



**La réceptivité chez les adolescents agresseurs sexuels participant à une intervention de groupe basé sur la prévention de la récidive**

Par  
Claudine Roy  
École de Criminologie  
Faculté des Arts et des Sciences

Rapport de Stage Présenté à la Faculté des Études Supérieures  
En vue de l'obtention de la Maîtrise (M.Sc.)  
En Criminologie

Décembre 2011

Cette étude aspire à donner une meilleure compréhension clinique de certains facteurs de réceptivité qui sous-tendent le niveau d'ouverture et de disponibilité de trois adolescents agresseurs sexuels en programme de traitement au Centre de Psychiatrie Légale de Montréal. La littérature montre par ailleurs que la réceptivité est un concept complexe et multidimensionnel qui joue un rôle dans l'efficacité des traitements pour une clientèle délinquante. Un certain nombre de critères sont ainsi susceptibles d'influencer le degré de « traitabilité » et de cheminement de l'agresseur lors d'un traitement, comme la prise de conscience du problème, la motivation, le soutien extérieur, la dureté, la neutralisation, la procrastination, l'attitude de victime et plusieurs autres. Ce travail rejoint alors les recherches tentant d'étudier les éléments en jeu dans la genèse et l'évolution de la réceptivité des adolescents agresseurs sexuels, dans le but éventuel d'élaborer des stratégies permettant de contourner les obstacles freinant son évolution positive en traitement. L'investigation examine l'hypothèse de l'existence d'une relation positive entre le processus de traitement et les différents critères de la réceptivité. Une méthodologie qualitative a permis de recueillir des données relatives à la réceptivité tel qu'observé à travers le discours des sujets, mais aussi à travers leur comportement tout au long du processus thérapeutique. Les trois histoires de cas présentées révèlent certains points communs au niveau des construits de la réceptivité et de la réactivité. Un rapport a également pu être établi entre la réceptivité et le traitement ainsi qu'entre la réceptivité et des caractéristiques des sujets. En conclusion de l'étude, certaines constatations cliniques sont discutées, notamment en ce qui concerne l'effet placebo, l'évolution naturelle des adolescents et autres.

**Mots clefs** : adolescents agresseurs sexuels, traitement, modalité thérapeutique de groupe, réceptivité, réactivité, caractéristiques des adolescents agresseurs sexuels.

This study aspires to give a better clinical understanding of certain responsivity factors underlying the level of openness and availability of three adolescents sexual offenders to a treatment program at the Centre of Forensic Psychiatry in Montreal. The literature on the matter also highlights that the concept of responsivity is complex and also multidimensional and it can play a role in the treatment's effectiveness for young delinquents. Some criteria are thus likely to influence the degree of treatability and the path of evolution of the aggressor while in treatment, such as awareness of the problem, motivation, external support, hardness, neutralization, procrastination, their own attitude of victimization and several others. This paper finds itself in the same spirit of other researches, studying all the elements present in the genesis and evolution of the receptivity concept found in young sexual offenders, so that positive strategies could be elaborated to overcome the obstacles slowing down a positive outcome, evolution and treatment's success. The investigation examines the hypothesis of the existence of a positive relationship between the treatment process and the different criteria of responsivity. A qualitative methodology during this study helped collect the data related to the responsiveness level that has been observed in each delinquent's speech, but also through their behavior throughout the therapeutic process. The three cases presented latter revealed some resemblance on responsivity and responsiveness. We were able to establish a link between the degree of responsivity and the overall treatment as well as between the level of responsivity and the personal characteristics of each subject. In the study's conclusion, some clinical findings are assessed, including the placebo effect, natural evolution (maturation) in the teenage participants and other elements to take under serious consideration.

**Keywords:** juvenile sexual offenders, treatment, therapeutic, responsivity, readiness, carateristics of juvenile sexual offenders.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	II
TABLES DES MATIÈRES.....	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
REMERCIEMENT.....	VIII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CONTEXTE THÉORIQUE ET PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 BREF SURVOL DES CARACTÉRISTIQUES DES ADOLESCENTS, DU DÉLIT ET DES FACTEURS DE RISQUE DE RÉCIDIVE.....	3
1.1.1 Caractéristiques des adolescents agresseurs sexuels.....	3
1.1.2 Caractéristiques du délit sexuel.....	7
1.1.3 Facteurs de risque de récidive.....	9
1.2 TYPE DE TRAITEMENT.....	12
1.2.1 Approche systémique.....	12
1.2.2 Approche cognitivo-comportementale.....	14
1.2.3 Prévention de la récidive.....	15
1.2.4 Traitements québécois.....	16
1.3 RÉSISTANCE ET FACTEURS DE RÉCEPTIVITÉ.....	19
1.3.1 Réceptivité selon Kennedy et Serin.....	21
1.3.2 Réactivité selon Kennedy et Serin.....	22
1.3.3 Gains acquis selon Kennedy et Serin.....	22

1.4 PROBLÉMATIQUE.....	23
CHAPITRE II : PRÉSENTATION DU MILIEU ET DES OBJECTIFS DE STAGE.....	25
2.1 CENTRE DE PSYCHIATRIE LÉGALE DE MONTRÉAL.....	25
2.2 MODALITÉS DE RÉALISATION DES OBJECTIFS.....	29
2.3 ÉCHÉANCIER.....	30
2.4 SUPERVISEURE DU MILIEU ET PROFESSEUR RESPONSABLE DU STAGE....	31
2.5 DÉFINITIONS DES OBJECTIFS ACADÉMIQUES.....	31
2.6 DÉFINITIONS DES OBJECTIFS CLINIQUES.....	32
2.6.1 La connaissance du milieu.....	32
2.6.2 Les habiletés professionnelles.....	32
2.6.3 Le développement personnel et cheminement professionnel.....	33
CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE.....	35
3.1 DÉMARCHE QUALITATIVE.....	35
3.2 SOURCE DES DONNÉES ET PROCÉDURE.....	35
3.3 OUTIL.....	37
3.4 ÉCHANTILLON.....	38
CHAPITRE IV : ANALYSE DES DONNÉES.....	40
4.1 MATHIEU.....	40

4.1.1 Facteurs individuels et familiaux.....	40
4.1.2 Développement et problématique sexuels.....	42
4.1.3 Analyse des données prétraitement.....	43
4.1.4 Participation au traitement.....	51
4.1.5 Analyse des données post-traitement.....	53
4.1.6 Synthèse.....	60
4.2 JACOB.....	63
4.2.1 Facteurs individuels et familiaux.....	63
4.2.2 Développement et problématique sexuels.....	65
4.2.3 Analyse des données prétraitement.....	66
4.2.4 Participation au traitement.....	73
4.2.5 Analyse des données post-traitement.....	76
4.2.6 Synthèse.....	84
4.3 ÉRIC.....	88
4.3.1 Facteurs individuels et familiaux.....	88
4.3.2 Développement et problématique sexuels.....	90
4.3.3 Analyse des données prétraitement.....	91
4.3.4 Participation au traitement.....	98
4.3.5 Analyse des données post-traitement.....	102
4.3.6 Synthèse.....	110
CHAPITRE V : DISCUSSION ET CONCLUSION.....	113
5.1 LIMITES DE L'ÉTUDE.....	113
5.2 L'IMPACT DU TRAITEMENT.....	115
5.3 RÉFLEXIONS SUR LES APPRENTISSAGES EFFECTUÉS ET CONCLUSION.....	120

RÉFÉRENCE.....	122
ANNEXE I : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	127
ANNEXE II : PROTOCOLE D'ÉVALUATION DE LA RÉCEPTIVITÉ ET DE LA RÉACTIVITÉ À L'ÉGARD DU TRAITEMENT ET, PAR LA SUITE DES GAINS ACQUIS.....	130
ANNEXE III : QUESTIONNAIRE PRÉTRAITEMENT.....	167
ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE POST-TRAITEMENT.....	171

## LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1</i> : indicateurs de réceptivité pour Mathieu avant le traitement.....	44
<i>Tableau 2</i> : indicateurs de réactivité pour Mathieu avant le traitement.....	48
<i>Tableau 3</i> : indicateurs de réceptivité pour Mathieu avant et après le traitement.....	54
<i>Tableau 4</i> : indicateurs de réactivité pour Mathieu avant et après le traitement.....	57
<i>Tableau 5</i> : indicateurs de réceptivité pour Jacob avant le traitement.....	67
<i>Tableau 6</i> : indicateurs de réactivité pour Jacob avant le traitement.....	70
<i>Tableau 7</i> : indicateurs de réceptivité pour Jacob avant et après le traitement.....	77
<i>Tableau 8</i> : indicateurs de réactivité pour Jacob avant et après le traitement.....	80
<i>Tableau 9</i> : indicateurs de réceptivité pour Éric avant le traitement.....	92
<i>Tableau 10</i> : indicateurs de réactivité pour Éric avant le traitement.....	96
<i>Tableau 11</i> : indicateurs de réceptivité pour Éric avant et après le traitement.....	103
<i>Tableau 12</i> : indicateurs de réactivité pour Éric avant et après le traitement.....	107

## REMERCIEMENT

Ce travail représente bien plus qu'une exigence académique. Il est le fruit de rêves, de sacrifices, d'apprentissages, de frustrations et de satisfactions qui ont touché de près ou de loin un certain nombre de personnes qui me tient à cœur de remercier.

Je désire en premier lieu témoigner toute ma reconnaissance à mes parents dont le soutien inconditionnel m'a permis d'effectuer mes nombreuses années d'études dans les meilleures dispositions.

J'éprouve la plus sincère gratitude envers l'équipe professorale de l'école de Criminologie de l'Université de Montréal, dont les enseignements, la pertinence clinique, le professionnalisme et la disponibilité ont encouragé ma détermination à poursuivre un cursus en Criminologie et mon intérêt pour cette discipline captivante. Je remercie tout particulièrement Monsieur Denis Lafortune pour les opportunités offertes, les encouragements et l'aide précieuse. En tant que superviseur, Monsieur Lafortune a également fait preuve d'une sincère implication et d'une grande indulgence.

Il convient également de remercier Madame Julie Carpentier, ma superviseuse de stage sur le terrain, pour tous ses conseils, sa riche expérience, sa rigueur et son acuité qui font d'elle un modèle pour tout criminologue clinicien. Je tiens à mentionner aussi qu'elle a su entretenir ma réflexion clinique grâce à ses connaissances considérables, et enrichir mon stage.

Enfin, j'adresse de vifs remerciements à l'équipe d'évaluation et de traitement pour adolescents du C.P.L.M pour leur chaleureux accueil, leur soutien, leur esprit d'équipe, leur ouverture et leur savoir-faire, qui m'ont permis de retirer les meilleurs bénéfices de mon séjour parmi eux.

## INTRODUCTION

L'adolescence est une étape de la vie caractérisée par l'apprentissage et l'expérimentation. L'adulte en devenir doit développer les capacités nécessaires à son épanouissement, et ce, d'une manière socialement acceptable, sans porter préjudice à autrui. Toutefois, lors de cette période, une grande majorité d'adolescents vont expérimenter la voie de la déviance et parfois même celle de la délinquance (LeBlanc, 2003). Heureusement, dans la plupart des cas, les actes commis sont bénins et cesseront avant l'aube de la majorité. Cependant, une minorité d'individus commettront des gestes d'une gravité assez élevée pour éveiller l'inquiétude. C'est notamment le cas des adolescents qui se verront inculpés d'agression sexuelle.

La prévalence de ce type de crimes parmi les jeunes est somme toute faible. En effet, outre l'homicide et la tentative de meurtre, parmi les infractions contre la personne, ce sont les agressions sexuelles qui inscrivent le taux le plus bas, nous disent Taylor-Butts et Bressan (2006). Selon ces auteurs, les statistiques officielles portant sur la criminalité juvénile au Canada en 2006, révèlent que 2 151 adolescents sont entrés dans le système de justice pour avoir commis une agression sexuelle, tous niveaux de gravité confondus. Puisque la recherche portant les adolescents qui abusent sexuellement en est encore à ses débuts, il est d'une importance cruciale de s'attarder au phénomène (Aubut & coll., 1993; Jacob, 1999; Lafortune, 2003; Sioui, 2008). Cela est d'autant plus sérieux que près de 50% à 60% des agresseurs sexuels adultes ont amorcé leur carrière criminelle à l'adolescence (Groth, Longo & McFadin, 1982; Beker, Kaplan, Cunningham-Rathner & Kavoussi, 1986). Le débat entre la banalisation des comportements (en les qualifiant d'exploratoires) et la pertinence d'effectuer des interventions auprès de ces adolescents ne se pose plus lorsque nous savons que le début précoce d'une problématique d'agression sexuelle peut se révéler un facteur prédictif de la récurrence (Hanson & Bussière, 1998). Par conséquent, l'importance d'intervenir apparaît évidente afin d'éviter la récurrence (Groth & coll., 1982; Jacob, Auclair & Quenneville, 1999).

De prime à bord, la terminologie décrivant cette clientèle peut s'avérer diversifiée. Dans les écrits, plusieurs termes sont utilisés tels qu'«adolescents auteurs d'agression sexuelle», «adolescents auteurs d'abus sexuels», «adolescents agresseurs sexuels», «adolescents ayant commis des abus sexuels», «adolescents ayant une problématique sexuelle» et «adolescents délinquants sexuels». Tous utilisent une nomenclature différente, mais nous pouvons penser qu'ils parlent sensiblement de jeunes ayant la même problématique (Lafortune & coll., 2006; Jacob, Auclair & Quenneville, 1999; Lafortune & coll., 2004; Jacob, 1999; Fortin, 2002; Lafortune, 2003). Aux fins de ce travail et sans aucune discrimination ou stigmatisation, «adolescent agresseur sexuel» sera le terme choisi.

Pour que le pronostic soit positif lorsqu'il est question du traitement des adolescents agresseurs sexuels, il est primordial de bien connaître cette problématique soit les caractéristiques personnelles, familiales, sociales et délictuelles de ces jeunes, ainsi que les types de traitement prometteurs auprès d'eux. Les facteurs de risque, de réceptivité et de résistance sont aussi importants à connaître afin de comprendre l'impact qu'un traitement peut avoir sur ces adolescents.

Le présent rapport de stage aborde ces questions et est divisé en cinq chapitres. Dans le premier, nous décrivons le contexte théorique de ces adolescents et leur problématique. Dans le second, nous présentons notre milieu et nos objectifs de stage. Dans le troisième, nous expliquons la méthodologie utilisée aux fins de ce travail. Dans le quatrième nous analysons nos données par des histoires de cas. Finalement, dans le cinquième et dernier chapitre, nous élaborons nos discussions et nos conclusions.

## CHAPITRE I : CONTEXTE THÉORIQUE

### 1.1 BREF SURVOL DES CARACTÉRISTIQUES DES ADOLESCENTS, DU DÉLIT ET DES FACTEURS DE RISQUE DE RÉCIDIVE

#### 1.1.1 Caractéristiques des adolescents agresseurs sexuels

D'après plusieurs études, les adolescents agresseurs sexuels peuvent se retrouver dans tous les milieux, sans distinction quant à leur âge, leur niveau socioéconomique et leur appartenance culturelle (Lagueux et Tourigny, 1999). Toutefois, malgré cette apparente hétérogénéité, des études empiriques ont pu dégager des caractéristiques communes à plusieurs adolescents. Nous retrouvons certains problèmes particuliers chez cette population tels « [...] une sexualité déviante, des habiletés sociales et relationnelles déficitaires, la gestion inadéquate des émotions et de la colère, la victimisation sexuelle et l'exposition à des modèles sexuels inadéquats, ainsi que la reconnaissance déficiente de la problématique. » (Jacob, 1999, p. 50-51). Haesevoets (2001) présente les jeunes agresseurs sexuels comme des adolescents ayant des carences psychosociales et affectives, ainsi que des inadaptations face aux normes sociales, familiales et scolaires.

Dans une recherche qualitative portant sur les adolescents agresseurs sexuels, Sioui (2008) remarque que 11 des 15 sujets à l'étude prennent une médication psychotrope pour contrôler un trouble psychoneurologique tel que un déficit d'attention avec l'hyperactivité ou le syndrome de Gilles de la Tourette. Dans les récits de vie qui lui ont été rapportés, l'auteur constate qu'après le diagnostic, étant donné leur différence aux yeux des autres, ces jeunes ont été mis à l'écart ou ridiculisés par leurs pairs ce qui peut avoir contribué à accroître leurs difficultés à interagir avec autrui. Bref, il conclut à « [...] une cooccurrence entre les problèmes psychoneurologiques, les difficultés de socialisation et les conduites sexuellement déviantes des jeunes ayant participé à cette étude. » (Sioui, 2008, p.114). Aussi, les troubles

d'apprentissage que partagent ces adolescents leur occasionnent des difficultés entraînant des retards scolaires importants (Borduin & Schaeffer, 2001; Righthand & Welch, 2001). En effet, Lafortune (1996) affirme que dans son échantillon le retard scolaire moyen équivaut à environ une année et demie.

Les recherches tendent également à démontrer des similitudes en ce qui concerne l'isolement social, la consultation de pornographie, l'expression de la sexualité ainsi que la présence d'antécédents de délinquance non sexuelle (Auclair & Lamoureux, 1994; Lafortune, Proulx, Tourigny & Metz, 2004; Lagueux & Tourigny, 1999; Leblanc et Lapointe, 1999).

Premièrement, en ce qui concerne l'isolement social, plusieurs études démontrent que les adolescents agresseurs sexuels sont retirés. Autrement dit, ils ont peu d'amis (Borduin & Schaeffer, 2001; Righthand & Welch, 2001; Fortin, 2002; Jacob, 1999; Lafortune, Proulx, Tourigny & Metz, 2004; Sioui, 2008). Cela pourrait probablement s'expliquer par leurs déficits quant aux habiletés sociales, leurs relations interpersonnelles déficitaires et leurs difficultés au niveau de l'intimité relationnelle (Abel, G.G & coll., 1984; Aubut, J. & coll., 1993; Fisher, D. & Howells, K., 1993). Ainsi, « Malhabiles dans leurs rapports sociaux, les garçons hyperactifs se voient repoussés, parfois violemment, par les jeunes de leur âge. » (Sioui, 2008, p. 115). Ce sont les agresseurs d'enfants qui présentent le plus haut taux d'isolement social (Jacob & McKibben, 1993).

Pour ce qui est de la pornographie, la majorité des études indiquent que le visionnement de ce genre de matériel pourrait entraîner le développement de certaines cognitions ou de certaines fantaisies (Auclair & Lamoureux, 1994). Cependant, la consommation de pornographie ne serait pas directement liée à l'apparition des fantaisies sexuelles déviantes chez les adolescents. L'utilisation de la pornographie à caractère plus violente reste plus présente dans le cas des adolescents qui agressent sexuellement des femmes. Cette variable sert donc à distinguer certains agresseurs sexuels des autres (Leblanc et Lapointe, 1999).

Un autre point commun au niveau des caractéristiques sociales des adolescents agresseurs sexuels concerne leur sexualité, une sphère extrêmement importante dans leur vie. Elle est même surinvestie au détriment d'autres sphères de leur vie qui leur procurent moins de satisfaction. Ainsi, le processus menant à un acte sexuel déviant se déclenche lorsque survient dans la vie de l'adolescent agresseur une tension intérieure ou extérieure (Lagueux & Tourigny, 1999). La sexualité sert alors d'exutoire et vient soulager l'angoisse, l'anxiété et les frustrations vécues avec ces tensions. De plus, souvent ces adolescents agresseurs actualisent leurs fantaisies sexuelles déviantes et, pour la majorité d'entre eux, sur des enfants moins âgés (Lagueux & Tourigny, 1999).

Groth, Longo et McFadin (1982) ont mené une étude auprès d'une population de 128 délinquants sexuels adultes. Parmi ceux-ci, 50% avaient commis leurs premières agressions sexuelles à l'adolescence. Chez ces agresseurs, un profil d'aggravation pouvait être tracé, passant d'infractions moins violentes telles l'exhibitionnisme et les attouchements à des infractions plus violentes. Ce constat renforce l'importance d'une intervention précoce, c'est-à-dire dès l'apparition des premières transgressions sexuelles à l'adolescence. Finalement, en comparaison avec les délinquants non sexuels, les adolescents agresseurs sexuels rapportent avoir vécu moins d'expérience sexuelle consentante avec des pairs et croient avoir moins de popularité auprès des filles de leur âge (Lagueux & Tourigny, 1999).

De plus, dans les études consultées, il est possible de relever des ressemblances au niveau de l'environnement familial dans lequel évoluent les adolescents agresseurs sexuels. Dans la grande majorité des cas, ces adolescents ont connu des épisodes de ruptures familiales (Lafortune, 2003; Lafortune, & coll., 2004; Sioui, 2008). En effet, selon les données recueillies en 2000 par l'*Association des Centres Jeunesse du Québec (ACJQ)*, seulement 30% des jeunes agresseurs sexuels vivent avec leurs parents biologiques au moment de la commission du délit sexuel, tandis que 70% d'entre eux qui auraient vécu une instabilité familiale importante (ex : abandon familial, familles monoparentales, rupture des contacts avec

l'un ou l'autre des parents et retrait du milieu familial). Certains auteurs vont jusqu'à dire que ces jeunes « ont connu deux à trois fois plus de ruptures des liens affectifs que ceux de la population naturelle. » (Lafortune & coll., 2004, p.462).

Dans le même ordre d'idées, d'autres constatent que les familles des jeunes agresseurs sexuels offrent peu de soutien à l'égard de leurs enfants, sont moins expressives au niveau de leurs émotions, n'encouragent pas l'indépendance et l'autonomie, sont peu stimulantes au niveau intellectuel et ont des problèmes significatifs d'abus de substances (Lagueux et Tourigny, 1999 ; Borduin & Schaeffer, 2001; Sioui, 2008). De plus, il est rapporté que le milieu familial est souvent dysfonctionnel, voir potentiellement criminogène. Ces problèmes familiaux peuvent nécessiter plusieurs interventions de la protection de la jeunesse (Fortin, 2002). En effet, plusieurs parents de ces adolescents sont aux prises avec des problèmes de santé mentale (12% des pères et 20% des mères) ou une problématique d'abus de substances tel que l'alcool (55% des pères et 36% des mères) et/ou diverses drogues (62% des pères et 43% des mères) (Graves, Openshaw, Ascione & Ericksen, 1996). Nous verrons plus loin que la présence et la participation des parents au traitement sont des facteurs facilitant le processus. Plus le parent s'implique et collabore aux services offerts à leur enfant, plus le traitement sera efficace. Nous pouvons donc dire que cela devient un double défi lorsque les parents ne sont pas ouverts à ce genre de travail.

Par ailleurs, il convient de préciser que plusieurs adolescents agresseurs ont eux-mêmes été victimes de mauvais traitements dans leur famille. Certains ont été abusés sexuellement durant leur enfance (Lafortune, 2003; Lafortune & coll., 2004; Sioui, 2008). La proportion d'antécédents de victimisations sexuels varie d'une étude à l'autre, pouvant se situer entre 30% et 70%. Elle serait plus grande chez les agresseurs d'enfants ainsi que chez ceux qui commettent des gestes intrafamiliaux (Lagueux & Tourigny, 1999). Toutefois, il est important de ne pas interpréter ces chiffres de façon linéaire et d'affirmer que tous les enfants agressés sexuellement deviendront eux-mêmes agresseurs, car le passage à l'acte sexuel est le résultat

de plusieurs facteurs interagissant entre eux dans un contexte donné (Pauzé & Mercier, 1994). Carpentier, Proulx et Leclerc (2005) abondent dans le même sens et suggèrent qu'une combinaison de variables situationnelles et développementales ainsi que les caractéristiques de la victime jouent un rôle dans le passage à l'acte chez les adolescents agresseurs sexuels, notamment ceux à caractère violent.

Les études menées sur les adolescents agresseurs sexuels ne se sont pas seulement penchées sur leurs caractéristiques individuelles, mais également sur celles liées directement au délit.

### **1.1.2 Caractéristiques du délit sexuel**

Les comportements sexuels déviants sont assez variables et peuvent aller du voyeurisme ou de l'exhibitionnisme jusqu'à l'agression sexuelle grave avec pénétration. En effet, d'une étude à l'autre la nature des gestes sexuels posés par les adolescents varie grandement. Cela dit, les adolescents agresseurs peuvent commettre des actes d'une certaine gravité. En fait, 50% de ces jeunes procèdent à des attouchements ou à des fellations, tandis que 30% vont jusqu'à la pénétration anale ou vaginale (Mathews & Stermac, 1989). Dans une recension d'écrits, Lagueux et Tourigny (1999) estiment qu'il y aurait entre 25 et 35% d'agression commis par les adolescents qui impliqueraient une pénétration complète et que la fréquence de celle-ci augmenterait avec l'âge des protagonistes.

Le recours à la force ou à la contrainte est une caractéristique de l'agression qui peut distinguer le type d'agresseur. Le type de coercition le plus fréquemment utilisé est le recours aux menaces et à l'intimidation (Lagueux et Tourigny, 1999). Aussi, les études indiquent que le degré de force physique utilisée est souvent proportionnel à l'âge de la victime, les agresseurs de pairs ou d'adultes recourent le plus souvent à la violence. Ainsi, plus la victime est jeune, plus l'agresseur aura tendance à utiliser la manipulation au lieu de la force physique pour arriver à l'agression (Lafortune, 1996 ; Lagueux & Tourigny, 1999). Par contre, « La présence de

fantaisies sexuelles déviantes dans les heures précédentes le délit constitue le prédicteur le plus puissant de l'utilisation de la force [chez les adolescents agresseurs d'enfants]. » (Carpentier & coll., 2005, p.117). Bref, les adolescents agresseurs sexuels de pairs diffèrent de ceux qui agressent des enfants, entre autres, par le degré de force utilisée lors du passage à l'acte. Les premiers présenteraient des traits de personnalité dépendants et évitants, alors que les seconds présenteraient des traits antisociaux et narcissiques (Carpentier & coll., 2005).

D'autres caractéristiques semblent faire consensus dans la littérature scientifique. Les adolescents agresseurs sexuels s'en prennent habituellement à des personnes de leur entourage (Mathews & Stermac, 1989; Aubut & coll., 1993). En effet, les études démontrent que les adolescents se tournent vers leurs frères, leurs sœurs, cousins ou même les enfants qu'ils gardent (Lafortune, 1996). Ce lien de connaissance entre la victime et l'agresseur serait plus une caractéristique des adolescents qui abusent des enfants. Ceux qui commettent des délits sexuels à l'endroit de pairs ou d'adultes seraient moins enclins à se tourner vers une victime connue (Lagueux & Tourigny, 1999). Au niveau du traitement, il devient important, lorsqu'il y a eu agression intrafamiliale, d'accompagner ces familles lors de la reprise de contact entre la victime et l'agresseur, d'autant plus lorsqu'il s'agit de membre de la famille proche (ex : frère, sœur, demi-sœur, etc.).

Il est également possible de constater que les victimes sont majoritairement de sexe féminin, et ce, dans une proportion variant entre 65% et 85% selon les études (Lagueux & Tourigny, 1999). Les adolescents font également des victimes masculines et cela se retrouve généralement dans le cas des agresseurs qui semblent avoir une préférence envers les enfants. Bref, il est possible de penser qu'il existerait un lien entre l'âge et le sexe de la victime. Comme le témoignent Lagueux et Tourigny (1999) « [...] plus la victime est jeune et plus la proportion de garçons augmente » (p.24).

Maintenant que les caractéristiques personnelles, familiales, sociales et même délictuelles ont été passées en revue, nous verrons que certaines d'entre elles se trouvent à

être des facteurs de risque de la récidive. L'intervention devrait donc cibler ces points déficitaires importants.

### **1.1.3 Facteurs de risque de récidive sexuelle**

Selon certains auteurs, 10% à 15% des délinquants sexuels récidivent après cinq ans (Carpentier & Proulx, 2011; Hanson & Bussière, 1998). Nous retrouvons un consensus sur les deux principaux facteurs dynamiques jouant un rôle sur la récidive sexuelle pour les adultes et les adolescents agresseurs sexuels soit, les intérêts sexuels déviants et le style de vie antisocial et instable (Hanson & Bussière, 1998; McCann & Lussier, 2008; Quinsey, Lalumière, Rice & Harris, 1995; Roberts, Doren & Thornton, 2002). D'une part, les intérêts sexuels font référence aux attirances concernant des actes sexuels illégaux, tels qu'une sexualité avec des enfants ou le viol, et aux paraphilies telles que le fétichisme, le voyeurisme, l'exhibitionnisme, etc. (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Pour ce qui est du style de vie antisocial et instable, il regroupe : traits antisociaux, impulsivité, abus de substance et historique de violation de règles (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Malgré que le style de vie antisocial et instable soit plus souvent une caractéristique des adolescents agresseurs sexuels de femmes de leur âge ou plus vieilles (violeur), il n'en reste pas moins que l'hostilité, l'impulsivité et l'instabilité sont des facteurs associés à la récidive sexuelle pour les deux groupes (agresseurs d'enfants et violeurs). Contrairement à ce que bon nombre de cliniciens peuvent croire, Hanson et Morton-Bourgon (2005) n'ont démontré aucune relation directe entre le déni, le manque d'empathie, le manque de motivation pour un traitement et la récidive sexuelle. Ils vont même jusqu'à remettre en question les facteurs (reconnaisances vis-à-vis l'abus, empathie, etc.) ciblés pour la majorité des traitements puisqu'ils ne sont pas des facteurs de risque de récidive sexuelle.

D'autres auteurs tels que Miner (2002) vont chercher à regrouper les facteurs de risque de récidive sexuelle en deux catégories soit ceux à haut risque et ceux à faible risque. Il précise aussi que les prédictors de la récidive des adolescents diffèrent de ceux des adultes et

recommande que les outils d'évaluation pour les adolescents agresseurs sexuels ne soient pas identiques à ceux des adultes. Nous retrouvons dans la catégorie des facteurs à haut risque : l'impulsivité, les comportements antisociaux, les jeunes ayant des préoccupations sexuelles envers des enfants (Carpentier & Proulx, 2011), des jeunes ayant commis leur premier délit en bas âge et des jeunes mettant rapidement fin à un traitement (Miner, 2002). Par ailleurs, les adolescents ayant fait des victimes de sexe masculin, qui ont eux-mêmes été abusés (Carpentier & Proulx, 2011) et qui ont des paraphilies se retrouvent à avoir un risque de récurrence plus faible comparativement aux facteurs précédemment énumérés (Miner, 2002).

Dans la méta-analyse faite par McCann et Lussier (2008), les auteurs regroupent en catégories les facteurs de risque de récurrence : l'histoire criminelle, l'index des caractéristiques des infractions, les caractéristiques des victimes, les caractéristiques psychologiques et comportementales ainsi que les déviations sexuelles et antisociales. Ils en viennent aux conclusions, pour la première catégorie, que les adolescents qui ont des antécédents d'infractions sexuelles et non sexuelles sont des prédictions de récurrence sexuelle. Au niveau des caractéristiques de l'infraction, les auteurs démontrent que les adolescents qui menacent et utilisent des armes lors de l'abus sexuel ont un risque de récurrence plus élevé. De plus, les jeunes qui abusent sexuellement des victimes enfants ou adultes (contrairement aux personnes de leur âge) et de sexe masculin augmentent leur risque de récurrence sexuelle. Par ailleurs, ils expliquent que les agresseurs qui choisissent des victimes inconnues sont significativement plus à risque de récurrence (Carpentier & Proulx, 2011; McCann & Lussier, 2008). Finalement, les adolescents agresseurs sexuels qui présentent des caractéristiques de déviance sexuelle et antisociales ont davantage de chance de commettre un autre abus sexuel (McCann & Lussier, 2008). Il est à noter qu'un autre facteur de risque de récurrence a été observé dans l'échantillon du C.P.L.M., soit une longue période d'absence de la figure paternelle (Carpentier & Proulx, 2011).

Il n'en reste pas moins que certains auteurs ont relevé d'autres facteurs qui, même s'ils ne jouent qu'un faible rôle dans la récurrence sexuelle, ne sont pas à mettre à l'écart puisqu'ils

sont associés à des déficits personnels, familiaux, sociaux et qu'ils peuvent avoir un impact sur la récidive générale (pas uniquement sexuelle). L'intimité déficitaire, l'utilisation de la force lors des agressions, la négligence ou l'abus à l'enfance, l'isolement social et la faible estime de soi font partie de ces facteurs (Hanson & Morton-Bourgon, 2005).

Avant de poursuivre, il est important de souligner que la composition de la cellule familiale a changé au cours des dernières années. En effet, en 2001, nous pouvions voir qu'une famille sur quatre (27%) était monoparentale ([www.fafmrq.org](http://www.fafmrq.org)). Or, les familles monoparentales et reconstituées existent de plus en plus dans notre société et les cliniques spécialisées en agression sexuelle sont aux prises avec une majorité d'adolescents venant de familles non traditionnelles (Auclair, Carpentier & Proulx, sous presse). Les jeunes doivent donc faire face à de nouveaux membres dans la famille (demi-frère, demi-sœur, beau-père, belle-mère, etc.) et s'adapter à un nouveau mode de fonctionnement familial. Ils sont susceptibles de vivre des expériences de rejet, de rivalité et même de jalousie non ressenties précédemment. Se voyant dans l'incapacité de gérer ces aspects, l'adolescent peut développer des problèmes dont certains s'exprimeront de façon sexuelle. Il serait d'ailleurs intéressant de voir si les jeunes venant de familles dites traditionnelles ont une meilleure progression lors du traitement comparativement à ceux venant de familles éclatées, monoparentales ou reconstituées. S'il s'avérait que le style de famille a un impact sur la progression du jeune, il serait important de ne pas uniquement travailler avec l'adolescent agresseur sexuel, mais aussi avec sa famille puisque celle-ci serait alors un facteur de réceptivité qui favorise le progrès lors de traitement.

Finalement, s'il est primordial de bien connaître le jeune à qui nous avons affaire, il est aussi important de choisir un type d'approche pour le traitement qui maximisera les chances de réussite. Ce traitement devrait permettre au jeune une meilleure qualité de vie, ainsi que des relations sexuelles acceptables et saines, sans récidive.

## **1.2 TYPES DE TRAITEMENT**

Depuis le développement des premiers programmes de traitement pour les adolescents agresseurs sexuels en 1975 et l'émergence de programmes plus structurés en 1980, nous pouvons remarquer un plus grand intérêt pour le traitement de ces jeunes (Lab, Shields & Schondel, 1993). Lorsque bien conçus et implantés, ces traitements apportent une meilleure qualité de vie, mais aussi une diminution de risques de récidive chez ces adolescents qui les reçoivent comparativement à ceux qui n'en reçoivent pas (Righthand & Welch, 2001; Walker, McGovern, Poey & Otis, 2004; Reitzel & Carbonell, 2006).

### **1.2.1 Approche systémique**

L'une des méthodes dont l'efficacité fait l'unanimité dans les recherches évaluatives centrées sur les adolescents délinquants violents et chroniques, mais aussi sur les délinquants sexuels, est l'approche systémique, qu'elle soit écosystémique ou multisystémique (Swenson, Henggeler, Schoenwald, Kaufman & Randall, 1998; Borduin & Schaeffer, 2001; Veneziano & Veneziano, 2002; LeBlanc, Dionne, Proulx, Grégoire & Trudeau-LeBlanc, 2002; Walkers & coll., 2004; Reitzel & Carbonell, 2006). Elle permet un regard plus large sur les interactions et les communications dans un système tel que la famille. En se référant à cette approche, l'intervenant vise un équilibre dynamique à l'intérieur du système de l'adolescent, une meilleure communication entre les individus et l'identification des problèmes entre les différents sous-systèmes (Swenson & coll., 1998; Borduin & Schaeffer, 2001; Caron, 2002). Auprès d'un adolescent agresseur sexuel, l'intervenant d'approche systémique s'intéressera aux sphères familiales, académiques et relationnelles, mais surtout aux interactions qu'elles ont les unes avec les autres (Borduin & Schaeffer, 2001; Veneziano & Veneziano, 2002).

Lors d'un programme d'intervention pour adolescents, l'augmentation du niveau de qualité de vie et la généralisation des acquis sont des objectifs importants. Au fil des semaines, le

soutien extérieur offert par la famille peut influencer l'impact du traitement et la réceptivité de l'adolescent. Puisque l'adolescent est encore sous la responsabilité de ses parents et que, en cas de placement, la plupart du temps il retournera vivre avec eux, l'intervention devrait porter aussi sur les déficits de la famille et les relations affectives (Veneziano & Veneziano, 2002; Miner & Crimmins, 1995). Lorsqu'un accompagnement est aussi offert à la famille, le maintien et la généralisation des acquis pour l'adolescent participant à un traitement sont mieux assurés. Une intervention qui serait axée uniquement sur le jeune rendrait plus problématique un retour dans le milieu familial. Une généralisation des acquis pourrait même s'avérer une mission impossible si un milieu très dysfonctionnel restait inchangé (Caron, 2002).

Par ailleurs, l'approche systémique permet de prendre conscience que les conséquences émotionnelles et psychologiques de l'agression sexuelle ne sont pas uniquement ressenties par l'agresseur, mais aussi par la victime, la communauté, la famille de la victime et celle de l'agresseur. De plus, elle cherche à évaluer le problème dans son contexte et à produire des effets positifs sur les différents systèmes. Comparativement au traitement usuel, un traitement multisystémique vise à produire des effets positifs sur les troubles de comportement ou comportements criminels, mais aussi sur les relations avec les pairs, la famille et le rendement académique (Swenson & coll., 1998; Borduin & Schaeffer, 2001). De plus, selon Fanniff et Becker (2006), l'approche multisystémique diminue significativement les risques de récidive. En effet, les taux de récidive sexuelle et non sexuelle pour les adolescents agresseurs sexuels participant à ce type d'approche sont 12.5% et 25% comparativement à 75% et 50% pour ceux qui participent à une approche individuelle (Fanniff & Becker; 2006). Il faut par contre être vigilant face à ce taux puisque l'échantillon pris pour ces résultats porte sur un petit nombre. Évidemment, lorsqu'un traitement multisystémique est envisagé avec une clientèle placée en institution ou «à l'interne», il devient plus complexe de travailler les interactions du jeune avec son environnement.

### **1.2.2 Approche cognitivo-comportementale**

Le traitement cognitivo-comportemental, qui vise essentiellement les distorsions cognitives des individus et les comportements inacceptables démontre aussi une efficacité avec les adolescents agresseurs sexuels (Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey & Seto, 2002; Veneziano & Veneziano, 2002; Walkers & coll., 2004; Landenberger & Lipsey, 2005; Fanniff & Becker, 2006). D'une part, les programmes de groupe basés sur cette approche permettent un processus d'apprentissage plus intensif et donnent aux jeunes diverses opportunités de pratiquer leurs acquis à travers les interactions avec les autres jeunes et les thérapeutes (Kjellgren, 2001). De plus, le groupe laisse place à des confrontations et des manifestations de soutien de la part des thérapeutes, mais aussi de la part des autres participants (Kjellgren, 2001). Cette formule peut également briser l'isolement que ces adolescents ont tendance à vivre au quotidien (Kjellgren, 2001).

Par ailleurs, les composantes cognitivo-comportementales ciblent des éléments déficitaires chez les adolescents agresseurs sexuels tels que le développement de l'empathie envers la victime, la résorption de conséquences associées à une victimisation sexuelle, la gestion de la colère et du stress ainsi que le développement des habiletés sociales (LeBlanc & coll., 2002; Walkers & coll., 2004). Nous pouvons penser que le fait de résoudre leurs propres conséquences suite à une victimisation sexuelle peut aider l'adolescent à développer son empathie et à comprendre son passage à l'acte. Tout en travaillant sur la réduction du déni et des intérêts sexuels déviants, l'approche cognitivo-comportementale met l'accent sur les distorsions cognitives des agresseurs. Dans le cadre d'un traitement basé sur cette approche, les jeunes sont amenés à reconnaître les éléments précurseurs et facteurs de risque qui les ont menés à commettre une agression sexuelle (Walkers & coll., 2004; Landenberger & Lipsey, 2005). Selon Veneziano et Veneziano (2002), le traitement cognitivo-comportemental poursuit essentiellement les objectifs suivants : diminuer les distorsions cognitives, développer l'empathie, développer les habiletés de résolution de problèmes, diminuer les intérêts sexuels

déviant, développer des habiletés sociales appropriées selon l'âge, résoudre des conséquences traumatiques associées à une victimisation antérieure et augmenter une bonne gestion des émotions négatives telles que la colère.

