

Université de Montréal

Vers la validation d'un protocole d'évaluation pour les
adolescents ayant commis des crimes sexuels :
entrevue et questionnaires

par

Gina Danielle Madrigano
Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph. D.)
en psychologie

Novembre, 1999

© Gina Madrigano, 1999



BF
22
U54
2000
v. 003

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Vers la validation d'un protocole d'évaluation pour les
adolescents ayant commis des crimes sexuels :
entrevue et questionnaires

Présentée par :

Gina Danielle Madrigano

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

John Wright, président.....
Joanne Pouleau, directrice.....
Luc Spanger, membre.....
Jamil Tauthier, membre externe.....
Jean-Louis, représentant.....

Thèse acceptée le : ... *25/04/2000*

Sommaire

Plusieurs études ont démontré qu'une proportion importante des abuseurs sexuels adultes ont admis avoir commencé leurs délits sexuels dès l'adolescence. Les recherches se tournent davantage vers cette population adolescente qui commet des délits sexuels. Néanmoins, les études sur le processus d'évaluation d'une telle population est lacunaire. Pour développer un programme de traitement efficace, il faut au préalable perfectionner la procédure d'évaluation. Dans cette perspective, la présente étude a pour but de valider une entrevue standardisée et la traduction française de deux questionnaires conçus par Becker et Kaplan (le Questionnaire des Intérêts Sexuels pour Adolescents [QISA] et le Questionnaire des Cognitions pour Adolescents [QCA]).

Dans un premier temps, notre objectif est de comparer un groupe d'adolescents ayant commis des crimes sexuels à un groupe de non abuseurs sur les diverses variables de l'entrevue et de dresser un profil clinique du groupe d'abuseurs. L'hypothèse proposée est que le groupe d'adolescents ayant commis des délits sexuels auront davantage de difficultés dans diverses sphères de leurs vie que le groupe de non abuseurs. Dans un deuxième temps, nous voulons vérifier si nos deux groupes se distinguent sur les deux questionnaires de Becker et Kaplan et sur l'Inventaire de dépression de Beck, l'Inventaire de Jesness et l'échelle de désirabilité sociale (Marlowe-Crowne). Les hypothèses proposées suggèrent que le groupe d'adolescents ayant commis des délits sexuels présenteront davantage de distorsions cognitives et d'intérêts sexuels déviants, et présenteront un niveau plus élevé de dépression, de désirabilité sociale et de délinquance que le groupe de non abuseurs. Finalement, un dernier objectif est d'élaborer un modèle théorique tentant d'expliquer le développement de la délinquance sexuelle.

Au total, 66 adolescents ont participé à notre recherche. Les participants étaient répartis en deux groupes, soit des adolescents ayant commis des crimes sexuels, soit des adolescents n'ayant pas commis de délit sexuel. Les sujets du groupe clinique provenaient des Centres Jeunesse de diverses régions du Québec, alors que les sujets du groupe témoin ont été recrutés dans la population générale par le biais de diverses formes de publicité. Les participants étaient interviewés par le biais d'une entrevue standardisée et ils devaient remplir cinq questionnaires.

Les résultats nous ont permis de distinguer les deux groupes sur plusieurs variables de l'entrevue et sur certains questionnaires (c.-à-d., les Inventaires de Jesness et de Beck). Les participants du groupe clinique avaient davantage de difficultés dans leurs histoires familiales, d'abus, comportementales, de consommation, sexuelles et au plan de leur profil académique. Ils présentaient davantage de symptômes dépressifs que les sujets du groupe témoin. Finalement, le groupe témoin était moins délinquant que le groupe clinique, tel que mesuré par le Jesness. Malgré que les deux groupes ne se sont pas distingués sur les questionnaires de Becker et Kaplan, ces instruments ont fait preuve d'excellentes qualités psychométriques.

Des différences significatives ont été obtenues sur plusieurs variables de l'entrevue et sur les Inventaires de Jesness et de Beck. Les propriétés psychométriques du QISA et du QCA se sont avérées satisfaisantes. Ces résultats sont discutés en vue de proposer différentes stratégies d'évaluation des adolescents ayant commis des crimes sexuels. Finalement, les résultats obtenus nous ont permis d'élaborer un modèle théorique pouvant expliquer le développement de la déviance sexuelle au moment de l'adolescence.

L'entrevue et certains questionnaires ont été en mesure de faire ressortir des différences importantes entre nos deux populations. Nos résultats confirment donc l'importance de l'évaluation, par le biais ces instruments, pour déceler les difficultés présentes chez une population d'adolescents qui commettent des crimes sexuels.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux	viii
Dédicace	xi
Remerciements	xii
Contexte théorique	1
Méthodologie	68
Sujets	69
Matériel	73
Déroulement	86
Plan de l'expérience	89
Résultats	90
Traitement statistique	91
Analyse des résultats	94
Entrevue : comparaisons inter-groupes	94
Entrevue : le groupe clinique	135
Analyses de fidélité pour les cinq questionnaires	163
Analyses de validité pour le QCA et le QISA	167
Analyses univariées pour les cinq questionnaires	172
Discussion	181
Références	254
Appendice A Entrevue clinique	270
Appendice B Opérationnalisation des variables	284
Appendice C Questionnaire des cognitions pour adolescents (QCA)	292
Appendice D Questionnaire des intérêts sexuels pour adolescents (QISA)..	297
Appendice E Inventaire de dépression de Beck	305
Appendice F Inventaire de Jesness	310
Appendice G Sous-échelles du Jesness	324
Appendice H Échelle de désirabilité sociale	327
Appendice I Résumé de l'entrevue téléphonique	330

Appendice J Affiche pour le recrutement des sujets	332
Appendice K Formulaire de consentement (groupe témoin)	334
Appendice L Formulaire de consentement (groupe clinique)	336
Appendice M Échelle de l'impact subjectif	338
Appendice N Grilles de correction	341

Liste des tableaux

Tableau 1	Sources de références des sujets du groupe clinique	70
Tableau 2	Sources de références des sujets du groupe témoin	72
Tableau 3	Âge et nombre d'années de scolarité des adolescents	74
Tableau 4	Occupation, lieu de résidence et rang dans la fratrie des adolescents	75
Tableau 5	Qualité de la relation avec les parents	95
Tableau 6	Statut conjugal des parents	96
Tableau 7	Criminalité familiale	97
Tableau 8	Consommation familiale: alcool et drogues	98
Tableau 9	Consommation familiale: pornographie	99
Tableau 10	Antécédents d'abus physique dans l'histoire des adolescents ..	101
Tableau 11	Antécédents d'abus psychologique dans l'histoire des adolescents	102
Tableau 12	Antécédents d'abus sexuel dans l'histoire des adolescents ..	103
Tableau 13	Consommation d'alcool des adolescents	106
Tableau 14	Consommation de drogues des adolescents	108
Tableau 15	Consommation de pornographie des adolescents	111
Tableau 16	Les fréquentations: nombre et âge	113
Tableau 17	Analyse de covariance de l'âge des amis selon l'âge et le type de groupe	115
Tableau 18	Habilités sociales	116
Tableau 19	Attitudes et expériences sexuelles	117
Tableau 20	Education sexuelle et expériences hétérosexuelles	119
Tableau 21	Orientation sexuelle	120
Tableau 22	Expériences homosexuelles, statut et durée de la relation	121
Tableau 23	Fantasmes pendant la masturbation	123
Tableau 24	Analyse de régression multiple step-wise prédisant le groupe d'appartenance à partir des fantasmes présents lors de la masturbation	128
Tableau 25	Difficultés scolaires	129
Tableau 26	Trouble de la conduite et dossier criminel	131
Tableau 27	Types de délinquance non-sexuelle	132

Tableau 28	Types d'abus commis	136
Tableau 29	Résultats du chi-carré mesurant le type d'abus le plus fréquent.	137
Tableau 30	Force utilisée et fréquence des délits	138
Tableau 31	Nombre moyen de délits par adolescent	140
Tableau 32	Répartition du sexe des victimes	141
Tableau 33	Nombre de victimes et d'agressions sexuelles	143
Tableau 34	Lien avec la victime (degré de connaissance)	144
Tableau 35	Résultats du chi-carré mesurant le lien avec la victime le plus fréquent	145
Tableau 36	Catégories des délits dans le sous-groupe de type pédophilie .	146
Tableau 37	Nombre moyen de victimes par adolescent et âge des victimes .	148
Tableau 38	Âge au moment du premier abus	150
Tableau 39	Niveau d'empathie pour la victime	151
Tableau 40	Lieu de résidence avant le dévoilement et prise en charge ...	152
Tableau 41	Expériences sexuelles non-déviantes	154
Tableau 42	Fantasmes précédant l'abus	155
Tableau 43	Fantasmes lors de la planification des abus	160
Tableau 44	Résultats du chi-carré mesurant le type de fantasmes présents pendant la planification	161
Tableau 45	Impact de l'alcool, des drogues et de la pornographie sur le désir de commettre un abus	162
Tableau 46	Alphas, fidélité test-retest et ancova sur les échelles de désirabilité sociale, de dépression, des cognitions et des intérêts sexuels ..	164
Tableau 47	Consistance interne des versions originale et traduite des sous-échelles du questionnaire des intérêts (QISA)	166
Tableau 48	Fidélité test-retest pour chaque item des versions originales et traduites du questionnaire des intérêts sexuels (QISA)	168
Tableau 49	Corrélations entre l'indice d'asocialité et les scores aux questionnaires des cognitions et des intérêts sexuels	170

Tableau 50	Corrélations entre le QCA et le QISA aux premières et deuxièmes passations	171
Tableau 51	Moyennes, écarts types et test-t sur les échelles de désirabilité sociale, de dépression, de cognitions et des intérêts sexuels ..	173
Tableau 52	Analyse de covariance de la cote au QCA selon l'âge et le type de groupe	175
Tableau 53	Analyse de covariance de la cote au QISA selon l'âge et le type de groupe	176
Tableau 54	Résultats standardisés aux échelles de l'Inventaire de Jesness ..	177
Tableau 55	Lien entre l'indice d'asocialité et le nombre de victimes, ainsi que le moyen de coercition employé pendant l'agression	179
Tableau 56	Corrélations entre l'index d'asocialité et des variables de l'entrevue	180

Dédicace

I would like to dedicate this dissertation to my mom, for showing me the meaning of perseverance, strength and dedication, and to my dad whom, by example, has taught me to follow my dream and to have faith that everything is possible if you believe in it strong enough. Finally, a special "thank you" to Danielle, my guardian angel.

Remerciements

Je désire remercier, Madame Joanne-Lucine Rouleau, ma directrice de thèse pour ses conseils précieux, son support, sa disponibilité et son aide tout au long de l'élaboration de cette thèse.

Je désire également remercier tous les intervenants des Centres jeunesse pour avoir collaboré avec nous tout au long de ce projet, ainsi que l'organisme « PRIMASE » pour son soutien financier.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude à Ian Barsetti et à Patrick Grisé pour leur aide dans les corrections finales et Julie Girouard, Nathalie Drouin et Marie-Claude Robinson pour leur aide au plan technique. Finalement, un gros merci à Antoine Devinat pour son expertise statistique. Ma reconnaissance y est aussi pour tous les jeunes qui ont accepté de participer à cette recherche. Un merci tout spécial à Marjolaine Nantel qui a su me supporter pendant les moments difficiles.

Finalement, je tiens à remercier ma mère pour son encouragement, son support et son aide tout au long de ce processus laborieux et mon conjoint, Gary Dee, simplement parce qu'il a su croire en moi.

« Many argue we should "lock them up and throw away the key". But if we incarcerated for life the many violent or dangerous offenders who go through the courts every year, we would need to continually build new institutions. More significantly, a purely correctional approach is ineffective and merely postpones the problem. Forensic psychiatry and behavioural science is still in an embryonic phase.

Most of what we know has been developed in the last 20 years. However, the research literature and our knowledge about violent and sexual crime are growing exponentially. We now have a better understanding of assessment issues, risk management and treatment effectiveness. »

Dr Howard Barbaree

Contexte théorique

Les crimes sexuels commis par les adolescents représentent un problème actuel important. On minimise encore la gravité de ces comportements sexuels en les qualifiant d'anodins ou de nature exploratoire. Certains en arrivent même à nier qu'une telle problématique puisse exister chez cette population. Les parents, les professeurs et la famille se ferment les yeux face à cette cohorte de jeunes qui souvent ont l'air naïf et gentil. Les parents ayant à affronter la possibilité que leur fils puisse avoir commis un geste aussi honteux, qui pourraient refléter leurs qualités parentales, se retrouvent démunis. Il est alors plus facile de fermer les yeux, d'espérer que ça ne se reproduira plus et de souhaiter que ces gestes ne représentent qu'une simple expérimentation sexuelle. Or, il s'avère que ces gestes ne sont pas toujours que de l'exploration. Ils ont des conséquences sur les personnes qui en sont victimes. Cette réalité ne peut être refoulée ou mise sur le compte de l'exploration, car c'est de l'exploitation. Peu importe les raisons qui se cachent derrière ces gestes ou les excuses que l'on peut fabriquer pour protéger sa vision de l'adolescence, cette problématique doit être abordée précocement. En évitant de faire l'autruche, nous pouvons au contraire venir en aide à ces jeunes et éviter que la problématique se poursuive à l'âge adulte, pour ainsi faire davantage de victimes. C'est donc à l'adolescence qu'il faut agir. En fermant les yeux, nous ne rendons service ni aux adolescents, ni à leurs victimes et ni à la société.

À cause du grand nombre de victimes, de leur fréquence et de la sévérité de leurs conséquences à court et à long terme, les agressions sexuelles sont reconnues comme présentant un problème sérieux dans notre société. L'agression sexuelle fait des victimes directes, mais elle entraîne également d'importants coûts financiers pour la

société: frais médicaux, frais de suivi psychologique, implication des services sociaux et de la protection de la jeunesse, emprisonnement, réadaptation. On rapporte, par exemple, dans l'État du Vermont, que le coût annuel en réponse à l'abus sexuel d'enfants s'élève à environ 42 millions de dollars (Pithers, Johnson, Elliott et al., 1993; cité dans Becker et Hunter, 1997).

L'ampleur de la problématique: Incidence et prévalence

Des statistiques descriptives de l'ampleur de la problématique sexuelle chez les adolescents nous aident à concevoir à quel point ce problème est répandu et comment il peut entraîner non seulement des coûts importants pour les victimes, mais également pour leur entourage et pour la société.

Au cours des 20 dernières années, l'intérêt auprès de la population d'adolescents ayant commis des crimes sexuels n'a fait que croître. Barbaree, Hudson et Seto (1993) ont répertorié le nombre d'études anglophones publiées dans le domaine de la déviance sexuelle. Ils rapportent qu'avant 1970, seulement neuf études avaient été publiées, dans les années 70, dix nouvelles études parurent, entre 1981 et 1985, 28 autres études ont été publiées et, finalement, cinq ans avant la préparation de leur article, c'est-à-dire en 1986, plus de 60 études furent publiées. Une autre recension des écrits (Becker, Harris et Sales, 1993) portant sur les études pertinentes au domaine de l'agression sexuelle commise par des adolescents et se déployant sur une période de dix années (entre 1982 et 1992) a fait ressortir 73 articles sur ce sujet. De ces articles, 59 % traitaient des caractéristiques des adolescents ayant commis des

crimes sexuels, 31 % portaient sur le traitement de ces derniers et 10 % avaient trait à des sujets reliés (p. ex., caractéristiques des parents, utilisation de pornographie). Ces auteurs n'ont relevé qu'une seule étude portant sur les résultats d'un traitement et comportant un groupe témoin. Parmi les articles portant sur les caractéristiques des adolescents ayant commis des crimes sexuels, seulement qu'un faible pourcentage utilisait un groupe contrôle ou des groupes comparatifs. Lagueux et Tourigny (1998) ont, pour leur part, identifié plus de 150 articles scientifiques et autres parutions entre 1992 et 1997, incluant les publications francophones, traitant des mêmes sujets. Un accroissement des recherches et publications dans le domaine des adolescents ayant commis des crimes sexuels se fait sentir. Plusieurs de ces études portent sur les caractéristiques des agresseurs et de leurs victimes, alors que d'autres tentent de faire ressortir l'ampleur de la problématique par des études d'incidence et de prévalence.

De nombreuses études portent sur des populations d'agresseurs adultes qui ont rapporté rétrospectivement leurs délits sexuels, alors que d'autres présentent des statistiques de cas judiciairisés. Peu de recherches ont pour sujets des populations non judiciairisées ou sont conduites sous le sceau de la confidentialité. Par conséquent, plusieurs des statistiques rapportées demeurent des estimations qui sont plus faibles que la réalité. Même si l'incidence exacte des agressions sexuelles commises par des adolescents est probablement sous-estimée à cause du manque de données dans le domaine, il n'en demeure pas moins qu'elle est d'une ampleur non négligeable. Des études rétrospectives ont démontré que chez plusieurs agresseurs sexuels adultes, l'origine de leurs comportements sexuels déviants survenait à l'adolescence (Abel, Mittleman et Becker, 1985; Becker, Kaplan, Cunningham-Rathner et Kavoussi, 1986;

McConaghy, Blaszczyński, Armstrong et Kidson, 1989; Ryan, Lane, Davis et Isaac, 1987). Il est estimé que cette proportion s'élève entre 50 % et 80 % (Abel et Rouleau, 1990; Abel et al, 1985; Becker et Abel, 1985; Longo et Groth, 1983; Groth, Longo et McFadin, 1982). Par exemple, Abel et al.(1985) rapportent que 58,4 % parmi 411 agresseurs sexuels adultes rencontrés en consultations externes ont commencé à perpétrer des actes d'agressions sexuelles avant l'âge de 18 ans. Finalement, Abel et al. (1985) avancent que l'agresseur sexuel moyen ayant posé ses premiers comportements déviants à l'adolescence commettra, sans traitement, 380 crimes sexuels durant sa vie. De façon similaire, plusieurs recherches indiquent qu'un certain nombre d'adolescents ayant commis des crimes sexuels continueront leurs comportements déviants à l'âge adulte (Becker et al., 1986; Deisher, Wenet, Paperny, Clark et Fehrenbach, 1982; Fehrenbach, Smith, Monastersky et Deisher, 1986; Groth, 1977; Lewis, Shankok et Pincus, 1981).

Il est souvent difficile d'obtenir des statistiques représentatives de l'étendue de la problématique de l'abus sexuel puisque les données recueillies proviennent fréquemment de cas judiciairisés. Par conséquent, les abus non rapportés aux autorités nous échappent. Par contre, certaines études ont pu être menées auprès de la population générale au moyen de sondages confidentiels, pour ainsi dresser un portrait plus représentatif de la réalité. D'ailleurs, l'étude d'Ageton (1983) menée auprès d'adolescents masculins, âgés de 13 à 19 ans, suggère un taux d'agressions sexuelles (crimes ayant un contact physique avec la victime) entre 0,5 et 1,6 %. D'après les données autorapportées de cette étude, 3 % des adolescents commettraient diverses formes d'agressions sexuelles. Finalement, Ageton révèle

que 2 à 4 % de ces jeunes adolescents rapportent avoir commis un comportement sexuel agressif.

Les études menées auprès des adolescents ayant commis des crimes sexuels indiquent qu'approximativement 20 % de tous les viols et qu'entre 30 et 50 % des abus d'enfants sont commis par cette population (Becker et al., 1986; Brown, Flanagan et McLeod, 1984; Deisher et al., 1982; Groth et al., 1982). Aux États-Unis, en 1986, les statistiques d'arrestations d'hommes âgés de moins de 19 ans, rapportent que ces derniers seraient responsables de 19 % des viols et de 18 % des autres types de crimes sexuels (Federal Bureau of Investigation, 1987). Au Canada, on rapporte que 15 à 30 % des agressions sexuelles sont commises par des personnes de moins de 21 ans (Centre national d'information sur la violence dans la famille, document révisé en 1997; cité dans Lagueux et Tourigny, 1998) et un homme sur sept emprisonné pour des délits sexuels contre des mineurs aurait moins de 21 ans (Matthews, 1987). Dix-sept pour cent des agressions sexuelles signalées au Québec auraient été commises par une personne de moins de 19 ans (Messier et de Champlain, 1983). Finalement, 14 % des agressions sexuelles rapportées à Montréal en 1996 auraient été commises par des jeunes âgés de 11 à 20 ans (SPCUM, 1996; cité dans Lagueux et Tourigny, 1998).

Selon le National Crime Survey (1978-1987), les rapports indiqueraient que 125 adolescents masculins par 100 000 commettent des viols (*forcible rape*). Finalement, les données de Koss, Gidycz et Wisniewski (1987) suggèrent que 2500 jeunes hommes par 100 000 ont tenté de commettre des viols lors des derniers six mois et

que 900 jeunes hommes par 100 000 auraient commis des viols durant cette même période (Koss, 1988).

Même si l'âge établi de l'adolescence peut varier selon les recherches, elles nous dressent tout de même un portrait du nombre d'agressions sexuelles perpétrées par cette jeune population, ainsi que de l'ampleur de la problématique. Les chiffres sont assez importants pour nous souligner que ce phénomène ne se limite peut-être pas à de simples gestes d'exploration et qu'une intervention rapide devient mandataire.

L'évaluation des adolescents ayant commis des crimes sexuels

Au cours des 20 dernières années, plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'évaluation des agresseurs sexuels adultes. Or, une grande proportion de ces derniers ont commencé à commettre des crimes sexuels à l'adolescence et, aujourd'hui, on observe qu'un nombre significatif d'adolescents sont arrêtés et trouvés coupables de crimes sexuels. Malgré une augmentation au cours des récentes années, le nombre d'études portant sur l'évaluation et le traitement des adolescents est encore restreint si on le compare au nombre d'études s'adressant aux abuseurs adultes.

L'évaluation des agresseurs sexuels a pour but premier de mieux les orienter vers un traitement adapté à leurs besoins spécifiques. Elle peut également être utile dans l'élaboration des caractéristiques de l'agresseur, mais aussi pour nous guider dans la prédiction de la dangerosité et du risque de récurrence (Becker, 1988; Bethea-Jackson et Brisset-Chapman, 1989; Lombardo et Di Giorgio-Miller, 1988; Barbaree et Cortoni,

1993; Becker et Kaplan, 1993). L'évaluation des facteurs de risque devrait être basée sur un compte rendu complet de l'historique criminel de l'agresseur sexuel (Barbaree et Cortoni, 1993). D'ailleurs, des échelles actuarielles ont été spécifiquement conçues dans le but de prédire la récidive des agresseurs sexuels adultes (p. ex., le SPVR et le SVR-20). Ces échelles sont composées d'items portant sur des variables statiques et dynamiques.

Les échelles de prédiction de la récidive font ressortir certains facteurs propres aux délinquants sexuels adultes et pouvant prédire la rechute sexuelle. Entre autres, les facteurs suivants peuvent être présents: des antécédents d'infractions de nature sexuelle et de nature non sexuelle, la déviance sexuelle, l'usage de la force, les victimes masculines, le nombre de victimes, la sévérité de l'agression sexuelle, l'exhibitionnisme, la fréquence des comportements d'agression, la durée de ces comportements, une préférence sexuelle déviante et les distorsions cognitives. Des études mettent également en lumière d'autres facteurs de risque, par contre, on observe que ces facteurs mettent également à risque les autres types de délinquants. On retrouve, entre autres, la toxicomanie, les aptitudes sociales, les antécédents de violence sexuelle, la délinquance, le comportement criminel précoce, les problèmes scolaires, la grande diversité d'activités criminelles et l'absence de remords (Boer, Hart, Kropp et Webster, 1997; France et Hudson, 1993; Knight et Prentky, 1993; Lightfoot et Barbaree, 1993; Rice, Quinsey et Harris, 1991). Ainsi, selon ces auteurs, une proportion élevée de délinquants sexuels ont également une histoire de délinquance non sexuelle. Par conséquent, il est jugé nécessaire d'être vigilant lors

de l'évaluation afin de bien identifier toutes les variables susceptibles d'influencer le traitement.

Afin d'obtenir toutes ces données, l'évaluateur devrait disposer d'instruments d'évaluation qui sont propres à la problématique de l'abus pour recueillir les informations concernant les caractéristiques de l'agresseur, de son milieu, de l'agression et des victimes (Saunders et Awad, 1988). Chaque personne a sa dynamique, son milieu familial, sa personnalité et un historique qui lui est propre. Un profil type de l'agresseur sexuel n'existe donc pas, car les adolescents ayant commis des crimes sexuels représentent un groupe diversifié et ils peuvent être plutôt classifiés en différents sous-types, par exemple en fonction des types de délits commis ou du type de coercition employé. À ce jour, non seulement la recherche comprenant un groupe témoin est lacunaire dans le domaine de la déviance sexuelle adolescente, mais la documentation scientifique ne fait mention d'aucun instrument validé servant à évaluer les adolescents ayant commis des actes sexuels déviants. Ainsi, compte tenu de l'étendue et de la sévérité des délits commis par les adolescents, différents types d'interventions et différents services de traitements et de supervision sont requis. Conséquemment, des modèles d'interventions correspondant aux besoins des adolescents peuvent être développés suivant un protocole d'évaluation exhaustif (Mathews, Hunter et Vuz, 1997).

Selon la spécificité de sa problématique, l'adolescent pourra être dirigé vers le traitement qui lui sera le plus adapté. Mathews, Hunter et Vuz (1997) citent, par exemple, un traitement en communauté où on enseigne aux adolescents des

compétences, tant au plan des habiletés sociales, de l'éducation sexuelle que sur le plan de l'estime de soi. Un tel traitement serait approprié pour le sous-groupe d'adolescents ayant commis des crimes sexuels de manière isolée ou ponctuelle, qui ont une famille les supportant et qui n'ont pas un historique de victimisation (psychologique, physique ou sexuelle). En contrepartie, les auteurs mentionnent qu'un traitement à plus long terme (à l'externe ou à l'interne) serait plus approprié pour les jeunes dont le comportement abusif est répétitif et bien ancré (*patterned offending*) et pour ceux qui semblent souffrir d'un désordre psychologique ou comportemental.

Compte tenu de la diversité des besoins énumérés ci-dessus, il est impératif de développer un protocole d'évaluation permettant aux intervenants d'identifier les cibles de traitement pour ces adolescents. Les profils de délinquance sexuelle étant différents d'un adolescent à l'autre, l'intervention devrait correspondre aux besoins spécifiques de chacun. Ainsi, il serait important que les recherches actuelles se concentrent à valider de tels protocoles d'évaluation.

En général, l'évaluation des agresseurs sexuels implique trois composantes: l'entrevue, les questionnaires et l'évaluation phallométrique des préférences sexuelles. Cette thèse vise à étudier les deux premières composantes, alors que la thèse doctorale de Robinson (1998) aborda de façon détaillée l'évaluation phallométrique des adolescents.

L'entrevue permet d'abord d'établir un lien de confiance avec le sujet et ensuite de recueillir des informations pertinentes à la compréhension de sa problématique sexuelle. Suivant les diverses études portant sur les adolescents et les adultes ayant commis des délits sexuels, une entrevue complète devrait couvrir les éléments suivants: histoire développementale, histoire sociale et médicale, fonctionnement familial, antécédents scolaires, abus d'alcool et de drogues, problèmes psychiatriques/psychologiques, examen mental. Finalement, l'histoire sexuelle détaillée doit être abordée. Elle ira chercher l'information suivante: éducation sexuelle, premier contact avec la sexualité, premier amour, premier baiser, premier toucher sexuel, âge d'entrée en puberté, âge du début de la masturbation, fréquence de masturbation, âge du début de l'exposition au matériel pornographique explicite, types et fréquence de l'utilisation de matériel pornographique, nombre de partenaires sexuels, âge et sexe des partenaires, comportements sexuels, qualité des relations, l'initiateur des comportements sexuels, sentiments à l'égard des interactions sexuelles, comportements sexuels déviants, sélection des victimes, « modus operandi » (type de force, présence de violence), et nature des fantasmes (Becker et Hunter, 1997).

Les questionnaires, pour leur part, offrent d'autres possibilités aux jeunes de dévoiler ce qu'autrement ils seraient incapables de faire en situation de face à face lors de l'entrevue. Les questionnaires facilitent donc la cueillette d'informations qui ne pourraient être recueillies autrement (p. ex., profil de personnalité, préférences sexuelles, distorsions cognitives). Becker et Kaplan (1993) proposent la passation des questionnaires suivants pour évaluer les adolescents délinquants sexuels:

Adolescent Sexual Interest Card Sort (évalue les préférences sexuelles); Adolescent Cognition Scale (évalue les distorsions cognitives); Math Tech Sex Test (évalue les connaissances sexuelles); Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters (évalue les habiletés sociales); l'Inventaire de dépression de Beck (évalue la dépression). Lafortune (1996) propose également l'inventaire de personnalité de Jesness. À cause de la transparence des items, plusieurs de ces échelles sont sensibles à la désirabilité sociale. Cloutier (1994), Dufour (1997) et Hunter, Becker, Kaplan et Goodwin (1991) proposent alors d'ajouter une mesure de désirabilité sociale (p. ex., celle de Marlowe-Crowne). Ces questionnaires ne représentent qu'un échantillon des instruments proposés lors de l'évaluation de cette population. Il demeure à la discrétion de l'intervenant de juger de la pertinence des autres instruments qui pourraient lui être utiles afin de dessiner un portrait complet de son patient.

L'entrevue

Des études descriptives ou comparatives de populations délinquantes sexuelles élaborées à partir de modèles théoriques ou de postulats, tentent d'expliquer le développement ou le maintien de la déviance sexuelle. Dans la section qui suit, les différentes variables jugées importantes lors de l'entrevue clinique seront présentées à la suite d'un bref aperçu de certains modèles théoriques ou de postulats, qui sous-tendent le choix de ces variables.

Théories sur l'étiologie et modèles explicatifs

Avant d'aborder les théories, il apparaît nécessaire de clarifier qu'il existe trois types de théories explicatives (Marshall, 1997). Au premier niveau (le

macroniveau/*macrolevel*) on retrouve les théories expliquant tous les aspects du comportement sexuel déviant (p. ex., comment l'individu devient un agresseur sexuel). Le second niveau (le niveau médian/*midlevel*) représenterait les théories explicatives d'une classe particulière de comportements sexuels déviants (p. ex., l'abus d'enfants). À un troisième niveau (le microniveau/*microlevel*) les efforts sont dirigés à élucider un aspect particulier du comportement d'un certain type de déviance (p. ex., le rôle de l'empathie chez les pédophiles).

Les théories visant le macroniveau seraient, par exemple, les théories de conditionnement. À ce niveau explicatif, Marshall (1997) indique qu'à cause de l'hétérogénéité des agresseurs sexuels tant dans leurs propres caractéristiques (p. ex., différentes personnalités) que dans les caractéristiques de leurs délits (p. ex., abuseurs d'enfants), cette diversité implique qu'à son meilleur, la théorie de macroniveau ne pourrait que pointer certaines caractéristiques devant être étudiées expérimentalement. Pour sa part, une théorie de niveau médian serait, par exemple, le modèle de Finkelhor (1984) qui examine les divers processus chez le pédophile. Finkelhor identifie quatre facteurs expliquant pourquoi un agresseur sexuel abuse des enfants. Ces facteurs sont: la congruence émotive (implique les raisons pour lesquelles un pédophile trouverait les enfants attirants); l'excitation sexuelle par rapport aux enfants (réfère aux origines d'une préférence sexuelle pour les mineurs); le blocage (les facteurs qui préviennent l'abuseur de combler ses besoins avec des adultes; p. ex., la peur, le manque d'habiletés sociales); le manque d'inhibitions (sont les conditions qui permettent de surpasser les inhibitions de l'abuseur et de surmonter la résistance de la victime, p. ex., l'intoxication, distorsions cognitives; voir Marshall

1997). Finalement, une théorie de microniveau serait une théorie soulignant le rôle de certaines caractéristiques dans la facilitation de l'agression d'enfant (p. ex., le rôle du manque d'empathie). Marshall termine en proposant que ce sont les théories de microniveau plutôt que les théories de plus haut niveau (c.-à-d. médian et macro) qui nous permettent de générer des hypothèses pouvant être vérifiées. Ce sont les résultats de ces théories de microniveau qui pourraient alors générer et nourrir des théories plus générales, (c.-à-d. de niveau médian ou macro).

Aucune théorie n'a pu encore à elle seule prétendre expliquer la problématique sexuelle. Conséquemment, plusieurs cliniciens tentent d'intégrer différents postulats et théories pour mieux comprendre les agresseurs sexuels et afin de les traiter de façon efficace (Ryan, 1997). Ainsi, en tenant compte de la contribution de chacune des théories et en connaissant à quel niveau chacune d'elles tente d'expliquer la déviance sexuelle, le lecteur pourra juger de la valeur relative de celles-ci.

Hall (1989), explique comment, depuis la fin des années 70, il y eut un déclin de la popularité du modèle d'évaluation analytique et une utilisation plus répandue de l'évaluation de type comportemental. Il explique que ce mouvement serait dû à deux principaux facteurs. Le premier étant la notoriété grandissante de l'évaluation comportementale plutôt qu'analytique, car celle-là serait intimement liée aux stratégies de traitement puisqu'elle cible les comportements problématiques, ainsi que les antécédents et conséquences contrôlant ces comportements. En contrepartie, les résultats d'une évaluation analytique sont trop généraux pour permettre au clinicien d'orienter le traitement de manière précise à partir de ceux-ci. Hall mentionne

ensuite un second facteur expliquant le déclin de l'utilisation d'instruments d'évaluation analytiques. Celui-ci serait l'absence de leur capacité discriminante, c'est-à-dire qu'ils n'arrivent pas à différencier les délinquants sexuels des autres délinquants ou à distinguer les différents sous-types d'agresseurs sexuels. Par exemple, le MMPI, le Rorschach et le TAT ne permettent pas de discriminer entre les violeurs et les pédophiles ou les délinquants sexuels des délinquants non sexuels.

La présente recherche se limitera donc à présenter les modèles sur lesquels se sont appuyés l'évaluation et le traitement d'approche cognitive-comportementale. De plus, il a été démontré que le traitement qui s'est avéré, et s'avère encore, le plus efficace pour traiter ce genre de problématique est celui adoptant cette approche, originaire des concepts de conditionnement classique et opérant.

Théorie de conditionnement et de l'apprentissage social. Laws et Marshall (1990; cité dans Abel, Osborn et Twigg (1993) préconisent que les processus de conditionnement et de l'apprentissage social expliqueraient l'émergence de l'intérêt ou de comportements sexuels déviants. Ce modèle suggère que l'individu apprend à développer des intérêts sexuels ou des comportements sexuellement déviants de la même façon dont tout autre comportement est appris, c'est-à-dire par observation ou modelage et par le pairage de pensées ou de comportements déviants avec un renforcement positif tel que l'orgasme. Tout comme plusieurs comportements appris, les comportements sexuels déviants seraient sujets à des programmes de renforcements. Par exemple, lorsque ces comportements sexuels sont renforcés de

façon intermittente et à rapport variable, ce conditionnement serait le plus difficile à renverser.

Les théories de l'apprentissage social insistent sur l'importance des expériences de vie plutôt que sur les expériences intrapsychiques pour former les préférences sexuelles. Au début des années 50, un autre tenant de cette approche conclut que l'on hérite de l'anatomie et de la physiologie nécessaires à la réponse sexuelle, mais que tous les autres aspects du comportement sexuel humain sont appris (Kinsey, Pomeroy, Martin et Gebhard, 1953).

Le modèle cognitif. L'autre modèle théorique tentant d'expliquer le développement du comportement sexuel déviant est le modèle cognitif, une variante du modèle de l'apprentissage social (Abel, Rouleau et Cunningham-Rathner, 1986; Abel et al., 1993). Ce modèle prétend que les distorsions cognitives, ou erreurs de pensées, contribueraient au passage à l'acte déviant. Ces cognitions fourniraient un rationnel pour justifier le comportement sexuellement inapproprié en permettant à l'agresseur de continuer à commettre des agressions (Abel, Gore, Holland, Camp, Becker et Rathner, 1989). Ainsi, presque tous les agresseurs sexuels commenceraient à modifier leurs cognitions ou leur système de croyances afin de supporter et de justifier leur comportement sexuel déviant et afin de réduire l'anxiété, le sentiment de culpabilité et la dépression qui s'y rattachent. Ces émotions seraient de moins en moins efficaces dans le contrôle du comportement déviant, alors que les distorsions deviendraient de plus en plus ancrées chez l'individu, facilitant alors le passage à l'acte. Les auteurs spécifient que les distorsions cognitives n'apparaîtraient pas de

manière isolée, mais elles seraient souvent le reflet, par exemple, d'une faible estime de soi, d'une attitude d'objectivation de la femme, de l'hostilité ou de la rage, d'un sentiment d'impuissance ou de vide, d'une faible maîtrise des impulsions, d'une confusion au plan de l'identité sexuelle, d'une peur de l'intimité ou, encore, d'une faiblesse au plan des modes d'adaptation et de la résolution de problèmes (voir Abel et al., 1993). En somme, les distorsions cognitives seraient renforcées de manière secondaire et permettraient à l'agresseur de se déculpabiliser ou de se donner des permissions pour commettre ses agressions sexuelles. On verra souvent chez l'abuseur la présence de distorsions telles que: « elle ne dit pas non, alors elle doit vouloir », « elle revient me voir, alors elle veut que je la touche », « je ne fais que parfaire son éducation sexuelle », etc. Ainsi, les abuseurs finissent par se convaincre de la véracité de ces erreurs de pensées.

Le modèle du « *courtship disorder* ». Selon Freund (1988, 1990), les interactions sexuelles typiques progresseraient en passant par quatre stades séquentiels, selon l'ordre suivant: 1) la sélection d'un partenaire; 2) l'affiliation sans contact physique (p. ex., regarder, sourire, parler); 3) la phase tactile (les premiers contacts physiques sont entamés) et 4) la phase de copulation (les individus ont des relations sexuelles). Les individus ayant le « *courtship disorder* » comme le voyeur, l'exhibitionniste, le frotteur et le violeur ne suivraient pas cette séquence lorsqu'ils courteraient une ou un partenaire potentiel. Ils pourraient, par exemple, sauter des étapes ou demeurer fixés à l'une de celles-ci. Notamment, le voyeur aurait une préoccupation ou une fixation au premier stade, c'est-à-dire lors de la sélection visuelle d'un partenaire potentiel, alors qu'un exhibitionniste aurait une fixation au deuxième stade (sans

contact physique), le frotteur au troisième (contact physique) et le violeur au quatrième (relation sexuelle; Kaplan et Krueger, 1997). C'est ainsi que le modèle tente d'expliquer la déviance sexuelle, via des blocages à différentes étapes de la rencontre avec une ou un partenaire potentiel.

Les quatre systèmes de White et Koss (1993). White et Koss ont tenté d'expliquer l'agression sexuelle, plus spécifiquement le viol, sous l'angle de quatre systèmes; leur modèle est basé sur celui de Dutton (1988). Selon ces auteurs, l'agression sexuelle peut être expliquée si l'on tient compte des caractéristiques intrapsychiques de l'individu, c'est-à-dire sa personnalité, son attitude, ses attirances, etc. (qualifiées de niveau « *ontogenic* »). Ces caractéristiques feraient partie d'un contexte plus grand où trois autres systèmes seraient en interaction les uns avec les autres : le microsystème; l'exosystème et le macrosystème. Plus précisément, le viol d'un individu se passerait au niveau du microsystème (c.-à-d. la dyade dans laquelle l'abus est commis, comprenant le contexte dans lequel l'abus a lieu, ainsi que les caractéristiques de la relation avec la victime et les caractéristiques de la situation). Ce microsystème ferait en retour partie d'un contexte plus large qui est l'exo-système (c.-à-d. les structures sociales qui définissent et dirigent le sens de la sexualité et de la violence, incluant la famille, les pairs, l'école et la religion). Finalement, l'exo-système ferait aussi partie d'un plus grand contexte qui est le macrosystème (c.-à-d. le contexte social plus large qui inclut les valeurs culturelles, les normes et les attentes). C'est l'interaction et la réciprocité entre ces systèmes qui fourniraient le contexte à l'intérieur duquel l'abus sexuel aurait lieu. Selon les auteurs, il faudrait faire des analyses à niveaux multiples et se questionner sur les contributions

respectives de chacun de ces systèmes au développement d'un comportement sexuellement agressif. Notamment, il faudrait voir comment les valeurs culturelles sont transmises à la famille et aux pairs et comment, en retour, la famille et les pairs influencent le comportement des individus dans des relations spécifiques et de quelle façon l'abus sexuel s'installe dans ces relations.

Le modèle des trois trajectoires (*path*) de Becker et Kaplan (1988). Ce modèle tente d'expliquer le comportement sexuellement déviant en tenant compte des caractéristiques individuelles, familiales, et sociales. Ces variables s'incorporeraient l'une dans l'autre et représenteraient les précurseurs du premier abus sexuel commis par un adolescent. Après avoir commis son premier délit, ces auteures postulent que l'adolescent s'engagerait dans l'une des trois trajectoires suivantes : le cul-de-sac, la voie de la délinquance ou le développement d'un profil d'intérêt sexuel déviant. La trajectoire qualifiée de cul-de-sac (*dead end path*) est le cas où l'adolescent ne commettrait plus de comportement sexuel déviant. Typiquement, ces adolescents seraient ceux qui ont souffert des conséquences négatives de leur comportement ou pour qui ces comportements n'étaient qu'exploratoires, qui avaient des lacunes au plan relationnel avec un partenaire du même âge, où peu de violence fut utilisée lors du délit ou, finalement, lorsque le délit aurait été commis par modelage (p. ex., reproduire un abus dont il a été lui-même victime ou témoin). La trajectoire de la délinquance (*delinquency path*) serait la trajectoire que prend l'adolescent qui commet des actes sexuellement déviants s'inscrivant dans un contexte d'un profil de personnalité antisociale (p. ex., lors des vols, viol collectif). Enfin, la dernière trajectoire, celle du profil d'intérêts sexuels (*sexual interest pattern path*) serait la

voie suivie par l'adolescent qui, à la suite d'un premier délit, continuerait à commettre des crimes sexuels et développerait un profil d'intérêts sexuels déviants. Par exemple, selon ces auteures, il est probable que ces adolescents aient trouvé le comportement très agréable; qu'ils aient expérimenté peu ou pas de conséquences négatives en lien avec le délit sexuel qu'ils ont commis; que leur comportement sexuel déviant aurait été renforcé par des fantasmes accompagnés par la masturbation; et qu'ils auraient une déficience sur le plan des habiletés relationnelles avec des pairs d'âge approprié . Préalablement à la commission du premier abus, s'inscrirait un contexte de caractéristiques individuelles, de variables familiales, sociales et environnementales, qui prédisposeraient le jeune à adopter l'une des trois trajectoires.

Selon Marshall et Barbaree (1990) la plupart des chercheurs proposant des modèles théoriques auraient une perspective assez étroite quant à l'étiologie des comportements sexuellement déviants et de leur maintien. Selon eux, les expériences d'apprentissage, les facteurs socioculturels et les processus biologiques ne pourraient, à eux seuls, expliquer l'étiologie de l'agression sexuelle. En conséquence, Marshall et Barbaree prônent une intégration de tous ces facteurs étiologiques, afin de mieux comprendre les origines du comportement déviant.

Bien que les formulations théoriques qui viennent d'être présentées tentent de nous guider dans la compréhension de l'étiologie de la déviance sexuelle, aucune d'entre elles n'a pu être empiriquement démontrée comme étant la théorie explicative de

l'abus sexuel. D'autres chercheurs ont alors tenté d'examiner la contribution de certains facteurs au développement d'un comportement sexuellement déviant plutôt que d'élaborer des modèles théoriques, ces facteurs sont qualifiés de facteurs de risque ou de maintien et ils seront présentés dans la section qui suit.

Facteurs de risque/facteurs de maintien

Puisque l'on ne peut parler de facteur unique pouvant prédire le développement d'une problématique sexuelle, la documentation scientifique fait tout de même mention des variables qui semblent du moins contribuer au maintien de ce comportement et pouvant prédire la récurrence. Suivant une présentation générale des variables jugées pertinentes dans le maintien d'une problématique sexuelle, celles-ci seront maintenant présentées de manière plus précise à l'aide d'études appuyant leur pertinence.

Les chercheurs se penchent sur l'étude de plusieurs facteurs pouvant aider à expliquer la déviance sexuelle (Hunter et Becker, 1994) et tentent de développer des typologies sur les adolescents ayant commis des crimes sexuels. Les caractéristiques prédominantes les plus souvent relevées chez la population des adolescents ayant commis des crimes sexuels sont: une déficience au plan des habiletés sociales (Awad et Saunders, 1989, Katz, 1990); une histoire de délinquance non sexuelle (Becker et al., 1986); une faible performance scolaire, des difficultés d'apprentissage (Awad et Saunders 1989); des troubles mentaux incluant la dépression (Becker, Kaplan, Tenke et Tartaglino, 1991); et une lacune au plan de l'éducation sexuelle (Kaplan, Becker et Cunningham-Rathner, 1988). On remarque cependant que plusieurs de ces

caractéristiques n'apparaissent pas être l'apanage exclusif de la population de délinquants sexuels. De fait, certains chercheurs ayant utilisé un groupe contrôle de délinquants non sexuels n'ont pas trouvé de différences significatives entre les groupes sur certaines de ces caractéristiques (Ford et Linney, 1995; Lewis, Shankok et Pincus, 1979; Tarter, Hegedus, Alterman et Katz-Garris, 1983). Par ailleurs, Ford et Linney (1995) n'ont pas observé de différence entre les groupes sur les variables de l'affirmation de soi, du concept de soi et de l'histoire familiale. Néanmoins, des différences sur les variables d'abus physique et sexuel et l'utilisation de la violence de la part des parents distinguaient les groupes. Sur ces dernières variables, le groupe d'adolescents ayant commis des crimes sexuels apparaissait avoir été davantage victime d'abus sexuels et de violence physique que les autres groupes

En 1991, Becker et Stein proposaient trois facteurs, reliés entre eux, pouvant contribuer à la commission d'un premier abus sexuel: 1) les facteurs sociaux et environnementaux (quartier violent, amis déviants, modèles déficients d'interactions sociales et sexuelles); 2) les modèles familiaux (faible supervision parentale, témoin de violence sexuelle ou physique, discipline inconsistante, parents toxicomanes); 3) les expériences individuelles (victimisation sexuelle ou physique, peu de connaissances sur la sexualité, abus de substances, exposition au matériel sexuellement violent). Selon les auteurs, aucun de ces facteurs, considérés de manière isolée, ne prétendrait mener directement à l'acte sexuel déviant, mais ce serait plutôt le regroupement de ces expériences qui pourrait créer un effet défavorable.

Dans le même sens, Kaplan et Krueger (1997) ont identifié deux catégories de variables pouvant représenter des facteurs de risque importants de récidive: 1) le milieu familial (p. ex., violence intrafamiliale, techniques parentales de gestion déficientes, criminalité chez d'autres membres de la famille) et 2) l'environnement social (p. ex., fréquenter des amis délinquants, avoir des modèles inappropriés).

En somme, toutes les variables considérées importantes et pertinentes peuvent être recueillies à partir des dossiers et des entrevues psychologiques. Certaines de ces variables ont été identifiées comme des facteurs de risque, alors que d'autres pourraient représenter des facteurs de maintien. Dans la section qui suit, ces variables seront abordées de manière plus approfondie, afin que l'on puisse juger de leur importance lors de l'évaluation des adolescents ayant commis des délits sexuels.

Variables proposées

Difficultés dans l'environnement familial. Plusieurs auteurs ont tenté d'établir un lien entre la qualité du milieu familial et le fait de commettre des délits sexuels. Dans le milieu familial, ils ont voulu vérifier la qualité de l'attachement, le genre de discipline appliquée, les soins offerts aux enfants, etc. Il semble y avoir un consensus parmi plusieurs auteurs qu'un milieu familial carencé peut engendrer des complications secondaires chez le jeune, par exemple sur le plan de son mode d'entrée en relation avec autrui et de son estime de lui-même.

Avant de se tourner vers la qualité de la relation d'attachement entre les parents et leur enfant, il importe d'aborder les facteurs familiaux qui auront un impact sur cette

relation. Dans leur recension des écrits, Marshall, Hudson et Hodkinson (1993) mentionnent qu'il semble y avoir une entente quant au lien qui existe entre la nature des modèles parentaux et la qualité de l'attachement. Cette dernière, en retour, prédirait la délinquance future d'un jeune individu. Ces auteurs ont fait ressortir les difficultés souvent présentes dans des milieux familiaux problématiques: être séparé de ses parents (Gluek et Gluek, 1962; Misra, 1977; Steinberg, 1987; cités dans Marshall et al., 1993); négligence, rejet, hostilité et indifférence des parents (Davidson, 1983; Finkelhor, 1979; Gluek et Gluek, 1962; Kolvin, Miller, Fletting et Kolvin, 1988; Misra, 1977; Schafer et Knudten, 1970; Thilagaraj, 1983; cités dans Marshall et al., 1993); absence de chaleur et d'affection dans la relation parent-enfant (Gluek et Gluek, 1962; McCord, 1979; Misra, 1977; cité dans Marshall et al., 1993); excès de permissivité (Steinberg, 1987; cité dans Marshall et al., 1993); violence familiale (Finkelhor, 1984; Lewis, Shanok, Pincus et Glaser, 1979; Lewis et al. 1988; cités dans Marshall et al., 1993). En somme, ces caractéristiques sont le reflet du type d'attachement qui se développera entre l'enfant et ses parents. En retour, la qualité de cet attachement a été associée au développement de la délinquance (Marshall et al., 1993). Les caractéristiques suivantes dans l'historique de vie des abuseurs sexuels ont également été observées: instabilité familiale (Awad, Saunders et Levene, 1984); relations familiales perturbées (Saunders, Awad et White, 1986); présence considérable de communication négative et un manque de communication positive (Blaske, Bouduin, Henggeler et Mann, 1989).

Tel qu'énoncé plus haut, le type d'attachement qui existe entre l'enfant et ses parents et la qualité de ce lien peuvent devenir des facteurs contributifs à l'abus

sexuel. C'est dans son milieu familial que l'enfant aurait ses premières expériences relationnelles avec autrui, soit ses parents. Il serait non seulement un participant actif, mais également spectateur du mode relationnel qui existe entre ses parents en tant que couple. D'autre part, il est reconnu que l'enfant apprend plusieurs comportements par imitation (*modeling*) et son milieu familial deviendrait donc une première ébauche de ses relations futures. Il reproduirait alors ce qu'il aurait observé à la maison. Ainsi, les liens d'attachement servent de toile de fond pour des relations futures à l'extérieur de la famille (Marshall et al., 1993).

L'enfant qui aurait vécu des carences au plan de l'attachement parental pourrait alors développer des difficultés à former des relations intimes à l'adolescence et à l'âge adulte. Cette incapacité d'atteindre l'intimité pourrait en retour générer l'apparition de sentiments de solitude qui mènerait ensuite à des comportements agressifs (Weiss, 1982). De plus, selon Marshall et Barbaree (1984, 1990), une mauvaise qualité d'attachement (p. ex., un attachement ambivalent ou esquivé) pourrait également engendrer des déficiences au plan de la confiance en soi, de la compétence sociale et de l'empathie envers autrui. Tout comme Weiss, ces auteurs postulent que ce sont ces déficiences qui pourraient favoriser le développement de comportements criminels dont, entre autres, le développement et le maintien de comportements sexuellement abusifs. Ainsi, en grandissant dans un milieu familial carencé, le jeune garçon développerait une méfiance ou de l'ambivalence à l'égard des relations amoureuses avec des partenaires de son âge. Ceci l'encouragerait à rechercher des liens auprès d'enfants plus jeunes, non menaçants et pouvant être contrôlés. De la même façon, il aurait appris (via l'apprentissage vicariant) à être lui

aussi abusif auprès des personnes qui peuvent être dominées et il se ferait peu de souci des droits et besoins des autres (Marshall et al., 1993).

Une autre conséquence possible d'une mauvaise qualité d'attachement serait le développement d'une faible estime de soi (Bowlby, 1973; Feeney et Noller, 1990) qui, selon White et Humphrey (1990), combinée à un sentiment d'insécurité et des notions traditionnelles de masculinité, pourraient prédire l'occurrence d'un abus sexuel.

Plusieurs enfants sont exposés à des expériences familiales négatives et ont une qualité d'attachement avec leurs parents qui laisse à désirer, toutefois, seulement une certaine proportion de ces enfants vont développer des comportements sexuellement inappropriés. Comme le soulignent Marshall et al. (1993), la qualité de la vie familiale est cruciale dans le développement d'un attachement sécurisant, ambivalent ou esquivé et est déterminante des comportements futurs de l'enfant. Ainsi, selon eux, la combinaison du type de milieu familial et du type d'attachement pourrait prédire la délinquance. Par contre, il est important de souligner que ces facteurs ne sont pas uniques à la population de délinquants sexuels, mais également retrouvés chez d'autres types de délinquants et dans la population en général.

Abus sexuel et abus physique. Plusieurs chercheurs se questionnent sur la contribution des victimisations sexuelles et physiques sur le développement des comportements sexuels déviants, car plusieurs d'entre eux ont observé que certains agresseurs sexuels adultes ou adolescents ont déjà été victimes d'abus durant

l'enfance (Becker et Kaplan, 1988; Knight et Prentky, 1993; Shields et Jordan, 1995). Becker et Stein (1991) expliquent que la victimisation sexuelle peut fournir une base au développement de la déviance sexuelle. Tout en se masturbant, un adolescent ayant dans le passé été victime d'abus sexuel pourrait fantasmer sur sa propre victimisation ou sur la possibilité de commettre lui-même un abus. Ce pairage de la masturbation et de l'expérience de victimisation renforcerait les préférences sexuelles déviantes. En contrepartie, selon ces auteurs, avoir été victime de sévices physiques pourrait mener subséquemment à des comportements physiquement violents. Les victimes de tels abus seraient alors à risque de développer des préférences sexuelles impliquant la coercition ou la force. Certains postulent qu'une victime a le potentiel de devenir un futur agresseur (Davis et Leitenberg, 1987; Finkelhor, 1986; Freeman-Longo, 1986; Smith, 1988), alors que d'autres ont observé la contribution d'autres formes d'abus pendant l'enfance, comme l'instabilité et l'abus familial (Davis et Leitenberg, 1987) et l'abus physique (Fehrenbach et al. 1986; Lewis, Shankok et Pincus, 1981) sur l'apparition de comportements sexuellement inappropriés.

Les pourcentages rapportés de victimisation pendant l'enfance chez la population d'abuseurs sexuels varient d'une étude à l'autre, souvent à cause de la population étudiée (p. ex., incarcérés ou non), la façon dont le terme est défini (p. ex., certaines études incluent les agressions sans contact physique alors que d'autres les excluent) ou encore à quel moment cette question est posée (p. ex., en début par opposition en fin de traitement; Becker et Hunter, 1997). Malgré cette disparité, certaines de ces études seront présentées dans le but de présenter un portrait de la présence de cette variable dans l'histoire des agresseurs sexuels.

