

Université de Montréal

Intervention de groupe auprès d'enfants présentant  
des comportements sexuels problématiques : Étude exploratoire

par  
Mélanie M. Gagnon

Département de psychologie  
Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en psychologie recherche et intervention  
option clinique

Décembre 2003

© Mélanie M. Gagnon, 2003



BF  
22  
U54  
2004  
v.016

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :  
Intervention de groupe auprès d'enfants présentant  
des comportements sexuels problématiques : Étude exploratoire

présentée par  
Mélanie M. Gagnon

Sera évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Huguette Bégin  
Directrice de thèse

Mireille Cyr  
Présidente-rapporteure

Margaret C. Kiely  
Membre du jury interne

Nicole Perreault  
Examinatrice externe

Pierre Gendreau  
Représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le 07 avril 2004

## SOMMAIRE

La réalité des enfants présentant des comportements sexuels problématiques n'est pas nouvelle mais demeure un phénomène méconnu, dont l'ampleur semble sous-estimée. Dans une perspective exploratoire, la présente thèse vise à fournir des éléments de compréhension relativement au phénomène des enfants présentant des comportements sexualisés de nature inadaptée et à l'intervention qui leur est offerte. L'étude s'inscrit dans une recherche de plus grande envergure portant sur l'évaluation de l'implantation du « Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques » (PI-ECSP). Ce programme, novateur au Québec, est destiné aux enfants, garçons et filles, âgés de 6 à 12 ans, ainsi qu'à leurs parents. D'abord, une revue de la littérature, élaborée dans deux articles théoriques, a permis de documenter et de synthétiser les connaissances actuelles relativement à la problématique des enfants présentant des comportements sexuels inadaptés ainsi qu'aux paramètres et à l'évaluation des programmes d'intervention existants. L'analyse des écrits scientifiques dans le domaine fait ressortir plusieurs constats : 1) le caractère embryonnaire des connaissances actuelles, 2) l'absence de recherche scientifique au Québec et 3) l'état limité des études évaluatives portant sur les programmes d'intervention. En vue de contribuer à l'avancement des connaissances et de pallier à certaines de ces limites, l'étude cherche, dans une perspective formative, à répondre à deux objectifs principaux qui ont fait l'objet de trois articles. D'une part, la recherche vise à évaluer le processus d'implantation du PI-ECSP par le biais d'une description des caractéristiques de la clientèle d'enfants manifestant des comportements sexuels problématiques référés au PI-ECSP. À cet effet, 55 enfants, âgés en moyenne de 9 ans et 7 mois, ont été évalués par le biais d'un protocole d'entrevue semi-structurée et de passation d'instruments standardisés auprès des parents et des enfants. La description du profil psychosocial permet de constater la multiplicité et la complexité des configurations de problématiques, notamment des placements en milieux substituts, des problèmes de comportement et d'apprentissage scolaire, des difficultés relationnelles, des formes diverses de victimisation et des difficultés significatives au niveau clinique tant dans le registre des troubles extériorisés qu'intériorisés. De plus, le fonctionnement familial de ces enfants apparaît également perturbé et empreint de problèmes multiples (problèmes de violence conjugale, de toxicomanie, de santé mentale, de criminalité chez les parents) et d'environnements sexualisés où le système

d'encadrement est déficitaire. Ces éléments combinés peuvent entraîner un risque accru de développer des comportements sexualisés, ce qu'appuient les résultats de la recherche. En outre, dans cette même optique de documenter le processus d'implantation, un volet qualitatif s'attarde à la perception des enfants et des parents relativement aux diverses composantes du programme. Des groupes de discussion ont été réalisés auprès de 15 enfants et de 18 parents. Les propos des participants témoignent de leur appréciation relativement à la structure (nombre et durée des rencontres, animation, composition des groupes) et au contenu du programme (thèmes et activités). De plus, les analyses font également ressortir l'importance d'impliquer les parents dans le processus d'intervention comme composantes essentielles au processus d'implantation du PI-ECSP. D'autre part, l'étude vise à évaluer l'évolution des enfants suite à leur participation au programme d'intervention. Afin d'atteindre cet objectif, des mesures standardisées ont été administrées aux enfants et aux parents suite à l'intervention de groupe. Les analyses révèlent que, dans l'ensemble, les enfants ont évolué entre le début et la fin de l'intervention de groupe et ce, sur diverses dimensions. Plus spécifiquement, les analyses montrent des améliorations statistiquement significatives au niveau des comportements sexuels problématiques, des comportements intériorisés et des habiletés sociales. Ces résultats ont été corroborés par les analyses qualitatives obtenues lors des groupes de discussion au regard des changements perçus par les enfants et les parents à la suite de leur participation au programme. En effet, les propos des participants, parents et enfants, soulignent les progrès comportementaux et psychosociaux perçus chez les enfants. Toutefois, les résultats semblent plus mitigés en ce qui concerne l'évolution des enfants âgés de 6 à 9 ans. Bien qu'une amélioration significative soit observée entre le début et la fin de l'intervention, ce groupe d'enfants présente davantage de comportements sexualisés et de comportements extériorisés à leur entrée au programme ainsi qu'à la fin du programme. Enfin, dans le dernier chapitre, les résultats sont discutés à la lumière des écrits scientifiques et des pistes de recherche sont formulées en vue d'approfondir davantage les connaissances.