### **1.2.3 Prévention de la récidive**

De plus en plus, les programmes pour adolescents agresseurs sexuels intègrent des approches basées sur le modèle de prévention de la récidive ou de la rechute. Initialement utilisé pour traiter des problématiques d'abus de substances, le modèle a été adapté à une clientèle adolescente aux prises avec une problématique sexuelle par Gray et Pithers (1993). Il permet d'identifier les facteurs associés aux risques de récidive, ainsi que les stratégies à privilégier pour éviter ou faire face à des situations à haut risque (Gray & Pithers, 1993; Righthand & Welch, 2001; Veneziano & Veneziano, 2002; Dowden, Antonowicz & Andrews, 2003). Dans ce modèle, l'agression sexuelle est considérée comme un comportement intentionnel, qui découle d'un choix. Les stratégies de prévention ont deux facettes soit interne et l'autre externe. La première fait référence à la maîtrise de soi que peut acquérir l'individu en 1) reconnaissant les circonstances dans lesquelles il risque fortement de commettre une agression, 2) analysant les décisions apparemment anodines qu'il prend, mais qui le placent dans des situations où le risque d'agression est élevé et 3) élaborant des stratégies qui lui permettront d'éviter ces situations ou d'apprendre à s'en accommoder sans passer à l'acte (Veneziano & Veneziano, 2002; Dowden, Antonowicz & Andrews, 2003). La deuxième facette porte davantage à la surveillance que peut exercer l'entourage (famille, éducateurs, thérapeute, délégué, travailleur social, etc.) du jeune (Veneziano & Veneziano, 2002; Dowden, Antonowicz & Andrews, 2003). Il devient donc important d'établir une collaboration entre les diverses personnes impliquées auprès de l'adolescent.

Alexander (1999) a évalué l'efficacité des traitements pour des délinquants sexuels (adolescents et adultes) sous l'angle de la réduction du taux de récidive. Ses résultats indiquent

que l'approche cognitivo-comportementale est plus efficace auprès d'une clientèle adolescente que le modèle de la prévention de la récidive (9.8% versus 6.8%).

#### **1.2.4 Traitements québécois**

Dans les trois sections précédentes, les approches et traitements offerts en Amérique du Nord pour les adolescents agresseurs sexuels ont été survolés. Mais, quels sont ceux qui sont privilégiés au Québec? En 2006, Lafortune et ses collaborateurs ont concentré leur travail sur neuf centres québécois de traitement pour ces jeunes : 1) la Clinique des Troubles Sexuels pour Mineurs du Centre de pédopsychiatrie du CHUQ, 2) le centre de Psychiatrie Légale de Montréal, 3) l'Unité des Adolescents de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, 4) le Centre jeunesse de la Mauricie, 5) le Centre jeunesse du Centre du Québec, 6) le Centre d'intervention en délinquance sexuelle de Laval, 7) les organismes Parents-Unis Repentigny Lanaudière et Saint-Jérôme, 8) le Centre d'Intervention pour les Victimes d'Aggression Sexuelle de l'Estrie (CIVAS) et 9) le Centre d'Intervention en Abus Sexuel pour la Famille (CIASF). Les trois premiers appartiennent à des milieux pédopsychiatriques et les six autres à des services ou organismes sociaux adhérant à des modèles psychoéducatif ou sexologique.

Pour ce qui est des caractéristiques des intervenants, les milieux psychiatriques regroupent surtout des psychologues, criminologues et pédopsychiatres, tandis que les organismes sociaux regroupent davantage des sexologues, travailleurs sociaux et psychoéducateurs. D'ailleurs, un seul pédopsychiatre est associé aux organismes sociaux. Pour ce qui est du processus de référence des adolescents, tous les milieux procèdent quasiment de la même façon, soit par 1) un accueil et une pré-évaluation, 2) une évaluation initiale, 3) une orientation vers un suivi (individuel ou de groupe) et 4) une évaluation post-traitement. La majorité des adolescents sont pris en charge en vertu de la Loi sur le Système de Justice Pénale pour Adolescent (LSJPA) ou de la Loi sur la Protection de la Jeunesse (LPJ). Dans certains cas, assez rares, les jeunes peuvent être référés par leurs parents sur une base volontaire. Dans

huit des neuf programmes, la plupart des adolescents ont agressé un enfant plus jeune et, dans 50 à 80% des cas, l'agression est intrafamiliale (Lafortune et coll., 2006).

Plus spécifiquement, l'évaluation clinique initiale peut comporter d'une à cinq rencontres, représentant entre 2 à 12 heures d'entretiens. À travers ces rencontres, les intervenants cherchent à estimer 1) le niveau de reconnaissance du délit du jeune, 2) les caractéristiques personnelles du jeune, 3) les stressors psychosociaux et 4) les caractéristiques de son milieu familial. Si l'adolescent en question est orienté vers une modalité thérapeutique, les objectifs du traitement portent essentiellement sur la responsabilisation et la reconnaissance des gestes posés, la sensibilisation face à l'expérience de la victime, la réflexion sur le processus du passage à l'acte, l'acquisition de nouvelles connaissances et habiletés sur le plan sexuel, la diminution du risque de récurrence et la promotion du développement normal de l'adolescent (Lafortune et coll., 2006).

Tous les programmes offrent un traitement de groupe basé sur des approches à vocation éducative, la connaissance du cycle de l'agression et la prévention de la récurrence ou des discussions à visée réflexive/introspective. La durée varie de 8 à 52 rencontres, d'une à deux heures chacune. Les groupes peuvent réunir entre 4 et 10 jeunes au départ, pour ensuite être fermés (aucun nouvel arrivant), ouverts (possibilité de nouvel arrivant en cours) ou semi-ouverts (possibilité de nouvel arrivant, s'il y a départ d'un participant initial). Il est remarqué aussi que la subdivision des participants en sous-groupes ne se fait pas selon le type d'agression, mais davantage selon l'âge des participants. Certains adolescents peuvent être exclus pour ce type de traitement en raison de critères tels que : 1) la présence de troubles psychopathologiques concomitants, 2) des résistances importantes, 3) l'âge, 4) le genre, 5) la langue maternelle et 6) des attitudes problématiques envers les autres membres du groupe. La fin du traitement peut dépendre du nombre de séances établies dès le départ ou du progrès personnel de chacun. Il est très rare que les intervenants utilisent des instruments standardisés pour évaluer ce progrès (Lafortune & coll., 2006).

Par ailleurs, dans tous les programmes, il existe une intervention individuelle qui englobe sensiblement les mêmes objectifs et la même évaluation post-traitement que la thérapie de groupe. Par contre, le nombre de séances n'est pas préétabli. Habituellement, les rencontres se font sur une base hebdomadaire et durent une heure environ. Cette modalité est souvent utilisée comme stratégie complémentaire, modalité spécifique (pour des jeunes plus motivés ou ayant une difficulté particulière) ou moyen alternatif pour pallier au manque de participants au moment de démarrer une thérapie de groupe (Lafortune et coll., 2006).

Les auteurs remarquent ensuite, qu'au Québec, il est rare que les programmes intègrent une intervention familiale proprement dite. Même si les intervenants estiment essentielle la participation des parents au processus, la place qu'ils occupent et leur implication restent minimales. Dans tous les programmes, les parents ou tuteurs légaux sont vus au moins une fois lors de l'évaluation initiale afin que le programme et l'équipe d'intervenants leur soient présentés. Souvent, ce moment est décrit comme étant une opportunité pour les parents de ventiler leurs propres émotions. Suite à l'évaluation initiale, la présence des parents tend à disparaître petit par petit. Uniquement quatre des neuf programmes prévoient la présence des parents lors des rencontres bilan mi-traitement et cinq des neuf proposent des suivis aux parents. Les intervenants souhaiteraient une plus grande participation des parents lors des traitements, mais plusieurs obstacles sont rencontrés: a) la mise en place d'un groupe de parents exige beaucoup d'efforts et de ressources; b) l'absentéisme des parents est très important; c) les parents préfèrent être suivis sur une base individuelle ou conjugale; d) la situation groupale génère chez eux de l'embarras et d'importants malaises; e) les situations familiales sont trop hétérogènes pour qu'une mise en commun soit fructueuse et f) le double suivi du jeune et de sa famille peut créer, pour l'intervenant, des conflits de rôles ou d'allégeance surtout lorsque l'adolescent profite de la situation pour blâmer ses parents (Lafortune et coll., 2006).

Finalement, dans sept des neuf centres, les intervenants disent ne pas avoir mis en place de suivi post traitement. Dans les deux autres centres, l'un propose un suivi bi-annuel tandis que, dans l'autre, une rencontre est offerte trois mois après la fin du traitement. Dans les deux cas, la rencontre a pour objectif de vérifier le maintien des acquis du jeune (Lafortune et coll., 2006).

Bref, différents traitements individuels et de groupe sont offerts aux adolescents agresseurs sexuels, que ce soit en Amérique du Nord ou au Québec. Lorsqu'une approche efficace avec les adolescents agresseurs sexuels a été implantée, il devient important de se pencher sur les facteurs qui peuvent jouer un rôle et avoir un impact sur les résultats du traitement. Il est donc question, ici, des facteurs de réceptivité.

### **1.3 RÉSISTANCE ET FACTEURS DE RÉCEPTIVITÉ**

L'évaluation clinique d'un adolescent agresseur sexuel permet d'en tracer un portrait détaillé, mais aussi d'établir quelles sont les recommandations pertinentes pour répondre à ses besoins. C'est précisément lors de l'évaluation que les facteurs de réceptivité doivent être évalués.

Avant d'aborder les facteurs de réceptivité, il est important de rappeler l'existence des résistances qui peuvent produire une réticence au traitement chez l'adolescent. Le déni et la minimisation sont les résistances les plus probables chez les agresseurs sexuels (Barbaree, 1991; Happel & Auffrey, 1995; Winn, 1996; Mckibben, 1999). Elles peuvent prendre différentes formes et parfois devenir des critères d'inclusion ou d'exclusion dans certains programmes. Plusieurs auteurs ont distingué jusqu'à six catégories de déni : le déni des faits (Barbaree, 1991; Happel & Auffrey, 1995; Winn, 1996; Mckibben, 1999), le déni de sa responsabilité (Barbaree, 1991; Happel & Auffrey, 1995; Winn, 1996; Mckibben, 1999), le déni de l'intention sexuelle ou de la fantasmagie déviante (Barbaree, 1991; Happel & Auffrey, 1995; Winn, 1996;

Mckibben, 1999), le déni des conséquences de son geste (Barbaree, 1991; Happel & Auffrey, 1995; Winn, 1996; Mckibben, 1999), le déni des risques de récidive (Happel & Auffrey, 1995) et le déni des problèmes associés à la problématique sexuelle (McKibben, 1999).

Le déni joue un rôle stabilisant dans le fonctionnement personnel des adolescents agresseurs sexuels. Son but peut être de préserver un certain équilibre émotionnel, de ne pas porter atteinte à son intégrité psychique et, par le fait même, d'éviter l'expérience de sentiments négatifs tels que la honte, la confusion, l'embarras, l'inadéquation ou le blâme (Happel & Auffrey, 1995). L'adolescent peut aussi nier par peur des représailles ou des conséquences familiales ou sociales de son aveu (McKibben, 1999).

Quant à la réceptivité, elle fait essentiellement référence à l'identification des caractéristiques spécifiques du client qui permettent d'espérer une réponse positive à un traitement (CSOM, 2008). De prime à bord, le style de l'intervenant, le niveau de motivation du participant face à un traitement et, à l'inverse, celui du refus vis-à-vis certaines composantes peuvent être des facteurs de réceptivité qui doivent être pris en compte par les cliniciens (Andrews & coll., 1990; CSOM, 2008). D'autres facteurs de réceptivité peuvent intervenir tels que le choix d'un traitement approprié compte tenu des besoins du jeune, le bon degré d'encadrement et d'autorité et la présence de modèles prosociaux auxquels le jeune peut s'identifier (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau & Cullen, 1990; CSOM, 2008). Selon le principe de la réceptivité au traitement, le bon appariement des « styles » du délinquant et de l'intervenant, de même que le choix judicieux de l'intensité de l'intervention sont essentiels (Bonta, 1995).

Selon Serin et Kennedy (1997), la réceptivité est un construit qui englobe deux concepts, la traitabilité et l'efficacité du traitement. Ils ajoutent que la réceptivité s'explique par deux types de facteurs : internes et externes. Le premier regroupe des caractéristiques liées au client: motivation, traits de personnalité, attitudes, déficiences cognitives ou intellectuelles et autres variables démographiques. Le deuxième correspond aux caractéristiques du thérapeute (ex :

attitude, compétences, respect d'engagement, utilisation de renforcement positif, etc.) et du milieu.

S'il est important que l'intervention soit adaptée au niveau de motivation des clients, alors il est essentiel d'évoquer les travaux qu'ont faits Prochaska et ses collègues sur le processus de changement en psychothérapie (Prochaska et DiClemente, 1986 ; Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Ceux-ci ont développé un modèle transthéorique du changement et élaboré une mesure d'autoévaluation, l'URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) qui distingue quatre stades du changement : la précontemplation, la contemplation, l'action et le maintien. Ce modèle souligne que la disponibilité à l'égard du traitement permet de mieux comprendre les facteurs internes de la réceptivité.

Dans le cadre de ce projet, nous nous penchons uniquement sur les facteurs de réceptivité internes. Kennedy et Serin (1997) ont élaboré un protocole pour évaluer la réceptivité au traitement ainsi que les gains en traitement de délinquants adultes. Ils y utilisent les termes de réceptivité (responsivity) et de réactivité (readiness). Le premier terme fait référence à des facteurs personnels tels que la motivation, l'autoévaluation, la composante affective, la dissonance cognitive, etc. Le deuxième terme réfère principalement à des attitudes ou des facteurs interpersonnels, tels que l'implication dans un réseau criminel, la dureté, les opinions procriminelles, le pouvoir et le contrôle, la mauvaise résolution de problème, etc. Au départ, les auteurs visaient à mettre au point ce protocole afin qu'il puisse être administré et appliqué à toute une gamme de programmes correctionnels plutôt qu'à un type particulier de programme (Kennedy, 2000).

### **1.3.1 Réceptivité selon Kennedy et Serin**

Afin de produire leur protocole d'évaluation, Serin et Kennedy ont inclus différentes facettes du concept de réceptivité. En effet, les déclarations des délinquants quant à leur motivation de changement laissent souvent les intervenants sceptiques. De là l'importance d'inclure divers

éléments dans l'évaluation : la reconnaissance de la problématique, la capacité de se fixer des objectifs de traitement, la motivation à suivre un traitement, la compréhension des coûts et des avantages du traitement, la perception des traitements antérieurs et le progrès associé à ceux-ci, le soutien extérieur reçu, l'expression des émotions et des sentiments, l'opinion à l'égard des professionnels et l'autoévaluation d'un éventuel changement (Kennedy, 2000).

### **1.3.2 Réactivité selon Kennedy et Serin**

Pour les auteurs, lors de la conception d'un programme, il faut aussi tenir compte de la manifestation des traits de personnalité et des attitudes des délinquants dans leurs relations interpersonnelles. En effet, l'activité criminelle peut être associée à certains traits tels que la mégalomanie, l'insensibilité, l'impulsivité, le mauvais contrôle de la colère, l'égoïsme et les faibles aptitudes de résoudre les problèmes. Selon les auteurs, ces caractéristiques sont des facteurs à examiner puisqu'elles peuvent avoir un impact sur la capacité d'engagement du délinquant lors du traitement. Quant aux aspects à évaluer qui concernent les attitudes, ils regroupent : les attitudes antisociales, les valeurs et les croyances, les mécanismes de neutralisation du remords (ex : se justifier), ainsi que les attitudes à l'égard des victimes et des relations procriminelles (Kennedy, 2000).

### **1.3.3 Gains acquis selon Kennedy et Serin**

Les déclarations du délinquant quant aux bénéfices du traitement ne sont pas toujours fiables. De plus, l'achèvement du programme n'apporte pas en soi d'informations sur la gestion efficace du risque de récidive. C'est pourquoi, concernant la participation au traitement, les auteurs soulignent l'importance d'évaluer les aspects suivants : la connaissance du contenu du programme, l'acquisition de compétences, la communication individuelle et en groupe, la confiance du délinquant, le transfert et la généralisation des compétences à des situations réelles, la connaissance de soi, l'assiduité, la participation, le rendement et l'alliance thérapeutique (Kennedy, 2000).

## 1.4 PROBLÉMATIQUE

Notre étude se situe dans la lignée de celles portant sur les facteurs qui peuvent améliorer l'observance du traitement par les adolescents agresseurs sexuels. À notre connaissance, la grille de Serin et de Kennedy n'a pas été expérimentée auprès de cette population. Nous nous intéressons aux associations entre a) le processus de traitement, b) certaines variables personnelles et c) la réceptivité et la réactivité de l'adolescent.

Nous faisons donc l'hypothèse de l'existence d'une relation positive entre le processus de traitement et différents critères de la réceptivité (soit : la prise de conscience du problème, l'établissement des objectifs, la motivation, l'autoévaluation, les attentes, la cohérence du comportement, les opinions sur le traitement, l'efficacité personnelle, la dissonance, les soutiens extérieurs et la composante affective) et de la réactivité (soit : les opinions procriminelles, les contacts avec le crime, la mégalomanie, la dureté, la neutralisation, l'impulsivité, la procrastination, la motivation à la colère, le pouvoir et le contrôle, la résolution de problèmes et l'attitude de victime). Nous porterons également une attention aux caractéristiques personnelles, familiales et relationnelles du jeune ainsi qu'à son fonctionnement à l'extérieur des séances de thérapie.

La vérification de ces facteurs permettra de dresser un portrait global, du point de vue de la réceptivité, de la clientèle du C.P.L.M. sélectionnée pour notre étude. Il sera également possible d'estimer l'évolution de la réceptivité grâce à deux temps de mesure (en début et à la fin du traitement). Par le fait même, nous pourrions estimer l'influence du programme de traitement sur la réceptivité. À plus grande échelle, une telle procédure permettrait de mieux établir les objectifs de traitement afin de garantir une meilleure efficacité.

La contribution ou l'intégration d'un tel outil dans un programme pourrait être profitable. En effet, faire une évaluation de la réceptivité avant d'entamer une démarche thérapeutique permettrait de mieux déterminer les modes de traitement convenant aux clients et de mieux

établir les priorités de sensibilisation aux problématiques qu'ils présentent. De plus, cet instrument pourrait s'inscrire dans une perspective de gestion clinique du risque. Son utilisation permettrait d'évaluer le niveau d'ouverture et de disponibilité du jeune face aux interventions.

## **CHAPITRE II : PRÉSENTATION DU MILIEU DE STAGE ET DES OBJECTIFS DE STAGE**

### **2.1 CENTRE DE PSYCHIATRIE LÉGALE DE MONTRÉAL**

L'institut Philippe Pinel de Montréal offre une gamme de services internes et externes : essentiellement des services d'évaluation, d'expertise pour les tribunaux et des traitements spécialisés à une clientèle présentant un profil de psychiatrie légale. Parmi la série de services offerts à l'externe, on retrouve ceux du Centre de Psychiatrie Légale de Montréal (CPLM) qui œuvre auprès des différents partenaires de la santé. Sa clientèle provient plus particulièrement des tribunaux, des services de probation, des cliniques externes de psychiatrie, des Centres jeunesse et de l'Institut Philippe Pinel de Montréal. Grâce au travail d'une équipe multidisciplinaire composée de psychiatres, d'infirmiers cliniciens, de psychologues, de criminologues et de sexologues, plusieurs programmes sont offerts. Le programme de psychiatrie légale adulte, la clinique de dangerosité, le programme pour les agresseurs sexuels adultes ainsi que celui pour les adolescents auteurs d'agression sexuelle et, nouvellement, la clinique de pédopsychiatrie des troubles sévères de comportement représentent les programmes offerts par le CPLM. À travers le traitement et la réhabilitation, le CPLM a comme mission d'apaiser la souffrance et de contrer la violence, tout en facilitant la réinsertion sociale de sa clientèle de santé mentale-justice. (Document en ligne [http : //www.pinel.qc.ca](http://www.pinel.qc.ca), page consultée le 5 septembre 2011).

Le programme pour les adolescents auteurs d'agression sexuelle offre plusieurs services aux jeunes ayant commis des agressions sexuelles ou présentant une fantasmagorie sexuelle déviante. Depuis 1992, l'équipe multidisciplinaire composée d'un psychiatre, de psychologues et de criminologues offre des services d'enseignement et de recherche, d'évaluation (diagnostic

et recommandations), de traitement, de consultation clinique auprès des intervenants et de formation (Document en ligne [http : //www.pinel.qc.ca](http://www.pinel.qc.ca), page consultée le 5 septembre 2011).

Dans le réseau, les principales sources qui réfèrent les jeunes au CPLM sont les Centres jeunesse, les tribunaux, les services du réseau de la santé ou ses parents. Âgés de 12 à 18 ans, les adolescents sont habituellement pris en charge en vertu de la LPJ (*Loi de la Protection de la Jeunesse*), la LSJPA (*Loi sur le Système de Justice Pénale pour Adolescent*) ou la LSSSS (*Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux*).

Pour qu'il puisse y avoir un suivi au C.P.L.M., le client doit préalablement avoir une reconnaissance minimale des actes sexuels qui lui sont reprochés. Dans un premier temps, une entrevue préliminaire est faite avec le jeune, ses parents ainsi que les intervenants afin de créer un premier contact et de présenter le déroulement et les objectifs visés par l'évaluation. À cette étape, le professionnel évalue également le niveau de reconnaissance de l'adolescent face à sa problématique sexuelle. Dans les cas où le jeune ne manifeste aucune reconnaissance, le processus peut se terminer à cette étape. Si, au contraire, le processus se poursuit, une deuxième entrevue clinique est réalisée par deux membres de l'équipe et le jeune est rencontré seul par ceux-ci. À ce moment, l'attention est particulièrement portée sur la problématique sexuelle et le développement personnel et social, ainsi que le fonctionnement familial du jeune. Par ailleurs, une évaluation du risque est aussi effectuée. Ce stade se termine donc par une synthèse des conclusions et des recommandations ainsi que par un rapport rédigé ultérieurement et envoyé au demandeur (Document en ligne [http : //www.pinel.qc.ca](http://www.pinel.qc.ca), page consultée le 5 septembre 2011).

Lorsqu'une prise en charge est recommandée, l'individu doit avoir manifesté une certaine reconnaissance face à ce geste et minimalement démontré une motivation au changement. Le jeune sera alors orienté vers un des suivis offerts au CPLM tels que les groupes d'intégration, les groupes de prévention de la rechute ou par la thérapie individuelle (Document en ligne [http : //www.pinel.qc.ca](http://www.pinel.qc.ca), page consultée le 5 septembre 2011). Les groupes d'intégration impliquent

habituellement trois rencontres d'une heure chacune pour des personnes nouvellement admises en traitement. Les thérapeutes tenteront, à travers ces rencontres, de favoriser la création d'un premier lien entre les participants du groupe, d'expliquer le cadre de la thérapie, de cibler les objectifs thérapeutiques visés, de discuter des attentes mutuelles et de favoriser l'engagement thérapeutique. Le contexte et les définitions légales (lois, notion de consentement et d'agression sexuelle) sont aussi abordés dans le cadre de ces rencontres. Pour ce qui est du traitement basé sur la prévention de la récidive, il est la principale modalité thérapeutique offerte pour les adolescents agresseurs sexuels. Ce traitement dure entre 20 à 24 semaines et les rencontres sont d'une durée de 1h30. Cette modalité cherche à redonner un sens à l'agir problématique du jeune et à le responsabiliser face à sa problématique sexuelle. De plus, les adolescents seront appelés à identifier les signes précurseurs de leur passage à l'acte afin d'acquérir des outils de contrôle pour diminuer les risques de récidive. Au travers des 20 à 24 semaines, les thérapeutes se réfèrent à huit activités qui seront vues, discutées et analysées. Il s'agit a) des événements marquants de leur vie, b) du génogramme, c) des conséquences de l'agression sur le jeune, sur sa famille et sur la victime, d) des émotions positives et négatives vécues au cours de leur vie, e) de la description comportementale du jeune dans les semaines et les jours précédents l'agression (famille, école, amis/loisirs, école/travail, sexualité et agressivité), f) de la description de l'agression (agirs, pensées avant-pendant-après, émotions avant-pendant-après), g) du cycle de l'agression et h) de la lettre à la victime.

Finalement, les jeunes qui ne peuvent être admis dans un programme de groupe pour une raison quelconque (ex : incapacité à tolérer la situation de groupe, tendance à perturber fortement le fonctionnement du groupe, limites intellectuelles ou cognitives, etc.) sont orientés vers une thérapie individuelle offerte par la psychologue de l'équipe. Évidemment, si les thérapeutes sentent qu'un jeune nécessite un prolongement de traitement à la fin du programme de groupe, celui-ci peut être invité à démarrer un second groupe ou à participer à des rencontres individuelles.

Par ailleurs, des rencontres bilans sont faites à la mi-session, à la fin et quelques mois après le programme. Lors de ces rencontres, qui se font en présence du jeune et des thérapeutes, les parents et les intervenants responsables du dossier (délégué, travailleur social) sont invités.

### **Règles de déontologie**

Les règles de déontologie suivies par le CPLM proviennent du Code Éthique élaboré pour l'Institut Philippe Pinel de Montréal. Chaque individu (patient et personnel) doit, dans le meilleur de ses capacités, s'y soumettre peu importe les différences de chacun. Ce code détermine les valeurs et les règles fondamentales estimées par l'hôpital et ses partenaires. Puisque la raison d'être du CPLM, comme celui de l'IPPM, est le patient ou client, la valeur prédominante est le respect en général. Plus formellement, il est question de respect de la personne, de la propriété, de la liberté d'action et d'opinion, de l'environnement et de la qualité de vie ainsi que de l'accessibilité aux soins et services (Code éthique, 2006 sur [www.pinel.qc.ca](http://www.pinel.qc.ca)).

En plus de respecter le Code Éthique élaboré par l'IPPM, chaque membre du personnel doit répondre à des tâches spécifiques à leur qualification. Aux fins de ce projet de stage, les tâches importantes sont celles que les criminologues travaillant au sein d'une équipe du CPLM doivent remplir. Il est à noter que les fonctions des criminologues sont les mêmes pour ceux travaillant avec une clientèle adolescente ou adulte. Leurs tâches s'articulent principalement autour des activités suivantes ([www.pinel.qc.ca](http://www.pinel.qc.ca)):

- Clarifier le statut légal et informer le client ou l'équipe des modalités de fonctionnement du système de justice.
- Procéder à l'évaluation criminologique des facteurs de risque de violence et de rechute selon les normes reconnues dans la profession.
- Rédiger un rapport écrit selon les critères et les normes définis par le CPLM.

- Intervenir de façon à favoriser la reconnaissance des facteurs de risque de violence et la prévention de la rechute ou la récidive.
- Animer les interventions de groupe requises par les besoins de la clientèle.
- Rencontrer la famille, ami ou autre personne significative pouvant contribuer à l'évaluation, au traitement externe, à la réinsertion et au maintien de l'usager dans son milieu ou dans une ressource.
- Prévoir, concevoir et concrétiser la réinsertion sociale des clients.
- Assumer les tâches et les démarches liées à ce rôle à l'externe.
- Analyser les besoins, les capacités et les limites adaptatives des clients afin de fournir à ceux-ci les meilleures possibilités de réussir une réinsertion sociale comportant le moins de risques pour lui-même et la société et la meilleure qualité de vie possible.
- Collaborer à l'enseignement clinique universitaire par la supervision de stagiaires de différents cycles académiques.

## **2.2 MODALITÉS DE RÉALISATION DES OBJECTIFS**

De prime abord, des rencontres de supervision avec notre directeur de maîtrise ainsi qu'avec notre superviseure au CPLM ont été faites tout au long de notre stage afin de pousser nos réflexions, éclaircir nos interrogations, nous guider dans notre démarche, nous encadrer ou même nous orienter dans notre projet.

Pour approfondir nos connaissances théoriques et pratiques en lien avec le milieu de stage et la clientèle étudiée, il nous a été possible de participer à des conférences données à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, à des réunions d'équipe et à des rencontres d'évaluation, de bilan, de thérapie de groupe et de thérapie individuelle. Nous avons aussi pu avoir accès à tous les documents disponibles au CPLM concernant les adolescents agresseurs sexuels tels que les

dossiers personnels, les rapports d'évaluation, de bilans et autres. De plus, il nous a été possible de participer, dans le cadre de notre stage, au Congrès international francophone sur l'agression sexuelle (CIFAS) qui a lieu chaque deux ans. Nous avons donc pu assister et bénéficier des différentes conférences qui portaient toutes sur l'agression sexuelle.

### 2.3 ÉCHÉANCIER

Le stage complet a été d'une durée de 80 jours. Il nous a été possible de participer, du début à la fin, à une modalité de groupe de type prévention de la récurrence (début du groupe vers la mi-février 2009 et terminaison vers août 2009) en plus d'assister aux évaluations cliniques et rencontres bilans pré et post traitement. Par ailleurs, nous avons pu participer, en tant qu'observatrice, à un second groupe de thérapie. Dès janvier 2009, nous avons entamé mon entrée graduelle sur le terrain à raison de deux jours par semaine. Durant ces deux jours, nous avons participé aux évaluations et aux rencontres de groupe en tant qu'observatrice. Lorsque les groupes ont débuté en février, nous sommes passés à une cadence de trois jours par semaine afin d'effectuer les tâches cliniques (lecture de dossier, rédaction de rapport, préparation du groupe, etc.) nécessaires au stage. Le tableau qui suit présente un horaire type.

	Lundi	Mardi ou Mercredi	Jeudi
AM	Évaluation clinique	Tâches cliniques	Tâches cliniques et, à l'occasion, évaluation clinique
PM	Thérapie de groupe	Tâches cliniques	Thérapie de groupe

## **2.4 SUPERVISEURE DE MILIEU ET PROFESSEUR RESPONSABLE DU STAGE**

Notre stage a été supervisé au Centre de Psychiatrie Légale de Montréal par Madame Julie Carpentier, criminologue clinicienne. Notre directeur de l'École de Criminologie était Monsieur Denis Lafortune.

## **2.5 DÉFINITION DES OBJECTIFS ACADÉMIQUES**

Les moyens utilisés pour l'atteinte des objectifs académiques et cliniques qui suivent se sont fait avant même notre entrée dans le milieu (C.P.L.M.) et tout au long de notre stage. Pour se faire, nous nous sommes familiarisés du point de vue pratique et clinique avec une clientèle à problématique sexuelle ainsi qu'avec un contact professionnel prolongé. Nos lectures nous ont également permis d'approfondir nos diverses connaissances nécessaires et en lien avec l'atteinte de ces objectifs (ex : revue de littérature sur la problématique et sur l'outil utilisé, lecture de dossiers déjà existants de clients du C.P.L.M., cueillette d'informations sur le milieu de stage, etc.). De plus, nous avons pu visiter les lieux physiques de notre milieu et observer les façons de faire des équipes professionnelles. Tout au long de notre stage, nous avons été ouverts à la critique et au feedback de l'équipe multidisciplinaire et particulièrement de notre superviseure. Finalement, nous avons pu faire une co-intervention avec les différents membres de l'équipe dans la pratique de nos tâches en lien avec notre stage (ex : participation active lors des évaluations et des rencontres de groupe, rédaction de rapport d'évaluation et de bilan, etc.).

Sur le plan académique, cinq objectifs ont été poursuivis.

- 1) Connaître et approfondir les caractéristiques personnelles, familiales et sociales des adolescents agresseurs sexuels afin de les reconnaître, les identifier, les cibler et éventuellement réaliser une meilleure intervention.

- 2) Se familiariser avec les modèles d'intervention cognitivo-comportemental et multisystémique afin de les appliquer aux besoins des adolescents agresseurs sexuels.
- 3) Connaître et ajuster le protocole d'évaluation de Serin et Kennedy sur la réceptivité et la réactivité à l'égard du traitement et, par la suite, les gains acquis pour une clientèle d'adolescents agresseurs sexuels.
- 4) Élaborer un questionnaire afin d'être en mesure de compléter le protocole d'évaluation de Serin et Kennedy.
- 5) Connaître et approfondir les facteurs de réceptivité, de résistance et de risque de récurrence ayant un impact sur la progression de l'adolescent lors du traitement.

## **2.6 DÉFINITIONS DES OBJECTIFS CLINIQUES**

Sur le plan clinique, quatorze objectifs regroupés en trois blocs ont été poursuivis.

### **2.6.1 La connaissance du milieu**

- Connaître, identifier et comprendre la structure et les buts poursuivis par CPLM, sa clientèle et ses modes d'intervention, ses services offerts et leurs limites et ses politiques et procédures.
- Situer mon rôle comme intervenant au sein de l'équipe du CPLM.

### **2.6.2 Les habiletés professionnelles**

- Développer la capacité de recueillir les données pertinentes et d'établir des liens entre les faits.
- Développer la capacité de produire et justifier des conclusions et recommandations à partir des informations recueillies.

- Développer la capacité de doser l'aide et le contrôle (fermeté, confrontation et support) lors de mes interventions avec la clientèle.
- Développer la capacité de responsabiliser le client face à ses choix.

### **2.6.3 Le développement personnel et le cheminement professionnel**

- Développer mon autonomie et mon sens de l'initiative et d'observation, tout en demeurant prudente.
- Développer une méthode de travail efficace afin d'augmenter ma rapidité d'exécution des tâches relatives à mon stage.
- Développer la capacité d'établir et maintenir un lien de confiance avec l'équipe et le client.
- Développer la capacité d'être congruente et cohérente entre mes interventions et mes attitudes.
- Développer la capacité de transmettre clairement l'information à la clientèle et à l'équipe.
- Développer la capacité de diriger une entrevue d'évaluation du client de façon autonome.
- Développer la capacité de m'intégrer à l'équipe et de prendre ma place tout en étant capable de donner une rétroaction pertinente.
- Développer la capacité de recevoir la rétroaction de ma superviseure et de m'ajuster au besoin afin de me perfectionner.

L'atteinte des 14 objectifs cliniques a fait l'objet d'une évaluation distincte, dans le cadre d'un bilan d'activités discuté avec Mme Julie Carpentier, et ne sera pas abordée dans le présent rapport. Par contre, certains conseils et critiques nous ont été donnés par notre superviseure afin de répondre et atteindre nos objectifs cliniques.

Concernant les objectifs en lien avec la connaissance du milieu, il nous a été possible de passer des journées, en tant qu'observatrice, au sein de différentes équipes (clinique externe pour adultes agresseurs sexuels, clinique interne pour adolescent, etc.). Plusieurs rencontres de supervision ont été faites au courant de notre stage où certains points et difficultés nous ont été rapportés. Lors des rencontres individuelles en lien avec notre projet, il nous a été mentionné de rester le plus neutre possible dans la formulation de nos questions afin d'aller chercher le plus proche possible l'opinion personnel des sujets et leur vision. Lors des évaluations de la clientèle référée au C.P.L.M., nous devons nous assurer de collecter le plus d'information touchant la totalité des sphères de vie des jeunes afin de pouvoir rédiger un rapport d'évaluation (antécédents psychiatriques, antécédents judiciaires, histoire personnelle et familiale, types de relation entre les membres de la famille, histoire de placement, fonctionnement académique et comportemental à l'école, loisirs et intérêts, développement et problématique sexuelle, dénonciation des gestes, reconnaissance, réaction de l'entourage, etc.). Pour nous aider, nous avons la possibilité d'utiliser un guide fait maison afin de ne pas oublier certains aspects. Au moment de la rédaction des rapports, il nous a été reflété que nous devons synthétiser davantage et que nous devons faire attention à l'utilisation de différents temps de verbes. Finalement, un des points forts observés touchait le travail d'équipe et notre intégration à celle-ci.

## **CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE**

### **3.1 DÉMARCHE QUALITATIVE**

Le nombre restreint de sujets disponibles pour notre étude et l'aspect clinique de la démarche font de l'orientation qualitative un choix approprié et judicieux pour notre projet. L'analyse des données se fera à partir de trois histoires de cas. La profondeur des données qualitatives et le fait qu'elles révèlent la vision de la réalité des sujets sont des avantages compte tenu des objectifs de ce projet.

Cela dit, la démarche comporte certaines limites. De prime à bord, la généralisation des données à l'ensemble des adolescents agresseurs sexuels sera impossible vu la petite taille de l'échantillon. Par ailleurs, il faut noter que les données proviennent essentiellement du témoignage des jeunes. Il faut donc être vigilant envers ces propos qui proviennent des interprétations et des perceptions de ceux-ci. Ainsi, il peut arriver que certains adolescents manquent d'honnêteté ou que leur mémoire ne reproduise pas fidèlement certains souvenirs se situant plus loin dans le temps. Par ailleurs, si tous les jeunes interrogés répondent aux mêmes questions, chacun peut les comprendre différemment. Autrement dit, une même question peut avoir un sens différent d'un jeune à l'autre.

### **3.2 SOURCES DES DONNÉES ET PROCÉDURE**

Les données colligées pour ce projet ont été tirées de plusieurs sources. Chacune d'elle s'est révélée utile pour 1) évaluer divers aspects de la réceptivité des adolescents en traitement

et 2) atteindre les objectifs cliniques et académiques cités précédemment. Tout d'abord, certaines données ont été recueillies grâce aux échanges découlant des évaluations initiales et cliniques, des rencontres de groupes basées sur le modèle de la prévention de la récidive ainsi que des rencontres bilan pré et post traitement. De plus, deux entretiens individuels ont été faits avec les trois jeunes participants afin de procéder à une collecte de données inspirée directement du protocole présenté dans la prochaine section.

Ensuite, une certaine partie des informations a été amassée de manière indirecte, soit ; à travers les dossiers antérieurs (rapports d'évaluation et d'orientation de la Protection de la jeunesse, rapports prédécisionnels, rapports psychologiques ou psychiatriques, rapports ou notes de traitement antérieur, etc.). Les rapports de police ont aussi été pertinents afin de comparer la version du jeune et celle officiellement retenue. Lorsqu'il y avait divergence au niveau des versions, le point de vue de la victime ou de la police a été pris en compte lors de l'analyse des données. Enfin, toutes les notes d'observation, les notes évolutives et les exercices faits dans le cadre de la thérapie de groupe ont été une source d'informations complémentaires facilitant l'atteinte de certains objectifs de cette étude.

Finalement, dans le quatrième chapitre les sources de données utilisées pour la présentation des cas ont été tirées essentiellement des rapports d'évaluation initiale fait au C.P.L.M. Celles prises pour les données sur la réceptivité et la réactivité proviennent exclusivement des entrevues menées par nous tandis que la participation au traitement des jeunes découle des notes-bilans de traitement et de nos observations en cours de thérapie.

### 3.3 OUTIL

#### Protocole d'évaluation de la réceptivité et de la réactivité à l'égard du traitement et, par la suite, des gains acquis

À la base, le protocole d'évaluation de Serin et Kennedy a été conçu pour les intervenants du Service Correctionnel du Canada. Dans ce contexte, la plupart des traitements font partie d'un continuum de gestion du risque de récidive et les facteurs de réceptivité deviennent un élément essentiel pour maximiser l'efficacité de l'intervention et évaluer le niveau d'ouverture des délinquants (Serin & Kennedy, 1997). En structurant l'évaluation de la «traitabilité» du délinquant, que ce soit au niveau de sa disponibilité ou de sa motivation, le protocole peut contribuer à l'efficacité des programmes correctionnels. Les différentes parties de l'instrument questionnent la préparation au changement, les capacités du délinquant, ainsi que le soutien qu'il reçoit.