Dans sa recension des écrits portant sur des adolescents ayant commis des crimes sexuels âgés de 12 à 18 ans, Aljazireh (1993) rapporte des pourcentages qui varient entre 9 % (Fagan et Wexler, 1988) et 47 % (Longo, 1982) en ce qui a trait à leur victimisation sexuelle. Par contre, les pourcentages rapportés d'abus physique seraient plus stables. Pour la majorité des études, les taux variaient entre 13,6 et 16,4 %. Elle n'a cité que deux études qui avaient des taux plus élevés : 1) 47 % d'un échantillon de 221 adolescents ayant commis des crimes sexuels avaient subi des abus physiques et ce, de la part de leur père ou beau-père (Kahn et Chambers, 1991); 2) 76,5 % des adolescents ayant commis des crimes sexuels, en milieu fermé pour agresseurs violents, avaient été victime d'abus physique contre 29 % des autres types de délinquants (Lewis et al., 1981). Selon Aljazireh, cette dernière étude suggérerait que plus l'agresseur est violent, plus il est probable qu'il a été victime d'abus physique. De plus, elle note que des études comparatives sur des délinquants non sexuels violents rapportaient également une histoire de victimisation physique ou sexuelle et que les groupes de délinquants non violents rapportaient des taux moins élevés de victimisation. Van Ness (1984), pour sa part, a comparé deux groupes de délinquants: des délinquants sexuels et des délinquants non sexuels. Quarante-et-un pourcent des délinquants sexuels comparativement à 15 % des délinquants non sexuels ont été victimes d'abus physique ou de négligence. Une histoire de victimisation n'est donc pas une caractéristique unique aux agresseurs sexuels (d'ailleurs, d'autres catégories de délinquants ont également été victimes) et il est possible que plus la délinquance est violente, plus il y a de chances que le jeune a été victime d'une forme d'abus.

Une étude portant sur 67 adolescents ayant commis des crimes sexuels (Becker, Cunningham-Rathner et Kaplan, 1987), âgés de 13 à 19 ans (moyenne = 15,47 ans), rapporte les chiffres suivants: 16,4 % ont été victimes d'abus physiques et 17,9 % d'abus sexuels pendant l'enfance. Une autre (Becker et al., 1986) portant sur 22 adolescents ayant commis l'inceste (c.-à-d. contact sexuel avec un membre de la famille dont le lien est biologique ou la personne est reconnue comme un membre de la famille ou l'individu vit dans la famille) et âgés de 13 à 18 ans (moyenne = 14,8 ans) rapporte que 13,6 % des adolescents avaient été victimes d'abus physiques et 23 % avaient été victimes d'abus sexuels.

Une étude québécoise (Lafortune, 1996) dans laquelle on compare un groupe d'adolescents ayant commis des crimes sexuels à un groupe de délinquants non sexuels rapporte que 70 % des abuseurs sexuels ont été agressés avant l'âge de 12 ans, contre 17 % des délinquants non sexuels.

Outre le fait de noter l'incidence ou la prévalence de l'abus sexuel ou physique pendant l'enfance, certains chercheurs ont tenté d'établir des liens entre ces types de victimisations et les caractéristiques des agressions des abuseurs sexuels. Fehrenbach et al., (1986) ont observé qu'un plus grand nombre d'adolescents (20,2 %) commettaient des agressions avec contact physique s'ils avaient eux-mêmes été victimes d'abus sexuels par rapport aux adolescents qui commettaient des délits sans contact direct avec la victime (7,5 %). Dans une étude menée auprès d'une population carcérale adulte, 50 % des pédophiles contre 20 % des autres détenus

avaient déjà été victimes d'abus sexuels avec contacts physiques durant l'enfance. Les auteurs concluent qu'il est possible qu'une forte proportion de pédophiles soient victimes d'abus sexuels pendant leur enfance (Dhawan et Marshall, 1996). Deux autres recherches (Ford et Linney, 1995 et Seghorn, Boucher et Prentky, 1987) ont noté une plus grande fréquence de victimisation sexuelle dans leur histoire chez les abuseurs d'enfants que chez ceux qui violentent des victimes plus âgées. Finalement, Becker et Stein (1991) se sont également penchés sur l'impact de l'abus sur le nombre de victimes et leur sexe. Comparativement aux adolescents n'ayant pas d'histoire d'abus sexuel, les adolescents ayant subi de tels sévices pendant l'enfance ont fait un plus grand nombre de victimes et celles-ci étaient autant de sexe féminin que masculin. Cependant, ceux n'ayant pas une histoire d'abus sexuel sélectionnaient davantage des victimes de sexe féminin (73 %) que des victimes de sexe masculin. D'autre part, les sujets ayant été physiquement abusés avaient également plus de victimes que ceux n'ayant pas vécu de tels abus pendant l'enfance. Ainsi, la présence ou non de victimisation physique ou sexuelle pendant l'enfance peut déterminer le type et le nombre de victimes, ainsi que le type de délit que l'adolescent commettra.

D'autres chercheurs ont tenté de vérifier l'impact d'une victimisation sexuelle ou physique sur les préférences sexuelles. À cet égard, Becker, Kaplan et Tenke (1992) ont voulu vérifier s'il pouvait exister un lien entre la victimisation sexuelle et physique dans l'histoire des adolescents ayant commis des crimes sexuels et leur réponse érectile lors de l'évaluation phallométrique. En effet, les adolescents ayant subi de tels sévices ont eu des réponses érectiles plus élevées à tous les stimuli

(déviant et non déviant) que les adolescents n'ayant pas subi de mauvais traitements. De plus, Becker, Hunter, Stein et Kaplan (1989) ont observé qu'une histoire d'abus sexuel a été associée à une réponse érectile plus déviante pour les adolescents ayant abusé de jeunes garçons. Par conséquent, il semble qu'une histoire d'abus physique ou sexuel aurait un impact sur le profil des préférences sexuelles lors de l'évaluation psychophysologique.

Ainsi, les pourcentages rapportés de victimisations sexuelles et physiques pendant l'enfance varient d'une étude à l'autre. Par contre, les pourcentages semblent plus élevés (entre 20 % et 30 % selon Hanson et Slater, 1991 et 30 % selon Lafortune, 1996) que ceux rapportés dans la population générale (16 % pour Bagley, Wood et Young, 1994; entre 10 % et 16 % pour Finkelhor, 1979; 15 % pour Tourigny et Lavergne, 1995). En ce qui a trait à la victimisation sexuelle, certains abuseurs peuvent gonfler l'incidence de leurs abus ou même l'intensité de ces derniers alors que d'autres, par honte ou peur de l'homosexualité, par confusion ou à cause des tabous de la société refusent de les révéler (Dorais, 1996, 1997). Justement, on rencontrera certains hommes adultes qui n'admettront avoir été victimisés que plusieurs années après leurs abus.

Une histoire de victimisation n'implique pas qu'une personne deviendra un agresseur sexuel, un lien de causalité n'a pu être établi à cet effet. D'ailleurs, plusieurs personnes ayant été victimisées pendant l'enfance ont mené des vies adultes sans jamais abuser sexuellement des autres. À l'égard des abus sexuels ou physiques, il ne faut que les considérer comme des variables pouvant contribuer à la

problématique de l'abuseur. On ne peut changer le passé, par contre il faut apprendre de ce dernier. Étant donné que ses préférences actuelles ont peut-être été façonnées par apprentissage, l'abuseur devra réapprendre à apprécier la sexualité sans sa composante de violence (p. ex., pour les violeurs), tenter de comprendre sa propre victimisation sans la reproduire sur des victimes potentielles et éviter le contenu déviant de sa fantasmagorie.

Habiletés sociales. On retrouve souvent chez les agresseurs sexuels des lacunes sur le plan des habiletés sociales et, plus spécifiquement, dans leur façon d'entrer en relation et d'échanger avec autrui et dans leur manière de maintenir des liens avec des gens de leur âge. Selon Marshall (1989), la plupart des habiletés sociales, plus particulièrement celles impliquant des relations intimes, sont acquises à travers des relations affectueuses et constructives entre le parent et l'enfant. Si cette relation est de piètre qualité, l'enfant développerait des carences sur le plan des habiletés relationnelles et il manquerait également de confiance en lui-même et envers les autres. Ainsi, Marshall (1997) indique que tous ces éléments interféreraient avec le fondement des relations appropriées à l'âge adulte.

Des études recensées, plusieurs ont noté comme facteur commun l'isolement social comme étant une des composantes du manque d'habiletés sociales présent chez les adolescents ayant commis des crimes sexuels. Knight et Prentz (1993) rapportent qu'une déficience sur le plan des compétences sociales a été l'une des caractéristiques les plus communes attribuée à ces adolescents. D'ailleurs, les résultats des études suivantes ont été cités: une grande proportion adolescents ayant commis des crimes

sexuels étaient isolés socialement (Awad et al., 1984 [46 %]; Fagan et Wexler, 1988; Fehrenbach et al., 1986 [65 %, N = 305]); Saunders et al., 1986; Shoor, Speed et Bartelt, 1966; Tingle, Barnard, Robbins, Newman et Hutchinson, 1986); l'isolement des pairs était attribué à une déficience sur le plan des habiletés sociales, dont le manque d'affirmation de soi (Becker et Abel, 1985); une déficience dans leurs habiletés à créer et à maintenir des amitiés proches (Deischer et al., 1982; Fehrenbach et al., 1986; Groth, 1977; Shoor et al., 1966).

France et Hudson (1993) corroborent ces résultats dans leur revue de la documentation. Contrastés à des délinquants non sexuels, les adolescents ayant commis des crimes sexuels étaient vraisemblablement plus isolés socialement et ils avaient des difficultés sérieuses dans leurs habiletés à former des liens avec des pairs.

À elle seule, la variable de l'isolement social ne peut prédire la délinquance sexuelle, car elle est souvent reliée à des problématiques familiales (p. ex., abus physique, négligence, faible attachement, conflits conjugaux, séparation des parents). Par ailleurs, la qualité des relations dans le milieu familial aurait un impact sur la façon dont l'adolescent entre en relation avec les gens à l'extérieur de sa famille (Marshall et al., 1993). Un adolescent qui présenterait des carences sur le plan de ses habiletés sociales serait plus enclin à, soit 1) entrer en relation avec des enfants et ainsi les abuser, soit 2) de par son inadéquation relationnelle avec les jeunes de son âge, commettre des agressions forcées (c.-à-d. des viols). Dans certains cas, les habiletés sociales deviennent alors une variable contributive à la commission d'abus sexuels. Néanmoins, il ne faut pas négliger que les adolescents en général peuvent

présenter des difficultés au plan des habiletés sociales, simplement d'un point de vue développemental, car ils en sont encore à une étape d'apprentissage et d'expérimentation. Ce facteur doit être pris en considération avant que l'on établisse des conclusions hâtives ayant trait à leur passage à l'acte sexuel.

Difficultés scolaires. Sans qu'elles ne contribuent directement à l'abus sexuel, les difficultés scolaires peuvent représenter le symptôme de difficultés sous-jacentes. Dans certains cas, par exemple, à la suite de sévices psychologiques, physiques ou sexuels, des adolescents peuvent présenter des troubles de la concentration et des difficultés d'apprentissage. Un autre exemple est celui du jeune portant le diagnostic d'hyperactivité ou d'un retard intellectuel. Celui-ci exhibera également des problèmes comportementaux ou scolaires secondaires à cette difficulté. Des enfants témoins de violence conjugale ou issus d'un divorce sont enclins à souffrir et, par conséquent, à présenter des troubles scolaires. Bref, de nombreux facteurs peuvent être sous-jacents aux problèmes qui surgissent à l'école. C'est alors qu'il devient cliniquement pertinent d'intervenir auprès du jeune qui a des difficultés d'apprentissage. De plus, ces complications peuvent en retour engendrer d'autres problèmes (p. ex., rejet des pairs) pouvant alors contribuer à la délinquance sexuelle.

Il a souvent été mis en lumière que les adolescents ayant commis des crimes sexuels vivaient des problèmes scolaires (Fehrenbach et al., 1986; Awad et al., 1984; Awad et Saunders, 1991), c'est-à-dire de faibles résultats (Becker et Kaplan, 1988), le redoublement d'une année, le renvoi temporaire ou permanent de l'école (Shields et Jordan, 1995). Plus de 80 % des adolescents délinquants sexuels dans l'échantillon

de Awad et al. (1984) ont vécu des difficultés d'apprentissage ou des difficultés comportementales à l'école. Dans l'étude de Fehrenbach et al. (1986), 43 % des adolescents ayant commis des délits sexuels avaient un rendement scolaire sous la moyenne. Trente-six pour cent des abuseurs d'enfants et 26 % des agresseurs de pairs avaient des difficultés d'ajustement scolaire à partir de la maternelle et 75 % des abuseurs d'enfants et 47 % des agresseurs de pairs avaient des difficultés d'apprentissage depuis la première année du primaire. Et, finalement, les violeurs dans l'étude de Bard et al. (1987) avaient plus tendance à présenter des difficultés scolaires que les pédophiles.

Étant donné que la présence de difficultés scolaires est souvent apparente chez les délinquants sexuels, il est important de pousser un peu plus loin la procédure d'évaluation afin de diagnostiquer s'il existe un trouble primaire qui pourrait venir influencer le traitement ou même la compréhension de la problématique du jeune.

Problèmes comportementaux et délinquance non sexuelle. En plus d'avoir commis des délits de nature sexuelle, on retrouve fréquemment chez ces adolescents des perturbations du comportement (Fehrenbach et al., 1986). Ces difficultés comportementales peuvent se présenter sous la forme de délinquance non sexuelle, de comportements agressifs ou même de diagnostic d'un trouble de la conduite (p. ex., hyperactivité, Becker et al., 1986).

Les proportions d'adolescents ayant commis des délits non sexuels en plus de leurs délits sexuels sont élevées (p. ex., Amir, 1971: 41 %; Awad et al., 1984: 50 %;

Becker et al., 1986: 50 %; Fehrenbach et al., 1986: 44 %; Shoor et al., 1966: 63 %). Compte tenu des similarités avec le reste de la population carcérale, la plupart des violeurs adultes incarcérés ont commis et ont été accusés d'autres crimes non sexuels (Stermac et Quinsey, 1986; Weinrott et Saylor, 1991). Ceci semblerait être le cas également chez les adolescents ayant commis des viols (p. ex., Epps, 1991). Or, ces deux échantillons sont biaisés de par leur statut légal. Les individus incarcérés sont souvent plus criminalisés que ceux provenant de la population générale et ce ne sont pas tous les adolescents ayant commis des crimes sexuels qui ont une histoire criminelle.

Dans une recension de la documentation sur la présence de troubles de la conduite caractérisant certains adolescents ayant commis des crimes sexuels (France et Hudson, 1993), ceux-ci avaient une histoire d'arrestations pour des crimes de nature non sexuelle et la majorité présentaient des troubles du comportement. Cinquante pour cent des adolescents ayant commis l'inceste dans l'étude de Becker et al. (1986) auraient un dossier d'arrestations non sexuelles précédant les agressions sexuelles. Alors qu'un taux de 28 % a été rapporté dans l'échantillon de Becker, Cunningham-Rathner et Kaplan (1986).

L'étude de Awad et Saunders (1991) incluant trois groupes comparatifs (agresseurs sexuels, abuseurs d'enfants et délinquants non sexuels), dont la moyenne d'âge était de 14 ans pour chaque groupe, rapporte que 63 % des adolescents ayant commis des crimes sexuels avaient une histoire de comportement antisocial, contre 50 % des abuseurs d'enfants et 100 % des délinquants non sexuels. Il est important

de noter que 80 % des adolescents étaient recommandés par la Cour alors que 20 % d'entre eux étaient recommandés par des agents de probation. Par conséquent, ces données ne peuvent être généralisées à une population d'adolescents n'ayant pas été judiciairisés pour les crimes sexuels qu'ils ont commis.

Suivant une recension des écrits, France et Hudson (1993) ont noté que les adolescents commettant des délits sexuels agressifs, avec contact physique, seraient plus souvent diagnostiqués comme présentant un trouble de la conduite ou auraient davantage commis des actes de violence que les adolescents dont les délits sexuels n'impliqueraient pas de contact physique avec la victime (p. ex., voyeurisme ou exhibitionnisme). Ces adolescents ressembleraient donc davantage aux adolescents présentant des comportements antisociaux (délinquance générale) plutôt qu'aux autres types d'agresseurs sexuels (non violents, non agressifs), de par leur utilisation de la violence dans d'autres contextes, de par leur abus de substances et de par leur profil de personnalité.

France et Hudson (1993) ajoutent que la présence de criminalité ou d'un trouble de la conduite, de façon concomitante à la commission d'agressions sexuelles, est un élément significatif à la prédiction du risque de récidive. Le trouble de la conduite était défini comme étant une étendue de comportements tels que le mensonge pathologique, le vol, l'agressivité et l'absentéisme, en plus des comportements illégaux et répétitifs.

Finalement, ces auteurs relèvent une limite importante des études sur ce domaine. Dans la tentative d'établir un lien entre le trouble de conduite et la délinquance sexuelle, les recherches ne distinguent pas les adolescents ayant commis des crimes sexuels qui ont des troubles de la conduite de ceux qui n'en ont pas. Il est alors possible que les adolescents ayant commis des crimes sexuels, mais n'ayant pas de trouble de la conduite, aient des caractéristiques uniques qui sont obscurcies dans les recherches actuelles. C'est ainsi qu'il devient important de déterminer, pour ceux ayant des troubles de la conduite, quel est le diagnostic primaire.

Consommation d'alcool et de drogues. La contribution de la consommation de drogues ou d'alcool à la commission de délits sexuels a été davantage étudiée chez la population adulte. Tout comme pour la présence d'un diagnostic de trouble de conduite, il est tout aussi important de vérifier si la toxicomanie (l'abus ou la dépendance) a contribué à la délinquance sexuelle et si cette problématique doit être abordée. On verra fréquemment, lors d'un dévoilement ou lors du traitement, une tendance chez l'abuseur adulte à se servir de son intoxication comme défense: des pertes de mémoire sélectives; l'impact de l'alcool ou des drogues sur la commission de ces actes, par exemple. Ainsi, l'abuseur ne reconnaît pas l'existence de sa problématique sexuelle sans qu'il soit intoxiqué. Il aura recours à des rationalisations afin de justifier son passage à l'acte. En fin de compte, le négateur serait convaincu que, tant qu'il demeurera sobre, il n'agressera plus. D'un point de vue clinique, deux choses s'imposent: 1) si l'agresseur est aux prises avec un problème de toxicomanie, il est souvent recommandé de traiter la toxicomanie d'abord, car elle occupe une trop grande place dans sa vie et celle-ci peut contribuer à son attitude réfractaire au

traitement; 2) et ensuite, la reconnaissance que sa consommation ne fut qu'un moyen pris pour commettre ses agressions, car les substances intoxicantes agissent comme désinhibiteur ou comme façon d'abaisser son sentiment de culpabilité, par exemple. Ainsi, il apprendra qu'un intérêt sexuel déviant accompagné de fantasmes et des distorsions cognitives, par exemple, est l'élément réel ayant contribué au délit et que l'utilisation de drogues ou d'alcool ne serait qu'un des éléments facilitant les passages à l'acte.

Toutefois, ce ne sont pas tous les adultes agresseurs sexuels qui commettent leurs délits sous l'effet d'intoxicants et il serait encore moins commun chez les adolescents (Davis et Leitenberg, 1987; Lightfoot et Barbaree, 1993). Il faut être prudent avant d'établir des liens de causalité entre ces deux phénomènes (c.-à-d. consommation et délit sexuel) tant chez la population adulte qu'adolescente. On remarque que les abuseurs adultes qui ont tendance à consommer suite aux abus le feront souvent pour mieux composer avec les sentiments négatifs qui suivent le délit, par exemple la honte et la culpabilité. L'alcool ou la drogue devient alors une forme d'échappatoire à ces sentiments indésirables. D'autres consommeront afin de se « donner la permission » d'aller plus loin en laissant aller leurs inhibitions.

Sur le plan de la criminalité en général, l'abus de substances a été trouvé comme étant intimement lié à la commission d'une grande variété de comportements criminels violents chez les hommes (Hodgins et Lightfoot, 1988; Lightfoot et Hodgins, 1988; Ross et Lightfoot, 1987), chez les individus affichant des comportements antisociaux et chez certains délinquants sexuels adolescents

(Lightfoot et Barbaree, 1993). Les homicides, les viols et les voies de fait seraient des crimes où l'on retrouve le plus fréquemment l'implication de l'abus d'alcool (Lightfoot et Barbaree, 1993). Dans une revue de la documentation, Seto et Barbaree (1995) ont observé que la consommation d'alcool précédait fréquemment la commission d'une agression. D'ailleurs, plus de 50 % des violeurs incarcérés avaient consommé de l'alcool au moment de la commission des délits. Finalement, dans sa revue de la documentation, Marshall (1997) relève qu'une des problématiques les plus souvent rapportées chez les pédophiles adultes est l'abus ou la consommation d'intoxicants (plus souvent l'alcool) dans le but de faciliter le passage à l'acte.

Chez la population d'adolescents ayant commis des crimes sexuels, la problématique de consommation diffère de celle des adultes. D'abord, l'âge légal de consommation varie de 18 à 21 ans, selon les provinces et les États. Ensuite, s'ils consomment, étant donné leur âge et leur niveau développemental, ils ne peuvent être comparés à la population adulte. Les adolescents sont à un âge où ils tentent d'expérimenter soit avec le tabac, l'alcool ou les drogues, et ceci ferait partie du processus normal de séparation et d'individuation de la famille (Lightfoot et Barbaree, 1993). En effet, il existe chez cette population des problématiques d'abus d'alcool et de drogues, mais encore là, il faut être prudent avant de généraliser les données adultes à la population adolescente.

Une étude portant sur une population d'abuseurs sexuels adolescents a rapporté qu'ils avaient moins tendance que le groupe témoin de délinquants non sexuels à consommer de l'alcool (12 % contre 39 %; $p < .02$) ou des drogues (18 % contre 42

%; $p < .06$). L'utilisation de drogues était présente lors de deux délits et l'alcool n'était impliqué dans aucun des délits (Awad et Saunders, 1991). Une étude québécoise (Lafortune, 1996) rapporte que 13 % des abuseurs sexuels consommaient régulièrement (plus d'une fois par semaine) de la drogue ou de l'alcool contre 43 % des délinquants non sexuels. Il faut noter que son échantillon est principalement composé d'agresseurs d'enfants.

Davis et Leitenberg (1987) concluent, à partir des études recensées portant sur l'usage d'intoxicants par les adolescents ayant commis des crimes sexuels, que la probabilité qu'ils consomment de l'alcool ou des drogues n'est pas plus élevée que pour les autres catégories de délinquants. Lightfoot et Barbaree (1993), dans leur recension des écrits, corroborent ces résultats en rapportant des taux de prévalence très variables pour des adolescents ayant commis des crimes sexuels; ces taux varient de 3,4 à 72 %. Plus précisément, les pourcentages suivants étaient cités: 8 % (Awad, Saunders et Levene, 1984); 10 % (Wasserman et Kappel, 1985); 6 % (Fehrenbach, Smith, Monasterky et Deisher, 1986); 3,4 % (Awad et Saunders, 1989); 72 % (Vinogradov, Dishotsky, Doty et Tinklenberg, 1988). Alors que les taux variaient de 3,4 à 72 % pour les adolescents ayant commis des crimes sexuels, les taux variaient de 11 à 65 % pour les délinquants non sexuels: 65 % (Tinklenberg, Murphy, Darley, Roth et Kopell, 1974); 11 % (Groth, 1977); 50 % (Hartstone et Hansen, 1984); 55 % (Van Ness, 1984); 33 % (Awad, Saunders et Levene, 1984). Ainsi, d'une étude à l'autre et d'une catégorie de délinquants à une autre, les pourcentages sont très variables. Des facteurs méthodologiques peuvent expliquer ces écarts (p. ex., échantillons incarcérés contre en communauté; échantillons de

délinquants considérés violents; entrevues contre dossiers officiels; historique d'abus de drogues ou d'alcool ou non, etc.; voir Lightfoot et Barbaree, 1993).

Des recherches ont également été conduites dans le but d'établir un lien entre la consommation d'alcool ou de drogues et les variables suivantes: l'excitation sexuelle, les comportements sexuels ou agressifs et certaines caractéristiques de l'agression sexuelle. En regard de la relation entre l'alcool et l'excitation sexuelle, Lightfoot et Barbaree (1993) affirment qu'il est probable que l'intoxication à l'alcool perturbe le contrôle normal de l'excitation sexuelle, mais que les recherches ne sont pas assez avancées pour nous permettre de spécifier clairement la nature de cette interaction.

Dans la tentative d'établir un lien entre la consommation d'alcool et les comportements sexuellement déviants ou agressifs, Lightfoot et Barbaree (1993) postulent qu'un processus complexe impliquant des réponses cognitives (p. ex., attentes par rapport à l'alcool) et physiologiques (p. ex., perturbation de l'accomplissement de certaines tâches complexes) serait en place. Ces réponses, combinées aux effets de l'alcool, augmenteraient la probabilité d'une réponse agressive et auraient un effet désinhibiteur sur le comportement sexuel. Ainsi, la combinaison de ces effets serait puissante et la possibilité de voir apparaître un comportement sexuellement agressif serait plus probable. Ces mêmes auteurs concluent que les adolescents ayant commis des crimes sexuels, souvent décrits comme ayant une plus grande tendance à être socialement isolés et ayant parfois un

fonctionnement intellectuel réduit, seraient plus à risque d'avoir recours à des comportements inappropriés s'ils consomment de l'alcool.

Finalement, en ce qui a trait au lien entre la consommation et les caractéristiques de l'agression, Becker et Stein (1991) ont mené une étude auprès de 160 adolescents ayant commis des crimes sexuels (âge moyen: 15,4 ans) trouvés coupables d'agression sexuelle. Un des buts de l'étude était de vérifier la relation entre la consommation de drogues et d'alcool et le nombre de victimes par agresseur. Soixante-et-un pour cent de l'échantillon ont admis qu'ils consommaient de l'alcool. Une analyse de variance a été effectuée pour vérifier s'il existait un lien entre l'impact de l'alcool sur le désir sexuel (autorapporté) et le nombre de victimes. La relation s'est avérée significative. Les sujets qui ont rapporté que l'alcool augmentait leur désir sexuel avaient plus de victimes ($\bar{M} = 3,1$) que ceux dont l'alcool n'avait aucun impact ($\bar{M} = 2,0$) sur leur désir sexuel ou ceux qui n'en consommaient pas ($\bar{M} = 1,7$). Les sujets qui disaient que l'alcool diminuait leur désir sexuel avaient en moyenne 2,1 victimes. Cette relation n'a pas été significative quant à la consommation de drogues. Il faut interpréter ces données avec prudence, car elles étaient toutes autorapportées et rétrospectives. De plus, les auteurs ne spécifient pas sur quoi ils se basent pour établir un lien entre ces deux variables, c'est-à-dire entre la perception de l'impact de l'alcool sur le désir sexuel et le nombre de victimes. Il y aurait peut-être intérêt à vérifier le lien entre la fréquence des abus sexuels par rapport à la fréquence de la consommation.

Malgré que la consommation d'alcool et de drogues soit parfois impliquée dans la commission de délits sexuels, la relation entre l'abus de substances et l'agression sexuelle chez les adolescents n'a pas été clairement établie (Becker et Hunter, 1997). Il n'existe encore aucun consensus en ce qui a trait à la façon dont l'alcool ou les drogues exerceraient leur effet sur le comportement (Lightfoot et Barbaree, 1993). Toutefois, plusieurs s'entendent sur le fait que l'abus d'intoxicants serait un facteur de risque à la commission de délits sexuels, indépendamment de la présence d'un problème de dépendance ou d'abus de substance (Becker et Hunter, 1997). En effet, un individu qui est sous l'effet d'intoxicants peut ne pas avoir la capacité de considérer pleinement les conséquences de ses actions (Becker et Stein, 1991) et cet état, s'il persiste, peut réduire les inhibitions qui, en d'autres temps, contraignent la personne à commettre un délit. Cependant, il ne faut pas omettre qu'un bon nombre d'hommes et d'adolescents qui abusent d'alcool ou de drogues ne commettent pas d'agression sexuelle

Historique de vie sexuelle. On s'est souvent questionné à savoir si les adolescents ayant commis des crimes sexuels avaient également une sexualité qui est saine ou si leur intérêt déviant, si présent, était exclusif. En 1965, McGuire, Carlisle et Young ont avancé que la première expérience sexuelle d'un jeune allait façonner le développement de son profil d'excitation sexuelle. Selon eux, suivant leur première expérience, les garçons auraient tendance à se masturber tout en pensant à cette expérience. Cette pensée serait alors renforcée chaque fois que le garçon aurait un orgasme. Ils ajoutent que, si la première expérience est déviante, il est possible que l'occasion de développer un registre de fantasmes non déviants ne se présente pas.

Ce postulat expliquerait, selon eux, qu'une grande proportion d'agresseurs sexuels auraient eux-mêmes été victimes d'agressions sexuelles. Cette étude, datant de 1965, a fait certaines conclusions hâtives en avançant qu'un registre de fantasmes normaux ne pourrait se développer, puisque aujourd'hui il est reconnu que l'intérêt sexuel déviant n'est pas l'intérêt unique ou exclusif de tous les agresseurs. Si bien que plusieurs agresseurs sexuels présentent également des préférences sexuelles dirigées vers des partenaires d'âge approprié et consentant. Or, malgré ces limites, ces chercheurs ont tracé le chemin de futures études tentant d'expliquer le développement de l'intérêt sexuel déviant ou normal.

Au départ, on excusait leurs gestes d'agressions sous le compte de l'exploration sexuelle et on en minimisait l'impact sur les victimes (Barbaree, Marshall et Hudson, 1993b). De plus en plus d'études ont détruit ce mythe de l'exploration en démontrant que plusieurs agresseurs avaient eu au préalable, ou de manière concomitante, des expériences sexuelles consentantes (Becker et al., 1993). L'étude de Lafortune (1996) rapporte que 27 % des abuseurs et 33 % des délinquants non sexuels affirment avoir déjà fréquenté une jeune fille d'âge approprié (c.-à-d. au maximum une différence d'âge de plus ou moins cinq ans). Les expériences homosexuelles étaient rares pour les deux groupes (3 % des abuseurs et 10 % des délinquants). Ses résultats seraient en deçà des études qu'il a recensées qui rapportaient des taux d'homosexualité variant entre 46 % et 86 % pour la population générale.

Becker et al. (1986), pour leur part, rapportent que 95 % de leur échantillon de 22 adolescents ayant commis des délits d'inceste avaient déjà eu des expériences

sexuelles non génitales (c.-à-d. sans relation sexuelle complète) et tous les sujets se considéraient exclusivement hétérosexuels. De façon similaire, Becker, Cunningham-Rathner et Kaplan (1986) rapportent que 82 % des 67 adolescents ayant commis des crimes sexuels ont vécu ce même genre d'expérience (non génitales), alors que 58 % avaient eu des expériences sexuelles plus avancées (génitales). Des 67 adolescents ayant commis des crimes sexuels, 88,1 % s'admettaient exclusivement hétérosexuels alors qu'aucun ne rapportait être exclusivement homosexuel.

Malgré que ces études offrent des résultats intéressants, il faut demeurer prudent lorsqu'on les compare entre elles. D'une étude à l'autre, les variables de l'histoire sexuelle étudiées peuvent varier. Certaines se limitent aux expériences consentantes avec un ou une partenaire, alors que d'autres incluent la masturbation, l'expérimentation consentante avec des pairs, ainsi que l'utilisation de matériel pornographique. Il est alors difficile de comparer les études entre elles, car les variables étudiées ne sont pas équivalentes au départ. Tout de même, quoique cette limite soit existante, les études rapportent des pourcentages qui demeurent intéressants d'un point de vue clinique.

En dépit du mythe qui circule encore que l'agression commise par l'adolescent n'est qu'un geste d'exploration ou une erreur de parcours, plusieurs études nous ont démontré que ces adolescents ont également des expériences consentantes avec des pairs d'âge adéquat. Ce facteur intéressant pousse les chercheurs, entre autres, à se questionner davantage sur d'autres facteurs pouvant expliquer l'agression sexuelle. On se questionnera à savoir si la lacune ne se trouve pas davantage dans le mode de

relation avec les pairs ou le manque d'habiletés sociales. Ces jeunes ont accès à des pairs et ils ont des expériences sexuelles consentantes dans la grande majorité des cas.

Utilisation de matériel pornographique. Depuis l'apparition des vidéos et de l'Internet, la pornographie devient de plus en plus accessible aux jeunes adolescents. L'utilisation de matériel pornographique éveille l'intérêt des chercheurs travaillant sur la délinquance sexuelle, tant comme précurseur au développement de la déviance sexuelle, mais aussi comme précurseur à l'agression même (Hudson et Ward, 1997). La pornographie pourrait être à la source des fantasmes, elle pourrait stimuler l'excitation sexuelle et, ainsi, fonctionner comme désinhibiteur immédiat (Ward, McCormack, Hudson et Polaschek, 1997). On s'interroge également à savoir en quoi le visionnement de matériel pornographique, pendant la masturbation par exemple, pourrait contribuer à maintenir des intérêts déviants.

Dans une recherche menée auprès d'abuseurs sexuels adultes, Marshall et Eccles (1993) citent deux études (Goldstein, Kant et Hartman, 1973; Walker, 1970) qui concluent qu'un plus grand nombre d'agresseurs sexuels (p. ex., 30 % des violeurs) avaient, avant l'âge de 10 ans, visionné du matériel pornographique (explicite) comparativement à un groupe témoin de non-agresseurs (2 %). Marshall et Eccles concluent que certains adolescents exposés à de la pornographie à un âge précoce pourraient alors développer des intérêts sexuels déviants.

Des chercheurs ont également tenté de vérifier si les différents sous-types d'agresseurs sexuels se distinguaient quant à leurs habitudes d'utilisation de

pornographie. En effet, il existerait des différences entre les violeurs et les agresseurs d'enfants, du moins chez les agresseurs sexuels adultes, quant à leur utilisation de matériel pornographique (Hudson et Ward, 1997). Les violeurs utiliseraient moins de matériel pornographique que les abuseurs d'enfants avant la commission de leur délit et en général (Carter, Prentky, Knight, Vanderveer et Boucher, 1987; Cook, Fosen et Pacht, 1971; Goldstein, Kant, Judd, Rice et Green, 1971; cités dans Hudson et Ward, 1997).

L'étude d'Abel et al. (1985) rapporte, par contre, des résultats contraires. Les agresseurs sexuels ayant des victimes adultes utiliseraient davantage de pornographie (60 %) que ceux ayant des victimes adolescentes (43 %) ou enfants (46 %). Ces auteurs constatent également que les adultes qui visionnent la pornographie pratiqueraient depuis plus longtemps des activités sexuelles déviantes que ceux qui n'en visionneraient pas. Cependant, de cette étude, aucune relation n'a été trouvée entre l'utilisation de pornographie et le nombre de crimes sexuels, le nombre de victimes et le type de coercition utilisée au moment du crime. Finalement, certains ont démontré que ces agresseurs utiliseraient davantage de pornographie que les groupes contrôles de non-agresseurs (Cook et Fosen, 1970; Davis et Braught, 1970; Marshall, 1988).

Les résultats obtenus auprès des populations adultes d'agresseurs sexuels ont incité les chercheurs à enquêter les habitudes d'utilisation de pornographie des adolescents ayant commis des crimes sexuels. Les études dans ce domaine ne sont pas nombreuses, mais deux d'entre elles méritent d'être mentionnées. La première porte

sur un échantillon de 160 adolescents ayant été trouvés coupables d'agression sexuelle (Becker et Stein, 1991). Les revues (35 %) et les vidéos (26 %) étaient les produits pornographiques les plus utilisés, suivis de matériel sexuellement explicite présenté à la télévision (15 %) et dans les livres (13 %). Seulement 11 % de ces jeunes ont rapporté qu'ils ne visionnaient pas de matériel pornographique. Les auteurs ont ensuite vérifié l'impact de la pornographie sur le désir sexuel de ces adolescents. La majorité (67 %) a rapporté que la pornographie les stimulait sexuellement, 21 % ont dit qu'elle n'avait aucun impact sur leur désir sexuel, 3 % ont rapporté une baisse de désir et 9 % n'avaient pas utilisé de pornographie. Finalement, les auteurs concluent qu'ils n'ont pu démontrer l'existence d'un lien entre la consommation de matériel pornographique et le nombre de victimes et que ce genre de stimuli ne peuvent à eux seuls être responsables de la commission d'une agression sexuelle ou de l'apparition d'un intérêt sexuel déviant. Toutes les données recueillies dans cette étude étaient autorapportées.

Une deuxième étude qui mérite une attention particulière (Ford et Linney, 1995) rapporte que 42 % de l'échantillon affirment avoir été exposés à la pornographie explicite (*hard core*, en anglais) et à des revues sexuellement explicites comparé à 29 % des délinquants non sexuels. Finalement, les adolescents ayant commis des crimes sexuels auraient été exposés à un plus jeune âge (5 à 8 ans) à la pornographie que le groupe témoin.

La contribution de la pornographie à la déviance sexuelle n'est toujours pas claire aujourd'hui. De futures recherches devront élucider son rôle. Il est possible que le

matériel sexuellement violent agisse comme renforçateur ou comme facteur de maintien étant donné que les individus recherchent probablement du matériel vers lequel ils sont attirés sexuellement (Becker et Hunter, 1997).

Conclusion sur les facteurs de risques

Diverses variables étudiées dans les recherches menées auprès des délinquants sexuels viennent d'être présentées. Il est reconnu dans la documentation scientifique que plusieurs caractéristiques descriptives des adolescents ayant commis des crimes sexuels n'arrivent pas à les discriminer des autres groupes de délinquants (Richardson, Kelly, Bhate et Graham, 1997). De façon similaire, plusieurs de ces variables ne peuvent à elles seules prédire ou expliquer les comportements sexuellement déviants. Selon Becker et al. (1993) les similarités qui existent entre les différents groupes sont attribuables au fait que les recherches mettent l'accent sur des caractéristiques historiques qui sont communes à tous les adolescents délinquants commettant des délits (p. ex., troubles de la conduite). Ces similarités existeraient également parce que les recherches n'utilisent pas des instruments assez sensibles permettant d'identifier la présence d'une déviance sexuelle.

Puisqu'il ne semble pas y avoir de caractéristiques spécifiques qui discriminent les adolescents ayant commis des crimes sexuels des autres délinquants, un profil précis du délinquant sexuel adolescent n'a pu être établi et les cliniciens tentent alors de subdiviser cette population en sous-groupes ou en typologies. Même si ces variables ne sont pas uniques aux adolescents ayant commis des crimes sexuels, elles offrent

des dimensions méritant d'être étudiées parce qu'elles pourraient être impliquées dans la création de sous-groupes plus homogènes d'adolescents ayant commis des crimes sexuels (Knight et Prentky, 1993).

Il est toutefois important de constater que des individus avec des historiques de vie similaires et des caractéristiques psychosociales semblables à celles des agresseurs sexuels peuvent avoir des vies normales, saines et des préférences sexuelles ou des comportements non déviants tout au long de leur vie (Barnard, Fuller, Robbins et Shaw, 1989). Il faut donc garder en tête, lorsqu'on aborde cette problématique, que plusieurs facteurs entrent en ligne de compte, telle la personnalité et la biologie de chacun, ainsi que tous les éléments qui constituent la qualité unique de chaque être humain. Tenter de dresser un profil unique du violeur ou du pédophile est aussi aberrant que de tenter de dresser un profil unique de la personne dépressive. Grâce à des protocoles d'évaluation complets, la problématique pourra être abordée de manière adéquate et adaptée à chaque individu.

Les questionnaires

Tel que déjà mentionné, la passation de questionnaires permet au clinicien de recueillir plusieurs informations pertinentes sur la problématique du sujet de manière standardisée et elle offre la possibilité au sujet de dévoiler ce qui serait autrement difficile de faire en situation de face à face. Un protocole d'évaluation complet implique l'administration de différents questionnaires, tels des questionnaires sur l'humeur, sur la personnalité, des questionnaires pour évaluer les connaissances de l'adolescent sur la sexualité, ses attitudes, ses valeurs et ses habiletés sociales, la

présence de distorsions cognitives, de fantasmes et les préférences sexuelles (Becker et Kaplan, 1993). Les questionnaires ajoutent une composante pratique, spécifique et efficace au protocole d'évaluation.

Plusieurs instruments psychométriques sont donc utilisés afin d'évaluer le jeune délinquant sexuel. Dans plusieurs cliniques américaines, deux questionnaires sont utilisés pour l'évaluation d'adolescents ayant commis des crimes sexuels. Il s'agit du Adolescent Sexual Interest Cardsort (QISA en français) et du Adolescent Cognitions Scale (QCA en français; Hunter et al., 1991). Malgré leur grande utilisation, très peu d'études ont validé ces instruments de sorte que certains de leurs aspects (p. ex., validité d'apparence, sensibilité à la désirabilité sociale) n'ont pas encore été évaluées. Ces deux instruments, mesurant respectivement les préférences sexuelles et les cognitions, sont directement liés au phénomène de la délinquance sexuelle. Les questionnaires de dépression de Beck, de personnalité de Jesness et de désirabilité de Marlowe-Crowne, pour leur part, sont reconnus par la communauté scientifique comme ayant été validés dans plusieurs langues et comme ayant fait leurs preuves d'un point de vue clinique. Ce sont ces questionnaires qui seront présentés dans la section qui suit.

Becker and Kaplan Adolescent Sexual Interests Card Sort, 1988 (traduction:

Questionnaire des intérêts sexuels pour adolescents - QISA)

Le questionnaire Adolescent Sexual Interests Card Sort a pour but de déterminer la présence de préférences sexuelles déviantes chez les adolescents. Il est composé de 64 items (échelle de Likert allant de -2 à +2) et a été développé à partir du même

genre de questionnaire développé pour une population adulte anglophone (Abel and Becker Sexual Interests Card Sort, 1985).

Hunter, Becker, Kaplan et Goodwin (1995) furent les seuls à tenter de valider la version originale du questionnaire (Adolescent Sexual Interest Card Sort). La consistance interne ($\alpha = .97$) est excellente, alors que la fidélité test-retest pour 60 des 64 items est variable, quoique suffisante ($r = .44$ à $.98$). Ces auteurs ont tenté de vérifier la validité concomitante de l'instrument en corrélant les résultats du questionnaire aux résultats de l'évaluation phallométrique, mais les résultats étaient peu concluants. Seulement 4 des 14 sous-échelles examinées ont été corrélées significativement avec des sous-échelles similaires au pléthysmographe (c.-à-d. sexualité agressive avec une jeune fille; sexualité consentante avec un garçon du même âge; sexualité agressive avec une fille du même âge; sexualité agressive avec une femme adulte). Les auteurs tentent d'expliquer leurs résultats en supposant que les sujets ont pu avoir recours à la dissimulation compte tenu de la transparence de l'instrument. Cette étude comporte, par contre, quelques faiblesses méthodologiques. D'abord, il n'y avait pas de groupe comparatif et, ensuite, ce ne sont pas les mêmes sujets qui complétaient le questionnaire et l'évaluation phallométrique. Ainsi, on tentait de faire des corrélations entre deux mesures, mais provenant de deux groupes différents plutôt qu'un seul. Ceci pourrait expliquer des résultats peu concluants.

Becker et Kaplan (1988) ont également tenté de vérifier la validité test-retest de l'instrument et celle-ci s'est avérée faible. Elles expliquent ces résultats par le fait que, d'un point de vue éthique, elles devaient donner de la rétroaction aux sujets

après la première passation du questionnaire. Les auteurs ne fournissent pas de détails numériques ou statistiques ni des références à l'égard de cette recherche.

Becker and Kaplan Adolescent Cognitions Scale, 1988 (traduction: Questionnaire des cognitions pour adolescents- QCA)

Le questionnaire Adolescent Cognitions Scale, composé de 32 items dichotomiques (vrai/faux), permet de déterminer si l'adolescent agresseur sexuel entretient des cognitions déviantes qui pourraient maintenir ses intérêts sexuels déviantes. Ce questionnaire a été conçu à partir de celui employé auprès des agresseurs sexuels adultes (Abel, Becker et Cunningham-Rathner 1984; cité dans Hunter et al., 1991) et il les discrimine des non-agresseurs (Abel et al., 1989). Lors de l'élaboration de la version pour adolescents, on observe une modification du type d'échelles de réponse employées: la version adulte (Abel and Becker Cognitions Scale, 1984) comprend des échelles de Likert (1 à 5) alors que les échelles de la version pour adolescents sont dichotomiques (vrai/faux). Les auteurs rapportent avoir effectué ce changement (réduction de l'étendue des réponses possibles) afin de faciliter la passation du questionnaire pour les adolescents qui auraient des difficultés de compréhension.

À ce jour, il n'existe qu'une seule étude publiée qui traite de la validité et de la fidélité du Adolescent Cognitions Scale (Hunter et al., 1991). La fidélité test-retest, dont le coefficient est de ,68, a été vérifiée en effectuant les passations sur deux jours consécutifs. La validité discriminante a été évaluée en comparant les résultats obtenus au questionnaire par des agresseurs sexuels adolescents et par des

adolescents non agresseurs, elle s'est avérée non significative. Les auteurs suggèrent que plusieurs items du questionnaire sont sensibles à la désirabilité sociale. Ainsi, un tel biais pourrait atténuer la différence des résultats obtenus entre les deux groupes. Ils proposent d'évaluer à quel point les items de ces échelles sont en corrélation avec une échelle de désirabilité sociale (p. ex., celle de Crowne-Marlowe, 1964). Si une telle corrélation s'avérait significative, ceci justifierait la nouvelle structure du questionnaire afin de contrebalancer cette tendance (Rock, 1981; Saunders, 1991; cités dans Hunter et al., 1991).

Selon Hunter et al. (1991), il est possible que l'instrument n'ait pu discriminer les deux populations pour les raisons suivantes: 1) les adolescents ayant commis des crimes sexuels auraient fourni des réponses qui sont socialement acceptables plutôt que d'exprimer réellement comment ils percevaient chaque situation présentée; 2) ces adolescents n'auraient pas encore développé un système de distorsions cognitives tel qu'on le retrouve dans la population adulte d'agresseurs sexuels; 3) la présence de distorsions cognitives ne serait pas suffisante, à elle seule, pour conduire à un comportement sexuel inapproprié.

Becker et Kaplan (1988) ont également tenté de vérifier la validité test-retest de l'instrument sur un groupe de 11 adolescents ayant commis des délits sexuels. Elles ont obtenu un chi-carré de 49,8 ($p < .001$). Les auteurs ne fournissent aucun autre détail numérique ou statistique, ni des références additionnelles à l'égard de cette recherche.

En plus d'évaluer respectivement les préférences sexuelles et les distorsions cognitives, ces questionnaires sont aussi utilisés pour vérifier l'efficacité du traitement auprès des abuseurs sexuels (passation des échelles avant et après le traitement). S'il y avait une diminution des cotes globales des intérêts sexuels déviants et des cognitions déviantes, cela indiquerait l'efficacité du traitement (Kaplan, 1993, communication personnelle).

Inventaire de dépression de Beck

Lors de la procédure d'évaluation des abuseurs sexuels, l'Inventaire de dépression de Beck (Gauthier, Thériault, Morin et Lawson, 1982) est généralement administré pour évaluer la présence de symptômes dépressifs. Cet instrument a été démontré comme étant fidèle et valide dans l'évaluation de la symptomatologie de dépression chez les adolescents perturbés (Strober, Green et Carlson, 1981). Des études ont démontré que les agresseurs sexuels adultes et adolescents affichent souvent des symptômes dépressifs (Shields et Jordan, 1995; Becker et Kaplan, 1988, 1993). Par conséquent, il est cliniquement important de vérifier la présence ou non de cette variable. Deux raisons principales s'imposent quant à la pertinence du dépistage de symptômes dépressifs. D'abord, d'un point de vue clinique, il est essentiel de vérifier la sévérité de la dépression afin d'estimer l'urgence d'une intervention psychologique, surtout dans les cas de dépression sévère. Ensuite, la présence de ces symptômes peut réduire ou inhiber les réponses érectiles lors de l'évaluation physiologique, influencer les réponses aux questionnaires et présenter un risque suicidaire. Jusqu'à présent, aucune étude n'a démontré l'impact de la dépression sur

les résultats de l'évaluation physiologique chez les adolescents (Becker et Kaplan, 1993).

Kaplan, Hong et Weinhold (1984) ont tenté d'étudier l'épidémiologie de symptômes de dépressions chez un groupe 398 adolescents de niveau secondaire. Ils ont utilisé les mêmes seuils de discrimination (*cut-off scores*) que ceux suggérés par Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh (1961). Soixante-dix-huit pour cent des sujets étaient non déprimés (cote: 0-9), 13,5 % présentaient une dépression légère (10-15); 7,3 % une dépression modérée (16-23) et 1,3 % une dépression sévère (24+). Becker et al. (1991) ont ensuite comparé les résultats de leur recherche aux résultats de cette étude dans le but d'établir en quoi les délinquants sexuels adolescents sont différents de la population générale en ce qui a trait à la symptomatologie dépressive.

Ainsi, Becker et al. (1991) ont, pour leur part, sélectionné une population de 246 adolescents ayant commis des crimes sexuels (âge moyen: 15,3 ans), évalués et traités en consultation externe, afin d'étudier leurs résultats sur l'Inventaire de dépression de Beck. Les participants ont été catégorisés en deux groupes : victimes d'abus sexuel, d'abus physique ou les deux et un groupe témoin de non-abusés. La cote moyenne pour tous les sujets à l'Inventaire de dépression de Beck était de 14,3 (représentant une dépression légère). Les adolescents ayant été victimes d'abus physique ou sexuel avaient une cote moyenne de 15 et ceux n'ayant pas été victime avaient une cote moyenne de 10. Plus spécifiquement, pour les adolescents ayant été victimes d'abus, 35,8 % de ceux-ci n'étaient pas déprimés, 15 % étaient légèrement déprimés, 20 % étaient déprimés modérément et 29,2 % l'étaient sévèrement. La

différence s'est avérée significative entre le groupe de victimes et celui de non-victimes. Près de 42 % de l'échantillon avaient une cote supérieure à 15, ce qui représenterait une dépression sévère (Beck et al., 1961). Les auteurs ont également constaté que les délinquants sexuels de cet échantillon obtenaient des cotes globales deux fois plus élevés que ceux de l'étude de Kaplan et al. (1984), susmentionnée. Les résultats de cette étude indiquent que les adolescents ayant commis des crimes sexuels ont une symptomatologie dépressive plus importante que celle retrouvée dans une population d'adolescents sélectionnés au hasard dans la population générale. Par conséquent, ces résultats soulignent le besoin d'évaluer la présence de dépression chez les agresseurs sexuels juvéniles, plus particulièrement ceux ayant été victimes d'abus physique ou sexuel afin que cet élément puisse être abordé en traitement (Becker et Hunter, 1997).

L'Inventaire de Jesness

L'Inventaire de Jesness, développé par Carl F. Jesness, est un questionnaire de 155 items à réponses dichotomiques (vrai ou faux) servant à évaluer les éléments de la délinquance, et il est destiné aux mineurs de 8 à 18 ans. Les échelles qu'on y retrouve sont les suivantes: retrait; déni; aliénation; mésadaptation sociale; orientation des valeurs; autisme; anxiété sociale; refoulement; agressivité manifeste. Au départ, l'inventaire proposait une échelle d'immatunité qui n'a pu être reconstituée lors de la validation par Le Blanc (1996). Finalement, la combinaison de diverses sous-échelles forme l'indice d'asocialité. Le Jesness fournit donc 10 cotes de traits et un index prédictif de tendances asociales.

Pinsonneault (1996; cité dans Le Blanc, 1996) a développé une échelle pour contrer la tendance de l'individu à se montrer sous son meilleur jour (biais positif) et une échelle pour contrer la tendance opposée. Ces échelles ont été ajoutées car l'inventaire de Jesness, à l'origine, ne possédait pas de mesure pour évaluer la présence de ces biais chez le répondant. Ces échelles ont également été validées par Le Blanc (1996).

Dans son étude auprès d'adolescents, Katz (1990) a pu distinguer un échantillon de 71 adolescents non délinquants, d'un échantillon de 31 adolescents ayant commis des crimes sexuels. Sur l'échelle de mésadaptation sociale, il a distingué les adolescents ayant commis des crimes sexuels d'un troisième groupe de 34 délinquants non sexuels.

Lafortune (1996) a comparé un groupe d'adolescents ayant commis des crimes sexuels à un groupe de délinquants non sexuels. Il s'avère que les deux groupes obtenaient des résultats similaires. Ils présentaient des tendances modérées à la mésadaptation sociale, à l'immaturité et à la manifestation d'agressivité. Les deux groupes adhéraient moins aux valeurs véhiculées dans les milieux défavorisés (c.-à-d. échelle orientation des valeurs). Il y aurait par contre une différence entre les deux groupes sur l'échelle de refoulement. En effet, les délinquants sexuels avaient une cote plus élevée que les délinquants non sexuels. Finalement, l'auteur ajoute que le pronostic était réservé sur le plan de l'indice d'asocialité.

Limites de l'entrevue et des questionnaires

Une évaluation complète de l'adolescent abuseur sexuel devrait comporter trois parties : l'entrevue, les questionnaires et l'évaluation phallométrique. Parce qu'il est reconnu que l'abuseur sexuel a tendance à nier, minimiser ou se montrer sous son meilleur jour, l'intervenant devrait, dans la mesure du possible, corroborer ses données à des données officielles qui peuvent être retenues à partir de dossiers de la Cour, psychologiques et des travailleurs sociaux. Avoir recours à diverses sources tels les parents, les professeurs et les intervenants impliqués dans le dossier est également recommandé.

Parce que les données obtenues lors de l'entrevue et lors de la passation des questionnaires sont, la plupart du temps, des données de nature rétrospective et autorapportée, il faut s'attendre à un certain degré d'erreur dans les réponses qui seront fournies par les sujets. De plus, la transparence de certaines questions posées lors de l'entrevue et lors de l'administration des questionnaires implique que les adolescents pourraient avoir tendance à ne pas fournir toute l'information ou de la modifier. En effet, les mesures autorévélatrices sont particulièrement vulnérables à la dissimulation et, selon Abel et Rouleau (1990), devraient alors être combinées à des mesures plus objectives.

Une autre limite demeure dans la mesure elle-même. Plusieurs questions ne sont pas propres à la problématique de l'abus sexuel, mais peuvent également être présentes chez des populations dites normales ou délinquantes non sexuelles. Par

conséquent, utilisée seule l'entrevue a ses limites, ainsi que les questionnaires. Idéalement, l'intervenant peut se servir de l'évaluation phallométrique comme outil de confrontation de pair avec les résultats obtenus lors de l'entrevue et lors de l'administration des questionnaires. Jusqu'à aujourd'hui, seule l'évaluation phallométrique utilisée de manière isolée a pu discriminer les adolescents ayant commis des délits sexuels des sujets normaux ou des délinquants non sexuels (voir Robinson, 1998).

Forces cliniques et empiriques de la présente étude

Malgré certaines limites inhérentes aux instruments de mesures utilisés pour notre recherche, il n'en demeure pas moins que celle-ci offre également plusieurs forces tant au plan empirique que clinique. Si l'on commence par les forces empiriques de l'étude, il faut noter que cette recherche était la première, en 1994, à tenter de valider un protocole d'évaluation en français pour adolescents ayant commis des crimes sexuels, incluant une entrevue et des questionnaires. Malgré que les études sur cette population se soient multipliées au cours des 20 dernières années, il y a un manque d'instruments d'évaluation fidèles et valides tant au Québec (McKibben et Jacob, 1993) qu'aux États-Unis (Becker et al., 1993; Hunter et Becker, 1994; Hunter, Goodwin et Becker, 1994).

La plupart des recherches empiriques sur les adolescents ayant commis des crimes sexuels se limitent à des études descriptives des agresseurs et de leurs délits (âge, histoire sexuelle déviante et non déviante, type de crime sexuel, etc.). Peu d'études

comparent les adolescents ayant commis des crimes sexuels à d'autres groupes, tels des délinquants ou des adolescents n'ayant pas de problèmes sexuels. La documentation scientifique se limite à des spéculations sur l'importance de variables spécifiques, tels l'environnement, la famille, l'histoire sexuelle, les problèmes comportementaux et scolaires, en regard du développement de l'intérêt sexuel déviant à l'adolescence (Knight et Prentky, 1993). Une évaluation psychologique qui tiendrait compte de tous ces éléments permettrait alors d'élaborer des programmes de prévention et des stratégies efficaces d'intervention et ainsi, venir en aide à cette population. Notre étude fut l'une des premières à comparer un groupe d'adolescents ayant commis des crimes sexuels à un groupe témoin d'adolescents non délinquants et à utiliser une échelle de désirabilité sociale de manière à contrer le biais de la mesure.