De façon concrète, les deux premiers construits (réceptivité et réactivité) comportent 11 critères, chacun se détaillant en deux sous-critères. Chaque sous-critère est coté selon une échelle de likert à quatre points (0 à 3). Les scores totaux pour un construit vont donc de 0 à 66. Les notes plus élevées indiquent une plus grande traitabilité et un niveau de motivation plus grand. Les deux construits ont été évalués deux fois, soit en début de traitement (pré) et en fin de traitement (post). Cela permet de mesurer l'évolution des données entre le pré et le post traitement. La comparaison produit un résultat allant de -3 à +3. Les scores inférieurs à 0 démontrent une régression et ceux supérieurs à 0, une progression. Finalement, l'évaluation d'un troisième et dernier construit (gains tirés du traitement) repose sur 15 critères, dont deux ont des sous-critères. Chacun d'eux est évalué selon une échelle likert à quatre points (0 à 3). Pour ce construit, il n'y a qu'un temps de mesure, soit à la fin du traitement.

Pour la cotation du matériel clinique des trois cas de l'étude, la méthode des accords inter-juges a été choisie parce qu'elle assure une meilleure fidélité des données. Les deux juges ont été Mme Julie Carpentier (ma superviseure) et moi-même. Chaque partie évaluait les sujets de façon individuelle pour que, par la suite, leurs évaluations soient comparées. Dans les cas de désaccord, les parties expliquaient leurs points de vue et les raisons de leur choix afin d'en arriver à un commun accord sur le score attribué.

### **3.4 ÉCHANTILLON**

Dans le prochain chapitre, trois cas d'adolescents agresseurs sexuels seront analysés. Ces jeunes participants ont été admis au programme de traitement du C.P.L.M. après être passés par le processus d'évaluation initiale. Rappelons qu'ils ont minimalement reconnu les gestes qu'on leur reproche et qu'ils ont dû manifester un certain niveau de motivation à changer. Ils ont assisté, de manière assidue au groupe basé sur la prévention de la récidive qui a débuté en février 2009 pour se terminer en août 2009 (groupe fermé). Nous avons donc pu suivre l'évolution et le cheminement de ces jeunes, même si nous n'avions pas été présents lors de leur évaluation initiale.

Concernant la procédure et les critères de recrutement pour notre projet, nous avons, dès la première rencontre de groupe, présenté notre recherche et nous avons sollicité les adolescents qui étaient intéressés à faire partie de notre échantillon. Nous leur avons décrit l'objectif de ce travail, les avantages (contribution à l'avancement des connaissances, occasion de mieux se connaître et d'avoir un moment pour dire leur opinion, coupon rabais dans un restaurant, etc.) et l'implication nécessaire (deux rencontres individuelles d'une heure environ soit en début et à la fin du traitement). Au départ, cinq jeunes du groupe ont manifesté un intérêt à la participation. À la première rencontre individuelle, nous leur avons expliqué le formulaire de

consentement (voir annexe 1) afin que chacun en signe une copie. Nous avons terminé notre projet avec trois sujets puisque deux des cinq se sont désistés. Les rencontres individuelles se sont tenues au C.P.L.M. avant ou après les rencontres de groupe et ont duré, en moyenne, une heure à une heure trente. Lors de ces entrevues, notre superviseure de stage et nous étions présents. Par contre, lors des questions portant sur les thérapeutes du groupe et sur l'alliance thérapeutique, la deuxième évaluatrice (notre superviseure) s'est absentée afin de limiter les effets de désirabilité sociale et de favoriser l'authenticité des réponses des jeunes.

Bref résumé des situations de nos trois cas:

- Mathieu, 15 ans, agression sexuelle intrafamiliale sur son demi-frère de 5 ans. Première participation à une modalité thérapeutique.
- Jacob, 15 ans, agression sexuelle intrafamiliale sur sa demi-sœur de 9 ans. Avant de participer à la thérapie de groupe, il a bénéficié d'un suivi individuel au C.P.L.M. (octobre 2008 à janvier 2009).
- Éric, 14 ans et 10 mois, multiples agressions sexuelles de type polymorphe sur des victimes telles que la fille (deux ans plus jeune) du deuxième conjoint de la mère, son demi-frère de 8 ans et des jeunes d'une ressource intermédiaire où Éric a été placé. Il a déjà participé à une modalité thérapeutique offerte par le CÉTAS et a mis fin à sa participation après quelques rencontres.

## **CHAPITRE IV : ANALYSE DES DONNÉES**

### **Présentation des cas**

Comme il a été précédemment mentionné dans ce projet, les trois cas qui suivent (Mathieu, Jacob et Éric) sont des adolescents qui ont participé à la modalité thérapeutique de groupe offert au C.P.L.M. Plus précisément, ils ont suivi le groupe de prévention de la récidive qui a débuté en février 2009 pour se terminer en août 2009. Les rencontres étaient d'une durée d'une heure trente par semaine et ce, pendant 24 semaines.

Dans ce chapitre, après avoir présenté, pour chacun des jeunes, quelques caractéristiques individuelles et familiales, ainsi que certains éléments relatifs à leur développement sexuel, les données tirées du protocole de Serin et Kennedy seront placées au cœur de la réflexion. Seules les données pré et post traitement se rapportant à la réceptivité et la réactivité seront décrites et analysées en profondeur. La participation au traitement et les données relatives aux gains tirés du traitement seront enfin brièvement décrites afin de mieux saisir les changements quant à la réceptivité et à la réactivité. Pour toute confidentialité, les noms utilisés dans ce projet sont fictifs.

### **4.1 MATHIEU**

#### **4.1.1 Facteurs individuels et familiaux**

Mathieu est âgé de 15 ans lors de l'évaluation au C.P.L.M. le 21 juillet 2008. Son habillement est quelque peu excentrique, mais il reste adéquat. L'adolescent démontre un certain maniérisme lorsqu'il s'exprime, mais il maintient un bon contact avec les évaluateurs. Il devient renfermé lorsqu'il est confronté aux thèmes entourant les abus sexuels. Lors de

l'évaluation, le jeune démontre un affect quelque peu émoussé, des propos cohérents dans l'ensemble et une intelligence se situant au niveau de la moyenne. Aucune idéation suicidaire n'est identifiée à ce moment.

Mathieu est le deuxième d'une famille de trois enfants. Les parents se séparent lorsque Mathieu avait 4 ans. Cette période est aujourd'hui décrite par l'adolescent comme étant douloureuse et ne comprenant que de mauvais souvenirs. En effet, suite à la séparation, le père tombe dans une période dépressive, ce qui a fait en sorte que les contacts entre lui et Mathieu sont interrompus durant plus d'un an. Par la suite, commence une bataille juridique dite «interminable» entre les deux parents concernant la garde des enfants. Le père a deux autres enfants avec une deuxième conjointe dont il est séparé.

Présentement, monsieur fait vie commune avec une troisième conjointe. Quant à la mère de Mathieu, elle est en couple depuis plusieurs années avec un homme qui a eu deux enfants d'une relation antérieure.

Après la séparation, Mathieu vit d'abord avec sa mère et il visite son père une fin de semaine sur deux jusqu'à l'âge de 9 ans. Quelque temps plus tard, il va vivre avec son père et la deuxième conjointe de celui-ci. Il maintient des contacts avec sa mère à une fréquence d'une fin de semaine sur deux. Enfin, le jeune retourne vivre avec sa mère au courant de l'année 2009, tout en maintenant des contacts réguliers avec son père.

L'adolescent est victime, durant plusieurs années, de violence et de mauvais traitements de la part de la deuxième conjointe du père. Durant cette période, le père était peu présent et impliqué auprès de Mathieu. Selon le jeune, le père pouvait être soit strict ou colérique lorsqu'il vivait avec celui-ci. Il est mentionné autant par l'adolescent que par ses parents, que les relations entre Mathieu et les nouveaux conjoints de ses parents ont toujours été difficiles et conflictuelles. Il dit entretenir de bonnes relations avec sa fratrie. Par contre, les relations avec sa demi-fratrie étaient, pour lui, source de frustration et de colère. Il explique ne pas s'être bien entendu avec eux puisqu'il éprouvait de la haine envers leur mère et aussi parce qu'il devait

constamment s'occuper d'eux. À ce sujet, le père a fait une demande au C.L.S.C. pour tenter de résorber les comportements violents de Mathieu à l'égard de sa demi-fratrie.

Au niveau scolaire, le jeune n'a jamais démontré de trouble d'apprentissage. Par contre, les relations interpersonnelles avec ses pairs étaient une source de frustration et de colère pour lui. Depuis la maternelle, Mathieu a fait l'objet de moqueries et de rejet de la part des autres jeunes de son âge. Il explique que ses manières efféminées et sa différence engendrent et provoquent chez les autres des réactions inappropriées. Cet ostracisme fait en sorte, avec les années, que l'adolescent s'isole et développe des mécanismes de défense basés sur la violence, l'agressivité et la provocation. De plus, il mentionne que c'est uniquement depuis la dernière année qu'il a un groupe d'amis avec lesquels il se sent accepté et bien. Le jeune fait quatre tentatives de suicide sans pour autant être suivi à ce sujet et sans que les parents ne soient au courant.

#### **4.1.2 Développement et problématique sexuels**

Dès son jeune âge, Mathieu est exposé à des comportements sexuels déviants. Il voit alors son cousin abuser sexuellement d'une de ses sœurs. Selon les parents, Mathieu a eu des comportements sexuels en bas âge, mais sans pour autant que cela soit jugé problématique. C'est vers l'âge de 13 ans qu'il commence à porter un intérêt plus marqué à la sexualité. À ce moment, l'adolescent se retrouve avec plusieurs questionnements sur son orientation sexuelle. C'est quelques temps plus tard que Mathieu s'identifie comme étant homosexuel et souhaite montrer qu'il assume entièrement son image et qu'il est actif sexuellement. Sur Internet, il entretient plusieurs contacts avec lesquels il a essentiellement des conversations sexuelles. Il visite plusieurs sites de pornographie de façon régulière, toujours orientés vers des contenus homosexuels. Il visite également un site de pornographie infantile. À ce sujet, le jeune dit avoir voulu valider son orientation et mettre à l'épreuve l'opinion des autres à son sujet. En effet, des camarades d'école le traitaient parfois de «pédo» et de «tapette».

Concernant les événements délictuels, Mathieu a abusé sexuellement de son demi-frère de 5 ans. À cette époque, le jeune voit sa demi-fratrie une fin de semaine sur deux et tous couchent dans la même chambre. C'est durant la même période que l'adolescent se fait appeler «pédo» et «tapette» à l'école. De plus, il mentionne avoir eu un amoureux avec qui la relation s'est terminée quelques jours avant les gestes abusifs le laissant avec des sentiments de colère et de tristesse. Il commence donc à douter de ses capacités de plaire aux garçons. Il reconnaît qu'un contact sexuel avec son demi-frère s'est produit lorsqu'il était seul avec lui. Il lui a enlevé sa culotte en lui disant qu'il allait lui faire quelque chose. Il lui a fait alors une fellation durant quelques secondes. Selon Mathieu, il aurait trouvé le tout repoussant. Le père arrive au moment où Mathieu remet le pantalon de la victime. Le dévoilement se fait donc par le père en lors d'un signalement concernant la violence de Mathieu à l'endroit de son demi-frère. Le jeune a admis avoir donné un coup de couteau dans le matelas de son demi-frère lors du moment du dévoilement. Par la suite, le jeune a reconnu uniquement un contact sexuel abusif auprès de la victime et il a nié tout autre geste de la même nature à l'égard de son autre demi-frère. Par contre, la version de la victime inclut plusieurs gestes sexuels et ce, à plusieurs reprises, sans pour autant qu'il développe davantage sur la nature exacte de ces gestes.

#### **4.1.3 Analyse des données prétraitement**

##### **Réceptivité au traitement**

Selon le protocole de Serin et Kennedy, le score maximal pour évaluer la réceptivité du client au traitement est de 66. En prétraitement, Mathieu présente un niveau de réceptivité moyen, soit de 50% puisqu'il obtient un score de 33.

Tableau 1 : indicateurs de réceptivité pour Mathieu avant le traitement

INDICATEURS	DONNÉES PRÉTRAITEMENT
Prise de conscience du problème :	
Prise de conscience du problème	1
Compréhension du problème	1
Établissement des objectifs :	
Établissement d'objectifs réalistes	3
Importance de l'établissement d'objectifs	1
Motivation :	
Besoin de traitement	2
Motivation à l'égard du traitement	2
Autoévaluation	
Responsabilisation	2
Satisfaction	2
Attentes :	
Conséquences de l'absence de traitement	2
Avantages du traitement	1
Cohérence du comportement	
Cohérence	2
Respect des engagements	2
Opinions sur le traitement :	
Traitement et soi-même	1
Alliance thérapeutique	1
Efficacité personnelle :	
Changement par le traitement	3
Changement personnel	1
Dissonance :	
Désarroi	1
Mécontentement	2
Soutiens extérieurs :	
Soutien du traitement	1
Soutien du changement	1
Composante affective :	
Expression des émotions	1
Exigences du traitement au plan émotif	0

Plus spécifiquement, au niveau de la prise de conscience du problème, Mathieu ne semble pas voir la gravité du geste qu'il a posé, ni les problèmes qui auraient pu contribuer à ce passage à l'acte sexuel (1)<sup>1</sup>. Il a aussi une faible compréhension du problème, même s'il reste capable de voir que certains éléments ont pu y contribuer. Selon lui, le rejet qu'il a vécu et les

<sup>1</sup> Les chiffres entre parenthèses indiquent la cote qui a été retenue par les deux évaluatrices

questionnements qu'il a eus au niveau de son orientation sexuelle ont créé un moment de vulnérabilité (1).

Il possède une bonne capacité d'établir de façon réaliste des objectifs de traitement tels que : «arriver à mieux se comprendre», «trouver les raisons qui l'ont poussé à commettre l'abus sexuel» et «avoir des outils pour éviter de récidiver» (3). Par contre, lorsque vient le temps d'évaluer l'importance de ces objectifs, Mathieu n'investit que les objectifs à court terme. En effet, il explique avoir uniquement à s'attarder sur la compréhension du «pourquoi de l'abus», lorsque nous lui demandons sur quels problèmes il devra se pencher en thérapie (1).

Au niveau de sa motivation à entreprendre un suivi, Mathieu nous dit avoir besoin de traitement autant que les autres jeunes du groupe (2). De plus, il mentionne avoir déjà suivi une thérapie individuelle pour tenter de mieux gérer sa colère. Il nous explique que cette fois-ci, il est plus à l'écoute des autres et trouve qu'il y a davantage de discussions, puisque la thérapie se fait en groupe (2).

Au niveau de l'autoévaluation de sa situation actuelle et, plus spécifiquement, du critère de la satisfaction à cet égard, l'adolescent est capable de se donner quelques qualités et défauts, mais globalement il se dit mécontent de la personne qu'il est. Il ajoute «être devenu ce qu'il est» suite aux événements qu'il a vécus (2). Concernant le sous-critère de la responsabilisation, il explique être le responsable de l'abus commis, puisqu'il est plus vieux que son demi-frère et que c'est lui qui a posé les gestes. Par ailleurs, il dit être aussi une victime de la situation, surtout suite au dévoilement (2).

Au niveau de ses attentes face à la participation au traitement, Mathieu peut donner quelques exemples de ce qui pourrait lui arriver s'il n'était pas suivi : il pourrait rester avec une incompréhension de l'abus et courir de plus grands risques de récidive (2). Par contre, invité à faire part de son appréciation des bienfaits du traitement, il ne peut donner qu'un avantage à long terme («pouvoir mieux se connaître») et un autre à court terme («respecter les conditions imposées par la cour») (1).

Les expressions verbales et comportementales de Mathieu au niveau de sa motivation manquent quelque peu de cohérence (2). En effet, il rapporte qu'il peut lui arriver de manquer des rendez-vous ou des rencontres (ex : avec son délégué). Des indications importantes, telles que sa présence aux rencontres et sa ponctualité, montrent qu'il honore ses engagements en ce qui concerne le traitement (2).

L'opinion que Mathieu a sur le traitement et ceux qui le dispensent semble assez mitigée, autant pour a) la reconnaissance des bénéfices du traitement que b) l'alliance thérapeutique. En effet, il ne reconnaît que les bénéfices que le traitement pourrait avoir pour lui (1) et il résiste quelque peu à établir une alliance thérapeutique (1) (ex : réticent à l'idée de révéler des aspects sur sa vie personnelle dans le cadre de la thérapie).

Au niveau du sentiment d'efficacité personnelle, Mathieu obtient la plus forte note en ce qui concerne les possibilités de changement par le traitement puisqu'il explique que «tout le monde peut changer» (3). Malheureusement, il doute de pouvoir changer, lui personnellement (1).

Au niveau de la dissonance cognitive, l'adolescent ne semble présenter aucun désarroi vis-à-vis la participation au traitement (1). Par ailleurs, il est quelque peu mécontent de sa situation présente (2).

Le soutien extérieur que reçoit Mathieu pour participer à un traitement est difficile à évaluer puisque les relations interpersonnelles qu'il entretient avec les membres de sa famille semblent fragiles et conflictuelles. Il exprime donc une opinion assez négative et pessimiste face à ceux-ci (1). Concernant le support reçu de sa mère, il commente : «elle essaie de l'être (supportante), mais elle ne l'a pas». Il la considère donc plus «pesante» qu'aidante (1).

Finalement, la dernière composante de la réceptivité est celle à laquelle l'adolescent obtient les plus faibles notes. En effet, au niveau de l'expression des émotions, Mathieu est capable d'identifier ou exprimer certains sentiments positifs ou heureux, mais il ne peut le faire pour ceux qui sont négatifs (1). Il semble aussi inconscient des exigences du traitement sur ce plan,

dans la mesure où il ne voit pas que l'intervention pourrait lui faire vivre des émotions pénibles (0).

### **Réactivité au traitement**

Comme pour le construit de la réceptivité, l'évaluation de la réactivité peut atteindre un score maximal de 66. Mathieu obtient ici 30, ce qui correspond à 45% du maximum possible.

Sous l'angle de la réactivité la question «que penses-tu de ce que tu as fait?» permet d'abord d'évaluer la présence d'opinions procriminelles. Mathieu répond que son geste est «sans but, con» et qu'il n'aurait jamais dû le faire, ni même y penser (2). Par contre, le côté provocateur du jeune, lui fait apprécier de déstabiliser les gens en général. Il ne cherche pas à excuser l'abus ni à la justifier (3).

Sous l'angle des contacts avec le crime, Mathieu dit ne pas entretenir de relation amicale avec des personnes délinquantes (3) et occuper son temps libre avec ses amis sans avoir d'activités délictuelles (2). Il paraît donc modérément identifié à la sous-culture et aux activités prosociales.

Pour évaluer les traits mégalomanes, nous demandons à Mathieu de se décrire. Il est alors capable de donner un portrait nuancé de lui, avec des qualités et des défauts (ex : arrogant, sympathique et extraverti). Il a une image de lui plutôt réaliste et semble voir son avenir de façon optimiste (2). Par contre, lorsqu'on évoque une possible récidive, l'adolescent devient sûr de lui et certain qu'il ne recommencera pas. Il garde des attentes légèrement optimistes face à son désistement de la délinquance sexuelle et espère que les choses se passeront bien pour lui (2).

Tableau 2 : indicateurs de réactivité pour Mathieu avant le traitement

INDICATEURS	DONNÉES PRÉTRAITEMENT
Opinions procriminelles :	
Fierté à l'égard de ses opinions procriminelles	2
Justification du comportement criminel	3
Contacts avec le crime :	
Soutien des pairs procriminels	3
Activités procriminelles	2
Mégalomanie :	
Image de soi	2
Attentes	2
Dureté :	
Manque de souci pour autrui	0
Exploitation des autres	1
Neutralisation :	
Minimisation	1
Négation	2
Impulsivité :	
Réfléchir aux conséquences	0
Retarder la gratification	1
Atermoiement :	
Engagement	2
Sans but	2
Motivation de la colère :	
Versatilité	1
Utilisation de la colère	1
Pouvoir et contrôle :	
Revendication des droits	1
Respect	1
Résolution de problèmes :	
Recherche de solutions de rechange	0
Souplesse	1
Attitude de victime :	
Apitoiement	1
Souffrance	1

Concernant la dureté ou le détachement émotionnel, Mathieu se présente comme un jeune centré sur ses besoins. Il ne manifeste ni dans ses paroles ni dans ses comportements un quelconque souci pour autrui. De plus, il semble indifférent aux besoins des autres, que ce soit ses proches ou des étrangers (0). Lorsque nous lui demandons si quelqu'un a eu à souffrir de l'agression qu'il a posée, il parle essentiellement des sentiments de honte et

d'incompréhension qu'auraient éprouvés ses parents. Il semble incapable de parler avec empathie de conséquences vécues par la victime. Selon lui, son demi-frère n'a pas souffert des gestes qu'il a posés. À son avis, les troubles présentés par la victime auraient été diagnostiqués avant l'agression (1).

Dans le protocole de Kennedy et Serin, le concept de neutralisation désigne les distorsions cognitives par lesquelles un délinquant refuse d'assumer ses problèmes. De ce point de vue, Mathieu s'attribue totalement la responsabilité de l'agression commise, mais il ajoute aussitôt être devenu lui-même «une victime», suite au dévoilement (2). Il lui est plus difficile d'expliquer ce qui pourrait l'aider à éviter les problèmes et se contente de mentionner qu'il «devra penser avant d'agir» (1).

Au niveau de l'impulsivité, Mathieu se décrit comme étant une personne spontanée et qui n'a pas suffisamment réfléchi avant de commettre l'abus (0). Son impulsivité lui fait agir rapidement en faisant retarder rarement la gratification : « ...des fois je suis trop impulsif » (1).

Dans la grille de Kennedy et Serin, le critère de la procrastination évalue la capacité du délinquant d'établir et d'atteindre des objectifs en général. De ce point de vue, Mathieu décrit ainsi ce que «les objectifs» signifient pour lui : «...c'est quelque chose que tu veux faire, réaliser, obtenir et tout faire pour réussir, au niveau de la vie, de l'école, du travail.». Il donne ensuite plusieurs exemples d'objectifs qu'il poursuit dans sa vie en général: «vivre comme tout le monde» (bonne estime, bien réussir et être soi-même) et «être accepté en coiffure», par exemple(2). Il énumère aussi une grande liste d'objectifs poursuivis dans le cadre de la thérapie : «que tout se déroule bien (sans problème)», «savoir le pourquoi des abus», «mieux se comprendre», «si ça revenait, ne pas le refaire (avoir des outils)» et «apprendre à vivre avec ça» (2).

Au niveau de la motivation de la colère, c'est-à-dire de l'intensité de la colère et son expression dans les relations interpersonnelles, Mathieu dit avoir de la difficulté (1). Lorsqu'il ressent de la colère, il utilise souvent la violence physique envers les autres (proches ou connaissances) ou envers lui-même (1).

Concernant le pouvoir et le contrôle, c'est-à-dire la mesure dans laquelle des droits sont revendiqués dans les relations avec autrui, Mathieu est amené à parler des conséquences qu'il a subies suite à l'agression. Il dit trouver le processus sociojudiciaire long, mais juste. Il ajoute que la vie en général a été, pour lui, injuste puisqu'il estime avoir vécu plusieurs choses et situations dures (1). Aucune parole ou geste du jeune ne peut nous laisser croire qu'il respecte les personnes autres que sa famille (1). Nous pouvons donc présumer qu'il trouve acceptable de ne pas respecter les droits de ceux qui ne sont pas parmi ses proches.

Au niveau de la résolution de problèmes, Mathieu envisage rarement des solutions de rechange à la violence lorsqu'il est préoccupé (0). Il est capable de voir que cette solution n'est pas profitable et qu'il pourrait utiliser une autre méthode, mais il n'est pas disposé à le faire. C'est pourquoi il se retrouve avec des notes aussi faibles pour ce critère (1).

Finalement, sous l'angle des attitudes de victime, soit de l'apitoiement sur soi, l'adolescent adopte une opinion négative face au système de justice ainsi que face à sa situation actuelle (1). Par contre, il est quelque peu paradoxal qu'il se dise «tanné» de sa vie familiale et de la mauvaise communication qui règne entre ses membres, mais trouve en même temps qu'il y mène une bonne vie. De plus, il explique que pour l'amélioration des relations et de sa situation, tous doivent y mettre du leur, mais ne se dit aucunement motivé à s'impliquer ni à mettre l'effort nécessaire (1).

#### 4.1.4 Participation au traitement

Mathieu a participé à tous les exercices au cours de la thérapie et aucune absence n'a été relevée. Au départ, le jeune mentionnait anticiper négativement la thérapie, mais il s'est dit surpris d'avoir trouvé sa place au sein du groupe. Il évoque avoir eu l'envie de nuire au bon déroulement au départ, mais a su respecter les attentes et s'impliquer progressivement. Nous avons pu constater l'effort fourni par l'adolescent afin de nous donner accès à son vécu, mais il nous a semblé qu'il devait davantage se remettre en question et développer sa capacité d'auto-critique.

Lors de l'activité touchant les événements marquants de sa vie, Mathieu est en mesure d'énumérer spontanément certains éléments importants (ex : victime de violence de sa belle-mère, tentative de suicide, relation conflictuelle avec ses parents et période de recherche d'identité sexuelle difficile).

Lorsque nous faisons le génogramme de Mathieu, nous réalisons qu'il maintient des relations plus ou moins bonnes avec les membres de sa famille. En effet, la seule relation positive qu'il décrit est avec sa grande sœur. Beaucoup de relations conflictuelles, neutres et même coupées sont rapportées, que ce soit avec son père, sa mère, ses grands-parents maternels et paternels ou sa demi-fratrie. Nous nous apercevons aussi que plusieurs membres de la fratrie et de la demi-fratrie ont été victimes d'agression sexuelle.

Au troisième exercice, les adolescents doivent identifier les conséquences positives et négatives de leur agression, autant pour eux que pour leur famille. À tous les niveaux, l'adolescent a pu énumérer plus d'un impact positif et négatif. Personnellement, Mathieu a vécu ces conséquences : «vivre davantage d'intimité» (puisqu'il ne se voit plus constamment entouré de ses petits frères), «faire réagir la mère de la victime», «valider son orientation sexuelle», «perdre le contact avec ses demi-frères», «se faire imposer des restrictions par le tribunal» et «perdre la confiance de ses parents». Pour sa famille, il évoque ces conséquences : sa mère obtient la garde des enfants, ses parents doivent davantage se parler suite à l'événement donc

ils développent une meilleure communication entre eux, son père perd la garde des enfants et, enfin, ses parents perdent confiance en lui.

Les semaines précédant l'abus sexuel sont décrites, en général, de façon négative. À cette époque, l'adolescent qui vit chez son père, manque d'espace et d'intimité. Les relations familiales sont alors très tendues. Dans ce mauvais climat, Mathieu ne trouve pas sa place. À l'école, malgré le fait que ses notes soient bonnes, il est constamment victime de moqueries. Il se retrouve souvent impliqué dans des situations de batailles et de consommations de substances psychoactives. De plus, trois jours avant l'agression, il vit une rupture amoureuse et devient de plus en plus isolé et solitaire. Il ne travaille pas et consomme davantage de drogues. De façon globale, il est envahi par la colère et une agressivité qui agit contre autrui et contre lui par des gestes d'automutilation. Bref, il juge qu'il avait une mauvaise estime de soi et qu'il était malheureux pendant cette période.

Lorsqu'il est temps de décrire l'agression, le jeune parle d'un seul événement survenu. Selon ses dires, une fellation s'est produite tout juste après qu'il soit rentré à la maison suite à une soirée avec des amis. Il nous explique que son demi-frère était à côté de lui. Il lui a donc demandé de baisser son pantalon. Le geste a duré quelques secondes et s'est arrêté lorsqu'il a réalisé l'ampleur de son acte. Sans le menacer, il aurait dit à son demi-frère d'aller dans le salon tout en gardant le silence sur l'événement qui venait de se produire.

À l'exercice du cycle de l'agression, Mathieu est capable, avec l'aide des thérapeutes, de décrire les éléments appartenant à sa chaîne délictuelle :

- **Événements marquants** : violence de sa belle-mère (deuxième conjointe du père), agression sexuelle et conflits avec ses parents et sa demi-fratrie.
- **Facteurs de risque** : impulsivité, faible estime de soi, sentiment d'avoir peu d'espace, peine d'amour, sentiment de rejet, consommation de drogues et caractère influençable.
- **Émotions** : colère, frustration, abandon et rejet, confusion et honte.

- **Situations dangereuses** : Proximité avec la victime, isolement et pensées sexuelles déviantes.
- **Laisser-aller (fausses idées)** : je vais vérifier si je suis un «pédo», je ne me ferai pas prendre.

Le dernier exercice de la thérapie consistait à écrire une lettre fictive à sa victime. Chacun était libre de la remettre ou pas. Pour cette activité, Mathieu à été capable de remplir toutes les exigences en écrivant la lettre qui suit :

«Cher petit frère, je suis désolé de ce que je t'ai fait. C'est parce que tout allait mal dans ma vie, le monde me méprisait et je consommait de la drogue. J'avais peur de ce que les autres me disaient. Je ne sais pas ce qui se passe dans ta vie, je ne sais pas quelles ont été les conséquences de ce que je t'ai fait. Tu dois te sentir mal et être déboussolé dans ta vie. Je te promets de ne plus jamais te faire du mal. Maintenant, je suis bien dans ma vie, le monde m'accepte et me respecte comme je suis. J'ai confiance en moi et je te promets de ne jamais recommencer. Je ne prends plus de drogue et je ne sais pas si je te reverrai un jour. Je ferai tout ce que je peux pour te revoir et pour devenir le grand frère que tu voulais.»

#### **4.1.5 Analyse des données post-traitement**

##### **Réceptivité au traitement**

Au niveau des données post-traitement en matière de la réceptivité, nous pouvons constater une nette amélioration. En effet, aucun sous-critère n'a reçu une note inférieure à 2 et aucun n'a rétrogradé à partir de la note prétraitement. Mathieu se retrouve donc avec un score global de 57 sur 66 ce qui correspond à 86% de la note maximum.

À la fin des rencontres de groupe, lorsque Mathieu nous reparle des raisons qui l'ont amené en thérapie, cela permet de réévaluer sa prise de conscience du ou des problèmes. Il nomme alors les difficultés relationnelles, la consommation de drogues et le refoulement de sa colère (3). Il est aussi capable d'identifier certains éléments de ce qu'il devrait faire afin d'éviter de se retrouver de nouveau en difficulté (ex : s'éloigner des situations dangereuses et contrôler son

impulsivité). On peut donc considérer qu'il a une meilleure compréhension de ses problèmes (2).

*Tableau 3 : indicateurs de réceptivité pour Mathieu avant et après le traitement*

INDICATEURS	DONNÉES PRÉTRAITEMENT	DONNÉES POST-TRAITEMENT
Prise de conscience du problème :		
Prise de conscience du problème	1	3
Compréhension du problème	1	2
Établissement des objectifs :		
Établissement d'objectifs réalistes	3	3
Importance de l'établissement d'objectifs	1	3
Motivation :		
Besoin de traitement	2	2
Motivation à l'égard du traitement	2	3
Autoévaluation		
Responsabilisation	2	3
Satisfaction	2	3
Attentes :		
Conséquences de l'absence de traitement	2	3
Avantages du traitement	1	2
Cohérence du comportement		
Cohérence	2	3
Respect des engagements	2	2
Opinions sur le traitement :		
Traitement et soi-même	1	3
Alliance thérapeutique	1	2
Efficacité personnelle :		
Changement par le traitement	3	3
Changement personnel	1	3
Dissonance :		
Désarroi	1	2
Mécontentement	2	3
Soutiens extérieurs :		
Soutien du traitement	1	2
Soutien du changement	1	2
Composante affective :		
Expression des émotions	1	2
Exigences du traitement sur le plan émotif	0	3

Pour les deux sous-critères relatifs à l'établissement des objectifs, Mathieu est au maximum du pointage puisqu'il est capable d'établir des objectifs de traitement réalistes que ce soit à court (3) ou long terme (3) (ex : compréhension de l'abus, utilisation de moyens et d'outils pour éviter la récurrence, meilleure compréhension de soi, etc.).

À la fin du suivi, Mathieu a une perception modérée de son besoin de traitement puisqu'il dit que le processus l'a aidé, mais sans pouvoir l'illustrer par des exemples concrets. Tout au long de la thérapie, son comportement a été cohérent avec sa motivation de finir le traitement avec succès (2). Toujours sous l'angle de sa motivation à changer, Mathieu nous parle de la nécessité de traitement et explique en avoir besoin autant que les autres jeunes qui ont participé au groupe. Par contre, il nous dit qu'il était le seul, ou presque, à n'avoir fait qu'une seule victime et n'avoir posé qu'un seul geste (3).

Dans son autoévaluation vers la fin du traitement, Mathieu se dit déçu de lui en tant que personne depuis qu'il a commis un abus sexuel (3). Il s'estime le seul responsable du problème et paraît mécontent de lui (3).

Au niveau des attentes face au suivi, Mathieu nous explique que l'absence de traitement l'aurait empêché de comprendre le pourquoi de l'agression, ce qui fait qu'il ne serait pas le même aujourd'hui (3). Selon lui, il a terminé le traitement avec succès puisqu'il n'a pas manifesté de nouveaux problèmes et qu'il a participé jusqu'au bout aux activités, en s'impliquant bien. Le fait d'avoir pu communiquer avec d'autres adolescents lui a fait voir qu'il n'était pas seul dans sa situation. Il ajoute qu'entre eux, les jeunes ont pu échanger sur les abus et les moyens à prendre pour éviter d'abuser à nouveau (2).

Sous l'angle de la cohérence, nous remarquons que les verbalisations et les comportements de Mathieu face au traitement ont été parfaitement cohérents (3). Il a honoré ses engagements, été présent à chaque séance et participé à tous les exercices (2).

Lorsqu'il donne son opinion sur le traitement, Mathieu explique que certains jeunes peuvent vouloir participer à un traitement afin de s'aider (3). Selon lui, le rôle du thérapeute dans la

réussite du programme est de bien analyser les situations, discuter avec les jeunes et guider les rencontres afin que le déroulement du suivi soit adéquat. Par contre, il ne voit pas la nécessité d'un lien de confiance avec les thérapeutes. En effet, il explique que si les professionnels maintiennent trop de liens avec leur client, cela peut nuire au processus et brouiller leur jugement (2).

Au niveau de l'efficacité personnelle, Mathieu obtient la meilleure note pour les deux sous-critères. En effet, son opinion face au changement est optimiste, tant pour lui (3) que pour les autres (3). Selon lui, tous peuvent changer, peu importe les circonstances.

Sous l'angle de la dissonance cognitive, Mathieu nous explique que ce qui le motive à venir en thérapie est le fait qu'il veut être aidé et ne plus représenter de danger pour autrui (3). Par contre, il nous dit ne pas se sentir nerveux ni angoissé lors des séances (2).

Par rapport au soutien extérieur reçu, les liens qu'entretient l'adolescent avec les membres de sa famille semblent s'être améliorés vers la fin du traitement (2). Il parle d'abord d'un soutien qui ne serait que financier face au traitement. Puis, il ajoute que les membres de sa famille croient en sa capacité de changer et qu'ils ont confiance en sa capacité de ne plus agresser (2).

Finalement, en fin de suivi Mathieu semble capable de mieux identifier la plupart des sentiments qu'il ressent (2). En ce qui concerne le critère de la composante affective, il nous explique que le traitement lui a fait vivre certaines frustrations et de la culpabilité, mais qu'il a passé «par-dessus» ces sentiments pour maintenir sa participation. Il paraît donc conscient des exigences du traitement sur le plan émotif et disposé à y faire face (3).

### **Réactivité au traitement**

Comme pour le construit de la réceptivité, nous remarquons une nette amélioration de la réactivité au traitement en fin de suivi. Le résultat final passe de 30 pour les données

prétraitement à 52 pour celles post-traitement, ce qui équivaut à 79% du total maximum. Un seul sous-critère a reçu une note inférieure à 2 et, encore une fois, aucune note n'a rétrogradé.

*Tableau 4* : indicateurs de réactivité pour Mathieu avant et après le traitement

INDICATEURS	DONNÉES PRÉTRAITEMENT	DONNÉES POST-TRAITEMENT
Opinions procriminelles :		
Fierté à l'égard de ses opinions procriminelles	2	3
Justification du comportement criminel	3	3
Contacts avec le crime :		
Soutien des pairs criminels	3	3
Activités criminelles	2	3
Mégalomanie :		
Image de soi	2	3
Attentes	2	2
Dureté :		
Manque de souci pour autrui	0	2
Exploitation des autres	1	2
Neutralisation :		
Minimisation	1	2
Négation	2	3
Impulsivité :		
Réfléchir aux conséquences	0	2
Retarder la gratification	1	2
Atermolement :		
Engagement	2	3
Sans but	2	3
Motivation de la colère :		
Versatilité	1	2
Utilisation de la colère	1	2
Pouvoir et contrôle :		
Revendication des droits	1	2
Respect	1	2
Résolution de problèmes :		
Recherche de solutions de rechange	0	1
Souplesse	1	2
Attitude de victime :		
Apitoiement	1	2
Souffrance	1	3

À partir des deux premiers critères (opinions procriminelles et contacts avec le crime) nous avons octroyé le meilleur score. En effet, Mathieu ne tente pas de justifier son agression (3) et il n'est aucunement fier de son geste (3). Il occupe son temps par des activités prosociales (3) telles qu'aller à l'école le jour ou travailler le soir et il ne maintient pas un cercle d'amis délinquants (3).

Sous l'angle de la mégalomanie, il nous semble que Mathieu garde une image de lui plutôt réaliste. Il est capable de se décrire avec des forces et des faiblesses (ex : serviable, sympathique, égocentrique et mauvais caractère). Malgré les «conneries» qu'il a faites, il se décrit comme étant une bonne personne (3). Il espère que tout se passera bien pour lui après la thérapie (ex : aller au DEP, continuer le travail, etc.) et croit qu'il n'aura pas à lutter pour éviter de commettre une autre agression sexuelle, car il est très sûr de lui (2).

Au niveau de la dureté, Mathieu nous dit manifester son amour ou son affection en passant du temps avec certaines personnes et en parlant avec elles. Il est capable d'énumérer différentes personnes blessées par son geste, mais sans être en mesure de dire comment elles l'ont été (2). Nous pouvons donc ressentir une préoccupation de sa part pour autrui, mais sans voir quelles actions il pose réellement pour le manifester. De plus, il tient compte de plus en plus des besoins de sa famille ou de ses amis proches (2).

Pour ce qui est de la neutralisation ou rationalisation des comportements criminels, Mathieu paraît capable d'identifier certains problèmes importants dans sa vie, mais il trouve difficilement des solutions à ceux-ci (ex : conflit avec sa mère) (2). Malgré cela, il nous dit s'attribuer toute la responsabilité de son geste (3).

Sous l'angle de l'impulsivité, Mathieu nous dit être, au départ, une personne qui agit ou qui réfléchit, dépendamment du moment. Il nous explique que sa nouvelle médication (concerta 36 mg) l'aide à réfléchir davantage et moins agir avec impulsivité (2). Par ailleurs, il mentionne que lorsqu'il désire quelque chose, il s'arrange pour l'acquérir par ses propres moyens, sinon il abandonne rapidement (2).

Lorsque nous abordons le thème de la procrastination, Mathieu est capable de nous expliquer quels sont ses objectifs de la vie et ceux qu'il poursuit dans le cadre de la thérapie : avoir une bonne vie (vivre sans problème, avoir un bon emploi et des enfants, etc.), suivre la thérapie jusqu'à la fin, donner un sens à ses émotions et avoir une meilleure communication avec ses parents (3). De plus, il nous dit avoir atteint ses objectifs de thérapie (3). Mathieu obtient donc les meilleurs scores puisqu'il est capable de se fixer des objectifs à atteindre et de prendre les moyens pour y arriver.

Lorsque nous parlons avec Mathieu de la motivation et de l'expression de sa colère, il nous dit en ressentir souvent (2). Selon lui, sa colère se manifeste souvent par de sautes d'humeur qui se produisent pour «n'importe quoi» (2). Il nous dit commencer par parler calmement au départ, mais qu'il lui arrive régulièrement de crier par la suite (2).

Sous l'angle du pouvoir et du contrôle, Mathieu nous explique que dans une situation où son partenaire de vie lui serait infidèle, il aurait tendance à être frustré, triste et qu'il se remettrait en question (2). Il nous dit que pour l'instant, la vie est juste pour lui, mais que cela n'a pas toujours été de la sorte (2).

Lorsqu'il essaie de régler des problèmes, Mathieu nous dit remonter à la source afin de régler la situation (si le conflit est avec une personne, il tente de parler avec celle-ci). Si cette solution ne fonctionne pas, il nous dit s'éloigner du problème (2). Il éprouve encore quelques difficultés à résoudre les problèmes et dit être conscient qu'il existe plusieurs autres moyens que ceux qu'il utilise. Toutefois, il n'envisage pas souvent des solutions de rechange et en revient aux vieilles méthodes (1).

Finalement, en ce qui concerne l'attitude de victime, Mathieu nous dit que sa situation actuelle est bonne et qu'il n'a pas eu de problème depuis un moment (2). Afin d'améliorer sa situation, il explique devoir régler certains problèmes avec sa mère et faire en sorte d'entretenir une meilleure relation avec elle. Il nous dit être prêt à faire tout ce qui est en son pouvoir afin d'améliorer son sort (3).

### **Gains tirés du traitement :**

Dans le protocole de Kennedy et Serin l'évaluation des gains tirés du traitement se traduit par un score variant de 0 à 51. Mathieu obtient une forte note : un score total de 42, soit 82% du maximum. Nous pouvons donc dire qu'il a bénéficié du traitement de façon générale. Sur les 15 critères évalués, il y en a sept pour lesquels Mathieu obtient la note maximale de 3 (connaissances accrues, compétences accrues, divulgation en groupe et en entretien individuel, confiance après le traitement, compréhension émotive, motivation, lucidité et assiduité). De plus, un seul sous-critère nous amène à lui décerner une note inférieure à 2, celui de la confiance avant le traitement. Pour tous les autres critères, Mathieu obtient des notes de 2 (application des connaissances, application des compétences, compréhension, perturbations, comportement, participation et alliance thérapeutique).

### **4.1.6 Synthèse**

#### **Évolution des données :**

Lorsque nous comparons les données découlant de l'application du protocole de Serin et Kennedy à la situation de Mathieu, nous constatons une nette amélioration entre les mesures prétraitement et post-traitement que ce soit pour le construit de la réceptivité (de 33 à 57) ainsi que pour celui de la réactivité (de 30 à 52). Aucun critère ou sous-critère ne nous a amené à conclure à une régression. Au contraire, pour 14 indicateurs, notre évaluation a progressé de deux points (**Réceptivité** : prise de conscience du problème, gravité du problème; établissement des objectifs, importance des buts; opinions sur le traitement, traitement et soi-même; efficacité personnelle, changement personnel, **Réactivité** : dureté, manque de souci pour autrui; impulsivité, réfléchit aux conséquences; attitude de victime, souffrance). Pour deux autres indicateurs, notre appréciation a progressé de trois points (**Réceptivité** : composante affective, exigences au plan émotif). Certaines données, sept, sont restées au même niveau malgré le processus de traitement (**Réceptivité** : établissement des objectifs, buts réalistes;

motivation, besoin de traitement; cohérence du comportement, respect des engagements; efficacité personnelle, changement par le traitement, **Réactivité** : opinions procriminelles, justification; contacts avec le crime, pairs procriminels; mégalomanie, attentes). Par contre, cette absence d'évolution peut s'expliquer, dans quatre cas, par l'atteinte maximale des données lors de l'évaluation prétraitement et le maintien de ces scores lors de l'évaluation post-traitement.

### **Participation au traitement :**

En début de traitement, l'adolescent avait une grande crainte de participer à un groupe de thérapie, mais il avait décidé de se conformer aux attentes. À ce moment, il lui avait été reflété qu'il serait intéressant qu'il puisse davantage parler de son vécu et se remettre en question. L'adolescent a paru relativement réceptif lors de cette rencontre, un cheminement positif étant noté à la maison et dans le cadre scolaire.

À la dernière rencontre bilan, il s'agissait de faire le point sur le cheminement de l'adolescent et réévaluer la pertinence de poursuivre une démarche au C.P.L.M. Sur le plan psychosocial, nous notons une nette amélioration sur le plan relationnel, à savoir que l'adolescent a établi certains liens amicaux, qu'il s'est bien intégré dans un programme de coiffure et qu'il est davantage en mesure de maintenir ses liens d'amitié. Mathieu se sent valorisé dans le cadre de son milieu scolaire, ainsi que dans sa relation amoureuse. Le fonctionnement à la maison est décrit comme étant adéquat et assez positif. La mère corrobore les dires. Autant madame que l'adolescent disent que la médication a beaucoup aidé l'adolescent à gérer son agressivité. Il est moins impulsif, se met moins en position conflictuelle avec les autres. Il dit avoir beaucoup réfléchi à ses difficultés et avoir mis en place des moyens nécessaires afin de mieux s'intégrer. Il se sent plus en contrôle de sa vie.

Au sujet de la thérapie, Mathieu dit s'être impliqué de façon plus soutenue à partir de la dernière rencontre bilan. Ainsi, il mentionne avoir été plus authentique et ouvert. Il lui arrivait

parfois de questionner les gens et de donner son opinion, ce qu'il ne faisait pas auparavant. Il a fait sa place dans le groupe malgré sa différence, à savoir qu'il s'est rapidement identifié comme étant homosexuel. Un des adolescents du groupe a fait une intervention sur la façon d'être de Mathieu (ex : sa façon constante d'être négatif dans ses propos), ce qui a eu un impact important sur lui. L'adolescent ajoute qu'à partir de ce moment, il s'est plus «regardé aller» et a reconnu avoir des attitudes négatives. Il nous fait part d'avoir été en mesure de réfléchir sur plusieurs aspects en lien avec l'abus sexuel (ex : difficultés dans plusieurs sphères, sentiment de perte de contrôle de sa vie, victimisation, envahissement de préoccupations sexuelles déviantes et non déviantes, etc.). Il poursuit en spécifiant n'avoir aucune fantaisie sexuelle envers son petit frère et n'en n'avoir jamais eu. Le jeune se dit maintenant beaucoup plus à l'aise avec sa sexualité.

Dans le cas de Mathieu, certains facteurs facilitant l'augmentation de la réceptivité peuvent être supposés. Notre première hypothèse porte sur l'intervention faite par un autre jeune qui ciblait les commentaires et les attitudes négatives de Mathieu au sein du groupe. Avant cette intervention, Mathieu avait tendance à tenir des propos négatifs. L'autre jeune lui a dit que le groupe était las («tanné») d'entendre ce genre de discours. Dès cette intervention, nous avons pu constater un changement chez Mathieu, ses propos et attitudes étant plus positifs. Notre deuxième hypothèse porte sur l'attitude des thérapeutes qui permettaient aux jeunes, notamment Mathieu, de trouver leur place en tant qu'individu sans se sentir jugé. Leur façon de faire favorisait la réflexion personnelle plus que la confrontation. Par exemple, lorsque le discours des jeunes divergeait de la version officielle ou de la version des victimes, au lieu de les confronter, les thérapeutes tentaient d'amener les jeunes à réfléchir. Leur but était d'évaluer et de favoriser le niveau de reconnaissance et de responsabilisation des jeunes au cours de la thérapie.

## 4.2 JACOB

### 4.2.1 Facteurs individuels et familiaux

Jacob est âgé de 15 ans au moment de l'évaluation au C.P.L.M. Il s'agit d'un jeune qui a reconnu sa culpabilité à un chef d'accusation d'attouchement sexuel envers sa demi-sœur de 9 ans. Il se voit imposer une probation de 18 mois avec des conditions à respecter, dont celle d'être évalué au C.P.L.M. et d'y suivre les recommandations thérapeutiques. Sa tenue vestimentaire et son hygiène sont adéquats. Au cours de l'évaluation, le jeune maintient une bonne collaboration et il est à l'aise d'aborder les différentes sphères de sa vie avec les évaluateurs. Durant la rencontre, aucune agitation psychomotrice n'est observée. L'affect du jeune est normal et nous ne remarquons aucune tristesse. Le contenu abordé par le jeune est congruent. Lorsqu'il est question de la relation mère-fils, Jacob montre une certaine retenue. Ses fonctions mentales supérieures sont normales et le contenu de la pensée est cohérent. L'intelligence est située au niveau de la moyenne.

Suite à l'évaluation, Jacob débute un suivi thérapeutique individuel au CPLM d'une durée d'environ 3 mois. Ensuite, il intègre la modalité de groupe basé sur la prévention de la récidive. Nous rappelons au lecteur que les objectifs de ce traitement sont : a) responsabiliser l'adolescent face à ses difficultés sexuelles, b) l'amener à une meilleure compréhension de sa problématique en identifiant les facteurs contributifs et c) faire acquérir des stratégies d'autocontrôle en rapport aux comportements sexuels déviants.

Au niveau des antécédents psychiatriques, l'adolescent présente un déficit de l'attention avec hyperactivité, trouble qui a été diagnostiqué au cours du primaire. Il fait usage de psychostimulants depuis sa 4<sup>ème</sup> année (Ritalin, ensuite Concerta). Par contre, il ne prend pas régulièrement sa médication en raison du fait qu'elle engendre chez lui une perte d'appétit, comme effet secondaire.

Au niveau de la structure familiale, Jacob est l'enfant unique du couple parental. Ceux-ci se sont séparés lorsque le jeune était âgé de 1 ½ an. Mise à part la première année qui a suivi la séparation et où le jeune a vécu avec ses grands-parents paternels, Jacob a toujours habité avec son père qui en a la garde légale. Ce dernier vit depuis plusieurs années avec une deuxième conjointe, avec qui il a eu un autre fils. Quant à la mère, elle a quitté la grande ville pour emménager en région.

À la naissance de l'enfant, les parents étaient très jeunes. Suite à la séparation, Jacob habite avec ses grands-parents paternels et reçoit la visite de son père à tous les fins de semaine. Il devient rapidement le centre de l'univers des grands-parents. À cette époque, les contacts avec la mère sont très irréguliers et même, à certains moments, si espacés que les visites ne se font qu'une fois aux huit mois. Il y a une période d'un à deux ans durant laquelle Jacob ne voit pas sa mère. Cependant, les visites se rapprochent au fil du temps, jusqu'à une fréquence d'une fin de semaine sur deux et ce, jusqu'au déménagement de la mère. Depuis, Jacob la visite durant les périodes de vacances. Selon le père, cette relation est idéalisée par l'adolescent.

Le jeune n'a présenté aucune particularité quant à son développement, mis à part de petites difficultés de langage qui se sont résorbées sans intervention particulière d'un spécialiste. Cependant, il a rencontré des difficultés en milieu scolaire (difficulté à se concentrer, turbulent et agressif). C'est d'ailleurs dans ce contexte qu'un diagnostic de TDAH a été posé et qu'une médication psychostimulante a été introduite. Par la suite, en 3<sup>ème</sup> année du primaire, Jacob a intégré une classe pour trouble du comportement et a été orienté dans une école adaptée pour enfants présentant des troubles du comportement et/ou d'apprentissage. L'adolescent y a complété sa 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année et connu une évolution très positive. Il a fini et complété sa 6<sup>ème</sup> année à l'école régulière du quartier. Présentement, il reprend son secondaire II à une maison d'enseignement privée secondaire. Jacob envisage un métier d'ébéniste pour l'avenir puisqu'il rencontre encore des difficultés d'apprentissage et de comportement. En effet, il a fait l'objet de

suspension scolaire en raisons de ventes de pétards à mèche et de conduites répréhensibles (irrespectueux envers les professeurs). À ce sujet, le père nous dit avoir quitté son emploi de directeur d'usine afin de pouvoir s'occuper de Jacob à temps plein.

Sur le plan relationnel, Jacob rencontre aussi certaines difficultés. Il est malhabile pour aborder les autres et a une tendance à semer la pagaille. L'adolescent est plus confortable avec les adultes. Par contre, il fréquente un groupe d'amis avec lesquels il a des activités à l'extérieur du milieu scolaire depuis quelques temps. Selon lui, il est un jeune impopulaire et souvent la cible de moquerie. Il vit du rejet en milieu scolaire.

La relation père-fils semble teintée de disputes et de conflits. Malgré tout, Jacob décrit les relations avec son père et sa belle-mère comme étant « correctes ». Par contre, il décrit la relation qu'il a avec sa mère de façon beaucoup plus positive et joyeuse.

#### **4.2.2 Développement et problématique sexuels**

L'adolescent soutient avoir abusé sexuellement de sa demi-sœur âgée lors d'une période de vacances chez sa mère. Il rapporte avoir passé à l'acte après avoir eu des fantaisies sexuelles concernant la victime durant toute la journée. Au niveau des gestes posés, le jeune a proposé à la victime de lui lécher le clitoris et de la sodomiser alors qu'elle était en maillot de bain et qu'elle était sur le point de se baigner. À ce moment, la victime lui a répondu qu'elle y réfléchirait. Jacob l'a relancée au retour de la baignade, alors qu'ils se changeaient tous deux au sous-sol. Il lui a enlevé son pantalon, lui a fait un cunnilingus, lui a demandé de se retourner sur le ventre et a tenté de la sodomiser. Sur ce point précis, le jeune mentionne avoir voulu la sodomiser et non la pénétrer de façon vaginale afin qu'elle ne perde pas sa virginité et que les conséquences soient « moins grosses ». Il a demandé à la victime de garder le silence sur les événements. Une heure après l'abus, la victime en a parlé à la mère.

Concernant son développement sexuel, les premiers souvenirs sexuels se situent lorsque Jacob, alors âgé de 8 ans, a été exposé pour la première fois à de la pornographie adulte. Vers

l'âge de 12-13 ans, il s'est adonné à la pornographie sur Internet à une fréquence d'une fois semaine. Selon le jeune, il a mis fin à ce type de visionnement lorsqu'il a réalisé que le tout était dégradant pour la femme. Sa puberté est arrivée vers l'âge de 12-13 ans, moment où ses activités masturbatoires ont aussi débuté (à raison de trois fois semaine). L'adolescent n'a eu aucune relation amoureuse ni sexuelle. Aucune victimisation sexuelle n'est rapportée dans ce cas.

#### **4.2.3 Analyse des données prétraitement**

##### **Réceptivité au traitement :**

Le niveau de réceptivité de Jacob en prétraitement est faible puisqu'il obtient une note globale de 21 sur 66 maximum soit 32%. De plus, pour aucun critère ou sous-critère l'adolescent ne reçoit la note maximum de 3 et à uniquement trois sous-critères il obtient un score de 2.

La prise de conscience du problème de comportement par Jacob est pauvre, autant au niveau de l'évaluation de la gravité (0) que de la compréhension de la situation (0). Selon le jeune, un suivi individuel trop long et l'ordonnance du juge imposant un suivi thérapeutique sont les seules raisons qui l'ont poussé à venir en thérapie. Il n'a pas remarqué de répercussions négatives de l'abus sur lui ni sur son entourage à l'exception d'être maintenant perçu comme étant « un monstre » et de voir ses proches subir les inconvénients des procédures judiciaires (déplacements et dérangements).

Au niveau de l'établissement des objectifs, le jeune est peu capable d'établir des objectifs de traitements réalistes et cohérents (1). Il ne mentionne qu'un seul objectif à court terme, soit «finir la thérapie» (1). Selon lui, il doit uniquement s'attarder à son attitude d'ouverture afin d'arriver à parler davantage durant les séances.

Tableau 5 : indicateurs de réceptivité pour Jacob avant le traitement :

INDICATEURS	DONNÉES PRÉTRAITEMENT
Prise de conscience du problème :	
Prise de conscience du problème	0
Compréhension du problème	0
Établissement des objectifs :	
Établissement d'objectifs réalistes	1
Importance de l'établissement des buts	1
Motivation :	
Besoin de traitement	1
Motivation à l'égard du traitement	1
Autoévaluation	
Responsabilisation	1
Satisfaction	2
Attentes :	
Conséquences de l'absence de traitement	1
Avantages du traitement	1
Cohérence du comportement	
Cohérence	1
Respect des engagements	1
Opinions sur le traitement :	
Traitement et soi-même	1
Alliance thérapeutique	1
Efficacité personnelle :	
Changement par le traitement	2
Changement personnel	2
Dissonance :	
Désarroi	1
Mécontentement	1
Soutiens extérieurs :	
Soutien du traitement	1
Soutien du changement	0
Composante affective :	
Expression des émotions	1
Exigences du traitement au plan émotif	0

Par rapport au critère de la motivation à participer au suivi, Jacob explique avoir moins besoin de traitement que les autres jeunes du groupe (1). Selon lui, sa famille est la plus « normale » comparativement aux autres dans le groupe. Il lui est difficile de reconnaître l'existence d'un problème, donc il lui est aussi difficile de voir la nécessité d'un traitement. Il croit que le processus est un résultat en soi. Concernant sa motivation à suivre le traitement,

l'adolescent nous dit : « ...ça peut faire du bien. » (1). Nous pouvons présumer que la perception du besoin de traitement et la motivation de le suivre sont minimales.

Lorsqu'il est invité à évaluer sa situation personnelle, Jacob assume peu sa responsabilité face à l'abus sexuel commis. Il n'attribue pas nécessairement la faute aux autres, mais ne se l'attribue pas non plus (1). D'un autre côté, il manifeste un désarroi modéré face à la personne qu'il est et semble mécontent de lui (2). Se voit comme un «monstre» qui a posé un geste «con».

Sous l'angle des attentes envers l'intervention, l'adolescent mentionne avoir à suivre les consignes et faire ce qui lui est demandé pour terminer le traitement avec succès et être sûr de ne pas récidiver. Par contre, lorsqu'il est question des avantages du traitement ou des conséquences de l'absence de celui-ci, Jacob nous dit uniquement qu'il pourrait avoir de la difficulté à se confier (1). Selon lui, le risque de récurrence sexuelle n'est pas en lien avec la présence ou l'absence de traitement. Le seul avantage qu'il croit pouvoir en tirer est le fait d'avoir moins peur de parler (1).

Au cours de la thérapie, le jeune s'absente à trois reprises, dont deux fois sans avertir les thérapeutes. Les expressions verbales et comportementales de sa motivation face au traitement manquent quelque peu de cohérence (1). Par ailleurs, l'adolescent nous explique avoir déjà manqué, par oubli, trois rencontres avec son délégué à la jeunesse (1). Nous devons donc lui attribuer une faible note pour le critère de la cohérence du comportement.

En ce qui concerne le critère des opinions sur le traitement, Jacob perçoit celui-ci comme bénéfique uniquement pour lui, puisqu'il n'est en mesure d'identifier que des avantages le touchant (1). Par ailleurs, il résiste quelque peu à l'établissement d'une alliance thérapeutique, maintient les thérapeutes à distance et trouve dérangeant le fait d'avoir à parler avec eux d'aspects personnels qui touchent la sphère sexuelle (1).

En lien avec le sentiment d'efficacité personnelle, Jacob croit que le changement est possible dans certaines circonstances. Il croit pouvoir changer s'il le veut car il estime avoir le

contrôle (2). Il ajoute qu'il serait en mesure d'apporter des changements personnels si les gens autour de lui «arrêtaient de le mettre en colère» (2).

À la lumière du critère de la dissonance cognitive, l'adolescent se dit mécontent des gestes qu'il a posés et du fait d'avoir à venir en thérapie (1). Par contre, ce désarroi et ce mécontentement ne l'incitent pas à envisager un changement. Il décrit sa situation actuelle comme étant satisfaisante (1). Le jeune explique avoir été chanceux, car « le juge n'a pas été sévère avec lui ».

Le soutien extérieur que Jacob reçoit pour le traitement est quelque peu difficile à évaluer puisqu'il dit ne pas avoir besoin de son entourage pour changer ou pour le supporter dans ses efforts. Pour lui, son père et sa belle-mère restent présents pour tout ce qui concerne le traitement (1). La mère, par contre, est peu présente vu la distance géographique qui la sépare de Jacob. Par ailleurs, l'adolescent nous dit qu'elle ne croit pas qu'il ait vraiment besoin d'un suivi en lien avec l'abus sexuel (0).

Finalement, au niveau de la composante affective du processus de changement, Jacob explique être une personne qui garde habituellement ses émotions et sentiments à l'intérieur. Il utiliserait le sport et les jeux vidéo pour gérer ses émotions (1). À la question : «Penses-tu que la thérapie va t'amener à faire face à des émotions pénibles ou négatives?», le jeune répond non (0). Il explique, en plus, que les exigences du traitement au plan émotif ne changeront pas sa vie et ne l'affecteront pas.

### **Réactivité au traitement :**

Le score total pour le construit de la réactivité en prétraitement est plus haut que celui de la réceptivité. Jacob semble avoir une réactivité moyenne puisqu'il obtient une note globale de 41 sur 66, soit 62% du score maximum.

Tableau 6 : indicateurs de réactivité pour Jacob avant le traitement :

INDICATEURS	DONNÉES PRÉTRAITEMENT
Opinions procriminelles :	
Fierté à l'égard de ses opinions procriminelles	3
Justification du comportement criminel	2
Contacts avec le crime :	
Soutien des pairs procriminels	3
Activités procriminelles	3
Mégalomanie :	
Image de soi	2
Attentes	1
Dureté :	
Manque de souci pour autrui	2
Exploitation des autres	2
Neutralisation :	
Minimisation	1
Négation	1
Impulsivité :	
Réfléchir aux conséquences	2
Retarder la gratification	2
Atermolement :	
Engagement	2
Sans but	2
Motivation de la colère :	
Versatilité	2
Utilisation de la colère	1
Pouvoir et contrôle :	
Revendication des droits	2
Respect	2
Résolution de problèmes :	
Recherche de solutions de rechange	1
Souplesse	2
Attitude de victime :	
Apitoiement	1
Souffrance	2

Pour évaluer les opinions procriminelles de Jacob, nous l'avons invité à reparler de l'abus sexuel. Il pense que les gestes qu'il a posés sont « insensés », « niaisés » et « mal » (3). Selon lui, les facteurs qui l'ont poussé à commettre un abus se résument à un seul élément soit, le visionnement de matériel pornographique. Il tente alors de se déresponsabiliser un peu en justifiant son comportement déviant par le contenu de ces vidéos (2).

Le critère du contact avec le crime est celui où Jacob a été le mieux coté. En effet, les deux indicateurs nous amènent à lui donner le meilleur score puisqu'il n'a aucun soutien de pairs criminels (3) et qu'il s'identifie à la sous-culture et à des activités prosociales telles que jouer au hockey, discuter et jouer à des jeux vidéo (3).

Sous l'angle de la mégalomanie, il s'avère que Jacob a une image de lui assez optimiste. Il est capable de se donner des qualités (ex : aidant, à l'écoute) et un défaut (paresseux) (2). Par contre, ses attentes face à l'avenir nous semblent trop optimistes puisqu'il est sûr que les choses vont bien se passer pour lui et qu'il n'aura pas à lutter pour éviter une récidive sexuelle (1).

À la question : «penses-tu que quelqu'un a eu à souffrir de l'agression?», qui vise à évaluer la dureté comme trait de personnalité, Jacob est capable de voir que ses parents ont été déçus et malheureux de la situation, mais il est dans l'incapacité d'envisager que sa sœur (qui est la victime) ait pu souffrir (2). Il nous assure qu'elle n'a pas de séquelles et que sa mère lui a dit qu'elle avait déjà tout oublié. Aucun geste réparateur n'a été posé par le jeune, puisqu'il affirme être incapable de parler à sa sœur (2). C'est pour ces raisons que nous pouvons penser que l'adolescent exprime des préoccupations pour autrui, et tient compte des besoins de sa famille ou de ses amis proches, mais qu'il n'agit pas en conséquence.

Par rapport au critère de la neutralisation des remords, nous constatons que Jacob a tendance à minimiser ou rationaliser ses comportements problématiques et à en remettre la faute à des éléments extérieurs à lui (ex : les autres le mettent en colère et sa sœur était assez âgée pour lui dire non) (1). De plus, il nie habituellement les problèmes qu'il rencontre (ex : nie tout conflit dans la relation avec la mère et la possibilité qu'elle ait pu l'abandonner) tout comme il nie avoir des fantasmes sexuelles (1).

L'adolescent nous dit que son entourage et ses amis le caractérisent comme quelqu'un d'impulsif. En lien avec l'abus sexuel, Jacob dit ne pas avoir pensé aux conséquences de son geste avant d'agir. Par contre, le fait de mentionner avoir voulu préserver la virginité de la

victime, nous laisse croire qu'il peut néanmoins réfléchir avant d'agir (2). Il continue en nous disant que, dans la vie en général, il peut retarder certaines gratifications (2).

Sous l'angle de l'atermoiement ou procrastination, Jacob est capable de se donner des objectifs généraux tels que bien réussir dans la vie (ex : avoir une femme et des enfants, posséder une voiture, une maison et garder des liens avec sa famille) (2) et d'utiliser à l'occasion des moyens pour les atteindre (ex; terminer son école) (2). Par contre, il lui est plus difficile d'énumérer les objectifs qu'il poursuit en lien avec la thérapie. Il ne parle que de la terminer et de ne pas récidiver.

Lorsque Jacob ressent de l'agressivité, il peut parfois essayer d'exprimer ou de gérer ses émotions de façon appropriée (ex : jouer au hockey, aller marcher ou jouer à des jeux vidéo) (2). D'un autre côté, il est disposé à utiliser la colère pour atteindre ses objectifs tels qu'en témoigne sa tendance à voler ou à frapper les gens qu'il connaît pour se venger (1).

Par rapport à l'indicateur du pouvoir et du contrôle sur autrui, le jeune trouve « justes » les conséquences qui lui ont été imposées par rapport à l'abus sexuel qu'il a commis, mais il pense que la vie en général est plutôt injuste (2). Il explique que la majorité des gens semblent aller bien et pas lui. À la question : « volerais-tu quelqu'un, proche ou inconnu? » Jacob répond « oui et non », cela dépend c'est qui», ce qui laisse des doutes par rapport à son respect des droits d'autrui (2).

En évaluant la capacité de Jacob à résoudre efficacement les problèmes, nous avons constaté que lorsqu'il rencontre des conflits, il a l'habitude de fuir les problèmes, même s'il dit tenter de régler la situation en discutant avec la personne impliquée (1). En lien avec l'abus sexuel, Jacob se dit prêt à «travailler» afin d'éviter de récidiver, mais il ne voit pas ce qu'il pourrait faire de plus (2).

Enfin, en rapport avec l'adoption d'attitudes de victime, il nous semble que Jacob est désolé de la situation et qu'il s'apitoie sur son sort (ex : il rapporte régulièrement se voir comme un monstre) (1). Il est disposé à accepter les conséquences de ses gestes (2). Selon lui, il est

même chanceux, car il aurait pu avoir des conséquences plus graves. Afin d'améliorer sa situation, le jeune explique qu'il doit simplement ne pas refaire les mêmes erreurs.

#### **4.2.4 Participation au traitement**

Au cours de la thérapie, Jacob s'est absenté à trois reprises, dont deux sans avoir avisé à l'avance. Malgré tout, il a participé de façon satisfaisante et fait tous les exercices requis. Concernant le traitement, Jacob a exprimé une préférence pour la thérapie de groupe comparativement au suivi individuel. Au cours des 24 semaines qu'a duré le suivi, le jeune s'est fait une copine avec qui il a passé beaucoup de temps. Il s'est dit occupé par le travail, l'école et le manque de temps pour ses amis. Les thérapeutes lui ont demandé quelques fois de se remettre davantage en question.

Le premier exercice, portant sur les événements marquants vécus jusqu'à présent, manque quelque peu de contenu et de réflexion de la part du jeune. Il y parle uniquement de trois événements soit : le début de sa prise de médication psychotrope (Ritalin), le déménagement de sa mère et la fin de sa prise de médication (Ritalin). Concernant la médication, Jacob explique qu'à cette période, il se sentait différent, rejeté, isolé et agressif. L'arrêt de la médication, lui a fait ressentir de la fierté. Pour lui, être en mesure de se contrôler sans médicament était alors extraordinaire. Concernant, le déménagement, le jeune parle d'une période remplie de tristesse et de sentiment d'abandon non verbalisé.

Dans l'exercice du génogramme, l'adolescent décrit comme étant bonnes, la majorité des relations qu'il entretient avec les autres membres de sa famille (parents, grands-parents, fratrie, conjoints des parents, etc.). Par contre, Jacob décrit la relation avec son père comme étant neutre. De plus, sa relation avec sa sœur (victime) est décrite comme étant coupée puisqu'il y a une rupture de contact et de lien. Mentionnons enfin qu'aucun membre de la famille n'a été victime d'agression sexuelle.

L'activité portant sur les conséquences de l'agression semble difficile à compléter pour le jeune. En effet, il est incapable de trouver et de nommer des conséquences positives que ce soit pour lui ou sa famille. Concernant les conséquences négatives pour lui, il rapporte « la perte de contact avec sa mère et sa sœur », « la perte de confiance de ses parents à son égard », « l'augmentation de la surveillance » dont il fait l'objet et « la perception négative » qu'il a maintenant « de soi ». Selon Jacob, les conséquences qu'ont vécues les membres de sa famille sont : une perte de confiance en lui, ainsi que des sentiments de déception, de colère, de gêne et de honte découlant du fait « d'être les parents d'un adolescent qui a commis un abus sexuel ».

En lien avec l'activité consistant à revenir sur la semaine précédant l'abus sexuel, Jacob fait le tour de ses sphères de vie en les décrivant. Au niveau familial, il ne ressentait pas de conflit, mais trouvait plus difficile la relation avec son jeune frère et il se sentait délaissé par sa mère. À l'école, il avait de la difficulté dans ses relations interpersonnelles et vivait du rejet de la part de ses pairs. Il n'avait pas de copine et gardait un sentiment d'incompétence et d'impopularité face aux filles de son âge. Il faisait des activités sportives, mais avec son frère ou des plus jeunes que lui. Du côté de la sexualité, l'adolescent visitait régulièrement des sites pornographiques sur Internet et avait d'importantes préoccupations sexuelles. Il évalue à trois sur dix son estime de soi à ce moment-là, à huit sur dix son impression d'être heureux et à neuf sur dix sa capacité d'empathie pour les autres.

Dans l'exercice suivant, consistant à faire la description du délit, Jacob rappelle que l'événement est survenu chez sa mère, lorsque sa sœur et lui étaient seuls dans une chambre. Selon lui, les gestes qu'il a posés sont des attouchements, un cunnilingus et une tentative de sodomie. Il explique que sa sœur semblait avoir peur, qu'elle ne le touchait pas et ne disait rien. Il s'est arrêté lorsqu'il a entendu un bruit au premier étage et a aussitôt demandé à sa sœur de ne rien dire. Le dévoilement s'est fait une heure après l'événement, lorsque sa sœur a abordé

le sujet avec sa mère. Invité à expliquer le choix de sa victime, le jeune répond qu'elle est la plus vieille de ses sœurs donc celle qu'il pouvait abuser.

Jacob est capable de décrire son cycle de l'agression et d'identifier des facteurs de protection. Il présente sa chaîne délictuelle comme suit :

- **Événements marquants** : déménagement et éloignement de sa mère, sentiment d'abandon maternel, exposition à la sexualité (via la pornographie) et conflits avec son père.
- **Facteurs de risque** : sentiment de rejet, préoccupations sexuels et isolement social (timidité).
- **Émotions négatives** : déception, tristesse, colère ressentie envers l'abandon maternel et excitation (sentiment de pouvoir).
- **Situations dangereuses** : le fait d'être seul avec sa sœur.
- **Laisser-aller** : la pensée «je ne me ferai pas prendre et je suis le plus grand, donc j'ai le droit».
- **Facteurs de protection** : les sports (pour dépenser de l'énergie et changer les émotions), avoir une copine, mieux communiquer et résoudre les conflits avec son père.

Lors de l'activité consistant à rédiger la lettre à la victime, nous pouvons observer différentes distorsions cognitives et lacunes chez l'individu. De prime abord, il est difficile pour lui d'admettre que la différence d'âge le séparant de la victime est un élément important. De plus, il tient à parler d'attouchements et non pas d'abus sexuel. Selon lui, il n'y a abus sexuel que lorsqu'il y a pénétration. Il a aussi de la difficulté à trouver et mettre sur papier des moyens concrets qui éviteront une quelconque récurrence. Il écrit la lettre suivante :

«Premièrement, je suis désolé de t'avoir fait des attouchements sexuels, alors je m'en excuse. Je me demande souvent pourquoi je t'ai abusée, j'ai la réponse à cette question là, mais ce n'est pas une bonne raison. Je voulais avoir du plaisir, car jamais je n'en n'avais eu avec une fille auparavant. Ensuite, j'ai vu les conséquences que cela t'a apportées. Tu ne pouvais plus me voir, tu as dû aller voir un psychologue et ta vie a été bouleversée par ma faute. Je n'aurai pas vraiment de moyen pour ne

pas recommencer ce que je t'ai fait mais, vois-tu, j'ai appris de mes erreurs et maintenant, je comprends que ce n'était pas bien. Encore désolé pour tout le mal que je t'ai causé.»

#### **4.2.5 Analyse des données post-traitement**

##### **Réceptivité au traitement :**

Les scores des données post traitement relatives aux indicateurs de la réceptivité doublent, ou presque, comparativement aux données prétraitement (passant de 21 à 40). Nous pouvons donc remarquer une amélioration de son ouverture, car Jacob obtient 61% du score maximal. Par contre, il faut garder en tête que, de façon générale, ce pourcentage est considéré comme étant moyen. Nous constatons aussi que pour neuf sous-critères, la note est inférieure à 2.

Au niveau de la prise de conscience des comportements problématiques, l'adolescent est maintenant capable de nommer certains éléments qui l'ont mené à commettre un abus sexuel (ex : absence de copine, préoccupations sexuelles, difficultés relationnelles avec ses pairs et situation à risque telle que se retrouver seul avec sa soeur) (2). Il peut aussi nommer plusieurs répercussions qu'ont eues ses «attouchements» sur lui (dossier judiciaire et obligation de suivre une thérapie) ou sur son entourage (tristesse, transport à assurer pour la thérapie et plusieurs déplacements au tribunal). Toutefois, il le fait d'une façon qui semble, à priori, superficielle. Selon Jacob, le fait d'entendre les histoires des autres jeunes lui a permis de voir quelles étaient ses erreurs et l'a poussé à réfléchir. Par contre, à la question « une fois la thérapie terminée, que penses-tu devoir faire pour éviter de revenir en thérapie? », le jeune mentionne n'avoir rien à faire, si ce n'est simplement que d'être « gentil » (1).

Lorsqu'il est invité, à la fin du suivi, à se fixer des objectifs, Jacob n'en trouve qu'un seul : celui de terminer le programme, « c'est tout » (1). Nous pouvons donc estimer qu'il ne considère comme important que les objectifs à court terme (1).

Tableau 7 : indicateurs de réceptivité pour Jacob avant et après le traitement :

INDICATEURS	DONNÉES PRÉTRAITEMENT	DONNÉES POST-TRAITEMENT
Prise de conscience du problème :		
Prise de conscience du problème	0	2
Compréhension du problème	0	1
Établissement des objectifs :		
Établissement d'objectifs réalistes	1	1
Importance de l'établissement d'objectifs	1	1
Motivation :		
Besoin de traitement	1	2
Motivation à l'égard du traitement	1	1
Autoévaluation		
Responsabilisation	1	2
Satisfaction	2	3
Attentes :		
Conséquences de l'absence de traitement	1	1
Avantages du traitement	1	1
Cohérence du comportement		
• Cohérence	1	2
• Respect des engagements	1	1
Opinions sur le traitement :		
• Traitement et soi-même	1	3
• Alliance thérapeutique	1	2
Efficacité personnelle :		
Changement par le traitement	2	3
Changement personnel	2	3
Dissonance :		
Désarroi	1	2
Mécontentement	1	2
Soutiens extérieurs :		
Soutien du traitement	1	3
Soutien du changement	0	2
Composante affective :		
Expression des émotions	1	1
Exigences du traitement au plan émotif	0	1

Par rapport à sa motivation à l'égard du traitement, Jacob reconnaît en avoir eu besoin, mais ne croit pas que cela devait durer aussi longtemps (2). Il soutient avoir moins besoin de traitement que les autres car il a posé moins de gestes et a pu avouer davantage de choses que les autres en thérapie (1).

Sous l'angle de l'autoévaluation, Jacob estime qu'il a sa part de responsabilité dans l'abus sexuel commis et il l'assume modérément (2). Il se dit mécontent de la personne qu'il est et il semble vivre un certain désarroi car il dit se voir «comme un monstre» (3).

Concernant le critère des attentes envers la participation à un traitement, Jacob obtient des scores plus faibles. Malgré sa bonne capacité de s'autoévaluer, il est peu réaliste face aux bienfaits du traitement et il est incapable d'envisager les conséquences qu'aurait pu avoir une absence de traitement (1). Pour lui, le traitement était surtout trop long. À la question «quels sont les avantages de la thérapie?» l'adolescent répond avoir pu réfléchir grâce aux histoires racontées par les autres (1).

À la lumière du critère de la cohérence du comportement, il nous semble que les expressions verbales et comportementales du jeune manquent quelque peu de cohérence. En effet, ses expressions ne dégagent pas nécessairement un grand niveau de motivation, sauf exception (2). De plus, plusieurs indications montrent qu'il n'honore pas toujours ses engagements (ex : retard lors de certaines rencontres, absentéisme, oublis non justifiés, etc.) (1).

Invité à donner son opinion sur le traitement, Jacob répond qu'il n'y a pas que lui qui en a bénéficié. Selon lui, les membres de sa famille ont pu en tirer aussi profit (3). Par contre, il n'explique pas davantage en quoi cela aurait pu leur être bénéfique, si ce n'est d'éprouver un sentiment rassurant. Devant la possibilité d'établir une alliance thérapeutique, Jacob a hésité, mais il estime tout de même que les thérapeutes sont généralement bons, sincères, «qu'ils sont gentils et ont bien fait leur travail» au niveau de l'encouragement et l'aide apportés (2).

Le critère du sentiment d'efficacité personnelle est celui où Jacob obtient les meilleurs scores. Selon lui, les gens gardent de leur personnalité tout au long de la vie, mais ils peuvent toujours l'améliorer et ainsi changer, peu importe les circonstances (3). Cette conviction s'applique aussi à lui (3).

Au niveau de la dissonance cognitive, Jacob manifeste un certain désarroi, mais celui-ci ne le motive pas nécessairement à suivre un traitement. En même temps, il affirme qu'il pourra vivre une vie normale et être libre lorsqu'il aura terminé la thérapie (2). Le jeune mentionne être mécontent de la personne qu'il est devenu, car il a commis un abus sexuel (2).

Par rapport au soutien extérieur, l'adolescent croit pouvoir compter sur l'appui et les encouragements de son père, ainsi que ceux de sa belle-mère. Tous deux sont disponibles et présents lors des rencontres bilans. Par contre, la mère naturelle est restée absente tout au long du processus (3). À la question « Est-ce que ton entourage croit que tu peux changer? », Jacob répond « oui », non sans avoir pris un temps de réflexion avant (2).

Finalement, à l'indicateur relatif aux composantes affectives de suivi, Jacob obtient un score faible. En effet, le jeune affirme que lors des rencontres, il se sentait « libéré » et qu'il parlait sans aucune gêne. Par contre, aucun élément ne nous permet de dire que Jacob est capable d'identifier ou d'exprimer une bonne part des sentiments qu'il vit (1). Il continue en précisant que le traitement n'est pas dur émotionnellement et qu'il ne lui a pas fait vivre d'émotion pénible (1). Pour lui, venir en thérapie est resté « une chose comme les autres ».