Enfin, malgré qu'il n'existe encore aucun instrument qui définisse spécifiquement les abuseurs sexuels, les mesures obtenues lors de l'entrevue et des questionnaires peuvent aider le clinicien à se baser sur des données actuarielles plutôt que sur son jugement clinique afin de pouvoir prédire la récurrence ou la dangerosité. À cet effet, il est reconnu dans la documentation scientifique que les échelles actuarielles prédisent avec plus justesse la récurrence que le jugement clinique (Cocozza et Steadman, 1976; Monahan, 1978; Quinsey et Ambtman, 1979). Enfin, les variables de ce protocole d'évaluation représentent une première étape dans le regroupement de plusieurs variables pouvant aider le clinicien à développer un profil précis de l'adolescent abuseur sexuel.

Notre étude présente également des forces cliniques qui doivent être mentionnées. Un des buts importants de l'évaluation cognitive-comportementale est de développer par la suite des cibles de traitement adaptées au client. L'évaluation touche tant les sphères connexes de la problématique sexuelle que les sphères ayant trait au comportement sexuellement déviant directement. En somme, l'entrevue et les questionnaires de notre étude regroupent une diversité de sphères de la vie de l'adolescent qui devront être travaillées en traitement : sa sphère familiale, interpersonnelle, comportementale, psychologique, scolaire, criminelle, cognitive et sexuelle. L'évaluation est donc complète en ce sens. Selon ce qui en ressortira, l'évaluateur sera en mesure de faire des recommandations appropriées au jeune tant sur le plan de son traitement que sur le plan du degré de supervision requis. Il ne faut pas négliger le fait que l'entrevue permettra également à l'intervenant d'établir un lien de confiance avec son client.

En ce qui a trait aux questionnaires, ce sont des instruments utilisés régulièrement dans diverses cliniques à travers le Canada et les États-Unis et deux d'entre eux, le questionnaire sur les intérêts sexuels et sur les cognitions, seront validés pour la première fois. Les questionnaires choisis permettent d'avoir une mesure de l'intensité des sentiments dépressifs (p. ex., le Beck), de personnalité (p. ex., le Jesness), d'intérêts et de fantasmes sexuels (p. ex., QISA) et des cognitions (p. ex., QCA). Ainsi, ils mesurent plusieurs aspects du comportement problématique facilitant alors la prise de décision.

Finalement, le protocole d'évaluation ici proposé est un complément à l'évaluation phallométrique. Plusieurs des données obtenues lors de l'évaluation et lors de l'administration des questionnaires pourront être utiles, tout spécialement si l'on se rend compte qu'il existe des divergences entre ce que l'adolescent rapporte et ce que l'on retrouve dans les dossiers ou lors de l'évaluation phallométrique.

Objectifs et hypothèses de l'étude

Objectif général

L'objectif général de cette recherche est de connaître les caractéristiques cliniques et socio-démographiques d'un groupe d'adolescents ayant commis des crimes sexuels et de les comparer à un groupe d'adolescents recrutés dans la population générale, non-délinquante.

Objectifs spécifiques

Le premier objectif est de déterminer s'il existe des différences significatives entre les deux groupes sur diverses variables de l'entrevue standardisée. Plus précisément, les catégories suivantes ont été explorées:

- le profil socio-démographique et familial (p. ex., âge, occupation, lieu de résidence, informations sur la famille);
- les données biographiques ayant pu contribué à l'agir délictuel (p. ex., antécédents de victimisation, troubles de la conduite, séparation des parents);
- le déroulement de l'adolescence (p. ex., les expériences sociales et sexuelles, les études, la consommation de substances, délinquance non-sexuelle).

Le second objectif est de dresser un profil clinique des adolescents ayant commis des crimes sexuels: la nature et la description des abus sexuels (p.ex., nombre de victimes, type de coercition, âge et sexe des victimes, gestes posés, fantasmes).

Le troisième objectif est de tenter une première validation en langue française du Questionnaire des cognitions pour adolescents (QCA) et du Questionnaire des intérêts sexuels pour adolescents (QISA), développés par Becker et Kaplan. Nous voulons également vérifier si la version traduite possède les mêmes qualités psychométriques que la version originale.

Le quatrième objectif est de vérifier si les groupes se distinguent sur trois autres questionnaires psychologiques: l'Inventaire de dépression de Beck; l'Inventaire de Jesness et l'Échelle de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne.

Le dernier objectif est de tenter de développer un modèle théorique explicatif du développement de la délinquance sexuelle chez les adolescents.

La théorie présentée nous permet d'énoncer les hypothèses suivantes:

1. À partir des données obtenues au cours de l'entrevue, on s'attend à ce que les adolescents ayant commis des crimes sexuels se différencient, à la hausse, sur les variables suivantes: les victimisations physique, psychologique et sexuelle dans l'histoire des adolescents; difficultés scolaires (redoublement, renvoi ou cheminement particulier); trouble de la conduite; la consommation d'alcool, de drogues et

utilisation de pornographie; la délinquance non-sexuelle (c.-à-d. dossier criminel); les difficultés familiales (divorce, criminalité et consommation de substances et de pornographie) et les fantasmes déviants.

2. À partir des données obtenues au cours de l'entrevue, on s'attend à ce que les adolescents ayant commis des crimes sexuels se différencient, à la baisse, sur les variables suivantes: la qualité de la relation avec les parents; le nombre d'années de scolarisation; les habiletés sociales (empathie, socialisation et affirmation de soi); l'âge des amis, le nombre d'amis; l'aisance par rapport à la sexualité et l'éducation sexuelle (à l'école et à la maison) et les expériences sexuelles non-déviantes.

3. Les adolescents ayant commis des crimes sexuels obtiendront une cote globale à l'échelle cognitive (QCA) supérieure à la cote globale des adolescents du groupe témoin. Ceci signifiant que les adolescents du groupe clinique présenteront davantage de distorsions cognitives à l'égard de l'abus sexuel que les adolescents du groupe témoin.

4. Les adolescents ayant commis des crimes sexuels obtiendront une cote globale à l'échelle de intérêts sexuels (QISA) supérieure à la cote globale des adolescents du groupe témoin. Ceci signifiant que les adolescents du groupe clinique présenteront davantage d'intérêts sexuels déviants que les adolescents du groupe témoin.

5. Les adolescents ayant commis des crimes sexuels obtiendront une cote globale à l'Inventaire de dépression de Beck supérieure à la cote globale des adolescents du groupe témoin. Ceci signifiant que les adolescents du groupe clinique présenteront davantage de symptômes dépressifs que les adolescents du groupe témoin.

6. Les adolescents ayant commis des crimes sexuels obtiendront une cote globale à l'inventaire de Jesness supérieure à la une cote globale des adolescents du groupe témoin. Ceci signifiant que les adolescents du groupe clinique présenteront un profil plus délinquant que celui des adolescents du groupe témoin.

7. Les adolescents ayant commis des crimes sexuels obtiendront une cote globale à l'échelle de désirabilité sociale supérieure à la cote globale des adolescents du groupe témoin. Ceci signifiant que les adolescents du groupe clinique auront davantage tendance à se présenter sous un meilleur jour que les adolescents du groupe témoin.

Méthodologie

Sujets

La présente étude a été réalisée auprès de 66 sujets québécois francophones. Les critères de sélection généraux étaient les suivants: 1) être un adolescent de sexe masculin; 2) être âgé de 13 à 18 ans; 3) ne pas être atteint d'une psychopathologie grave (c.-à-d.: un diagnostic touchant à la psychose, au retard mental ou à la schizophrénie); 4) être en mesure de lire et de répondre par écrit à des questionnaires rédigés en français.

Deux groupes distincts ont été formés. Le premier groupe était composé de 33 adolescents ayant commis au moins un crime à caractère sexuel. Les sujets de ce groupe nous ont été référés, pour évaluation, par différents Centres Jeunesse de plusieurs régions du Québec (c.-à-d.: Laurentides, Lanaudière, Mauricie-Bois Franc, Abitibi-Témiscamingue, St-Eustache, Montréal, Ville-Marie; voir Tableau 1). Nous devons obtenir le consentement écrit du parent ou du tuteur légal afin de pouvoir procéder à l'évaluation. L'âge des jeunes du groupe clinique variait de 13 à 18 ans ($\underline{M} = 15,6$ ans; $\underline{ÉT} = 1,12$) et le nombre d'années de scolarité variait de 6 à 11 années ($\underline{M} = 7,54$; $\underline{ÉT} = 2,05$). Tous les sujets du groupe clinique, à l'exception d'un seul, étaient en cours de procédures légales pour avoir commis un ou plusieurs délits sexuels.

Tableau 1
Sources de références des sujets du groupe clinique

Centres Jeunesse	Groupe clinique	Pourcentage
Abitibi-Témiscamingue	1	3,030
Lanaudière	16	48,485
Laurentides	3	9,091
Mauricie-Boisfranc	10	30,303
Montréal	1	3,030
St-Eustache	1	3,030
Ville-Marie	1	3,030
TOTAL	33	100

Afin d'être en mesure d'établir des comparaisons, un deuxième groupe, composé de 33 adolescents n'ayant pas commis de délit sexuel, a été sélectionné auprès d'une population estudiantine (c.-à-d.: CÉGEP, polyvalentes, écoles de rattrapage de la ville de Montréal) et dans un journal local. Cette population a été recrutée via des annonces dans les journaux étudiants, sur les babillards, des communications dans des lettres informatives des établissements, des communications par le biais des directeurs d'écoles, des annonces dans le journal Voir et au centre d'emploi pour étudiants (voir Tableau 2). Tout adolescent ayant commis ou ayant été reconnu coupable d'une agression sexuelle a été exclus de ce groupe. Nous avons tenté, lors du recrutement, de sélectionner des sujets dont les caractéristiques sociodémographiques se rapprochaient le plus possible de celles du groupe expérimental (âge, années de scolarité, niveau socioéconomique, délinquance non sexuelle). C'est la raison pour laquelle certains de nos sujets ont été sélectionnés dans des milieux défavorisés et des écoles de rattrapage, ainsi que dans des milieux plus aisés et des écoles à vocation régulière. Tous les sujets du groupe témoin avaient 18 ans ($M = 18,03$ ans; $ET = 0,18$). Des considérations éthiques et pratiques ont justifié que les sujets du groupe témoin soient âgés de 18 ans. On évitait ainsi l'essentiel des réticences pouvant être soulevées à l'idée de présenter du matériel sexuellement explicite à des mineurs. De plus, puisqu'au Québec un adolescent atteint la majorité légale à 18 ans, nous contournions la nécessité d'obtenir le consentement écrit des parents. Finalement, l'utilisation de sujets ayant au plus 18 ans pouvait réduire l'écart au plan de la

Tableau 2
Sources de références des sujets du groupe témoin

Variables	Groupe contrôle	Pourcentage
CÉGEP (journaux étudiants)	25	75,757
Écoles de rattrapage	2	6,061
Amis	3	9,091
Centre d'emploi	2	6,061
Voir	1	3,030
TOTAL	33	100

scolarité. Le nombre d'années de scolarité de ce groupe variait de 10 à 12 années ($\underline{M} = 11,66$; $\underline{ÉT} = 0,55$).

L'âge et le niveau de scolarité variaient de façon significative entre les deux groupes (voir tableau 3). Le groupe clinique était significativement plus jeune ($t(33,56) = 12,21$; $p = .0001$) et, par conséquent, moins scolarisé ($t(35,19) = 13,74$; $p = .0001$) que les adolescents du groupe témoin.

Nous avons également tenté de vérifier si les deux groupes étaient équivalents sur le plan de leur occupation, du lieu de résidence et du rang occupé dans la fratrie (voir Tableau 4). Dans les deux groupes, la majorité des sujets étaient aux études à temps plein et la plupart des sujets occupaient le premier ou second rang dans la fratrie. Par contre, quant au lieu de résidence, la plus grande proportion des sujets du groupe clinique résidait en centre ou famille d'accueil alors que chez le groupe témoin, une proportion équivalente résidait chez leurs parents.

Matériel

Entrevue semi-structurée. L'entrevue clinique permet de poser des diagnostics et fournit une description détaillée des facteurs qui contribuent à la détresse du patient, ce qui permet de mieux comprendre sa problématique. Le protocole d'entrevue a été élaboré par l'auteure spécifiquement pour cette étude. L'entrevue a donc été construite

Tableau 3

Âge et nombre d'années de scolarité des sujets du groupe témoin et du groupe clinique

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	dl	t	p
Âge des sujets au moment de l'entrevue	15,64 (1,11)	18,03 (0,17)	33,56	12,21	.0001
Nombre d'années de scolarité	7,76 (1,43)	11,64 (0,55)	35,19	13,74	.0001

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Tableau 4

Occupation, lieu de résidence et rang dans la fratrie des sujets du groupe clinique et du groupe témoin

Variables	Groupe clinique	Groupe contrôle	df	X ²	p
<u>Occupation</u>					
Études plein temps	29	31	3	3,05	.384
Travail plein temps	2	0			
Études et travail	0	1			
Autre (B.E.S., chômage, aucune)	1	1			
<u>Lieu de résidence</u>					
Seul (appartement)	0	8	5	25,55	.0001
Mère	4	8			
Père	4	3			
Centre jeunesse ou famille d'accueil	14	0			
Autre (itinérant)	1	0			
Les deux parents	9	14			
<u>Ordre de naissance</u>					
Premier	21	18	3	3,48	.323
Deuxième	10	9			
Troisième	2	3			
Quatrième	0	3			

en tenant compte des données tirées de la documentation scientifique récente en matière de délinquance sexuelle (voir Aubut [1993]; Lafortune [1996]; Becker et Kaplan [1993]).

L'entrevue se divisait en huit sections, soient: 1) les informations sociodémographiques (identification, lieu de résidence, occupation, revenu, état civil, enfants à charge); 2) la situation juridique (antécédents criminels du jeune et de sa famille); 3) l'histoire familiale et personnelle (situation conjugale des parents, fratrie, qualité de la relation avec les membres de la famille); 4) la consommation de drogue, d'alcool ou de pornographie; 5) les informations scolaires (cheminement scolaire, difficultés scolaires, troubles de conduite, les fréquentations); 6) les habiletés sociales (affirmation de soi, socialisation, empathie); 7) l'histoire d'abus physique, psychologique ou sexuel; 8) l'historique de vie sexuelle (orientation, éducation sexuelle, masturbation, relations consentantes, relations sans consentement, préférences sexuelles) (voir Appendice A pour l'entrevue et Appendice B pour l'opérationnalisation des variables de cette entrevue).

L'expérimentateur pouvait obtenir ses données à l'aide de questions fermées, ouvertes, semi-ouvertes et à choix de réponses. Toutes les entrevues et l'administration des questionnaires ont été effectuées par l'auteur.

Les questionnaires. Les questionnaires augmentent l'efficacité de l'évaluation et de la thérapie en fournissant rapidement certaines informations qui devraient autrement être recherchées par le clinicien lors de l'entrevue. Les questionnaires peuvent également être utilisés afin d'évaluer les progrès en cours ou à la fin de la thérapie. De manière générale, une variation des symptômes est souvent révélée par des changements de résultats aux divers questionnaires. En plus d'économiser du temps au clinicien et d'être souvent sensibles aux variations des symptômes, les questionnaires auto-révélés assurent qu'un certain nombre de questions est toujours posé aux clients. Finalement, ils peuvent permettre à certains clients de révéler certains faits qu'ils sont encore trop gênés de reconnaître dans un contexte d'entrevue face à face. Toutes ces raisons justifient l'administration, en vue de la validation, des questionnaires suivants:

Questionnaire des distorsions cognitives pour adolescents. Cet instrument a été développé au « Sexual Behavior Clinic » de New York, par Becker et Kaplan en 1988, dans le but de déceler si l'adolescent entretient un système de croyances déviantes (des distorsions cognitives) ayant trait à différents comportements sexuels (voir Appendice C). Ces croyances servent souvent de justifications au passage à l'acte en minimisant ou en rationalisant l'agir déviant ou ses conséquences. Les distorsions cognitives identifiées à l'aide du questionnaire peuvent ensuite faire l'objet de traitement. Cet instrument est également utilisé dans le but de déceler les acquis des adolescents en cours de traitement (pré et post-test; Kaplan, 1995, communication personnelle). La version originale a été traduite en français par la technique de la traduction inversée, telle que suggérée par Vallerand (1989). Les

données psychométriques de la version originale de ce questionnaire ont été évoquées précédemment.

L'échelle des distorsions cognitives pour adolescents est composée de 32 items dont les réponses sont dichotomiques (1 = vrai; 2 = faux). Si l'adolescent répond « faux » aux items suivants, on considère que la réponse représente une distorsion cognitive: 5, 7, 14, 23, 24, 29, 30. Il en est de même si l'adolescent répond « vrai » aux items suivants: 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 31, 32. Ainsi, chaque réponse indicative d'une distorsion cognitive vaut alors un point, sinon elle vaut zéro. Une cote globale est composée de la somme de ces réponses. Par conséquent, une cote élevée à cette échelle représente la présence de nombreuses distorsions cognitives.

Questionnaire des intérêts sexuels pour adolescents. Cet instrument a aussi été développé au « Sexual Behavior Clinic » de New York, par Becker et Kaplan en 1988, dans le but d'évaluer les attirances sexuelles des adolescents (voir Appendice D). Les intérêts déviants identifiés à l'aide du questionnaire peuvent ensuite faire l'objet de traitement si cela est jugé utile. On peut aussi se servir des résultats de ce questionnaire (item par item) comme outil de confrontation s'il s'avérait que ces résultats différaient de ceux obtenus lors de l'évaluation pléthysmographique qui est une mesure psychophysiological de l'intérêt sexuel. Tout comme l'échelle mesurant les distorsions cognitives, le questionnaire des intérêts sexuels peut aussi être utilisé dans le but d'observer les changements au plan de l'intérêt sexuel des adolescents en cours de traitement (pré et post-test, par exemple, Kaplan, communication

personnelle, 1995). La version originale a été traduite en français par la technique de la traduction inversée, telle que suggérée par Vallerand (1989). Les données psychométriques de la version originale de ce questionnaire ont également été évoquées précédemment.

Le questionnaire des intérêts sexuels pour adolescents est une mesure auto-révélee qui comprend 64 items. Les auteurs ont réparti ces items en 17 catégories comportant de deux à sept questions chacune. Les catégories sont les suivantes (entre parenthèses sont les items correspondants): viol d'une femme adulte (1, 28, 43, 57); violence non sexuelle sur une femme adulte (13, 60); viol d'une fille du même âge que le sujet (12, 33, 36, 40); sexualité consentante avec une fille du même âge que le sujet (10, 37, 52, 59); sexualité agressive avec une jeune fille (15, 24, 29, 38, 49); sexualité non agressive avec une jeune fille (5, 6, 50); violence non sexuelle sur une jeune fille (17, 26); sexualité agressive avec un garçon du même âge que le sujet (11, 34, 39, 58); sexualité consentante avec un garçon du même âge que le sujet (18, 30, 48, 55); sexualité agressive avec un jeune garçon (2, 8, 16, 31, 35, 47, 54); sexualité non agressive avec une jeune fille de la famille (4, 20); sexualité agressive avec une jeune fille de la famille (42, 64); sexualité agressive avec un jeune garçon de la famille (14, 22, 25, 63); frotteurisme (7, 21, 51, 61); voyeurisme (3, 27, 44, 62); exhibitionnisme (19, 23, 46, 53); items neutres (9, 32, 45, 56), (Hunter et al., 1995). Pour chaque item, présenté sous la forme d'un énoncé, le sujet doit choisir une des cotes qui varient de -2 (« ne m'excite vraiment pas sexuellement ») à +2 (« m'excite beaucoup sexuellement »). Un résultat global est obtenu en faisant la somme des cotes de chaque item. Plus ce résultat est élevé plus les intérêts sont déviants.

L'inventaire de dépression de Beck. Beck a généré plusieurs échelles d'évaluation de la dépression et du risque de suicide, les plus connues sont le Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961), le Scale for Suicide Ideation, le Suicide Intent Scale et le Hopelessness Scale. Le Beck Depression Inventory est le questionnaire le plus connu parmi eux (voir Appendice E). Son utilisation est répandue dans plusieurs études et il est utilisé systématiquement par de nombreux psychologues, médecins et travailleurs sociaux afin d'évaluer la dépression chez leurs patients. De plus, il est également utilisé pour évaluer le risque suicidaire. L'inventaire de dépression de Beck est une échelle auto-révélee mesurant la présence de symptômes dépressifs. Ce questionnaire mesure des pensées dysfonctionnelles et la symptomatologie générée par des croyances et des pensées qui sont sous-jacentes (Freeman et Davis, 1990). On s'intéresse également à la présence de certains symptômes neuro-végétatifs associés à l'état dépressif (p. ex., perte de sommeil, changement dans l'appétit, etc.).

Cette échelle comporte 21 items qui ont une valeur allant de zéro à trois, générant un résultat global mesurant la dépression (Beck, Steer et Garbin, 1988). Pour le questionnaire français, des résultats entre 10 et 13 suggèrent une dépression légère, des résultats entre 14 et 20, une dépression modérée alors que des résultats de 21 et plus indiquent une dépression sévère (Gauthier et al., 1982).

Beck et al. (1988) ont fait une revue de la documentation résumant 25 ans d'études sur les qualités psychométriques du « Beck Depression Inventory », c'est-à-dire la version originale en langue anglaise. Cette méta-analyse évaluait la consistance

interne, la fidélité, la validité discriminante et la validité de construit. Entre autres, cette méta-analyse a généré des coefficients alpha élevés de ,81 pour des sujets non psychiatisés et de ,86 pour des sujets psychiatisés. Des coefficients de corrélation, variant de faibles à élevés (de ,48 à ,86), reflétaient la fidélité sur des passations multiples. En ce qui a trait à la validité discriminante, le « Beck Depression Inventory » discriminait entre diverses populations (p. ex., entre un groupe de dépressifs et de non dépressifs). Finalement, 13 recherches ont vérifié la validité de construit à l'aide d'analyses factorielles. Celles-ci ont généré de trois à sept facteurs.

L'inventaire de dépression a été traduit en français par Gauthier et al. (1982). Ces auteurs ont étudié les qualités psychométriques de l'instrument traduit au Québec sur une population de 266 participants sélectionnés au hasard. Ils ont obtenu un coefficient alpha de ,82 et un coefficient de ,75 ($p < .001$) pour la fidélité test-retest (mesure répétée à intervalle de trois mois). En ce qui a trait à la validité conceptuelle, une analyse factorielle a fait ressortir six facteurs qui expliquent 55,3 % de la variance totale.

Bourque et Beaudette (1982) ont administré le questionnaire (version française) auprès d'une population d'étudiants universitaires. Ils ont obtenu un coefficient de consistance interne alpha de ,92 et un coefficient de fidélité test-retest (mesure répétée à intervalle de quatre mois) de ,62.

Ces études sur la version française du questionnaire montrent que les qualités psychométriques de la version traduite sont similaires à celles de la version originale

en langue anglaise et, donc, adéquates.

L'Inventaire de Jesness. Jesness a développé l'inventaire qui porte son nom, au début des années 60 dans le but d'évaluer la personnalité d'enfants et d'adolescents émotionnellement perturbés, spécialement ceux ayant un historique de délinquance. Le test a été développé à partir d'une étude de cinq ans portant sur la délinquance (Jesness, 1983). Ce questionnaire de 155 items, à réponses dichotomiques (1 = vrai; 2 = faux), procure des résultats sur 11 échelles de personnalité (dérivées empiriquement) ainsi qu'un indice d'asocialité (voir Appendice F). Trois des onze échelles (mésadaptation sociale [SM]; orientation des valeurs [VO]; immaturité [Imm]) ont été obtenues à partir d'une analyse d'items provenant d'un cadre conceptuel. Les sept autres échelles étaient dérivées statistiquement à partir d'une analyse de grappe (*cluster analysis*: autisme [Au]; aliénation [Al]; agressivité manifeste [Ma]; retrait [Wd]; anxiété sociale [Sa]; refoulement [Rep]; déni [Den]). L'échelle de l'indice asocial a été dérivée à partir d'une analyse de fonction discriminante. Il s'agit, selon Jesness, d'un indice synthèse pouvant prédire la délinquance (voir Appendice G pour une brève description de chaque échelle).

Jesness (1983) voulait tenter de produire une échelle structurée qui répondrait aux changements d'attitudes et qui serait utilisée avec des enfants aussi jeunes que huit ans. Cette échelle serait multidimensionnelle et pourrait prédire des problèmes de délinquance à l'aide d'une seule mesure.

Tout comme le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), les résultats bruts du Jesness sont convertis en cotes z (dont la moyenne est 50 et l'écart type est 10). Un profil de personnalité peut alors être établi à partir de ces données transformées (pondération allant de 20 à 90 qui tient compte du sexe et de l'âge des sujets). Les résultats inférieurs à 30 et supérieurs à 70 sont perçus comme interprétables, après qu'un profil a été établi.

Bien qu'aucune échelle de validité ne soit incorporée dans l'instrument, il faut être prudent dans l'interprétation des résultats dans les trois situations suivantes: 1) des résultats supérieurs à 60 sur les échelles de l'indice asocial, de répression et de déni; 2) lorsque les résultats à l'une de ces trois sous-échelles sont supérieurs à 65; ou 3) lorsque l'adolescent identifié comme délinquant obtient des résultats faibles sur toutes les sous-échelles (Keyser et Sweetland, 1984; cité dans Oster, Caro, Eagen et Lillo, 1988).

Etudes sur le Jesness. Une étude critique de l'Inventaire de Jesness (Keyser et Sweetland, 1984; cité dans Oster et al., 1988) indique que plusieurs échelles (p. ex., mésadaptation sociale, orientation des valeurs et l'indice d'asocialité) atteignent les objectifs de l'auteur, c'est-à-dire de faire ressortir les attitudes délinquantes et le degré d'activité délinquante de l'adolescent ou de l'adolescente. Selon ces auteurs, le Jesness, en tant qu'instrument de mesure des attitudes et des comportements antisociaux, apparaît efficace. Ils ajoutent que le Jesness serait le test favorisé comme échelle actuarielle pour des prises de décision (p. ex., sur un placement), mais aussi pour comprendre les attitudes délinquantes, ainsi que les caractéristiques associées à

la personnalité délinquante. Finalement, les auteurs avisent les lecteurs que la meilleure façon d'utiliser le Jesness est de le faire conjointement à une entrevue évaluant l'histoire de vie, la vie familiale, l'environnement des pairs et à d'autres tests de personnalité, étant donné que l'instrument a été normalisé sur un groupe spécifique (c.-à-d. des délinquants).

À l'origine, le Jesness a été validé auprès d'une population de garçons et de filles comprenant 970 délinquants et 1075 non-délinquants, ainsi que 450 délinquantes et 811 non-délinquantes, tous provenant de la Californie. Dans cette étude, le terme « délinquant » signifiait un individu qui a été retiré de sa famille par les autorités et qui a été référé au California Youth Authority. Le groupe de non-délinquants était recruté dans des écoles publiques. L'instrument discriminait bien les délinquants des non-délinquants. La majorité des délinquants pouvaient être correctement classifiés avec une probabilité supérieure à une chance sur deux (p. ex., pour un résultat brut de 22, 74 % des délinquants étaient identifiés correctement (0,65 vrai positif et 0,35 faux positif). Les coefficients de fidélité (pair-impair) variaient entre ,62 et ,88 selon les échelles. Les coefficients de fidélité test-retest, sur une période de huit mois, variaient de faibles à élevés (de ,40 à ,79) selon les échelles (Jesness, 1983).

Deux autres études, vers la fin des années soixante, ont pu démontrer que l'instrument discriminait les délinquants des non-délinquants (Fisher, 1967; Vallance et Forest, 1971). L'instrument a également été validé en langue française au Québec par Forget (1977) auprès de 470 adolescents. Cette étude a tenté de vérifier si l'instrument discriminait les jeunes dont la délinquance était sévère par rapport à ceux

dont la délinquance était mineure. À cet effet, certaines des échelles avaient un meilleur pouvoir discriminant que d'autres. L'échelle de mésadaptation et l'indice d'asocialité distingueraient le mieux les différents niveaux de gravité du comportement délinquant. Ensuite, suivraient les échelles d'agressivité manifeste, d'orientation de valeurs, d'autisme, d'aliénation, de refoulement, de déni et de retrait.

Échelle de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne version abrégée M-C 20 (1960). Les réponses aux questionnaires auto-révélés peuvent souvent être influencées par la désirabilité sociale, c'est-à-dire par une propension à vouloir se présenter sous un jour positif. L'échelle de Marlowe-Crowne est parfois administrée de façon concomitante à d'autres questionnaires afin de vérifier ce biais (voir Appendice H). Cette échelle est parmi les plus utilisées et les plus reconnues à cette fin (Hunter, 1991). Selon Crowne (1979), la désirabilité sociale serait abordée surtout en termes « d'évitement de la désapprobation », ce qui implique qu'un sujet pourrait répondre aux questionnaires de façon à ce que ses réponses soient socialement acceptables.

L'échelle de désirabilité sociale est composée d'un ensemble d'énoncés reflétant des comportements acceptables et valorisés culturellement, mais qui sont peu susceptibles de se produire (p. ex., en utilisant le « jamais » et le « toujours »; Marlowe et Crowne, 1960). Le questionnaire utilisé dans cette étude est une traduction de la version abrégée (MC-20) de Strahan et Gerbasi (1972). Elle comporte 20 items à réponses dichotomiques (1 = vrai; 2 = faux). Chaque item allant dans le sens de la désirabilité sociale vaut un point et la cote globale est la somme de

ces items. L'adolescent qui répond « faux » aux items suivants indique que ses réponses vont dans le sens de la désirabilité sociale: 3, 4, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 18, 19; ainsi que s'il répond « vrai » aux items suivants: 1, 2, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 20. Par conséquent, chaque réponse qui va dans le sens de la désirabilité sociale vaut alors un point sinon elle vaut zéro. Une cote élevée sur cette échelle indique que le sujet tente de se présenter d'une façon qui est socialement désirable.

En ce qui a trait aux qualités psychométriques de la version abrégée en langue anglaise, la fidélité varie entre ,73 et ,87 (Médiane = ,78). Des corrélations avec la version non-abrégée ont vérifié la validité de cet instrument, celles-ci variaient entre ,80 et ,90 (Reynolds, 1982).

Au Québec, Cloutier (1994) a vérifié les qualités psychométriques de la traduction de la version abrégée. Il a obtenu un coefficient alpha de fidélité de ,78. Dufour (1998), pour sa part, a obtenu un coefficient de consistance interne de ,80.

Déroulement

Les adolescents du groupe témoin qui étaient intéressés à participer à cette recherche ont contacté l'auteure par téléphone (voir Appendice I pour l'entrevue téléphonique), à la suite de la parution de diverses annonces décrivant l'expérimentation (voir Appendice J). À cette première étape, le déroulement de l'expérience leur était expliqué. Si le sujet potentiel acceptait, un rendez-vous était fixé. Au moment de la rencontre, une vérification de son âge était faite à l'aide de deux pièces d'identité. Sans ces pièces d'identité, il ne pouvait participer à

l'expérimentation. La procédure lui était expliquée de nouveau et il était avisé qu'il pouvait quitter l'évaluation à tout moment et ce, sans pénalité. Suivant ces explications, le jeune signait le formulaire de consentement. À la fin de sa participation, le sujet recevait un montant de 40 dollars.

Les mêmes informations étaient transmises au groupe clinique, par contre ces derniers n'étaient pas rémunérés pour leur participation. Le premier contact se faisait auprès des intervenants responsables de l'adolescent dans les divers Centres Jeunesse du Québec. Les parents étaient également informés de la procédure. Dans certains cas, l'auteure de cette étude s'est déplacée dans les Centres Jeunesse pour expliquer en groupe, aux parents et aux adolescents, en quoi consistait l'évaluation. Le jour de l'expérimentation, l'adolescent devait arriver avec un formulaire de consentement signé par lui-même et ses parents. Le déroulement de l'expérience lui était de nouveau expliqué et il était informé qu'il pouvait quitter à tout moment et ce, sans pénalité. En ce qui a trait au groupe clinique, les participants étaient avisés que certaines informations allaient être inscrites dans un rapport d'évaluation et que, par conséquent, la confidentialité était limitée.

Le consentement écrit (voir Appendices K et L) des sujets a donc été obtenu, ainsi que celui des parents lorsque cela s'avérait nécessaire, c'est-à-dire lorsque le jeune était mineur. Chaque sujet était rencontré de façon individuelle. Dans un premier temps l'entrevue standardisée prenait place et, par la suite, les sujets remplissaient les questionnaires. À la fin de l'évaluation, les sujets devaient répondre à un questionnaire sur l'impact subjectif de l'évaluation sur leur bien-être émotionnel

(Abel et Rouleau, 1984; voir Appendice M). Dans un deuxième temps, les sujets répondaient de nouveau aux questionnaires de Becker et Kaplan (le questionnaire des cognitions et celui des intérêts sexuels) 14 jours après notre rencontre. Afin d'assurer la confidentialité des résultats, les questionnaires codés étaient retournés par la poste dans une enveloppe préaffranchie. Le taux de réponse s'est élevé à 70 %.

Suivant une entente avec les Centres Jeunesse, des rapports étaient rédigés pour chacun des jeunes provenant du groupe clinique. Ce rapport incluait l'historique de consommation (drogue, alcool, pornographie), l'historique sexuel (normal et déviant), les résultats de l'évaluation psychophysiological des attirances sexuelles et aux questionnaires et, finalement, une conclusion et des recommandations de traitement. Les intervenants étaient avisés d'interpréter avec prudence les résultats (questionnaires et résultats pléthysmographiques) puisque nous étions en processus de validation d'un protocole d'évaluation. Lorsque le dossier du sujet nous était fourni, une lecture de celui-ci se faisait afin de corroborer les données obtenues en entrevue.

Ensuite, pour préparer les données à l'analyse statistique, les données de l'entrevue étaient codifiées et chacun des questionnaires était coté (voir Appendice N pour les grilles de correction).

Plan de l'expérience

Le plan de cette recherche est un schème à deux facteurs: le groupe (2 niveaux: groupe témoin et groupe clinique) X chaque mode d'évaluation (6 niveaux: entrevue, questionnaire cognitif, questionnaire des intérêts sexuels, l'inventaire de dépression de Beck, l'inventaire de Jesness et l'échelle de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne) avec mesures répétées sur le deuxième facteur.

Résultats

L'analyse des résultats est divisée en deux sections. La première présente les résultats des comparaisons intergroupes, sur les variables de l'entrevue clinique et les analyses descriptives du groupe clinique. La seconde consiste d'abord en des analyses de fidélité et de validité des versions traduites des questionnaires de Becker et Kaplan (1988) et, ensuite, des analyses comparatives sur chacun des questionnaires afin de vérifier si des différences peuvent être identifiées entre les groupes de sujets.

Traitement statistique

L'entrevue

Des analyses univariées ont permis d'identifier les variables qui distinguaient le groupe clinique du groupe témoin sur l'ensemble des variables à l'étude. La méthode de correction des degrés de liberté, par le logiciel SPSS, a permis de contrer l'inégalité des variances. Des chi-carrés ont été effectués sur les variables catégoriques de l'entrevue et des tests-t sur les variables continues. Dans le cas où les distributions étaient irrégulières (p. ex., anormalité ou polarité de la distribution), les variables continues ont été transformées en variables dichotomiques afin de pouvoir les comparer.

Puisqu'il est connu que les populations judiciairisées ont souvent tendance à minimiser ou à mentir lors des entrevues ou lors de la passation de questionnaires, il est pertinent d'avoir à sa disposition des sources additionnelles pour corroborer les données reçues lors de l'évaluation clinique. Pour la plupart des adolescents du groupe clinique, il n'a pu être possible de faire ces analyses préliminaires à partir des dossiers juridiques ou psychologiques, sources additionnelles d'informations. Deux

raisons principales justifient la non-accessibilité de cette information: 1) la plupart des sujets étaient référés sur une base volontaire ou sur les conseils de la Direction de la Protection de la jeunesse (DPJ) et non sous la loi des jeunes contrevenants; 2) même à la suite des pressions auprès des intervenants, ces dossiers n'ont pu être obtenus pour diverses raisons. Par conséquent, il a fallu se fier aux dires des adolescents sans pouvoir vérifier l'exactitude de leurs propos. Il s'agit donc d'une limite à cette recherche. Cependant, elle est pondérée par le fait que les sujets participaient sur une base volontaire et pouvaient se retirer à tout moment de l'expérimentation. De plus, un bon nombre d'entre eux faisaient déjà l'objet d'une prise en charge thérapeutique et ils avaient donc pu connaître une certaine évolution sur le plan de leur problématique sexuelle.

En ce qui a trait aux variables de l'entrevue, le grand nombre de tests statistiques appliqués augmentaient la probabilité de trouver une différence faussement significative à .05, strictement de façon aléatoire. Afin de contrer ce problème potentiel, il fut décidé qu'un seuil de signification de .01 serait utilisé. Si des différences étaient significatives à un seuil de .05, celles-ci étaient alors considérées comme des tendances (Lafortune, 1996). On retrouve les résultats des analyses de l'entrevue aux tableaux 5 à 45. Sauf lorsque indiqué différemment, ce seront les fréquences qui seront rapportées dans les tableaux. Celles-ci seront ensuite transformées en pourcentages lors de la présentation des résultats.

Les questionnaires

Lors de l'évaluation, le sujet devait compléter deux séries de questionnaires: deux questionnaires traduits de l'anglais au français (c.-à-d., Adolescent Cognition Scale et Adolescent Sexual Interests Card Sort de Becker et Kaplan) et trois questionnaires ayant fait l'objet de validation en langue française (c.-à-d., l'inventaire de dépression de Beck, l'inventaire de Jesness et l'inventaire de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne).

Des analyses univariées ont permis d'évaluer les deux questionnaires traduits de Becker et Kaplan. L'analyse comporte deux volets: des analyses de fidélité (p. ex., alpha de Cronbach et test-retest) et de validité (p. ex., construit, discriminante). Si les résultats psychométriques s'avéraient satisfaisants, des analyses visant à comparer les deux groupes seraient effectuées. Pour les questionnaires déjà validés, des analyses de validité et de fidélité ont permis de vérifier si les qualités psychométriques obtenues se comparaient à celles de la documentation scientifique. Finalement, pour tous les questionnaires, nous avons procédé à des analyses univariées (test-t) dans le but d'identifier les questionnaires qui distinguaient le groupe clinique du groupe témoin. Les tableaux 46 à 56 présentent les résultats de ces analyses.

Les analyses statistiques qui suivront proviendront uniquement des données obtenues lors de l'entrevue et de la passation des questionnaires. Les résultats de l'entrevue structurée seront d'abord présentés, pour terminer avec les résultats d'analyse de chacun des questionnaires.

Analyse des résultats

L'entrevue semi-structurée

Les tableaux 5 à 45 présentent les résultats des analyses univariées (test-t et chi-carré). Dans un premier temps, les comparaisons entre les des deux populations seront exposées et, dans un deuxième temps, des statistiques descriptives de la population clinique quant aux caractéristiques de leurs délits.

Comparaisons entre le groupe clinique et le groupe témoin

La famille (tableaux 5 à 9). En ce qui a trait à la qualité de la relation avec les parents ou beaux-parents (tableau 5), il existe une différence significative entre les deux groupes quant à la qualité de la relation avec la mère ($t(38,29) = 3,02, p = .004$). Les adolescents du groupe clinique rapportent plus de difficultés sur le plan de la relation avec la mère (p. ex., négligence, abus physique ou psychologique, conflits) que les adolescents du groupe témoin.). La deuxième hypothèse est donc partiellement confirmée en ce qui a trait à la qualité de la relation avec les parents.

On ne retrouve aucune différence significative entre les groupes en ce qui a trait au statut conjugal des parents (tableau 6), à l'âge du jeune au moment de la séparation des parents (tableau 6), au plan de la criminalité familiale (tableau 7) ou à la consommation de drogues, d'alcool (tableau 8) ou de pornographie dans la famille (tableau 9). Notons tout de même une tendance à un plus grand nombre de parents, dans le groupe clinique, qui consommeraient des drogues, 29 % contre 9,7 % ($\chi^2(2, N = 62) = 7,68, p = .02$; tableau 8). La première hypothèse est ainsi partiellement infirmée en ce qui concerne les difficultés familiales.

Tableau 5

Qualité de la relation avec les parents

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	t	p
<u>Qualité de la relation avec chaque membre de la famille (M)</u>					
Père	2,68 (1,61)	3,15 (1,37)	59	1,24	.22
Mère	3,14 (1,56)	4,12 (0,78)	38,29	3,02	.004
Beau-père	0,85 (1,83)	0,47 (1,27)	57	-0,94	.35
Belle-mère	0,56 (1,50)	0,06 (0,35)	28,44	-1,67	.11

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Tableau 6

Statut conjugal des parents

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	χ^2/t	p
<u>Statut conjugal des parents</u>					
Mariés/conjoints de fait	12	19	2	2,98	.23
Divorcés	18	12			
Un des parents est mort	3	2			
<u>Age de l'adolescent au moment de la séparation des parents (M)</u>	4,5 (3,34)	4,5 (5,07)	14	0,00	1.00

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Tableau 7

Criminalité familiale

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	X ²	p
<u>Membre de la famille qui est criminalisé</u>					
Parents-fratrie	6	2	2	2,86	.24
Famille élargie (oncle, tante,...)	4	6			
Aucun	18	23			

Tableau 8

Consommation familiale: alcool et drogues

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	χ^2	p
<u>Membre de la famille qui consomme de l'alcool</u>					
Un ou deux parents	9	3	2	5,33	.07
Frère	0	2			
Aucun	22	26			
<u>Membre de la famille qui consomme de la drogue</u>					
Un ou deux parents	9	1	2	7,68	.02
Frère	1	1			
Aucun	21	29			

Tableau 9

Consommation familiale: pornographie

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	dl	χ^2	p
<u>Membre de la famille qui</u> <u>consomme de la pornographie</u>					
Un ou deux parents	5	6	2	0,94	.63
Fratrie	4	2			
Aucun	16	19			

Antécédents d'abus (tableaux 10, 11 et 12). Des victimes d'abus physique, 61,1% provenaient du groupe clinique. Or, les deux groupes ne se distinguaient pas quant à la présence d'abus physique dans leur histoire, ni quant à l'âge auquel ces abus auraient commencé (tableau 10). Par contre, pour le sous-groupe d'adolescents qui ont été victimes de sévices physiques, un plus grand nombre d'adolescents du groupe clinique (84,6 %) ont subi les abus de la part d'un parent ou d'un parent substitut que les adolescents du groupe témoin (50 %) ($\chi^2(2, N = 21) = 8,56, p = .01$) qui, eux, avaient également été victimes de personnes autres qu'un parent (50 %).

Des adolescents qui ont été victimes d'abus psychologique, 65,4% provenaient du groupe clinique. Or, les deux groupes ne se distinguaient pas, encore une fois, quant à présence d'abus psychologique dans leur histoire, ni quant à l'âge auquel ces abus auraient commencé, ni quant à la personne qui leur aurait infligé ces sévices (tableau 11). On n'observe qu'une tendance à une plus grande victimisation psychologique (51,5 % contre 27,3 %) pour le groupe clinique à ce niveau ($\chi^2(1, N = 66) = 4,06, p = .04$).

Des adolescents qui ont été victimes d'abus sexuel, 77,8 % provenaient du groupe clinique. Trente-neuf pour cent (39,4 %) des adolescents du groupe clinique ont été abusés sexuellement contre 12,1 % du groupe témoin (tableau 12). Cette différence s'est avérée significative ($\chi^2(1, N = 66) = 6,42, p = .01$). Les deux groupes ne se différencient pas quant au nombre de fois qu'ils ont été victimes, la personne les ayant abusés, l'âge où ces abus ont commencé et le type de gestes qu'ils ont subi. Par

Tableau 10

Antécédents d'abus physique dans l'histoire des adolescents

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	X ² /t	p
<u>Victime d'abus physique</u>					
Oui	11	7	1	1,22	.27
Non	22	26			
<u>Personne ayant abusé l'adolescent</u>					
Parent ou parent substitut	11	4	2	8,56	.01
Famille élargie	2	0			
Autre (ex. professeur, jeunes du même âge)	0	4			
<u>Âge où les abus ont débuté (M)</u>	5,82 (4,79)	9,29 (3,82)	16	1,61	.13

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Tableau 11

Antécédents d'abus psychologiques dans l'histoire des adolescents

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	χ^2	χ^2/t	p
<u>Victime d'abus psychologique</u>					
Oui	17	9	1	4,06	.04
Non	16	24			
<u>Personne ayant abusé</u>					
<u>l'adolescent</u>					
Parent ou parent substitut	15	5	2	1,56	.46
Famille élargie	1	0			
Autre (ex. professeur, jeunes du même âge)	5	4			
<u>Âge où les abus ont débuté (M)</u>	6,29 (4,01)	7,78 (3,99)	24	0,90	.38

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Tableau 12

Antécédents d'abus sexuel dans l'histoire des adolescents

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	χ^2/t	p
<u>Victime d'abus sexuel</u>					
Oui	13	4	1	6,42	.01
Non	20	29			
<u>Nombre de fois qu'il a été victime (M)</u>	17,69 (60,72)	0,15 (0,44)	31	-1,63	.11
<u>Personne ayant abusé l'adolescent</u>					
Parent substitut ou famille élargie	4	0	2	2,09	.35
Gardien(ne) ou autre (ex. professeur)	9	3			
Inconnu	1	1			
<u>Âge où les abus ont débuté (M)</u>	7,89 (3,39)	9,75 (3,95)	16	0,94	.36

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Tableau 12 (suite)

Antécédents d'abus sexuel dans l'histoire des adolescents

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	X ²	p
<u>Type d'abus dont le jeune est victime</u>					
Exhibitionnisme	0	1	2	4,87	.09
Masturbation/attouchement/pénétration digitale/contact oral-génitaux/autre (frottage)	8	3			
Pénétration anale	5	0			

contre, notons que 38,5 % des adolescents ayant commis des délits sexuels avaient été victimes de sodomie, alors qu'aucun adolescent du groupe témoin n'a été victime de ce genre de sévices. La première hypothèse est donc partiellement confirmée en ce qui a trait à l'histoire de victimisation sexuelle des adolescents, mais infirmée en ce qui a trait aux victimisations physique et psychologique.

Consommation d'alcool (tableau 13). Il y a nettement plus d'adolescents dans le groupe témoin (87,6 %) qui consomment de l'alcool que dans le groupe clinique (43,8 %; $\chi^2(2, N = 64) = 18,06, p = .0001$). Si l'on observe la consommation à l'intérieur de chaque groupe, presque autant de jeunes du groupe clinique font usage de l'alcool (43,8 %) que ceux qui n'en font pas (56,3 %) alors qu'un plus grand nombre de jeunes du groupe témoin font usage de l'alcool (87,6 %) que ceux qui n'en font pas (12,5 %). Quant au type d'alcool consommé et à l'impact de l'alcool sur le désir sexuel, les groupes seraient équivalents. Malgré que cette différence ne soit pas significative à un seuil de .01, les sujets du groupe clinique ont tendance à débiter leur consommation d'alcool à un âge plus précoce ($M = 12,81$ ans) que ceux du groupe témoin ($M = 14,20$ ans; $t(49) = 2,05, p = .05$). Ainsi, la première hypothèse est partiellement infirmée en ce qui a trait à la consommation d'alcool.

Consommation de drogues (tableau 14). Les groupes apparaissent à prime abord équivalents quant à leur consommation de drogues. On observe cependant que les adolescents du groupe témoin (57,6 %) tendent davantage à consommer de la drogue que ceux du groupe clinique (36,3 %) lorsque les catégories de consommation sont combinées ($\chi^2(2, N = 66) = 7,65, p = .02$). Il n'existerait pas de différence entre les

Tableau 13

Consommation d'alcool des adolescents

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	X ²	p
<u>Consommation d'alcool</u>					
Aucune	18	4	2	18,06	.0001
Occasionnelle	12	14			
Régulière (>1 fois/semaine)	2	14			
<u>Type d'alcool consommé</u>					
Bière	12	17	2	1,05	.59
Fort	0	1			
Plusieurs types à la fois	5	11			

Tableau 13 (suite)

Consommation d'alcool des adolescents

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	X ² /t	p
<u>Impact de l'alcool sur le désir d'avoir des relations sexuelles</u>					
Diminue	1	1	2	3,30	.19
Augmente	5	14			
Aucun impact	9	7			
<u>Âge du début de la consommation d'alcool (M)</u>	12,81 (2,66)	14,20 (2,17)	49	2,05	.05

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Tableau 14

Consommation de drogues des adolescents

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	X ²	p
<u>Consommation de drogues</u>					
Aucune	21	14	2	7,65	.02
Occasionnelle	4	14			
Régulière (>1 fois/semaine)	8	5			
<u>Type de drogues consommées</u>					
Marijuana/haschisch	9	16	2	2,06	.36
Chimique	1	0			
Plusieurs types à la fois	6	6			

Tableau 14 (suite)

Consommation de drogues des adolescents

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	dI	X ² /t	p
<u>Impact de la drogue sur le désir d'avoir des relations sexuelles</u>					
Diminue	1	1	2	0,80	.67
Augmente	3	8			
Aucun impact	8	11			
<u>Âge du début de la consommation de drogues (M)</u>	12,95 (1,69)	15,72 (1,28)	42	6,21	.0001

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

deux groupes quant au type de drogues consommées ni quant à l'impact de la drogue sur le désir sexuel. Finalement, les sujets du groupe clinique ont commencé leur consommation de drogues à un âge significativement plus précoce ($M = 12,95$ ans) que ceux du groupe témoin ($M = 15,72$ ans; $t(42) = 6,21$, $p = .0001$). La première hypothèse est donc partiellement infirmée en ce qui a trait à la consommation de drogues.

Utilisation de pornographie (tableau 15). Les résultats ne font ressortir aucune distinction entre les deux groupes quant à la présence d'une consommation de pornographie, au type de matériel visionné, à l'impact de la pornographie sur leur désir sexuel, ni quant à l'âge du début de la consommation de la pornographie.

Il est intéressant de noter qu'aucun des sujets des deux groupes n'a indiqué que l'utilisation de la pornographie diminuait le désir sexuel. D'ailleurs, 54,5 % des sujets du groupe clinique et 56 % des sujets du groupe témoin ont déclaré que la pornographie augmentait ce désir. Ainsi, la première hypothèse est partiellement infirmée en ce qui a trait à l'utilisation de pornographie.

Habilités sociales (tableaux 16, 17 et 18). Les adolescents des deux groupes se décrivaient en moyenne le même nombre d'amis stables (tableau 16). Les adolescents du groupe clinique ont des amis plus jeunes ($M = 16,48$ ans) que ceux du groupe témoin ($M = 18,51$ ans) et cette différence s'est avérée significative ($t(36,05) = 2,99$, $p = .005$). Puisqu'il a été démontré que le groupe clinique est significativement plus jeune que le groupe témoin, une analyse de covariance a été

Tableau 15

Consommation de pornographie des adolescents

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	χ^2	p
<u>Consommation de pornographie</u>					
Aucune	10	15	2	3,80	.15
Occasionnelle	13	12			
Régulière (>1 fois/semaine)	7	2			
<u>Type de pornographie consommée</u>					
Revues	2	0	2	3,13	.21
Vidéo/télé payante/internet	6	2			
Plusieurs types à la fois	14	14			

Tableau 15 (suite)

Consommation de pornographie des adolescents

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	d _f	X ² /t	p
<u>Impact de la pornographie sur le désir d'avoir des relations sexuelles</u>					
Augmente	12	14	1	0,01	.92
Aucun impact	10	11			
<u>Âge du début de la consommation de pornographie (M)</u>	12,09 (2,52)	13,05 (2,40)	41	1,27	.21

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Tableau 16

Les fréquentations: nombre et âge

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	dI	t	p
<u>Nombre d'amis stables (M)</u>					
Nombre moyen	6,56 (6,17)	6,59 (5,75)	54	0,02	.99
<u>Âge des amis (M)</u>					
Âge moyen	16,48 (3,23)	18,51 (1,49)	36,05	3,06	.005
Minimum	15,00 (2,29)	17,50 (0,92)	34,00	5,35	.0001
Maximum	17,96 (4,70)	19,82 (4,01)	53	1,58	.12

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

effectuée avec l'âge des sujets comme covariable (tableau 17) et cette différence s'est également avérée significative ($F(1, 56) = 19,47, p = .0001$). Par conséquent, la différence d'âge des amis est attribuable à la différence d'âge entre les deux groupes. La deuxième hypothèse est donc partiellement infirmée en ce qui a trait à l'âge et au nombre d'amis.

Au plan des habiletés sociales (tableau 18), les sujets se distinguaient sur une des trois sous-catégories (c.-à-d. affirmation de soi, empathie et degré de socialisation) et sur la cote globale. Dans ces deux cas, le groupe clinique obtenait une cote significativement plus faible que celui du groupe témoin: 1) affirmation de soi ($t(47,27) = 3,83, p = .0001$); 2) cote globale ($t(62) = 3,26, p = .002$). Des analyses de covariances (Ancova) ont été effectuées dans le but de vérifier si encore une fois l'âge pouvait être un facteur additionnel de variation. Les résultats des Ancova n'ont révélé aucune différence significative. La seconde hypothèse est, par conséquent, partiellement confirmée en ce qui concerne la variable de l'affirmation de soi et partiellement infirmée en ce qui a trait à l'empathie et à la capacité de socialisation.

Histoire sexuelle non-déviante (tableaux 19 à 24). Moins de sujets dans le groupe clinique (57,1 %) que dans le groupe témoin (87,5 %) se déclaraient à l'aise de parler ouvertement de sexualité ($\chi^2(1, N = 60) = 7,04, p = .008$) (tableau 19). Une corrélation entre cette variable et l'âge ne s'est pas avérée significative ($r(59) = .27, p = .04$), mais l'on pourrait supposer une tendance. La deuxième hypothèse est ainsi partiellement confirmée en ce qui a trait à cette variable. Les groupes paraissaient équivalents sur leurs expériences masturbatoires tant sur le plan de l'âge où ils ont

Tableau 17

Analyse de covariance de l'âge des amis selon l'âge et le type de groupe

Source de variation	dl	Carré moyen	F	p
Covariable Âge	1	89,627	19,466	.0001
Effet principal Groupe	1	15,429	3,351	.073
Résiduelle	53	244,028		
Total	55	391,425		

Tableau 18
Habilités sociales

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	dI	t	p
<u>Score aux habiletés sociales (M)</u> [<i>score maximum = 15</i>]					
socialisation	3,29 (1,40)	3,91 (1,16)	62	1,94	.057
affirmation de soi	3,26 (1,21)	4,21 (0,70)	47,27	3,83	.0001
empathie	4,00 (1,27)	4,27 (0,76)	62	1,05	.30
cote globale	10,55 (2,64)	12,39 (1,84)	62	3,26	.002

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèse

Tableau 19

Attitude et expérience sexuelle

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	χ^2/t	p
<u>Aisance à parler de sexualité</u>					
Oui	16	28	1	7,04	.008
Non	12	4			
<u>Âge débute masturbation (M)</u>	11,93 (1,09)	11,44 (2,18)	45,00	-1,12	.27
<u>Fréquence de masturbation (M)</u> (par semaine)	9,83 (8,96)	9,44 (8,32)	59	-0,18	.86
<u>Âge des premières interactions sexuelles (M)</u>					
Âge moyen	11,50 (5,13)	15,72 (3,33)	47	3,50	.001

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

commencé que sur le plan de la fréquence. Les adolescents du groupe clinique ont commencé à avoir des relations sexuelles complètes ou des contacts sexuels (fellation, cunnilingus, attouchements sous les vêtements) à un âge plus précoce ($M = 11,50$ ans) que les adolescents du groupe témoin ($M = 15,72$ ans), et ce de façon significative ($t(47) = 3,50, p = .001$). Il n'y avait cependant aucune distinction entre les groupes sur le plan de l'éducation sexuelle reçue à l'école ou à la maison (tableau 20). Par rapport à cette dernière variable, la seconde hypothèse est alors partiellement infirmée.