### **Réactivité au traitement :**

Globalement, la réactivité de Jacob nous semble plus que élevée sa réceptivité, autant pour les données pré que post traitement. Nous remarquons une amélioration entre les données prétraitement et post-traitement, le score qui correspond à la réactivité passant de 41 à 54. En fin de suivi, Jacob obtient donc 82% du score maximal, ce qui correspond à une note

moyennement forte et, nous ne retrouvons qu'un sous-critère pour lequel la note est inférieure à 2.

*Tableau 8 : indicateurs de réactivité pour Jacob avant et après le traitement*

INDICATEURS	DONNÉES PRÉTRAITEMENT	DONNÉES POST-TRAITEMENT
Opinions procriminelles :		
Fierté à l'égard de ses opinions procriminelles	3	3
Justification du comportement criminel	2	3
Contacts avec le crime :		
Soutien des pairs procriminelles	3	3
Activités criminelles	3	3
Mégalomanie :		
Image de soi	2	3
Attentes	1	1
Dureté :		
Manque de souci pour autrui	2	2
Exploitation des autres	2	2
Neutralisation :		
Minimisation	1	2
Négation	1	2
Impulsivité :		
Réfléchir aux conséquences	2	2
Retarder la gratification	2	2
Atermoisement :		
Engagement	2	3
Sans but	2	3
Motivation de la colère :		
Versatilité	2	2
Utilisation de la colère	1	3
Pouvoir et contrôle :		
Revendication des droits	2	3
Respect	2	2
Résolution de problèmes :		
Recherche de solutions de rechange	1	2
Souplesse	2	3
Attitude de victime :		
Apitoiement	1	2
Souffrance	2	3

Au niveau des deux premiers critères, Jacob obtient le meilleur score possible. En effet, il n'est pas fier de ce qu'il a fait et dit avoir davantage des opinions prosociales (3). Il ne tente pas de justifier l'abus sexuel qu'il a fait et il exprime des regrets sincères (3). Pour lui, son abus est aussi grave que celui commis par les autres jeunes du groupe. Le jeune explique que ce n'est pas le nombre de fois ou le nombre de victimes qui qualifie nécessairement la gravité du geste.

Par ailleurs, il ne maintient pas de contact avec des pairs délinquants ou criminels (3) et il occupe son temps avec des activités prosociales (telles qu'aller à l'école, travailler, sortir avec sa copine et jouer à des jeux électroniques) (3).

En ce qui touche la mégalomanie, en fin de suivi, Jacob se décrit comme étant somme toute, «une bonne personne» qui ne consomme pas de drogue, qui est capable de donner de bons conseils et qui est présent pour ses amis. Il continue en se disant drôle, généreux, à l'écoute des autres et serviable. Par contre, le jeune ajoute que les parents de ses amis peuvent penser qu'il est une mauvaise influence sans pour autant l'expliquer (3). L'adolescent nous semble maintenir des attentes trop optimistes face à l'avenir (1). En effet, il croit que tout ira bien pour lui après la thérapie et qu'il n'aura pas à lutter pour ne pas récidiver sexuellement. Pour lui, il est évident qu'il ne recommencera pas.

Sous l'angle de la dureté et du détachement émotionnel, Jacob explique qu'il manifeste son amour pour quelqu'un en le disant verbalement. Il peut reconnaître que plusieurs (parents, sœur et lui) ont souffert de l'agression qu'il a commise, mais il n'est pas en mesure de s'expliquer davantage sur ce point (2). Le jeune semble tenir compte des besoins de ses proches, mais aucun élément ne peut nous laisser croire qu'il en est de même pour les besoins des autres en général (2).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer la mesure dans laquelle l'adolescent utilise des mécanismes de neutralisation, nous constatons qu'il peut parfois minimiser ou rationaliser les domaines qui posent problème dans sa vie. Le seul problème qu'il perçoit est celui de devoir garder son

secret désormais (2). Selon lui, afin de régler ce problème, il dit qu'il devra se taire toute sa vie (2).

Sous l'angle de l'impulsivité, Jacob dit réfléchir habituellement aux conséquences avant d'agir (2) et pouvoir retarder la gratification de ses souhaits (2). Lorsqu'il désire quelque chose, il aurait tendance à l'admirer et ramasser son argent pour se le procurer. De plus, le jeune dit tenter de négocier lorsqu'il reçoit un refus de la part d'autrui, mais il ajoute qu'il ne passera pas outre les consignes de ses parents.

Le critère de l'atermoiement ou procrastination, est celui pour lequel le jeune obtient les plus forts scores. En effet, Jacob dit s'engager, se fixer des objectifs tels qu'obtenir un bon emploi, fonder une famille, maintenir des liens avec ses amis et finir la thérapie (3). De plus, il souhaite suivre ses plans d'action pour les atteindre tels que continuer de fréquenter l'école, faire des activités avec ses amis, maintenir sa relation amoureuse et participer à toutes les activités de la thérapie (3). Par contre, un bémol peut être mis au niveau des objectifs que le jeune se fixe en lien avec la thérapie dans la mesure où il manque de réflexion à ce niveau et mentionne uniquement vouloir la finir.

En ce qui concerne la colère, Jacob dit parfois tenter d'exprimer ses émotions de façon appropriée (2). Il n'utiliserait pas sa colère ni même la violence pour intimider les autres (3). Il explique que la source de ses colères est souvent la relation qu'il entretient avec son père. Auparavant, il pouvait crier lorsqu'il est en colère. Maintenant, il parlerait sur un ton «bête», tenterait de discuter avec la personne impliquée ou partirait tout simplement de l'endroit où a lieu la dispute.

Sous l'angle du pouvoir et du contrôle, Jacob explique qu'il pourrait être triste et déçu si quelqu'un lui était infidèle. Dans cette situation, le jeune explique qu'il tenterait d'avoir une discussion avec cette personne (3). Il essaie donc d'être juste dans le règlement de ses différends et dit respecter les personnes qui sont proches de lui (2). Cela dit, encore une fois,

aucun élément ne nous permet de croire que l'adolescent respecte les personnes qui ne font pas partie de ses proches.

La résolution de problème ne semble pas être un exercice difficile pour Jacob. Il pourrait envisager des solutions de rechange (2) et se dit être complètement souple et disposé à essayer des choses nouvelles (3). Le jeune dit utiliser d'abord la communication pour résoudre un conflit. Si cela ne marche pas et que le problème semble mineur, alors il peut laisser faire. Par contre, si le problème est majeur, il peut consulter une tierce personne et lui demander de l'aide pour résoudre le conflit. Il précise qu'il n'utilise pas la violence physique comme moyen pour résoudre les problèmes.

Finalement, le jeune n'adopte pas nécessairement une attitude de victime. Il est désolé de la situation qu'il vit, mais ne s'apitoie pas sur lui (2). Malgré la longueur du processus, il accepte les conséquences de ses gestes et en tire des leçons (3). Il se voit sur une bonne voie et se dit prêt à faire face à l'avenir, malgré les événements passés.

#### **Gains tirés du traitement :**

À la troisième échelle du protocole de Kennedy et Serin, Jacob obtient un score de 30 sur 51, soit 58% de la note maximale. Ce résultat peut laisser penser que le jeune n'a pas tiré beaucoup de gains avec le traitement, car cette note est habituellement décrite comme moyennement faible. Pour un seul des indicateurs, l'adolescent obtient la note maximum de 3 (l'application des compétences). De plus, pour trois critères, la note octroyée est de 1 (confiance avant le traitement, compréhension émotive et motivation), tandis que pour un quatrième le score est de 0 (l'assiduité). Pour le reste des critères (12), Jacob obtient une note de 2 (soit : connaissances accrues, compétences accrues, divulgation : groupe et rencontres individuelles, confiance : après le traitement, application des connaissances, compréhension, lucidité, perturbations, comportement, participation et alliance thérapeutique).

#### 4.2.6 Synthèse

##### Évolutions des données :

La comparaison des données pré et post traitement obtenues à l'aide du protocole de Serin et Kennedy, nous montre une amélioration moyenne que ce soit pour le construit de la réceptivité (de 21 à 40) ou celui de la réactivité (de 41 à 54). Pour aucun critère ou sous-critère, l'évaluation n'a régressé. Sur les 44 indicateurs du protocole, seulement cinq ont permis d'attribuer une augmentation de deux points (**Réceptivité** : prise de conscience du problème, gravité du problème; opinions sur le traitement en général, opinions sur le traitement et soi-même; soutiens extérieurs en général ; soutien à l'égard du traitement et soutien à l'égard du changement, **Réactivité** : motivation de la colère, utilisations).

Plusieurs données (17) sont restées au même niveau malgré le processus de traitement (**Réceptivité** : établissement des objectifs, buts réalistes et importance des buts; motivation, motivation à l'égard du traitement; attentes envers la participation à un traitement, conséquences perçues de l'absence de traitement et avantages du traitement; cohérence du comportement, respect des engagements; composante affective en général, expression des émotions, **Réactivité** : opinions procriminelles, fierté à l'égard de ses opinions criminelles; contacts avec le crime, fréquentation de pairs procriminels et activités procriminelles; mégalomanie, attentes; dureté, manque de souci pour autrui et exploitation des autres; impulsivité, tendance à réfléchir aux conséquences et retarder la gratification; motivation de la colère, versatilité; pouvoir et contrôle, respect d'autrui). Pour trois de ces sous-critères, la valeur maximale de l'échelle avait été atteinte lors de l'évaluation prétraitement. Pour les 14 autres indicateurs, la non progression paraît démontrer davantage un manque d'implication du jeune dans le processus.

**Participation au traitement :**

Lors de la première rencontre bilan, Jacob maintenait un discours de victime et il vivait des difficultés touchant plusieurs sphères de sa vie (ex : relation avec ses pairs, relation avec son père, méfiance envers les autres, difficultés à se remettre en question, sentiment d'être contrôlé et difficultés à gérer ses émotions). En lien avec la thérapie, le jeune voyait la modalité de groupe comme étant plus «relaxe» et pouvant le mettre plus à l'aise puisqu'il ne devait pas toujours parler («n'est pas le centre de l'attention»). Au fil des rencontres, les thérapeutes ont ciblé pour lui certains aspects à travailler : la remise en question de ses croyances (ex : sentiment d'être une victime, méfiance envers les autres, etc.), l'augmentation de son niveau de responsabilisation (ex : la victime était assez vieille pour dire non) et la remise en cause d'une tendance à nier tout sentiment de jalousie et de rivalité avec la victime.

À la rencontre bilan de fin traitement, Jacob a parlé de son fonctionnement psychosocial général comme étant positif (ex : intégration à l'école et aux cours aux adultes, moins de confrontations, de conflits interpersonnels et de moqueries vécues à l'école). Il a même mentionné souhaiter poursuivre des études postsecondaires. À la maison, les relations étaient jugées généralement positives aussi. Il passait peu de temps à la maison puisqu'il travaillait beaucoup et partageait ses temps libres avec sa copine (une relation amoureuse qui durait depuis quelques mois et était décrite comme positive). La relation avec le demi-frère était décrite comme étant moins conflictuelle dans la mesure où Jacob était moins présent et avait moins tendance à tenter de contrôler le garçon.

Le père a confirmé que le fonctionnement de son fils à la maison était plus adapté et répondait mieux aux attentes des parents. Les grands-parents paternels venaient de déménager tout près de la maison du père, ce qui apparaissait comme étant positif puisque l'adolescent avait toujours été très proche de ces derniers. Le jeune disait être satisfait sur le plan affectif et sexuel. Il entretenait quelques relations amicales. Il maintenait des contacts

téléphoniques avec sa mère qui vivait toujours en région. Depuis le dévoilement de l'abus sexuel, Jacob n'avait revu aucune personne du côté de sa famille maternelle.

Questionné sur sa participation à la thérapie, l'adolescent la qualifie comme ayant été généralement positive. Il dit s'être conformé aux attentes, avoir fait les exercices et avoir répondu aux questions. Jacob aurait pu faire certains liens entre le passage à l'acte sexuel et ses difficultés personnelles (ex : faible estime de soi, besoin de contrôle et difficultés relationnelles). Il ne perçoit nullement la rivalité qu'il aurait pu vivre avec la victime pas plus qu'il ne voit quels pourraient être les autres enjeux relationnels au niveau familial. Le jeune dit être plus conscient de la gravité des gestes qu'il a posés. Se référant aux dires de sa mère, il a l'impression que sa sœur n'a pas vraiment subi de conséquences négatives. En cours de thérapie, nous avons constaté que Jacob était aux prises avec certaines distorsions cognitives entourant l'abus sexuel (ex : la victime aurait pu plus se défendre, elle était en mesure d'accepter les contacts sexuels, etc.). Ces éléments ne sont pas ressortis durant le bilan de traitement. Ayant repris contacts avec sa demi-sœur, l'adolescent dit se sentir à l'aise de la revoir, mais plus ou moins ouvert à parler de ses gestes.

Jacob dit ne pas se sentir fragile sur le plan sexuel. Il a l'impression que cet événement est derrière lui. Il dit ne pas présenter de fantasmes sexuelles déviantes et vivre une sexualité satisfaisante. De plus, le jeune affirme qu'il est plus en mesure de parler de lui, qu'il a moins tendance à se victimiser, qu'il se responsabilise plus et qu'il gère mieux sa colère. Il dit être plus à l'aise avec les gens de son âge également.

Nous notons une amélioration quant à son fonctionnement au quotidien, à la gestion de ses conflits et à ses relations interpersonnelles. Le niveau de reconnaissance a augmenté. Cependant, certaines sphères importantes n'ont pas été abordées dans la thérapie (ex : la relation et le vécu avec la mère : sentiment de frustration et d'abandon).

En lien avec l'alliance thérapeutique, nous constatons que l'adolescent maintient les thérapeutes à distance. Il répond à leurs attentes et pourrait faire preuve de davantage de compréhension et d'ouverture. De façon générale, il s'agit tout de même d'une étape positive.

Dans le cas de Jacob, nous pouvons enfin nous demander quels sont les facteurs qui ont pu jouer sur ses niveaux de réceptivité et de réactivité. Notre première hypothèse concerne la position de la mère face à la thérapie et face à l'abus en soi. Cette dernière est idéalisée par son fils et il semble que son discours porte davantage sur l'inutilité d'un traitement et l'absence de conséquences sur la victime. Notre deuxième hypothèse s'appuie sur nos observations et nous laissent croire que la motivation de ce jeune n'est pas tant de tirer profit des activités en soi, que de se conformer aux sanctions judiciaires reçues. En effet, le cadre judiciaire motive le jeune à participer et compléter le traitement, mais les activités ne semblent pas engager le jeune dans un processus de réflexion ou de travail personnel. Lors du bilan final, le risque de récurrence a été jugé gérable. Selon notre troisième hypothèse, l'arrêt du comportement sexuel déviant de Jacob s'explique par l'effet de dissuasion que le système judiciaire et la sanction ont pu avoir sur celui-ci.

Au niveau du fonctionnement quotidien, le bilan final est positif. En effet, l'adolescent semble se développer adéquatement, se sentir à l'aise et respecté dans son environnement. Cela peut s'expliquer par différents facteurs. En premier lieu, le changement d'école a permis à l'adolescent de changer de rôle et ne plus être le bouc-émissaire de ses camarades. Il semble trouver sa place, se sentir accepté par les autres et réussir à augmenter son estime de soi. En deuxième lieu, le rapprochement de nouvelles personnes significatives a aussi un effet positif sur le jeune.

Finalement, nos observations nous portent à croire que les thérapeutes ont eu un impact sur le niveau de réceptivité et de réactivité du jeune de par leur rôle de figures d'autorité. En effet, puisque les thérapeutes représentent le système judiciaire, leurs opinions et leurs conseils ont été reçus et écoutés. Ne voulant pas se retrouver avec d'autres conséquences, le jeune a

porté un respect à ces adultes tout au long de la thérapie et il a tenté de s'ajuster à leurs demandes. Par exemple, suite à ses trois absences, les thérapeutes ont averti l'adolescent. Par la suite, aucune autre absence n'a été constatée.

## **4.3 ÉRIC**

### **4.3.1 Facteurs individuels et familiaux**

Éric est âgé de 14 ans et 10 mois au moment de son évaluation au C.P.L.M. Auparavant, le jeune a participé à quelques semaines de thérapie de groupe au CÉTAS (Centre d'entraide et de traitement des agressions sexuelles) mais il a cessé sa thérapie suite à l'activité de désensibilisation à l'ammoniac. Par la suite, il a fait, lui-même, une demande de traitement au C.P.L.M. Il a été rapporté par les intervenants du CÉTAS que le jeune manquait d'empathie, qu'il avait des attitudes dénigrantes envers les femmes et qu'il présentait un risque de récurrence moyennement élevé.

L'adolescent paraît son âge et il a une tenue propre et soignée. Il s'exprime bien, aborde facilement les thèmes de la sexualité, mais il démontre certaines difficultés à assumer sa part de responsabilité face aux abus. Il lui est difficile de voir un aspect abusif dans les agressions sexuelles qu'il a commises. Par ailleurs, l'humeur est stable et adéquate, sans sentiment de tristesse ni d'anxiété. Le rythme de sa pensée est adéquat et son contenu cohérent. Il se voit comme une victime de son milieu; il n'est donc pas surprenant que sa motivation au changement soit floue.

Au niveau des antécédents médicaux et psychiatriques, il est à noter qu'Éric a été suivi en pédiatrie vers l'âge de 9 ans pour une excitation psychomotrice d'intensité significative. À ce moment, on lui a prescrit du Paxil et de la Clonidine, médication psychotrope qu'il a cessé de prendre après quelques mois. À 12 ans, il a été référé dans une clinique de services psychologiques à Montréal pour des manifestations dépressives inquiétantes, des

verbalisations suicidaires et des agirs autodestructeurs. Vers l'âge de 13 ans, lors d'une consultation en clinique de pédopsychiatrie, il a reçu un diagnostic de trouble d'opposition avec provocation et de trouble anxieux non spécifique. Une médication psychostimulante lui a été prescrite (Ritalin), mais le jeune a de nouveau arrêté de prendre ses médicaments. En effet, il les trouvait inefficaces.

Depuis l'âge de 9 ans, Éric est suivi par des délégués de la Protection de la jeunesse en raison de son agressivité, son opposition ainsi que de sa tendance à défier les règles, faire des menaces et fuguer. Il a donc vécu plusieurs déplacements hors du milieu familial (ex : famille d'accueil, Centre Jeunesse, foyer de groupe et ressource intermédiaire). Par ailleurs, le jeune a été retiré d'une ressource intermédiaire en raison de ses comportements sexuels inadéquats envers d'autres jeunes du milieu de vie.

Au niveau familial, il s'avère qu'Éric est le quatrième enfant du couple parental. Les parents se sont séparés lorsque le jeune avait 2 ans. Suite à la séparation, le père est devenu de moins en moins présent. La mère, de son côté, a eu trois autres enfants (deux garçons jumeaux et une fille) avec son deuxième conjoint (un des jumeaux est décédé après quelques semaines de la naissance). Ce conjoint avait déjà trois adolescent(e)s qui venaient le visiter une fin de semaine sur deux. Cette union fut de courte durée et la mère vit présentement avec un troisième conjoint.

L'entrée à l'école se serait bien déroulée, mais dès l'année suivante, Éric a commencé à présenter des troubles de comportement (agressivité). Cette période correspond à l'arrivée du deuxième conjoint de la mère. Suite au décès d'un des jumeaux, la mère a dû être hospitalisée deux mois en raison d'une dépression majeure. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que la famille reconstituée s'en est trouvée déstabilisée. Par la suite, le grand-père maternel qui était une figure significative pour le jeune, est décédé. À l'âge de 9 ans, Éric a commencé à se désorganiser de plus en plus, à multiplier les consultations et les déplacements (y compris des

tentatives de réinsertion familiale). Au moment de l'évaluation, le jeune est placé dans une unité ouverte du Centre jeunesse de Montréal.

#### **4.3.2 Développement et problématique sexuels**

Sur une période de sept ans, Éric a eu des activités sexuelles avec Catherine (fille du deuxième conjoint de la mère). À cette époque, le jeune avait 8 ans et la fillette, 6 ans. Près de trois cent événements ont été rapportés. Selon le jeune, la fillette était consentante. Les gestes posés sont des attouchements sexuels, des fellations, des cunnilingus et des relations sexuelles complètes. Les activités ont eu lieu dans le milieu familial, aux deux semaines, et ont été pour la plupart initiées par Éric. Tous les enfants couchaient dans la même chambre.

Par ailleurs, le frère d'Éric aurait eu, lui aussi, des contacts sexuels avec Catherine. Il a été rapporté que celle-ci aurait demandé à Éric de faire des attouchements sexuels sous forme de masturbation à son demi-frère (le jumeau) lors d'un jeu de «vérités et conséquences». Selon la version du demi-frère, il y a eu plusieurs événements dont des masturbations, des fellations et des tentatives de sodomie. À cette période, l'adolescent avait des activités masturbatoires quotidiennes durant lesquelles il repensait aux gestes sexuels posés dans son entourage. La mère d'Éric explique la situation par une désorganisation de la famille ainsi que par l'insistance de la victime pour avoir des contacts sexuels. Le dévoilement s'est fait lorsque le frère de Catherine les a surpris et qu'il a poussé la jeune fille à dénoncer la situation. Par ailleurs, Éric relate d'autres événements sexuels (plus ou moins 75 événements) impliquant d'autres adolescents, lorsqu'il habitait dans une ressource intermédiaire. Ces gestes étaient des masturbations réciproques avec éjaculation.

L'éveil sexuel du jeune s'est fait vers l'âge de 6 ans, âge où il consommait déjà de la pornographie. À l'âge de 10 ans, Éric a été lui-même agressé sexuellement par un jeune âgé de 11 ans qui se trouvait à être le fils d'une amie de la mère. Les relations sexuelles ont été jusqu'à

la pénétration et elles ont duré pendant un an. L'adolescent aurait aussi été menacé de mort par son agresseur s'il le dénonçait.

#### **4.3.3 Analyse des données prétraitement**

##### **Réceptivité au traitement :**

Le niveau de réceptivité d'Éric en prétraitement, selon le protocole de Serin et Kennedy, est considéré comme très faible. L'adolescent obtient un score total de 18 sur 66, soit 27% de la note maximale. Pour un seul sous-critère, le jeune obtient un score de 3 et pour trois autres, il obtient un score de 2. Pour la majorité des indicateurs, le jeune reçoit une note de 1 (n = 9) ou de 0 (n = 9).

La prise de conscience des problèmes par Éric semble quasiment nulle. En effet, il nie la gravité de ses abus sexuels et affirme qu'il n'y a pas de victime puisque la jeune fille était consentante (0). Même s'il est capable de dire qu'il est en thérapie pour des abus sexuels, il ne semble pas se les attribuer (1).

Sous l'angle de l'établissement des objectifs, les deux sous-critères obtiennent la plus faible note. À la question : « À quels problèmes penses-tu devoir t'attaquer dans le cadre de la thérapie? », Éric se contente de mentionner qu'il ne doit pas récidiver puisqu'il est un « danger pour le public » (paroles qu'il reprend de façon sarcastique, indiquant ainsi qu'au fond, il ne les croit pas) (0). Son discours est centré sur le sentiment d'être obligé de suivre la thérapie afin de pouvoir retourner vivre chez sa mère (0).

Au niveau de la motivation à entreprendre un suivi, l'adolescent obtient encore une fois des scores peu élevés. Il ne semble pas venir en traitement pour des besoins personnels, mais bien pour des raisons qui sont externes à lui (0). Malgré tout, il mentionne être un peu plus motivé que lorsqu'il était en traitement au CÉTAS (1).

Tableau 9 : indicateurs de réceptivité pour Éric avant le traitement :

INDICATEURS	DONNÉES PRÉTRAITEMENT
Prise de conscience du problème :	
Prise de conscience du problème	0
Compréhension du problème	1
Établissement des objectifs :	
Établissement d'objectifs réalistes	0
Importance de l'établissement des buts	0
Motivation :	
Besoin de traitement	0
Motivation à l'égard du traitement	1
Autoévaluation	
Responsabilisation	0
Satisfaction	0
Attentes :	
Conséquences de l'absence du traitement	1
Avantages du traitement	2
Cohérence du comportement	
Cohérence	1
Respect des engagements	1
Opinions sur le traitement :	
Traitement et soi-même	1
Alliance thérapeutique	1
Efficacité personnelle :	
Changement par le traitement	2
Changement personnel	3
Dissonance :	
Désarroi	0
Mécontentement	0
Soutiens extérieurs :	
Soutien du traitement	2
Soutien du changement	0
Composante affective :	
Expression des émotions	1
Exigences au plan émotif	1

Lorsqu'il est invité à autoévaluer sa situation sociojuridique actuelle, le jeune obtient des scores nuls. Au niveau de la responsabilisation, Éric omet complètement une victime (Catherine). Il ne parle d'abus que lorsqu'il est question de la situation impliquant son frère. Encore là, d'après lui, il n'est pas réellement l'agresseur, car c'est la fille qui l'aurait «forcé» à poser les gestes sexuels (0). Il est tout à fait incapable de voir l'aspect abusif de sa situation

avec Catherine. L'adolescent dit être mécontent de la personne qu'il est devenu, mais il excuse son agression en disant que cela est une erreur qui peut arriver à tout le monde (0).

Au niveau de ses attentes envers le traitement, Éric dit qu'il n'aurait eu à subir qu'une seule conséquence négative s'il n'avait pas participé au traitement (ex : son retour à la maison aurait été impossible) (1). Par contre, il peut nommer un certain nombre d'avantages en lien avec le processus thérapeutique : la possibilité d'un retour dans le milieu familial, le fait qu'il y aura «un agresseur de moins dans la société», l'accès à une banque d'alternatives à l'abus sexuel et une augmentation de ses chances de non-récidive (2). Nous avons néanmoins l'impression qu'il faut rester prudent face au discours du jeune qui semble souvent reprendre les paroles des autres sans pour autant se les approprier.

La cohérence du comportement d'Éric est difficile à évaluer puisque le jeune est hébergé en centre de réadaptation et n'est donc pas libre de ses allées et venues. Il n'en demeure pas moins que le fait de se percevoir comme une victime plutôt qu'un agresseur amène un manque de cohérence entre son discours et son comportement (1). En effet, il est difficile de démontrer une réelle motivation à changer lorsqu'on ne voit pas les agressions sexuelles comme des situations problématiques. Par ailleurs, le jeune semble honorer ses engagements, mais uniquement dans le but de bien paraître et non dans le but d'entamer une démarche personnelle (1).

Lorsqu'il donne son opinion sur le traitement, Éric semble le considérer comme bénéfique, mais uniquement pour lui (1). Il ne parle jamais de la victime, ni de ses proches. À la question : « Comment réagis-tu à l'idée de révéler des aspects personnels aux thérapeutes », l'adolescent dit être à l'aise, ouvert et disposé. Par contre, nous ressentons une certaine résistance de sa part et croyons qu'il entretient des liens utilitaires avec les professionnels qui ont un pouvoir de décision (1). Tout au long de la thérapie, nous avons le sentiment qu'il ne nous donne pas accès à son expérience intérieure et qu'il a plusieurs secrets.

Le critère de l'efficacité personnelle est celui pour lequel Éric obtient le meilleur score au niveau des données prétraitement. En effet, le jeune mentionne qu'il est possible de changer grâce à un traitement, « mais pas sur tout » (2). Il croit pouvoir changer lui-même, peu importe les circonstances (3). Par contre, nous devons mettre un bémol à sa vision du changement, dans la mesure où, à plusieurs reprises, l'adolescent mentionne ne pas ressentir la nécessité de changer puisqu'il est « parfait ».

Sous l'angle de la dissonance cognitive, Éric obtient la plus faible note que nous puissions attribuer. Il reste indifférent face au traitement qu'il dit suivre uniquement parce que les autres l'y obligent et ne manifeste aucun désarroi (0). Sa motivation face au traitement paraît centrée principalement sur le fait de remplir les conditions requises à un retour dans son milieu familial. Le seul mécontentement exprimé par le jeune concerne l'absence de conséquence judiciaire pour les autres impliqués dans les abus sexuels (0).

Éric semble recevoir le soutien de sa mère et de son beau-père pour sa participation au traitement (2). Nous pouvons, en effet, remarquer que ceux-ci l'accompagnent lors des séances de traitement. Par contre, concernant le soutien face au changement, son entourage semble maintenir un discours semblable à celui du jeune, c'est à dire qu'il est une victime et qu'il a déjà travaillé sur tout ce qu'il devait changer. Nous pouvons donc présumer que l'adolescent ne reçoit aucun soutien extérieur pour changer (0).

Finalement, au niveau de la composante affective impliquée par le changement, Éric paraît capable d'identifier ou d'exprimer certains sentiments, mais il dit le faire uniquement lorsqu'il est en présence de personnes de confiance (1). Il mentionne être conscient des exigences du traitement au plan émotif, mais trouve néanmoins le processus facile (1). Il justifie son utilisation du mot « facile » en comparant le traitement offert au C.P.L.M. à celui du CÉTAS.

**Réactivité au traitement :**

Comparativement au construit de la réceptivité, celui de la réactivité en est un où Éric obtient une note plus élevée. En effet, le score final est de 32 sur 66, ce qui équivaut à 48% de la note maximale. Cela dit, ce pourcentage reste normalement considéré comme faible. Nous remarquons qu'à aucun sous-critère le jeune n'obtient un score de 3.

Au niveau du critère des opinions procriminelles, Éric mentionne n'avoir aucune fierté face à ce qu'il a fait. Cependant, lorsqu'il s'exprime ainsi, il fait référence uniquement à l'abus sexuel commis à l'égard de son frère et ne parle pas des ceux impliquant Catherine et les autres jeunes de sa ressource intermédiaire (2). De plus, l'adolescent a tendance à justifier les abus sexuels qui lui sont reprochés en remettant la faute à la victime qui, selon lui, n'en est pas vraiment une (1).

Il est difficile d'évaluer les contacts qu'Éric entretient avec le crime puisque le jeune est en hébergement dans un centre jeunesse. Il vit donc dans un milieu où la population peut être constituée de jeunes aux prises avec des difficultés comportementales et/ou de la délinquance. Nous pouvons donc présumer qu'Éric a un certain réseau de pairs criminels (2), mais il ne semble pas être proche de ces adolescents ni s'identifier à eux (2).

Sous l'angle de la mégalomanie, Éric garde une image de lui exagérément positive. Il pense être supérieur aux autres et il ferme les yeux sur ses défauts. Il lui est possible d'énumérer plusieurs de ses qualités, mais il est incapable d'en faire autant pour ses défauts ou ses faiblesses (0). Selon lui, les autres n'ont rien à lui reprocher. Face à l'avenir, l'adolescent garde des attentes qui paraissent trop optimistes puisqu'il ne croit pas devoir lutter contre une éventuelle récidive sexuelle (« cela sera facile ») (1).

Tableau 10 : indicateurs de réactivité pour Éric avant le traitement :

INDICATEURS	DONNÉES PRÉTRAITEMENT
Opinions procriminelles :	
Fierté à l'égard de ses opinions procriminelles	3
Justification du comportement criminel	1
Contacts avec le crime :	
Soutien des pairs procriminels	2
Activités criminelles	2
Mégalomanie :	
Image de soi	0
Attentes	1
Dureté :	
Manque de souci pour autrui	2
Exploitation des autres	1
Neutralisation :	
Minimisation	0
Négation	1
Impulsivité :	
Réfléchir aux conséquences	2
Retarder la gratification	1
Atermoisement :	
Engagement	2
Sans but	2
Motivation de la colère :	
Versatilité	2
Utilisation de la colère	1
Pouvoir et contrôle :	
Revendication des droits	1
Respect	2
Résolution de problèmes :	
Recherche de solutions de rechange	2
Souplesse	2
Attitude de victime :	
Apitoiement	2
Souffrance	1

À la lumière du critère de la dureté, Éric est capable de voir que des personnes ont souffert de ses abus sexuels (ex : séparation entre la mère et son deuxième conjoint, ainsi que plusieurs conflits entre eux). Il exprime donc des préoccupations pour autrui, surtout les membres de sa famille immédiate, mais il ne semble pas pour autant agir en conséquence (2). À la question : « as-tu fait quelque chose pour réparer ton geste? », l'adolescent répond non et

que « de toute façon, il n'avait rien à faire » (1). Pour lui, la victime (Catherine) était consentante, donc elle n'a pas dû « ben ben souffert ». En somme, nous pouvons prétendre que le jeune est essentiellement centré sur ses besoins.

Pour évaluer la mesure dans laquelle Éric rationalise son comportement criminel, nous lui posons la question suivante: « Quel rôle penses-tu avoir joué dans l'agression? ». Il explique alors que tout le monde est «au même stade» et que sous l'angle de la participation chacun est «égal». Selon lui, les victimes en ont rajouté dans leur version et ont changé plusieurs fois de discours. Il minimise complètement et rationalise les abus sexuels (0). De plus, il nie qu'il y ait un problème en soi, sauf en ce qui concerne l'événement impliquant son frère (1).

En ce qui touche l'impulsivité, il nous semble que l'adolescent réfléchit habituellement aux conséquences avant d'agir mais il se décrit aussi comme quelqu'un de spontané voire même d'impulsif lorsqu'il est en colère (2). Concernant les agressions, il explique qu'il n'a pas eu à réfléchir avant de poser les gestes, car la victime était consentante. Par ailleurs, le jeune ne semble pas retarder facilement la gratification (1). Lorsqu'il désire ou qu'il a quelque chose en tête, il dit «s'arranger pour l'obtenir».

Du point de vue de l'atermolement ou, au contraire, de la capacité à mener ses projets à terme, Éric décrit les «objectifs» comme étant quelque chose à réussir et qui apporte des gains. Vivant en centre de réadaptation le jeune mentionne faire ce qu'il doit pour en sortir et ensuite retourner chez lui (2). En termes d'objectifs de vie, il parle d'avoir un jour sa propre compagnie ainsi qu'une automobile (2). En lien avec la thérapie, il mentionne que son seul objectif est de la terminer afin de ne plus être considéré comme un «danger pour le public », même si, au fond, il n'est pas en accord avec ces termes.

Le prochain indicateur concerne l'intensité et l'expression de la colère dans les relations interpersonnelles. Selon le jeune, lorsqu'il ressent de la colère, il tente de parler et d'utiliser des mots appropriés (2). Il lui arriverait de crier quelques fois, mais il n'utiliserait plus la violence, ce

qu'il faisait étant jeune. Par contre, il se dit disposé à utiliser la colère pour atteindre ses objectifs et ne semble pas conscient des conséquences négatives que cela pourrait avoir (1).

Concernant l'expression du pouvoir et du contrôle dans les relations interpersonnelles, Éric estime que les conséquences qui lui ont été imposées sont justes. Par la suite, il change de version et mentionne plutôt qu'elles sont injustes puisqu'il est le seul à être puni. L'adolescent déplore le fait que les autres n'ont rien eu à subir, même s'ils étaient tous consentants (1). À la question : « Volerais-tu un inconnu ou quelqu'un que tu connais? » le jeune répond «non» et ce, autant pour ses proches que pour des inconnus. Par contre, aucune indication ne montre qu'il respecte les personnes autres que ses proches (2).

Invité à parler de ses stratégies de résolution de problèmes, Éric nous dit utiliser «dans sa tête» différents moyens pour régler ses conflits. Il fait alors référence aux ateliers de gestion de la colère et à la balance «pour/contre» ou «avantages/inconvénients» (2). Toutefois, il ajoute ne pas toujours utiliser ces moyens afin de résoudre ses problèmes (2).

Finalement, sous l'angle de l'apitoiement et de l'attitude de victime, indiquons qu'Éric dit être désolé de la situation dans laquelle il se retrouve (et non des abus), mais sans s'apitoyer sur lui. Il explique que le système judiciaire n'est pas juste pour tout le monde et que les décisions dépendent essentiellement des avocats et des juges (2). L'adolescent continue en comparant sa situation à des escaliers qu'il monte et descend. Selon son analyse, il se trouve tout en haut et la seule chose qu'il lui reste à faire pour améliorer sa situation (est de monter le dernier « step ») est de finir la thérapie (1).

#### **4.3.4 Participation au traitement**

Durant le suivi, Éric ne s'est jamais absenté et n'est jamais arrivé en retard. Il a participé à tous les ateliers de façon minimale. Tout au long du traitement, le jeune était hébergé en centre de réadaptation et ne sortait que les fins de semaine, pour aller chez sa mère. Les

intervenants du centre jeunesse ont remarqué une amélioration dans les comportements du jeune (ex : diminution de la violence, du contrôle et de l'arrogance).

Durant les rencontres de groupe, certaines difficultés d'introspection et d'écoute ont été observées. En effet, lorsqu'il fallait discuter des agressions sexuelles, l'adolescent parlait uniquement de la situation impliquant son frère et ne considérait pas comme étant des abus sexuels les autres gestes (impliquant Catherine ou les jeunes de sa ressource intermédiaire). Ses propos pouvaient, à plusieurs occasions, faire réagir les autres jeunes du groupe, car il avait tendance à parler de lui comme d'une personne « parfaite » sans aucune difficulté.

Lors de la première activité, Éric énumère une longue liste d'événements ayant marqué sa vie : placement hors de son milieu naturel, tentatives de réinsertion familiale ratées, naissance des jumeaux, suivi du décès de l'un d'eux et la séparation de ses parents. Il décrit cette séparation comme étant une source de frustration et de conflits. Concernant la naissance des jumeaux, l'adolescent explique avoir eu le sentiment de perdre sa place, d'être rejeté et abandonné. Par ailleurs, il considère que le décès de son demi-frère a apporté une panoplie de problèmes au sein de la famille reconstituée (placement, violence, agressivité et instabilité).

Lors de l'activité du génogramme, ce n'est pas tant le résultat qui rend l'activité intéressante et pertinente, mais les explications et les descriptions que le jeune en donne. De prime à bord, le schéma illustre uniquement des personnes appartenant au côté maternel. Aucun membre de sa famille paternelle n'est inscrit. Nous constatons que la famille a vécu plusieurs séparations et que certains enfants (6) ont été victimes abus sexuels ou ont même agressé sexuellement quelqu'un. Lorsqu'Éric parle de son génogramme, il dit sentir un détachement de plus en plus marqué envers son père. Il réalise ses nombreux déplacements, pertes de liens de confiance et séparations vécues. Comparativement aux autres, la relation avec la mère est le lien le plus important à ses yeux. À quelques reprises, il parle de conflits et d'expériences de rancunes au courant de sa vie. Le jeune dit avoir eu le sentiment de ne pas être accepté par les membres de sa famille (en excluant la mère).

L'activité centrée autour des conséquences positives et négatives de l'agression semble futile pour Éric. Premièrement, le jeune ne trouve aucune conséquence positive, autant pour lui que pour les autres. Au niveau des conséquences négatives le concernant, l'adolescent est capable d'en énumérer quelques-unes (ex. : son placement faisant suite au dévoilement, absence de l'école pour aller en thérapie et processus judiciaire long). Finalement, les conséquences négatives sur sa famille sont décrites comme suit : séparation conjugale, perte de contact avec le demi-frère victime et perte des liens établis entre certains membres de la famille.

L'activité consistant à revenir sur les jours précédents le délit est faite de façon brève. Au niveau de la sphère familiale, Éric estime qu'il avait une relation conflictuelle avec son beau-père (deuxième conjoint de la mère), tandis que la relation avec sa mère et son père était « ok ». Il avait le sentiment d'être le mouton noir et de vivre du rejet, des frustrations et de l'injustice. Il ne se sentait bien nulle part. À l'école, l'adolescent dit qu'il avait plusieurs amis avec qui les relations étaient « ok ». De plus, il mentionne qu'il était le premier de classe. Socialement, il était solitaire et isolé (pas de relation amoureuse, quelques amis qu'il ne voit pas souvent, un travail 4 jours/semaine et peu d'activités de loisirs). Le jeune explique qu'il n'avait de contact sexuel avec personnes à ce moment. D'un autre côté, durant cette période, il vivait beaucoup de frustration et de colère, ce qui augmentait son niveau d'agressivité. Il évalue à quatre sur dix son estime de soi et à trois sur dix son niveau de joie durant cette semaine-là.

Lors de l'activité consistant à décrire le délit, Éric ne parle que brièvement des abus sexuels impliquant Catherine puisque selon lui, les gestes posés ne sont pas des abus sexuels. Il rapporte environ trente événements qui se produisent sur une période d'un an et qui sont essentiellement des fellations et des attouchements. Concernant l'abus commis à l'égard de son frère, l'adolescent dit avoir été victime des caprices de Catherine. Il explique qu'à ce moment, la jeune fille lui a fait du chantage et l'a « forcé » à faire des attouchements à son frère lors d'un jeu de « vérités /conséquences ». Il rapporte que son frère et lui se sont touchés

mutuellement au niveau des parties génitales (par-dessus les vêtements) et qu'il a masturbé son frère. Le jeune dit ne pas avoir fait de fellation et ne pas avoir été en érection. Les gestes se sont arrêtés lorsque quelqu'un est descendu au sous-sol. Le dévoilement a été fait par Catherine. Selon Éric, celle-ci a dénoncé les gestes sexuels parce qu'elle était jalouse et fâchée de ne pas pouvoir dormir avec les deux garçons ce jour-là. Concernant les attouchements sexuels impliquant son frère, l'adolescent donne 89% de la responsabilité à Catherine, 1% à son frère et 10% à lui-même.

L'activité portant sur le cycle de l'agression est, comme la précédente, brève et pauvre au niveau du contenu. L'adolescent y décrit donc son cycle comme suit :

- **Événements marquants** : problèmes familiaux, plusieurs échecs vécus, sentiment d'être loin de sa famille, mort de son demi-frère et de son grand-père, victime d'agression sexuelle et relations conflictuelles avec son beau-père et ses pairs.
- **Facteurs de risque** : sentiment de rejet, isolement, solitaire, sentiment d'abandon et problèmes relationnels. Concernant ce dernier point, le jeune précise qu'il n'en fait pas un problème, car il ne rechercherait pas et n'aurait pas besoin d'entretenir des relations avec autrui.
- **Émotions** : sentiment d'injustice, de peine, de colère et d'abandon.
- **Situations dangereuses** : avoir des idées sexuelles.
- **Laisser-aller** : la victime ne le dira pas, « elle aime ça parce qu'elle semble aimer ça ».

Finalement, durant l'exercice de la lettre à la victime, Éric croit que la plus grave conséquence de l'agression sur son frère est le fait de ne plus pouvoir le voir. Il écrit donc la lettre suivante :

« Parce que je n'allais pas bien, je n'étais pas dans une belle «montée de vie» je t'ai agressé. Tu ne peux plus me voir. Mes moyens pour ne pas recommencer sont : ne pas me tenir seul avec toi ou dans la même chambre avec la porte fermée, ne pas aller dans ta chambre quand tu es là. Si, advenant qu'il arrive une telle situation, avant que ça ne déborde, je m'engage à aller en parler avec un adulte pour ne pas que ça recommence. »

#### **4.3.5 Analyse des données post-traitement**

##### **Réceptivité au traitement :**

Au niveau des données post-traitement en matière de la réceptivité, nous pouvons constater une quasi absence d'amélioration. En effet, pour plusieurs critères les scores restent les mêmes en fin de traitement. Un seul indicateur a reçu une note de 3, tandis que deux sous-critères ont rétrogradé passant de 2 en début de traitement à 1 en fin de traitement. Éric se retrouve avec un score global de 22 sur 66, ce qui correspond à 33% du maximum.

Concernant le critère de la prise de conscience des problèmes, Éric énumère des facteurs qui ont contribué au passage à l'acte de l'abus sexuel (ex : rejet familial, victimisation d'abus sexuel, difficultés sociales à l'école), etc.) (2). Sa compréhension globale de l'abus et les liens qu'il est possible d'établir entre les différents facteurs de risque sont vagues et le blâme est encore mis sur des éléments extérieurs (1). De plus, l'adolescent se réfère uniquement à l'événement impliquant son frère (absence complète des autres abus dans son discours). Il minimise les conséquences de l'abus pour son entourage, ses victimes et lui-même.

Au niveau de la capacité à établir des objectifs de traitement réaliste, il semble que l'adolescent maintient certaines difficultés. En effet, il ne fait que référence à l'importance de le terminer. Il est incapable de se fixer des buts qui toucheront des failles de son comportement (0). Même s'il dit que la thérapie l'a aidé à reconnaître certains facteurs et certains moyens pour éviter de récidiver, il lui est difficile d'énumérer des objectifs de traitement réalistes (1).

Tableau 11 : indicateurs de réceptivité pour Éric avant et après le traitement :

INDICATEURS	DONNÉES PRÉTRAITEMENT	DONNÉES POST-TRAITEMENT
Prise de conscience du problème :		
Prise de conscience du problème	0	2
Compréhension du problème	1	1
Établissement des objectifs :		
Établissement d'objectifs réalistes	0	0
Importance de l'établissement d'objectifs	0	1
Motivation :		
Besoin de traitement	0	1
Motivation à l'égard du traitement	1	1
Autoévaluation		
Responsabilité	0	1
Satisfaction	0	0
Attentes :		
Conséquences de l'absence du traitement	1	1
Avantages du traitement	2	1
Cohérence du comportement		
Cohérence	1	1
Respect des engagements	1	1
Opinions sur le traitement :		
Traitement et soi-même	1	1
Alliance thérapeutique	1	1
Efficacité personnelle :		
Changement par le traitement	2	1
Changement personnel	3	3
Dissonance :		
Désarroi	0	0
Mécontentement	0	0
Soutiens extérieurs :		
Soutien du traitement	2	2
Soutien du changement	0	2
Composante affective :		
Expression des émotions	1	1
Exigences au plan émotif	1	0

Sous l'angle de la motivation au traitement, Éric est capable de dire qu'il avait besoin de traitement, mais sans s'expliquer davantage (1). À la question : « avant et maintenant, penses-

tu que tu avais besoin de traitement? », le jeune répond oui puisqu'il réalise les abus et les avoir faits. Nous pouvons constater des contradictions dans sa pensée et son discours, puisque tout au long de la thérapie, il n'a jamais reconnu comme étant des abus les événements impliquant Catherine et, plus tard, des jeunes de sa ressource intermédiaire. Il a participé à toutes les séances et fait tous les exercices, mais le bilan final démontre un manque d'investissement, un travail en surface et un manque de profondeur (1).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'idée qu'Éric se fait de sa situation actuelle, nous constatons qu'il estime que le problème est surtout attribuable aux autres ou aux circonstances puisqu'il assume peu sa responsabilité (il ne s'en attribue que 10%) (1). Il est satisfait de sa personnalité présente et ne démontre aucun écart par rapport à un moi idéal. Il ne vit aucun désarroi et a une image de lui plus que positive (je suis « parfait », je suis le « roi » et le centre de réadaptation est mon « royaume ») (0).

Sous l'angle des attentes liées à la participation dans le traitement, le jeune obtient des scores quasiment nuls. En effet, à son avis, la récurrence aurait été la seule conséquence de l'absence de traitement (1). Par ailleurs, la résolution de sa problématique sexuelle (qu'il n'a pas réellement admise au cours du traitement) est présentée comme le seul avantage du traitement (1).

Puisque la motivation du jeune est minime, superficielle et extrinsèque, il nous est difficile d'attribuer une note supérieure à 1 pour le critère de la cohérence du comportement. Par ailleurs, nous constatons certaines contradictions dans son discours (1). Aucune indication importante ne nous démontre que le jeune respecte et honore toujours ses engagements (1). Il est vrai qu'Éric a fait preuve de ponctualité et ce qui a été présent à toutes les séances du traitement. Toutefois, il faut se souvenir qu'il est hébergé dans un centre de réadaptation où il lui est impossible de décider de ses allées et venues. Par conséquent, il nous est impossible de présumer que la situation aurait été la même dans d'autres circonstances.

Pour évaluer les opinions d'Éric sur le traitement, il faut se souvenir qu'il a mentionné, à plusieurs reprises, que le processus thérapeutique était « long », « plate » et « bénéfique » que pour lui (1). L'adolescent mentionne ne pas avoir créé vraiment un lien ou une alliance avec les thérapeutes qu'il considère davantage comme des connaissances (1).

Sous l'angle de la réceptivité, la question « pour qu'une personne puisse changer, dans quelles circonstances peut-elle le faire? » permet d'évaluer l'opinion de l'individu sur son efficacité personnelle et, plus précisément, sur le changement rendu possible par un traitement. Éric répond que personne ne peut changer, mais que nous pouvons simplement nous améliorer (1). Par contre, lorsque ce changement lui est attribué, son opinion diverge. En effet, il dit avoir travaillé sur tout ce qu'il devait changer et être maintenant « parfait ». Il croit donc en son pouvoir personnel de changer (3).

Par rapport à la dissonance cognitive et plus spécifiquement au désarroi que peut avoir vécu Éric à l'égard du traitement, il semble rester indifférent à celui-ci et ne manifester aucune angoisse, confusion ou détresse (0). Au contraire, il dégage une grande assurance et une satisfaction face à sa situation présente, sauf pour ce qui est de son hébergement dans un centre de réadaptation (0).

Le soutien extérieur est le seul indicateur pour lequel Éric obtient de bonnes notes en ce qui a trait aux données post-traitement pour la réactivité. En effet, le jeune mentionne recevoir un soutien de la part de sa mère et de son beau-père (qui l'accompagnent à chaque séance et sont présents à tous les bilans) (2). Selon lui, ces personnes croient en sa capacité de changer. Ils auraient dit avoir déjà remarqué beaucoup de changements chez lui (2).

Finalement, lorsque nous demandons à Éric quelles émotions il a vécu en thérapie, il répond que le traitement était long, plate et qu'il avait simplement envie de partir (1). L'unique chose qu'il dit avoir trouvée éprouvante ou désagréable est d'avoir eu à prendre la parole devant le groupe. Il est donc complètement inconscient des exigences du traitement sur le plan émotif et le considère simplement comme une expérience didactique (0).

### **Réactivité au traitement :**

Aucune amélioration du pointage final n'est constatée pour le niveau de réactivité du jeune pour les données post traitement. En effet, le résultat reste le même (32 sur 66, soit équivalent à 48%). Il n'y a uniquement que deux des indicateurs pour lesquels Éric obtient la note maximale de 3. De plus, cinq sous-critères rétrogradent passant de la note 1 à 0 (n = 1) et pour les autres de 2 à 1 (n=4).

Sous l'angle des opinions procriminelles, Éric maintient sa position de départ : il ne tire aucune fierté de ses opinions criminelles, des abus sexuels et de ses troubles de comportement. En plus, il dit regretter la totalité des événements (3). Par contre, nous constatons que ses regrets ne sont pas en lien avec le fait d'avoir commis des abus sexuels, mais plutôt en lien avec la tournure défavorable des événements. Nous remarquons que l'adolescent continue de justifier les abus et de remettre une grande partie de la faute sur d'autres personnes (1).

Au moment de réévaluer les contacts avec le milieu criminel, nous constatons qu'Éric n'a aucun soutien de pairs criminels et qu'aucun membre de sa famille proche n'a eu de démêlés avec la justice. Il passe une semaine sur deux chez lui et l'autre au centre de réadaptation (3). Par ailleurs, il est à noter que le jeune ne fréquente pas et ne semble pas s'affilier à un groupe de pairs criminogènes, mais il ne fréquente pas non plus d'autres jeunes. Il a encore tendance à être isolé et à passer le plus clair de son temps avec sa famille (2).

Par rapport à de possibles traits mégalomanes, nous constatons qu'Éric se caractérise comme étant une bonne personne. Il explique que chaque personne aurait «au moins 5% de bon en elle». Cela dit, il est incapable d'énumérer certains de ses défauts et d'imaginer comment les autres le décriraient (points forts et faibles). Dans le cadre de la thérapie, il a dit : « ... je suis le roi et le centre de réadaptation est mon royaume »(0). Selon lui, il est évident qu'après la thérapie, les choses vont bien aller, car il a travaillé « son problème » (...qu'il ne voit

pas réellement comme un problème) et qu'il n'aura plus besoin de traitement. Il ne croit pas qu'il aura à lutter pour éviter la récidive et il semble convaincu que tout sera facile (0).

Tableau 12 : indicateurs de réactivité pour Éric avant et après le traitement :

INDICATEURS	DONNÉES PRÉTRAITEMENT	DONNÉES POST-TRAITEMENT
Opinions procriminelles :		
Fierté à l'égard de ses opinions procriminelles	2	3
Justification du comportement criminel	1	1
Contacts avec le crime :		
Soutien des pairs procriminels	2	3
Activités criminelles	2	2
Mégalomanie :		
Image de soi	0	0
Attentes	1	0
Dureté :		
Manque de souci pour autrui	2	1
Exploitation des autres	1	1
Neutralisation :		
Minimisation	0	1
Négation	1	1
Impulsivité :		
Réfléchir aux conséquences	2	2
Retarder la gratification	1	1
Atermolement :		
Engagement	2	1
Sans but	2	1
Motivation de la colère :		
Versatilité	2	2
Utilisations	1	1
Pouvoir et contrôle :		
Revendication des droits	1	2
Respect	2	1
Résolution de problèmes :		
Recherche de solutions de rechange	2	2
Souplesse	2	2
Attitude de victime :		
Apitoiement sur soi	2	2
Souffrance	1	2

Sous l'angle de la dureté et du détachement émotionnel, les questions « Comment manifestes-tu ton amour ou ton affection pour quelqu'un? » et « Penses-tu que quelqu'un a eu à souffrir de l'abus que tu as commis? » permettent d'évaluer si le jeune se soucie ou exploite les autres. À la première question, Éric prend un certain temps pour répondre et finit par dire : « ...je pense que je vais la voir, je l'appelle et prends des nouvelles d'elle ». À la deuxième question il répond : « ...je ne sais pas, j'y pense pas ». De plus, l'adolescent se dit « bien seul » et il croit qu'il ne sera jamais en couple. À partir de telles réponses, nous ne pouvons faire autrement que mettre des scores de 1 pour les deux sous-critères.

Par rapport au critère de la neutralisation, qui permet d'évaluer la mesure dans laquelle le délinquant rationalise son comportement problématique, nous constatons qu'Éric continue à minimiser, nier et rationaliser plusieurs domaines en lien avec les abus sexuels (les faits, sa responsabilité, les conséquences de ses gestes et les risques de récurrence). Il ne reconnaît avoir fait qu'une victime et accepte sa part de responsabilité que pour cet abus (celui impliquant son demi-frère). Il nous est donc impossible de lui accorder un score autre que 1 pour les deux sous-critères.

Par rapport à l'impulsivité, les données post-traitement ne diffèrent pas de celles obtenues avant le traitement. Le jeune mentionne réfléchir habituellement aux conséquences de ses gestes avant d'agir (2) et retarder rarement la gratification (1). Son fonctionnement en centre de réadaptation ne paraît pas problématique dans la mesure où l'adolescent est encadré et que son impulsivité est rapidement arrêtée par les intervenants.

Sous l'angle de l'atermoiement ou procrastination, les données post-traitement ont rétrogradé, passant de 2 à 1. En effet, le jeune ne peut nommer qu'un nombre limité d'objectifs (achat d'une automobile, devenir autonome et terminer la thérapie) sans pour autant être en mesure d'expliquer ou même identifier les moyens qu'il utiliserait pour les atteindre.

Invité à réévaluer l'intensité de la colère et de son expression dans les relations interpersonnelles, Éric explique qu'il peut tenter d'exprimer sa colère de façon adéquate, sans

pour autant nommer d'exemple concret qui appuie ses propos (2). Il explique que sa colère apparaît surtout lorsqu'il se sent provoqué par les autres. Il spécifie que sa réaction peut dépendre de la personne contre qui il est en colère (1).

Sous l'angle du pouvoir et du contrôle, Éric mentionne d'abord que la vie est juste pour lui, mais qu'elle est juste avec tout le monde. Par contre, il reste convaincu d'avoir subi une injustice face aux conséquences entraînées par le dévoilement des abus, dans la mesure où il a été le seul puni (2). Par ailleurs, il semble être un adolescent centré sur ses besoins et aucun élément ne nous permet de prétendre qu'il respecte les droits des personnes autres que sa mère (1).

Concernant la résolution de problèmes, le jeune explique qu'il tente de parler lorsqu'il rencontre un problème et que si celui-ci ne fonctionne pas, alors il tente d'autres moyens (ex : utilise une tierce personne comme intermédiaire) (2). Il dit être habituellement souple pour envisager des solutions nouvelles, mais il ajoute que les moyens autres que les siens ne sont pas toujours bons (2).

Finalement, les réponses d'Éric aux questions permettant d'évaluer les attitudes de victime sont brèves et vagues. Il dit être désolé de sa propre situation, mais il ne s'arrêterait pas « là-dessus » parce qu'il veut se rendre loin dans la vie et qu'il a réussi à passer au travers du processus thérapeutique et judiciaire (2). De plus, il est disposé à accepter les conséquences de ses abus sexuels et de ses autres comportements problématiques antérieurs (fugues, agressivité, violence, etc.) (2).

### **Gains tirés du traitement :**

Pour ce construit, Éric obtient un score de 16 sur 51, ce qui correspond à 31% de la note maximale. Ce résultat nous permet de conclure que le jeune n'a pas tiré beaucoup de gains du traitement. Sur tous les critères et sous-critères, un seul permet d'attribuer la note maximum de 3 (assiduité). De plus, quatorze critères nous amènent à attribuer un score de 1 (connaissance

accrues du contenu du programme, compétences accrues retirées du programme, divulgation pendant les rencontres de groupe et durant les rencontres individuelles, confiance : avant le traitement, application des compétences, compréhension du lien entre contenu du programme et l'abus sexuels, participation et alliance thérapeutique) ou même de 0 (confiance : après le traitement, application des connaissances, compréhension émotive du contenu du programme, motivation et lucidité). Pour le reste des indicateurs (n =2), Éric obtient une note de 2 (perturbation du groupe et comportement à l'intérieur du groupe).

#### 4.3.6 Synthèse

##### Évolution des données :

La comparaison des données pré et post traitement d'Éric ne montre pas d'amélioration significative autant pour le construit de la réceptivité que pour celui de la réactivité. En effet, pour le premier, nous ne constatons qu'une augmentation de quatre points, tandis que pour le second, nous obtenons le même score au deux temps de mesure. Pour deux sous-critères, le score à augmenter de deux points (**Réceptivité** : prise de conscience, gravité du problème; soutiens extérieurs, soutien à l'égard du changement). Par contre, pour plusieurs sous-critères (n=26), les résultats restent au même niveau tandis que d'autres (8) régressent d'un point (**Réceptivité** : attentes, avantages du traitement; efficacité personnelle, changement par le traitement; composante affective, exigences au plan émotif, **Réactivité** : mégalomanie, attentes; dureté, manque de souci pour autrui; procrastination, engagement et sans but; pouvoir et contrôle, respect). Pour tous les autres sous-critères (8), une augmentation d'un point est remarquée (**Réceptivité** : établissement des objectifs, importance des buts; motivation, besoin de traitement; autoévaluation, responsabilisation, **Réactivité** : opinions procriminelles, fierté; contacts avec le crime, pairs pro-criminels; neutralisation, minimisation; pouvoir et contrôle, revendication des droits; attitude de victime, souffrance).

**Participation au traitement :**

Lors de la rencontre bilan de fin de traitement, nous avons passé en revue certaines sphères de vie du jeune afin d'évaluer son comportement et son fonctionnement quotidien. Dans son milieu de vie (centre de réadaptation), Éric a plusieurs privilèges en lien avec un système d'étape. En effet, il a gradué tous les échelons du système de reconnaissance. Il mentionne ne plus apprendre quoique ce soit, car il est « parfait » et a travaillé tout ce qu'il devait améliorer. Apparemment, les relations avec les autres jeunes restent encore difficiles. Selon Éric, les autres sont tout simplement jaloux de tous les privilèges qu'il a. Les relations qu'il entretient avec les adultes sont décrites comme étant positives et bonnes. Au niveau familial, le jeune ne voit pas souvent son père tandis que la relation avec sa mère est vécue comme plus positivement. Cette dernière explique qu'à la maison le jeune va essentiellement bien. Il peut argumenter à l'occasion mais qu'il s'arrête lorsque la limite est mise. Madame mentionne aussi que les comportements violents de son fils sont disparus. Durant la semaine, Éric s'occupe en regardant la télévision, en jouant à l'ordinateur et en faisant ses tâches à la maison. Il passe la majorité de son temps avec sa famille et ne voit pas beaucoup de personnes à l'extérieur de celle-ci. Selon la mère, le jeune socialise parfois avec d'autres jeunes de son âge, mais elle n'a qu'un seul exemple à donner.

Concernant le bilan qu'il fait de la thérapie, les réponses du jeune sont brèves et il lui est difficile d'élaborer. Il a tendance à minimiser ses difficultés et son isolement. Éric reste incapable d'identifier les éléments de sa chaîne délictuelle ainsi que les situations à risque de récidive. La mère ajoute qu'elle ne voit pas de situation à risque et que la responsabilité des abus sexuels revient aux adultes (ex : dysfonctionnement de la famille, manque de surveillance, proximité entre les jeunes, etc.). Lorsqu'il est demandé à l'adolescent de nommer les choses qu'il devrait améliorer ainsi que celles qu'il devrait changer en lui, il répond « rien ». Les thérapeutes lui reflètent donc qu'il s'est conformé minimalement et qu'il a dit ce que les autres veulent entendre et non ce qu'il pense vraiment. Il n'a jamais reconnu ou même vu sa

problématique sexuelle. Il a beaucoup de difficultés à se critiquer ou à se remettre en question. Les thérapeutes expliquent qu'un mystère flotte au-dessus du jeune et qu'il semble méfiant envers les adultes. Il recommande un suivi individuel afin que celui-ci se connaisse davantage. De plus, tant et aussi longtemps qu'il ne réfléchit pas davantage, il lui est suggéré de ne pas rester seul avec des enfants, ce à quoi il réplique qu'il se sent à l'aise d'en garder à nouveau.

Dans ce cas-ci, différentes hypothèses peuvent être soulevées afin d'expliquer un manque important d'évolution de la réceptivité et de la réactivité. Tout d'abord, lors des rencontres individuelles, divers comportements verbaux et non-verbaux du jeune nous ont laissé penser à un manque d'intérêt (joue avec des feuilles, est facilement déconcentré, donne des réponses courtes, etc.). Ensuite, la position de victime qu'il maintient ne lui permet pas d'approfondir sa réflexion sur certains aspects. Par ailleurs, le fait que les procédures judiciaires ne soient pas terminées peut, en quelque sorte, influencer la participation de l'adolescent. Celui-ci ne veut peut-être pas s'ouvrir sur des faits qui peuvent avoir un impact sur sa culpabilité alors il tient davantage des propos de surface lors des séances. La position et l'opinion des adultes qui gravitent autour de lui (parents, intervenant, éducateur) ont aussi pu avoir une influence sur son ouverture dans le groupe et sa méfiance envers les thérapeutes. En effet, la vision des responsables de la thérapie de groupe semblaient largement diverger de celle des intervenants du centre de réadaptation ainsi que de celle de sa mère et de son beau-père. Le fait que ces adultes le voient comme étant un bon et « parfait » garçon qui a été victime de son passé tumultueux, peut renforcer sa rigidité et ses difficultés à se responsabiliser face à ses erreurs, ses choix et ses comportements.

## CHAPITRE V : DISCUSSION ET CONCLUSION

Au cours de ce travail, nous avons tout d'abord ajusté le protocole d'évaluation de la réceptivité, de la réactivité à l'égard du traitement et des gains acquis (Serin et Kennedy, 1997) pour une clientèle d'adolescents agresseurs sexuels. Par la suite, nous avons présenté trois jeunes adolescents aux prises avec une problématique sexuelle, leurs résultats au protocole d'évaluation de Serin et Kennedy, ainsi qu'un aperçu du traitement qu'ils ont suivi en groupe. Finalement, grâce à une procédure impliquant pré et post test, nous avons étudié de façon exploratoire l'impact du processus de traitement du C.P.L.M. sur le niveau de réceptivité et de réactivité des sujets.

### 5.1 LIMITES DE L'ÉTUDE

Comme chaque étude, la nôtre comporte certaines limites. Il convient donc en premier lieu de les nommer.

Premièrement, notre tout petit échantillon ne peut répondre aux critères scientifiques de la représentativité et de la généralisation. Le choix de nous pencher sur des histoires de cas et de les présenter en profondeur pour répondre à nos objectifs académiques a, en effet, exclu le recours à des analyses statistiques. Nous espérons néanmoins que la richesse du matériel qualitatif présenté a permis d'éclairer un peu les enjeux de la réceptivité chez les adolescents agresseurs sexuels participant à une intervention de groupe basée sur la prévention de la récidive.

Deuxièmement, si nous avons pu établir une certaine association entre le traitement et l'amélioration de la réceptivité et de la réactivité pour deux des trois jeunes dans notre étude, nous ne pouvons nous permettre d'établir un lien de causalité entre eux. En effet, aucun test

statistique n'a permis d'affirmer que l'écart mesuré était significatif et aucune comparaison avec des sujets contrôles n'a permis d'établir avec certitude la présence de cet impact. De plus, les mesures post-traitement ont été prises trois mois après le suivi. Lors de l'entretien bilan, il est donc difficile d'évaluer le réel impact du traitement sur les adolescents lorsqu'ils retournent dans leur milieu naturel. L'évaluation de la généralisation des acquis reste complexe à faire et peu fiable puisque nous devons nous en remettre aux révélations des adolescents.

Troisièmement, nous pouvons constater un biais concernant l'échantillon choisi pour notre étude. En effet, les trois sujets appartiennent sensiblement au même type, à savoir l'abus sexuel commis à l'égard d'enfants. L'absence d'adolescent ayant un profil de type violeur nous empêche de projeter nos conclusions sur tous les adolescents agresseurs sexuels. Il aurait donc été intéressant de voir si le processus et la réceptivité de tels jeunes ressemblent à ceux des sujets recrutés pour notre étude.

Quatrièmement, la méthode des accords interjuges amène pour sûr une plus juste évaluation des données. Par contre, la présence d'une deuxième personne lors des entretiens a pu limiter la spontanéité, l'ouverture et l'aisance de nos sujets face à la transmission des informations, d'autant plus que cette deuxième personne était une des thérapeutes animatrices du groupe auquel les sujets participaient. Ils ont donc pu s'autocensurer afin d'éviter de divulguer certaines informations qui auraient pu leur nuire.

Pour finir, il est pertinent de mentionner un dernier point même si celui-ci n'est pas propre à ce projet. Il est quasi impossible d'associer la réceptivité et la réactivité en cours de traitement à une réduction des risques de récidive. En effet, nos dernières données ont été prises trois mois après que le traitement soit terminé. Or, rappelons-nous que 10% à 15% des délinquants sexuels récidivent après cinq ans (Carpentier & Proulx, 2011; Hanson & Bussière, 1998; McCann & Lussier, 2008). Ce dernier argument nous permet de faire la transition vers le second point que nous désirons aborder au cours de cette discussion.

## 5.2 RÉCEPTIVITÉ ET TRAITEMENT

Un de nos objectifs consistait à étudier l'impact du traitement que nos sujets ont suivi, sur leur niveau de réceptivité. Nous allons donc tenter d'identifier les caractéristiques spécifiques du traitement ainsi que les variables individuelles qui ont pu jouer un rôle important dans la modification ou le maintien du niveau de réceptivité de nos sujets. Mentionnons d'abord que la modalité groupale favorise et exige la participation active et dynamique de chaque individu. Par le fait même, le groupe permet aux participants de développer des relations entre eux et avec les thérapeutes. Il est composé de différentes personnes dont le type de déviance diffère, ce qui fait en sorte que le focus n'est pas uniquement mis sur les problématiques sévères. Il favorise aussi les interactions dans une atmosphère de respect. Par ailleurs, chaque agresseur possède un niveau de reconnaissance et des attitudes qui peuvent diverger d'un individu à l'autre. Le groupe permet donc une confrontation qui est plus acceptée par les jeunes (Kjellgren, 2001) tandis que les interventions des thérapeutes, qui représentent la figure d'autorité, peuvent être moins facilement acceptées par les adolescents. Ainsi, au cours d'une séance, l'intervention d'un autre jeune du groupe sur les attitudes négatives et désagréables de Mathieu a permis à ce dernier de s'ajuster et poursuivre les rencontres ultérieures avec un tout autre comportement.

Une autre caractéristique des rencontres de groupe concerne la pluralité des sujets et des thérapeutes. En effet, cette méthode peut amoindrir le transfert et le contre-transfert et permettre l'équilibre des interventions et des investissements de chacun. Comme mentionné dans la littérature, les agresseurs sexuels sont aux prises avec différentes difficultés relationnelles telles que les problèmes d'intimité et l'isolement social (Abel & coll., 1984; Aubut & coll., 1993; Fisher & Howells, 1993). Nous pouvons donc penser que le cadre groupal leur paraît moins menaçant qu'un suivi individuel. Ainsi, au cours d'une rencontre bilan, Jacob a dit

qu'il voyait le traitement de groupe beaucoup plus « relax » et cela lui a permis d'être plus à l'aise.

Ajoutons à cela un autre avantage lié à la présence de plusieurs thérapeutes, idéalement homme et femme, dans les séances. En effet, la réceptivité dépend fortement de la motivation du client et de l'alliance thérapeutique selon Serin & Kennedy (1997). Or, il arrive que cette alliance soit difficile à établir parce que les mouvements de transfert et contre-transfert sont intenses et lourds à gérer. La présence de deux thérapeutes permet de minimiser les situations de blocage tout en favorisant la remise en question du patient. D'autre part, certains jeunes ayant été victimes de violence de la part d'un parent peuvent avoir de la difficulté à créer une alliance thérapeutique avec une personne du même sexe que leur agresseur. Dans le cas de Mathieu, il se peut que la présence d'un thérapeute masculin ait favorisé sa réceptivité dans la mesure où il a été victime de mauvais traitement de la part de l'ex-conjointe du père et il avait une relation conflictuelle avec sa mère. Nous pouvons donc penser que ce jeune a certaines difficultés à accepter l'autorité féminine. Jacob, pour sa part, maintenait une relation très conflictuelle avec son père et il idéalisait sa mère. La présence d'une thérapeute a pu permettre une meilleure réceptivité.

Le soutien extérieur joue aussi un rôle important lorsqu'il est question de traitement pour adolescents. Comme nous avons vu précédemment, la famille est une sphère caractérisée par les influences réciproques entre les individus (Borduin & Schaeffer, 2001; Veneziano & Veneziano, 2002). Il va de soi que le soutien que donne la famille au jeune peut avoir un lien avec le cheminement de celui-ci à travers le processus thérapeutique et la généralisation de ses acquis (Caron, 2002). Dans le cas d'Éric, le manque d'évolution positive au cours de la thérapie peut s'expliquer par la position de la mère et du beau-père qui maintenaient qu'Éric avait une position de victime dans l'abus sexuel. Selon le jeune, ceux-ci auraient également mentionné qu'il n'avait pas besoin de traitement pour sa problématique sexuelle. Leur discours

semblait davantage excuser et minimiser les gestes posés par le jeune. Il devient difficile de travailler sur les différentes distorsions cognitives de l'adolescent lorsque les parents ont eux aussi ces distorsions et dénie ou minimisent les faits. Pour ce qui est de Jacob, la famille a pu, au contraire, avoir un effet positif. Tout au long de la thérapie, le jeune pouvait compter sur l'appui et l'encouragement de son père, chez qui il vivait. Dans ce cas-ci, le père approuvait la démarche thérapeutique et maintenait que son fils avait besoin de traitement.

En ce qui concerne plus précisément les trois sujets de l'étude, il semble y avoir certaines ressemblances face aux caractéristiques et aux facteurs de résistance qui ont pu avoir un lien avec le niveau de leur réceptivité en début de traitement. Tout d'abord, au niveau des caractéristiques personnelles, il s'avère que tous ont été isolés socialement suite à une dynamique de rejet et de moquerie. Ils ont vécu une instabilité au niveau de leur environnement familial (séparation, nouveau conjoint ou conjointe). De plus, deux de nos sujets (Mathieu et Éric) ont été victimes de mauvais traitements sexuels ou physiques. Au niveau psychiatrique, tous sont aux prises avec un trouble spécifique : TDAH (trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité) pour Jacob et Mathieu, trouble de l'opposition et d'apprentissage pour Éric. Concernant les facteurs de résistance, chacun des adolescents a manifesté un déni quelconque.

- Mathieu : déni des faits (rapporte uniquement un seul événement), déni de la fantasmatique déviante, déni des conséquences (selon lui, son frère n'aurait pas de conséquence relié à l'abus) et déni de la récurrence potentielle (croit qu'il ne récidivera pas).

- Jacob : déni des conséquences (mentionne avoir davantage de conséquences que sa sœur), déni de la récurrence potentielle (croit qu'il ne récidivera pas) et déni des problèmes familiaux (idéalisait sa mère et ne voit aucunement que la séparation a pu lui causer certaines

frustrations et notions de jalousie face à sa sœur qui peut amplement profiter de bons moments avec la mère).

- Éric : déni des faits (ne mentionne aucunement les événements impliquant les jeunes de sa ressource intermédiaire), déni de la responsabilité (se voit davantage comme la victime et non comme l'agresseur, met la faute sur la fille de l'ex-conjoint de la mère), déni des conséquences (croit que la seule conséquence pour son frère est de ne plus pouvoir le voir, omet de parler de celles sur la fille de l'ex-conjoint et des jeunes de la ressource intermédiaire) et déni de la récurrence potentielle (malgré le nombre d'événements qui se sont produits sur une longue période, croit qu'il ne récidivera pas).

Ces caractéristiques communes à chacun sont appuyées par les écrits (Abel & coll., 1984; Aubut & coll., 1993; Borduin & Schaeffer, 2001; Fortin, 2002; Fisher & Howells, 1993; Jacob, 1999; Lafortune, 2003; Lafortune, & coll., 2004; Righthand & Welch, 2001; Sioui, 2008) et peuvent, en quelque sorte, expliquer la faible estime de soi, la mauvaise gestion des émotions et le manque d'empathie pour autrui que nos sujets manifestent. Nous considérons que les trois jeunes ont développé certains mécanismes de défense afin de protéger leur intégrité psychique et leur estime de soi : utilisation de la violence, refoulement des affects et des émotions ainsi que rigidité au niveau de la pensée. Par ailleurs, ces mécanismes ont pu freiner l'évolution de leur réceptivité à la lumière de certains critères. C'est notamment le cas de Jacob qui obtient le score de 1 pour le critère de la composante affective et celui de la mégalomanie. Il maintient de la difficulté à exprimer ses émotions (qu'il garde à l'intérieur), ne voit pas les exigences du traitement sur le plan émotif et projette une image de lui comme étant sûr et confiant face à l'avenir. Quant à Éric, il obtient un résultat nul (0) pour les critères de la dissonance cognitive et celui de la mégalomanie puisqu'il se sent peu concerné au niveau émotif (aucun affect et détaché de ses émotions), est incapable de voir ses défauts (selon lui, il n'en n'a pas) et ne manifeste aucune crainte face à son avenir malgré son passé rempli de

faillies. Dans ce cas-ci, il est essentiel de mentionner que les procédures judiciaires n'étaient pas terminées au moment du traitement, ce qui a pu avoir eu un effet sur la franchise et l'ouverture de l'adolescent. Mathieu, quant à lui, a obtenu une note faible (1) pour le critère de la résolution de problèmes puisqu'il semble avoir cru pendant plusieurs années, que la violence pouvait résoudre tous ses problèmes.

D'un autre côté, certains aspects du traitement et de la personnalité des jeunes ont fait en sorte que le niveau de réceptivité a pu être augmenté pour certains critères. Ainsi, pour l'ensemble des trois jeunes, les indicateurs «prise de conscience du problème», «importance de l'établissement d'objectifs», «responsabilisation», «opinions sur le traitement et soi-même», «soutien extérieur reçu pour le changement», «conscience des exigences du traitement sur le plan émotif», «minimisation», «utilisation de la colère» et «revendication de ses droits» sont ceux où nous avons pu noter les progrès les plus intéressants.

Comme mentionné précédemment, la forme de traitement (groupe), le style d'intervention des thérapeutes et le soutien extérieur ont influé sur la capacité des sujets de cheminer positivement. De plus, les capacités intellectuelles, d'introspection et d'analyse des jeunes ont aussi pu faciliter l'évolution de Mathieu et Jacob. En effet, Mathieu est le seul du groupe à avoir un diplôme d'études secondaires et à avoir entamé des études postsecondaires; tandis que Jacob est en voie de terminer ses études secondaires dans un programme d'éducation aux adultes. Ils semblent tous deux s'orienter vers une vie relativement normale et pro-sociale (ex : études, emploi, relation amoureuse, relation familiale avec moins de conflits, aucune délinquance retenue, etc.). Par ailleurs, Mathieu a su trouver sa place à l'intérieur du groupe (sentiment d'acceptation et de respect, augmentation de l'estime de soi). Cela va donc de soi qu'il obtienne la plus forte note pour plusieurs critères tels que l'efficacité personnelle, les (faibles) opinions procriminelles, les (faibles) contacts avec le crime et la (faible) procrastination.

Deux derniers aspects peuvent être soulevés lorsqu'il est question de la progression positive et de la réceptivité des sujets suite au traitement : l'effet placebo et le vieillissement. Le premier fait référence à l'impact du cadre sur l'individu. Souvent, la simple prise en charge (peu importe le type de traitement) peut apporter chez certaines personnes un effet positif et dissuasif sur le comportement. Il est alors question d'une mesure thérapeutique d'efficacité nulle ou faible, sans rapport logique avec la problématique, mais agissant néanmoins si le sujet pense recevoir un traitement actif et se dit «j'y crois ». Le second aspect cible davantage la maturation de l'individu et le simple arrêt des comportements inadéquats de par le vieillissement de l'adolescent.

### **5.3 RÉFLEXIONS SUR LES APPRENTISSAGES EFFECTUÉES ET CONCLUSION**

Le stage au CPLM, les rencontres de supervision et l'étude réalisée nous ont permis d'identifier certaines variables individuelles et thérapeutiques en jeu dans l'évolution de la réceptivité, laquelle est apparue en lien avec la progression des trois sujets au cours du traitement.

En conclusion de ce travail, nous aimerions mentionner que nous avons acquis de solides connaissances relatives au domaine de la délinquance sexuelle, tout en développant une compréhension clinique du phénomène. La complexité de la tâche a été compensée par l'accueil de l'équipe pluridisciplinaire. En plus de nous donner l'opportunité de nous familiariser avec l'apport spécifique de chaque profession, cette équipe nous a donné un soutien de tout instant et un espace de parole pour partager nos doutes, inquiétudes, questionnements ou impressions quant à la pratique. Elle nous a aussi permis de prendre part à un travail commun, dans la poursuite d'un même objectif, tout en respectant les responsabilités de chacun. Nous

avons également appris à prendre position, à faire la part des choses, à comprendre la place du criminologue au sein de l'institution et à développer nos capacités à assumer ce statut.

Par ailleurs, notre double position d'apprenti thérapeute et d'apprenti chercheur nous a permis de marier agréablement la théorie à la pratique, ainsi que la clinique à la recherche.

Enfin, notre projet a permis de connaître le protocole d'évaluation mis au point par Serin et Kennedy. Cet outil peut, à première vue, sembler complexe et long à remplir, mais il peut servir et guider plusieurs intervenants face à un vaste répertoire de clients (adolescent ou adulte, homme ou femme, abuseur sexuel, personne violente, etc.). En effet, il permet de cibler les éléments les plus problématiques chez les individus avant d'entamer le traitement. Par conséquent, les professionnels peuvent ajuster leur approche et/ou le traitement en fonction des déficits du client.