Malgré que les adolescents du groupe clinique aient commencé à avoir des relations sexuelles complètes ou des contacts sexuels à un âge plus précoce, un plus grand nombre d'adolescents du groupe témoin (84,8 %) ont vécu des expériences hétérosexuelles consentantes (tableau 20) que dans le groupe clinique (51,5 %). Une corrélation entre cette variable et l'âge s'est avérée significative ($r(65) = ,33, p = .007$). La seconde hypothèse est donc partiellement confirmée en ce qui a trait aux expériences sexuelles non-déviantes. Si on observe les variations intragroupe, on note que les sujets du groupe clinique se répartissent presque également entre les deux catégories (expérience - 51,5 %- contre sans expérience - 48,5 %). Par contre, dans le groupe témoin, la majorité des sujets ont déjà eu des expériences sexuelles consentantes (84,8 %) comparativement à ceux n'ayant pas eu de ces expériences sexuelles consentantes (15,2 %). L'échantillon global se présentant comme étant principalement ou presque exclusivement hétérosexuel (tableau 21), il n'y eut donc pas de différence significative entre les groupes sur la variable des expériences homosexuelles (tableau 22). Les groupes étaient également équivalents sur le plan de

Tableau 20

Education sexuelle et expériences hétérosexuelles

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	dl	X ²	p
<u>Éducation sexuelle à l'école</u>					
Oui	26	32	1	1,37	.24
Non	3	1			
<u>Éducation sexuelle à la maison</u>					
Oui	10	15	1	0,96	.33
Non	20	18			
<u>Expériences hétérosexuelles consentantes</u>					
Oui	17	28	1	8,45	.004
Aucune	16	5			

Tableau 21
Orientation sexuelle

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	dl	X ²	p
<u>Échelle de Kinsey-orientation sexuelle</u>					
0 – exclusivement hétérosexuel	27	26	3	1,36	.72
1	2	3			
2	2	3			
6 – exclusivement homosexuel	0	1			

Tableau 22

Expérience homosexuelle, statut et durée de la relation

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	X ² /t	p
<u>Expériences homosexuelles</u>					
<u>consentantes</u>					
Oui	2	3	1	0,22	.64
Aucune	31	30			
<u>Durée de la relation en semaines (M)</u>	35,2 (38,06)	359,2 (288,71)	14,72	4,29	.001
<u>Statut</u>					
Célibataire	22	18	1	1,38	.24
En couple	10	15			

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

leur état civil. Finalement, parmi les adolescents vivant une relation de couple, les garçons du groupe témoin étaient en relation depuis une plus longue période ($\underline{M} = 359,2$ semaines) que ceux du groupe clinique ($\underline{M} = 35,2$ semaines; $t(14,72) = 4,29$, $p = .001$).

Lorsque questionnés sur leurs fantasmes lors de la masturbation (tableau 23), les sujets du groupe clinique rapportaient significativement plus (16,7 %) de fantasmes sur la pédophilie féminine que les sujets du groupe témoin (0 %; $\underline{X}^2(1, \underline{N} = 63) = 5,97$, $p = .01$). La première hypothèse est donc partiellement confirmée en ce qui concerne la présence de fantasmes déviants. La présence de deux autres types de fantasmes fut également observée. Ainsi, 13,3 % des sujets du groupe clinique rapportaient avoir eu des fantasmes incestueux envers des jeunes filles ($\underline{X}^2(1, \underline{N} = 63) = 4,70$, $p = .03$) et 10 % des ces sujets rapportaient entretenir des fantasmes centrés sur des jeunes garçons ($\underline{X}^2(1, \underline{N} = 63) = 3,47$, $p = .06$). À cause d'un seuil pré-établi à .01, ces différences ne sont pas significatives. Elles méritent tout de même d'être mentionnées, car aucun des sujets du groupe témoin n'a admis entretenir de tels fantasmes. Les deux groupes n'ont pu se différencier statistiquement sur les autres catégories de fantasmes: homosexuel, exhibitionnisme, voyeurisme, fétichisme, frottage, identité sexuelle féminine, masochisme, sadisme, travestisme, viol, zoophilie. Dans tous les cas, la présence de ces types de fantasmes était faible. Notons par contre, que c'est la catégorie « voyeurisme » qui fit ressortir la plus haute fréquence de ces 11 catégories. En effet, ces pourcentages s'élèvent à 33 % pour le groupe clinique et à 18 % pour le

Tableau 23

Fantasmes pendant la masturbation

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	dl	X ²	p
<u>Fantasmes lors de la masturbation</u>					
Hétérosexuel					
Oui	30	29	1	3,88	.05
Non	0	4			
Homosexuel					
Oui	2	7	1	2,72	.10
Non	28	26			
Exhibitionnisme					
Oui	2	2	1	0,01	.92
Non	28	31			
Voyeurisme					
Oui	10	6	1	1,90	.17
Non	20	27			

Tableau 23 (suite)

Fantasmes pendant la masturbation

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	X ²	p
<u>Fantasmes lors de la masturbation (suite)</u>					
Fétichisme					
Oui	0	1	1	0,92	.34
Non	30	32			
Frottage					
Oui	2	2	1	0,01	.92
Non	28	31			
Identité sexuelle femme					
Oui	0	2	1	1,88	.17
Non	30	31			
Masochisme					
Oui	0	1	1	0,92	.34
Non	30	32			

Tableau 23 (suite)

Fantasmes pendant la masturbation

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	X ²	p
<u>Fantasmes lors de la masturbation (suite)</u>					
Sadisme					
Oui	0	3	1	2,86	.09
Non	30	30			
Tranvestisme					
Oui	0	1	1	0,92	.34
Non	30	32			
Viol					
Oui	2	2	1	0,01	.92
Non	28	31			
Zoophilie					
Oui	1	0	1	1,12	.29
Non	29	33			

Tableau 23 (suite)

Fantasmes pendant la masturbation

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	χ^2	p
<u>Fantasmes lors de la masturbation (suite)</u>					
Inceste fille	4	0	1	4,70	.03
Oui	26	33			
Non					
Inceste garçon	1	0	1	1,12	.29
Oui	29	33			
Non					
Pédophilie garçon	3	0	1	3,47	.06
Oui	27	33			
Non					
Pédophilie fille	5	0	1	5,97	.01
Oui	25	33			
Non					

groupe témoin. L'étendue des pourcentages pour les 10 autres catégories variait de 0 à 6 % pour le groupe clinique et de 0 à 9 % pour le groupe témoin.

À partir des fantasmes rapportés, nous avons tenté de faire une régression multiple « stepwise » afin de voir si le type de fantasmes présent lors de la masturbation pouvait prédire le groupe d'appartenance. Une régression (tableau 24) a été effectuée, incluant les 16 catégories de fantasmes. Seule la catégorie pédophilie-fille a pu prédire le groupe d'appartenance à un seuil de .01. Cette variable expliquait à 9 % la variance ($r = ,30$).

Vie scolaire et comportementale (tableaux 25 à 27). Un plus grand nombre de sujets du groupe clinique (81,3 %) que du groupe témoin (18,8 %) auraient vécu des difficultés scolaires ($\chi^2(1, N = 64) = 25,00, p = .00001$) (tableau 25). Lorsqu'on subdivise cette catégorie générale en trois catégories plus particulières de difficultés, dans chacun des cas, le groupe clinique présente plus de difficultés que le groupe témoin sur les variables suivantes: 1) redoublement d'une ou de plusieurs années scolaires [63,6 % contre 6,3 %] ($\chi^2(1, N = 65) = 23,40, p = .00001$); 2) la poursuite des cours sous forme de cheminement particulier [51,5 % contre 3,1 %] ($\chi^2(1, N = 65) = 18,99, p = .00001$); 3) renvoi/expulsion de l'école [30,3 % contre 3,1 %] ($\chi^2(1, N = 65) = 8,54, p = .003$). Finalement, les adolescents ayant commis des délits sexuels avaient significativement moins d'années de scolarité que les adolescents du groupe contrôle ($t(35,19) = 13,74, p = .0001$). Plus précisément, les adolescents du groupe clinique avaient un retard de quatre années, malgré une différence d'âge de deux années entre les deux groupes. Ainsi, la première hypothèse est donc

Tableau 24

Analyse de régression multiple "stepwise" pour les variables prédisant le groupe d'appartenance à partir des fantasmes présents lors de la masturbation

Variables	B	SE B	β
Étape 1			
Pédophilie fille	0,57	0,23	.31
Étape 2			
Pédophilie fille	0,50	0,24	.27
Inceste fille	0,47	0,25	.23
Étape 3			
Pédophilie fille	0,47	0,22	.26
Inceste fille	0,44	0,24	.22
Hétérosexualité	0,44	0,24	.21

Note. $\Delta R^2 = .09$ pour l'étape 1; $\Delta R^2 = .15$ pour l'étape 2; $\Delta R^2 = .19$ pour l'étape 3 ($p < .05$)

Tableau 25

Difficultés scolaires

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	χ^2/t	p
<u>Difficultés scolaires en général</u> (Toutes catégories confondues)					
Oui	26	6	1	25,00	.00001
Non	6	26			
<u>Redoublement</u>					
Oui	21	2	1	23,40	.00001
Non	12	30			
<u>Cheminement particulier</u>					
Oui	17	1	1	19,00	.00001
Non	16	31			
<u>Renvoi</u>					
Oui	10	1	1	8,54	.003
Non	23	31			
<u>Nombre d'années de scolarité</u>	7,76 (1,43)	11,64 (0,55)	35,19	13,74	.0001

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

partiellement confirmée en ce qui a trait à la présence de difficultés académiques et la seconde hypothèse également en ce qui a trait au nombre d'années de scolarisation.

Au tableau 26, on note que les adolescents ayant commis des délits sexuels (81,3 %) présentent également davantage de troubles de conduite (p.ex., non-respect de l'autorité, agressivité, implication dans des bagarres, absentéisme) que ceux du groupe témoin (34,4 %) ($\chi^2(1, N = 65) = 14,41, p = .0002$). En outre, des adolescents qui ont admis avoir un dossier criminel, 85,7 % provenaient du groupe clinique. Plus précisément, 41,4 % des adolescents ayant commis des crimes sexuels contre 6,3 % des sujets du groupe témoin ont admis avoir un dossier criminel ($\chi^2(1, N = 61) = 10,62, p = .001$). Les adolescents ayant agressé sexuellement avaient une tendance à débiter plus jeunes ($M = 10,39$) à commettre des actes de délinquance que les adolescents du groupe témoin ($M = 13,30$) ($t(26) = 2,37, p = .03$). Par contre, ceci ne demeure qu'une tendance puisque le seuil choisi était de .01 (tableau 26). La première hypothèse est encore une fois partiellement confirmée en ce qui a trait aux troubles de la conduite et à la délinquance non-sexuelle.

Le tableau 27 présente les différents actes de délinquance commis par les deux groupes d'adolescents. À un seuil établi à .01, seule la catégorie vol de moins de 200\$ s'est avérée significative. Il y avait plus de jeunes dans le groupe d'agresseurs (60,6 %) qui ont commis des vols (<200 \$) que les adolescents du groupe témoin (15,6 %) ($\chi^2(1, N = 65) = 13,89, p = .0002$). D'un point de vue clinique, il demeure tout de même intéressant de faire ressortir les catégories suivantes de délits (seuil entre .01 et .05), où, encore une fois, les adolescents ayant commis des crimes sexuels

Tableau 26

Trouble de la conduite et dossier criminel

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	χ^2/t	p
<u>Trouble de la conduite</u>					
Oui	26	11	1	14,41	.0002
Non	6	21			
<u>Dossier criminel</u>					
Oui	12	2	1	10,62	.001
Non	17	30			
<u>Âge de la première infraction non sexuelle (M)</u>	10,39 (2,73)	13,30 (3,74)	26	2,37	.03

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Tableau 27

Types de délinquance non-sexuelle

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	χ^2	p
<u>Type de délinquance non sexuelle</u>					
Vol (-200\$)					
Oui	20	5	1	13,89	.0002
Non	13	27			
Vol (+200\$)					
Oui	2	1	1	0,32	.57
Non	31	31			
Vandalisme					
Oui	12	4	1	4,99	.03
Non	21	28			
Voie de fait					
Oui	5	0	1	5,25	.02
Non	28	32			

Tableau 27 (suite)

Types de délinquance non-sexuelle

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	X ²	p
<u>Type de délinquance non sexuelle</u> (suite)					
Introduction par effraction					
Oui	4	0	1	4,13	.04
Non	29	32			
Fugue (de centre d'accueil)					
Oui	3	0	1	3,05	.08
Non	30	32			
Trafic de stupéfiants					
Oui	5	2	1	1,34	.25
Non	28	30			
Possession de stupéfiants					
Oui	3	2	1	0,18	.67
Non	30	30			

Tableau 27 (suite)

Types de délinquance non-sexuelle

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	X ²	p
<u>Type de délinquance non sexuelle</u> (suite)					
Troubler la paix					
Oui	0	1	1	1,05	.31
Non	33	31			
Préférer des menaces					
Oui	1	0	1	0,98	.32
Non	32	32			

étaient plus nombreux que les adolescents du groupe témoin: vandalisme ($\chi^2(1, N = 65) = 4,99, p = .03$); voie de fait ($\chi^2(1, N = 65) = 5,25, p = .02$); introduction par effraction ($\chi^2(1, N = 65) = 4,13, p = .04$).

Statistiques descriptives du groupe clinique

Pour la description du groupe clinique, nous avons procédé à des analyses de fréquences et des chi-carrés sur diverses variables descriptives se rattachant aux abus sexuels commis, aux caractéristiques des victimes et, finalement, aux caractéristiques des adolescents ayant commis des crimes sexuels.

Caractéristiques des abus sexuels commis par les adolescents du groupe clinique

(tableaux 28 à 31). Le tableau 28 présente les fréquences de chaque catégorie d'abus commis par les adolescents abuseurs en vue du calcul de chi-carré. Trois des huit catégories dépassaient les fréquences attendues. En ordre décroissant, elles étaient: attouchement/pénétration digitale (46); masturbation sur ou par la victime (19); contacts oraux-génitaux (19). Un chi-carré (tableau 29) révèle que la catégorie « attouchement/pénétration digitale » est significativement plus fréquente que les autres catégories ($\chi^2(7, N = 33) = 100,82, p = .001$).

En ce qui a trait au type de contrainte auquel les adolescents ont eu recours au moment de l'abus (tableau 30), près de la moitié (45,5 %) des abus auraient été commis sous la contrainte verbale (c.-à-d. chantage, menace, manipulation) tandis que 30,3 % se seraient déroulés sans aucune contrainte. Ainsi, selon leurs dires, la majorité des abus (75,8 %) auraient été commis sans que l'adolescent ait recours à la

Tableau 28

Types d'abus commis

Variables	Fréquence observée	Fréquence attendue	$(O - A)^2$	$(O - A)^2 / A$
<u>Type d'abus commis</u>				
Exhibitionnisme	6	14,5	72,25	4,98
Masturbation sur ou par la victime	19	14,5	20,25	1,39
Attouchements/pénétration digitale	46	14,5	992,25	68,43
Contacts oraux-génitaux	19	14,5	20,25	1,4
Tentative de pénétration anale	14	14,5	0,25	0,02
Tentative de viol	1	14,5	182,25	12,57
Pénétration anale	8	14,5	42,25	2,91
Autre (frottage)	3	14,5	132,25	9,12

Tableau 29

Résultats du chi-carré mesurant le type
d'abus le plus fréquent

<u>dl</u>	χ^2	<u>p</u>
7	100,82	.001

100,82 > 18,48; (p = .01) donc significatif

100,82 > 24,32; (p = .001) donc significatif

Tableau 30

Force utilisée et fréquence des délits

Variable	Groupe clinique	dl	X ²	p
<u>Force utilisée lors de l'agression</u>				
Sans contrainte	10	3	11,23	.02
Contrainte verbale	15			
Contrainte physique sans arme	6			
Contrainte physique avec arme	2			
<u>Nombre de jeunes ayant commis cette fréquence de délits</u>				
1 à 10	17			
11 à 22	6			
37 à 85	5			
Plus de 300 (i.e. entre 314 et 481)	5			

force physique ou à une arme. Par ailleurs, 6 % des sujets auraient utilisé une arme au moment des abus, celle-ci était une arme blanche, et un peu plus de 18 % des sujets auraient eu recours à la force physique sans l'utilisation d'une arme. L'analyse non paramétrique ne révèle pas de différence significative à l'intérieur de cette population, quoique cette différence se rapprochait de seuil de signification de .01 ($\chi^2(3, N = 33) = 11,23, p = .02$).

Quant au nombre d'abus commis (tableau 30), plus de la moitié des sujets (51,5 %) ont admis avoir commis entre 1 et 10 abus, 18,2 % ont admis avoir commis entre 11 et 22 abus, 15,2 % ont admis avoir commis entre 37 et 85 abus et finalement, 15,2 % des sujets ont admis avoir commis plus de 300 abus. Afin de dresser un portrait plus représentatif de la population clinique, on s'aperçoit qu'en retirant les cas extrêmes de l'analyse de moyennes, un adolescent dans notre groupe a commis en moyenne 16,32 ($\text{ÉT} = 23,71$) délits sexuels (tableau 31). En contrepartie, si ces cas extrêmes ne sont pas retirés, cette moyenne s'élève à 74,30 ($\text{ÉT} = 143,74$; médiane = 10) délits par adolescent.

Caractéristiques des victimes (tableaux 32 à 37). La majorité des adolescents de notre échantillon (69,7 %) a avoué n'avoir eu que des victimes de sexe féminin contre 15,2 % qui ont déclaré n'avoir eu que des victimes de sexe masculin. Quinze pour cent (15,2 %) des adolescents disaient avoir fait des victimes des deux sexes (tableau 32). Cette majorité s'avère significative en comparaison aux deux autres sous-groupes ($\chi^2(2, N = 33) = 19,64, p = .0001$). Suivant les données autorévéloées des jeunes agresseurs, ils auraient fait 137 victimes de sexe féminin et 17 de sexe

Tableau 31

Nombre moyen de délits par adolescent

Variable	Groupe clinique
Nombre moyen de délit par adolescent	16,32 (23,71)
Nombre moyen de délit par adolescent (incluant les cas extrêmes)	74,30 (143,74)

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Tableau 32

Répartition du sexe des victimes

Variable	Groupe clinique	df	X ²	p
<u>Nombre d'adolescents ayant eu des victimes de chaque sexe</u>				
Féminin	23	2	19,636	.0001
Masculin	5			
Les deux sexes	5			

masculin (tableau 33). Ainsi, les 33 adolescents du groupe clinique auraient fait au total 154 victimes. En éliminant les cas extrêmes d'exhibitionnisme des analyses, puisqu'il est connu qu'ils font un grand nombre de victimes, chaque adolescent aurait eu en moyenne 2,38 victimes ($\underline{ET} = 1,45$). Lorsque les cas extrêmes ne sont pas retirés de l'analyse, cette moyenne s'élève à 4,67 ($\underline{ET} = 14,47$; médiane = 2). Encore une fois, ces derniers ont été retirés de l'analyse afin de permettre de dresser un portrait plus juste de la population clinique. Finalement, les 33 adolescents du groupe clinique ont admis avoir commis, au total, toutes catégories confondues, 2452 délits sexuels.

Le tableau 34 présente les fréquences de chaque catégorie de victime en vue du calcul de chi-carré. Trois des neuf catégories dépassaient les fréquences attendues. En ordre décroissant, elles étaient: enfant connu hors de la famille (28); enfant de la famille élargie (11); enfant/adolescent de la même famille [-5ans] (10). Un chi-carré (tableau 35) révèle que la catégorie « enfant connu hors de la famille » est significativement plus fréquente que les autres catégories ($\underline{X}^2(8, \underline{N} = 33) = 76,32, p = .001$).

Dans le tableau 36, on retrouve des analyses avec le sous-groupe d'adolescents n'ayant commis que des actes de pédophilie, afin d'examiner la distribution des cas. D'abord, il devait y avoir au moins cinq ans de différence d'âge entre l'adolescent et sa victime pour que le délit soit considéré de nature pédophilique. Ensuite, on considérait comme « pédophilie intrafamiliale » les agressions commises sur les

Tableau 33

Nombre de victimes et d'agressions sexuelles

Variable	Groupe clinique
<u>Nombre de victimes de chaque sexe</u>	
Féminin	137
Masculin	17
Nombre total de victimes	154
Nombre moyen de victimes par adolescent	4,67 (14,47)
Nombre moyen de victimes par adolescent (sans les cas extrêmes)	2,38 (1,45)
Nombre d'agressions sexuelles commises	2452

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Tableau 34

Lien avec la victime

Variable	Fréquence observée	Fréquence attendue	$(O - A)^2$	$(O - A)^2 / A$
<u>Lien avec la victime</u>				
Enfant de la même famille (+5ans)	4	7,55	12,60	1,67
Enfant famille élargie	11	7,55	11,90	1,58
Enfants hors famille (connu)	28	7,55	418,20	55,39
Enfant inconnu	2	7,55	30,80	4,08
Enfant/ado. même famille (-5ans)	10	7,55	6,00	0,79
Enfant/ado. famille élargie (-5ans)	6	7,55	2,40	0,32
Adolescent hors famille (connu)	0	7,55	57,00	7,55
Adolescent inconnu	2	7,55	30,80	4,08
Adulte	5	7,55	6,50	0,86

Tableau 35

Résultats du chi-carré mesurant lien avec la
victime est le plus fréquent

dl	X^2	p
8	76,32	.001

76,32 > 20,09 (p = .01) donc significatif

76,32 > 26,12 (p = .001) donc significatif

Tableau 36

Catégorie des délits dans le sous-groupe de type pédophilie

Variable	Groupe clinique	dl	X ²	p
<u>Type de pédophilie commise dans ce sous-groupe</u>				
Intrafamiliale	11	2	1,188	.552
Extrafamiliale	13			
Intra et extrafamiliale	8			

victimes provenant de familles reconstituées, de familles d'accueil et de la famille élargie (p.ex., cousin/cousine), car les adolescents étaient en contacts fréquents avec ces dernières et n'ont pas été considérés au même plan que les victimes étrangères, compte tenu de leur accessibilité. La catégorie « pédophilie extra-familiale » comprenait donc les autres cas (p. ex., voisine, étrangère). Dans ce contexte, on observe que 40,6 % des adolescents avaient des victimes de nature « extra-familiale », 34,4 % des victimes de nature « intra-familiale » et 25 % des jeunes ont choisi des victimes des deux milieux. Ces sous-catégories ne se distinguaient pas significativement les unes des autres.

Au tableau 33, il a déjà été indiqué qu'un adolescent avait en moyenne 2,38 victimes. Afin de dresser un tableau un peu plus précis de la distribution du nombre de victimes que celui obtenu par des moyennes, au tableau 37, nous avons divisé en catégories de 1 à 3 victimes et de 4 à 7 victimes par adolescent. À la suite des analyses de chi-carré, la plupart des sujets (84,4 %) avaient entre 1 et 3 victimes, alors que 15,6 % des sujets avaient entre 4 et 7 victimes et ces résultats étaient significatifs ($\chi^2(1, N = 32) = 15,13, p = .0001$). Pour faire cette analyse, les cas extrêmes furent retirés (c.-à-d. un cas d'exhibitionnisme qui avait plus de 70 victimes). Finalement la victime la plus jeune avait 3 ans et la plus âgée avait 50 ans.

Caractéristiques des adolescents du groupe clinique (tableaux 38 à 45). La majorité des sujets agresseurs (84,8 %) ont commencé à abuser sexuellement entre les âges de 11 et 15 ans (pubère), alors que 15,2 % des autres jeunes auraient commencé

Tableau 37

Nombre moyen de victimes par adolescent et âge des victimes

Variable	Groupe clinique	dl	χ^2	p
<u>Nombre de victimes par adolescent</u>				
(cas extrême 70+ enlevé)				
1 à 3	27	1	15,125	.0001
4 à 7	5			
<u>Âge des victimes (en années)</u>				
Âge minimum	3			
Âge maximum	50			

entre 6 et 10 ans (prépubère; tableau 38). Cette différence s'est avérée significative ($\chi^2(1, N = 33) = 16,03, p = .0001$). L'âge moyen de l'adolescent au moment du premier abus serait de 12,42 ans ($\overline{ET} = 2,05$; médiane = 13).

Le tableau 39 traite de l'empathie de l'adolescent envers la victime. L'empathie a été calculée sur une échelle de Likert de 1 à 5 (1 = pauvre, 3 = moyenne et 5 = excellente). Plusieurs questions lui étaient posées et l'empathie avait alors été cotée par l'évaluateur en fonction des réponses que donnait l'adolescent, c'est-à-dire en fonction de l'impression qu'il avait de l'impact et des conséquences de ses abus (dommages et blessures) sur la victime. Lorsque questionné sur leur niveau d'empathie, une grande proportion des sujets (83,8 %) présentaient une empathie qui se situait entre faible à moyenne et seulement 16,1 % des sujets ont fait preuve d'empathie forte à excellente. Malgré que l'analyse ne s'avère pas significative, très peu de sujets ont fait preuve d'empathie moyenne à excellente et cette information est cliniquement intéressante.

Avant le signalement des abus sexuels, 38,9 % des adolescents habitaient chez leur mère, 27,7 % habitaient chez les deux parents, 22,2 % résidaient déjà en centre ou famille d'accueil et 11,1 % habitaient chez leur père (tableau 40). Selon les analyses statistiques, la répartition était équivalente d'une catégorie à l'autre. Soixante-neuf pour cent des sujets rencontrés ont été pris en charge par les Centres jeunesse pour les abus sexuels qu'ils ont commis. Les autres étaient sur des mesures volontaires.

Tableau 38
 Âge au moment du premier abus

Variable	Groupe clinique	df	χ^2	p
<u>Âge au moment du premier abus</u>				
6 à 10 ans (pré-pubère)	5	1	16,03	.0001
11 à 15 ans (pubère)	28			
<u>Âge moyen lors du premier abus (M)</u>	12,42 (2,05)			

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

Tableau 39

Niveau d'empathie pour la victime

Variable	Groupe clinique	dl	X ²	p
<u>Niveau d'empathie pour la victime</u>				
1 (pauvre)	13	3	6,548	.09
2	4			
3 (moyen)	9			
4	5			
5 (excellent)	0			
<u>Niveau d'empathie moyen pour le groupe (M)</u>	2,19 (1,17)			

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses

Tableau 40

Lieu de résidence avant le dévoilement et prise en charge

Variable	Groupe clinique	df	X ²	p
<u>Lieu de résidence avant arrestation</u>				
Mère	7	3	2,889	.41
Père	2			
Centre jeunesse/famille accueil	4			
Les deux parents	5			
<u>Prise en charge pour la délinquance sexuelle</u>				
Oui	20	1	4,172	.04
Non	9			

Au tableau 41, on retrouve les résultats de la sexualité non déviante des adolescents ayant commis des délits sexuels. Pour la majorité d'entre eux (66,7 %), leur première expérience sexuelle avait été déviante (c.-à-d. ont été victimisés sexuellement ou leur première expérience a été un abus sur quelqu'un), alors que seulement 21,2 % des adolescents agresseurs auraient connu d'abord une sexualité non déviante avant de commettre des abus. Finalement, 12,1 % ont rapporté avoir vécu les deux types d'expériences au cours de la même période. Cette prépondérance des expériences déviantes se distinguait de façon significative des deux autres catégories ($\chi^2(2, N = 33) = 16,91, p = .0001$). Une sexualité active, dite normale, était présente chez la plupart des sujets. Soixante-dix-neuf pour cent (78,8 %) des adolescents ont rapporté avoir déjà vécu des expériences sexuelles avec des jeunes consentants de leur âge, alors que seulement 21,2 % n'ont jamais connu de sexualité dite normale. Cette différence s'est avérée significative ($\chi^2(1, N = 33) = 10,94, p = .001$). La masturbation n'était pas comprise dans la mesure de sexualité normale, seules les activités sexuelles impliquant une autre personne étaient considérées.

Lorsqu'on questionnait les sujets sur la présence de fantasmes avant la commission des abus ou lors de la planification (tableau 42), le fantasme déviant qui est décrit le plus souvent a été celui à contenu pédophilique féminin (30 %). Les adolescents ont rapporté les fantasmes suivants (les chiffres entre parenthèses représentent le pourcentage de jeunes ayant admis la présence de ces fantasmes): hétérosexuel consentant (33,3 %); exhibitionnisme (3,3 %); voyeurisme (6,7 %); fétichisme (3,3 %); identité sexuelle féminine (3,3 %); viol (6,7 %); zoophilie (3,3 %); inceste-fille

Tableau 41

Expérience sexuelle non déviante

Variable	Groupe clinique	df	χ^2	p
<u>Première expérience sexuelle</u>				
Non déviante	7	2	16,91	.0001
Déviante	22			
Non déviante et déviante	4			
<u>Présence de sexualité non déviante</u>				
Oui	26	1	10,939	.001
Non	7			

Tableau 42

Fantasmes précédant l'abus

Variable	Groupe clinique
<u>Fantasmes précédant l'abus</u>	
Hétérosexuel	
Oui	10
Non	20
Homosexuel	
Oui	0
Non	31
Exhibitionnisme	
Oui	1
Non	29
Voyeurisme	
Oui	2
Non	28

Tableau 42 (suite)

Fantasmes précédant l'abus

Variable	Groupe clinique
<u>Fantasmes précédant l'abus (suite)</u>	
Fétichisme	
Oui	1
Non	29
Frottage	
Oui	0
Non	30
Identité sexuelle femme	
Oui	1
Non	29
Masochisme	
Oui	0
Non	30

Tableau 42 (suite)

Fantasmes précédant l'abus

Variable	Groupe clinique
<u>Fantasmes précédant l'abus (suite)</u>	
Sadisme	
Oui	0
Non	30
Tranvestisme	
Oui	0
Non	30
Viol	
Oui	2
Non	28
Zoophilie	
Oui	1
Non	29

Tableau 42 (suite)

Fantasmes précédant l'abus

Variable	Groupe clinique
<u>Fantasmes précédant l'abus (suite)</u>	
Inceste fille	
Oui	5
Non	25
Inceste garçon	
Oui	1
Non	29
Pédophilie garçon	
Oui	6
Non	24
Pédophilie fille	
Oui	9
Non	21

(16,7 %); inceste- garçon (3,3 %); pédophilie-garçon (20 %); pédophilie-fille (30 %). Le tableau 43 présente les fréquences de chaque catégorie de fantasme en vue du calcul de chi-carré. Quatre des onze catégories dépassaient les fréquences attendues. En ordre décroissant, elles étaient: hétérosexuel consentant (10); pédophilie fille (9); pédophilie garçon (6); inceste fille (5). Un chi-carré (tableau 44) révèle que les catégories « hétérosexuel consentant » et « pédophilie-fille » étaient significativement plus rapportées que les autres catégories ($\chi^2(10, N = 33) = 32,88, p = .001$).

Au tableau 45, on retrouve les analyses sur l'impact de l'alcool, la drogue et la pornographie sur le désir de commettre des agressions sexuelles. Quarante-trois pour cent (42,9 %) des adolescents qui consommaient de l'alcool ont déclaré que l'alcool augmentait leur désir sexuel déviant, alors qu'une plus grande proportion d'adolescents (57,1 %) ont dit que l'alcool n'avait aucun impact sur leur désir d'abuser et ce, de manière significative ($\chi^2(1, N = 7) = 12,00, p = .001$). D'autre part, tous les adolescents qui consommaient de la drogue ont dit que celle-ci n'avait aucun impact sur leur désir d'abuser. Finalement, il y a eu significativement plus d'adolescents (83,3 %) qui ont déclaré que la pornographie n'avait aucun impact sur leur désir d'abuser que d'adolescents ayant déclaré qu'elle augmentait leur désir d'abuser (16,7 %; $\chi^2(1, N = 18) = 8,00, p = .005$).

Les questionnaires

Les tableaux 46 à 56 présentent les résultats des analyses univariées et multivariées pour les cinq questionnaires.

Tableau 43

Fantasmes lors de la planification des abus

Variables	Fréquence observée	Fréquence attendue	$(O - A)^2$	$(O - A)^2 / A$
<u>Fantasmes</u>				
Hétérosexuel	10	3,55	41,60	11,72
Exhibitionnisme	1	3,55	6,5	1,83
Voyeurisme	2	3,55	2,40	0,68
Fétichisme	1	3,55	6,5	1,83
Identité sexuelle féminine	1	3,55	6,5	1,83
Viol	2	3,55	2,40	0,68
Zoophilie	1	3,55	6,5	1,83
Inceste fille	5	3,55	2,10	0,59
Inceste garçon	1	3,55	6,5	1,83
Péédophilie garçon	6	3,55	6,0	1,69
Pédophilie fille	9	3,55	29,70	8,37

Tableau 44

Résultats du chi-carré mesurant le type
de fantasme présent pendant la planification

<u>dl</u>	χ^2	p
10	32,88	.001

32,88 > 23,21; (p = .01) donc significatif

32,88 > 29,59; (p = .001) donc significatif

Tableau 45

Impact de l'alcool, des drogues et de la pornographie sur le désir de commettre un abus

Variable	Groupe clinique	dl	X ²	p
<u>Impact de la consommation d'alcool sur le désir de commettre un abus sexuel</u>				
Augmente	3	1	12,000	.001
Aucun impact	4			
<u>Impact de la consommation de drogues sur le désir de commettre un abus sexuel</u>				
Augmente	0	1	11,000	.001
Aucun impact	11			
<u>Impact de la consommation de pornographie sur le désir de commettre un abus sexuel</u>				
Augmente	3	1	8,000	.005
Aucun impact	15			

Analyses de fidélité pour les cinq questionnaires (tableaux 46 et 47)

Consistance interne. Tel qu'il fut mentionné précédemment, trois des cinq questionnaires avaient déjà été validés en langue française. Des analyses de consistance interne ont permis de comparer les résultats à ceux déjà obtenus dans la documentation scientifique (tableau 46). À l'échelle de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne (QDS-MC), l'alpha est de ,58 ($N = 57$). Cloutier (1994), qui a validé la version francophone de ce questionnaire, avait obtenu des résultats plus élevés ($\alpha = ,78$).

À l'Inventaire de dépression de Beck (IDB), l'alpha est de ,91 ($N = 64$). Deux études sur la version traduite rapportent, respectivement, un coefficient alpha de ,82 ($N = 266$; Gauthier et al., 1982) et de ,92 (Bourque et Beaudette, 1982). Dufour (1997) qui a administré le questionnaire à une population de délinquants sexuels obtient un alpha de ,92. Finalement, un alpha de ,92 ($N = 62$) a été observé à l'Inventaire de Jesness. Les coefficients de fidélité pair-impair variaient entre ,62 et ,88 selon les échelles (Jesness, 1983).

La consistance interne des versions traduites des questionnaires de Becker et Kaplan (1988), à la première et deuxième passation, a été calculée.

Tableau 46

Alphas, fidélité test-retest et ancova sur les échelles de désirabilité sociale, de dépression, de cognitions et d'intérêts sexuels.

Variables	Alpha	Test-retest	p
QDS-MC	,58		
IDB	,91		
JESNESS	,92		
QCA		,78	,0001
Test	,74		
Retest	,59		
QISA		,63	,0001
Test	,96		
Retest	,97		

À la première passation du Questionnaire des cognitions pour adolescents (QCA), il n'y avait aucune variance des réponses pour cinq questions (2, 13, 19, 20, 28). Tous les sujets avaient fourni la même réponse. Par conséquent, le logiciel SPSS retire ces items de l'analyse de consistance interne. Le coefficient alpha sur les 27 items restants est alors de ,74 ($N = 59$). Ce coefficient est augmenté à ,76 si l'item 5 est aussi retiré des analyses. Notons que si aucun des items n'était retiré, l'alpha serait de ,73 et augmenté à ,76 si l'item 5 était retiré. Hunter et al. (1991) rapportent un alpha de ,45 à la première passation.

À la seconde passation de ce questionnaire, il n'y avait aucune variance des réponses pour 12 questions (1, 2, 3, 10, 12, 13, 15, 16, 24, 26, 30, 31). Encore une fois, tous les sujets avaient fourni la même réponse. Ces items ont alors été retirés de l'analyse et le coefficient alpha sur les 20 items restant était de ,59 ($N = 43$). Ce coefficient est augmenté à ,69 si l'item 5 est encore une fois retiré des analyses. Hunter et al. (1991) rapportent un alpha de ,71 à la seconde passation.

À la première passation du Questionnaire des intérêts sexuels pour adolescents (QISA), le coefficient alpha est de ,96 ($N = 61$) et de ,97 ($N = 46$) à la deuxième passation. Hunter et al. (1995) ont, pour leur part, rapporté un alpha de ,97.

Tout comme Hunter et al. (1995), les coefficients alpha pour chaque sous-échelle du QISA ont été calculés (tableau 47). Au total, on retrouve 17 sous-échelles. Les coefficients alpha de la présente étude variaient de ,74 à ,97, alors que ceux de Hunter et al. variaient de ,62 à ,96.

Tableau 47

Consistance interne des versions originale et traduite des sous-échelles
du questionnaires intérêts (QISA)

Description de l'échelle	Items	Alpha de la présente étude	Alpha (Hunter et al., 1995)
Sexualité agressive femme adulte	1, 28, 43, 57	,86	,86
Violence seulement femme adulte	13, 60	,94	,68
Sexualité agressive même âge fille	12, 33, 36, 40	,89	,93
Sexualité consentante même âge fille	10, 37, 52, 59	,74	,94
Sexualité agressive jeune femme	15, 24, 29, 38, 49	,97	,91
Sexualité non agressive Jeune femme	5, 6, 50	,84	,85
Violence seulement jeune femme	17, 26	,97	,83
Sexualité agressive même âge garçon	11, 34, 39, 58	,82	,96
Sexualité consentante même âge garçon	18, 30, 48, 55	,93	,82
Sexualité agressive jeune homme	2, 8, 16, 31, 35, 47, 54	,97	,96
Sexualité non agressive inceste fille	54	,86	,62
Sexualité agressive inceste fille	4, 20	,94	,88
Sexualité agressive inceste garçon	42, 64	,92	,93
Frottage	14, 22, 25, 63	,90	,92
Voyeurisme	7, 21, 51, 61	,89	,95
Exhibitionnisme	3, 27, 44, 62	,90	,88
Items neutres	19, 23, 46, 53	,93	non disponible
	9, 32, 45, 56		
Alpha du questionnaire		,96	,97

Fidélité temporelle. Des analyses de fidélité temporelle (tableau 46) ont été effectuées pour les questionnaires de Becker et Kaplan. Soixante-dix pour cent des questionnaires de la seconde passation ont été retournés. Des coefficients de corrélation de Pearson de ,78 ($p = .0001$) pour le QCA et de ,63 ($p = .0001$) pour le QISA ont été observés. Tout comme Hunter et al. (1995), des analyses de fidélité temporelle (tableau 48), item par item, pour le QISA ont été effectuées. Cinquante-cinq des 64 items ont produit des corrélations de Pearson statistiquement significatives. Ces corrélations varient entre ,38 et ,83 ($p = .01$). Ces résultats se rapprochent de ceux de l'étude originale qui rapporte des corrélations de Pearson significative pour 60 des 64 items, celles-ci variant de ,44 à ,98 ($p = .01$). De plus, les deux études font ressortir que seulement deux sous-échelles ont produit des moyennes positives: sexualité consentante avec une fille du même âge (items 10, 37, 52, 59) et voyeurisme (3, 27, 44, 62).

Analyses de validité pour le QCA et le QISA

Validité de construit. La validité de construit (c.-à-d. la structure factorielle) du Questionnaire des cognitions pour adolescents (QCA) a été vérifiée à l'aide de deux analyses: une analyse factorielle en composantes principales avec rotation orthogonale de type oblimin et une analyse de grappes (*cluster analysis*). Ces deux analyses se sont avérées non concluantes.

Tableau 48

Fidélité test-retest pour chaque item des versions originale et traduite
du questionnaire des intérêts sexuels (QISA)

Description de l'échelle	La présente étude	L'étude de Hunter et al., 1995
Questionnaire de intérêts sexuels pour adolescents (QISA)	Les corrélations test-retest, item par item: 55 des 64 items ont produit des corrélations de Pearson statistiquement significatives. Ces corrélations varient entre ,38 et ,83 ($p < .01$).	Les corrélations test-retest, item par item: 60 des 64 items ont produit des corrélations de Pearson statistiquement significatives. Ces corrélations varient entre ,44 et ,98 ($p < .01$).
	Seulement deux catégories d'intérêts sexuels ont produit des moyennes positives: sexualité consentante avec une fille du même âge (10, 37, 52, 59) et voyeurisme (3, 27, 44, 62).*	Seulement deux catégories d'intérêts sexuels ont produit des moyennes positives: sexualité consentante avec une fille du même âge et voyeurisme (les items n'étaient pas mentionnés).

* Nous avons tenté d'observer les items ayant des moyennes négatives petites, c.-à-d. s'approchant du zéro. Les catégories étaient les suivantes: neutres, frotage, sexualité agressive avec une fille du même âge.

Pour le Questionnaire des intérêts sexuels pour adolescents (QISA), les mêmes analyses que pour le QCA ont été effectuées et les résultats furent encore une fois non concluants. Une analyse factorielle, portant sur la version originale (Hunter et al., 1995), a fait ressortir 16 facteurs. Ceux-ci ont été utilisés dans l'analyse de consistance interne de la traduction du questionnaire et les résultats obtenus furent similaires à ceux présentés par ces auteurs. On peut donc supposer que la structure factorielle de la traduction est similaire, mais que d'autres facteurs entrent en ligne de compte. Ces hypothèses explicatives seront discutées dans le prochain chapitre.

Validité critériée de type concomitante et convergente (tableaux 49 et 50). Pour le Questionnaire des cognitions pour adolescents (QCA) (tableau 49), des corrélations de Pearson font ressortir une relation significative entre la cote globale au questionnaire des cognitions et l'indice d'asocialité à l'Inventaire de Jesness ($r = ,35$; $p = .004$) [tableau 49]. Cette relation demeure significative lors de la seconde passation du QCA ($r = ,47$; $p = .001$).

Pour le Questionnaire des intérêts sexuels pour adolescents (QISA), des corrélations de Pearson, entre la cote globale au questionnaire des intérêts (tant à la première qu'à la deuxième administration) et l'indice d'asocialité du Jesness, se sont avérées non significatives (tableau 49).

Des analyses de corrélation entre le QCA et le QISA se sont avérées significatives (tableau 50). Plus précisément, des corrélations de Pearson ont été effectuées entre les cotes globales aux questionnaires de cognitions (première [QCA-1] et deuxième

Tableau 49
 Corrélations entre l'index d'asocialité et les cotes aux
 questionnaires des cognitions (QCA) et des
 intérêts sexuels (QISA)

Variables	Cotes à l'indice d'asocialité	r	p
<u>Questionnaires</u>			
Cote au QCA	,35		.004
Cote au QCA (retest)	,47		.001
Cote au QISA	,18		.15
Cote au QISA (retest)	,25		.11

Tableau 50

Corrélations entre le QCA et le QISA aux premières (1) et deuxièmes passations (2)

Variables	QISA 1	QISA 2
QCA 1	,45 (p = .0001)	,38 (p = .01)
QCA 2	,32 (p = .03)	,19 (p = .23)

Note. Les seuils de signification apparaissent entre parenthèses.

[QCA-2] passations) et les cotes globales aux questionnaires des intérêts sexuels (première [QISA-1] et deuxième [QISA-2] passations). Les corrélations suivantes étaient significatives: QCA-1 et QISA-1 ($r = ,45$; $p = .0001$); QCA-1 et QISA-2 ($r = ,38$; $p = .01$).

Analyses univariées pour les cinq questionnaires (tableaux 51 à 56)

Nous avons fait des tests- t afin de voir si nos groupes se distinguaient les uns des autres sur la cote globale à ces échelles (tableau 51). Deux des cinq questionnaires ont fait ressortir des différences significatives: l'Inventaire de dépression de Beck et l'Inventaire de Jesness. Le groupe clinique était significativement plus déprimé ($t(52,42) = -3,29$, $p = .002$) et significativement plus délinquant que le groupe témoin ($t(52,42) = -3,29$, $p = .002$). La cinquième et la sixième hypothèses sont donc confirmées en ce qui a trait à la capacité discriminante du Beck et du Jesness. Les tests- t se sont avérés non significatifs pour l'Échelle de désirabilité sociale, le QCA et le QISA. Par conséquent, la troisième, la quatrième et la septième hypothèses sont infirmées en ce qui a trait à la capacité discriminante de ces trois questionnaires.

Si des différences significatives avaient été trouvées entre les groupes à l'échelle de désirabilité sociale, cette variable aurait été utilisée comme covariable lors des analyses univariées aux questionnaires de Becker et Kaplan, le QCA et le QISA. Cependant, puisque les groupes apparaissent équivalents au plan de la désirabilité sociale, cette analyse n'est plus nécessaire. Par contre, puisque les groupes n'étaient pas équivalents au plan de l'âge, des analyses de covariance, où l'âge est une

Tableau 51

Moyennes, écarts types et test-t sur les échelles de désirabilité sociale, de dépression, de cognitions et d'intérêts sexuels.

Variables	Groupe clinique		Groupe contrôle		t (dl)	p
	M	ET	M	ET		
QDS-MC	9,96	3,33	8,94	2,82	-1,26 (55)	.21
IDB	14,03	11,57	6,30	6,94	-3,29 (52,42)	.002
QCA						
Test	3,03	2,97	2,63	2,6	-0,58 (61)	.56
Retest	2,32	2,36	2,09	2,09	-0,34 (42)	.74
QISA						
Test	-70,65	30,63	-73,13	30,70	-0,32 (61)	.75
Retest	-58,41	50,07	-73,59	37,99	-1,13 (42)	.26

QDS-CM: Questionnaire de désirabilité sociale de Crowne-Marlowe

IDB: Inventaire de la dépression de Beck

QCA: Questionnaire des cognitions pour adolescents

QISA: Questionnaire des intérêts sexuels pour adolescents

Note. Les degrés de liberté apparaissent entre parenthèses.

covariable, ont été effectuées (tableaux 52 et 53). Celles-ci se sont avérées non significatives.

Pour l'Inventaire de Jesness (tableau 54), les données brutes ont été transformées en données standardisées en fonction de l'âge en utilisant le logiciel MASPAQ (Le Blanc, 1996). Ce logiciel permet au chercheur de compiler ses données et de coter une entrevue standardisée développée par LeBlanc (1996), ainsi que divers questionnaires (p. ex., l'inventaire de Jesness, l'inventaire de Eysenk et l'inventaire de Beck). Des tests- t sur chacune des neuf sous-échelles ont été effectués. Seul l'indice d'asocialité, qui représente une cote globale, a fait ressortir des différences significatives entre les deux groupes. On constate que le groupe clinique a une cote significativement plus élevée que celui du groupe témoin ($t(64) = -2,60, p = .01$). Les résultats à la sous-échelle indicatrice du déni s'approchaient du seuil de signification. Cependant, c'est le groupe témoin qui avait une cote plus élevée ($t(64) = 2,39, p = .02$).

Si on se réfère aux données standardisées (où la moyenne est représentée par une cote de 50), les sujets des deux échantillons présentent des tendances qui se trouvent autour de la moyenne, surtout si l'on tient compte des écarts-types qui varient de 8,5 à 13,0.

Lafortune (1996) suggère qu'en identifiant les sujets ayant obtenu les cotes standardisées les plus faibles et les plus élevées à l'indice d'asocialité, une analyse de cas extrêmes permet d'établir s'il y a un lien entre l'indice d'asocialité et le nombre de

Tableau 52

Analyse de covariance de la cote au QCA selon l'âge et le type de groupe

Source de variation	dl	Carré moyen	F	p
Covariable Âge	1	2,008	0,255	.615
Effet principal Groupe	1	4,260	0,541	.465
Résiduelle	60	472,460		
Total	62	477,079		

Note. Les résultats sont tout aussi non significatifs pour le retest de ce questionnaire.

Tableau 53

Analyse de covariance de la cote au QISA selon l'âge et le type de groupe

Source de variation	dl	Carré moyen	F	p
Covariable Âge	1	536,486	0,566	.455
Effet principal Groupe	1	615,894	0,650	.423
Résiduelle	60	56839,165		
Total	62	57472,433		

Note. Les résultats sont tout aussi non significatifs pour le retest de ce questionnaire.

Tableau 54

Résultats standardisés aux échelles de l'inventaire de Jesness

Variable	Groupe clinique	Groupe témoin	df	t	p
Mésadaptation sociale	52,67 (11,13)	50,27 (11,76)	64	-0,85	.40
Orientation des valeurs	52,76 (11,21)	49,09 (10,58)	64	-1,37	.18
Immaturité	-	-	-	-	-
Autisme	57,61 (12,31)	53,79 (13,07)	64	-1,22	.23
Aliénation	49,91 (10,61)	49,30 (11,70)	64	-0,22	.83
Agressivité manifeste	51,42 (11,03)	48,09 (9,80)	64	-1,30	.20
Retrait	55,88 (8,59)	52,79 (9,37)	64	-1,40	.17
Anxiété sociale	53,45 (11,01)	49,45 (11,06)	64	-1,47	.15
Refoulement	47,48 (9,84)	43,21 (9,30)	64	-1,81	.08
Déni	45,09 (10,52)	51,21 (10,33)	64	2,39	.02
Indice d'asocialité	33,15 (11,96)	25,06 (13,28)	64	2,60	.01

Note. Les écarts types apparaissent entre parenthèses.

victimes que chacun des sujets ont fait, ainsi qu'entre l'indice et le moyen de coercition employé (tableau 55). Dans l'étude de Lafortune, les garçons qui avaient un indice plus élevé ont fait davantage de victimes. La présente recherche n'a pu établir un tel lien. Peu importe l'indice d'asocialité, le nombre de victimes était autour de trois. De plus, si l'on totalise le nombre de victimes dans ces deux catégories, faibles indices et indices forts, il y avait respectivement 12 et 13 victimes. En ce qui a trait au type de coercition, peu importe l'indice d'asocialité, le même degré de contrainte (c.-à-d. contrainte verbale et physique avec une arme) était employé.

En dernier lieu, corrélations de Pearson entre l'indice d'asocialité du Jesness et différentes variables de l'entrevue clinique ont été exécutées. Un lien significatif a été établi pour cinq des neuf variables testés (tableau 56), les autres ne présentaient que des tendances: force appliquée sur la victime ($r = -.35$; $p = .004$); empathie à la victime ($r = -.31$; $p = .01$); problèmes scolaires ($r = .37$; $p = .004$); redoubler une année scolaire ($r = .37$; $p = .002$); groupe d'appartenance ($r = .31$; $p = .01$). Finalement, les variables qui tendaient à établir un lien (seuil à .05) étaient les suivantes: consommation de drogues ($r = .28$; $p = .02$), victime d'abus physique ($r = .29$; $p = .02$); avoir commis un crime sexuel ($r = .38$; $p = .04$); trouble de la conduite ($r = .30$; $p = .02$).

En somme, 7 des 16 variables de la première hypothèse et 5 des 11 variables de la seconde hypothèse ont été confirmées. Deux des cinq hypothèses portant sur les questionnaires ont été confirmées.

Tableau 55

Lien entre l'indice d'asocialité et le nombre de victimes, ainsi que le moyen de coercition employé pendant l'agression

Cote à l'indice d'asocialité	Nombre de victimes	Moyen de coercition
11	3	2 (contrainte verbale)
12	4	4 (contrainte physique* avec arme)
14	5	1 (aucune contrainte)
49	3	2 (contrainte verbale)**
54	7	4 (contrainte physique avec arme)
57	3	3 (contrainte physique sans arme)*

* on s'attendrait à un chiffre plus faible.

** on s'attendrait à un chiffre plus élevé.

Tableau 56
Corrélations entre l'index d'asocialité et
des variables de l'entrevue

Variables	Cote à l'indice		d'asocialité
	r	p	
<u>Entrevue</u>			
Force appliquée sur la victime	-0,35		0.004
Consommation de drogues	0,28		0.023
Empathie à la victime	-0,31		0.01
Victime d'abus physique	0,29		0.02
Problèmes scolaires	0,37		0.004
Redoubler une année scolaire	0,37		0.002
Avoir commis un crime sexuel	0,38		0.04
Trouble de la conduite	0,30		0.02
Groupe d'appartenance	0,31		0.01

Discussion

Au moment où cette étude a débuté en 1994, elle était, à notre connaissance, l'une des premières à comparer un groupe d'adolescents ayant commis des crimes sexuels à un groupe d'adolescents n'ayant pas commis de tels crimes. Dans la documentation scientifique sur cette population, on retrouvait surtout des études descriptives de la population ou des études comparant le groupe clinique à un autre groupe de délinquants non sexuels. Conséquemment, cette étude est pionnière dans le domaine de l'abus sexuel commis par des adolescents.

L'objectif de cette thèse était donc de comparer deux populations: un groupe d'adolescents ayant commis des crimes sexuels et un groupe d'adolescents n'ayant pas commis de délit sexuel, sur diverses variables d'une entrevue, ainsi que sur cinq questionnaires. Ceci a été effectué dans le but de valider certains de ces instruments avec une population clinique, mais aussi dans le but d'élaborer un modèle explicatif de la déviance sexuelle chez les adolescents.

Les deux hypothèses ayant trait à l'entrevue ont été partiellement confirmées. En somme, les sujets du groupe clinique se sont distingués significativement du groupe témoin sur 12 des 27 variables proposées dans les hypothèses (victimisation sexuelle, problèmes scolaires [redoublement, renvoi, cheminement particulier], trouble de la conduite, délinquance non sexuelle, fantasmes déviants, qualité de la relation avec la mère, nombre d'années de scolarisation, affirmation de soi, aisance par rapport à la sexualité et expériences sexuelles non-déviantes). Plus précisément, les résultats révèlent qu'il existe des différences significatives à un seuil de .01 entre nos deux

groupes sur 21 variables de l'entrevue clinique et sur 10 variables à un seuil de .05. Les variables qui n'étaient pas mentionnées dans les hypothèses étaient exploratoires.

Deux des cinq hypothèses proposées pour les questionnaires furent appuyées, celles-ci portaient sur l'Inventaire de dépression de Beck et sur l'Inventaire de Jesness. Les sujets du groupe clinique étaient plus déprimés et plus délinquants que les sujets du groupe témoin. Les questionnaires portant sur les cognitions, les intérêts sexuels et la désirabilité sociale ne nous ont pas permis de distinguer les deux groupes.

Les analyses nous ont également permis de dresser un profil de la population clinique, tant sur le plan de leurs variables personnelles que sur le plan des caractéristiques de leurs passages à l'acte. La discussion qui suit portera d'abord sur les variables de l'entrevue, puis sur les variables descriptives de la population clinique et finalement, sur les questionnaires. Suivant cette discussion, nous tenterons, en nous basant sur les résultats obtenus, d'élaborer un modèle explicatif de l'abus sexuel chez la population des adolescents agresseurs sexuels.

L'entrevue standardisée

L'entrevue apporte une contribution indispensable à l'évaluation des abuseurs sexuels, non seulement pour établir une relation de confiance avec le patient, mais également pour obtenir des informations pertinentes à l'établissement d'un traitement

adapté à ce dernier. Les résultats ont montré que les deux groupes se différencient et ce, de façon significative, sur diverses variables.

Comparaisons inter-groupes

Les résultats révèlent que le groupe clinique diffère du groupe témoin sur une seule variable dans la catégorie familiale. En effet, il semble que les adolescents du groupe clinique rapportent que la qualité de la relation avec la mère est moins bonne que ceux du groupe témoin. Ils rapportent, par exemple, une plus grande distance émotionnelle, un abandon, des abus psychologiques ou physiques, du rejet, des conflits et un manque de communication. Effectivement, dans les écrits scientifiques on rapporte cette caractéristique chez les délinquants dont, entre autres, les délinquants sexuels. Les recherches ne mentionnent pas toujours précisément avec lequel des deux parents les difficultés sont éprouvées, mais des problèmes dans le milieu familial de ces jeunes se font ressentir (voir Marshall et al., 1993). En retour, nous avons observé qu'une piètre qualité relationnelle avec les parents peut entraîner une faible qualité d'attachement du jeune avec ses parents. Cette difficulté n'est qu'un des maillons de la chaîne qui peut ensuite entraîner des difficultés à développer des relations avec autrui et provoquer ainsi l'isolement, qui est à la source de certaines problématiques sexuelles (Marshall et Barbaree, 1984, 1990; Weiss, 1982).

Aucune autre variable familiale ne différencie les deux groupes (c'est-à-dire, distribution de la fratrie; ordre de naissance; qualité de la relation avec le père, la belle-mère ou le beau-père; statut conjugal des parents; âge du jeune au moment de la séparation des parents; membre de la famille qui est criminalisé; membre de la

famille qui consomme de l'alcool, des drogues ou de la pornographie). Certains adolescents, dans les deux groupes, n'arrivaient pas à répondre à certaines questions concernant leurs parents ou la fratrie tout simplement parce qu'ils disaient ne pas posséder cette information. D'autres pouvaient répondre par la négative, mais il est concevable que certains parents ne veuillent pas révéler de telles informations intimes à leurs enfants sur leurs vies. Si bien qu'il existe deux limites à ces réponses auto-révélées: 1) le jeune ne voulait pas dévoiler de telles informations ou 2) il ne connaissait pas réellement l'historique ou les habitudes de leurs parents ou de la fratrie. Il aurait fallu obtenir cette information directement des parents ou d'autres sources officielles. Effectivement, plusieurs études cliniques décrivent les difficultés familiales souvent présentes chez les abuseurs sexuels, mais peu de ces données empiriques impliquent des mesures objectives et des groupes contrôles adéquats (Murphy, 1997). En dépit de cette limite, le groupe clinique s'est tout de même différencié du groupe témoin en ce qui a trait à la qualité de la relation avec la mère.

Notons que, selon Marshall et al. (1993), la qualité de la vie familiale est cruciale au développement d'un attachement sécurisant, ambivalent ou esquivé et déterminante des futurs comportements de l'enfant. De sorte que, d'après ces auteurs, la combinaison du type de milieu familial et du type d'attachement prédirait la délinquance. Toutefois, il reste encore à établir si ces éléments caractérisent spécifiquement les adolescents agresseurs sexuels et pourquoi ils « se dirigent » vers la voie de la délinquance sexuelle plutôt que vers d'autres formes de comportements antisociaux.

Sur le plan de l'historique d'abus, 39 % des sujets du groupe clinique auraient été victimes d'abus sexuel, alors que le chiffre s'élevait à 12 % pour le groupe témoin. Ce dernier chiffre se rapproche des estimés retrouvés par différentes études sur la population générale d'adolescents (p. ex., 16 % pour Bagley, Wood et Young, 1994; entre 10 % et 16 % pour Finkelhor, 1979; 15 % pour Tourigny et Lavergne, 1995). Le pourcentage de la présente étude semble légèrement plus élevé que celui de la majorité des études portant sur les adolescents ayant commis des délits sexuels (p. ex., 17,9 % pour Becker et al., 1987; 23 % pour Becker et al., 1986; 23 % pour Becker et Stein, 1991). Par contre, Lafortune (1996) rapporte un pourcentage élevé de victimisations sexuelles (70 %) chez les adolescents agresseurs sexuels. Une étude menée auprès d'adulte pédophiles incarcérés a rapporté un pourcentage de 50 % (Dhawan et Marshall, 1996). Il est possible qu'un plus grand nombre d'adolescents soient victimisés sexuellement ou physiquement lorsque les populations étudiées sont judiciairisées.

Selon Aljazireh (1993), plus un agresseur est violent, plus il est probable qu'il ait été victime d'abus physique. Dans la présente recherche, peu d'adolescents du groupe clinique ont été violents et ceci pourrait expliquer la faible proportion (33 %) de victimes de sévices physiques. D'ailleurs, le groupe clinique ne se distingue pas du groupe témoin. Becker et Stein (1991) ont, pour leur part, rapporté des résultats similaires où 34 % de leur échantillon avaient été victime de sévices physiques.

Les deux groupes d'adolescents ne se distinguent pas quant à l'âge où les abus psychologiques, physiques ou sexuels ont débuté, par contre, ils se distinguent quant

à la personne qui leur aurait infligé des sévices physiques. De ces adolescents qui ont été victimes de ces sévices, les adolescents ayant commis des crimes sexuels avaient, majoritairement, subi des abus physiques de la part d'un parent ou d'un parent substitut, de manière plus fréquente que les adolescents du groupe témoin.

Les recherches et l'expérience clinique indiquent que les adolescents de sexe masculin, en particulier, ont de la difficulté à parler de leur propre victimisation. Conséquemment, il est possible, lorsqu'on demande à un adolescent, en évaluation, s'il a été victime d'abus sexuels, que celui-ci réponde par la négative (Becker et Hunter, 1997). Malgré nos chiffres assez élevés, il est concevable qu'une plus grande proportion de nos sujets aie été victime d'abus sexuels.

Il est essentiel de vérifier auprès des agresseurs sexuels en général leurs capacités de socialisation, c'est-à-dire leurs habiletés sociales, étant donné qu'il est reconnu qu'un bon nombre d'entre eux présentent des carences à cet effet (Knight et Prentky, 1993). Les résultats de cette recherche révèlent que les adolescents du groupe clinique étaient plus « carencés » que ceux du groupe témoin sur le plan de l'affirmation de soi et sur la cote globale portant sur les habiletés sociales. D'ailleurs, Becker et Abel (1985) ont attribué l'isolement social à une carence sur le plan des habiletés sociales, dont un manque d'affirmation de soi.

Plusieurs études ont démontré qu'une grande proportion des adolescents ayant commis un délit sexuel était isolée socialement (p. ex., Awad et al., 1984 [46 %]; Fehrenbach et al., 1986 [65 %]). Notre étude ne rapporte pas de tels résultats. À cet

effet, les deux groupes ne se distinguent pas sur le plan de la socialisation ni quant au nombre d'amis stables qu'ils avaient. Dans les deux cas, les adolescents n'avaient pas tendance à s'isoler.

Par contre, les adolescents ayant commis un délit sexuel rapportaient des difficultés à s'affirmer, à exprimer leurs besoins et leurs limites, tant auprès des pairs que des personnes adultes. Ils avaient plutôt tendance à se replier sur eux-mêmes ou à accumuler des frustrations pour ensuite exploser. Certains ont admis être en mesure de s'affirmer et d'exprimer leurs limites et besoins, mais de manière plutôt agressive ou passive-agressive (p. ex., sarcasme, messages indirects). On peut ainsi supposer que la difficulté que présente ces adolescents n'est pas nécessairement de se faire des amis, mais plutôt dans leurs compétences sociales (p. ex., manque d'affirmation de soi). Plusieurs auteurs partagent cette opinion (p. ex., Becker et Abel, 1985). Malgré qu'elle puisse contribuer au passage à l'acte pour certains sous-groupes d'abuseurs sexuels, cette difficulté n'est pas unique aux personnes qui commettent des délits sexuels (Knight et Prentky, 1993; Prentky et Knight, 1991).

Parce qu'une grande proportion des abus commis sur des enfants sont commis par des adolescents, il était attendu que ceux-ci fréquenteraient davantage des amis en bas âge. Conséquemment, on postulait que les adolescents du groupe clinique auraient des amis plus jeunes que ceux du groupe témoin. Il s'est avéré que les adolescents du groupe clinique avaient des amis plus jeunes que ceux du groupe témoin. Or, cette différence est plutôt attribuable à la différence d'âge entre les deux groupes d'adolescents puisque les moyennes d'âges des amis dans chacun des groupes se

rapprochent de leurs moyennes d'âge respectives. Par conséquent, les adolescents de chacun de ces groupes ont rapporté avoir des amis qui sont en moyenne du même âge et non plus jeunes.

Sur le plan du profil scolaire et comportemental, deux des hypothèses supposaient que les adolescents du groupe clinique allaient davantage avoir de problèmes scolaires, de délinquance non sexuelle (c.-à-d. dossier criminel) et de trouble du comportement que les adolescents du groupe témoin. Ces hypothèses se sont confirmées. Le groupe clinique a un retard scolaire de quatre ans par rapport au groupe témoin. Compte tenu de la différence d'âge de deux ans entre les deux groupes, une différence de deux ans quant au nombre d'années de scolarité était attendue. Ceci est donc le reflet qu'une autre composante entre en ligne de compte pour expliquer cette différence qui est au delà du deux ans attendu. En effet, des différences significatives entre nos deux groupes peuvent expliquer le retard qu'ont pris ces adolescents dans leur cheminement académique. Une grande proportion des adolescents du groupe clinique ont soit redoublé une ou plusieurs années, soit été renvoyé ou ont même ont dû poursuivre un cheminement scolaire particulier. Ce groupe présentait également davantage de troubles de la conduite, tels un non-respect de l'autorité, de l'agressivité envers leurs pairs, les professeurs, les figures d'autorité ou leurs parents. Par ailleurs, une plus grande proportion des adolescents du groupe clinique avaient un dossier criminel et ont admis avoir débuté à un âge plus précoce leurs actes de délinquance.

Nos résultats viennent donc appuyer ce que plusieurs études ont d'ailleurs confirmé dans le passé. Dans l'étude de Shields et Jordan (1995), les adolescents ayant commis des délits sexuels avaient en effet des retards scolaires et avaient été expulsés de l'école, alors que ceux de l'étude de Fehrenbach et al. (1986) avaient un rendement scolaire qui était sous la moyenne. De plus, les jeunes de l'étude d'Awad et al. (1984) avaient vécu des difficultés d'apprentissage ou comportementales à l'école. Finalement, un bon nombre d'études indiquent qu'une grande proportion de leur échantillon avait au moins une année de retard scolaire (p. ex., Fehrenbach et al., 1986 (45 %); Awad et Saunders, 1988 (83 %); O'Brien, 1991 (60 %); cités dans Lafortune, 1996).

Quoi qu'il en soit, nos résultats révèlent que des difficultés à ce plan peuvent agir comme un signal d'alarme pour un professeur, un intervenant ou un parent. Si les difficultés scolaires ne proviennent pas directement de troubles divers de l'apprentissage (p.ex., hyperactivité, retard mental, dyslexie), celles-ci peuvent alors être indicatives d'une problématique sous-jacente, sur laquelle on doit se pencher (p. ex., victime de mauvais traitements, milieu familial problématique, taxage). Si tel est le cas, l'adolescent dont les difficultés scolaires ou comportementales sont le symptôme d'une autre complication, le passage à l'acte sera alors traité tout autrement que si celui-ci est le résultat direct d'un trouble d'apprentissage, par exemple. Que les difficultés d'apprentissage ou comportementales soient primaires ou secondaires à leurs délits, le clinicien doit alors prendre en considération ce facteur dynamique dans la vie de l'adolescent afin d'intervenir de manière efficace.

Puisqu'une grande proportion des adolescents a déjà commis des infractions non sexuelles, il était intéressant d'aller vérifier la nature des délits qui ont été commis. Les délits pour lesquels il n'y avait pas eu d'arrestation ont également été pris en considération dans les analyses. Ainsi, en ce qui a trait à la délinquance non sexuelle, les groupes se sont distingués de façon significative sur différents types d'infractions. À un seuil de .01, la majorité des délits commis par le groupe clinique s'avérait être du vol à l'étalage (d'une valeur de moins de 200 \$). Les autres types de délits qui étaient davantage présents chez le groupe clinique que chez le groupe témoin étaient les suivants (seuil de .05): vandalisme, voie de fait et introduction par effraction. Selon les résultats obtenus, le groupe clinique était plus criminalisé que le groupe témoin. Par contre, à un seuil de .01, la majorité des adolescents du groupe clinique présentent une délinquance contre la propriété. Selon une recension des écrits de France et Hudson (1993), les adolescents ayant commis des délits sexuels agressifs et avec contact physique auraient davantage commis des actes de violence que les adolescents dont le délit sexuel n'impliquait pas de contact direct avec la victime. Or, notre échantillon est composé majoritairement d'adolescents ayant commis des délits de pédophilie avec contacts physiques, alors qu'un nombre plus restreint a fait usage de la violence et de l'agressivité. Ceci pourrait expliquer que la majorité des délits non sexuels commis par les sujets de cette étude seraient plutôt dirigés contre la propriété plutôt que contre la personne.

De façon similaire, plusieurs auteurs ont remarqué qu'une proportion importante des adolescents et des adultes ayant commis des délits sexuels vivent en parallèle une délinquance non sexuelle (p. ex., Awad et al., 1984; Becker et al., 1986; Stermac et

Quinsey, 1986). Il faut, par contre, prendre en considération la notion du biais de l'échantillon, car il y aurait une plus grande proportion d'adolescents commettant des délits sexuels qui ont des infractions de nature non sexuelle si ceux-ci sont incarcérés ou judiciairisés, que s'ils sont choisis dans la population en général (voir l'étude de Awad et Saunders, 1991).

De plus, il faut considérer que, dans la population d'adolescents ayant commis des délits sexuels, on peut observer différents sous-groupes de délinquance. Certains auront une problématique sexuelle qui sera isolée, alors que pour d'autres cette problématique s'insère davantage à l'intérieur d'un trouble de la personnalité ou de traits antisociaux. Encore une fois, d'un point de vue clinique, certaines nuances ou interventions additionnelles devront être apportées et le degré de supervision adapté à la problématique et ce, afin de minimiser les rechutes potentielles en cours de traitement.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, il appert alors que le groupe témoin a une consommation d'alcool plus importante que celle du groupe clinique. Compte tenu des considérations éthiques déjà mentionnées, les sujets recrutés devaient avoir l'âge de la majorité, c'est-à-dire 18 ans. Puisque l'âge légal pour consommer de l'alcool est de 18 ans, celui-ci est alors plus accessible et ceci pourrait expliquer nos résultats. Il ne faut tout de même pas omettre, de manière purement descriptive, qu'une grande proportion des jeunes du groupe clinique consomment de l'alcool soit de façon occasionnelle ou régulière. De plus, parmi les jeunes qui consomment de l'alcool, les adolescents du groupe clinique ont commencé à consommer à un âge plus

précoce (12,8 ans) que ceux du groupe témoin (14,2 ans). Cette différence s'est avérée significative à un seuil de .05 plutôt que .01. Ces résultats révèlent un problème social qui ne peut être ignoré, soit l'accessibilité de l'alcool par les mineurs. Serait-ce des pairs plus vieux qui vont l'acheter pour eux, la disponibilité de ce produit à la maison, ou simplement les dépositaires qui n'effectuent pas les contrôles requis par la loi en matière de consommation d'alcool ? Dans les deux dernières circonstances, il devient alors de la responsabilité des adultes de faire un contrôle plus serré en la matière; ou alors de la responsabilité des gouvernements d'appliquer des lois plus strictes face aux adultes qui fourniraient ou vendraient l'alcool à des mineurs.

Dans les études conduites auprès des adultes agresseurs sexuels, la consommation d'alcool, chez certains, pouvait agir comme désinhibiteur lors de la commission des délits. La majorité des adolescents du présent échantillon clinique nient avoir consommé de l'alcool lors de la commission de leurs délits sexuels et ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans la documentation scientifique (Davis et Leitenberg, 1987; Lightfoot et Barbaree, 1993). Chez les adolescents qui consommaient davantage d'alcool, le lien a souvent été établi avec la délinquance générale. En effet, Awad et Saunders (1991) ont observé que les adolescents délinquants sexuels avaient moins tendance que les délinquants non sexuels à consommer de l'alcool (12 % contre 39 %). Lafortune (1996) rapporte le même genre de résultats.

En ce qui a trait à la consommation de drogues, les groupes ne se sont distingués que sur une seule variable. Tout comme la consommation d'alcool, les adolescents du groupe clinique ont commencé à consommer à un âge significativement plus précoce que ceux du groupe témoin.

Tant pour la consommation d'alcool que de drogues, les adolescents des deux groupes ne se distinguaient pas quant à l'impact de ces substances sur leur désir sexuel. Tout comme dans l'étude de Becker et Stein (1991), la majorité des adolescents ayant commis des délits sexuels ont rapporté que l'alcool ou la drogue n'avaient eu aucun impact sur leur désir sexuel.

Tel que déjà mentionné, il faut être prudent avant d'extrapoler directement les résultats retrouvés auprès des populations adultes d'agresseurs sexuels à ceux observés chez les populations adolescentes (Lightfoot et Barbaree, 1993). Le stade développemental de ces deux populations est différent. Les adolescents sont à un âge où ils tentent d'expérimenter et de se former une identité. De plus, à cette période de leur vie, l'influence des pairs ainsi que l'appartenance à un groupe sont importantes. Conséquemment, la consommation de substances chez les adolescents ne doit pas être examinée de la même façon que pour les adultes. Par exemple, alors qu'un adulte peut consommer pour réduire ses inhibitions, pour se déculpabiliser ou pour avoir du « courage » lors de la commission des agressions sexuelles, un adolescent peut tout aussi bien consommer pour des raisons qui sont toutes autres (p.ex. pour faire partie de la bande, parce que ses copains consomment).

Encore aujourd'hui, l'état actuel des connaissances ne peut confirmer un lien causal entre la consommation d'alcool ou de drogues et la commission des délits sexuels. Il est cependant reconnu que qu'on doit se pencher sur cet élément parce qu'un individu sous l'effet de substances intoxicantes est moins apte à reconnaître les conséquences de ses gestes et, combiné à l'effet désinhibiteur de celles-ci, la consommation de substances intoxicantes le place dans des situations à haut risque de récidive.

À cause des valeurs véhiculées dans la société nord américaine, on a encore peine à croire que les enfants ou les adolescents peuvent avoir une sexualité. D'ailleurs, Martinson (1997) mentionne bien comment les attentes sont contradictoires vis-à-vis de cette population. D'une part, on tient à l'écart les connaissances et les expériences sexuelles de ces jeunes et, d'autre part, on s'attend à ce que les adolescents développent une identité sexuelle afin qu'ils puissent se préparer à avoir des relations adultes qui sont saines. Ce sont ces attentes contradictoires qui, selon cet auteur, contribuent aux attitudes et aux comportements sexuels dysfonctionnels. Il explique que les adultes ont divers comportements ou attitudes inadéquats qui, en retour, ne permettent pas à ces jeunes de se modeler à partir de références appropriées. Il mentionne, par exemple, qu'on ne parle pas de sexualité adulte devant eux ou on donne des noms farfelus aux différents actes sexuels ou organes génitaux, qu'on ne leur permet pas d'avoir des expériences sexuelles et qu'on ne leur fournit pas une éducation sexuelle qui est appropriée à leur âge.

Puisqu'il est reconnu que les enfants et les adolescents ont des expériences sexuelles, il est pertinent, dans des cas d'abus sexuel, d'évaluer en quoi le développement de l'adolescent a pu dévier de la norme sociale. Ainsi, sur le plan de l'histoire sexuelle non déviante des adolescents de cette étude, les sujets des deux groupes se sont différenciés de façon significative sur quatre variables. Les adolescents du groupe clinique ont révélé être moins à l'aise de parler de sexualité que les adolescents du groupe témoin, que ce soit avec des pairs ou des personnes adultes. Par contre, ces sujets rapportent avoir commencé à un âge plus précoce que les adolescents du groupe témoin à avoir des interactions sexuelles non déviantes (p. ex., attouchements, relations sexuelles, contacts oraux-génitaux). Une proportion importante des sujets de cette étude ont été victimisés sexuellement et ont donc été exposés à la sexualité à un âge précoce. Leur sexualité étant éveillée de manière prématurée, ils seraient portés à reproduire ces expériences. Ce qui expliquerait que plusieurs adolescents de cette étude se sont également engagés dans des contacts sexuels qui ne sont pas déviants et à un âge plus précoce que les adolescents du groupe témoin. Une autre hypothèse qui s'impose veut que le jeune qui a lui aussi été victimisé puisse rechercher à travers la sexualité l'amour et l'affection.

Finalement, les adolescents du groupe témoin ont rapporté davantage d'expériences hétérosexuelles consentantes et des relations de plus longue durée que les adolescents du groupe clinique. Cette différence est peut-être attribuable à la moyenne d'âge de ce groupe qui est plus élevée. Étant plus vieux, il est possible que ces jeunes aient eu plus d'expériences sexuelles que les adolescents du groupe clinique qui sont en moyenne plus jeunes de deux ans et demi.

Nos résultats démontrent bien que les adolescents ayant commis des délits sexuels ont en effet des expériences sexuelles non déviantes. La difficulté que présentent ces jeunes ne serait donc pas dans le manque d'expérimentation sexuelle. Par contre, il est possible que le jeune délinquant sexuel, ne soit pas à l'aise dans une relation avec une personne de son âge et aurait alors recours à des enfants ou son inadéquation le mènerait à avoir des relations forcées. Une autre hypothèse demeure dans la motivation derrière ses choix de partenaires. Bien que la majorité des adolescents du groupe clinique rapportent avoir eu accès à des partenaires consentants certains ont préféré avoir des contacts sexuels avec des partenaires d'au moins cinq ans plus jeunes qu'eux. Robinson (1998) a démontré que les adolescents ayant commis des délits sexuels avaient, lors de l'évaluation pléthysmographique, un profil d'intérêts sexuels déviant comparativement à un groupe témoin.

Ainsi, contrairement à la croyance populaire qui veut que les abus sexuels commis par des adolescents soient de nature exploratoire, nos résultats, ainsi que ceux de Robinson (1998), viennent en effet défaire ce « mythe de l'exploration sexuelle ». En effet, une grande proportion des adolescents ont eu des expériences sexuelles non déviantes et ont tout de même présenté un profil d'intérêts sexuels déviant lors de l'évaluation phallométrique.

Par rapport au registre fantasmatique des adolescents, il était attendu que le groupe clinique rapporte davantage de fantasmes déviantes que le groupe témoin. Cette hypothèse s'est partiellement confirmée. À un seuil de .01, seul le fantasme de

pédophilie-fille était significatif. Si bien que, lors de l'analyse de régression, cette catégorie a pu prédire le groupe d'appartenance. D'autre part, nous ne pouvons ignorer que les adolescents du groupe clinique aient tout de même également admis qu'ils entretenaient des fantasmes portant sur l'inceste (fille; $p = .03$) et la pédophilie masculine ($p = .06$), alors qu'aucun adolescent du groupe témoin n'a révélé entretenir ce genre de fantasme. Compte tenu de la taille de notre échantillon et que la plupart des délits commis par le groupe clinique étaient de nature pédophilie féminine, il n'est pas surprenant que ce soit cette catégorie de fantasme qui soit ressortie de manière significative.

Par rapport à l'éducation sexuelle, les deux groupes ne se sont pas différenciés significativement. La plupart des sujets ont reçu une éducation sexuelle à l'école et peu d'entre eux en ont reçu une à la maison. Kaplan et al. (1988) ont démontré que les adolescents ayant commis des crimes sexuels présentaient des lacunes quant à leur éducation sexuelle. Ils sont arrivés à cette conclusion en étudiant les caractéristiques des parents de ces jeunes. Ils ont trouvé que 62 % des parents (ou parents substitués) n'ont pas offert d'éducation sexuelle à leur fils. Ils expriment que ceci pourrait justifier les distorsions cognitives, les fantasmes déviants et leur profil d'excitabilité. Comme dans notre étude, les sujets du groupe témoin présentaient également des lacunes dans ce domaine. Il nous apparaît difficile de croire que le fait de ne pas avoir eu une éducation sexuelle adéquate puisse entraîner des conséquences aussi graves que celles mentionnées par ces auteurs.

Les groupes ne se différencient pas en ce qui concerne l'âge auquel ils ont commencé à se masturber, ni quant à la fréquence de cette pratique. Finalement, la majorité des adolescents des deux groupes étaient d'orientation hétérosexuelle. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans la documentation scientifique (88 % des sujets de l'étude de Becker et al., 1986 se disaient uniquement hétérosexuels et 87,1 % des sujets de l'étude de Becker et al., 1987).

Il est reconnu qu'une proportion des agresseurs sexuels font usage de pornographie sous ses diverses formes. Un plus grand nombre d'études ont été menées auprès des populations adultes qu'adolescentes. Certaines sont menées auprès de populations carcérales (p. ex., Cook et Fosen, 1970 et Davis et Braught, 1970), alors que d'autres ciblent des abuseurs en communauté (p. ex., Marshall, 1988 et Abel et al., 1985). Marshall (1988) a trouvé qu'entre 33 et 39 % des agresseurs adultes ont rapporté qu'ils visionnaient de la pornographie lorsqu'ils étaient adolescents. D'autre part, Abel et al. (1985) rapportent des pourcentages entre 46 et 60 %, les pourcentages plus élevés appartenant à ceux qui ont abusé des personnes adultes. Finalement, 53 % des adolescents abuseurs de Lafortune (1996) consommaient du matériel pornographique. Bien qu'une grande proportion (67 %) des adolescents du groupe clinique de la présente étude visionnent de la pornographie, ceux-ci ne se distinguaient pas significativement du groupe témoin (48 %). De plus, les groupes ne se sont pas distingués quant au type de pornographie visionnée, à l'âge où ils ont commencé à visionner ce type de matériel ou à la fréquence. De plus, l'impact de la consommation de pornographie n'aurait pas un effet différent entre les deux groupes sur le plan de leur désir sexuel. Dans la plupart des cas, les adolescents admettaient

que la pornographie les stimulait sexuellement. De façon similaire, 67 % des adolescents ayant commis des délits sexuels de l'étude de Becker et Stein (1991) ont également rapporté que la pornographie les stimulait sexuellement.

Bien que les adolescents du groupe clinique soient des mineurs, l'accessibilité au matériel pornographique se fait grandissante et celle-ci peut avoir contribué au maintien de leur comportement sexuel. De plus en plus d'études tentent de démontrer que la pornographie n'est pas un facteur causal à la commission de délits sexuels et les résultats de cette étude le supportent (Becker et Stein, 1991). Des études utilisant divers sous-groupes d'abuseurs sexuels permettraient d'élucider la contribution de la pornographie à la commission de délits sexuels.

L'entrevue a pu distinguer le groupe clinique du groupe témoin sur plusieurs variables. Plusieurs études portant sur les adolescents ayant commis des délits sexuels ne comportent pas de groupe témoin. Le fait que la présente étude comportait un tel groupe a pu nous éclairer davantage sur la présence de certaines variables.

Ainsi, si on résume les résultats obtenus, il en ressort les conclusions qui suivent. Les adolescents ayant commis des délits sexuels ont rapporté avoir des difficultés relationnelles avec la mère, ont davantage été abusés sexuellement, avaient des difficultés sur le plan des habiletés sociales, rapportaient plus de difficultés scolaires et comportementales, ils étaient plus criminalisés et la majorité d'entre eux ont commis des délits contre la propriété, ils ont débuté à un âge plus précoce à consommer de l'alcool et des drogues. Finalement, quant à leur historique de vie

sexuelle, les adolescents ayant commis des délits sexuels étaient moins à l'aise de parler de sexualité, ont commencé à un âge plus précoce à avoir des interactions sexuelles avec des pairs et ils ont rapporté la présence de fantasmes déviants lors de la masturbation.

Description du groupe clinique

Les analyses descriptives des adolescents ayant commis des délits sexuels se divisaient en trois catégories: les caractéristiques des abus, les caractéristiques des victimes et les caractéristiques des délinquants abuseurs.

Caractéristiques des abus sexuels commis. Le type d'abus rencontré le plus fréquemment pour l'échantillon clinique de cette étude fut la catégorie attouchement/pénétration digitale. La deuxième catégorie fut la masturbation et les contacts oraux-génitaux et la troisième, la tentative de pénétration anale. Lafortune (1996) rapporte des résultats similaires dans sa recherche et dans les études qu'il a recensées (p.ex., Fehrenbach et al., 1986; Becker et al., 1986; Hornick, Bolitho, et LeClaire, 1994; cités dans Lafortune, 1996).

La méthode de coercition privilégiée fut la contrainte verbale (46 % des cas) et, ensuite, aucune forme de contrainte, verbale ou physique, (30 % des cas). Une étude québécoise rapporte également qu'un faible pourcentage de jeunes auraient recours à la contrainte physique ou à l'utilisation d'une arme (63 % contrainte verbale, 33 % contrainte physique et 3 % utilisation d'une arme; Lafortune, 1996). Ceci pourrait en partie être expliqué par le jeune âge de la majorité des victimes qui ne sont pas en

mesure de se défendre (Lafortune, 1996) et qui, par conséquent, offrent moins de résistance à l'agresseur. De plus, certains adolescents (et même des adultes) commettent leurs délits sexuels sous une forme ludique. Par exemple, en faisant croire à l'enfant que ce qui se passe est une forme de jeu (p. ex., jouer au docteur), ou simplement que l'abus est masqué pendant le jeu (p. ex., faire des attouchements lors des jeux aquatiques ou de la gymnastique). Par conséquent, le très jeune enfant qui se fait abuser ne se rendrait pas compte de la nature abusive du geste et se conformerait aux désirs de l'agresseur. D'ailleurs, les cas où des degrés de contraintes plus importants ont été appliqués (p.ex., la contrainte physique ou l'utilisation d'une arme) furent des cas d'agressions auprès de victimes du même âge ou plus vieilles que l'adolescent. En effet, ces victimes présentaient potentiellement plus de résistance auprès de leur agresseur. Becker et al. (1987) affirment également qu'un plus haut degré de coercition fut appliqué sur des victimes adultes ou des pairs. Ils expliquent ce résultat par la possibilité qu'une victime plus vieille doive davantage résister et, conséquemment, l'agresseur doit utiliser la force pour en arriver à ses fins. Donc, tout comme les adultes, les adolescents ont recours à diverses formes de contraintes allant des formes non violentes à violentes et les types de contraintes utilisées augmentent avec l'âge de la victime.

Ces résultats sont partagés par Wasserman, Kappel, Coffin, Aronson, Young et Walton (1985), Fehrenbach et al. (1986) et Johnson (1988). D'ailleurs, McDermott et Hindelang, (1981) précisent que les adolescents de leur échantillon avaient moins tendance que les jeunes adultes ou les adultes à utiliser une arme ou à blesser leur victime physiquement pendant les abus sexuels. De plus, Knight et Prentky (1993)

indiquent qu'en général, même si les adolescents ayant commis des crimes sexuels infligent moins de blessures à leurs victimes que les agresseurs sexuels adultes, une grande étendue de coercition et de violence est utilisée lors des abus sexuels, allant d'aucune intimidation jusqu'à la menace, la force physique et l'extrême violence. Ces auteurs ajoutent que cette variation de l'utilisation de la violence pourrait jouer, tout comme pour les adultes, un rôle taxonomique dans les délits des adolescents. En effet, il est proposé que les individus ayant recours à la violence ou à une arme ont possiblement un profil de personnalité différent des individus n'ayant pas recours à ce genre de contrainte. Le « modus operandi » peut donc varier en fonction de la sous-catégorie d'agresseurs. Si bien que connaître ces éléments ne peut non seulement nous guider dans la taxonomie des adolescents, mais également nous éclairer quant aux cibles de traitement et sur l'élaboration d'un plan de prévention de la rechute.

D'autres auteurs (Becker et Hunter, 1997) nous démontrent à quel point les adolescents peuvent sous-estimer les éléments qu'ils nous rapportent. En ce sens, les pourcentages obtenus par les adolescents seraient nettement inférieurs aux pourcentages réels quant à l'admission de divers comportements liés à leurs agressions. Dans leur étude, 118 adolescents agresseurs sexuels ont été questionnés quant au degré d'agressivité utilisé au moment de la commission de leurs délits et quant au type de comportement sexuel qui a eu lieu. Leurs dévoilements ont été comparés au contenu des rapports des sources officielles. Quarante-deux pour cent de ces adolescents rapportaient ne pas avoir fait usage de violence au moment des délits, alors que les rapports officiels indiquaient que seulement 8 % des jeunes n'avaient pas fait usage de la violence. Vingt-cinq pour cent des adolescents ont

admis avoir utilisé la force physique, alors que la source indiquait que 61 % l'avait utilisée. Des divergences ont également été soulevées quant au type d'abus qui a été commis. Alors que 15 % des adolescents ont rapporté avoir imposé une pénétration vaginale à leur victime, les rapports indiquaient que ce chiffre s'élevait plutôt à 18 %. Finalement, même si 22 % des jeunes ont admis avoir sodomisé leurs victimes, le chiffre s'élevait officiellement à 26 %.

Ainsi, selon le type de population étudiée (c.-à-d. en milieu fermé ou ouvert) les données peuvent être grandement divergentes de la réalité. Etant donné que cette marge d'erreur est souvent présente, les données obtenues nous fournissent tout de même un portrait des caractéristiques des abus sexuels commis par des adolescents.

D'autre part, le simple fait qu'un adolescent applique une forme de coercition lors de la commission de ses délits vient encore défaire le mythe de l'exploration sexuelle et le geste posé devient alors un acte agressif et envahissant. Peut-on parler de simple exploration lorsqu'une personne est blessée, intimidée ou effrayée? Nous réfutons cette stipulation car si ce n'était, en effet, qu'un geste d'exploration, l'adolescent devrait, d'abord, être en mesure de choisir un partenaire de son âge et, ensuite, être en mesure de connaître la différence entre un consentement et un non-consentement.

Même si plus de la moitié (52 %) des sujets de l'échantillon clinique ont admis avoir commis entre un et dix délits sexuels, l'étendue des abus commis variait entre un et plus de 300 (N = 5 sujets pour cette dernière fréquence). D'ailleurs, même

lorsque les cinq sujets qui ont commis plus de 300 délits sont retirés des analyses, chaque adolescent a, en moyenne, commis 16 délits. À cet effet, les statistiques rapportées par Abel et al. (1984) avancent que l'agresseur sexuel moyen, ayant débuté sa carrière déviante à l'adolescence commettra, si non traité, 380 crimes sexuels durant sa vie. Cette estimation semble probable si l'on considère les résultats de la présente étude. D'autre part, étant donné qu'il a été estimé qu'entre 50 % et 80 % des adultes agresseurs sexuels ont commencé à commettre ce genre de délit à l'adolescence (Abel et Rouleau, 1990; Abel et al., 1985; Becker et Abel, 1985), les résultats de la présente étude nous font réaliser que, lorsque non traités, ces jeunes peuvent développer une problématique importante qui se poursuivra à l'âge adulte.

Si l'on résume les caractéristiques des abus sexuels commis pour le présent échantillon, on a pu observer que le type de geste posé le plus fréquemment était l'attouchement ou la pénétration digitale. La méthode de coercition privilégiée était la contrainte verbale et la majorité des adolescents ont admis avoir commis entre un et dix abus sexuels.

Caractéristiques des victimes. Il s'avère que la majorité (69,7 %) des adolescents de notre échantillon ont eu des victimes de sexe féminin. En effet, il y aurait eu huit fois plus de victimes de sexe féminin que de sexe masculin (137 contre 17). Dans une recension des écrits, Lafortune (1996) rapporte que les adolescents s'en prendraient davantage à des victimes de sexe féminin (68 % à 89 % selon les études). Dans l'étude de Lafortune (1996), le sexe des victimes se répartissait également (28 garçons et 27 filles).

Il semble rare qu'un adolescent délinquant sexuel s'en prenne à une victime étrangère (Lafortune, 1996). D'ailleurs, plusieurs études ont constaté que l'adolescent connaissait en effet sa victime (Becker et Stein, 1991; Fehrenbach et al., 1986; Johnson, 1988, Wasserman et al., 1985). Dans la présente étude, la catégorie de victime qui a été le plus fréquemment retrouvée fut celle d'un enfant connu hors du milieu familial. Ainsi, la victime pouvait être, par exemple, une personne du quartier, un enfant connu lors du gardiennage, une connaissance par le biais des amis ou même un professeur. Les deux autres catégories les plus fréquemment retrouvées étaient: un enfant de la famille élargie et un enfant ou un adolescent de la même famille. Au total, 89,7 % des abus étaient commis sur des victimes connues. Ces résultats vont donc dans le même sens que ceux retrouvés dans la documentation scientifique. Entre autres, l'étude québécoise de Lafortune (1996) rapporte que 100 % des victimes étaient connues de l'agresseur (41 % enfant plus jeune, sans lien et connu; 33 % famille élargie; 15 % viol d'une copine; 11 % inceste).

Puisque l'échantillon clinique ne se composait pas uniquement de cas de pédophilie, mais également de cas d'exhibitionnisme et d'agressions sur des pairs ou sur des personnes adultes, il fut intéressant de vérifier, pour le sous-groupe d'agressions commises sur des enfants, quel était le lien de parenté entre l'adolescent et sa victime. Il s'est avéré que les cas se répartissaient de manière équivalente. Si bien qu'il y avait autant de délits de nature intra qu'extrafamilial (34 % et 41 % respectivement). De plus, 25 % des adolescents ont agressé à l'intérieur et à l'extérieur de la famille. Rappelons que nous avons inclus dans la catégorie « intra »

les cousins et les cousines et les demi-frères ou les demi-soeurs. Par conséquent, il faut tenir compte de ce fait lorsque l'on fait des comparaisons avec d'autres études. Lafortune (1996) constate que 20 % des adolescents de son groupe ont commis un abus intrafamilial contre 40 % qui ont commis un abus dans la famille élargie.

Les victimes des adolescents sont généralement des enfants en bas âge (Barbaree et al., 1993a). Dans la présente étude, l'âge des victimes variait d'âge préscolaire (trois ans) à l'âge adulte (50 ans). Certains sujets ont admis avoir plus d'une victime, conséquemment une moyenne d'âge a été calculée par victime (c.-à-d. victime 1, victime 2, victime 3, etc.) jusqu'à concurrence de cinq victimes. Il s'est avéré que, pour quatre des cinq catégories de victimes, la moyenne d'âge était inférieure à 10 ans et pour la dernière la moyenne s'élevait à 12 ans. Il s'avère donc que la majorité des victimes étaient des enfants très jeunes. D'ailleurs, 62 % des victimes de l'échantillon de Fehrenbach et al. (1986) avaient moins de 12 ans, dont 44 % avaient moins de 6 ans. Par contre, ces auteurs mentionnent que les victimes d'exhibitionnisme et d'appels obscènes de ces adolescents étaient généralement des pairs ou des adultes. Tel fut le cas dans le présent échantillon. Finalement, 65 % des abus comptabilisés dans la recherche de Lafortune (1996) impliquaient des enfants de moins de 12 ans. L'âge moyen des garçons était de 6,28 ans et des filles de 7,56 ans.

Le nombre moyen de victimes par adolescents était de deux (si l'on retire des analyses les cas extrêmes d'exhibitionnisme). Lafortune (1996) obtient une moyenne de 1,8. Bien que ce chiffre soit une moyenne, des études rétrospectives d'adolescents

ayant commis des délits rapportent des pourcentages importants de jeunes qui ont reconnu avoir fait plus d'une victime (p. ex., Awad et al., 1984 [46 %]; Fehrenbach et al., 1986 [57 %]; Groth, 1977 [75 %]; Hornick et al., 1994 [35%], Kahn et Lafond, 1988 [60 %]). L'étude de Becker et Stein (1991) mentionne que les 160 adolescents qui composaient leur échantillon ont fait 267 victimes. Alors que 67 adolescents de l'étude de Becker et al. (1987) ont fait 84 victimes et ont admis avoir perpétré 313 agressions et 25 tentatives sur 20 victimes. Finalement, les 30 sujets de Lafortune (1996) ont fait 55 victimes. Dans la présente étude, la majorité des sujets (84 %) de la présente recherche ont fait entre une et trois victimes et un total de 154 victimes pour l'échantillon complet. Ce chiffre est tout de même important compte tenu de la taille de l'échantillon, de l'âge de nos sujets et du nombre plus élevé de victimes d'exhibitionnisme. Finalement, on ne peut ignorer le nombre d'agressions commises par si peu d'adolescents, c'est-à-dire que ce groupe de 33 adolescents ont admis avoir commis 2452 agressions sexuelles. Il faut toutefois considérer que cinq adolescents ont admis avoir commis plus de 300 agressions sexuelles, que cette population est encore jeune et que l'on ne peut que s'inquiéter à l'idée de penser à quoi s'élèverait cette statistique si certains d'entre eux poursuivaient ces abus tout au long de leur vie adulte.

Les résultats de la présente étude appuient ce qui est rapporté dans la documentation scientifique. En somme, on constate que les adolescents qui commettent des délits choisissent généralement des victimes qui leur sont connues, en bas âge et de sexe féminin. La plupart du temps, les adolescents n'ont pas recours à la contrainte physique ou à l'utilisation d'une arme et les abus impliquent généralement

des contacts directs et envahissants. En dépit de la vision naïve que l'on se fait des adolescents, certains d'entre eux commettent des délits sexuels causant des séquelles importantes. De plus, nous avons observé qu'ils peuvent faire plusieurs victimes, commettre des délits à répétition et ainsi provoquer des dommages importants aux victimes par les gestes commis (c.-à-d. attouchements, pénétration digitale, contacts oraux-génitaux et tentatives de et pénétrations anale ou vaginale). Sans minimiser l'impact de subir des attouchements, il ne demeure pas moins que plus le geste est envahissant, plus il risque de blesser et traumatiser la victime.

Caractéristiques des adolescents. Même si la plupart des sujets de cette recherche ont admis avoir eu, en parallèle, des expériences sexuelles non déviantes, une grande proportion (67 %) d'entre eux rapportent que leur première expérience sexuelle avait été déviante (soit qu'ils avaient été victimisés ou qu'ils ont eux-même commis un abus). Certains auteurs rapportent des résultats contraires à ceux de la présente recherche. Pour leurs parts, Becker et al. (1986), Groth (1977) et Longo (1982) ont observé que la majorité des adolescents agresseurs sexuels ont admis avoir eu une expérience sexuelle (génitale) consentante ou avoir eu des relations sexuelles complètes avec des partenaires consentants avant d'avoir commis des abus sexuels. Enfin, 79 % des adolescents de la présente étude ont admis qu'ils avaient, au moment de l'entrevue, une vie sexuelle non déviante parallèle à la commission des abus.

Nous pensons à deux explications possibles. D'abord, tant dans cette étude que dans celles recensées, plusieurs adolescents peuvent déclarer avoir une vie sexuelle non déviante alors qu'en réalité elle est inexistante et ce, dans le but de bien paraître

face à l'évaluateur. D'autre part, il est possible que les adolescents aient réellement une vie sexuelle non déviante et cela améliore alors le pronostic du traitement.

La plupart des adolescents du groupe clinique (85 %) admettent avoir commis leur premier abus entre les âges de 11 et 15 ans donc, au début de la puberté. L'âge moyen lors de la commission du premier abus était de 12 ans. L'étude de Pincus (1978) rapporte un âge moyen de six ans lors de commission du premier abus sexuel, alors que d'autres études estiment un âge moyen entre 13 et 15,5 ans (Becker, Cunningham-Rathner et Kaplan, 1986; Smets et Cebula, 1987). Finalement, 10 % des violeurs et 28 % des abuseurs d'enfants de l'échantillon de Awad et Saunders (1991) ont commis leur premier délit sexuel avant l'âge de 12 ans. Les résultats de la présente étude vont donc dans le même sens que ceux proposés dans la documentation scientifique. L'étendue d'âge auquel un jeune peut commencer à commettre des délits sexuels est donc variable et s'étend tout au long de la puberté.

Lorsque les adolescents des deux groupes étaient évalués sur leur capacité d'empathie envers autrui dans des situations non abusives, ceux-ci ne se différenciaient pas statistiquement et les deux groupes ont fait preuve d'un bon degré d'empathie. Les adolescents du groupe clinique ont ensuite été évalués sur leur capacité d'empathie envers leurs victimes. En situation d'abus, ces jeunes ont fait preuve d'un faible degré d'empathie. Ils ne semblaient pas saisir l'impact immédiat ou futur de leurs abus sur ces dernières. De sorte qu'un adolescent peut être en mesure d'exprimer de l'empathie envers ses pairs, sans avoir cette capacité lorsqu'il se retrouve en situation d'abus. Il est alors centré sur lui-même et sur ses besoins et

est en mesure d'exploiter une victime en n'ayant aucune considération pour celle-ci. Un adolescent ayant commis des crimes sexuels serait en mesure d'être à l'écoute de l'autre s'il n'en a rien à tirer, par contre, cette empathie serait réduite ou inexistante en situation d'abus, car ses propres besoins seraient prioritaires.

Selon Barbaree et Cortoni (1993), l'abuseur a tendance à blâmer la victime et ceci dissipe sa capacité de vivre de l'empathie envers celle-ci, ou du moins elle limite le développement de l'empathie. Il s'agirait de travailler à diminuer le degré de déni et de minimisation, afin que l'adolescent puisse développer son empathie pour la victime. Par ailleurs, le manque d'empathie aiderait la personne qui commet des délits sexuels à désinhiber ses contraintes (Marshall, 1997). D'ailleurs, Marshall soutient que les abuseurs font des efforts pour ne pas éprouver l'empathie envers leurs victimes et, par conséquent, ceci leur donne la possibilité de les abuser davantage. Par exemple, en ayant recours à des distorsions cognitives (p. ex., « elle m'a provoqué; elle ne s'en rendra pas compte elle est trop jeune; je ne lui fais pas mal parce que je n'utilise pas la force », etc. Finalement, il propose qu'inhiber l'empathie à répétition leur permet d'éprouver peu d'empathie pour les victimes des autres sans toutefois affecter leur empathie à l'égard des enfants en général. Ceci pourrait expliquer pourquoi les sujets de cette étude sont en mesure d'exprimer de l'empathie pour des pairs, et non pour leur victime. La capacité d'empathie n'est donc pas nécessairement absente comme on l'a souvent cru. Les personnes qui commettent des délits sexuels sont peut-être sélectives à y avoir recours afin de pouvoir passer à l'acte.

En dernier lieu, les sujets furent questionnés quant aux types de fantasmes qu'ils entretenaient peu de temps avant de commettre leurs délits. La plupart d'entre eux ont été en mesure d'identifier la présence de fantasmes déviants précédant l'abus. Les sujets ont à la fois rapporté majoritairement des fantasmes de consentement et des fantasmes liés à l'agression de petites filles. Dans une étude menée auprès d'une population adulte (Abel et al., 1987) les auteurs affirment que 58 % des abuseurs sexuels de leur échantillon ont rapporté être excités sexuellement par des fantasmes déviants avant l'âge de 18 ans et ces fantasmes auraient précédé la commission de leurs délits. Marshall, Barbaree et Eccles (1991), par contre, rapportent des résultats plus faibles. En effet, près de 30 % des abuseurs d'enfants se souvenaient d'avoir eu des fantasmes portant sur les enfants avant l'âge de 20 ans et seulement 22 % de l'échantillon ont admis avoir eu des fantasmes déviants avant la commission de leurs délits. Ces données demeurent des données rétrospectives et autorapportées. Par conséquent, il faut interpréter ces résultats avec précaution.

S'il s'avérait véridique qu'un jeune ait principalement des fantasmes non déviants aux moments précédant l'abus, il s'agirait alors d'explorer pourquoi ce dernier a choisi d'actualiser ses fantasmes de manière déviante. Étant donné que, dans notre recherche, la plupart des adolescents ont admis avoir des fantasmes déviants précédant leurs abus, cela confirmerait la théorie de l'apprentissage qui veut que le jeune soit renforcé positivement en entretenant des fantasmes déviants lors de la masturbation. Ainsi, la présence de tels fantasmes deviendrait un important facteur de maintien devant être abordé en traitement afin que ses fantasmes soient remplacés par des fantasmes non déviants.

Étant donné qu'une proportion des adolescents consommaient de l'alcool ($N=7$), de la drogue ($N=11$) ou de la pornographie ($N=18$), ils furent questionnés sur l'impact de ces différents facteurs sur leur désir sexuel déviant. Certains ont admis que ces éléments augmentaient leur désir sexuel déviant, alors que d'autres affirmaient qu'ils n'avaient aucun impact. Finalement, il en est ressorti que la catégorie « aucun impact » s'est avérée significative pour les trois facteurs. Alors, même si certains jeunes sont stimulés sexuellement lorsqu'ils consomment des substances psychoactives ou de la pornographie, ce ne serait pas nécessairement indicateur d'une problématique sexuelle puisque, certains sujets du groupe témoin ont affirmé la même chose. En ce qui a trait à la pornographie, il serait important de vérifier, par exemple, si celle-ci agit comme facteur de maintien en renforçant les fantasmes déviants du sujet. Quant à l'alcool et aux drogues, il faut considérer qu'il est moins commun que les adolescents soient intoxiqués au moment de la commission de leurs délits sexuels (Awad et Saunders, 1991; Davis et Leitenberg, 1987; Lightfoot et Barbaree, 1993). Ainsi, l'alcool, les drogues et la pornographie ne peuvent à elles seules expliquer ou prédire la délinquance sexuelle. Par conséquent, il est possible que la consommation d'alcool et de drogues soit indépendante de la problématique sexuelle et que celle-ci n'y soit pas liée intimement, du moins à l'adolescence.

Si l'on résume les résultats portant sur les caractéristiques des adolescents ayant commis des délits sexuels, l'on constate que les adolescents du présent échantillon ont eu des expériences sexuelles non déviantes, qu'une majorité d'entre eux ont

connu comme première expérience une sexualité déviante (soit en victimisant, soit en étant victimisé), que la majorité d'entre eux ont admis avoir débuté à commettre des abus pendant la puberté et que le degré d'empathie pour la victime est faible.

Finalement, une grande proportion des adolescents ont admis avoir eu des fantasmes consentants avant l'abus ou des fantasmes portant sur des petites filles. En dernier lieu, il apparaît que l'alcool, les drogues ou la pornographie n'a pas eu d'impact significatif sur leur désir sexuel.

Malgré la limite qui incombe aux informations autorapportées et rétrospectives, l'entrevue de cette étude présente des forces importantes tant sur le plan méthodologique que sur le plan clinique. Ainsi, cet outil devient un important instrument de dépistage et d'évaluation des adolescents ayant commis des délits sexuels. En moyenne, l'entrevue durait de 90 à 120 minutes. Par conséquent, bien qu'elle couvrait une étendue de concepts, il ne demeure pas moins qu'elle fut d'une durée raisonnable pour une population d'adolescents. Cet instrument explorait une diversité importante de variables ayant pu contribuer aux passages à l'acte sexuel déviant par des adolescents. D'abord, l'entrevue nous a permis de dresser un profil descriptif de la population clinique, mais aussi d'identifier plusieurs variables qui ont distingué significativement les deux groupes: qualité de la relation avec la mère; personne ayant infligé les sévices physiques; victimisation sexuelle; habiletés sociales; problèmes scolaires et comportementaux; délinquance non sexuelle; âge du début de la consommation de drogues; l'histoire sexuelle non déviante; fantasmagorie sexuelle. Plus précisément, sur le plan de l'histoire sexuelle, l'entrevue a permis de faire ressortir beaucoup d'éléments ayant contribué au passage à l'acte, mais

contribuant également à la compréhension de l'étiologie de la problématique de chacun des individus. Nous pouvons entre autres identifier les expériences sexuelles non déviantes, la victimisation sexuelle, la fantasmagorie déviante. Bref, l'entrevue nous a permis d'identifier plusieurs situations à risque, des distorsions cognitives, des fantasmes et des éléments de planification (choix de la victime, mise en place d'un scénario, préparation de la victime). Tous ces éléments font partie intégrante du cycle délictuel. Ceci implique, qu'à la suite d'une entrevue, des facteurs de risques peuvent être identifiés.

Même si l'entrevue ne prétend pas, à elle seule, être un outil mesurant de façon exhaustive ou même opérationnelle toutes les autres problématiques connexes à l'abus sexuel, celle-ci peut tout de même offrir un survol des sphères qui sont souvent identifiées comme étant déficientes chez les abuseurs sexuels (p. ex., vie scolaire, milieu familial, toxicomanie, délinquance, vie sociale). Ainsi, grâce à l'entrevue l'intervenant obtient des pistes qui, possiblement, pourront être explorées plus en profondeur à l'aide d'autres instruments spécifiquement validés (p. ex., inventaire de dépression, questionnaires sur les habiletés sociales, questionnaire sur l'attachement, etc.).

Par ailleurs, l'évaluation de type comportementale-cognitive est un processus qui se poursuit même en cours de traitement. L'anxiété, la fatigue, l'épuisement et la situation d'évaluation en tant que telle, peuvent devenir des obstacles au processus d'évaluation. Il est inutile d'épuiser l'adolescent par une batterie interminable de questionnaires. C'est alors qu'une entrevue comme la nôtre peut être efficace dans

l'identification initiale de divers facteurs ayant pu contribuer au passage à l'acte déviant. Il s'agit donc, dans un premier temps, d'évaluer les points saillants de la problématique. Ensuite, lorsque l'adolescent aura passé le premier choc du signalement ou de l'arrestation, il sera alors plus pertinent de déceler plus en profondeur les zones de vulnérabilité de cet adolescent à l'aide d'instruments validés à cet effet. De plus, des questionnaires bâtis et validés spécifiquement dans le but de mesurer des éléments de la problématique sexuelle devraient être utilisés.

Les questionnaires

Les questionnaires sont des instruments utiles au processus d'évaluation des abuseurs sexuels. Ces derniers permettent pour certains de se dévoiler davantage, car ils ne sont pas en situation de face à face avec l'évaluateur. Les questionnaires facilitent la cueillette d'une multitude d'informations qui n'auraient pu être recueillies autrement (p. ex., profil de personnalité, dépression) et ils accélèrent le processus d'évaluation. Par ailleurs, les tests ou questionnaires peuvent aider l'intervenant à faire des recommandations de traitement en révélant des informations que des évaluations non structurées et autorapportées ne peuvent apporter (Kaplan et Krueger, 1997). Finalement, les questionnaires peuvent aider le clinicien à émettre un diagnostic ou à identifier des pistes de traitement (Kaplan et Krueger, 1997). De plus, certains instruments ayant été élaborés à partir de résultats d'études empiriques, ayant par la suite été validés, ont démontré qu'ils mesuraient adéquatement des éléments précis.

Deux des cinq hypothèses portant sur les questionnaires sont confirmées. Les résultats de cette recherche révèlent qu'il existe des différences significatives entre les deux groupes sur deux des cinq questionnaires, l'Inventaire de dépression de Beck et l'Inventaire de Jesness. Les questionnaires portant sur les cognitions, les intérêts sexuels et la désirabilité sociale ne nous ont pas permis de les distinguer.