Pour finir, il nous tient à cœur de mentionner l'importance du thérapeute ou de l'intervenant. Plusieurs traitements et outils ont été évalués et jugés efficaces. Or, ce vaste inventaire de programmes, traitements et outils ne pourrait pas être efficace et applicable sans ces individus dévoués à leur travail. À nos yeux, l'élément primordial de la réceptivité est la relation thérapeute-client. Évidemment, certains styles ou attitudes sont plus gagnants que d'autres (ex : confrontant, neutre, à l'écoute, sens de l'humour, etc.). Voilà pourquoi il faut réfléchir sur les caractéristiques des intervenants qui font en sorte que la relation d'aide procure des effets positifs à court et à long terme.

## RÉFÉRENCES

- Abel, G.G., Mittelman, M.S. & Becker, J.V. (1984). Sexual Offenders: The results of Assessment and Recommendations for treatment, dans Ben-Aron, M.H., Hucker, J.J. & Webster, C.D. (Eds). *Clinical Criminology: The Assessment and Treatment of criminal Behavior*, 1991-205. FBI Law Enforcement Bulletin.
- Alexander, M.A. (1999). Sexual Offender Treatment Efficacy Revisited. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11(2), 101-116.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically-informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369-404.
- Aubut & coll. (1993). *Les agresseurs sexuels : Théorie, évaluation et traitement*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill, 328 p.
- Auclair, N., Carpentier, J. & Proulx, J. (sous presse). Étude descriptive d'un échantillon d'adolescents auteurs d'abus sexuel référé en clinique psychiatrique externe. Dans M. Tardif, J. Proulx, M. Jacob & R. Quenneville (Éds), *La délinquance sexuelle des mineurs : théorie, évaluation et traitement*. Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Auclair, N. & Lamoureux B. (1993). *Les théories sociales*, dans J. Aubut (Ed.) *Les agresseurs sexuels. Théories, evaluation et traitement*. Montréal, éditions de la Chenelière. pp. 44-56.
- Barbaree, H.E. (1991). Denial and Minimization among Sex Offenders: Assessment and Treatment Outcome. *Forum on Corrections Research*, 3, 30-33.
- Becker, J.V., Kaplan, M.S., Cunningham-Rathner, J. & Kavoussi, R. (1986). Characteristics of adolescent incest sexual perpetrators: Preliminary finding. *Journal of Family Violence*, 1(1), 85-97.
- Borduin, C.M., & Schaeffer, C.M. (2001). Multisystemic treatment of juvenile sex offenders: A progress report. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 13, 25-42.
- Caron, M. (2002). *Le professionnel en intervention : Un tuteur sur le parcours des jeunes en difficulté*. Montréal : Sciences et Culture, 350 p.
- Carpentier, J. & Proulx, J. (2011). Correlates of Recidivism Among Adolescents Who Have Sexually Offended. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23, 434-455.

- Carpentier, J. Poulx, J. & Leclerc, B. (2005). *Les variables associées à l'agression sexuelle violente chez les adolescents agresseurs sexuels*, dans Cifas (Ed.), *l'agression sexuelle : coopérer au-delà des frontières* (pp. 109–121). Québec.
- CSOM (2008). *The Comprehensive Assessment Protocol : A systemwide review of adult and juvenile sex offender management strategies*. U.S. Department of justice.
- Dowden, C., Antonowicz, D. & Andrews D.A. (2003). The Effectiveness of Relapse Prevention With Offenders: A Meta-Analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(5), 516-528.
- Fanniff, A.M. & Becker, J.V. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescent sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 265-282.
- Fisher, D., Beech, A., Browne, K. (1993). Social relationships in sexual offenders. *Sexual and Marital Therapy*, 8(2), 123-136.
- Fortin, C. (2002). Les agressions sexuelles par les adolescents. *Magazine jeunesse*, 10(4), 14-17.
- Graves, R.B., Openshaw, D.K., Ascione, F.R. & Ericksen, S.L. (1996). Demographic and Parental Characteristics of Youthful Sexual Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40 (4), 300-317.
- Gray, A. & Pithers, W.D. (1993). Relapse prevention with sexually aggressive adolescents and children: Expanding treatment and supervision. *The Juvenile Sex Offender* ; (ed.) par H.E. Barbaree, W.L. Marshall et S.M. Hudson. New York, NY: Guilford Press, pp. 289-319.
- Groth, N.A., Longo, R.E. & McFadin, J.B. (1982). Undetected recidivism among rapists and child molesters. *Crime and Delinquency*, 28(3), 450-458.
- Haesevoets, Y-H. (2001). Évaluation et traitement des adolescents agresseurs sexuels : de la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive. *La psychiatrie de l'enfant*, 2(44), pp 447 à 483.
- Hanson, R.K. & Buissonière, M.T. (1998). Predicting relapse : A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., & Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(2), 169-194.

- Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 1154-1163.
- Happel, R. M. & Auffrey, J. (1995). Sex offender assessment: Interrupting the dance of denial. *American Journal of Forensic Psychology, 13* (2), 5-22.
- Jacob, M. (1999). Les différentes pathologies sexuelles à l'adolescence. *Colloque sur la prévention de la violence : Atelier A-2.3*.
- Jacob, M., Auclair, N. & Quenneville, R. (1999). Le traitement d'adolescents agresseurs sexuels en clinique externe. *Forensic, 21*, 19-22.
- Jacob, M. & McKibben, A. (1993). *Les adolescents agresseurs sexuels*, dans Maloine (Ed.) les agresseurs sexuels. Théories, évaluation et traitement (pp 268-279). Montréal: les éditions de la Chenelière inc.
- Kennedy, S.M. (2000), Réceptivité au traitement: Réduction de la récidive par des traitements plus efficaces, chapitre 5, dans Motivk, L.L. & Serin, R.C. (ed.), *Compendium 2000 des programmes correctionnels efficaces*, Ottawa : Service Correctionnel du Canada.
- Kjellgren, C. (2001). Young people who sexually offend. *Sexual abuse of children: Expert report*, 42 p.
- Lab, S., Shields, G., & Schondel, C. (1993). Research Note: An evaluation of juvenile sexual offender treatment. *Crime and Delinquency, 39*(4), 543-553.
- Lafortune, D. (1996). *Antécédents et caractéristiques psychologiques de l'adolescent ayant commis un abus sexuel*, Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Lafortune, D. (2003). Abus sexuel commis par un adolescent et milieu familial. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique, 56*(3), 259- 276.
- Lafortune, D., Proulx, J., Tourigny, M. & Metz, K. (2004). Recension des études empiriques québécoises s'intéressant aux adolescents auteurs d'agression sexuelle. *Revue de psychoéducation, 33*(2), 449-472.
- Lafortune, D., Tourigny, M., Proulx, J. & Metz, K. (2006). Les interventions québécoises pour les adolescents auteurs d'agression sexuelle. *Revue de psychoéducation, 36*(1), 25-56.
- Lagueux, F. & Tourigny, M. (1999). *État des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels*. Publication du Gouvernement du Québec.

- Landenberger, N.A. & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral therapy for offenders. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451- 476.
- LeBlanc, M. (2003). *La conduite délinquante des adolescents : son développement et son explication.*. Dans M. LeBlanc, M. Ouimet et D. Szabo (Ed), *Traité de criminologie empirique* (3<sup>e</sup> éd) (pp.367-420). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- LeBlanc, M., Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J.C et Trudeau-LeBlanc, P. (2002). *Intervenir autrement. Un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté.* Gaëtan Morin Éditeur, 318 p.
- LeBlanc, M. & Lapointe C. (1999). Agression sexuelle chez les garçons : comparaisons des agresseurs agressés avec les autres adolescents en difficulté. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 41(4) 479-511.
- Mathews, F. & Stermac, L. (1989). *Adolescent sex offenders : a tracking study.* Toronto, Central Toronto Youth Services.
- McCann, K. & Lussier, P. (2008). Antisociality, Sexual Deviance, and Sexual Reoffending in Juvenile Sex Offenders: A Meta-Analytical Investigation. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 6, 363-385.
- McKibben, A. (1999). Le déni et la minimisation chez les agresseurs sexuels. *Forensic*, 21, 13-15.
- Miner, M.H. (2002). Factors Associated With Recidivism in Juveniles: An Analysis of Serious Juvenile Sex Offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 39, 421-436.
- Miner, M.H. & Crimmins, C.L.S. (1995). Adolescent sex offenders : Issues of etiology and risk factors, dans B.K. Schwartz & H.R. Cellini (Eds), *The sex offender: Vol 1. Corrections, treatment and legal practice* (pp.9.1-9.15). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Pauzé, R. & Mercier, J. (1994). *Les enfants qui agressent sexuellement.* Montréal, Éditions St-Martin.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change, dans W.R. Miler and S. Rollnick (Eds.). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* Guilford Press: New York.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Quinsey, V.L., Rice, M.E. & Harris, G.T. (1995). Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal Interpersonal Violence*, 10(1), 85-105.

- Reitzel, L. & Carboneli, J. (2006). The Effectiveness of Sexual offender Treatment for Juveniles as Measured by Recidivism: A meta-Analysis. *Sex Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(4), 401-421.
- Righthand, S. & Welch, C. (2001) *Juveniles who have sexually offended: A review of the professional literature*. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 65 p.
- Roberts, C.F., Doren, D.M., & Thornton, D. (2002). Dimensions associated with sex offender recidivism risk, *Criminal Justice and Behavior*, 29, 569-589.
- Serin, R. & Kennedy, S. (1997). *La disponibilité et la réceptivité face au traitement et leur contribution à l'efficacité des programmes correctionnels*, Ottawa, Service Correctionnel du Canada.
- Sioui, B. (2008). *Jeux interdits : ces adolescents accusés d'agression sexuelle*. Montréal : VLB Éditeur.
- Swenson, C.C., Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Kaufman, K.L. & Randall, J. (1998). Changing the social ecologies of adolescent sexual offenders: Implications of the success of multisystemic therapy in treating serious antisocial behavior in adolescents. *Child Maltreatment*, 3 (4), 330-338.
- Taylor-Butts, A. & Bressan, A. (2006). La criminalité chez les jeunes au Canada, 2006. *Juristat*, Centre canadien de la statistique juridique, 28 (3), 17 p.
- Veneziano, C. & Veneziano, L. (2002). Adolescent Sex Offenders: A Review of the Literature. *Trauma Violence & Abuse*, 3, 247-260.
- Walker, D.F., McGovern, S.K., Poey, E.L., & Otis, K.E. (2004). Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: A meta-analysis and review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13, 281-294.
- Winn, M.E. (1996). The strategic and Systemic Management of Denial in the Cognitive-Behavioral Treatment of Sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8(1), 25-36.

#### **Outils cliniques:**

Protocole d'évaluation de la réceptivité et de la réactivité à l'égard du traitement et, par la suite, des gains acquis, Serin & Kennedy (1997). Service correctionnel du Canada.

#### **Site consulté :**

[www.pinel.qc.ca](http://www.pinel.qc.ca)

[www.fafmrq.org](http://www.fafmrq.org)

**ANNEXE I : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Titre de la recherche** : Le progrès des adolescents agresseurs sexuels lors du traitement.

**Chercheur** : Claudine Roy, étudiante, Maîtrise en criminologie, Université de Montréal.

**Directeur de la recherche** : Denis Lafortune, professeur agrégé, Département de criminologie, Université de Montréal.

**Superviseure de stage** : Julie Carpentier, criminologue, Centre de Psychiatrie Légale de Montréal.

### A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

#### 1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux connaître et comprendre l'impact du traitement sur les adolescents agresseurs sexuels y participant et leur progression graduelle lors de la thérapie touchant essentiellement leur réceptivité, leur réactivité et les gains acquis face au traitement.

#### 2. Participation à la recherche

La participation à cette recherche consiste à rencontrer le chercheur à deux reprises au minimum soit en début et en fin de traitement. Chaque rencontre sera environ d'une durée d'une heure. Durant ces entrevues, vous serez appelé à répondre à des questions d'intérêts personnels sur la réceptivité et la réactivité au traitement. De plus, si vous êtes en accord, ces rencontres pourront faire l'objet d'enregistrement sur cassette audio.

#### 3. Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez ou que nous recueillerons demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un nom fictif et seul le chercheur et l'équipe multidisciplinaire du CPLM auront la liste des participants et les noms fictifs attribués. De plus, aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces données personnelles ainsi que l'enregistrement auditif seront détruits à la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier pourront être conservées après cette période, le temps nécessaire à leur utilisation.

#### 4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur l'efficacité des traitements d'adolescents agresseurs sexuels et à l'amélioration éventuelle des services offerts aux jeunes. Votre participation à la recherche pourra également vous donner l'occasion de mieux vous connaître.

#### 5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous

décidez de vous retirer de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

## B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages et les inconvénients de cette recherche.

Je consens à ce que les rencontres avec le chercheur fassent l'objet d'enregistrement audio.

Oui

Non

Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Pour toute question relative à la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur (Claudine Roy) au numéro de téléphone suivant : 514-328-7800 poste 223.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 514-343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsmanmontreal.ca](mailto:ombudsmanmontreal.ca) (**L'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

**ANNEXE II : PROTOCOLE DE SERIN ET KENNEDY**

Protocole d'évaluation de la  
réceptivité et de la réactivité  
à l'égard du traitement et,  
par la suite, des gains  
acquis

Lignes directrices pour  
l'évaluation clinique

© Service correctionnel du Canada

Secteur de la recherche

**Ralph Serin et Sharon Kennedy**

**Novembre 1997**

# Guide de l'échelle d'évaluation - Réceptivité au traitement

© 1997 Service correctionnel du Canada  
Secteur de la recherche

L'objet de cette échelle est d'aider le personnel à évaluer de façon systématique la réceptivité au traitement du délinquant avant et après sa participation à un programme correctionnel de traitement. Les divers éléments ont été choisis à partir d'un examen des ouvrages pertinents et d'entretiens avec des cliniciens et des membres du personnel chargé du programme.

Les éléments ont été conçus de telle façon que deux exemples illustrent chaque domaine se rapportant à la réceptivité. Les échelles d'évaluation comportent des valeurs de référence comportementales et des descriptions particulières pour faciliter la notation. Les questions de chaque élément sont proposées seulement à titre de guide pour les membres du personnel qui veulent faire des entrevues semi structurées. Nous recommandons que les questions soient simplement intégrées aux stratégies d'évaluation existantes qui sont fondées sur des entrevues.

Les résultats des divers éléments sont totalisés de façon à obtenir une note totale qui indique le degré de réceptivité de la personne. Plus la note est élevée, plus la personne est réceptive, dont prête à suivre un traitement.

## 1. *Prise de conscience du problème*

L'élément « prise de conscience du problème » permet d'évaluer dans quelle mesure un délinquant reconnaît l'existence de facteurs criminogènes particuliers. La première partie concerne uniquement la prise de conscience de difficultés précises. Un score de 3 révèle que le délinquant est parfaitement conscient de ses problèmes, ce qui ne se résume pas à avouer qu'il a un problème. De la même manière, un score de 0 suppose que le délinquant croit que les circonstances ou d'autres personnes sont les seules causes de ses problèmes. La deuxième partie permet d'évaluer dans quelle mesure le délinquant comprend les conséquences de ses problèmes (c'est-à-dire les conséquences à court et à long terme, la relation avec la criminalité et d'autres facteurs liés au mode de vie comme l'aspect financier, l'emploi, la famille et les relations interpersonnelles). Le délinquant doit être en mesure de décrire les divers aspects du problème (p. ex. gravité, contexte et conséquences).

### **Questions possibles**

- q Décrivez-moi les événements qui ont mené à votre incarcération.
- q Selon vous, quel est le problème le plus grave dans votre vie ?
- Selon vous, que devrez-vous faire pour éviter de retourner en prison, une fois que vous aurez été libéré ?
- Selon vous, quelles ont été les répercussions du crime sur votre vie ?

### **A) Prise de conscience du problème**

<b>0</b>	Nie l'existence de tout problème concernant son comportement criminel ou antisocial.
<b>1</b>	Admet jusqu'à un certain point que des problèmes ont pu contribuer au crime, mais les réponses sont hésitantes et incertaines.
<b>2</b>	Reconnaît que des problèmes ont contribué au crime, mais la prise de conscience n'est pas parfaite.
<b>3</b>	Admet facilement que des facteurs criminogènes personnels ont joué un rôle de première importance dans son comportement criminel. Il reconnaît la totalité de ces facteurs et peut en dresser la liste.

### **B) Compréhension du problème**

<b>0</b>	Indépendamment de la prise de conscience, ne semble pas comprendre les relations de cause à effet entre les problèmes et le comportement criminel. S'il n'y a pas prise de conscience (plus haut), la compréhension est nulle.
<b>1</b>	Manifeste une certaine compréhension, admet qu'au moins un facteur criminogène est lié au crime, mais cette compréhension est vague, non spécifique, et le blâme principal, dans les faits, est mis sur des facteurs extérieurs.
<b>2</b>	Peut décrire comment des problèmes personnels ont contribué au crime.
<b>3</b>	Peut expliquer le lien de cause à effet ou l'enchaînement des facteurs et leur interaction avec le comportement criminel.

**Note totale**

## 2. Établissement des objectifs

L'élément « établissement des objectifs » permet d'évaluer la capacité d'un délinquant d'établir et de décrire de façon réaliste des objectifs de traitement. La première partie doit tenir compte des connaissances et des aptitudes nécessaires pour que le délinquant tire profit du traitement. Ainsi, une personne qui a derrière elle toute une vie de toxicomane obtient un score de 0 si son objectif est une abstinence sans faille après un programme de quatre mois, et 3 si elle est réaliste en ce qui concerne les nouvelles aptitudes et connaissances nécessaires pour tirer profit du traitement. En ce qui concerne la deuxième partie, qui porte sur l'évaluation de l'attitude à l'égard de l'établissement des objectifs, le délinquant qui reconnaît l'importance de cette démarche obtient un score de 3 et celui qui ne le fait pas, un score de 0.

### Questions possibles

- q Si vous participiez à un programme de traitement, à quels problèmes pensez-vous devoir vous attaquer ? Comment vous y prendriez-vous ?
- q Comment décririez-vous le processus de traitement ? [Essayez de voir si le délinquant pense qu'il lui suffira de se présenter aux réunions du groupe ou s'il ne pense pas plutôt qu'il faudra faire des efforts plus importants]
- q Comment pensez-vous que le traitement vous aidera à éviter le crime à l'avenir ?
- q Quelles mesures, éventuellement, devrez-vous prendre pour réussir votre réinsertion au moment de la libération ? [Doit utiliser dans la collectivité les compétences acquises grâce au traitement.]

#### A) Établissement d'objectifs réalistes

<b>0</b>	Incapable d'établir des objectifs de traitement réalistes.
<b>1</b>	Peu capable d'établir des objectifs de traitement réalistes.
<b>2</b>	Capable jusqu'à un certain point d'établir des objectifs de traitement réalistes.
<b>3</b>	Capable d'établir des objectifs de traitement réalistes.

#### B) Importance de l'établissement d'objectifs

<b>0</b>	Ne pense pas que l'établissement d'objectifs soit important.
<b>1</b>	Ne considère comme importants que les objectifs à court terme.
<b>2</b>	Ne considère comme importants que les objectifs à long terme.
<b>3</b>	Estime que les objectifs à court et à long terme sont importants pour tirer profit du traitement et en conserver les acquis.

**Note totale**

### 3. Motivation

Il s'agit ici d'évaluer le besoin de traitement perçu par le délinquant et les indices de motivation. Lorsque le délinquant exprime le besoin de traitement avec émotion (A), et comprend la difficulté et la complexité de ses besoins, il faut attribuer un score de 3. Les comportements révélant une bonne motivation (B) doivent comprendre, lorsqu'il y a lieu, l'assiduité aux entrevues et(ou) aux réunions de groupe, l'exécution du travail personnel, la fidélité aux traitements antérieurs et(ou) des propos favorables sur le traitement perçu comme une démarche et non comme un résultat. On doit retrouver plus d'un de ces éléments pour accorder un score de 3.

#### Questions possibles

- q Pourquoi pensez-vous avoir besoin de traitement ? Comment, pensez-vous, le traitement vous aidera-t-il à répondre à ces besoins ?
- q Si vous vous comparez aux personnes qui se trouvent ici, diriez-vous que vous avez besoin de traitement plus qu'elles ou moins ? Avec qui vous comparez-vous ?
- q Avez-vous déjà suivi un traitement ? Si oui, en quoi les choses sont-elles différentes cette fois-ci ?
- q Comment avez-vous entendu parler du traitement ? [Quelles mesures la personne a-t-elle prises pour suivre le traitement ?]

#### A) Besoin de traitement

<b>0</b>	Nie verbalement le besoin de traitement.
<b>1</b>	Perception minime du besoin de traitement.
<b>2</b>	Perception modérée du besoin de traitement.
<b>3</b>	Perception complète du besoin de traitement.

#### B) Motivation à l'égard du traitement

<b>0</b>	Comportement qui révèle une motivation médiocre.
<b>1</b>	Indications minimales de bonne motivation.
<b>2</b>	Indications modérées de bonne motivation.
<b>3</b>	Comportements parfaitement cohérents de bonne motivation.

**Note totale**

## 4. Auto-évaluation

Il s'agit d'évaluer l'idée que le délinquant se fait de sa situation actuelle et de son degré de satisfaction à cet égard. L'évaluation se fait en partie en fonction de la manière dont il comprend et assume ses problèmes (A). Les délinquants qui acceptent sans réserve leur responsabilité sans chercher à rationaliser obtiennent un score de 3. Ceux qui nient leur responsabilité ont 0. De plus, les délinquants qui sont en mesure de se donner une image idéale de soi (B) obtiennent 3 tandis que ceux qui ne perçoivent aucun écart entre leur situation présente et le moi idéal ont 0.

### Questions possibles

- q Avez-vous entendu donner lecture d'une déclaration de victime au tribunal ? Si oui, quelles réactions cela a-t-il suscité chez vous ?
- q Comment vous sentez-vous face à vous-même ? Êtes-vous satisfait ou mécontent de la personne que vous êtes ?
- q Selon vous, quelles sont vos plus grandes qualités ? Vos pires défauts ? Comment les autres vous décrivent-ils en fonction de vos meilleures qualités et de vos pires défauts ?
- q Qui est votre modèle de comportement ? [si vous pouviez être quelqu'un d'autre, qui seriez-vous, et pourquoi].

#### A) Responsabilisation

<b>0</b>	Estime que le problème est entièrement attribuable aux autres ou aux circonstances (n'assume aucune responsabilité).
<b>1</b>	Estime que le problème est surtout attribuable aux autres ou aux circonstances (assume peu de responsabilité).
<b>2</b>	Estime qu'il a sa part de responsabilité dans le problème (assume modérément sa responsabilité).
<b>3</b>	Estime qu'il est lui-même la grande cause du problème (responsabilité entièrement assumée).

#### B) Satisfaction

<b>0</b>	Satisfait de sa personnalité présente; aucun écart par rapport à un moi idéal. Aucun désarroi.
<b>1</b>	Généralement satisfait de soi. Désarroi minime.
<b>2</b>	Quelque peu mécontent de sa personnalité présente. Désarroi modéré.
<b>3</b>	Mécontent de sa personnalité présente par rapport à un moi idéal. Désarroi.

**Note totale**

## 5. Attentes

Il s'agit ici de voir quels coûts et quels avantages les délinquants attachent, pour eux-mêmes, à la participation à un traitement. Un délinquant qui ne perçoit aucune conséquence négative ni coûts aux plans personnel ou criminel à ne pas participer à des programmes de traitement (A) obtient 0 (le criminel parle de libération anticipée, etc.) tandis que celui qui peut énumérer une série de coûts obtient 3. Un délinquant qui décrit les avantages à long terme du traitement (stabilité du mode de vie – emploi, relations, absence de criminalité) et les avantages à court terme (libération plus rapide, libération assortie de conditions moins nombreuses) obtient 3 pour l'élément B alors que celui qui ne peut en citer aucun obtient 0.

### Questions possibles

- q Que se passera-t-il, pensez-vous, si vous ne participez pas à un traitement ? [ou si vous l'abandonnez]
- q Si vous allez jusqu'au bout du programme de traitement, quels avantages pourriez-vous en retirer ?
- q Qu'est-ce que cela veut dire pour vous, terminer ce programme avec succès ?

#### A) Conséquences de l'absence de traitement

<b>0</b>	Incapable de dire quelles conséquences peut avoir le fait de ne pas aller jusqu'au bout du traitement.
<b>1</b>	Capable de donner quelques conséquences (avec l'aide de questions).
<b>2</b>	Capable de donner quelques conséquences (sans l'aide de questions).
<b>3</b>	Capable de donner toutes les conséquences.

#### B) Avantages du traitement

<b>0</b>	Incapable de donner les avantages du traitement.
<b>1</b>	Capable de donner au moins un avantage à long terme <b>et</b> à court terme du traitement.
<b>2</b>	Capable de donner un nombre <b>limité</b> d'avantages à long et à court terme du traitement.
<b>3</b>	Capable de donner la totalité des avantages à long et à court terme du traitement.

Note totale

## 6. Cohérence du comportement

Cet élément met l'accent sur l'importance de ce que le délinquant dit et fait en ce qui concerne le traitement (A). Si un délinquant n'a pas déjà participé à un traitement, il faut se reporter à la cohérence du comportement en dehors du cadre du traitement (p. ex., rencontres avec l'argent chargé de son cas, etc.) Les délinquants qui se disent motivés à l'égard du traitement, mais ne se comportent pas en conséquence, faisant preuve d'une assiduité médiocre (retard, participation peu fréquente), ne faisant pas le travail personnel et(ou) disant à d'autres membres du personnel ou à des délinquants qu'ils sont peu motivés obtiennent 0. La question (B) porte sur la capacité du délinquant d'honorer ses engagements verbaux. Les délinquants qui prennent des engagements verbaux sans jamais les tenir obtiennent 0 et ceux qui les honorent toujours obtiennent 3.

### Questions possibles

- q [Si vous avez déjà participé à un traitement] comment le conseiller ou les autres membres du groupe décriraient-ils votre participation ? Êtes-vous allé à toutes les séances ?
- q [Si vous n'avez jamais participé à un traitement] comment l'agent chargé de votre cas vous décrirait-il ? Vous êtes-vous présenté à toutes les rencontres prévues avec lui ?
- q Vous arrive-t-il de faire des choses que vous n'avez pas envie de faire seulement pour plaire à quelqu'un ? Vous arrive-t-il de faire quelque chose simplement pour vous débarrasser de quelqu'un ?
- q Lorsque vous dites que vous allez rencontrer par exemple l'agent chargé de votre cas, vous présentez-vous *toujours* ?

#### A) Cohérence

<b>0</b>	Les expressions verbales et comportementales de la motivation n'ont aucune cohérence.
<b>1</b>	Les expressions verbales et comportementales de la motivation manquent souvent de cohérence.
<b>2</b>	Les expressions verbales et comportementales de la motivation manquent quelque peu de cohérence.
<b>3</b>	Les expressions verbales et comportementales de la motivation sont parfaitement cohérentes.

#### B) Respect des engagements

<b>0</b>	Ne semble jamais honorer ses engagements.
<b>1</b>	Quelques indications montrent qu'il honore ses engagements.
<b>2</b>	Des indications importantes montrent qu'il honore ses engagements.
<b>3</b>	Tout montre qu'il honore toujours ses engagements.

**Note totale**

## 7. Opinions sur le traitement

Il s'agit ici d'évaluer les opinions du délinquant sur le traitement et son attitude envers ceux qui dispensent le traitement en général. Les délinquants qui décrivent le traitement comme bénéfique pour eux-mêmes ou pour d'autres (p. ex., la famille, des amis, la collectivité) obtiennent 3 à la question (A) et ceux qui ne peuvent songer à un avantage quelconque obtiennent 0. Quant à la question (B), elle porte sur l'attitude du délinquant face au personnel du programme. Les délinquants qui résistent aux thérapeutes (p. ex., refusent de se livrer, les considèrent comme uniquement au service du système) obtiennent 0 et ceux qui voient en eux des partenaires dignes de confiance qui les accompagnent dans leur démarche obtiennent 3.

### Questions possibles

- q Pourquoi, selon vous, peut-on vouloir participer à un programme de traitement ?
- q Que pensez-vous en général du traitement ? Pensez-vous qu'on peut en tirer profit et comment ?
- q Quel est le rôle du personnel du programme dans un traitement réussi ?
- q Comment réagissez-vous à l'idée de révéler des choses personnelles aux thérapeutes ?
- q Avez-vous déjà dit au personnel du programme des choses personnelles et que cela soit utilisé ensuite contre vous ? Si oui, comment avez-vous réagi ?

#### A) Traitement et soi-même

<b>0</b>	Incapable de percevoir les avantages du traitement.
<b>1</b>	Perçoit le traitement comme bénéfique uniquement pour soi.
<b>2</b>	Perçoit le traitement comme bénéfique pour les autres.
<b>3</b>	Perçoit le traitement comme bénéfique pour soi <b>et</b> pour les autres

#### B) Alliance thérapeutique

<b>0</b>	Résiste fortement à l'alliance thérapeutique. Refuse de livrer ses sentiments et de l'information; pense que cela sera utilisé contre lui.
<b>1</b>	Résiste quelque peu à l'alliance thérapeutique. Se demande si le thérapeute est sincère/authentique.
<b>2</b>	Hésite devant l'alliance thérapeutique, mais estime que le thérapeute est généralement sincère/authentique.
<b>3</b>	Aucune résistance à l'alliance thérapeutique et considère le thérapeute comme un allié important dans le traitement.

**Note totale**

## 8. Efficacité personnelle

Il s'agit ici d'évaluer les opinions générales des délinquants sur le changement et leurs possibilités personnelles de changement. Les délinquants obtiennent 3 s'ils envisagent le changement avec optimisme (A) et se croient personnellement capables de changer (B). Ceux qui considèrent le changement avec un sentiment d'impuissance et pessimisme, tant en général que dans leur cas personnel, obtiennent 0.

### Questions possibles

- q Que pensez-vous de la possibilité que les gens changent ?
- q Si vous pensez que les personnes peuvent changer, dans quelles circonstances pensez-vous qu'elles peuvent le faire ?
- q Pensez-vous que les gens restent à peu près les mêmes tout au long de leur vie ?
- q Que pensez-vous du besoin de changement dans *nos* vies ?
- q Que pensez-vous de la possibilité d'apporter des changements dans *votre* vie ?

#### A) Changement par le traitement

<b>0</b>	Ne croit pas qu'on puisse changer.
<b>1</b>	Croit que le changement n'est possible que dans des circonstances idéales.
<b>2</b>	Croit que le changement est possible dans certaines circonstances.
<b>3</b>	Croit que le changement est toujours possible.

#### B) Changement personnel

<b>0</b>	Ne croit pas pouvoir changer.
<b>1</b>	Doute de pouvoir changer.
<b>2</b>	Se demande s'il peut changer.
<b>3</b>	Croit pouvoir changer.

Note totale

## 9. Dissonance

Il s'agit d'évaluer l'état de désarroi du délinquant à l'égard du traitement et plus précisément de sa situation présente. Les délinquants dont l'engagement à l'égard du traitement est accompagné ou provoqué par le désarroi (et notamment l'angoisse ou la dépression) obtiennent 3, mais seulement s'ils reconnaissent ce désarroi. Ceux qui semblent peu concernés sur le plan émotif et indifférents au besoin de changement (A) ou à leur situation présente (B) obtiennent 0.

### Questions possibles

- q Comment réagissez-vous à l'idée de participer à un traitement ? [Si vous êtes déjà en traitement, comment vous sentiez-vous avant de commencer?]
- q Qu'est-ce qui vous a motivé à envisager de participer à un traitement ? [chercher les indices de désarroi et non les opinions sur les coûts et avantages]
- q Que pensez-vous de votre situation présente ? Quel impact cela peut-il avoir sur la demande de traitement ?
- q Pensez-vous que votre peine est équitable ? Pensez-vous que vous avez été bien représenté ?

#### A) Désarroi

<b>0</b>	Indifférent (absence de désarroi); ne voit pas la nécessité d'un traitement.
<b>1</b>	Désarroi, mais cela ne l'incite pas à envisager de changer.
<b>2</b>	Désarroi qui motive une démarche de changement.
<b>3</b>	Manifestation de désarroi et volonté de participer à un traitement.

#### B) Mécontentement

<b>0</b>	<b>Généralement</b> satisfait de la situation présente.
<b>1</b>	<b>Légèrement</b> mécontent de la situation présente.
<b>2</b>	<b>Quelque peu</b> mécontent de la situation présente.
<b>3</b>	<b>Très</b> mécontent, sur le plan émotif, ou déçu de la situation présente.

**Note totale**

## 10. Soutiens extérieurs

Il s'agit ici d'évaluer le soutien de la participation au traitement (A) et du changement (B) donné au délinquant par des personnes importantes pour lui. Laisser le détenu déterminer quelles sont les personnes importantes pour lui (de préférence, membres de la famille, amis, employeur, membres du clergé) et essayer de voir quel soutien il reçoit de ces personnes. Ceux qui ne reçoivent aucun soutien obtiennent 0 et ceux qui sont vigoureusement appuyés obtiennent 3.

### Questions possibles

- q Quelles sont les personnes les plus importantes dans votre vie ?
- q Que leur avez-vous dit du programme de traitement ? Pensent-elles que vous en avez besoin ?
- q Que pensent ces personnes de votre volonté de suivre un traitement ?
- q Quel type de soutien attendez-vous de ces personnes ? Vous le donnent-elles ? Comment manifestent-elles leur appui ?

#### A) Soutien du traitement

<b>0</b>	Dit ne recevoir <b>aucun</b> soutien extérieur pour participer à un traitement
<b>1</b>	Dit recevoir un soutien extérieur <b>minime</b> pour participer à un traitement
<b>2</b>	Dit recevoir un soutien <b>modéré</b> pour participer à un traitement.
<b>3</b>	Dit recevoir un soutien extérieur <b>vigoureux</b> pour participer à un traitement.

#### B) Soutien du changement

<b>0</b>	Dit ne recevoir <b>aucun</b> soutien extérieur pour changer.
<b>1</b>	Dit recevoir un soutien extérieur <b>minime</b> pour changer.
<b>2</b>	Dit recevoir un soutien extérieur <b>modéré</b> pour changer.
<b>3</b>	Dit recevoir un soutien extérieur <b>vigoureux</b> pour changer.

Note totale

## 11. Composante affective

Il s'agit d'essayer de définir la gamme des émotions que le délinquant ressent, en dehors de la conscience des exigences émotives du traitement et de la volonté d'y faire face. La question (A) porte sur la capacité du délinquant de décrire et d'exprimer correctement ses sentiments. S'il est incapable de nommer ou d'exprimer ses sentiments, il obtient 0. S'il peut nommer une gamme d'émotions et les exprimer de façon appropriée, il obtient 3. La question (B) porte sur la prise de conscience par le détenu du besoin d'identifier ses émotions et d'y réfléchir lorsqu'elles surgissent au cours du traitement. Le délinquant obtient 0 s'il considère le traitement essentiellement comme une démarche didactique qui n'exige aucun engagement émotif, mais il obtient 3 s'il est prêt à faire face à ses émotions lorsqu'elles surgissent au cours du traitement.

### Questions possibles

- q Est-ce que vous vous décrivez comme une personne qui garde ses sentiments à l'intérieur ou comme quelqu'un qui les extériorise facilement ?
- q Comment les autres vous décrivent-ils, au plan émotif ? [p. ex., renfermé, vif, hypersensible, etc. ] Pourquoi ?
- q Lorsque vous vous comparez à d'autres, estimez-vous être plus émotif ou moins ? De quelle manière ?
- q Vous attendez-vous à ce que le traitement vous oblige à faire face à des émotions pénibles ?

### A) Expression des émotions

<b>0</b>	Complètement incapable d'identifier et d'exprimer ses sentiments.
<b>1</b>	Capable d'identifier ou d'exprimer <b>certains</b> sentiments.
<b>2</b>	Capable d'identifier ou d'exprimer <b>la plupart</b> des sentiments.
<b>3</b>	Capable de nommer et d'exprimer avec exactitude une gamme de sentiments.

### B) Exigences du traitement sur le plan émotif

<b>0</b>	Complètement inconscient des exigences du traitement sur le plan émotif. Considère le traitement simplement comme une expérience didactique.
<b>1</b>	Conscient dans une certaine mesure des exigences du traitement sur le plan émotif, mais refuse d'y faire face.
<b>2</b>	Conscient jusqu'à un certain point des exigences du traitement sur le plan émotif, peu disposé à y faire face.
<b>3</b>	Conscient des exigences du traitement sur le plan émotif et disposé à y faire face.

**Note totale**

# Fiche de notation

## 1. Réceptivité au traitement

	Avant	Après	Changement
<b>1. Prise de conscience du problème</b>			
A) Gravité du problème	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Compréhension du problème	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>2. Établissement des objectifs</b>			
A) Buts réalistes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Importance des buts	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>3. Motivation</b>			
A) Besoin de traitement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Motivation à l'égard du traitement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>4. Auto-évaluation</b>			
A) Responsabilisation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Satisfaction	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>5. Attentes</b>			
A) Conséquences du traitement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Avantages du traitement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>

	Avant	Après	Changement
<b>6. Cohérence du comportement</b>			
A) Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Respect des engagements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>7. Opinions sur le traitement</b>			
A) Traitement et soi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Alliance thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>8. Efficacité personnelle</b>			
A) Changement par le traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Changement personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>9. Dissonance:</b>			
A) Désarroi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Mécontentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>10. Soutiens extérieurs</b>			
A) Soutien à l'égard du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Soutien à l'égard du changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>11. Composante affective</b>			
A) Expression des émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Exigences au plan émotif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>

---

**Total**
**Changement**

# Guide de l'échelle d'évaluation - Réactivité au traitement

© 1997 Service correctionnel du Canada  
Secteur de la recherche

Cette évaluation doit être faite par le personnel du programme avant et après le traitement. Il est impossible d'établir à l'avance le nombre de rencontres nécessaires pour être en mesure de remplir l'évaluation prétraitement; il est possible qu'on ait besoin de trois séances. Reprendre l'évaluation au terme du traitement.

Les éléments qui suivent ont été choisis comme illustrant les facteurs de réactivité du délinquant à l'égard de l'intervention thérapeutique et des programmes de traitement en général. Les éléments sont conçus pour livrer un aperçu du style général des délinquants dans les relations interpersonnelles et pas nécessairement leur réaction à un traitement particulier. La notation permet une gamme suffisante pour que l'évaluation traduise les gains enregistrés par les délinquants après le traitement. On trouvera dans les pages qui suivent des notations distinctes pour évaluer les gains retirés du traitement sur les plans des connaissances et des compétences.

Les éléments ont été conçus de telle façon que deux exemples illustrent chaque domaine se rapportant à la réactivité au traitement. Les échelles d'évaluation comportent des valeurs de référence comportementales et des descriptions particulières pour faciliter la notation. Les questions de chaque élément sont proposées seulement à titre de guide pour les membres du personnel qui veulent faire des entrevues semiestructurées. Nous recommandons que les questions soient simplement intégrées aux stratégies d'évaluation existantes qui sont fondées sur des entrevues.

Les résultats des divers éléments sont totalisés de façon à obtenir une note qui décrit le degré de réactivité de la personne à un traitement. Plus la note est élevée, plus élevée devrait être la réactivité au traitement.

## 1. Opinions procriminelles

Il s'agit ici de distinguer les délinquants qui investissent beaucoup dans le crime de ceux qui ont essentiellement un comportement prosocial, mais qui ont, peu fréquemment, commis un crime. Ceux qui ont une orientation criminelle (0) sont fiers de leur attitude et de leurs valeurs criminelles et s'en vantent. Cela tranche avec ceux dont le crime est dû à une situation et qui n'ont pas une attitude criminelle (3). Ceux qui justifient leur comportement criminel en invoquant une multitude d'excuses obtiennent 0 pour la justification du comportement criminel tandis que ceux qui expriment des regrets ou des remords sincères obtiennent 3.