Tout comme les versions américaines, malgré la présence d'indices de fidélité test-retest et de consistance interne élevés, le questionnaire des cognitions et des intérêts sexuels pour adolescents n'ont pu distinguer de façon significative le groupe clinique du groupe témoin. Toutefois, il s'avère que les versions canadiennes françaises avaient des qualités psychométriques similaires et parfois supérieures aux versions originales (Hunter et al., 1995; Hunter et al., 1991), ce qui laisse sous-entendre que la traduction de ce questionnaire a été adéquate. De plus, des analyses de corrélations ont démontré qu'il y avait un lien significatif entre ces deux questionnaires. Étant donné qu'il est reconnu que les délinquants sexuels présentent à la fois des intérêts sexuels déviants et qu'ils entretiennent des distorsions cognitives liées à leurs délits, il n'est pas surprenant qu'un lien ait été établi entre ces deux questionnaires. Ainsi, plus un sujet cote déviant sur l'échelle des intérêts, plus il a de chance de coter déviant à l'échelle des cognitions. Si un sujet a une cote élevée à l'un ou l'autre de ces questionnaires, tout en considérant la transparence de ces derniers, il va de soi que la cote risque d'être également élevée à l'autre questionnaire.

Plusieurs caractéristiques communes aux deux questionnaires peuvent expliquer pourquoi ceux-ci n'ont pu discriminer les deux populations. De prime abord, les items de ces questionnaires sont transparents et ils ont donc une validité d'apparence qui est évidente. De par la nature des items, il n'est pas difficile de deviner ce qu'ils mesurent. Il est reconnu que les populations d'agresseurs sexuels (adultes et adolescents) ont tendance à nier et minimiser leur agir délictuel en plus de se déresponsabiliser (Becker, 1988). Par conséquent, sauf en ce qui a trait aux items représentant des intérêts ou des cognitions qui sont socialement acceptables, il est possible que les sujets aient volontairement choisi de nier, de camoufler ou de dissimuler leurs intentions réelles. Afin de pallier cette limite, il serait intéressant de changer la consigne des questionnaires de façon à ce que l'adolescent se sente moins menacé et soit moins influencé par sa peur du jugement ou de l'humiliation. Par exemple, pour le questionnaire portant sur les cognitions, on pourrait indiquer « Au moment où l'abus a eu lieu, quels genres de pensées entretenais-tu? » ou bien « Qu'est-ce que tu croyais au moment des abus ou après, mais qu'aujourd'hui tu sais que ce n'est pas vrai? ». Et pour le questionnaire des intérêts sexuels l'on pourrait indiquer « Dans le passé, lorsque tu as commis tes délits, qu'est-ce que tu trouvais sexuellement attirant? ».

Une deuxième possibilité implique le fait qu'un bon nombre des sujets étaient pris en charge pour leur problématique et avaient donc entamé une démarche de traitement. Si bien qu'ils étaient peut-être en mesure d'identifier correctement ce qui était inacceptable comme comportements ou comme pensées. Troisièmement, sur le plan des cognitions, contrairement aux agresseurs adultes, celles-ci ne seraient pas

encore figées dans leur système de valeurs, ainsi que les intérêts sexuels ne seraient pas encore consolidés et fixés. Quatrièmement, à cause des critères d'inclusion qui étaient larges lors du recrutement des sujets, le groupe clinique ne représentait pas un groupe homogène (c.-à-d. divers types de délits) et ceci a pu contribuer à augmenter la variabilité des réponses qui, à cause des tendances moyennes, se rapprochaient alors des résultats du groupe témoin. Finalement, une cinquième possibilité implique le biais du groupe témoin. Certains auteurs ont noté que des sujets qui sont volontaires à participer à une étude portant sur la sexualité pourraient être moins inhibés et peut-être plus déviants que la population générale d'où ils proviennent (Freund et Blanchard, 1989; Freund et Watson, 1991; Hall, Hirschman, et Olivier, 1995).

Un taux élevé de déni et de minimisation chez les agresseurs sexuels est une indication que ce genre de questionnaires ne devrait pas être utilisé de manière isolée, mais plutôt comme outil de confrontation en association avec le pléthysmographe et l'entrevue clinique. Les sections qui suivent discutent de manière plus détaillée les résultats de ces questionnaires.

Le questionnaire des cognitions pour adolescents (QCA)

D'un point de vue théorique, le modèle de la déconstruction cognitive (Ward, Hudson et Marshall, 1995) pourrait expliquer qu'au moment de l'entrevue ce questionnaire ne discrimine pas les deux groupes. Selon les auteurs, les abuseurs sexuels entretiendraient des cognitions déviantes au moment précédant la commission de l'acte déviant dans le but de justifier leur comportement inacceptable et leur

permettant alors de passer à l'acte. En dehors du cycle délictuel, le délinquant sexuel adolescent entretiendrait un système de croyances (cognitions) similaire aux adolescents non déviants.

L'instrument pourrait aussi manquer de capacité discriminante pour des raisons qui sont purement liées à la construction du questionnaire. À cet effet, certaines lacunes ont pu être identifiées. D'abord, ce questionnaire a été construit à partir de celui conçu pour des adultes en supposant que les mêmes processus étaient en jeu chez la population adolescente. Tel que déjà mentionné, les adultes qui commettent des délits sexuels entretiennent des erreurs de pensées depuis une plus longue période, ils ont eu le temps de les tester afin de se convaincre qu'ils n'ont pas tort et ils peuvent ainsi consolider leurs pensées erronées. Un tel processus n'est peut-être pas encore actif chez le jeune adolescent qui n'a commis que peu de délits comparativement à l'adulte. Il serait intéressant de tester ce questionnaire chez deux sous-populations: ceux qui abusent depuis une plus longue période de temps par opposition à ceux qui n'ont commis qu'un seul abus, par exemple. La capacité discriminante de ce questionnaire pourrait être vérifiée en limitant la passation à des sous-groupes d'abuseurs sexuels, afin de voir s'il existe des différences non seulement entre ces groupes, mais également en fonction de la durée et du type de délit.

Ensuite, le nombre d'items par sous-échelle varie. Le questionnaire pourrait être modifié en y incluant au moins trois ou cinq items par sous-échelle, afin de les équilibrer. Avoir plus de deux items par catégorie assure que celle-ci risque moins d'être éliminée. Quant au contenu des items, il n'y a pas suffisamment d'items

contrôles sur cette échelle (c.-à-d. non déviants). De plus, d'autres études devraient recenser le type de distorsions qui ressortent en traitement et qui sont susceptibles d'être moins évidentes que celles incluses actuellement dans le questionnaire (p. ex., « je ne faisais que jouer avec elle; c'est elle qui me l'a demandé; ce n'est pas à risque de me tenir dans les parcs d'amusement parce qu'il y a plein de monde», etc.). Ultimement, il serait idéal d'ajouter une échelle de validation qui, tout comme le MMPI, tente de déceler les sujets qui mentent ou qui nient.

Le type de réponse possible mérite également d'être modifié. Il serait pertinent de remplacer l'échelle dichotomique (c.-à-d. vrai ou faux) par une échelle de type Likert (tout comme pour l'échelle des adultes), dans le but d'augmenter la capacité discriminante de l'instrument. Le sujet sera alors forcé à se positionner. Une échelle allant d'un (totalement en accord) à cinq (totalement en désaccord) présenterait une amélioration de la formule actuelle. Becker et Kaplan (1988) ont justifié l'échelle dichotomique en supposant qu'il serait alors moins difficile de répondre au questionnaire. Pourtant, l'autre échelle qu'ils ont construite (intérêts sexuels) est dotée d'une échelle Likert et elle est également destinée à une population adolescente.

Avant d'éliminer du revers de la main la pertinence de mesurer les distorsions cognitives chez les adolescents ayant commis des délits sexuels, il serait plus approprié de tenir compte de ces suggestions dans le but de raffiner le questionnaire pour des recherches futures. Ce n'est qu'en modifiant et en améliorant ce questionnaire, à l'aide de recherches, que nous pourrions élucider la contribution des distorsions cognitives chez la population juvénile d'agresseurs sexuels.

Enfin, une dernière hypothèse est celle qui avance que les distorsions cognitives liées à la commission de crimes sexuels ne sont peut-être pas encore présentes chez les adolescents qui commettent ce genre de délits. Il est possible que le genre de distorsions que l'on retrouve chez les adultes apparaissent à force de commettre des agressions. En d'autres termes, les distorsions cognitives ne seraient pas des précurseurs à la commission de tels délits chez les adolescents et celles-ci ne se développeraieent qu'au fil des années sous forme de justifications, de minimisations, de déresponsabilisations afin de faciliter le passage à l'acte. Ainsi, les distorsions qui seraient présentes chez les adolescents seraient différentes en nature de celles que l'on retrouve chez les adultes (p. ex., « c'est elle qui me l'a demandé »; « on ne faisait que jouer »). On rencontre souvent, chez les adolescents, des distorsions qui minimisent le geste plutôt que de le nier.

Le questionnaire des intérêts sexuels pour adolescents (QISA)

Il est possible que la non-cristallisation des intérêts sexuels à l'adolescence puisse expliquer le manque de discrimination de l'instrument de mesure des intérêts sexuels. D'ailleurs, selon divers auteurs (Claes, 1995; Hunter et al., 1994; Weinrott et al., 1997), à cause de la période transitoire qu'est l'adolescence, caractérisée par des expériences et des expérimentations, les adolescents n'auraient pas encore développé des intérêts sexuels qui sont fixes. L'évaluation psychophysiological des intérêts sexuels de l'échantillon de Robinson (1998), qui se constituait presque entièrement des mêmes sujets que ceux de la présente étude, a révélé que les adolescents du groupe clinique ont réagi aux stimuli de consentement avec une fille en plus des

stimuli portant sur la pédophilie féminine. L'auteure a pu démontrer qu'il n'y avait pas une fluidité des intérêts sexuels (c.-à-d. réagir à toutes sortes de stimuli déviants), mais, au contraire, qu'une catégorie se distinguait significativement des autres catégories déviantes. Elle conclut que « le contenu des stimuli a un impact direct et immédiat sur leurs réponses sexuelles. Il ne s'agit donc pas d'un effet de halo ou d'anticipation, les sujets semblent répondre à des caractéristiques précises des stimuli au moment où ils sont présentés. (p.94) ». En effet, un intérêt principal serait en place et la possibilité qu'un intérêt parallèle soit en train de se former n'est pas à rejeter. D'ailleurs, lors de l'évaluation psychophysique des sujets du groupe clinique, Robinson constate « que la catégorie consentement demeure celle où la réaction est la plus importante. Cette réaction se démarque toutefois peu des réactions aux stimuli déviants (p.97) ». Les résultats de cette recherche appuient donc notre postulat, qu'un adolescent peut avoir un intérêt déviant qui se développe parallèlement à l'intérêt dit normal. Ainsi, un intérêt prédominant pour la sexualité déviante ne serait pas toujours présent ou exclusif chez les adolescents et ceci expliquerait pourquoi le questionnaire des intérêts sexuels ne discrimine pas les deux groupes.

À cause des sanctions sociales et légales face à l'abus sexuel, un premier postulat prétendrait qu'un adolescent ayant un intérêt prédominant pour les enfants tenterait également d'expérimenter avec des jeunes de son âge pour contrer cette sanction. Aux prises avec cette lutte interne entre un intérêt qui est agréable (p. ex., pour les enfants), mais à la fois socialement reprochable, et un intérêt parallèle qui tente de se développer (p. ex., pour les filles de son âge), il est concevable qu'un adolescent ne

soit pas prêt d'admettre qu'il préfère ce qui est socialement inacceptable et sanctionné par la loi. Coexistent alors la peur de la punition et la peur de la réprobation, accompagnées par la honte.

Un second postulat serait que l'adolescent ait en effet un intérêt pour des partenaires de son âge, mais que ceux-ci ne soient pas disponibles. Ainsi, l'adolescent se tournerait vers des partenaires plus jeunes et, comme il est « fragile », il développerait alors un intérêt pour les enfants. Ces deux postulats pourraient, en partie, expliquer que l'échelle des intérêts sexuels ne discrimine pas le groupe clinique du groupe témoin.

De façon similaire, tous les adolescents qui ont été évalués savaient que leurs gestes étaient inacceptables, illégaux ou inadéquats. D'ailleurs, pour appuyer cette constatation, il ne faut pas oublier qu'ils ont tous commis ces abus dans le secret, qu'ils ont manipulé ou forcé leurs victimes et qu'ils ne se sont pas dénoncés eux-mêmes. Ces éléments sont suffisants pour nous laisser croire que ces adolescents sont conscients de la gravité de leurs gestes, car autrement ils n'auraient pas eu besoin de se cacher pour agir ou même de garder le secret. Ils ne se gênent pas de parler à leurs copains de leurs expériences avec les filles, certains parfois vont embellir la réalité. Il est peu probable que ceux-ci parlent ouvertement de leurs abus de la même façon dont ils parleraient d'une expérience non déviante. Compte tenu de ces éléments, il n'est pas surprenant que des intérêts déviants ne ressortent pas lors de la passation de ce questionnaire, surtout si l'on considère qu'ils présentaient des intérêts équivalents

pour le consentement et la pédophilie lors de l'évaluation phallométrique (Robinson, 1998).

Il est, de plus, intéressant de noter que les adolescents, tant du groupe témoin que du groupe clinique, ont coté sur l'échelle de voyeurisme féminin. Ces résultats sont également ressortis lors de l'évaluation psychophysiological de l'étude de Robinson (1998). Comme l'explique l'auteure, le voyeurisme est beaucoup moins sanctionné dans la société actuelle que ne pourrait l'être toute autre forme d'abus sexuels. Ceci pourrait être attribuable à la tolérance face au matériel pornographique et à sa disponibilité. D'ailleurs, Robinson précise à quel point l'expérience visuelle peut être sexuellement stimulante (p. ex., spectacles érotiques, vidéos, revues, etc.) pour la population en général et, par conséquent, ce genre de comportement (le voyeurisme) serait mieux accepté socialement que d'autres comportements déviants (p. ex., viol, pédophilie, exhibitionnisme). Ainsi, les sujets seraient plus à même d'admettre de tels intérêts, car ils ne les percevraient pas comme étant déviants. Par ailleurs, des études auraient rapporté que près de 50 % des sujets contrôles (non déviants) ont admis entretenir des fantasmes ayant trait au voyeurisme (Crépault et Couture, 1980; Templeman et Stinnett, 1991; cités dans Robinson, 1998). Ainsi, ceci confirmerait pourquoi des intérêts pour le voyeurisme sont apparus pour les deux groupes, mais que tout autre intérêt considéré déviant ait été camouflé, plus spécifiquement chez le groupe clinique, parce que ceux-ci étaient moins tolérés socialement. De plus, la présence d'un intérêt pour le voyeurisme, tant chez des sujets contrôles que chez des sujets dits déviants, indiquerait que ce facteur ne serait pas pertinent pour prédire la

déviance sexuelle et que cet intérêt, dans une certaine mesure, ne serait pas considéré comme étant déviant.

Une autre hypothèse qui s'impose est celle d'une déficience autre que sexuelle. Plus précisément, un adolescent peut, par exemple, être attiré par les filles de son âge, mais présenter d'importantes déficiences sur le plan des habiletés sociales, de l'estime de soi, de la confiance en soi, etc. Ces déficiences peuvent l'empêcher d'établir des relations adéquates avec des pairs de son âge. L'adolescence étant une période d'éveil des hormones sexuelles, le jeune peut vivre des hausses de libido sans pour autant les actualiser avec un ou une partenaire d'âge approprié. Par conséquent, l'adolescent se dirigera vers une victime potentielle simplement à cause de sa disponibilité (p. ex., voisine, lors du gardiennage, etc.). Il ne demeure pas moins que ce geste est reprochable et cache un manque de jugement (et d'autres déficiences), expose l'adolescent au risque de développer un intérêt déviant par apprentissage (renforcement positif si le geste est posé) si les abus peuvent avoir lieu à répétition et avec succès (p. ex., la victime ne parle pas ou ne résiste pas). Ceci correspondrait à la trajectoire qualifiée de « cul-de-sac » (dead end path) du modèle de Becker et Kaplan (1988; voir contexte théorique).

Finalement, il est possible que le questionnaire ne soit pas l'instrument de choix pour évaluer les préférences sexuelles des adolescents. Il serait alors plus pertinent d'avoir recours à l'évaluation psychophysiological des intérêts sexuels ou au Abel Screen. Il est plus difficile de falsifier les réponses de ces deux instruments de mesure.

Encore une fois, il est probable que l'instrument ne discrimine pas les deux groupes pour des raisons qui sont purement liées à la construction du questionnaire. Des lacunes ont pu être identifiées, dont certaines sont similaires à celles du questionnaire des cognitions. Ce questionnaire a été développé à partir de celui conçu pour des adultes en supposant que, tout comme les adultes, les adolescents présentaient des intérêts sexuels déviants. L'évaluation phallométrique a démontré, auprès des populations adultes d'abuseurs sexuels, que des intérêts déviants étaient souvent présents dans une grande majorité des cas. Les résultats de Robinson (1998) semblent appuyer également la présence de tels intérêts chez la population adolescente. D'ailleurs, grâce à l'indice de déviance, elle a pu identifier correctement un nombre important de sujets déviants ayant commis des actes de pédophilie, car ses sujets présentaient un profil nettement plus déviant que celui des sujets du groupe témoin. Ainsi, malgré que des études démontrent que l'intérêt sexuel déviant est présent, le questionnaire des intérêts sexuels ne semble pas les faire ressortir et ceci peut être dû à des limites sur le plan de la construction du questionnaire. Il est également possible que certains sujets ne présentent pas encore des intérêts déviants. Ceci demeure à être exploré davantage.

Hunter, Becker et Kaplan (1995) ont vérifié la validité concomitante entre le questionnaire des intérêts sexuels et l'évaluation phallométrique. Des corrélations n'étaient significatives que pour 4 des 14 catégories (c.-à-d. sexualité agressive avec une jeune fille ($p < .01$); sexualité consentante avec un garçon du même âge ($p < .01$); sexualité agressive avec une fille du même âge ($p < .01$); sexualité agressive avec une femme adulte ($p < .05$). La mesure phallométrique étant une mesure plus

objective s'avère être un instrument sans doute plus pertinent pour mesurer les intérêts sexuels qu'un questionnaire qui est sujet à la dissimulation.

Ensuite, le nombre d'items par sous-échelle varie. Tout comme pour le questionnaire des cognitions, il serait pertinent d'améliorer le questionnaire en y incluant au moins trois ou cinq items par sous-échelle, pour des raisons qui ont déjà été mentionnées. Quant au contenu des items, la majorité des items portant sur la pédophilie impliquaient l'utilisation de la force. Or, cette étude, ainsi que d'autres ont démontré que l'utilisation de la contrainte physique ou d'une arme ne représentait pas le mode privilégié de coercition chez la population adolescente commettant des délits sur des enfants. Par conséquent, ceci pourrait expliquer que les sujets de cette étude n'aient pas identifié ces items comme étant stimulants sexuellement. Il serait alors pertinent d'ajouter davantage d'items où la force n'est pas appliquée, mais plutôt une forme de contrainte verbale et aucune contrainte. Ceci serait alors plus représentatif de la réalité des cas de pédophilie. Finalement, si l'on pouvait ajouter une échelle qui tente de déceler les sujets qui mentent ou qui nient, l'instrument serait encore plus complet.

Une autre modification méritant d'être mentionnée serait d'améliorer le type de réponse. Déjà, cet instrument, contrairement au questionnaire des cognitions, utilise une échelle de type Likert (-2 à +2). Il y aurait peut être lieu de modifier le type d'échelle à un autre type d'échelle Likert dans le but d'augmenter la capacité discriminante de l'instrument. Il est possible que les sujets aient été influencés par le signe négatif et le zéro dans la façon de répondre aux items. Étant donné que nous

savons que ce questionnaire est transparent et que les sujets ont tendance à nier leurs intérêts sexuels déviants, cette tendance peut être contrée en modifiant légèrement cette échelle. Hoon et Chambless (voir Prentky et Edmunds, 1997, p.44) proposent une échelle intéressante pour leur questionnaire « Sexual Arousal Inventory ». Elle se compose de la façon suivante: -1 (repoussant sexuellement); 0 (ne m'affecte pas sexuellement); 1 (peut parfois m'exciter sexuellement); 2 (m'excite légèrement sexuellement); 3 (habituellement m'excite sexuellement); 4 (m'excite sexuellement la plupart du temps); 5 (m'excite toujours sexuellement). Il est admissible de croire que le sujet sera davantage forcé à se positionner et l'étendue des réponses sur le plan de l'excitation sexuelle aide à contrer la tendance du jeune à nier son intérêt. Un plus grand choix de réponses dans l'affirmative pourrait nous donner un meilleur portrait des intérêts sexuels de l'adolescent. Puisqu'une grande proportion des sujets de cette étude, ainsi que ceux présentés dans la documentation scientifique, nient avoir un intérêt déviant, il n'est pas nécessaire d'avoir plusieurs items représentant la négative. Par contre, si l'étendue des réponses dans l'affirmative est davantage nuancée, l'adolescent qui serait en mesure de dévoiler ses intérêts sexuels aurait un plus grand choix de réponses. Nous croyons que le choix de réponses offert permettrait davantage une ouverture de la part des adolescents de par la nature des réponses. Par exemple, il est moins « menaçant » d'admettre un 1 (peut parfois m'exciter sexuellement) qu'un 5 (m'excite toujours sexuellement). Cette réponse est tout de même plus représentative qu'un -2 (ne m'excite jamais sexuellement) et nous donne un indice des intérêts que le jeune est prêt à partager. Ceci demeure une hypothèse qui reste à vérifier. Seules de futures études de validation pourront vérifier ce postulat. Si, malgré ces modifications, les groupes ne se distinguaient pas

statistiquement, il serait alors pertinent de questionner l'utilisation de ce questionnaire pour les adolescents.

Tout comme pour l'échelle des cognitions, il serait approprié de tenir compte de ces modifications dans le but de perfectionner ce questionnaire par des études empiriques. Cet outil demeure tout de même un instrument utile dans l'évaluation des adolescents qui commettent des délits sexuels. Son utilisation peut autant servir comme outil de dépistage, mais aussi comme outil de confrontation s'il s'avérait que des réponses sortaient lors de l'évaluation phallométrique et qui n'avaient pas été identifiées lors de la passation du questionnaire.

En résumé, le manque de capacité discriminante de ces derniers peut en effet être expliqué par leur structure, par contre ces derniers ont présenté d'excellentes qualités psychométriques. Conséquemment, il est également possible que ces concepts ne peuvent être mesurés à l'adolescence comme ils le sont pour les adultes qui ont commis des crimes sexuels. Il est concevable que ces jeunes, qui sont pour certains « en début de carrière » et, pour d'autres à leurs premières infractions, n'aient pas encore développé des cognitions qui sont consolidées ou qu'ils ne sont pas encore en mesure de réaliser qu'ils ont des intérêts sexuels qui sont déviants. Il est possible que les distorsions cognitives reliées aux abus sexuels ne se développent que sur une longue période de temps. C'est ce qui expliquerait leur présence plus évidente chez les adultes qui abusent sexuellement. Le même raisonnement peut tenir en ce qui a trait aux intérêts sexuels. En dernier lieu, à cause de la nature autorévélee des

questionnaires, un adolescent pourrait tout simplement nier la présence de ces facteurs, soit des distorsions cognitives et des intérêts déviants.

Dans le domaine de la déviance sexuelle, on utilise trop souvent chez les adolescents des concepts et des instruments qui ont été conçus pour la population adulte. Trop d'éléments diffèrent ces deux populations; par exemple les stades développemental et cognitif, leurs expériences de vies sexuelles, leur identité sexuelle, les expériences de vie en général, leur statut, leur développement intellectuel, etc. On ne peut faire abstraction de ces facteurs qui influencent la compréhension clinique que l'on peut se faire de la population d'adolescents qui commettent des crimes sexuels.

Conséquemment, malgré les modifications que nous suggérons pour ces questionnaires, il faudra s'attendre à la possibilité, encore une fois, que l'on ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes.

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB)

La présence de symptômes dépressifs est commune chez les adultes qui ont un diagnostic de paraphilie (Grossman et Cavanaugh, 1990; Kafka et Prentky, 1994), mais également chez les adolescents ayant commis des délits sexuels (Becker et al., 1991). Les résultats observés avec la mesure de dépression sont similaires à ceux obtenus par d'autres chercheurs ayant utilisé la version anglaise de l'Inventaire de dépression de Beck avec une population adolescente (Becker et al., 1991; Kaplan et al., 1984). Dans cette recherche, l'Inventaire de dépression de Beck a révélé la

présence significative de symptômes dépressifs chez le groupe clinique qui a obtenu une cote moyenne de 14,03 ($\underline{É}T = 11,57$), considéré comme une dépression modérée. Le groupe témoin pour sa part avait obtenu une cote moyenne de 6,30 ($\underline{É}T = 6,94$). L'étude de Becker et al. (1991), portant sur 246 adolescents ayant commis des crimes sexuels, rapporte une moyenne de 14,30 ($\underline{É}T = 11,5$) sur l'échelle de Beck, il n'y avait pas de groupe témoin. Une autre étude menée auprès de 398 étudiants à l'école secondaire (Kaplan et al., 1984) rapporte que 77,9 % des sujets avaient un résultat qui tombait dans la catégorie « aucune dépression » (0-9). Le résultat moyen pour l'échantillon complet était de 6,0 ($\underline{É}T = 5,8$). Par conséquent, on constate que nos résultats sont similaires tant en ce qui a trait au groupe clinique qu'au groupe témoin, même quant aux écarts-types (voir tableau 51).

Tableau 51
Cotes moyennes sur l'Inventaire de dépression de Beck

	Becker et al. (1991) (déviant)	Kaplan et al. (1984) (non déviant)
	14,30 ($\underline{É}T = 11,5$)	6,0 ($\underline{É}T = 5,8$)
La présente étude	14,03 ($\underline{É}T = 11,57$)	6,3 ($\underline{É}T = 6,94$)

Les présents résultats confirment encore une fois ce que d'autres chercheurs ont avancé, c'est-à-dire que la présence de symptômes dépressifs chez la population d'abuseurs sexuels est fréquente. Il s'agit maintenant de déterminer si ces symptômes sont apparus suite au dévoilement ou s'ils étaient déjà présents au moment des abus. Les deux possibilités sont à considérer. Dans le premier cas, compte tenu de la nature humiliante de leurs actions et des conséquences légales,

familiales et personnelles qu'entraîne un tel dévoilement, sans parler de la réprobation sociale et de la stigmatisation de telles personnes, il n'est pas surprenant de constater qu'une personne puisse présenter des symptômes dépressifs suite au dévoilement de ses agressions. Dans le deuxième cas, il est possible qu'un adolescent présente déjà des symptômes dépressifs avant le dévoilement ou au moment des abus. En effet, les jeunes qui ont eux-mêmes été victimes de sévices physiques, psychologiques ou sexuels peuvent présenter des symptômes dépressifs. D'ailleurs, Becker et al. (1991) ont noté que les adolescents de leur étude, victimes d'abus physique ou sexuel, ont obtenu des résultats plus élevés sur l'échelle de Beck que ceux des sujets qui n'étaient pas eux-mêmes victimisés (15 contre 10) et cette différence était significative ($p < .005$). En somme, outre le fait d'avoir été victime de mauvais traitement, plusieurs autres facteurs restent à déterminer dans le but de comprendre d'où proviennent les symptômes dépressifs des adolescents ayant commis des crimes sexuels. Ces symptômes peuvent cacher des difficultés primaires qui sont à la source de cet état dépressif (p.ex. faible estime de soi, trouble de la personnalité, négligence parentale). Ces difficultés pourront également être abordées en traitement. Quelque en soit la source, par contre, on doit s'attaquer à la dépression non seulement pour sa pertinence clinique, mais également pour prévenir une récurrence (si elle fait partie du cycle délictuel) ou une éventuelle tentative de suicide.

L'Inventaire de Jesness

En ce qui a trait à l'Inventaire de Jesness, instrument mesurant des traits de personnalité statistiquement associés aux conduites délinquantes chez les adolescents, il s'est avéré que seule la cote globale (indice d'asocialité) a pu distinguer les deux

groupes de manière significative à un seuil établi à .01. Notons que l'échelle de déni a presque atteint un seuil de signification à .02. Selon Forget (1977), qui a tenté de vérifier si l'échelle de Jesness distinguait les délinquants sérieux des délinquants mineurs, l'indice d'asocialité et l'échelle de mésadaptation distingueraient mieux les degrés de gravité du comportement délinquant.

Lafortune (1996) a administré ce questionnaire à deux groupes de délinquants (sexuels et non sexuels) constate que sur chacune des échelles, incluant l'indice d'asocialité, les deux groupes obtenaient des résultats comparables en termes de moyennes et d'écart-type. Les résultats étaient légèrement supérieurs à la moyenne établie de 50 (entre 51 et 63). Les indices d'asocialité étant de 61,39 ($\underline{ET} = 12,52$) pour les délinquants sexuels et de 60,90 ($\underline{ET} = 14,81$) pour les délinquants non sexuels. Il a de plus constaté, grâce à une analyse de cas extrêmes, que les sujets ayant un faible indice d'asocialité reconnaissaient n'avoir fait qu'une seule victime alors que les sujets avec des indices plus élevés reconnaissaient avoir fait deux ou trois victimes. Dans la présente étude, ce même genre d'analyse s'est avéré non concluant.

Dans le manuel du questionnaire, Jesness (1983) fait ressortir les indices d'asocialité obtenus à partir de quatre études conduites en Angleterre et en Californie (Jesness, 1969; Fisher, 1967; Davies, 1967 et Mott, 1969; cités dans Jesness, 1983). Le tableau 52 résume ces résultats ainsi que ceux de la présente étude et de celle de Lafortune (1996).

Les résultats du groupe clinique de la présente étude sont légèrement supérieurs à ceux des populations des études citées par Jesness (1983). De plus, il semble que notre groupe témoin ait obtenu des résultats similaires aux populations délinquantes, tant en Californie qu'en Grande-Bretagne. Lafortune (1996), pour sa part, présente les résultats les plus élevés pour ses deux populations (délinquants et délinquants sexuels). Conséquemment, les résultats des échantillons québécois semblent plus élevés que ceux des études datant des années 60 et ce, tant pour les sujets non-délinquants que pour les sujets délinquants. Cet écart de générations pourrait

Tableau 52

Cotes moyennes sur l'indice d'asocialité pour des groupes de délinquants, de non-délinquants et de délinquants sexuels.

Type de groupe	<u>N</u>	Âge	<u>M</u>	<u>ET</u>
<i>Délinquants (Californie) a</i>				
- Centre fermé	1302	15-19	25,06	4,58
- Centre de réception	2601	10-19	24,20	5,19
<i>Non-délinquants</i>				
- problèmes disciplinaires	71	12-15	16,99	5,89
- aucun problème disciplinaire	44	12-15	14,11	4,21
<i>Délinquants (Grande-Bretagne)</i>				
- milieu ouvert (Borstal) b	203	16-18	24,30	5,41
- école approuvée c	208	13-16	24,26	5,01
- en probation d	454	17-20	19,96	5,22
<i>Lafortune (1996; Québec)</i>				
- délinquants non sexuels	30	12-18	60,90	14,81
- délinquants sexuels	30	12-18	61,39	12,52
<i>Présente étude (Québec)</i>				
- non-délinquants	33	18	25,06	13,28
- délinquants sexuels	33	13-18	33,15	11,96

a Jesness (1969); b Fisher (1967); c Davies (1967); d Mott (1969) (cités dans Jesness, 1983)

expliquer les différences observées. Si l'on observe les médias, on s'aperçoit que la délinquance de nos jours semble s'être aggravée. Les auteurs d'actes criminels chez la population adolescente d'aujourd'hui paraissent de plus en plus jeunes et leurs crimes, de plus en plus violents (p. ex., la tirade à l'école secondaire Columbine au Colorado; le même type de crime s'est reproduit peu de temps après dans l'ouest canadien; le meurtre gratuit d'un adolescent immigrant russe à Toronto en novembre 1999, etc.). C'est sans doute cette nouvelle culture de la violence qui reflète nos résultats plus élevés qu'il y a 30 ans.

Quant aux sujets de la présente étude, même si les groupes ne se distinguent que sur l'indice global de l'Inventaire de Jesness, il est important de constater que ces résultats demeurent quand même sous la moyenne établie à 50. Les adolescents du groupe clinique auraient donc un profil légèrement plus délinquant que ceux du groupe témoin, mais en deçà de la population normative. Quelques hypothèses explicatives tentent d'interpréter ces résultats. D'abord, une grande partie des sujets du groupe clinique (près de 50 %) était institutionnalisée. Il est alors possible que ces jeunes aient développé des attitudes conformistes qui les rapprochent alors de la norme. Ils ont appris qu'elles étaient les bonnes réponses et les bons comportements. Ensuite, il est possible que l'échantillon clinique se composait de deux sous-populations. Une qui affiche des comportements antisociaux et délinquants et une autre dont la problématique sexuelle est la seule zone de difficulté. Si tel était le cas, la possibilité que les moyennes extrêmes se rejoignent vers une tendance centrale n'est pas à éliminer. Ainsi, la population du groupe clinique apparaît « normale ». Il serait intéressant dans des recherches ultérieures de faire des analyses comparatives

sur des sous-populations d'abuseurs sexuels, afin d'établir si réellement certains abuseurs ont des personnalités plus délinquantes que la population générale ou, du moins, s'ils présentent des profils différents des autres types de délinquants.

Bien que non significatifs à un seuil de .01, les résultats à l'échelle de déni seront discutés, car ils approchent ce seuil (c.-à-d. .02) et ils apportent des informations pertinentes à cette étude. Les sujets qui ont des cotes élevées sur l'échelle de déni ont tendance à ne pas exprimer de jugement critique et à éviter des pensées déplaisantes ayant trait aux relations interpersonnelles. Dans quelques instances, ils peuvent être défensifs à admettre leurs difficultés aux autres (Jesness, 1983). Jesness a noté que les cotes à cette échelle peuvent augmenter avec l'âge. Cette échelle est également la seule à présenter des scores élevés parmi les populations de non-délinquants. Il explique qu'une cote modérément élevée peut indiquer un bon ajustement émotif et de l'optimisme. Un résultat qui est faible serait possiblement associé à une faiblesse du moi (*low ego strength*). Finalement, l'auteur mentionne en quoi consistent les items de cette échelle. Plus de la moitié des items portaient sur la perception du jeune de sa famille. Un résultat élevé indiquerait qu'il perçoit ses parents comme étant sans défaut et comme n'ayant pas de conflits avec ces derniers. D'autres items portent sur le déni de l'inadéquation personnelle et le chagrin. Finalement, certains items portent sur l'incapacité de critiquer autrui. Si bien qu'une cote qui serait très faible suggérerait la présence de conflit familial et l'incapacité d'admettre ces problèmes, ainsi que d'autres problèmes.

Les résultats de cette étude reflètent cette tendance suggérée par Jesness (1983). Le groupe témoin obtient une cote moyenne plus élevée sur l'échelle de déni que le groupe clinique. Ceci pourrait s'expliquer de deux façons. D'abord, le groupe témoin est plus âgé et la tendance serait que les résultats augmentent avec l'âge. Ensuite, il est en effet possible que le groupe témoin exhibe moins de difficultés dans le milieu familial, moins de tristesse et qu'ils soient plus aptes à critiquer les autres. D'ailleurs, certaines variables de l'entrevue ont révélé que les sujets du groupe témoin avait moins de difficultés dans le milieu familial et sur le plan des habiletés sociales, et le Beck a révélé qu'ils étaient moins déprimés que les sujets ayant commis des crimes sexuels (voir sections précédentes). Ces résultats vont donc dans le même sens que les résultats de l'échelle de déni.

Même si les sujets de cette étude n'ont pu se différencier significativement sur les sous-échelles de l'Inventaire de Jesness, cet instrument a tout de même pu révéler que les groupes se distinguaient de manière significative sur le résultat global, c'est-à-dire sur l'indice d'asocialité. Comme le constate Lafortune (1996), il faut noter que « l'inventaire de Jesness n'a pas été conçu pour distinguer les profils psychologiques de jeunes abuseurs sexuels » (p. 182). En parallèle, il ne faut pas s'étonner si les deux populations (les délinquants sexuels et les délinquants non sexuels) de l'étude de Lafortune (1996) partagent des caractéristiques communes. Cet état des faits a d'ailleurs souvent été démontré dans la documentation scientifique. Il est probable que la différence ne se situe pas dans le profil de la personnalité, mais à d'autres plans qui demeurent à être explorés (p. ex., profil des intérêts sexuels).

Finalement, dans un premier temps, des analyses de corrélations ont été effectuées afin de déterminer s'il pouvait y avoir des liens entre l'indice d'asocialité et différentes variables de l'entrevue clinique. Ces analyses ont révélé un lien significatif pour cinq des neuf variables testées. Le fait d'avoir des difficultés scolaires, de redoubler une année scolaire et le groupe d'appartenance étaient des variables corrélées positivement avec l'indice d'asocialité. Alors que le type de coercition employé et le degré d'empathie étaient corrélés négativement. Ces variables étaient corrélées à un seuil minimal de $p = .01$. Ainsi, il semble y avoir un lien entre ces variables et la cote globale au Jesness. En effet, une déficience sur une de ces variables pourrait expliquer un certain degré de pathologie sur le plan de la personnalité et, par conséquent, entraîner des comportements de délinquance.

D'un point de vue clinique et exploratoire, il est également intéressant de constater que les variables suivantes étaient corrélées positivement (à un seuil de $p = .05$) avec l'indice d'asocialité: consommation de drogue ($p = .02$); victime d'abus physique ($p = .02$); trouble de la conduite ($p = .02$). Par conséquent, tout comme pour les variables précédentes, l'une ou toutes ces variables sont en relation avec la personnalité délinquante.

Dans un deuxième temps, ce même genre d'analyse a été effectué entre l'indice d'asocialité et les résultats globaux aux questionnaires des intérêts sexuels et des cognitions. Seule la relation entre l'indice d'asocialité et le Questionnaire des cognitions pour adolescents s'est avérée significative. Ainsi, plus un adolescent

entretiendrait des distorsions cognitives, plus le score à l'inventaire de Jesness risque d'être élevé, donc plus la personnalité est délinquante.

Il est clair que ces analyses représentent des corrélations et ne tentent nullement d'insinuer des liens de causalité. Par contre, ces corrélations peuvent nous donner des pistes futures pour des recherches plus précises sur les adolescents ayant commis des délits sexuels (p. ex., lien entre le type de coercition employé au moment du délit et le type de personnalité; évaluer la valeur prédictive de cette variable).

Tel que déjà énoncé, l'Inventaire de Jesness n'a pas été construit dans le but précis d'évaluer des délinquants sexuels. En contrepartie, un adolescent qui a commis un crime sexuel peut, par contre, en parallèle, avoir des comportements délinquants ou des attitudes délinquantes. Dans un tel cas, l'Inventaire de Jesness peut s'avérer être un outil pertinent lors de l'évaluation clinique. Il s'agira de déterminer si la délinquance sexuelle est une problématique distincte de la délinquance générale, en quoi est-elle différente et quelles caractéristiques ces deux populations partagent-elles.

Le questionnaire de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne (MC-20)

La population d'agresseurs sexuels est souvent reconnue comme étant une population qui a tendance à nier, à minimiser et à se déresponsabiliser de ses délits. À cause de la transparence de certains questionnaires, divers auteurs ont suggéré l'utilisation d'une échelle de désirabilité sociale, afin de déceler si ces sujets avaient tendance à répondre aux questionnaires de façon à donner des réponses qui sont

socialement désirables. À notre connaissance, ceci est la troisième étude québécoise qui tente de vérifier ce constat chez une population d'agresseurs sexuels et les conclusions semblent toutes concorder (voir Cloutier, 1994; Dufour, 1997). Bien que la présente étude ait porté sur une population adolescente et que les deux études susmentionnées aient porté sur des populations adultes, la tendance semble être la même. Encore une fois, le questionnaire mesurant la désirabilité sociale n'a pu distinguer les adolescents ayant commis des délits sexuels des adolescents non délinquants.

Les sujets des deux groupes ont obtenu des moyennes quasi identiques sur l'échelle de désirabilité sociale ($M = 9,96$ groupe clinique; $M = 8,94$ groupe témoin). Il apparaît donc que les sujets ont tous tenté de bien paraître. Les deux groupes semblent alors être similaires sur cette échelle également. Les analyses de covariance ne nous ont pas permis de conclure que la désirabilité sociale était une covariable significative pouvant expliquer le manque de discrimination de certains de nos questionnaires. Ceci confirme qu'à plusieurs égards les deux groupes d'adolescents sont similaires sur les concepts mesurés et que des recherches devraient se concentrer sur des facteurs autres pouvant distinguer les adolescents ayant commis des crimes sexuels des autres populations.

De plus, l'échelle de désirabilité sociale ne semble pas être le meilleur outil pour mesurer le biais de la réponse des sujets. Comme il a déjà été soulevé, les agresseurs sexuels ont tendance à nier ou à minimiser leurs délits, leurs intérêts sexuels, leurs distorsions, etc. Or, malgré que le concept de déni semble être lié au concept de

désirabilité sociale, ces deux phénomènes sont très différents. En effet, lorsqu'une personne répond dans le sens de « bien paraître », ce processus n'est pas nécessairement toujours conscient. En d'autres mots, l'individu peut réellement croire ce qu'il dit au moment où il l'affirme. Par contre, lorsqu'une personne nie ou minimise, elle a plutôt recours à la dissimulation qui est un processus plutôt conscient et volontaire. La personne pose un tel comportement le fait dans un but précis (p.ex., échapper à l'humiliation, tenter d'éviter une accusation, etc.). Si tel est le cas, l'échelle de Marlowe-Crowne ne mesure pas nécessairement la dissimulation.

Alors, pour contrer cette tendance à la dissimulation ou plutôt pour déceler si le sujet y a recours, il serait davantage pertinent de développer une échelle qui mesurerait cette tendance. Certains inventaires (p. ex., le MMPI) comprennent des sous-échelles qui mesurent si l'individu essaie volontairement de bien ou de mal paraître. Le résultat obtenu à cette échelle de validité nous guiderait alors dans l'interprétation du questionnaire qui est transparent.

Il n'en demeure pas moins que des questionnaires comme celui des cognitions et des intérêts sexuels ne peuvent échapper à la transparence de par la nature des concepts qui sont mesurés. Ces questionnaires sont employés chez les abuseurs sexuels adultes et ils arrivent à distinguer cette population des non-abuseurs (voir Dufour, 1997). D'autres études devront être conduites auprès des adolescents afin de déterminer la validité discriminante de ces instruments. Seule la duplication d'études de la sorte pourra élucider si la mesure de distorsions cognitives ou d'intérêts sexuels, à partir de questionnaires, chez les adolescents ayant commis des crimes sexuels est

similaire à celle retrouvée chez les adultes ou s'il est même pertinent de les mesurer à ce stade de la délinquance sexuelle. Autrement, il faudra alors développer des instruments plus adaptés au stade développemental de l'adolescence ou même au stade de l'évolution de la problématique sexuelle, c'est-à-dire à ses débuts. Trop souvent, on a tendance à faire des parallèles immédiats avec les abuseurs adultes, alors que, si ce n'est que d'un point de vue développemental, d'expérience de vie et de maturité, ces deux populations sont à des stades de vie très différents et à une étape où la délinquance sexuelle ne fait que débiter.

Modèle théorique

Suite aux résultats de la présente recherche nous tentons maintenant d'établir un modèle théorique pouvant expliquer le développement de la déviance sexuelle au moment de l'adolescence.

Plusieurs variables ont distingué les sujets du groupe clinique de ceux du groupe témoin. Certaines d'entre elles sont liées directement à la problématique sexuelle, alors que d'autres seraient plutôt en relation avec la délinquance non sexuelle. Malgré ce constat, l'on ne peut nier que chacune d'entre elles ait influencé le développement des adolescents et façonné leurs apprentissages, leurs comportements et leurs personnalités.

Les variables suivantes se sont avérées significatives et pouvant représenter des facteurs de risque au passage à l'acte sexuellement déviant: avoir été sexuellement

victimisé; avoir subi des sévices physiques de la part d' un parent ou d'un parent substitut; la présence de carences sur les plans des habiletés sociales et de la sexualité. Plus précisément, en ce qui a trait à cette dernière variable, on a pu identifier la présence de fantasmes déviants, un malaise par rapport à la sexualité, les premières expériences sexuelles comme étant déviantes et des relations sexuelles précoces. Ce sont ces variables d'origine sexuelle qui auraient une influence directe sur le développement de la sexualité de l'adolescent.

Si l'on considère d'abord la contribution de la victimisation physique de la part d'un parent ou d'un parent substitut. Selon la fréquence, la durée et la gravité des abus physiques, l'impact de ces derniers sur l'adolescent varierait selon les caractéristiques de l'individu. Par exemple, l'individu peut devenir dépressif et développer des sentiments d'impuissance. Ceci, combiné à une faible estime de soi, pourrait alors entraîner des difficultés sur le plan des habiletés sociales et quant à la capacité de développer des habiletés d'adaptation. Ainsi, l'individu n'apprend pas à s'affirmer adéquatement, par manque de modèle ou de confiance en soi. En contrepartie, un autre individu ayant subi le même genre de sévices pourrait réagir, au contraire, en s'identifiant à l'agresseur et en devenant à son tour agressif. Il pourrait même acquérir des valeurs antisociales ou même développer certaines caractéristiques de la personnalité antisociale.

Ensuite, considérons la possibilité qu'un individu ait été victime d'abus sexuel. Encore une fois, le degré du traumatisme variera selon l'individu. On retrouve, entre autres, que le fait d'avoir subi ce genre de sévice peut éveiller, de manière précoce et

inadéquate, le jeune à la sexualité. L'éveil précoce à la sexualité peut, en retour, entraîner des préoccupations face à celle-ci, face à l'identité sexuelle et peut même entraîner l'apparition de comportements sexuels inappropriés. Les frontières entre l'adolescent et les autres deviennent alors diffuses et les elles peuvent s'atténuer. Ainsi l'adolescent ne serait plus en mesure de respecter l'autre et c'est alors qu'on observerait que certains individus ayant été victimes de sévices sexuelles agressent sexuellement.

Enfin on observe souvent chez les adolescents qui commettent des délits sexuels, des lacunes sur le plan des habiletés sociales. Celles-ci seraient souvent le fruit de la piètre qualité des relations parents-enfant. Ainsi, comme il a été présenté au premier chapitre, les expériences négatives en milieu familial peuvent entraîner des lacunes sur le plan de l'estime et de la perception de soi, pour alors produire des difficultés sur le plan des habiletés sociales. À cet effet, l'adolescent peut se sentir plus à l'aise avec des enfants plus jeunes, car il éprouverait des difficultés à s'affirmer dans ses relations avec les garçons et les filles de son âge. L'adolescent peut donc commencer à fréquenter davantage des enfants et à développer une relation privilégiée avec eux, pouvant conduire à des expériences sexuelles. En contrepartie, il y aurait l'adolescent qui n'aurait pas de rapport sexuel avec des enfants, mais dont les relations intimes avec ses pairs sont empreintes de violence et d'agressivité, pouvant conduire à des rapports sexuels forcés. Finalement, certains adolescents ayant des déficiences sur le plan des habiletés sociales peuvent même s'isoler et leur sexualité peut prendre alors les voies de l'exhibitionnisme, du voyeurisme ou du frottage.

Les fonctions déficitaires susmentionnées ne sont toutefois pas uniques aux agresseurs sexuels et peuvent être similaires entre les délinquants sexuels et les délinquants non-sexuels. On peut donc conclure que ces lacunes pourraient entraîner l'adolescent sur trois voies différentes: la psychopathologie, des troubles du comportement, une délinquance non sexuelle ou une délinquance sexuelle. Celles-ci n'étant pas nécessairement mutuellement exclusives. Par contre, l'élément différenciel qui entraînerait l'adolescent, entre autres, vers la délinquance sexuelle, est possiblement la composante sexuelle combinée à une déficience sur le plan des habiletés sociales, c'est-à-dire les relations interpersonnelles.

Les résultats de la présente étude ont fait ressortir de manière significative les variables suivantes reliées à la vie sexuelle de l'adolescent: la victimisation sexuelle, l'initiation sexuelle non déviante à un âge précoce, un malaise face à la sexualité, la difficulté d'entrer en relation sexuelle avec un partenaire d'âge approprié, la présence de fantasmes déviants et des expériences précoces à caractère déviant.

Ainsi, la principale sphère qui est observée significative chez les adolescents qui commettent des délits sexuels est la sphère sexuelle. Ces ensembles de variables sont communes à plusieurs de nos sujets du groupe clinique et significativement absentes chez nos sujets du groupe témoin. Nous croyons que si ces variables étaient absentes l'adolescent ne développerait pas de problématique sexuelle.

Il serait important, dans des recherches futures, d'évaluer combien de ces variables doivent être présentes pour déterminer si une personne est à risque de développer une

problématique sexuelle. Nous croyons que si nous arrivions à déterminer le nombre de facteurs nécessaires au développement de la délinquance sexuelle, ceci aiderait dans l'élaboration d'interventions préventives dans le but de venir en aide aux enfants à risque de développer, à l'adolescence ou à l'âge adulte, des intérêts sexuels déviants.

Finalement, les résultats de la présente étude, ainsi que ceux de Robinson (1998), démontrent qu'il est indispensable d'aborder en traitement la composante sexuelle. Tel qu'il a déjà été souligné tout au long de ce rapport de recherche, les autres sphères déficitaires (p. ex., problèmes scolaires, trouble du comportement, consommation de substances psychoactives, etc.) devraient également être travaillées. Par contre, si la composante sexuelle n'est pas ciblée, ceci aura, à notre avis, des répercussions négatives sur le succès thérapeutique et sur le risque de récidive.

Conclusion

Notre étude était l'une des premières à tenter de valider un protocole d'évaluation, incluant une entrevue et des questionnaires, destiné pour des adolescents ayant commis des crimes sexuels. Les résultats nous ont permis d'élucider certaines composantes qui ont pu contribuer à la commission des abus sexuels. Notons, par exemple, toutes les variables ayant pu entraver au développement sexuel normal de l'adolescent ou à sa capacité de développer des habiletés sociales adaptées. Cette recherche a permis de confirmer certains postulats de la documentation scientifique, tels l'impact de la victimisation sexuelle ou physique sur l'adolescent, la présence de carences sur le plan des habiletés sociales, des difficultés familiales, scolaires et

comportementales, et des expériences sexuelles pouvant contribuer à la délinquance sexuelle. Par contre, cette recherche nous a également permis de constater que certaines de ces variables n'étaient, somme toute, pas nécessairement caractéristiques des adolescents qui commettent des crimes sexuels. Des conclusions importantes ont pu être tirées grâce à la principale force de cette recherche qui était la présence d'un groupe de comparaison. En effet, cette recherche nous amène à conclure que les questionnaires de Becker et Kaplan sont des instruments qui doivent être améliorés et ce, bien qu'il soient administrés à grande échelle en Amérique du Nord. De plus, il s'avère que l'entrevue élaborée pour cette recherche est un instrument pertinent à l'évaluation des adolescents ayant commis des délits sexuels, grâce aux nombreuses variables révélées significatives à la compréhension de cette problématique. À notre connaissance, cette recherche fut la première à tenter une première étape de validation d'une entrevue standardisée pour ce type de population.

Quatre des sept hypothèses ont été confirmées et tous les objectifs ont été rencontrés. Les adolescents ayant commis des délits sexuels se sont distingués des adolescents du groupe témoin sur plusieurs variables de l'entrevue et sur certains questionnaires. Cette étude a non seulement aidé à la clarification de la présence de certaines variables cliniques chez les adolescents ayant commis des délits sexuels (p. ex., présence d'une sexualité non déviante en parallèle; présence de fantasmes déviants lors de la masturbation; premières expériences sexuelles sont déviantes), mais elle a permis l'élaboration d'un protocole d'évaluation standardisé pour ce type de population. Elle a également rendu possible l'identification des forces et des lacunes des questionnaires employés actuellement dans plusieurs cliniques au Canada

et aux États-Unis. Ces questionnaires n'avaient jamais fait l'étude d'une validation aussi exhaustive et ce, malgré leur grande utilisation.

Limites et suggestions d'améliorations futures

Malgré les limites inhérentes à toute recherche, celles-ci ne peuvent que nous éclairer sur les démarches à suivre pour des recherches futures. Il importe donc de les mettre à jour et d'y apporter des améliorations pour l'avenir. Dans la présente étude, un nombre important de variables ont été mesurées par rapport à la taille de l'échantillon ($N = 66$). Par conséquent, nous avons dû être sévères dans la détermination du seuil de signification ($p < .01$) et certains résultats obtenus ne pouvaient que représenter des tendances ($p < .05$). Il serait intéressant de reproduire cette recherche, avec un nombre plus important de sujets. Ceci nous permettrait de faire des analyses statistiques plus sophistiquées (telle Lisrel) nous permettant, par exemple, de tester un modèle théorique et de vérifier si des facteurs peuvent être identifiés à partir de notre entrevue et ce, à l'aide de l'analyse factorielle.

Alors que la majorité des sujets du groupe clinique avaient commis des délits s'apparentant à la pédophilie, d'autres types de délits avaient été inclus dans le présent échantillon, tels l'exhibitionnisme et le viol. Ainsi, l'hétérogénéité de l'échantillon pouvait poser une certaine limite, tant pour la généralisation des résultats que pour la représentativité des résultats à une population d'adolescents dont les victimes sont des enfants. Les réponses fournies par les adolescents qui ont commis des délits de nature autre que pédophilique ont pu influencer les résultats globaux. On pourrait, à l'avenir, remédier à cela en dichotomisant la population

étudiée en divers sous groupes, catégorisés en fonction du type de délit sexuel. Ainsi, l'on pourrait non seulement établir s'il existe des différences entre diverses sous-groupes, selon les délits, mais également faire des comparaisons à des groupes de délinquants non-sexuels ou des adolescents tirés de la population générale. Une autre possibilité serait de regrouper les sujets en fonction du type de coercition utilisé au moment de l'agression (p. ex., aucune forme, contrainte verbale, force physique, utilisation d'une arme). À notre avis, ces types de regroupements produiraient des résultats qui seraient plus concluants.

La différence d'âge significative entre les deux groupes pose une autre limite. Il était parfois difficile de déterminer si certains résultats étaient attribuables uniquement au groupe d'appartenance ou à la différence d'âge ou à une combinaison de ces deux variables. Par contre, cette limite était incontournable compte tenu des considérations éthiques qui devaient être prises à cause de la nature sexuellement explicite des questionnaires de Becker et Kaplan. Or, il serait possible d'avoir recours à des adolescents mineurs en ce qui a trait à l'entrevue qui, de par son contenu, ne risque pas de poser de dilemme éthique. Il serait alors intéressant d'observer si des différences significatives pourraient être attribuables aux différentes catégories d'âge telles, 11-13 ans, 14-16 ans et 17-19 ans. L'adolescence étant dotée d'importants changements et ce, sur de courtes périodes, il serait pertinent d'étudier l'évolution de la problématique sexuelle selon les différentes catégories d'âge. Une étude longitudinale sur un même sujet seraient clairement inacceptable d'un point de vue déontologique, car l'on ne peut s'abstenir d'intervenir auprès d'un jeune qui commence à commettre des délits sexuels à 12 ans et observer l'évolution de sa

problématique tout au long de l'adolescence. Pour y remédier, une étude longitudinale sur plusieurs cohortes (*cross-sectional*, en anglais) serait une alternative envisageable.

En ce qui a trait aux instruments de mesures qui ont été utilisés, certaines améliorations pourront être apportées. D'abord, certaines variables de l'entrevue auraient pu être davantage opérationnalisées (p. ex., la mesure de l'empathie, la qualité de la relation avec les parents, les habiletés sociales). De plus, il est recommandable d'obtenir des informations au sujet de l'histoire psychiatrique du jeune et de sa famille, ainsi que sur la présence ou non de troubles neuro-psychologiques. Dans les deux cas, ces informations sont pertinentes dans la compréhension clinique de la problématique de l'adolescent.

Puisque les questionnaires de Becker et Kaplan devaient être traduits et validés intégralement, des modifications à cette étape ne pouvaient être apportées. Par contre, pour des recherches futures, les modifications suggérées préalablement pourraient faire l'étude d'une seconde validation avant que l'on ne rejette du revers de la main la pertinence de ces questionnaires. On a mentionné, par exemple, d'augmenter et d'uniformiser le nombre d'items par catégorie, d'ajouter une échelle de validité, de modifier l'échelle des réponses et de modifier les instructions lors de l'administration. Finalement, afin de déterminer si le sujet répond honnêtement aux questions, il serait pertinent de rechercher dans la documentation scientifique actuelle un instrument, adapté aux agresseurs sexuels, qui mesureraient leur tendance à nier ou à minimiser plutôt que d'utiliser un instrument qui mesure la désirabilité sociale.

Les données obtenues lors de cette procédure d'évaluation n'ont pu être corroborées par des sources officielles telles, les dossiers, les professeurs, les parents ou les travailleurs sociaux. Malgré cette limite, il faut mentionner que tous les sujets participaient de manière volontaire à cette recherche et pouvaient se retirer à tout moment sans être pénalisés. Étant donné qu'un rapport devait être rédigé à la suite de la procédure d'évaluation, nous ne sommes pas aveugles à l'effet que certains jeunes pouvaient ressentir une certaine pression à être évalués et qu'ils ont pu modifier ou falsifier certaines informations. Cette limite est parfois incontournable lorsqu'on étudie ce genre de population. Toutefois, il s'avère que les sujets du groupe clinique, en ce qui a trait à leur historique de vie et leur vie sexuelle, ont rapporté des données qui se rapprochaient de ce que l'on retrouve dans les écrits scientifiques.

Généralisation des résultats

Les adolescents de cette recherche ont été recueillis dans des Centres Jeunesse et avaient donc été pris en charge par le département de la protection de la jeunesse. Dans les cas où il y eut signalement, l'adolescent était sous les mesures volontaires, alors que d'autres ont été reconnus coupables et par conséquent, placés en centre ou en famille d'accueil. Par conséquent, les résultats de cette étude ne peuvent se généraliser à des populations d'abuseurs qui seraient en milieu fermé ou même qui n'auraient pas été signalés à la protection de la jeunesse. De plus, la grande majorité de l'échantillon était composé de jeunes dont le délit était de nature pédophilique. Par conséquent, certains résultats ne pourront se généraliser à des populations

coupables de viol, d'exhibitionnisme, d'appels obscènes ou de tout autre type de paraphilie.

Malgré les difficultés qui incombaient à étudier une telle population, les résultats obtenus sont intéressants et nous orientent vers une meilleure compréhension de la problématique de l'abus sexuel chez les adolescents. Le nombre d'adolescents qui commettent des crimes sexuels est encore sous-estimé, ainsi que le nombre de délits commis par ces derniers. Notre recherche révèle que 33 adolescents ont admis avoir commis 2452 abus sexuels, un chiffre conservateur étant donné que cette population est réticente à divulguer le nombre réel d'abus commis . Ces jeunes sont en grand besoin d'aide et de prise en charge. La présente étude, malgré le nombre restreint de sujets, nous dévoile un sérieux malaise social. De plus en plus de recherches sont réalisées auprès de cette population, cependant cette direction de recherche n'a pas pris autant d'ampleur au Québec. Même si un bon nombre de ces adolescents sont en contact avec les Centres Jeunesse, il faut reconnaître que l'accessibilité à cette population est difficile. Pour développer un mode d'évaluation et de traitement à la fine pointe et adaptée aux adolescents ayant commis des crimes sexuels, il faudrait recruter davantage de jeunes et non seulement les comparer à un groupe d'adolescents dit normaux, mais également à un groupe de délinquants non sexuels. Nous sommes en besoin urgent d'intervenir auprès de cette population avant qu'elle ne fasse trop de victimes et que la problématique se poursuive à l'âge adulte.

Références

- Abel, G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J., Kaplan, M. et Reich, J. (1984). The Treatment of Child Molesters: A Manual. Unpublished manuscript. Atlanta, GA: Behavioral Medicine Laboratory, Emory University.
- Abel, G. G., Becker, J. V., Mittelman, M., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J.L., & Murphy, W. D. (1987). Self-reported sex crimes of non incarcerated paraphiliacs. Journal of Interpersonal Violence, 2(1), 3-25.
- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camp, N. L., Becker, J. V. et Rathner, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. Annals of Sex Research, 2 (2), 135-153.
- Abel, G. G., Mittelman, M. S. et Becker, J. V. (1985). Sex offenders: Results of assessment and recommendations for treatment. In M.H. Ben-Aron, S.J. Hucker & C.D. Webster (éds.), Clinical criminology: The Assessment and treatment of criminal behavior (pp. 207-220). Toronto: M & M Graphics.
- Abel, G. G., Osborn, C. A. et Twigg, D. A. (1993). Sexual assault through the life span: Adult offenders with juvenile histories. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall et S. M. Hudson (éds). Juvenile Sex Offenders (pp. 104 - 117). New York: The Guilford Press.
- Abel, G. G. et Rouleau, J. L. (1984). Demande de subvention: Évaluation des adolescents agresseurs sexuels. Manuscrit non publié. Soumis pour le National Institute of Mental Health. Washington, DC.
- Abel, G. G., Rouleau, J. L. et Cunningham-Rathner, J. (1986). Sexually aggressive behavior. In W. Curran, A. McGarry, & S. Shah (éds.). Forensic Psychiatry and Psychology: Perspectives and Standards for Interdisciplinary Practice (pp. 289 - 313). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Abel, G. G. et Rouleau, J. L. (1990). The nature and extent of sexual assault. In W. L. Marshall, D. R. Laws et H. E. Barbaree (éds.). Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender (pp. 9 - 21). New York : Plenum Press.
- Ageton, S. (1983). Sexual Assault among adolescents. Lexington, MA: Lexington Books.
- Aljazeera, L. (1993). Historical, environmental, and behavioral correlates of sexual offending by male adolescents: A critical review. Behavioral Sciences and the Law, 11 (4), 423-440.
- Amir, M. (1971). Patterns in Forcible Rape. Chicago: University of Chicago Press.

- Aubut, J. (Eds.). (1993). Les Agresseurs Sexuels: Théorie, Évaluation et Traitement. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Awad, G. A. et Saunders, E. B. (1988). Adolescent child molesters: Clinical observations. Child Psychiatry and Human Development, 19, 195-206.
- Awad, G. A. et Saunders, E. B. (1991). Male adolescent sexual assaulters: Clinical observations. Journal of Interpersonal Violence, 6 (4), 446-460.
- Awad, G. A., Saunders, E. et Levene, J. (1984). A clinical study of male adolescent sex offenders. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 28, 105-116.
- Bagley, C., Wood, M. et Young, L. (1994). Victim to abuser: Mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. Child Abuse and Neglect, 18(8), 683-697.
- Barbaree, H. E. et Cortoni, F. A. (1993). Treatment of the juvenile sex offender within the criminal justice and mental health systems. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall et S. M. Hudson (éds). Juvenile Sex Offenders (pp. 243 - 263). New York: The Guilford Press.
- Barbaree, H. E., Hudson, S. M. et Seto, M. C. (1993a). Sexual assault in society: The role of the juvenile offender. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall et S. M. Hudson (éds). Juvenile Sex Offenders (pp. 1 - 24). New York: The Guilford Press.
- Barbaree, H.E., Marshall, W.L. et Hudson, S.M. (1993b). The Juvenile Sex Offender. The Guilford Press, New York.
- Bard, L. A., Carter, D. L., Cerce, D. D., Knight, R. A., Rosenberg, R. et Schneider, B. (1987). A descriptive study of rapists and child molesters: Developmental, clinical, and criminal characteristics. Behavioral Sciences and the Law, 5, 203-220.
- Barnard, G. W., Fuller, A. K., Robbins, L. et Shaw, T. (éds). The child molester. An integrated approach to evaluation and treatment. New York: Brunner/Mazel.
- Beck, A. T., Steer, R. A. et Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E. et Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- Becker, J. V. (1988). Adolescent sex offenders. Behavior Therapist, 11, 185-187.

- Becker, J. V. et Abel, G. G. (1985). Methodological and ethical issues in evaluating and treating adolescent sexual offenders. In E. M. Otey et G. D. Ryan (éds.), Adolescent Sex Offenders: Issues in Research and Treatment (pp. 109-129). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J. et Kaplan, M. S. (1986). Adolescent sexual offenders: Demographics, criminal and sexual histories, and recommendations for reducing future offenses. Journal of Interpersonal Violence, 1, 431-445.
- Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J. et Kaplan, M. S. (1987). The adolescent sexual perpetrator: Demographics, criminal history, victims, sexual behaviors and recommendations for reducing future offenses. Journal of Interpersonal Violence, 1, 431-445.
- Becker, J. V., Harris, C. D. et Sales, B. D. (1993). Juveniles who commit sex offenses: A critical review of research in sexual aggression. In G.C.N. Hall, R. Hirschman, J. Graham et al. (éds.), Issues in Etiology and Assessment, Treatment, and Policy. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Becker, J. V. et Hunter, J. A. (1997). Understanding and treating child and adolescent sexual offenders. Advances in Clinical Child Psychology, 19, 177-197.
- Becker, J. V., Hunter, J. A., Stein, R. M. et Kaplan, M. S. (1989). Factors associated with erection in adolescent sex offenders. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 11, 353-362.
- Becker, J. V. et Kaplan, M. S. (1988). The assessment of adolescent sexual offenders. Advances in Behavioral Assessment of Children and Families, 4, 97-118.
- Becker, J. V. et Kaplan, M. S. (1993). Cognitive behavioral treatment of the juvenile sex offender. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall et S. M. Hudson (éds). Juvenile Sex Offenders (pp. 264 - 277). New York: The Guilford Press.
- Becker, J. V., Kaplan, M. S., Cunningham-Rathner, J. et Kavoussi, R. (1986). Characteristics of adolescent incest sexual perpetrators: Preliminary findings. Journal of Family Violence, 1, 85-97.
- Becker, J. V., Kaplan, M. S. et Tenke, C. E. (1992). The relationship of abuse history, denial and erectile response: Profiles of adolescent sexual perpetrators. Behavior Therapy, 23, 87-97.
- Becker, J. V., Kaplan, M. S., Tenke, C. E. et Tartaglino, A. (1991). The incidence of depressive symptomatology in juvenile sex offenders with a history of abuse. Child Abuse and Neglect, 15, 531-536.

- Becker, J. V. et Stein, R. M. (1991). Is sexual erotica associated with sexual deviance in adolescent males? International Journal of Law and Psychiatry, 14, 85-95.
- Bethea-Jackson, G. et Brissett-Chapman, S. (1989). The juvenile offender: challenges to assessment for outpatient intervention. Child and Adolescent Social Work Journal, 6, 127-137.
- Blaske, D., Bouduin, C., Henggeler, S. et Mann, B. (1989). Individual, family, and peer characteristics of adolescent sex offenders and assaultive offenders. Developmental Psychology, 25, 846-855.
- Boer, D. P, Hart, S. D., Kropp, P. R. et Webster, C. D. (1997). Manual for the Sexual Violence Risk -20: Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence. British Columbia: The Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University.
- Boone-Hamilton, B. (1991). A Family Psychosocial Assessment Tool: Implications for Treatment of the Adolescent Sex Offender and the Family. Paper presented at the 62nd annual meeting of the Eastern Psychological Association, New York.
- Bourque, P. et Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. Canadian Journal of Behavioral Science, 14(3), 211-218.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and Loss: Vol.2. Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books.
- Brown, E. J., Flanagan, T. J. et McLeod, M. (éds.). (1984). Sourcebook of criminal justice statistics- 1983. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.
- Carpenter, P. et Sandberg, S. (1985). Further psychodrama with delinquent adolescents. Adolescence, 20 (79), 599-604.
- Claes, M. (1995). Le développement à l'adolescence: fiction, faits et principaux enjeux. Revue québécoise de psychologie, 16, 63-88.
- Cloutier, J. (1994). La désirabilité sociale chez les agresseurs sexuels. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Cocozza, J. J. et Steadman, H. J. (1976). The failure of psychiatric predictions of dangerousness: Clear and convincing evidence. Criminal Justice and Behavior, 3, 3-21.

- Cook, R. F. et Fosen, R. H. (1970). Pornography and the sex offender: patterns of exposure and immediate arousal effects of pornographic stimuli. Technical Reports of the Commission on Obscenity and Pornography, 6. Washington, DC: U.S. G.P.O.
- Cook, M. et Howells, E. (éds.). (1981). Adult Sexual Interest in Children. New York: Academic Press.
- Crowne, P. D. (1979). The Experimental Study of Personality. Hillsdale: New Jersey.
- Davidson, A. T. (1983). Sexual exploitation of children: A call to action. Journal of the National Medical Association, 75, 925-927.
- Davis, K. E. et Braught, G.N. (1970). Exposure to pornography, character, and sexual deviance: A retrospective survey. Technical Reports of the Commission on Obscenity and Pornography, 7. Washington, DC: U.S. G.P.O.
- Davis, G. E. et Leitenberg, H. (1987). Adolescent sex offenders. Psychological Bulletin, 1010, 417-427.
- Dhawan, S. et Marshall, W.L. (1996). Sexual abuse histories of sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of research and Treatment, 8, 7-15.
- Deisher, R. W., Wenet, G. A., Paperny, D. M., Clark, T. F. et Fehrenbach, P. A. (1982). Adolescent sexual offense behavior: The role of the physician. Journal of Adolescent Care, 2, 279-286.
- Dorais, M. (1996). La dissonance identitaire chez des garçons ayant été victimes d'agressions sexuelles durant l'enfance ou l'adolescence. Revue Sexologique, 4 (1), 29-53.
- Dorais, M. (1997). Ça arrive aussi aux garçons. Montréal: Éditions VLB.
- Dufour, M.-J. (1998). L'utilisation de questionnaires psychologiques lors de l'évaluation des agresseurs sexuels. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Epps, K. (1991). The residential treatment of adolescent sex offenders. Issues in Criminology and Legal Psychology, 1, 58-67.
- Fagan, J. et Wexler, S. (1988). Explanations of sexual assault among violent delinquents. Journal of Adolescent Research, 3, 363-385.
- Federal Bureau of Investigation (1987). Uniform Crime Report. Washington, DC.

- Feeney, J.A. et Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 281-191.
- Fehrenbach, P.A., Smith, W., Monastersky, C. et Deisher, R. W. (1986). Adolescent sexual offenders: Offender and offense characteristics. American Journal of Orthopsychiatry, 56, 225-233.
- Finkelhor, D. (1979). Sexually Victimized Children. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1984). Child Sexual Abuse: New Theory and Research. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1986). A Source Book on Child Sexual Abuse. Beverly Hills, CA: Sage.
- Fisher, R. M. (1967). Acquiescent response set, the Jesness Inventory and implications for the use of foreign psychological tests. British Journal of Social and Clinical Psychology, 6(1), 1-10.
- Ford, M.E. et Linney, J.A. (1995). Comparative analysis of juvenile sexual offenders, violent homosexual offenders, and status offenders. Journal of Interpersonal Violence, 10, 56-70.
- Forget, J. (1977). Validité prédictive de l'inventaire de Jesness et profil de personnalité de l'adolescent de la Cour de Bien Être Social. Mémoire de maîtrise non publié. Montréal: Université de Montréal.
- France, K. G. et Hudson, S. M. (1993). The conduct disorders and the juvenile sex offender. In H.E. Barbaree, W. L. Marshall et S. M. Hudson (éds). Juvenile Sex Offenders (pp. 225- 234). New York: The Guilford Press.
- Freeman, A. et Davis, D.D. (1990). Cognitive therapy of depression. In A. S. Bellack, M. Hersen et A. E. Kazdin (Eds.), Behavior Modification and Therapy (2e éd.) (pp. 333-352). New York: Plenum Press.
- Freeman-Longo, R. E. (1986). The impact of sexual victimization on males. Child Abuse and Neglect, 10, 411-414.
- Freund, K. (1988). Courtship disorder: Is this hypothesis valid? In R.A. Prentky et V.L. Quinsey (Eds.), Human Sexual Aggression: Current Perspectives (pp. 172-182). New York: New York Academy of Sciences.
- Freund, K. (1990). Courtship disorder. In W.L. Marshall, D.R. Laws et H.B. Barbaree (éds.), Handbook of Sexual Assault (pp. 195-207). New York: Plenum Press.

- Freund, K. et Blanchard, R. (1989). Phallometric diagnosis in pedophilia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 100-105.
- Freund, K. et Watson, R. J. (1991). Assessment of the sensitivity and specificity of a phallometric test: An update of phallometric diagnosis of pedophilia. Psychological Assessment, 3, 254-260.
- Friedrich, W. et Luecke, W. (1988). Young school age sexually aggressive children. Professional Psychology: Research and Practice, 19, 155-164.
- Gauthier, J., Thériault, F., Morin, C. et Lawson, J.S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. Revue Québécoise de Psychologie, 3, 13-27.
- Gluek, S. Et Gluek, E. (1962). Family Environment and Delinquency. Boston: Houghton Mifflin.
- Gomes-Schwartz, B. (1984). Juvenile sex offenders. In Sexually Exploited Children: Service and Research Project (pp. 245-260). Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Grossman, L. S. et Cavanaugh, J. L. (1990). Psychopathology and denial in alleged sex offenders. Journal of Nervous and Mental Diseases, 178, 739-744.
- Groth, A.N. (1977). The adolescent sex offender and his prey. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 21, 249-254.
- Groth, A.N., Longo, R.E. et McFadin, J. (1982). Undetected recidivism among rapists and child molesters. Crime and Delinquency, 28, 450-458.
- Hall, G.C. (1990). Prediction of sexual aggression. Clinical Psychology Review, 10, 229-245.
- Hall, R. L. (1989). Assessment and diagnosis. In G. W. Barnard, A. K. Fuller, L. Robbins et T. Shaw (éds). The child molester. An integrated approach to evaluation and treatment. New York: Brunner/Mazel.
- Hanson, R.K. et Slater, S. (1988). Sexual victimization in the history of child sexual abusers: a review. Annals of Sex Research, 1, 485-499.
- Hodgins, D.C. et Lightfoot, L.O. (1988). Types of male alcohol and drug abusing incarcerated offenders. British Journal of Addictions, 83, 1201-1213.
- Hornick, J. P., Bolitho, F. H. et LeClaire, D. (1994). Young offenders and the sexual abuse of children. Department of Justice Canada.

- Hudson, S. M. et Ward, T. (1997). Rape: Psychopathology and Theory. In D. R. Laws et W. O'Donohue (Eds.), Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment (pp. 332-355). New York: The Guilford Press.
- Hunter, J.A. et Becker, J.V. (1994). The role of deviant sexual arousal in juvenile sexual offending: etiology, evaluation, and treatment. Criminal Justice and behavior, 21, 132-149.
- Hunter, J. A., Becker, J. V. et Kaplan, M. S. (1995). The adolescent sexual interest card sort: test-retest reliability and concurrent validity in relation to phallometric assessment. Archives of Sexual Behavior, 24, 555-561.
- 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. Annals of Sex Research, 4, 281-286.
- Hunter, J. A, Becker, J. V., Kaplan, M. et Goodwin, D. W. (1995). The adolescent sexual interest card sort: test-retest reliability and concurrent validity in relation to phallometric assessment. Archives of Sexual behavior, 24, 555-561.
- Hunter, J.A., Goodwin, D.W. et Becker, J.V. (1994). The relationship between phallometrically measured deviant sexual arousal and clinical characteristics in juvenile sexual offenders. Behavior Research and Therapy, 32(5), 533-538.
- Jessness, C.F. (1983). The Jessness Inventory: Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Johnson, T. C. (1988). Child perpetrators: children who molest other children, preliminary findings. Child Abuse and Neglect, 12, 219-229.
- Kafka, M. P. et Prentky, R. A. (1994). Preliminary observations of DSM-III-R Axis I comorbidity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. Journal of Clinical Psychiatry, 55(11), 481-87.
- Kahn, T.J. et Chambers, H.J. (1991). Assessing reoffense risk with juvenile sexual offenders. Child Welfare, 19, 333-345.
- Kahn, T. J. et Lafond, M. A. (1988). Treatment of the adolescent sexual offender. Child and Adolescent Social Work, 5 (2), 138-148.
- Kaplan, M.S., Becker, J.V. et Cunningham-Rathner, J. (1988). Characteristics of parents of adolescent incest perpetrators: preliminary findings. Journal of Family Violence, 3, 183-191.
- Kaplan, S., Hong, G. et Weinhold, C. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. Journal of Academy of Child Psychiatry, 23, 91-98.

- Kaplan, M.S. et Krueger, R.B. (1997). Voyeurism: psychopathology and theory. In R. D. Laws et W. O'Donohue (Eds.), Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment (pp. 297-310). New York: The Guilford Press.
- Katz, R. (1990). Psychological adjustment in adolescent child molesters. Child Abuse and Neglect, 14, 567-575.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. et Gebhard, P. H. (1953). Sexual Behavior in the Human Female. New York: Simon and Schuster.
- Knight, R. A. (1992). The generation and corroboration of a taxonomic model for child molesters. In W. O'Donohue et J. H. Geer (Eds.), The Sexual Abuse of Children: Theory, Research, and Therapy (pp. 24-70). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Knight, R. A. et Prentky, R. A. (1993). Exploring characteristics for classifying juvenile sex offenders. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall et S. M. Hudson (éds). Juvenile Sex Offenders (pp. 45 - 83). New York: The Guilford Press.
- Koss, M. P. (1988). Hidden rape: sexual aggression and victimization in a national sample of students in higher education. In A.W. Burgess (Eds.), Rape and Sexual Assault, 2, (pp. 3-25). New York: Garland.
- Koss, M. P. et Dinero, T. E. (1988). Predictors of sexual aggression among a national sample of male college students. In R.A. Prentky et V.L. Quinsey (Eds.), Human Sexual Aggression: Current Perspectives (pp. 133-147). New York: New York Academy of Sciences.
- Koss, M. P., Gidycz, C. A. et Wisniewski, N. (1987). The scope of rape: incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 162-170.
- Lafortune, D. (1996). Antécédents et caractéristiques psychologiques des adolescents ayant commis un abus sexuel. Thèse de doctorat. Université de Montréal.
- Lagueux, F. et Tourigny, M. (1998). État des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels (AAS). Hull: Université du Québec à Hull.
- Laws, D. R. et Marshall, W. L. (1990). A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preference and behavior. In W. L. Marshall, D. R. Laws et H. E. Barbaree (éds.). Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender (pp. 9 - 21). New York : Plenum Press.

- Le Blanc (1997). Mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois (MASPAQ): Manuel et guide d'utilisation (3e éd.). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Lewis, D. O., Pincus, J. H., Bard, B., Richardson, E., Prichep, L. S., Feldman, M. et Yeager, C. (1988). Neuropsychiatric, psychoeducational, and family characteristics of 14 juveniles condemned to death in the United States. American Journal of Psychiatry, 145, 584-589.
- Lewis, D. O., Shankok, S. S. et Pincus, J. H. (1979). Juvenile male sexual assaulters. American Journal of Psychiatry, 136, 1194-1196.
- Lewis, D. O., Shankok, S. S. et Pincus, J. H. (1981). Juvenile male sexual assaulters: Psychiatric, neurological, psychoeducational and abuse factors. In D. O. Lewis (éd.), Vulnerabilities to Delinquency. S.P. Medical and Scientific Books, New York.
- Lewis, D. O., Shankok, S. S., Pincus, J. H. et Glaser, G. H. (1979). Violent juvenile delinquents: psychiatric, neurological, psychological, and abuse factors. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 18, 307-319.
- Lightfoot, L. O. et Barbaree, H. E. (1993). The relationship between substance use and abuse and sexual offending in adolescents. In H.E. Barbaree, W. L. Marshall et S. M. Hudson (Eds.), The Juvenile Sex Offender (pp. 203-224). New York: The Guilford Press.
- Lightfoot, L. O. et Hodgins, D. (1988). A survey of alcohol and drug problems in incarcerated Canadian offenders. International Journal of the Addictions, 23, 687-706.
- Lombardo, R. et Di Georgio-Miller, J. (1988). Concepts and techniques in working with juvenile sex offenders. Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation, 13, 39-53.
- Longo, R.E. (1982). Sexual learning and experience among adolescent sexual offenders. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 26, 235-241.
- Longo, R. E. et Groth, A. N. (1983). Juvenile sexual offenses in the histories of adult rapists and child molesters. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 27, 150-155.
- Malamuth, N. M. (1986). Predictors of naturalistic sexual aggression. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 953-962.

- Malamuth, N. M., Sockloskie, R. J., Koss, M. P. et Tonaka, J. S. (1991). Characteristics of aggressors against women: testing a model using a national sample of college students. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *59*, 670-681.
- Marlowe, D. et Crowne, D. P. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. Journal of Consulting Psychology, *24*, 349-354.
- Marshall, W. L. (1988). The use of sexually explicit stimuli by rapists, child molesters, and non offenders. Journal of Sex Research, *25*, 267-288.
- Marshall, W. L. (1989). Invited essay: intimacy, loneliness and sexual offenders. Behaviour Research and Therapy, *27*, 491-503.
- Marshall, W.L. (1997). Pedophilia: psychopathology and theory. In R.D. Laws et W. O'Donohue (Eds.), Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment (pp. 152-174). New York: The Guilford Press.
- Marshall, W. L. et Barbaree, H. E. (1984). A behavioral view of rape. International Journal of Law and Psychiatry, *7*, 51-77.
- Marshall, W. L et Barbaree, H. E. (1988). Erectile Responses of Exhibitionists to the Act of Exposing. Unpublished Manuscript, Queen's University, Kingston, Ontario.
- Marshall, W. L. et Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws et H. E. Barbaree (éds.). Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender (pp. 9 - 21). New York : Plenum Press.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E., & Eccles, A. (1991). Early onset and deviant sexuality in child molesters. Journal of Interpersonal Violence, *6*, 3, 323-335.
- Marshall, W. L., Hudson, S. M. et Hodgkinson, S. (1993). The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall et S. M. Hudson (éds.), The Juvenile Sex Offender (pp. 164-181). New York: The Guilford Press.
- Martinson, F. M. (1997). Sexual development in infancy and childhood. In G. Ryan et S. Lane (éds.), Juvenile Sexual Offending: Causes, Consequences, and Correction (pp. 36-58). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Matthews, F. (1987). Adolescent Sex Offenders: A Needs Study. Toronto: Central Toronto Youth Services.

- Matthews, R., Hunter, J. A. et Vuz, J. (1997). Juvenile female sexual offenders: clinical characteristics and treatment issues. Journal of Interpersonal Violence, 9(3), 187-200.
- McConaghy, N., Blaszczynski, A. P., Armstrong, M. S. et Kidson, W. (1989). Resistance to treatment of adolescent sex offenders. Archives of Sexual Behavior, 18, 97-107.
- McCord, J. (1979). Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. Journal of Personality and Social Psychology, 9, 1477-1486.
- McGuire, R. T., Carlisle, J. M. et Young, B. G. (1965). Sexual deviation as conditioned behavior: a hypothesis. Behavior Research and Therapy, 2, 185-190.
- McKibben, A. et Jacob, M. (1993). Les adolescents. In J. Aubut (éd.). Les agresseurs sexuels: théorie, évaluation et traitement (pp. 267-279). Montréal: Les éditions de la Chenelière.
- Messier, C. et DeChamplain, J. (1983). La protection sociale des enfants victimes d'abus sexuels. Québec: Comité de la Protection de la Jeunesse.
- Misra, S. S. (1977). Juvenile delinquency and parental deprivations. Indian Journal of Clinical Psychology, 4, 69-73.
- Monohan, J. (1978). The prediction of violent behavior: A methodological approach critique and prospectus. U. S. National Academy of sciences, Deterrence, and Incapacitation. Washington, 224-269.
- Murphy, W. D. (1997). Psychopathology and Theory. In R. D. Laws et W. O'Donohue (éds.), Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment (pp. 22-39). New York: The Guilford Press.
- National Crime Survey (1978-1987). Criminal victimization in the United States. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Statistics.
- Oster, G. D., Caro, J. E., Eagen, D. R. et Lillo, M. A. (1988). Assessing Adolescents. (pp. 87-89), Pergamon Press.
- Pithers, W.D., Johnson, L., Elliott, A. et al. (1993). The Vermont Integrated Action Plan for the Prevention of Child Sexual Abuse: Transforming Vermont into the first abuse-free state. Waterbury: Vermont Department of Correction.
- Prentky, R. A. et Edmunds, S. A. (1997). Assessing Sexual Abuse: A resource guide for practitioners. Vermont: Safer Society Press.

- Prentky, R. A. et Knight, R. A. (1991). Dimensional and categorial discrimination among rapists. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 643-661.
- Quinsey, V. L. et Ambtman, R. (1979). Variables affecting psychiatrists' and teachers' assessments of the dangerousness of mentally ill offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 353-362.
- Reynolds, W. M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. Journal of Clinical Psychology, 38(1), 119-125.
- Rice, M. E., Quinsey, V. L. et Harris, G. T. (1991). Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 381-386.
- Richardson, G., Kelly, T. P., Bhate, S. R. et Graham, F. (1997). Group differences in abuser and abuse characteristics in a British sample of sexually abusive adolescents. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 9(3), 239-257.
- Robinson, M. C. (1998) Vers la validation de la pléthysmographie pénienne comme mesure psychophysique des intérêts sexuels des adolescents ayant commis des crimes sexuels. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Ross, R. et Lightfoot, L. O. (1987). Treatment of the Alcohol Abusing Offender. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Ryan, G. (1997). Theories of etiology. In G. Ryan et S. Lane (Eds.), Juvenile Sex Offending: Causes, Consequences, and Correction (pp. 19-35). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Ryan, G., Lane, S., Davis, J. et Isaac, C. (1987). Juvenile sex offenders: Development and correction. Child Abuse and neglect, 11, 385-395.
- Saunders, E. B. et Awad, G. A. (1988). Assessment, management and treatment planning for male adolescent sexual offenders. American Journal of Orthopsychiatry, 58, 179-187.
- Saunders, E. B., Awad, G. A. et White, G. (1986). Male adolescent sex offenders: the offenders and the offense. Canadian Journal of Psychiatry, 31, 542-549.
- Schafer, S. et Knudten, R. D. (1970). Juvenile Delinquency: An Introduction. New York: Random House.
- Seghorn, T. K., Prentky, R. A. et Boucher, R. J. (1987). Childhood sexual abuse in the lives of sexually aggressive offenders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26, 262-267.

- Shields, I. W. et Jordan, S. A. (1995). Les jeunes délinquants sexuels: comparaison avec un groupe témoin. In Sélection d'articles sur les délinquants sexuels tirés de la revue Forum (pp. 63-65). Ottawa: Service Correctionnel du Canada.
- Shoor, M., Speed, M. H. et Bartlett, C. (1966). Syndrome of the adolescent child molester. American Journal of Psychiatry, 122, 783-789.
- Smets, A. C. et Cebula, C. M. (1987). A group treatment program for adolescent sex offenders: Five steps toward resolution, Child Abuse and Neglect, 11, 247-254.
- Smith, W. R. (1988). Delinquency and abuse among adolescent sexual offenders. Journal of International Violence, 3, 400-411.
- Steinberg, L. (1987). Familial factors in delinquency: a developmental perspective. Journal of Adolescent Research, 2, 255-268.
- Stermac, L. E. et Quinsey, V. L. (1986). Social competence among rapists. Behavioral Assessment, 8, 171-185.
- Strahan, R. et Gerbasi, K. C. (1972). Short, homogenous versions of the Marlowe-Crowne Social Desirability scale. Journal of Clinical Psychology, 28, 191-193.
- Strober, M., Green, J. et Carlson, G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 482-483.
- Tarter, R., Hegedus, A., Alterman, A. et Katz-Garris, I. (1983). Cognitive capacities of juvenile, non-violent and sexual offenders. Journal of Nervous and Mental Disease, 171, 564-567.
- Thilagaraj, R. (1983). Parent-child relationship and juvenile delinquency. Social Defence, 19, 20-26.
- Tingle, D., Barnard, G. W., Robbins, L., Newman, G. et Hutchinson, D. (1986). Childhood and adolescent characteristics of pedophiles and rapists. International Journal of Law and Psychiatry, 9, 103-116.
- Tourigny, M. et Lavergne, C. (1995). Les agressions à caractère sexuel: état de la situation des programmes de prévention et facteurs associés à la dénonciation. Montréal: UQAM, LAREHS.
- Vallance, R. C. et Forrest, A. R. (1971). A study of the Jesness Personality Inventory with Scottish children. British Journal of Educational Psychology, 41(3), 338-344.

- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. Psychologie Canadienne, 30(4), 662-680.
- Van Ness, S. R. (1984). Rape as instrumental violence: a study of youth offenders. Journal of Offender Counseling, Services, and Rehabilitation, 9, 161-170.
- Vinogradov, S., Dishotsky, N. I., Doty, A. K. et Tinklenberg, J. R. (1988). Patterns of behavior in adolescent rape. American Journal of Orthopsychiatry, 58, 179-187.
- Ward, T., Hudson, S. M. et Marshall, W. L. (1995). Cognitive distortions and affective deficits in sex offenders: A cognitive deconstructionist interpretation. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 7(1), 67-83.
- Ward, T., Hudson, S. M., Marshall, W. L. et Seigert, R. (1995). Attachment style and intimacy deficits in sex offenders: a theoretical framework.. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 7, 317-335.
- Wasserman, J., Kappel, S., Coffin, R., Aronson, R., Young, W. M. et Walton, A. J. (1985). Adolescent sex offenders Vermont 1984. MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report, 34, 49, 738-741.
- Weinrott, M. R. et Saylor, M. (1991). Self-report of crimes committed by sex offenders. Journal of Interpersonal Violence, 6, 286-300.
- Weinrott, M. R., Riggan, M. et Frothingham, S. (1997). Reducing deviant arousal in juvenile sex offenders using vicarious sensitization. Journal of Interpersonal Violence, 12 (5), 704-728.
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkers et J. Stevenson-Hinde (éds.), The Place of Attachment in Human Behavior (pp. 171-184). New York: Basic Books.
- White, J. W. et Humphrey, J. A. (1990). A Theoretical Model of Sexual Assault: An Empirical Test. Paper presented at symposium on sexual assault: research, treatment and education, Southeastern Psychology Association, Atlanta.
- White, J. W. et Koss, M. P. (1993). Adolescent sexual aggression within heterosexual relationships: Prevalence, characteristics, and causes. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall et S. M. Hudson (éds). Juvenile Sex Offenders (pp. 182 - 202). New York: The Guilford Press.

Appendice A
Entrevue clinique

I/ INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

- contrôle**
 expérimental

1. Nom du sujet : _____

2. Date de naissance : _____

Numéro du sujet:

3. Date de l'évaluation : _____ **Âge :**

4. Date du délit : _____ **Âge :**

5. Source de référence:

1. Publicité au CEGEP
2. Famille- ami
3. CPEJ
4. Autre

6. Statut légal

1. Evaluation sous la loi protection de la jeunesse
2. Evaluation sous la loi des jeunes contrevenants
3. Traitement sous la loi protection de la jeunesse
4. Traitement sous la loi des jeunes contrevenants
5. Autre :
0. Aucun

7. Occupation actuelle

1. Études plein temps
2. Travail plein temps
3. Étude et travail
4. Travail temps partiel seulement
5. Décrocheur (sans recherche d'emploi)
6. Autre:

8. Race (Ethnie du jeune)

1. Blanc
2. Noir
3. Hispanophone
4. Autre (autochtone...):

9. Résidence actuelle

1. Seul/ en appartement (inclus en appartement avec amis)
2. Mère
3. Père
4. Les deux parents
5. Centre jeunesse/famille accueil
6. Autre:

10. Lieu de résidence avant l'arrestation ou le dévoilement

1. Seul/ en appartement (inclus en appartement avec amis)
2. Mère
3. Père
4. Les deux parents
5. Centres jeunesse/famille accueil
6. Autre:

11. Statut conjugal actuel

1. Célibataire
2. Copain/copine

II/ INFORMATIONS SUR LA SITUATION JURIDIQUE**12. A-t-il un dossier criminel?**

1. Oui
0. Non

13. Si oui, quelle a été l'infraction:

1. vol à l'étalage
2. vol (+200\$)
3. vandalisme
4. voie de fait
5. introduction par effraction
6. fugue de centre d'accueil
7. trafic de stupéfiants
8. possession de stupéfiants
9. troubler la paix
10. proférer des menaces
11. Infraction de nature sexuelle
12. Appels obscènes
13. Prostitution
14. Port d'arme
15. Autre :
0. Ne s'applique pas

14. Âge lors de la première infraction non sexuelle:**15. Même s'il ne s'est jamais fait prendre coter les comportements délinquants qu'il a commis:****ajouter**

16. Absentéisme scolaire grave
17. Bagarre, violence familiale

16. Y a-t-il des antécédents criminels dans la famille?

1. Père
2. Mère
3. Les deux parents
4. Fratrie
5. Ne sait pas
0. Ne s'applique pas

III/ INFORMATIONS SUR LA FAMILLE**17. Statut des parents**

1. Mariés/conjoints de fait
2. Divorcés-séparés
3. Remariés
4. Père décédé
5. Mère décédée

Si 2, âge que le jeune avait quand parents se sont divorcés/séparés:

18. Nombre de:

1. Frères:
2. Soeurs:
3. Demi-frères:
4. Demi-soeurs:

19. Ordre de naissance:

20. Qualité de la relation avec chaque membre de la famille (et justifier) (Likert 1 à 5- 1 = pauvre, 3 = moyenne, 5 = excellente)

1. Père
2. Mère
3. Frères
4. Soeurs
5. Demi-frères:
6. Demi-soeurs:

21. Criminalité dans la famille et préciser:

1. Parents
2. Fratrie
3. Autre
4. Sait pas
0. Aucun

22. Consommation d'alcool dans la famille (alcoolisme) et préciser

1. Père
2. Mère
3. Père et mère
4. Frère
5. Soeur
6. Ne sait pas
0. Aucun

23. Consommation de drogues dans la famille (toxicomanie) et préciser

1. Père
2. Mère
3. Père et mère
4. Frère
5. Soeur
6. Ne sait pas
0. Aucun

24. Consommation de pornographie dans la famille et préciser

1. Père
2. Mère
3. Père et mère
4. Frère
5. Soeur
6. Ne sait pas
0. Aucun

IV/ INFORMATIONS SUR LA CONSOMMATION DE DROGUES, D'ALCOOL ET DE PORNOGRAPHIE**25. Consommation d'alcool**

0. Aucune
1. Occasionnelle
2. Régulière (>1/sem)

26. Âge du début de la consommation :**27. Type d'alcool consommé**

1. Bière
2. Fort
3. Vin
4. Autre:
5. Plusieurs types à la fois
0. Ne s'applique pas

28. Consommation de drogues

0. Aucune
1. Occasionnelle
2. Régulière (>1/sem)

29. Âge du début de la consommation :**30. Type de drogues consommées**

1. Mari/hash
2. Chimique (LSD, mesc, acid, coke, pcp)
3. Colle, solvant, gaz
4. Tranquillisant, médication sous ordonnance
5. Autre:
6. Combine plusieurs types
0. Ne s'applique pas

31. Consommation de pornographie

0. Aucune
1. Occasionnelle
2. Régulière (>1/sem)

32. Âge du début de la consommation :**33. Type de pornographie consommée**

1. Revues
2. Vidéo/télé payante/internet
3. Arcades(peep show)/danseuses
4. Autre:
5. Plusieurs types en même temps
0. Ne s'applique pas

V/ INFORMATIONS SCOLAIRES**34. Nombre d'années d'éducation (dernière année complétée).**

1. Primaire. Spécifier le niveau:
2. Secondaire 1
3. Secondaire 2
4. Secondaire 3
5. Secondaire 4
6. Secondaire 5
7. Autre:

35. Difficultés scolaires

1. Redoublement
2. Renvoi
3. Cheminement particulier
4. Suspension
5. Autre:
0. Ne s'applique pas

36. Troubles de la conduite

1. Agressivité
2. Bagarre, violence familiale
3. Difficulté avec l'autorité
4. Absentéisme scolaire grave
5. Autre:
0. Ne s'applique pas

VI/ INFORMATIONS SUR LES HABILITÉS SOCIALES**37. Nombre d'amis:****38. Âge des amis:**

Coter 39, 40, 41 selon une échelle Likert 1 à 5; (1 = pauvre, 3= moyen, 5 = excellent). Vérifié par des exemples et des mises en situation.

39. Socialisation (vérifier l'isolement, peut-il initier des conversations) :

40. Affirmation de soi (peut-il affirmer ses besoins, limites et dans quelles situation, verbaliser satisfactions et insatisfactions...):

41. Empathie envers autrui (peut-il se mettre dans la peau des autres...) :

42. Résultat global aux habiletés sociales (39 + 40 + 41) :

VII/ INFORMATIONS SUR L'HISTORIQUE D'ABUS PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE OU SEXUEL**43. A-t-il été victime d'abus physique**

1. Oui
0. Non

Si oui, préciser la nature des abus:

44. Âge où les abus ont commencé:

45. Âge où les abus ont cessé:

46. Durée des abus:

47. Fréquence des abus:**48. Qui lui a infligé ces sévices?**

1. Mère
2. Père
3. Parents substitués
4. Père et mère
5. Frère/sœur
6. Famille élargie
7. Gardien
8. Inconnu
9. Autre
0. Ne s'applique pas

49. A-t-il été victime d'abus psychologique?

1. Oui
0. Non

Si oui, préciser la nature des abus:

50. Âge où les abus ont commencé:**51. Âge où les abus ont cessé:****52. Durée des abus:****53. Fréquence des abus:****54. Qui lui a infligé ces sévices?**

1. Mère
2. Père
3. Parents substitués
4. Père et mère
5. Frère/sœur
6. Famille élargie
7. Gardien
8. Inconnu
9. Autre
0. Ne s'applique pas

55. A-t-il été victime d'abus sexuel?

1. Oui
0. Non

Si oui, préciser la nature des abus:

56. Âge où les abus ont commencé:**57. Âge où les abus ont cessé:****58. Durée des abus:****59. Fréquence des abus:**

60. Qui lui a infligé ces sévices?

1. Mère
2. Père
3. Parents substitués
4. Père et mère
5. Frère/soeur
6. Famille élargie
7. Gardien
8. Inconnu
9. Autre
0. Ne s'applique pas

61. Quel genre d'abus sexuel a-t-il subi?

1. Exhibitionnisme
2. Masturbation
3. Attouchement/pénétration digitale
4. Contacts oraux-génitaux
5. Tentative pénétration anale/vaginale
6. Pénétration anale/vaginale
7. Autre
0. Ne s'applique pas

62. Type de contrainte qu'il a subi:

1. Sans contrainte
2. Contrainte verbale (séduction, persuasion, menace, chantage...)
3. Contrainte physique, sans arme
4. Contrainte physique, avec arme. Noter l'arme :
0. Ne s'applique pas

VIII/ INFORMATIONS SUR L'ORIENTATION SEXUELLE**63. Echelle de Kinsey**

0	1	2	3	4	5	6
*	*	*	*	*	*	*
exclusivement hétérosexuel			Bisexuel	Exclusivement homosexuel		

IX/ INFORMATIONS SUR L'HISTOIRE SEXUELLE**64. Est-il à l'aise de parler de sexualité?**

1. Oui
0. Non

65. Était-il permis de discuter de sexualité à la maison?

1. Oui
0. Non

Réaction personnelle et parentale:

66. L'âge du début de la masturbation:

67. Fréquence:

68. Fantômes lors de la masturbation:

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. homosexualité | 2. hétérosexualité | 3. inceste garçon |
| 4. inceste fille | 5. voyeurisme | 6. exhibitionnisme |
| 7. sadisme | 8. masochisme | 9. Frottage |
| 10. pédophilie fille | 11. pédophilie garçon | 12. viol |
| 13. transvestisme
féminine | 14. fétichisme | 15. identité sexuelle |
| 16. zoophilie | | |

X/ INFORMATIONS SUR LES EXPÉRIENCES SEXUELLES CONSENTANTES

69. Combien de copains/copines a-t-il eu?

70. Répéter les questions 1 à 6 qui suivent pour chaque partenaire/ou expérience de courte durée

1. Âge du/de la partenaire
2. Durée de la relation
3. Cause de la rupture (qui , pourquoi...)
4. Impact de la rupture
5. Quel genre d'interactions sexuelles ont-ils eu
6. Fréquence des rapports sexuels

71. A-t-il déjà eu des contact hétérosexuels consentants avec des pairs avant les abus?

1. Oui
0. Non

72. A-t-il déjà eu des contact homosexuels consentants avec des pairs avant les abus?

1. Oui
0. Non

73. Première expérience sexuelle

0. Normale
1. Déviante
2. Aucune expérience sexuelle
3. Expérimente les deux en même temps

74. S'il a eu des relations sexuelles complètes, âge des premières expériences:

75. Quel est l'impact de l'alcool sur ton désir d'avoir des contacts sexuels?

1. Pas d'impact
2. Augmente
3. Diminue
0. Ne s'applique pas

76. Quel est l'impact de la drogue sur ton désir d'avoir des contacts sexuels?

1. Pas d'impact
2. Augmente
3. Diminue
0. Ne s'applique pas

77. Quel est l'impact de la pornographie sur ton désir d'avoir des contacts sexuels?

1. Pas d'impact
2. Augmente
3. Diminue
0. Ne s'applique pas

XI/ INFORMATIONS SUR LES EXPÉRIENCES SEXUELLES NON CONSENTANTES

78. Combien de victimes admet-il avoir?

0. Groupe contrôle (ne s'applique pas)

79. Nombre de tentatives d'agressions qui n'ont pas été réalisées:

0. Groupe contrôle

Répéter les questions 80 à 97 pour chaque victime.

80. Sexe de la victime

1. Fille
2. Garçon
0. Ne s'applique pas

81. Âge de la victime

82. Nombre d'agresseurs impliqués dans l'incident (spécifier)

1. A agit seul
2. Avec un/une autre adolescent (e)
3. Autre
0. Ne s'applique pas

83. Lien avec la victime

1. Enfant même famille (différence d'âge de 4 ans et plus)
2. Enfant famille élargie (cousin...)
3. Enfant hors famille (connu)
4. Enfant inconnu
5. Enfant/adolescent de la même famille (différence d'âge de moins de 4 ans)
6. Enfant/adolescent de la famille élargie (différence d'âge de moins de 4 ans)
7. Adolescent hors de la famille (connu)
8. Adolescent inconnu
9. Adulte (4 ans et plus)
0. Ne s'applique pas (contrôle)

84. Lieu où la victime a été abusée

1. Chez l'abuseur
2. Chez la victime
3. Chez quelqu'un d'autre (ami...)
4. Lieu public
5. Centre/famille d'accueil
6. Autre
0. Ne s'applique pas

85. Durée des abus:**86. Fréquence des abus:****87. Type d'abus commis**

1. Exhibitionnisme
2. Masturbation
3. Attouchement/pénétration digitale
4. Contacts oraux-génitaux
5. Tentative pénétration anale/vaginale
6. Tentative de viol
7. Pénétration anale/vaginale
8. Autre
0. Ne s'applique pas

88. Moyen de coercition lors des abus:

1. Sans contrainte
2. Contrainte verbale (menace, séduction, chantage, cadeau)
3. Contrainte physique sans arme
4. Contrainte physique avec arme
0. Ne s'applique pas

89. Fantômes entourant les abus (ex. planification):

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. homosexualité | 2. hétérosexualité | 3. inceste garçon |
| 4. inceste fille | 5. voyeurisme | 6. exhibitionnisme |
| 7. sadisme | 8. masochisme | 9. frottage |
| 10. pédophilie fille | 11. pédophilie garçon | 12. viol |
| 13. transvestisme
féminine | 14. fétichisme | 15. identité sexuelle |
| 16. zoophilie | | |

90. A-t-il élaboré un plan bien précis, pour ensuite le mettre en application dans un moment et contexte précis?

- 1. Oui
- 0. Non

91. Percevait-il un danger lors de la commission des abus?

- 1. Oui
- 0. Non

92. Comment le sujet se sent-il après la commission de l'abus?

- 1. Triste ou suicidaire
- 2. Coupable, honteux ou gêné
- 3. Peur d'avoir mis la victime enceinte
- 4. Angoissé et confus face à lui-même
- 5. Peur d'être dénoncé et identifié
- 6. Satisfait ou à l'aise
- 7. Fier ou euphorique
- 8. Autre:
- 0. Ne s'applique pas

93. A qui le sujet attribue-t-il la responsabilité de l'incident?

- 1. Ne sait pas, il est confus
- 2. Reconnaît l'agir mais nie son caractère abusif (victime consentante)
- 3. Reconnaît l'agir, mais invoque des facteurs externes (alcool, incitation ou « dédoublement de la personnalité »)
- 4. Reconnaît l'agir, mais soutient que la problématique est complètement résorbée
- 5. Assume sa responsabilité et s'interroge sur les causes internes
- 6. Autre:
- 0. Ne s'applique pas

*Niveau d'empathie pour la victime:***94. Si la victime présente une résistance, est-ce que cela inhibe la progression du comportement déviant?**

- 1. Non
- 0. Oui

95. Quels sont les dommages et blessures qu'a subi la victime suite à ton comportement?

Niveau d'empathie

1	2	3	4	5
*	*	*	*	*
Pauvre		Moyenne		Excellente

96. Selon le sujet, comment explique-t-il son comportement abusif?

1. Curiosité, expérimentation, jeux sexuels
2. Avances ou invitations de la victime
3. Isolement personnel, absence de petite amie
4. Contact avec du matériel pornographique
5. Répétition d'un abus déjà subi soi-même
6. Mauvaise influence d'un autre adolescent
7. Autre
0. Ne s'applique pas

97. Comment l'adolescent perçoit-il le rôle de la victime dans l'initiation du délit?

1. Elle est perçue comme résistante
2. Elle est perçue comme consentante et passive
3. Elle est perçue comme consentante et active
4. Autre:
0. Ne s'applique pas

98. Quel est l'impact de l'alcool sur ton désir de commettre des abus?

1. Pas d'impact
2. Augmente
3. Diminue
0. Ne s'applique pas

99. Quel est l'impact de la drogue sur ton désir de commettre des abus?

1. Pas d'impact
2. Augmente
3. Diminue
0. Ne s'applique pas

100. Quel est l'impact de la pornographie sur ton désir de commettre des abus?

1. Pas d'impact
2. Augmente
3. Diminue
0. Ne s'applique pas

Appendice B
Opérationnalisation des variables

OPÉRATIONNALISATION DES VARIABLES DE L'ENTREVUE

Comparaisons inter-groupes

Qualité de la relation avec les parents :

Les adolescents devaient coter de 1 à 5 (1 = pauvre; 3 = moyenne; 5 = excellente) la qualité de la relation avec chacun des parents. Conflits, négligence, abus physique ou psychologique, communication, échanges, support, empathie et compréhension étaient les éléments sur lesquels le jeune devait se prononcer.

Abus physique, psychologique ou sexuel :

L'adolescent devait identifier s'il avait, dans le passé, été lui-même victime de ce genre de sévices. La victimisation ne se limitait pas dans le milieu familial. L'abus psychologique comprenait toute forme de verbalisation que l'auteure considérait comme abusive et ce, de manière répétitive (p. ex., condescendance excessive, humiliation, ridiculiser, doubles messages, étiquettes négatives, injustices, discipline excessive). L'abus sexuel comprenait tout geste sexuel (avec ou sans contact direct) indésirable de la part d'une autre personne. Finalement, l'abus physique comprenait toute violence physique à l'égard de l'adolescent et ce, de manière répétitive (p. ex., gifles, coups de poings ou de pieds, lancer ou frapper avec des objets).

Membre de la famille qui est criminalisé :

L'adolescent devait statuer si des membres de la famille proche ou éloignée avaient commis des délits (judicialisés ou non). Ces données n'ont pu être corroborées par des dossiers officiels. Il arrivait souvent que le jeune répondait « aucun » mais qu'en réalité, il ne possédait pas cette information.

Membre de la famille qui consomme de l'alcool, des drogues ou de la pornographie :

Comme pour l'item précédent, ces données étaient autorévélees, non corroborées par des sources officielles. Encore une fois, plusieurs sujets n'étaient pas au courant des habitudes de leurs parents.

Consommation d'alcool, de drogues ou de pornographie (fréquence) :

La consommation était divisée en trois catégories : aucune, occasionnelle (c.-à-d. quelques fois les fins de semaines, occasions spéciales, fêtes), régulière (plus d'une fois par semaine).

Impact de l'alcool, des drogues et de la pornographie sur le désir sexuel (normal et déviant) :

L'adolescent avait le choix entre les réponses suivantes : aucun impact, augmente, diminue, ne s'applique pas (dans le cas où il n'y avait pas consommation).

Nombre d'amis stables :

"Stable" signifiait des fréquentations régulières plutôt qu'occasionnelles.

Habilités sociales :

Les sujets étaient mis en situation pour les trois catégories suivantes : degré de socialisation, affirmation de soi et empathie. Dans le premier cas, on demandait au jeune quel serait sa réaction s'il était invité dans un party et qu'il devait y rejoindre un ami. Il arrive sur les lieux, son ami n'est pas encore là et il ne connaît personne

d'autre à la demeure où il y a la fête. Des situations possibles, les suivantes ont été nommées : quitter les lieux, entrer dans la maison et s'isoler dans son coin par timidité, approcher un groupe qui semble intéressant et s'y introduire en écoutant, prendre les devants et se présenter dans un groupe et participer activement aux conversations.

Dans le deuxième cas (affirmation de soi), l'adolescent était questionné sur sa capacité de s'affirmer dans la situation suivante. Il est dans une épicerie et il attend en file pour payer ses achats et ce, depuis un certain moment. On lui demande alors sa réaction si quelqu'un devait le doubler dans la file, sans s'excuser, mais plutôt en s'imposant. Des réponses possibles, les suivantes ont été nommées: se battre, engueuler la personne, repasser devant cette personne, lui demander de passer à l'arrière de manière polie ou de manière agressive, en menaçant, ou ne rien dire.

Dans le dernier cas (empathie), on vérifie la capacité d'empathie de l'adolescent envers ses amis. Des réponses possibles, les suivantes pouvaient être nommées: je comprends et j'offre même des conseils, je suis complètement dépassé et je ne comprends pas, un peu, je peux comprendre si j'ai vécu la même chose.

Ainsi, selon la réponse du sujet, l'auteure cotait sur une échelle de 1 à 5 (1 = pauvre; 3 = moyenne; 5 = excellente) pour chacune des catégories. Par la suite, la sommation de ces cotes lui donnait un score global d'habiletés sociales.

Aisance par rapport à la sexualité :

L'adolescent était questionné sur son ouverture face à la sexualité, s'il en parle avec des membres de sa famille, des amis ou des filles, ou s'il est trop gêné et réservé pour même aborder le sujet.

Âge des premières interactions sexuelles :

Par "interactions sexuelles" l'on comprend tout contact sexuel avec une autre personne, sans nécessairement qu'il y ait eu relation sexuelle complète (p. ex., fellation, cunnilingus, attouchements).

Expériences hétérosexuelles/homosexuelles consentantes :

Comme pour la variable précédente, il n'était pas nécessaire qu'il y ait eu relation sexuelle complète. Il s'agissait de toute interaction sexuelle, où il y avait consentement mutuel entre les deux partenaires.

Orientation sexuelle (échelle de Kinsey) :

Le sujet devait lui-même indiquer, sur une échelle de type Likert, son orientation sexuelle (0 = exclusivement hétérosexuel; 3 = bisexuel; 6 = exclusivement homosexuel).