### Questions possibles

- q Que pensez-vous de ce que vous avez fait ?
- q Quels facteurs ont contribué, selon vous, au fait que vous commettiez des crimes ?
- q Comment croyez-vous que les autres perçoivent votre comportement criminel ?
- q Comment vous comparez-vous aux autres détenus (p. ex. votre compagnon de cellule) pour ce qui est de votre crime ? Est-il pire ou moins grave et pourquoi ?

#### A) Fierté à l'égard de ses opinions procriminelles

0	Est tout à fait fier de ses opinions procriminelles.
1	Est très fier de ses opinions procriminelles.
2	A une certaine fierté de ses opinions procriminelles.
3	N'est pas fier de ses opinions procriminelles.

#### B) Justification du comportement criminel

0	Justification complète du comportement criminel.
1	Justification importante du comportement criminel.
2	Une certaine justification du comportement criminel.
3	Aucune justification du comportement criminel.

**Note totale**

## 2. *Contacts avec le crime*

Il s'agit d'évaluer la nature du soutien par les pairs et l'identification au groupe dans les activités criminelles. La fréquence des contacts avec des personnes à tendance criminelle plutôt qu'avec des personnes au comportement prosocial doit être prise en considération, tout comme l'instabilité dans le mode de vie et le besoin de commettre des crimes. Les délinquants qui fréquentent surtout des pairs à tendance criminelle et se livrent régulièrement à des activités criminelles avec eux obtiennent 0. À l'inverse, ceux qui s'identifient fortement à des compagnons à comportement prosocial et ont des activités de loisirs avec eux obtiennent 3.

### *Questions possibles*

- q Pouvez-vous me nommer (prénom seulement) de trois à cinq personnes avec lesquelles vous passez le plus de temps lorsque vous n'êtes pas en prison ? Certaines d'entre elles ont-elles été arrêtées et ont-elles fait de la prison ?
- q Des membres de votre famille ont-ils eu des démêlés avec la police ? Pour quelles raisons ?
- q Combien d'amis non criminels avez-vous ?
- q Que faites-vous lorsque vous vous trouvez avec vos amis ?

#### **A) Soutien des pairs criminels**

<b>0</b>	Fort soutien des pairs criminels.
<b>1</b>	Soutien modéré des pairs criminels.
<b>2</b>	Un certain soutien des pairs criminels.
<b>3</b>	Aucun soutien des pairs criminels.

#### **B) Activités criminelles**

<b>0</b>	Forte identification à la sous-culture et aux activités criminelles.
<b>1</b>	Identification modérée à la sous-culture et aux activités criminelles.
<b>2</b>	Identification modérée à la sous-culture et aux activités prosociales
<b>3</b>	Forte identification à la sous-culture et aux activités prosociales.

**Note totale**

### 3. Mégalomanie

Il s'agit ici d'identifier les individus qui ont une opinion nettement exagérée d'eux-mêmes se traduisant le plus souvent par une désinvolture et une assurance que les faits démentent. Ils sont intolérants face aux erreurs des autres et envisagent leur avenir avec un optimisme excessif. Les délinquants qui peuvent donner d'eux-mêmes uniquement des attributs positifs obtiennent 0 tandis que ceux qui peuvent donner des caractéristiques positives et négatives obtiennent 3 à la première question. Les délinquants qui ont derrière eux toute une vie de criminalité et s'attendent à rester facilement loin de la criminalité obtiennent 0 tandis que ceux qui s'attendent à un avenir qui présentera des défis obtiennent 3.

#### Questions possibles

- q Quels sont vos points forts ? Comment les autres décriraient-ils vos points forts ?
- q Quelles sont vos faiblesses ? Comment les autres décriraient-ils vos faiblesses ?
- q Pensez-vous être une bonne personne ? Une mauvaise personne ?
- q Comment les choses tourneront-elles, croyez-vous, lorsque vous quitterez la prison ?
- q Pensez-vous qu'il faudra lutter pour ne pas retomber dans la criminalité ou que ce sera plutôt facile ?

#### A) Image de soi

<b>0</b>	Image de soi exagérée. Pense être supérieur et ferme les yeux sur ses propres défauts.
<b>1</b>	Se perçoit avec trop d'optimisme. Minimise ses propres défauts.
<b>2</b>	Assez optimiste à son propre sujet. Avoue quelques défauts.
<b>3</b>	Opinion réaliste de soi. Reconnaît ses défauts.

#### B) Attentes

<b>0</b>	Attentes excessives par rapport à l'avenir. Tout ira bien.
<b>1</b>	Attentes trop optimistes. Je suis sûr que les choses se passeront bien.
<b>2</b>	Attentes légèrement optimistes. J'espère que les choses se passeront bien.
<b>3</b>	Attentes réalistes face à l'avenir.

Note totale

## 4. Dureté

Cet élément décrit les délinquants qui n'ont pas la moindre idée du mal qu'ils ont causé à autrui. En général, ils se soucient peu des autres sauf lorsqu'ils peuvent les utiliser. Ils agissent comme s'ils en étaient propriétaires, ayant le droit de faire impunément ce qui leur plaît. Les délinquants qui obtiennent 3 peuvent être décrits comme ayant des remords, et comme étant soucieux d'autrui et sincèrement disposés à aider les autres sans espoir de récompense, tandis que ceux qui obtiennent 0 sont extrêmement critiques des autres. En outre, ceux qui font toujours passer leurs besoins avant ceux des autres obtiennent 0 tandis que ceux qui peuvent tenir compte des besoins d'autrui obtiennent 3 à la question de l'exploitation.

### Questions possibles

- q Comment manifestez-vous votre amour envers d'autres personnes ?
- q Que veut dire pour vous l'expressions « la survie du plus apte » ?
- q Pensez-vous que quelqu'un a eu à souffrir de votre crime ? Qui ? Comment ?
- q Qu'avez-vous fait pour réparer votre erreur ?
- q Votre famille peut-elle compter sur vous ? Donnez un exemple de votre fiabilité ?
- q Vous êtes dans le désert et il ne reste qu'une seule boisson... La partageriez-vous votre compagnon de cellule ? avec un ami ? avec un membre de votre famille ?

#### A) Manque de souci pour autrui

0	Ne manifeste aucun souci d'autrui. Rabaisse les autres.
1	Ambivalent ou indifférent à l'égard d'autrui.
2	Exprime des préoccupations pour autrui, mais n'agit pas en conséquence.
3	Souci réel pour autrui.

#### B) Exploitation des autres

0	Se sert des autres pour satisfaire ses besoins.
1	Indifférent aux besoins des autres.
2	Tient compte des besoins de la famille ou des amis proches.
3	Tient compte des besoins des autres (la société en général).

Note totale

## 5. Neutralisation

Il s'agit d'évaluer la mesure dans laquelle un délinquant rationalise son comportement criminel. Ceux qui ont 0 refusent d'assumer leurs problèmes, préférant les nier ou les minimiser. Les prétextes peuvent aller de raisons extérieures (p. ex., drogues, alcool, pressions sociales) à des problèmes intérieurs (p. ex., enfance difficile, le fait d'avoir soi-même été victime, maladie mentale). Les délinquants qui reconnaissent pleinement l'ampleur de leurs problèmes et en assument l'entière responsabilité obtiennent 3.

### Questions possibles

- q Quel rôle pensez-vous avoir joué dans l'infraction ?
- q Selon vous, quels sont vos plus gros problèmes ? Est-ce que ces problèmes vous inquiètent ? Comment prévoyez-vous vous y attaquer ?
- q Qu'est-ce qui pourra vous aider, selon vous, à éviter les problèmes à l'avenir ?
- q Que dit le rapport de police des infractions ? Êtes-vous d'accord sur le contenu du rapport ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

#### A) Minimisation

<b>0</b>	Minimise complètement ou rationalise le problème. Cherche des excuses.
<b>1</b>	Minimise ou rationalise habituellement les domaines qui font problème.
<b>2</b>	Minimise ou rationalise parfois les domaines qui font problème.
<b>3</b>	Aucune minimisation ni rationalisation des domaines qui font problème.

#### B) Négation

<b>0</b>	Nie complètement le problème. C'est la faute de tout le monde sauf lui.
<b>1</b>	Nie habituellement le problème.
<b>2</b>	Nie parfois le problème.
<b>3</b>	Aucune négation. Reconnaît volontiers le problème.

**Note totale**

## 6. Impulsivité

Il s'agit ici de distinguer les délinquants qui prennent des décisions irresponsables en ne sachant pas prévoir et en ne tenant pas compte des conséquences. Ils sont impatients, incapables de retarder la satisfaction des besoins immédiats, ont souvent un champ d'attention limité et sont excités par le crime. Ceux qui ne tiennent pas compte des conséquences avant d'agir obtiennent 0 tandis que ceux qui réfléchissent sérieusement aux conséquences de leur comportement obtiennent 3 pour la question des conséquences. Ceux qui ont une faible tolérance aux frustrations et cherchent la gratification à tout prix obtiennent 0 à la question de la gratification et ceux qui sont capables, de façon réaliste, de retarder la gratification obtiennent 3.

### Questions possibles

- q Avant de commettre l'infraction, avez-vous réfléchi à ce qui se passerait si vous étiez pris ?
- q Combien de temps à l'avance avez-vous préparé l'infraction ?
- q Les autres vous décriraient-ils comme quelqu'un de spontané ou comme quelqu'un qui planifie ?
- q Avez-vous déjà quitté un emploi sans en avoir un autre en vue ?
- q Avez-vous déjà eu une envie malade de quelque chose ? Quoi ? Comment satisfaites-vous cette envie ?
- q Si votre conjoint vous disait que vous ne pouvez pas avoir une chose dont vous avez envie (p. ex., un nouveau stéréo), que feriez-vous ?

#### A) Réfléchir aux conséquences

<b>0</b>	Ne réfléchit pas aux conséquences avant d'agir.
<b>1</b>	Réfléchit rarement aux conséquences avant d'agir.
<b>2</b>	Réfléchit habituellement aux conséquences avant d'agir.
<b>3</b>	Réfléchit toujours aux conséquences avant d'agir.

#### B) Retarder la gratification

<b>0</b>	Ne retarde jamais la gratification. Veut avoir tout de suite ce dont il a envie.
<b>1</b>	Retarde rarement la gratification.
<b>2</b>	Retarde souvent la gratification.
<b>3</b>	Retarde le plus souvent la gratification. Grande tolérance des frustrations.

Note totale

## 7. Atermoisement

Cet élément permet d'évaluer la capacité du délinquant d'établir et d'atteindre des objectifs en général. Ceux qui ne font pas d'effort, qui sont incapables d'appliquer leurs plans et ne se fixent pas d'objectifs obtiennent 0, tandis que ceux qui sont très axés sur leur tâche et se donnent des objectifs très précis obtiennent 3. Il faut aussi tenir compte des réticences, du refus de faire le travail personnel et de l'habitude de présenter des excuses pour ne pas honorer ses obligations.

### Questions possibles

- q Les autres vous décriraient-ils comme fiable ? Donnez un exemple.
- q Comment vos amis décriraient-ils votre capacité de donner suite à vos plans ?
- q Vous décririez-vous vous-même comme quelqu'un qui agit ou comme quelqu'un qui réfléchit ?
- q Qu'est-ce que les objectifs veulent dire pour vous ?
- q Quels sont vos objectifs dans la vie ?
- q Quels sont vos objectifs pour votre période d'incarcération ?
- q Donnez un exemple d'un objectif que vous avez atteint.

#### A) Engagement

<b>0</b>	Ne s'engage pas et n'applique pas ses plans.
<b>1</b>	S'engage et applique rarement ses plans.
<b>2</b>	S'engage et applique ses plans à l'occasion.
<b>3</b>	S'engage et applique toujours ses plans.

#### B) Sans but

<b>0</b>	N'a ni objectifs ni plans.
<b>1</b>	A peu d'objectifs ou de plans.
<b>2</b>	A quelques objectifs ou plans.
<b>3</b>	Fixe des objectifs et fait des plans régulièrement.

**Note totale**

## 8. Motivation de la colère

Il s'agit ici de voir l'intensité de la colère et son expression dans les relations interpersonnelles. Les délinquants qui sont soit extrêmement émotifs lorsqu'ils sont en colère ou qui ont recours à des manifestations ouvertes de colère pour contrôler et manipuler les autres obtiennent 0. Il arrive souvent que leur expression émotive de la colère soit excessive, compte tenu de la situation, ce qui montre à la fois une incapacité d'évaluer la situation et un contrôle médiocre de soi. Ceux qui reconnaissent que la colère est une émotion normale et l'expriment de façon appropriée obtiennent 3.

### Questions possibles

- q Vous mettez-vous parfois en colère ?
- q Que faites-vous lorsque vous ressentez de la colère ?
- q Avez-vous jamais été en colère avec une personne au point d'avoir envie de la frapper ? L'avez-vous frappée ?
- q D'autres ont-ils dit de vous que vous étiez " soupe-au-lait " ?
- q Quelqu'un vous a-t-il jamais traité de " fier-à-bras " ? Pourquoi ?
- q Que faites-vous lorsque vous voulez vraiment avoir le dessus ?

#### A) Versatilité

0	Devient toujours très émotif lorsqu'il est en colère (p. ex. dévisage, crie).
1	Habituellement prompt à exprimer sa colère.
2	Parfois, lorsqu'il est en colère, essaie d'exprimer ses émotions de façon appropriée.
3	Lorsqu'il est en colère, exprime ses émotions de façon appropriée.

#### B) Utilisation de la colère

0	Utilise la colère pour intimider les autres et avoir le dessus.
1	Disposé à laisser la colère l'aider à atteindre ses objectifs.
2	Conscient et inquiet des conséquences négatives de la colère pour les autres.
3	N'intimide pas les autres.

**Note totale**

## 9. Pouvoir et contrôle

L'aspect caractéristique, dans cet élément, est la mesure dans laquelle le délinquant revendique des droits dans ses relations avec les autres. Son idée de l'équité est purement égocentrique, il réagit mal à la critique et doit gagner à tout prix. Les délinquants qui obtiennent 3 peuvent être décrits comme respectueux et justes, sans objectifs personnels à servir, tandis que ceux qui considèrent la vie comme injuste et estiment avoir un droit de regard sur les autres obtiennent 0.

### Questions possibles

- q Que pensez-vous de la peine qui vous a été imposée ? Vous semble-t-elle injuste ?
- q La vie a-t-elle été juste pour vous ou bien pensez-vous que vous avez le mauvais bout du bâton ?
- q Est-ce que vous voleriez un inconnu ? Quelqu'un que vous connaissez ?
- q Que pensez-vous de relations interpersonnelles ? Comment vous sentiriez-vous si votre partenaire vous trompait ?

#### A) Revendication de droits

0	En colère, pense avoir des droits à faire valoir et qu'il y a des injustices.
1	Pense que la vie est injuste, qu'il faut prendre ce qu'on peut.
2	Pense que la vie est injuste et qu'il faut se débrouiller seul.
3	Essaie d'être juste dans le règlement des différends.

#### B) Respect

0	A comme attitude qu'il a un droit de regard sur les autres.
1	Il est acceptable de ne pas respecter les droits de ceux qui ne sont pas parmi ses proches.
2	Respecte ses proches.
3	Respecte tous les autres.

Note totale

## 10. Résolution de problèmes

Il s'agit ici d'évaluer la capacité du délinquant de résoudre efficacement les problèmes. Ceux qui se montrent capables de trouver des solutions de rechange et d'être souples obtiennent 3 alors que ceux qui reprennent des solutions inefficaces et refusent d'en considérer d'autres ont 0. L'élément ne doit pas être limité au comportement criminel.

### Questions possibles

- q Avez-vous des préoccupations en ce moment ? Comment avez-vous essayé de régler le problème ? Existe-t-il des moyens d'aborder le problème que nous n'avez pas encore essayés ?
- q Quelles sortes de moyens avez-vous essayés par le passé pour éviter de retomber dans la criminalité ? Y a-t-il d'autres moyens que vous n'avez pas encore essayés ?
- q Est-ce que vous vous décririez comme quelqu'un qui fuit les conflits ? Quelle est l'opinion des autres ? Cette méthode est-elle efficace ?
- q Vos amis vous décriraient-ils comme quelqu'un qui fait preuve de créativité dans la recherche d'options différentes ?

#### A) Recherche de solutions de rechange

<b>0</b>	N'envisage jamais de solutions de rechange.
<b>1</b>	Envisage parfois des solutions de rechange.
<b>2</b>	Envisage habituellement des solutions de rechange.
<b>3</b>	Envisage toujours des solutions de rechange.

#### B) Souplesse

<b>0</b>	Aucune souplesse. Rigide; s'en tient à une solution, même si elle ne marche pas.
<b>1</b>	Souplesse minimale. Commence par une vieille solution, mais peut faire une évaluation.
<b>2</b>	Habituellement souple. Envisage des solutions nouvelles, mais revient aux vieilles méthodes.
<b>3</b>	Complètement souple. Disposé à essayer des choses nouvelles.

**Note totale**

## 11. Attitude de victime

Cet élément décrit les délinquants qui sont caractérisés par l'apitoiement sur soi et se présentent comme des victimes. Les délinquants qui semblent refuser de reconnaître leur culpabilité et se tournent vers les autres pour obtenir un soutien et améliorer leur sort obtiennent 0 tandis que ceux qui ne s'apitoient pas sur leur sort et peuvent tirer des leçons des conséquences de leur comportement obtiennent 3.

### Questions possibles

- Que pensez-vous de vous-même ?
- Que pensez-vous du système de justice pénale ?
- Que pensez-vous de votre situation actuelle ?
- Comment pouvez-vous améliorer votre situation ?
- Qu'est-ce que vous êtes prêt à faire pour améliorer votre sort ?

#### A) Apitoiement

<b>0</b>	S'apitoie sur soi, sans se soucier des autres : pauvre de moi.
<b>1</b>	Est désolé de la situation et s'apitoie un peu sur soi.
<b>2</b>	Est désolé de la situation, sans s'apitoyer sur soi.
<b>3</b>	Ne se sent pas désolé pour lui-même.

#### B) Souffrance

<b>0</b>	Veut que d'autres règlent le problème pour lui.
<b>1</b>	Veut seulement que les choses aillent mieux.
<b>2</b>	Disposé à accepter les conséquences d'un comportement antérieur.
<b>3</b>	Accepte les conséquences et en tire des leçons.

**Note totale**

## Fiche de notation

### 2. Réactivité au traitement

	Avant	Après	Changement
<b>1. Opinions procriminelles</b>			
A) Fierté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3
B) Justification	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3
<b>2. Contacts avec le crime</b>			
A) Pairs procriminels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3
B) Activités procriminelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3
<b>3. Mégalomanie:</b>			
A) Image de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3
B) Attentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3
<b>4. Dureté</b>			
A) Manque de souci pour autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3
B) Exploitation des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3
<b>5. Neutralisation</b>			
A) Minimisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3
B) Négation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

	Avant	Après	Changement
<b>6. Impulsivité</b>			
A) Réfléchit aux conséquences	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Retarde la gratification	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>7. Procrastination</b>			
A) Engagement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Sans but	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>8. Motivation de la colère</b>			
A) Versatilité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Utilisations	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>9. Pouvoir et contrôle</b>			
A) Revendication de droits	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Respect	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>10. Solution de problèmes</b>			
A) Recherche de solutions de rechange	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Souplesse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
<b>11. Attitude de victime</b>			
A) Apitoiement sur soi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>
B) Souffrance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-3 -2 -1 0 +1 +2 +3"/>

---

**Total**
**Changement**

## **Guide de l'échelle d'évaluation - Participation au traitement et gains tirés du traitement**

**© 1997 Service correctionnel du Canada**  
Secteur de la recherche

**La présente formule d'évaluation s'inscrit dans le cadre d'une recherche et ne doit pas être utilisée officiellement dans la rédaction des rapports après traitement. Néanmoins, l'examen de ces renseignements devrait constituer une structure pour votre évaluation et vous aider à établir comment et pourquoi vous avez formé telle ou telle opinion sur la participation d'un délinquant à votre programme.**

### **1. Connaissances accrues du contenu du programme**

Cet élément porte sur les indications particulières attestant que le délinquant a acquis des connaissances directement attribuables au traitement. Une composante importante de cette mesure est l'utilisation de mots clés et de définitions, mais la note la plus élevée est réservée aux délinquants qui montrent qu'ils ont appliqué avec succès le contenu du programme à d'autres aspects de leur vie, en dehors du groupe de traitement. Le délinquant qui reprend simplement les mots obtient 1. Une note plus élevée est attribuée pour une meilleure compréhension, dont témoignent des paraphrases ou une généralisation qui s'étend à d'autres situations.

0	Aucun gain.
1	Capable de répéter les mots seulement.
2	Paraphrase les mots pour montrer qu'il comprend le contenu.
3	Utilise l'information dans d'autres situations (compréhension, généralisation du contenu).

### **2. Compétences accrues retirées du programme**

Cet élément porte sur les compétences particulières que le traitement doit faire acquérir au délinquant. Là encore, une note plus élevée révèle que le délinquant peut faire plus que simplement répéter en groupe ce qui a été montré dans les séances précédentes.

0	Aucun gain.
1	Répétition de notions apprises par cœur.
2	S'adapte pour manifester une compréhension plus large.
3	Fait preuve ou rend compte d'une utilisation réussie des compétences dans des contextes différents.

### **3. Divulgaration pendant le traitement**

Cet élément porte sur la mesure dans laquelle le délinquant communique de l'information, et sur la nature de ce qui est révélé. Comme les délinquants ne sont pas également à l'aise et disposés à partager en groupe et en entrevue individuelle, deux notes sont prévues. La note la plus élevée est réservée aux délinquants qui discutent librement des problèmes et divulguent de l'information inculpatrice, reconnaissant que cette divulgation traduit un engagement dans le traitement ou un gain.

## Groupe

0	Réticent (nie, refuse de participer, fait de l'obstruction).
1	Marginal (communique peu)
2	Satisfaisant (sait s'ouvrir au groupe)
3	Complet (franc, révèle en groupe de l'information supplémentaire).

## Rencontres individuelles

0	Réticent (nie, refuse de participer, fait de l'obstruction).
1	Marginal (communique peu).
2	Satisfaisant (s'ouvre davantage dans les rencontres individuelles).
3	Complet (franc, révèle plus d'information que dans le groupe).

## 4. Confiance

Il s'agit de voir dans quelle mesure le délinquant exagère ses compétences en ce qui concerne le traitement. Ainsi, le délinquant qui a essuyé des échecs répétés en traitement et qui affirme que les programmes sont une perte de temps parce qu'il sait déjà tout obtenir 0.

### Avant le traitement

0	Mégalomane (exagère ses compétences)
1	Médiocre (pas de confiance, mais ayant certaines compétences).
2	Limitée (manque de confiance dans certaines situations).
3	Confiant (évaluation réaliste correspondant à ses compétences).

### Après le traitement

L'évaluation postérieure au traitement vise à déterminer s'il y a eu, au niveau de la confiance, des changements qui sont attribuables à l'intervention.

0	Mégalomane (exagère ses compétences)
1	Médiocre (pas de confiance, mais ayant certaines compétences).
2	Limité (manque de confiance dans certaines situations).
3	Confiant (évaluation réaliste correspondant à ses compétences).

### **5. Application des connaissances**

*Il s'agit de voir dans quelle mesure le délinquant peut considérer et utiliser les connaissances dans sa situation plutôt qu'avec les autres membres du groupe. La note la plus élevée est réservée à ceux qui peuvent appliquer les connaissances de manière réfléchie et systématique.*

<b>0</b>	Médiocre (incapable d'appliquer les connaissances).
<b>1</b>	Capable de les appliquer à la situation des autres.
<b>2</b>	Capable de les appliquer à sa situation et à celle des autres.
<b>3</b>	Capable de réfléchir et de résoudre des problèmes dans de nombreuses situations (perspicacité).

### **6. Application des compétences**

Il s'agit d'évaluer la gamme des compétences acquises par la participation au groupe. Ces compétences n'ont pas à être limitées aux jeux de rôle, mais c'est peut-être là qu'il est le plus facile au personnel de faire l'évaluation.

<b>0</b>	Médiocre (incapable d'appliquer les compétences).
<b>1</b>	Peut seulement participer dans le rôle de l'autre personne.
<b>2</b>	Peut participer dans son propre rôle.
<b>3</b>	Utilise dans d'autres situations les compétences du jeu de rôle.

### **7. Compréhension du lien entre contenu du programme et criminalité**

Il s'agit de s'assurer que le délinquant comprend les antécédents ou facteurs de risque précis. Les délinquants qui peuvent aller plus loin qu'une simple reprise de l'information donnée au tribunal obtiennent une note plus élevée. À noter que les compétences concernant l'élaboration de stratégies pour faire face aux situations à risque élevé doivent être étudiées aux questions 2 et 6

<b>0</b>	Médiocre (oublie les antécédents).
<b>1</b>	Marginal (effort minimum, insiste sur les circonstances) .
<b>2</b>	Satisfaisant (peut décrire le cycle de la criminalité).
<b>3</b>	Très bien (explicite le cycle à partir de l'information du dossier).

### **8. Compréhension émotionnelle du contenu du programme**

Il s'agit ici de s'assurer que, sur le plan émotif, le délinquant est en prise sur le contenu du programme et les exigences de changement du traitement. Le délinquant qui semble

se contenter de faire ce qu'on attend de lui et de dire les bons mots sans être engagé émotivement obtient une mauvaise note.

<b>0</b>	Médiocre (aucun engagement émotif dans le traitement).
<b>1</b>	Marginal (se contente de dire les mots)
<b>2</b>	Satisfaisant (un certain engagement émotif)
<b>3</b>	Très bon (le traitement est un travail difficile, mais enrichissant au plan des émotions).

### **9. Motivation**

Il s'agit ici de considérer la motivation pendant la durée du programme, mais ce n'est pas une mesure dynamique, car cet aspect est pris en compte dans le score sur la préparation et la réceptivité à l'égard du traitement. Néanmoins, si un délinquant a beaucoup changé au cours de sa participation au programme, il faut en tenir compte dans l'évaluation globale de la motivation.

<b>0</b>	Médiocre (égoцентриque ; nie avoir besoin du programme).
<b>1</b>	Marginal (minime; avoue avoir besoin du programme si on insiste).
<b>2</b>	Satisfaisant (reconnaît ses besoins en traitement <i>ou</i> son effet sur les autres).
<b>3</b>	Très bon (conscient de ses besoins en traitement <i>et</i> ses difficultés antérieures de fermeture sur soi).

### **10. Lucidité**

Il s'agit ici du degré de lucidité manifesté par le délinquant tout au long de sa participation au traitement. Les délinquants qui restent fermés sur soi ont une mauvaise note. La note doit être établie en fonction de la durée du traitement et traduire une estimation globale fondée sur les déclarations et les comportements observables.

<b>0</b>	Médiocre (égoцентриque ; nie avoir besoin du programme).
<b>1</b>	Marginal (minime; avoue avoir besoin du programme si on insiste).
<b>2</b>	Satisfaisant (reconnaît ses besoins en traitement <i>ou</i> son effet sur les autres).
<b>3</b>	Très bon (conscient de ses besoins en traitement <i>et</i> ses difficultés antérieures de fermeture sur soi).

### **11. Assiduité**

L'assiduité est une indication de bonne participation. Les délinquants qui expriment des opinions favorables au traitement doivent agir en conséquence en assistant aux séances. Mais l'assiduité n'est qu'une mesure parmi d'autres. Le décrochage en cours de traitement est un problème important et, dans les programmes communautaires, des faits concrets semblent faire ressortir un lien avec le pronostic.

<b>0</b>	Médiocre (s'absente sans donner d'explication satisfaisante).
<b>1</b>	Marginal (toujours en retard, mais a assisté à toutes les séances sauf une)
<b>2</b>	Satisfaisant (retards occasionnels)
<b>3</b>	Très bon (jamais en retard; a assisté à toutes les séances).

### **12. Perturbation du groupe**

Un autre indice de bonne participation est la mesure dans laquelle le délinquant s'abstient de perturber le groupe. Cela ne veut pas dire que les délinquants ne peuvent pas contester le personnel au sujet du contenu ou de la philosophie du traitement, mais les désaccords doivent s'exprimer selon des lignes directrices qui encadrent le comportement dans le groupe. Les délinquants les mieux notés sont ceux qui non seulement ne dérangent pas le groupe, mais sont aussi des modèles, et qui facilitent le changement chez leurs pairs.

<b>0</b>	Médiocre (grossièreté, insultes aux autres).
<b>1</b>	Marginal (interrompt les autres)
<b>2</b>	Satisfaisant (aucun problème dans les contacts avec les autres).
<b>3</b>	Très bon (modèle utile à l'intérieur du groupe).

### **13. Comportement à l'intérieur du groupe**

Élément lié à la question 12, mais l'accent est mis sur le manquement à certaines règles et le non-respect de limites personnelles établies pour les membres du personnel et les autres membres du groupe. Dans la notation, il est inutile de distinguer entre les problèmes attribuables à un manque de compétences et ceux qui sont dus à la malveillance. La note la plus élevée est encore réservée à ceux qui sont des modèles efficaces en contestant les membres dont le comportement dépasse les bornes.

<b>0</b>	Médiocre (pose des questions indiscrettes et personnelles aux thérapeutes, tient des propos abusifs).
<b>1</b>	Marginal (remarques sarcastiques au personnel et aux détenus).

<b>2</b>	Satisfaisant (aucun problème à l'intérieur du groupe.)
<b>3</b>	Très bon (s'oppose aux comportements déplacés des autres).

#### **14. Participation**

Il s'agit d'une évaluation globale de la participation du détenu pendant le programme. Il faut tenir compte du comportement dans le groupe, de l'assiduité, de la ponctualité et de la qualité des travaux personnels.

<b>0</b>	Médiocre (effort minime; participation à contrecœur).
<b>1</b>	Marginal (n'a pas participé activement de manière constructive).
<b>2</b>	Satisfaisant (a fait ce qui était exigé, mais pas plus).
<b>3</b>	Très bon (a fait tous les travaux, a été actif dans le groupe et a demandé du travail supplémentaire).

#### **15. Alliance thérapeutique**

Il s'agit ici de la relation entre le délinquant et le personnel chargé du programme. Une bonne note est accordée aux détenus qui manifestent un attachement au thérapeute, peu importe la nature des défis au cours du traitement et les recommandations du rapport final. Il faut éviter de noter les délinquants uniquement d'après leur réaction au rapport sur le traitement. Il s'agit plutôt de voir s'il y a eu un lien ou un engagement quelconque entre le délinquant et le thérapeute.

<b>0</b>	Médiocre (opposition, réticences).
<b>1</b>	Marginal (divulgations pour la forme ; encore une attitude d'opposition entre " nous " et " eux " .
<b>2</b>	Satisfaisant (se livre, coopère avec le thérapeute).
<b>3</b>	Très bon (attachement émotif au thérapeute).

**ANNEXE III : QUESTIONNAIRE PRÉTRAITEMENT**

## Questionnaire

### sur la réceptivité et la réactivité à l'égard du traitement

- 1- Décris-moi les événements qui t'ont amené à suivre une thérapie de groupe?
- 2- Selon toi, quelles ont été les répercussions ou conséquences de l'abus sexuel sur ta vie et celle de ton entourage?
- 3- À quels problèmes penses-tu devoir t'attaquer et que penses-tu devoir faire dans le cadre de la thérapie?
- 4- Qui bénéficiera de ta participation à la thérapie?
- 5- Si tu te compares aux autres jeunes du groupe, dirais-tu que tu as besoin de traitement plus qu'elles ou moins et avec qui te compares-tu?
- 6- As-tu déjà suivi un traitement ou thérapie quelconque et si oui, en quoi les choses sont-elles différentes cette fois-ci?
- 7- As-tu entendu la déclaration ou la version de la victime sur les abus sexuels et si oui, quelles réactions cela a-t-il suscité chez toi?
- 8- Comment te sens-tu face à toi-même? Es-tu satisfait ou mécontent de la personne que tu es?
- 9- Quelles sont tes plus grandes qualités et tes pires défauts selon toi et selon les autres?
- 10- Quels avantages peux-tu tirer de la thérapie?
- 11- Qu'est-ce que cela veut dire pour toi, terminer ce programme avec succès?

- 12- Lorsque tu dis que tu vas rencontrer (par exemple) ton délégué ou ton travailleur social, te présentes-tu toujours au rendez-vous?
- 13- Comment réagis-tu à l'idée de révéler des aspects personnels aux thérapeutes ou aux autres dans le cadre du groupe?
- 14- Que penses-tu de la possibilité que les gens changent?
- 15- Quelles sont les personnes les plus importantes dans ta vie?
- 16- Pensez-elles que tu as besoin de suivre la thérapie?
- 17- Que pensent-elles de ta volonté de suivre la thérapie?
- 18- Quel type de soutien t'attends-tu de ces personnes? Te le donnent-elles?
- 19- Est-ce que tu te décris comme une personne qui garde ses sentiments à l'intérieur ou comme quelqu'un qui extériorise facilement?
- 20- Penses-tu que la thérapie va t'amener à faire face à des émotions pénibles ou négatives?
- 21- Que penses-tu de ce que tu as fait?
- 22- Quels facteurs ont contribué, selon toi, au fait que tu commettes des abus sexuels?
- 23- Est-ce que tes amis ont déjà eu affaire avec la justice ou la protection?
- 24- Combien d'amis as-tu qui ne sont pas délinquants?

25- Que fais-tu lorsque tu es avec tes amis?

26- Penses-tu qu'il faudra lutter pour ne pas recommencer des abus ou cela sera facile?

27- Penses-tu que quelqu'un a eu à souffrir de l'abus que tu as commis? Qui et comment?

28- As-tu fais quelque chose pour réparer ton geste?

29- Quel rôle penses-tu avoir joué dans l'abus?

30- Qu'est-ce qui pourra t'aider, selon toi, à éviter les problèmes à l'avenir?

31- Avant de commettre l'abus, as-tu réfléchi à ce qui se passerait si tu étais pris?

32- Les autres te décriraient-ils comme quelqu'un de spontané ou comme quelqu'un qui planifie?

33- Qu'est-ce que les objectifs ou les buts veulent dire pour toi?

34- Quels sont tes objectifs dans la vie?

35- Quels sont tes objectifs pour la thérapie?

36- Donne-moi un exemple d'un objectif que tu as atteint.

37- Que fais-tu lorsque tu ressens de la colère?

38- As-tu jamais été en colère avec une personne au point d'avoir envi de la frapper? Si oui, l'as-tu fait?

39- Que penses-tu des conséquences qui t'ont été imposées? Te semblent-elles injustes?

40- La vie a-t-elle été juste pour toi?

41- Est-ce que tu volerais un inconnu? Quelqu'un que tu connais?

42- Lorsque tu as un problème, comment le règles-tu?

43- Est-ce que tu te décrirais comme quelqu'un qui fuit les conflits?

44- Que penses-tu du système de justice?

45- Que penses-tu de ta situation actuelle?

46- Comment peux-tu améliorer ta situation?

**ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE POST-TRAITEMENT**

## Questionnaire

### sur la réceptivité et la réactivité à l'égard du traitement

1. Décris-moi les évènements qui t'ont amené à commettre un abus sexuel.
2. Une fois la thérapie terminée, que penses-tu devoir faire pour éviter de revenir en thérapie?
3. Selon toi, quelles ont été les répercussions ou conséquences de l'abus sexuel sur ta vie :  
celle de ton entourage :  
celle de la ou les victimes :
4. En quoi penses-tu que la thérapie peut t'aider à ne plus ré-abuser sexuellement.
5. Avant le début de la thérapie, pensais-tu avoir besoin de traitement? Et présentement penses-tu que tu en avais de besoin? Et pourquoi
6. Qui bénéficiera de ta participation à la thérapie?
7. Maintenant si tu te compares aux autres jeunes du groupe, dirais-tu que tu avais besoin de traitement plus qu'elles ou moins et avec qui te compares-tu?
8. Es-tu entièrement en accord avec la version de l'abus sexuel de la ou les victimes? Et pourquoi
9. Maintenant, comment te sens-tu face à toi comme personne qui a commis un abus sexuel? Es-tu satisfait ou mécontent de la personne que tu étais?
10. Qui est ton idole et pourquoi?
11. Quelles sont tes plus grandes qualités et tes pires défauts selon toi et selon les autres?
12. Penses-tu que cela aurait changé quelque chose si tu n'avais pas participé à la thérapie? En quoi?
13. Crois-tu avoir terminé le traitement avec succès? Et pourquoi?
14. Quelles sont les avantages que tu as eus en participant à la thérapie?

15. Lorsque tu dis que tu vas rencontrer quelqu'un (autre qu'amis ou parent), te présentes-tu toujours au rendez-vous?
16. Comment les autres jeunes ou les thérapeutes décriraient ta participation à la thérapie? Es-tu en accord avec leur opinion?
17. Pourquoi, selon toi, peut-on vouloir participer à un traitement ou une thérapie?
18. Quel est le rôle du thérapeute dans la réussite du traitement?
19. Comment décrirais-tu les thérapeutes du groupe en tant que personne? Crois-tu avoir un bon lien ou une bonne alliance avec eux?
20. Pour qu'une personne puisse changer, dans quelles circonstances elle peut changer?
21. Pense-tu que les personnes restent à peu près les mêmes tout au long de leur vie?
22. Comment te sens-tu avant de venir en thérapie? Qu'est-ce qui te motive à venir en thérapie?
23. Quels types de soutiens ton entourage t'a donné au cours de la thérapie?
24. Est-ce que ton entourage croit que tu peux changer?
25. Quelles émotions as-tu vécues en thérapie? Est-ce que ça été dur émotionnellement pour toi?
26. À l'exception de l'abus sexuel que tu as commis, as-tu commis d'autres délits?
27. Ton abus sexuel est-il moins ou plus grave que ceux commis par les autres jeunes, selon toi? Pourquoi?
28. Présentement, que fais-tu de tes journées?
29. Penses-tu être une bonne personne ou une mauvaise personne? Pourquoi?
30. Comment les autres te décriraient (points forts et faibles)
31. Comment les choses vont aller pour toi après la thérapie?
32. Penses-tu qu'il faudra lutter pour ne pas commettre un autre délit ou abus?

33. Comment tu manifestes ton affection ou ton amour à quelqu'un?
34. Penses-tu que quelqu'un a eu à souffrir de l'abus que tu as commis? Qui et comment?
35. Est-ce que ta famille ou ton entourage peut compter sur toi? Donne un exemple.
36. Quels sont tes plus gros problèmes dans la vie? Comment prévois-tu les régler?
37. Qui est responsable des contacts sexuels que tu as eu avec ta victime?
38. Que fais-tu lorsque tu désires quelques choses? Comment?
39. Si tes parents te disaient que tu ne peux avoir quelque chose dont tu as envi, que ferais-tu?
40. Est-ce que les autres te décrivent comme quelqu'un de fiable?
41. Es-tu une personne qui agit ou qui réfléchit?
42. Quels sont tes objectifs dans la vie?
43. Pour la thérapie, as-tu atteint des objectifs que tu t'étais donnés? Lesquels
44. Te mets-tu souvent en colère?
45. Qu'est-ce qui te rend en colère?
46. Lorsque tu es en colère, es-tu une personne qui crie ou qui parle calmement?
47. Comment réagirais-tu si ta partenaire te serait infidèle?
48. Présentement, la vie est-elle juste pour toi?
49. Lorsque tu as un problème, comment le règles-tu?
50. Si cela ne fonctionne pas, que fais-tu?
51. Crois-tu qu'il y a d'autres façons que les tiennes de résoudre les problèmes?
52. Que penses-tu de toi même?

53. Que penses-tu de ta situation actuelle?

54. Comment peux-tu améliorer ta situation?

55. Qu'est-ce que tu es prêt à faire pour améliorer ton sort?