Fantasmes lors de la masturbation :

Suivant la liste, le sujet devait indiquer le genre de fantasmes qu'il entretenait lors de la masturbation.

Difficultés scolaires en général :

Nous notions ici la présence ou non de difficultés scolaires chez l'adolescent. Elles pouvaient inclure les difficultés suivantes : redoublement, expulsion, cheminement particulier, retenues, trouble de l'attention, renvoi.

Trouble de la conduite :

Nous notions s'il y avait la présence ou non de troubles de la conduite. Ceux-ci pouvaient inclure les problèmes suivants : batailles, agressivité, problèmes avec les figures d'autorité, non conformisme des règles, taxage, vandalisme, consommation ou vente de drogue à l'école, absentéisme.

Délinquance non sexuelle :

Différents type d'actes criminels ont été divisés en catégories. Il n'était pas nécessaire que le jeune ait été appréhendé par les autorités. Il suffisait qu'il ait commis ces délits pour les coter comme étant présents. Certaines des catégories ont été éliminées de la liste parce qu'aucun des adolescents n'avait commis ce type de délit (p. ex., incendie criminel).

Description du groupe clinique

Type d'abus commis :

Puisque chaque adolescent pouvait faire plus d'une victime, les fréquences ont été compilées en tenant compte de toutes les victimes.

Force utilisée:

Ceci représentait le degré de coercition appliqué au moment de l'agression sexuelle. Puisque certains sujets avaient plus d'une victime, c'est le degré de coercition le plus grave qui était retenu pour les analyses statistiques.

Lien avec la victime :

Cette variable mesurait le degré de connaissance entre la victime et l'abuseur (p. ex., même famille, famille élargie, hors de la famille et connu, inconnu). Cette catégorie indiquait également si la victime était un enfant, un adolescent ou un adulte.

Type de pédophilie :

Cette catégorie se divise en intra et extrafamilial. Lorsque la victime était un enfant, il s'agissait de déterminer quel était le type de victime. Intrafamilial incluait les membres de la fratrie (biologique, adoptive ou famille reconstituée) ou un enfant de la famille élargie qui fréquentait l'abuseur régulièrement (p. ex., cousin/cousine). Extrafamilial comprenait tout autre enfant (p. ex., inconnu, voisin, frère d'un ami).

Empathie envers la victime :

L'empathie a été calculée sur une échelle de Likert de 1 à 5 (1 = pauvre, 3 = moyenne et 5 = excellente). Elle a été cotée en fonction des réponses que donnait le jeune, c'est-à-dire en fonction de l'impression qu'il a de l'impact et des conséquences de ses abus (dommages et blessures) sur la victime. C'est l'auteur qui qualifiait ensuite le degré d'empathie de l'adolescent envers sa victime.

Prise en charge pour la délinquance sexuelle:

Signifiait que l'adolescent était soit en suivi thérapeutique de groupe, soit en consultation avec un professionnel (p. ex., travailleur social, psychologue) pour les délits qu'il a commis.

Présence de sexualité non-déviante :

Il s'agissait de vérifier si l'adolescent avait des expériences sexuelles non déviantes dans son histoire. Il n'était pas nécessaire que l'individu ait eu des relations sexuelles complètes.

Fantasmes précédent l'abus :

L'adolescent devait identifier le type de fantasmes qu'il entretenait dans la période précédent l'abus ou au moment de la planification de l'abus.

Appendice C

Questionnaire des cognitions pour adolescents
(QCA)

ECHELLE DE COGNITIONS POUR ADOLESCENTS

No. du sujet _____
 Pré _____ Post (2 semaines) _____
 Date: _____

Lisez attentivement chacun des énoncés suivants puis, mettez un "X" sur le numéro qui représente votre choix de réponse selon que vous estimez que l'énoncé est vrai ou faux.

	<u>Vrai</u>	<u>Faux</u>
1. Si un jeune enfant fixait mon pénis alors que je lui montrais cela voudrait dire que l'enfant aime le regarder.	1	0
2. Si d'autres gars ont frotté leur pénis sur des étrangers dans le métro c'est alors correct pour moi de faire la même chose.	1	0
3. Un très jeune enfant est capable de prendre la décision s'il veut ou non avoir des relations sexuelles avec moi.	1	0
4. Si j'essaie d'avoir des relations sexuelles avec quelqu'un et que tout le long cette personne n'essaie pas de m'arrêter, on ne peut pas alors appeler cela un viol.	1	0
5. Si je regarde à travers la fenêtre d'un étranger cela pourrait me causer des ennuis.	1	0
6. Je peux me ramasser une fille dans le métro simplement en frottant son corps ou en la touchant.	1	0
7. Montrer mon pénis à un étranger dans un endroit public pourrait me causer des ennuis.	1	0
8. Mon frère ou ma soeur ne diront à personne que nous avons des relations sexuelles parce qu'ils aiment vraiment ça.	1	0

	<u>Vrai</u>	<u>Faux</u>
9. Il n'y a rien de mal à regarder dans le vestiaire des filles pendant qu'elles changent leurs vêtements ou pendant qu'elles prennent leur douche.	1	0
10. Si un jeune enfant ne le dit pas à personne que nous avons des relations sexuelles cela veut dire qu'il aime ça et qu'il veut qu'on continue à en avoir.	1	0
11. Certaines personnes sont gênées de demander d'avoir des relations sexuelles alors elles veulent vraiment qu'on les force.	1	0
12. Si je ne me fais pas prendre suite à un crime sexuel que j'ai commis cela veut dire que je ne me ferai sans doute pas prendre si je le fais encore.	1	0
13. Si ma copine reste avec moi après que je l'ai battue, c'est alors correct si je recommence.	1	0
14. Si j'ai des des relations sexuelles avec mon frère ou ma soeur ils peuvent alors craindre d'avoir des relations sexuelles avec d'autres personnes plus tard.	1	0
15. Le viol est tellement commun de nos jours que la plupart des personnes ne sont pas dérangées si on les viole.	1	0
16. Si un étranger fixe mon pénis pendant que je lui montre dans la rue, cela veut dire qu'il aime ça.	1	0
17. Si quelqu'un agit vraiment méchamment envers moi, la meilleure solution pour se venger est de les battre.	1	0

	<u>Vrai</u>	<u>Faux</u>
18. Beaucoup de personnes laissent leurs rideaux ouverts parce qu'elles veulent qu'on les regarde pendant qu'elles se déshabillent ou pendant qu'elles font l'amour.	1	0
19. Si quelqu'un me dit non pour des relations sexuelles, en général ça veut dire oui.	1	0
20. Ma soeur ou mon frère et moi nous nous accorderons mieux si nous avons des relations sexuelles ensemble.	1	0
21. Si je touche un étranger dans le métro et qu'il ne dit rien cela veut dire qu'il aime ça.	1	0
22. Si j'ai des relations sexuelles avec un enfant la seule façon de lui faire mal c'est si j'utilise la force.	1	0
23. Ce n'est pas correct de gravement battre quelqu'un.	1	0
24. Les gens peuvent avoir recours à de l'aide pour arrêter de commettre des crimes sexuels.	1	0
25. Beaucoup de filles se promènent nues dans la maison dans l'espoir que quelqu'un va les regarder.	1	0
26. Si je montre mon pénis à un étranger, par la suite il voudra avoir des relations sexuelles avec moi.	1	0
27. Les filles qui portent des jupes très courtes et pas de brassière cherchent des ennuis.	1	0
28. Avoir des relations sexuelles avec mon frère ou ma soeur nous rapprochera pour le restant de nos jours.	1	0

	<u>Vrai</u>	<u>Faux</u>
29. Si on touche le cul d'une fille qu'on ne connaît pas dans le métro, elle sera fâchée.	1	0
30. Avoir des relations sexuelles avec un enfant peut le blesser pour le restant de ses jours.	1	0
31. C'est correct de battre quelqu'un si je n'aime pas la façon dont il me regarde moi ou ma copine.	1	0
32. Si je commets un crime sexuel, je devrais régler le problème moi-même et ne pas demander d'aide à personne.	1	0

Appendice D

Questionnaire des intérêts sexuels pour adolescents
(QISA)

ECHELLE DES INTERETS SEXUELS POUR ADOLESCENTS

No. du sujet _____
 Pré ____ Post (2 semaines) ____
 Date : _____

Encerclez le numéro à côté de chaque énoncé qui représente le mieux la façon dont vous vous sentez au sujet de cet énoncé aujourd'hui.

-2 = ne m'excite vraiment pas sexuellement
 -1 = ne m'excite pas beaucoup sexuellement
 0 = ne m'affecte pas sexuellement
 +1 = m'excite un peu sexuellement
 +2 = m'excite beaucoup sexuellement

- | | | | | | |
|---|----|----|---|----|----|
| 1. J'ai forcé une belle femme au sol, déchiré et enlevé ses petites culottes et elle crie alors que je force mon pénis dans elle. | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 2. Je force un garçon de 10 ans à sucer mon pénis. Il devient dur. | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 3. Je vais au gymnase de l'école et je regarde à travers la fenêtre du vestiaire des filles. J'en vois plusieurs vêtues de leurs petites culottes et soutien-gorge. | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 4. J'ai convaincu ma soeur de se mettre à genoux et de sucer mon pénis. J'aime vraiment ça. | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 5. Je glisse ma main dans la culotte d'une petite fille de 11 ans et je sens son vagin avec mes doigts. | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 6. Mon pénis entre et sort de la bouche d'une petite fille de 5 ans. J'aime vraiment ça. | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 7. Le train est très encombré et je frotte le cul d'une fille que je ne connais pas. Elle ne peut pas bouger parce que le train est trop bondé. | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |

-2 = ne m'excite vraiment pas sexuellement
 -1 = ne m'excite pas beaucoup sexuellement
 0 = ne m'affecte pas sexuellement
 +1 = m'excite un peu sexuellement
 +2 = m'excite beaucoup sexuellement

8. Un garçon de 4 ans s'approche de moi; je détache mon pantalon et je le force à sucer mon pénis.	-2	-1	0	+1	+2
9. Je joue au basketball avec des amis. Notre équipe est en train de gagner.	-2	-1	0	+1	+2
10. Une fille de 17 ans et moi sommes dans le bain. Elle est assise entre mes jambes, son dos est accoté sur mon ventre. Je joue avec ses boules, nous nous amusons tous les deux.	-2	-1	0	+1	+2
11. Je retiens un gars de 17 ans pendant que je suce son pénis.	-2	-1	0	+1	+2
12. Je retiens un fille de 16 ans, je vais la fourrer.	-2	-1	0	+1	+2
13. Je suis réellement en train de battre une femme. Elle me supplie d'arrêter.	-2	-1	0	+1	+2
14. Je retiens mon frère et je suce son pénis. Je suis excité.	-2	-1	0	+1	+2
15. Je retiens une fille de 12 ans. Elle est incapable de s'en sortir alors que je frotte mon pénis entre ses jambes.	-2	-1	0	+1	+2
16. Je force un garçon de 8 ans à se pencher afin de pouvoir avoir des relations sexuelles avec lui.	-2	-1	0	+1	+2
17. Je pousse une fille sur le plancher. Je la bats et je la frappe.	-2	-1	0	+1	+2

-2 = ne m'excite vraiment pas sexuellement
 -1 = ne m'excite pas beaucoup sexuellement
 0 = ne m'affecte pas sexuellement
 +1 = m'excite un peu sexuellement
 +2 = m'excite beaucoup sexuellement

18. Un gars de 18 ans me suce le pénis. On aime ça tous les deux et on est tous les deux proche de venir.	-2	-1	0	+1	+2
19. Dans le parc, une fille que je ne connais pas semble vraiment surprise que je lui montre mon pénis.	-2	-1	0	+1	+2
20. Ma soeur et moi sommes étendus sur le divan. Je frotte la peau douce de son corps en entier. Je caresse ses seins.	-2	-1	0	+1	+2
21. Le métro est très encombré. Je suis vraiment bandé et je frotte mon pénis dur contre le cul d'une femme que je ne connais pas. J'aime vraiment la sensation.	-2	-1	0	+1	+2
22. Je suis couché à côté de mon frère. Je l'ai forcé à me sucer le pénis et je suis en train de devenir très excité.	-2	-1	0	+1	+2
23. Je suis dans l'escalier de l'école. Une jolie fille s'en vient vers moi. Je sors mon pénis et elle le fixe.	-2	-1	0	+1	+2
24. Je force une fille de 9 ans à faire tout ce que je lui demande, elle doit sucer mon pénis.	-2	-1	0	+1	+2
25. Je force mon frère à se pencher, je vais mettre mon pénis dans son cul.	-2	-1	0	+1	+2
26. J'ai attaché une fille dans le parc. Je lui fais mal, juste en la battant.	-2	-1	0	+1	+2
27. Je regarde des filles en train de se laver dans le vestiaire de l'école. Elles ne me voient pas.	-2	-1	0	+1	+2

-2 = ne m'excite vraiment pas sexuellement
 -1 = ne m'excite pas beaucoup sexuellement
 0 = ne m'affecte pas sexuellement
 +1 = m'excite un peu sexuellement
 +2 = m'excite beaucoup sexuellement

28. Je suis étendu sur une femme et je la frappe; elle crie, elle sait que je vais la violer.	-2	-1	0	+1	+2
29. Je force une petite fille de 7 ans à me laisser mettre mon pénis entre ses jambes.	-2	-1	0	+1	+2
30. Mon ami de 16 ans et moi sommes nus. Je suce son pénis. Nous sommes tous les deux excités et nous trouvons ça très agréable.	-2	-1	0	+1	+2
31. Je me sens vraiment fort et puissant quand je force un garçon de 9 ans à se pencher afin que je puisse mettre mon pénis dans lui.	-2	-1	0	+1	+2
32. Je regarde la télé avec mes amis.	-2	-1	0	+1	+2
33. J'ai enfermé une fille de 14 ans dans une pièce, je la force au plancher pour la mettre, elle ne peut pas m'arrêter.	-2	-1	0	+1	+2
34. J'ai forcé un gars de 16 ans à se pencher pour que je puisse avoir des relations sexuelles avec lui.	-2	-1	0	+1	+2
35. J'ai entraîné un garçon de 11 ans dans la salle de bain. Je rentre mon pénis dans son cul.	-2	-1	0	+1	+2
36. J'arrache les petites culottes d'une fille de 17 ans et je rentre mon pénis dans elle.	-2	-1	0	+1	+2
37. Ma copine frotte mon pénis. Je le sens durcir alors qu'elle me dit qu'elle m'aime.	-2	-1	0	+1	+2

- 2 = ne m'excite vraiment pas sexuellement
 -1 = ne m'excite pas beaucoup sexuellement
 0 = ne m'affecte pas sexuellement
 +1 = m'excite un peu sexuellement
 +2 = m'excite beaucoup sexuellement

38. J'ai amené une fille de 8 ans dans la maison. Elle est vraiment jolie. Je tire sur ses shorts et ses sous-vêtements afin de pouvoir la fourrer.	-2	-1	0	+1	+2
39. J'enfonce mon pénis dans le cul d'un gars de 15 ans. Il est pinné au plancher.	-2	-1	0	+1	+2
40. Je me sens vraiment puissant quand je force mon pénis dans une fille de 18 ans. Je la retiens fermement.	-2	-1	0	+1	+2
41. J'ai convaincu un garçon de 5 ans à me laisser sucer son pénis.	-2	-1	0	+1	+2
42. J'ai amené ma soeur dans la chambre. Je touche son corps nu avec mes mains et je pousse mes doigts entre ses jambes.	-2	-1	0	+1	+2
43. Je force une femme de 20 ans à rester tranquille pendant que je rentre mon pénis dans elle.	-2	-1	0	+1	+2
44. De ma fenêtre je regarde dans un autre appartement; je peut voir une femme avec des grosses boules portant seulement des petites culottes.	-2	-1	0	+1	+2
45. Je me tiens avec mes amis après l'école: on essaie de se ramasser une équipe pour jouer au basketball.	-2	-1	0	+1	+2
46. Je suis une femme qui descend les escaliers du métro. Je sors mon pénis et je joue avec alors qu'elle me fixe.	-2	-1	0	+1	+2
47. J'ai tiré un garçon de 7 ans dans mon lit, je frotte mon pénis contre son cul.	-2	-1	0	+1	+2

-2 = ne m'excite vraiment pas sexuellement
 -1 = ne m'excite pas beaucoup sexuellement
 0 = ne m'affecte pas sexuellement
 +1 = m'excite un peu sexuellement
 +2 = m'excite beaucoup sexuellement

48. Je mets mon pénis dans le cul d'un gars de 14 ans, je le tiens près de moi. Nous trouvons ça tous les deux agréable.	-2	-1	0	+1	+2
49. Je pousse mes doigts entre les jambes d'un fille de 6 ans. Je suis trop fort, elle ne peut pas se sauver de moi.	-2	-1	0	+1	+2
50. J'ai une érection. Mon pénis est entre les jambes d'une fille de 10 ans. Je la sens chaude et mouillée. Je vais la fourrer.	-2	-1	0	+1	+2
51. Je suis face à une fille que je ne connais pas dans le métro. Tout le monde pousse. Je mets ma main entre ses jambes alors qu'elle me regarde.	-2	-1	0	+1	+2
52. Une fille de 18 ans enlève son soutien-gorge et ses petites culottes devant moi; elle veut vraiment coucher avec moi; nous allons faire l'amour.	-2	-1	0	+1	+2
53. J'attends le train. Une jolie femme que je n'ai jamais rencontrée me regarde alors que je commence à jouer avec mon pénis. Je veux qu'elle me voit.	-2	-1	0	+1	+2
54. Je force un petit gars de 12 ans à me laisser sucer son pénis.	-2	-1	0	+1	+2
55. Un beau gars de 17 ans met son pénis dans mon cul. Nous nous amusons tous les deux. C'est vraiment agréable.	-2	-1	0	+1	+2
56. Mes amis et moi allons voir un film.	-2	-1	0	+1	+2

-2 = ne m'excite vraiment pas sexuellement
 -1 = ne m'excite pas beaucoup sexuellement
 0 = ne m'affecte pas sexuellement
 +1 = m'excite un peu sexuellement
 +2 = m'excite beaucoup sexuellement

57. Je maintiens au sol une jolie femme de 22 ans. Je vais la violer. Je mets mon pénis entre ses jambes.	-2	-1	0	+1	+2
58. Je retiens un gars de 13 ans, le forçant à sucer mon pénis: je sens sa bouche autour de mon pénis.	-2	-1	0	+1	+2
59. Je baise avec une jolie fille de 15 ans. Nous nous aimons vraiment.	-2	-1	0	+1	+2
60. Je suis debout au-dessus d'une femme que je viens tout juste de battre. Elle a des bleus et elle saigne. Elle ne peut plus bouger.	-2	-1	0	+1	+2
61. Je suis dans le métro en train de frotter mon pénis contre une femme que je ne connais pas. Je suis vraiment bandé.	-2	-1	0	+1	+2
62. En faisant la livraison de l'épicerie, je regarde dans la chambre d'une femme. Je l'observe alors qu'elle se regarde, toute nue, dans le miroir.	-2	-1	0	+1	+2
63. J'essaie de pousser mon pénis dans le cul de mon frère.	-2	-1	0	+1	+2
64. Je suis bandé, je pousse mon pénis entre les jambes de ma soeur; je commence à venir.	-2	-1	0	+1	+2

Appendice E
Inventaire de dépression de Beck

INVENTAIRE DE BECK

Ce questionnaire comprend plusieurs groupes de phrases. Lisez chaque groupe de phrases attentivement puis choisissez l'énoncé à l'intérieur de chacun des groupes qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti cette semaine, **incluant aujourd'hui**. Assurez vous de lire tous les énoncés d'un groupe avant de faire votre choix. Inscrivez la lettre correspondant à votre choix sur la feuille-réponse correspondante.

1.
 - (A) Je ne me sens pas triste.
 - (B) Je me sens morose ou triste.
 - (C) Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
 - (D) Je suis tellement triste ou malheureux que cela me fait mal.
 - (E) Je suis tellement triste ou malheureux que je ne peux plus le supporter.

2.
 - (A) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé à propos du futur.
 - (B) Je me sens découragé à propos du futur.
 - (C) Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
 - (D) Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
 - (E) Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.

3.
 - (A) Je ne sens pas que je suis un échec.
 - (B) Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
 - (C) Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
 - (D) Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
 - (E) Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).

4.
 - (A) Je ne suis pas particulièrement mécontent.
 - (B) Je me sens "tanné" la plupart du temps.
 - (C) Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
 - (D) Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
 - (E) Je suis mécontent de tout.

5.
 - (A) Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 - (B) Je me sens souvent mauvais ou indigne.
 - (C) Je me sens plutôt coupable.
 - (D) Je me sens mauvais et indigne presque tout le temps.
 - (E) Je sens que je suis très mauvais ou très indigne.

6. (A) Je n'ai pas l'impression d'être puni.
(B) J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
(C) Je sens que je suis ou serai puni.
(D) Je sens que je mérite d'être puni.
(E) Je veux être puni.
7. (A) Je ne me sens pas déçu de moi-même.
(B) Je suis déçu de moi-même.
(C) Je ne m'aime pas.
(D) Je suis dégoûté de moi-même.
(E) Je me hais.
8. (A) Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
(B) Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
(C) Je me blâme pour mes fautes.
(D) Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.
9. (A) Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
(B) J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
(C) Je sens que je serais mieux mort.
(D) Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort.
(E) J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire.
(F) Je me tuerais si je le pouvais.
10. (A) Je ne pleure pas plus que d'habitude.
(B) Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
(C) Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter.
(D) Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.
11. (A) Je ne suis pas plus irrité maintenant que je le suis d'habitude.
(B) Je deviens contrarié ou irrité plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.
(C) Je me sens irrité tout le temps.
(D) Je ne suis plus irrité du tout par les choses qui m'irritent habituellement.
12. (A) Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
(B) Je suis moins intéressé aux autres maintenant qu'auparavant.
(C) J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
(D) J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.

13. (A) Je prend des décisions aussi bien que jamais.
(B) J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
(C) J'ai beaucoup de difficulté à prendre des décisions.
(D) Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.
14. (A) Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
(B) Je m'inquiète de paraître vieux et sans attrait.
(C) Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
(D) Je me sens laid et répugnant.
15. (A) Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
(B) J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
(C) Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
(D) J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
(E) Je ne peux faire aucun travail.
16. (A) Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
(B) Je me réveille plus fatigué le matin que d'habitude.
(C) Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
(D) Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.
17. (A) Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.
(B) Je me fatigue plus facilement qu'avant.
(C) Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
(D) Je suis trop fatigué pour faire quoi que ce soit.
18. (A) Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
(B) Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
(C) Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
(D) Je n'ai plus d'appétit du tout.
19. (A) Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement.
(B) J'ai perdu plus de 5 livres.
(C) J'ai perdu plus de 10 livres.
(D) J'ai perdu plus de 15 livres.

20. (A) Je ne suis pas plus préoccupé de ma santé que d'habitude.
(B) Je suis préoccupé par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
(C) Je suis tellement préoccupé par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
(D) Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
21. (A) Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
(B) Je suis moins intéressé par le sexe qu'auparavant.
(C) Je suis beaucoup moins intéressé par le sexe maintenant.
(D) J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

Appendice F
Inventaire de Jesness

INVENTAIRE JESSNESS

Vous devez répondre par VRAI ou FAUX à chacun des énoncés suivants. Lisez soigneusement chaque phrase et si vous êtes d'accord avec l'énoncé, que vous sentez qu'il correspond bien à ce que vous pensez, encerclez le "V" (vrai). Dans le cas contraire, si vous n'êtes pas d'accord avec l'énoncé, encerclez le "F" (faux).

VÉRIFIEZ À CHAQUE PAGE SI VOUS AVEZ RÉPONDU À TOUS LES ÉNONCÉS
SANS EN OMETTRE AUCUN.

- | | | | |
|-----|--|--------|--------|
| 1. | Quand tu es mal pris, il est préférable de ne pas en parler à personne. | V
1 | F
2 |
| 2. | Ça me rend nerveux de rester longtemps assis immobile, sans bouger. | V
1 | F
2 |
| 3. | Je suis toujours pris dans une bataille. | V
1 | F
2 |
| 4. | Je m'inquiète trop de savoir si je suis correct dans ce que je fais. | V
1 | F
2 |
| 5. | J'aime à toujours me tenir avec la même bande de copains (chums). | V
1 | F
2 |
| 6. | Je suis plus débrouillard que la plupart des garçons que je connais. | V
1 | F
2 |
| 7. | Ça me met en colère que des bandits puissent s'en tirer sans être condamnés. | V
1 | F
2 |
| 8. | Les critiques ou les reproches me blessent facilement. | V
1 | F
2 |
| 9. | La plupart des policiers sont prêts à t'aider. | V
1 | F
2 |
| 10. | Parfois, j'ai l'impression que je veux battre quelqu'un. | V
1 | F
2 |
| 11. | Quand quelqu'un m'ordonne de faire quelque chose, je suis porté, la plupart du temps, à faire exactement le contraire. | V
1 | F
2 |
| 12. | La plupart des gens sont prêts à tricher un peu pour faire de l'argent. | V
1 | F
2 |
| 13. | Il est difficile pour quelqu'un de savoir à quel moment il va se fâcher, ou avoir du trouble. | V
1 | F
2 |

- | | | | |
|-----|--|--------|--------|
| 14. | Si les policiers ne t'aiment pas, ils vont tenter de t'attraper pour n'importe quoi. | V
1 | F
2 |
| 15. | Un "gars" est beaucoup mieux de ne faire confiance à personne. | V
1 | F
2 |
| 16. | Parfois, je souhaiterais pouvoir laisser l'école. | V
1 | F
2 |
| 17. | Parfois, j'ai l'impression que je n'ai pas réellement de "chez moi" (de foyer). | V
1 | F
2 |
| 18. | Les gens semblent toujours favoriser un garçon ou une fille en particulier. | V
1 | F
2 |
| 19. | Je ne conte jamais de mensonge. | V
1 | F
2 |
| 20. | La plupart des policiers sont pas mal stupides. | V
1 | F
2 |
| 21. | Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi. | V
1 | F
2 |
| 22. | Un "gars" comme moi se bat d'abord et pose des questions ensuite. | V
1 | F
2 |
| 23. | J'ai des idées très étranges et très bizarres dans ma tête. | V
1 | F
2 |
| 24. | Un "gars" ne peut pas avoir beaucoup de plaisir quand il n'est pas avec ses copains (chums). | V
1 | F
2 |
| 25. | Ça me rend nerveux de demander un service à quelqu'un. | V
1 | F
2 |
| 26. | Si je le pouvais, j'arrêteraï d'aller à l'école immédiatement. | V
1 | F
2 |
| 27. | Parfois, c'est amusant "le fun" de voler quelque chose. | V
1 | F
2 |

- | | | | |
|-----|--|--------|--------|
| 28. | J'ai remarqué que le coeur me bat très vite quand quelqu'un n'arrête pas de me poser des questions. | V
1 | F
2 |
| 29. | Quand je suis vraiment en colère, je pourrais faire à peu près n'importe quoi. | V
1 | F
2 |
| 30. | Les femmes ont l'air plus aimables et plus heureuses que les hommes. | V
1 | F
2 |
| 31. | Je trouve facile de parler à des étrangers. | V
1 | F
2 |
| 32. | Les policiers mettent leur nez dans beaucoup de choses qui ne les regardent pas (qui ne sont pas de leurs affaires). | V
1 | F
2 |
| 33. | Un grand nombre de pères ne se soucient pas de blesser vos sentiments. | V
1 | F
2 |
| 34. | Sans que je le montre, j'ai peur de beaucoup de choses. | V
1 | F
2 |
| 35. | C'est rare qu'on me fasse confiance. | V
1 | F
2 |
| 36. | Les autres semblent faire les choses plus facilement que moi. | V
1 | F
2 |
| 37. | J'ai l'impression que je perds patience souvent pour des choses qui en réalité n'ont pas beaucoup d'importance. | V
1 | F
2 |
| 38. | Il n'y a que les bébés qui pleurent quand ils se font mal. | V
1 | F
2 |
| 39. | La plupart des adultes sont en réalité très gentils. | V
1 | F
2 |
| 40. | Avoir le dessus dans une bataille, c'est à peu près le plus grand plaisir qui existe. | V
1 | F
2 |

- | | | | |
|-----|--|--------|--------|
| 41. | Il y a beaucoup de choses étranges qui m'arrivent. | V
1 | F
2 |
| 42. | J'ai tous les amis qu'il me faut. | V
1 | F
2 |
| 43. | J'ai beaucoup de plaisir à faire enrager et à énerver d'autres personnes. | V
1 | F
2 |
| 44. | De nos jours, de petites bêtises sont considérées comme de gros délits. | V
1 | F
2 |
| 45. | Ce serait amusant de travailler dans un carnaval ou dans un parc d'amusement. | V
1 | F
2 |
| 46. | Mon père est trop occupé pour m'accorder beaucoup d'attention ou pour passer beaucoup de temps avec moi. | V
1 | F
2 |
| 47. | Parfois, j'ai des vertiges sans raison apparente. | V
1 | F
2 |
| 48. | Parfois, les gens traitent les adolescents et les adolescentes comme s'ils étaient des bébés. | V
1 | F
2 |
| 49. | Je me sens mal quand je me fais engueuler ou critiquer. | V
1 | F
2 |
| 50. | Quand tout va mal, il n'y a pas grand-chose à y faire. | V
1 | F
2 |
| 51. | Lorsqu'un membre de votre famille est dans le trouble, il est préférable de régler cela entre vous plutôt que d'avertir la police. | V
1 | F
2 |
| 52. | Il me semble que je ne suis pas capable de me concentrer sur quoi que ce soit. | V
1 | F
2 |
| 53. | Quand j'essaie d'être bon garçon, on dirait qu'il y a toujours un malheur qui m'arrive. | V
1 | F
2 |

54.	La plupart des hommes sont autoritaires et mesquins.	V 1	F 2
55.	Je me fiche que les gens m'aiment ou ne m'aiment pas.	V 1	F 2
56.	Il semble que peu importe où je me trouve, j'aimerais mieux être ailleurs.	V 1	F 2
57.	Je me fâche de temps en temps.	V 1	F 2
58.	Je crois que quelqu'un qui est âgé de 14 ans, est assez vieux pour fumer.	V 1	F 2
59.	La plupart des parents semblent trop sévères.	V 1	F 2
60.	Si quelqu'un me fait un sale coup, j'essaie de lui rendre.	V 1	F 2
61.	Vous ne pouvez à peu près jamais croire ce que les parents vous disent.	V 1	F 2
62.	Il y a vraiment une partie de moi-même qui est mauvaise.	V 1	F 2
63.	Je ne crois pas que je fasse jamais cette réussite de ma vie ou que je devienne jamais grand-chose.	V 1	F 2
64.	Ordinairement les policiers te traitent de façon "écoeurante".	V 1	F 2
65.	La plupart du temps j'ai l'impression que je ne trouve rien à faire.	V 1	F 2
66.	J'ai de la difficulté à montrer aux gens ce que j'éprouve à leur égard.	V 1	F 2
67.	Je me sens souvent seul et triste.	V 1	F 2

- | | | | |
|-----|--|--------|--------|
| 68. | Ça ne me fait rien lorsqu'on me taquine et qu'on se moque de moi. | V
1 | F
2 |
| 69. | Il ne se passe jamais grand-chose. | V
1 | F
2 |
| 70. | Très souvent, je fais des choses que mes parents me disent de ne pas faire. | V
1 | F
2 |
| 71. | C'est amusant de se faire courir par la police. | V
1 | F
2 |
| 72. | Beaucoup de gens disent du mal de moi dans mon dos. | V
1 | F
2 |
| 73. | Je souhaiterais être moins gêné et moins timide. | V
1 | F
2 |
| 74. | On dirait que les gens s'attendent toujours à ce que je me retrouve dans des ennuis quelconques. | V
1 | F
2 |
| 75. | J'aime tous ceux que je connais. | V
1 | F
2 |
| 76. | Les autres sont plus heureux que moi. | V
1 | F
2 |
| 77. | Si seulement je pouvais avoir une automobile à la maison, tout irait pour le mieux. | V
1 | F
2 |
| 78. | Je n'ai pas tellement de problèmes dont je dois me préoccuper. | V
1 | F
2 |
| 79. | Se faire traiter de "poule mouillée" (de poltron) est à peu près la pire insulte. | V
1 | F
2 |
| 80. | Quand je suis seul, j'entends des choses étranges. | V
1 | F
2 |

- | | | | |
|-----|--|--------|--------|
| 81. | Lorsque vos copains et vous êtes dans le trouble, il est nécessaire de raconter la même chose (avoir la même version des faits). | V
1 | F
2 |
| 82. | J'ai beaucoup de maux de tête. | V
1 | F
2 |
| 83. | Les professeurs ont toujours des préférés qui peuvent s'en tirer avec n'importe quoi. | V
1 | F
2 |
| 84. | À chaque jour, il se présente un grand nombre de choses qui m'intéressent. | V
1 | F
2 |
| 85. | J'aime mieux être seul qu'avec d'autres. | V
1 | F
2 |
| 86. | Je ne semble pas pouvoir accepter d'être beaucoup agacé ou taquiné. | V
1 | F
2 |
| 87. | Je ne semble pas me soucier suffisamment de ce qui m'arrive. | V
1 | F
2 |
| 88. | Je ne me fâche jamais contre personne. | V
1 | F
2 |
| 89. | Je souhaite tout le temps qu'il arrive quelque chose d'excitant. | V
1 | F
2 |
| 90. | Les policiers et les juges vont vous dire une chose et en faire une autre. | V
1 | F
2 |
| 91. | Il m'est difficile de discuter de mes problèmes avec mes parents. | V
1 | F
2 |
| 92. | Je suis aimé par tous ceux qui me connaissent. | V
1 | F
2 |
| 93. | Il me paraît plus facile de mal agir que de manifester mes bons sentiments. | V
1 | F
2 |

- | | | | |
|------|---|--------|--------|
| 94. | Trop de gens aiment à faire les importants et les durs. | V
1 | F
2 |
| 95. | Je suis toujours gentil avec tout le monde. | V
1 | F
2 |
| 96. | Ça prend quelqu'un de pas mal intelligent pour l'emporter sur moi. | V
1 | F
2 |
| 97. | Le fait de discuter de problèmes personnels avec une personne plus âgée, c'est se conduire comme un enfant. | V
1 | F
2 |
| 98. | Cela ne semble pas que ça soit répréhensible de voler un marchand malhonnête. | V
1 | F
2 |
| 99. | Je ne reculerais jamais devant une bataille. | V
1 | F
2 |
| 100. | J'ai dans ma tête beaucoup de mauvais plans que les autres ignorent. | V
1 | F
2 |
| 101. | Je ferai beaucoup de folies si quelqu'un me met au défi. | V
1 | F
2 |
| 102. | J'ai peur de parler devant la classe. | V
1 | F
2 |
| 103. | Les parents achalent et critiquent toujours les jeunes. | V
1 | F
2 |
| 104. | Un jour, j'aimerais conduire une auto de course. | V
1 | F
2 |
| 105. | J'ai tendance à m'asseoir et à rêvasser plus que je ne devrais. | V
1 | F
2 |
| 106. | De temps en temps, j'ai des malaises à l'estomac. | V
1 | F
2 |

- | | | |
|--|--------|--------|
| 107. À la maison, je suis trop souvent puni pour des choses que je ne fais pas. | V
1 | F
2 |
| 108. Je suis toujours heureux à la maison. | V
1 | F
2 |
| 109. Le soir quand je n'ai rien à faire, j'aime à sortir pour trouver des activités un peu excitantes. | V
1 | F
2 |
| 110. Beaucoup de femmes paraissent autoritaires et mesquines. | V
1 | F
2 |
| 111. Personne ne semble me comprendre ou ne semble comprendre ce que je ressens. | V
1 | F
2 |
| 112. La plupart des gens se retrouvent en difficulté à cause de la malchance. | V
1 | F
2 |
| 113. Je suis toujours gentil. | V
1 | F
2 |
| 114. Parler avec mes parents est tout aussi facile que de parler avec des garçons de mon âge. | V
1 | F
2 |
| 115. Parfois, je n'aime pas l'école. | V
1 | F
2 |
| 116. Si tu veux réussir, tu ne peux pas t'inquiéter trop du gars qui est à côté de toi. | V
1 | F
2 |
| 117. Parfois, j'ai l'impression que je vais éclater pour des riens. | V
1 | F
2 |
| 118. Ça ne me fait rien de mentir lorsque je suis mal pris (dans le trouble). | V
1 | F
2 |
| 119. Un gars qui ne veut pas se battre est un bon à rien. | V
1 | F
2 |
| 120. Pour se débrouiller de nos jours, il faut être vraiment dur. | V
1 | F
2 |

- | | | |
|---|--------|--------|
| 121. La plupart du temps, je me sens inquiet (je m'en fais ou je me fais du mauvais sang). | V
1 | F
2 |
| 122. Si tu ne te tiens pas avec la gang, tu peux t'attendre à avoir du trouble. | V
1 | F
2 |
| 123. Je pense réellement que je parais mieux que la plupart des gars de mon âge. | V
1 | F
2 |
| 124. J'ai de mauvais plans plein la tête. | V
1 | F
2 |
| 125. Quand tu es mal pris, il n'y a personne qui se soucient vraiment de t'aider. | V
1 | F
2 |
| 126. Parfois quand mes parents me disent de ne pas faire quelque chose, je ne m'en occupe pas et je le fais quand même. | V
1 | F
2 |
| 127. Il est préférable de ne pas penser à tes problèmes. | V
1 | F
2 |
| 128. Je me sens rarement excité ou "thrillé". | V
1 | F
2 |
| 129. Quand un événement malheureux survient, je m'en prends toujours à moi-même plutôt qu'aux autres. | V
1 | F
2 |
| 130. Les gens qui détiennent de l'autorité sont ordinairement contre moi. | V
1 | F
2 |
| 131. J'hésite trop à prendre une décision (à me décider). | V
1 | F
2 |
| 132. La plupart des gens qui agissent de façon trop parfaite ne font que présenter une grosse façade (ne montrent pas ce qu'ils sont en réalité). | V
1 | F
2 |
| 133. Quand la chance est contre toi, il n'y a pas grand-chose que tu puisses y faire. | V
1 | F
2 |

- | | | |
|---|--------|--------|
| 134. Je me fatigue facilement. | V
1 | F
2 |
| 135. Je pense que ma mère devrait être plus sévère qu'elle ne l'est à propos de beaucoup de choses. | V
1 | F
2 |
| 136. J'aime à lire et à étudier. | V
1 | F
2 |
| 137. Je me sens seul même quand il y a d'autres personnes autour de moi. | V
1 | F
2 |
| 138. Je suis très habile pour déjouer les autres. | V
1 | F
2 |
| 139. Je déteste toujours demander une faveur à quelqu'un. | V
1 | F
2 |
| 140. J'ai souvent de la difficulté à respirer (reprendre mon souffle). | V
1 | F
2 |
| 141. Je m'inquiète du succès que j'obtiens à l'école. | V
1 | F
2 |
| 142. Pour ma taille, je suis vraiment pas mal dur-à-cuire. | V
1 | F
2 |
| 143. Les gens m'accordent rarement une chance raisonnable. | V
1 | F
2 |
| 144. Je préfère rêvasser à tout autre chose. | V
1 | F
2 |
| 145. Le seul moyen de régler une affaire, c'est de le faire avec les poings. | V
1 | F
2 |
| 146. Je suis nerveux. | V
1 | F
2 |
| 147. Ce n'est pas vraiment mal de voler une personne riche. | V
1 | F
2 |

- | | | |
|---|--------|--------|
| 148. Mes parents ont l'air de penser que je pourrais devenir un voyou. | V
1 | F
2 |
| 149. Les choses ne m'apparaissent pas réelles. | V
1 | F
2 |
| 150. J'ai peur de la noirceur. | V
1 | F
2 |
| 151. Il y a trop de discussions vives dans les familles. | V
1 | F
2 |
| 152. Parfois il me semble que je cherche à me mettre dans le trouble plutôt que de m'en éloigner. | V
1 | F
2 |
| 153. Je pense que j'ai quelque chose d'anormal dans la tête. | V
1 | F
2 |
| 154. Je me fâche très rapidement. | V
1 | F
2 |
| 155. Quand je me mets dans le trouble, c'est ordinairement par ma propre faute. | V
1 | F
2 |

Appendice G
Sous-échelles du Jesness

Description des sous-échelles (Jesness, 1983):

Mésadaptation sociale (SM) - 63 items. Réfère à un ensemble d'attitudes où la socialisation est inadéquate ou perturbée. Le jeune partage des attitudes qui ne sont pas socialement acceptables.

Orientation des valeurs (VO) - 39 items. Réfère à la tendance à partager des attitudes et des opinions caractéristiques des personnes de la classe socio-économiquement défavorisée.

Immaturité (Imm) - 45 items. L'immaturité reflète la tendance à adopter des attitudes et des perceptions, de soi et des autres, typiques des personnes plus jeunes que le sujet.

Autisme (Au) - 28 items. Cette échelle mesure la tendance, au niveau de la pensée et des perceptions, à déformer la réalité en fonction de ses propres désirs ou besoins.

Aliénation (Al) - 26 items. Réfère à la présence d'un manque de confiance aux autres, ainsi que l'éloignement/retrait d'une personne par rapport aux autres, spécialement en ce qui a trait à ceux qui représentent l'autorité.

Agressivité manifeste (Ma) - 31 items. Reflète la prise de conscience de la présence de sentiments déplaisants, spécialement ceux de colère et de frustration; une tendance à manifester facilement ces émotions; et un inconfort évident concernant la présence et le contrôle de ces sentiments.

Retrait (Wd) - 24 items. Indique l'ampleur de l'insatisfaction du jeune avec lui-même et avec les autres, ainsi que sa tendance à s'isoler des autres.

Anxiété sociale (SA) - 24 items. Réfère à l'inconfort émotionnel dans ses relations avec autrui.

Refoulement (Rep) - 15 items. Reflète l'incapacité d'amener à la conscience des sentiments ou émotions ou peut refléter l'incapacité à nommer ses émotions.

Déni (Den) - 20 items. Le déni indique la résistance à reconnaître des événements déplaisants ou des conditions normalement rencontrés dans la vie quotidienne.

L'échelle de l'indice asocial. L'asocialisation réfère à la disposition générale de la personne à résoudre des problèmes sociaux ou personnels d'une façon représentative d'un non regard des règles ou coutumes de la société.

Appendice H
L'échelle de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne (M-C 20)

Instructions: Veuillez répondre par vrai ou faux. Indiquer le chiffre correspondant à votre réponse sur la feuille-réponse (vrai=1 et faux=0).

1 = Vrai
0 = Faux

1. Je n'hésite jamais à faire un effort pour aider une personne en difficulté.
2. Je n'ai jamais profondément détesté qui que ce soit.
3. Il m'arrive de me sentir irrité de ne pas avoir obtenu ce que je voulais.
4. Il m'est arrivé à quelques reprises d'abandonner quelque chose par manque de confiance en moi-même.
5. J'ai parfois eu envie de me révolter contre les figures d'autorité, même si je savais qu'elles avaient raison.
6. Je me souviens d'avoir fait semblant d'être malade pour me tirer d'affaire.
7. Il m'est arrivé de profiter de quelqu'un.
8. Lorsque je commets une erreur, je ne refuse jamais de l'admettre.
9. J'essaie toujours de mettre en pratique les idées que je défends.
10. J'essaie parfois de me venger, plutôt que de pardonner et d'oublier.
11. Lorsque je ne connais pas une chose, je n'ai aucune difficulté à l'admettre.
12. Je suis toujours poli, même avec les personnes désagréables.
13. Il m'est arrivé d'insister pour que l'on fasse les choses à ma façon.
14. Il m'est parfois arrivé d'avoir envie de casser des choses.
15. Jamais il ne me viendrait à l'esprit de laisser quelqu'un d'autre être puni pour une faute que j'aurais commise.
16. Je ne m'offusque jamais lorsqu'on me fait remarquer qu'un service en attire un autre.
17. Je ne suis jamais contrarié lorsque les gens expriment des idées très différentes des miennes.

1 = Vrai

0 = Faux

18. Il m'est arrivé de ressentir une certaine jalousie devant la chance des autres.
19. Je me sens parfois irrité par les gens qui me demandent des services.
20. Je n'ai jamais dit volontairement quoi que ce soit qui puisse blesser quelqu'un.

Appendice I

Résumé de l'entrevue téléphonique

ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une recherche de doctorat en psychologie à l'Université de Montréal. C'est une étude qui porte sur la sexualité des jeunes hommes de 18 ans. Elle a pour but de vérifier et de valider une procédure d'évaluation de la sexualité masculine déjà utilisée auprès des adultes. La rencontre dure environ quatre heures et une rémunération de 40\$ est offerte.

Au début de la rencontre, des informations sociodémographiques de même que quelques questions sur votre santé physique et votre sexualité vous seront posées. Vient ensuite la présentation d'un court vidéo et des bandes sonores à contenu érotique. Les bandes sonores décrivent différents types de comportements sexuels et non sexuels avec des enfants et des personnes de votre âge. Les personnages décrits peuvent être de sexe féminin ou masculin. Il peut aussi y avoir des histoires contenant de la violence. Pendant le visionnement du vidéo et l'écoute des bandes sonores, votre réaction sexuelle sera mesurée à l'aide d'un petit élastique, appelé « jauge », que vous allez installer vous-même, en privé, autour de votre pénis. Tout au long de cette évaluation vous allez être seul dans une pièce spécifique à cet effet. La personne que vous allez rencontrer va se trouver dans une pièce adjacente et la communication va se faire par interphone. Une nouvelle jauge est utilisée pour chacun des participants. Vous pouvez vous retirer à n'importe quel moment lors de la procédure d'évaluation, sans pénalité. Toutes les informations obtenues sont strictement confidentielles, aucun nom n'apparaît nulle part à l'exception du formulaire de consentement. Les données obtenues serviront à des fins d'études et les résultats pourront être discutés avec vous à la fin de la rencontre.

Appendice J
Affiche pour le recrutement

SUJETS DE RECHERCHE POUR UNE EXPÉRIENCE
EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Nous recherchons des hommes âgés de 18 ans uniquement pour participer à une étude sur les réactions sexuelles. L'expérience dure environ quatre heures et une rémunération de 40\$ est offerte. L'expérience consiste en une entrevue, des questionnaires et en la présentation de stimulations auditives. Des mesures physiologiques seront aussi prises. Pour plus de renseignements, contacter MARIE-CLAUDE ROBINSON OU GINA MADRIGRANO au 433-8315.

Appendice K
Formulaire de consentement
(Groupe témoin)

LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, _____, accepte de participer à une évaluation ayant pour but d'évaluer mes préférences et comportements sexuels passés et actuels.

Dans un premier temps, j'aurai à répondre à des questions détaillées portant sur ma vie sexuelle au cours d'une entrevue clinique.

Dans un deuxième temps, j'aurai à compléter cinq questionnaires visant à mesurer mes croyances et intérêts sexuels, mon degré d'ajustement social et mon degré d'humeur dépressive.

Enfin, dans un troisième temps, on mesurera mon degré d'excitation physiologique à des stimuli érotiques. Ces stimuli seront constitués d'histoires érotiques qui seront présentées sous formes de bandes sonores.

Pendant que j'écouterai les stimuli, on mesurera mon degré d'excitation sexuelle à l'aide d'un extensomètre au mercure (petite boucle de caoutchouc contenant du mercure). Cet appareil que je placerai, en privé, autour de mon pénis, sert exclusivement à mesurer l'érection pénienne et ne peut me blesser.

Les résultats de cette séance me seront communiqués à la fin de l'évaluation et, à ma demande, on pourra me fournir plus de détails sur ces résultats.

Je consens à donner mon autorisation concernant l'utilisation des données et des informations provenant de cette expérimentation pour des fins de publication à la condition que mon identité soit strictement préservée.

Je pourrai, en tout temps, retirer ma participation à cette évaluation.

Ma signature au bas de ce formulaire indique bien que j'ai compris tout ce qui est mentionné ci-haut et qu'on a répondu de façon très satisfaisante à toutes mes questions concernant ma participation à cette évaluation.

Date: _____

Signature: _____

Date : _____

Témoïn : _____

Appendice L
Formulaire de consentement
(Groupe clinique)

LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL

**UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Je, _____, accepte de participer à une évaluation ayant pour but d'évaluer mes préférences et comportements sexuels passés et actuels.

Dans un premier temps, j'aurai à répondre à des questions détaillées portant sur ma vie sexuelle au cours d'une entrevue clinique.

Dans un deuxième temps, j'aurai à compléter cinq questionnaires visant à mesurer mes croyances et intérêts sexuels, mon degré d'ajustement social et mon degré d'humeur dépressive.

Enfin, dans un troisième temps, on mesurera mon degré d'excitation physiologique à des stimuli érotiques. Ces stimuli seront constitués d'histoires érotiques qui seront présentées sous formes de bandes sonores.

Pendant que j'écouterai les stimuli, on mesurera mon degré d'excitation sexuelle à l'aide d'un extensomètre au mercure (petite boucle de caoutchouc contenant du mercure). Cet appareil que je placerai, en privé, autour de mon pénis, sert exclusivement à mesurer l'érection pénienne et ne peut me blesser.

Les résultats de cette séance me seront communiqués à la fin de l'évaluation et, à ma demande, on pourra me fournir plus de détails sur ces résultats.

Je consens à donner mon autorisation concernant l'utilisation des données et des informations provenant de cette expérimentation pour des fins de publication à la condition que mon identité soit strictement préservée.

Je comprends que l'information recueillie durant l'évaluation sera résumée à l'intérieur d'un rapport qui sera remis à la personne en charge de mon dossier. L'équipe retire donc toute responsabilité quant à l'utilisation et quant aux conséquences et/ou impact futurs qu'un tel rapport peut entraîner.

Je pourrai, en tout temps, retirer ma participation à cette évaluation.

Ma signature au bas de ce formulaire indique bien que j'ai compris tout ce qui est mentionné ci-haut et qu'on a répondu de façon très satisfaisante à toutes mes questions concernant ma participation à cette évaluation.

Date: _____ Signature: _____

Si la personne est âgée de moins de 18 ans:

Signature de la mère

Signature du père

Appendice M

Échelle de l'impact subjectif

ECHELLE DE L'IMPACT SUBJECTIF

LISEZ ATTENTIVEMENT CHACUNE DES QUESTIONS ET ENCERCLEZ LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A VOTRE ÉTAT ACTUEL.

1. DÉFINITIVEMENT OUI
2. OUI
3. NI OUI NI NON
4. NON
5. DÉFINITIVEMENT NON

1. Actuellement, vous sentez-vous bien? 1 2 3 4 5

2. Vous êtes-vous senti confortable et à l'aise lors de :

- | | |
|--|-----------|
| A) l'entrevue | 1 2 3 4 5 |
| B) la passation des questionnaires | 1 2 3 4 5 |
| C) l'évaluation à l'intérieur du laboratoire | 1 2 3 4 5 |

Si non : à quel moment, lors de l'évaluation vous êtes-vous senti le plus inconfortable?

3. Vous êtes-vous senti confortable et à l'aise lorsque vous écoutiez les enregistrements des activités sexuelles et des crimes commis? 1 2 3 4 5

4. Est-ce que l'écoute des enregistrements durant l'évaluation vous a fait vous sentir bien?

1 2 3 4 5

Si oui : qu'est-ce qui vous a fait sentir de la sorte?

5. Est-ce que l'écoute des enregistrements durant l'évaluation vous a rendu nerveux ou bien vous a bouleversé? 1 2 3 4 5

Si oui : qu'est-ce qui vous a fait sentir de la sorte?

6. Est-ce que l'écoute des enregistrements durant l'évaluation vous a rendu triste ou déprimé? 1 2 3 4 5

Si oui : qu'est-ce qui vous a fait sentir de la sorte?

7. Si nous vous demandions de nous aider à nouveau, accepteriez-vous de refaire cette évaluation en laboratoire 1 2 3 4 5

8. Seriez-vous prêt à recommander la passation de cette procédure d'évaluation à une autre personne? 1 2 3 4 5

9. Qu'est-ce qui vous a porté à accepter de participer à cette étude?

SIGNATURE :

TÉMOIN À LA SIGNATURE :

CODE :

DATE :

Appendice N
Grilles de correction

GRILLES DE CORRECTIONINVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK

Une cote globale a été obtenue en faisant la sommation de la valeur de chaque item.
Les cotes se répartissent comme suit :

0 à 9 : aucune dépression
10 à 13 : dépression légère
14 à 20 : dépression modérée
21 et + : dépression sévère

Questions	A	B	C	D	E	F
Q. 1	0	1	2	2	3	-
Q. 2	0	1	2	2	3	-
Q. 3	0	1	2	2	3	-
Q. 4	0	1	1	2	3	-
Q. 5	0	1	2	2	3	-
Q. 6	0	1	2	3	3	-
Q. 7	0	1	1	2	3	-
Q. 8	0	1	2	3	-	-
Q. 9	0	1	2	2	3	3
Q. 10	0	1	2	3	-	-
Q. 11	0	1	2	3	-	-
Q. 12	0	1	2	3	-	-
Q. 13	0	1	2	3	-	-
Q. 14	0	1	2	3	-	-
Q. 15	0	1	1	2	3	-
Q. 16	0	1	2	3	-	-
Q. 17	0	1	2	3	-	-
Q. 18	0	1	2	3	-	-
Q. 19	0	1	2	3	-	-
Q. 20	0	1	2	3	-	-
Q. 21	0	1	2	3	-	-

QUESTIONNAIRE DES COGNITIONS POUR ADOLESCENTS

Ce questionnaire comporte 32 énoncés. Une cote globale est calculée en additionnant la cote obtenue à chaque énoncé. Pour la présente étude, une cote élevée à cette échelle signifiait un degré élevé de distortions cognitives.

Vrai = 1

Faux = 0

Correction inversée pour les questions suivantes (0 = 1 et 1 = 0):

5, 7, 14, 23, 24, 29, 30

QUESTIONNAIRE DES INTÉRÊTS SEXUELS POUR ADOLESCENTS

Ce questionnaire comporte 64 énoncés. On retrouve 17 catégories :

<u>Catégories</u>	<u>Numéro des énoncés :</u>
Sexualité agressive femme adulte	1, 28, 43, 57
Violence seulement femme adulte	13, 60
Sexualité agressive même âge fille	12, 33, 36, 40
Sexualité consentante même âge fille	10, 37, 52, 59
Sexualité agressive jeune femme	15, 24, 29, 38, 49
Sexualité non agressive jeune femme	5, 6, 50
Violence seulement jeune femme	17, 26
Sexualité agressive même âge garçon	11, 34, 39, 58
Sexualité consentante même âge garçon	18, 30, 48, 55
Sexualité agressive jeune homme	2, 8, 16, 31, 35, 47, 54
Sexualité non agressive inceste fille	4, 20
Sexualité agressive fille inceste	42, 64
Sexualité agressive inceste garçon	14, 22, 25, 63
Frottage	7, 21, 51, 61
Voyeurisme	3, 27, 44, 62
Exhibitionnisme	19, 23, 46, 53
Items neutres	9, 32, 45, 56

Tous les énoncés sont cotés de “-2 à +2”. Pour les besoins de cette recherche, une cote globale a été obtenu en faisant la sommation des items.

ÉCHELLE DE DÉsirABILITÉ SOCIALE DE MARLOWE-CROWNE

Vrai = 1

Faux = 0

Correction inversée pour les questions suivantes (0 = 1 et 1 = 0):

3, 4, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 18, 19

INVENTAIRE DE PERSONNALITÉ DE JESNESS

À l'aide du logiciel MASPAQ (Le Blanc, 1996), chaque adolescent a pu obtenir une cote moyenne sur chacune des sous-