Mots clés : étude exploratoire, évaluation formative, profil psychosocial, intervention de groupe, comportements sexuels problématiques, enfants

## SUMMARY

The reality of children who display problematic sexual behaviour is not new, but it remains a phenomenon that is both little known and whose magnitude would appear to be underestimated. From an exploratory perspective, the objective of this thesis is to provide some concepts that will serve to better understand the phenomenon of children with sexually inadequate behaviour and the types of intervention offered. The study is a subset of broader scale research which evaluated the implementation of an intervention program referred to as: "Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques" (PI-ECSP). The program, which had not previously been used in Quebec is intended for use with children between 6 and 12 years of age (boys and girls) and their parents. A review of the literature - two theoretical articles in particular, provided the opportunity to document and synthesize current knowledge about children with problematic sexual behaviour and about the framework and evaluation of existing intervention programs. Several observations emerge from a review of the literature: 1) available information is somewhat fragmented; 2) an absence of scientific research in Quebec; 3) few studies have been made to measure the impact of intervention programs. With a view to advancing current knowledge and to bridge certain gaps, the purpose of this study is to respond to the two main objectives which are the subject of three articles.

The first objective is to evaluate the PI-ECSP program implementation process through an examination of the characteristics of the children displaying problematic sexually behaviour that were enrolled in the program. The study group comprised 55 children with an average age of 9 years, 7 months. They were evaluated using a semi-structured interview protocol and standardized tests that were given to both parents and children. The psychosocial profile of the children shows the multiplicity and complexity of problem configuration particularly in the case of foster home placement, behaviour and learning disabilities problems, interpersonal difficulties and significant problems at the clinical level and the recording of externalized and internalized troubles. The family environment of most of these children is dysfunctional, marked with instances of conjugal violence, drug use and mental health issues, adult criminal behaviour as well as a sexualized home environment where proper parental supervision is lacking.

These factors can result in an increased risk of the development of sexualized behaviours which is supported by research results. Moreover, with a view to documenting the implementation process, a qualitative section examines the behaviour of children and parents relative to the different segments of the program. Focus groups were formed with children (N=15) and parents (N=18). Participants expressed their opinions relative to program structure (number, length of meetings, the animation, and the makeup of the group) and program content (subjects and activities). The studies also reveal the importance of involving the parents in the intervention process as being an essential component in the implementation process of the PI-ECSP program.

Secondly, the study aims to measure the children's development following their participation in the intervention program. Standardized tools were used to accomplish this particular objective. The study indicates that the children did evolve on various levels, from the beginning to the end of the group intervention process. Specifically, significant improvements were documented relative to problematic sexual behaviours, internalized behaviours and social skills. These results were corroborated through qualitative analysis derived from focus groups in which parents and children noted perceived behavioural changes following their participation in the program. The comments of the participants, both children and parents, underlined perceived improvement the children's behavioural and psychosocial progress. However, the results are somewhat mixed with children aged 6 to 9. Though significant improvement was observed between the start to the end of the intervention program, this group of children continued to show as many sexualized and externalized behavioural problems from the beginning to the end of the intervention. Finally, the results are discussed in the last chapter in light of scientific literature and some ideas for future research are formulated with a view of advancing knowledge in this area.

Key words : exploratory study, formative evaluation, psychosocial profile, group treatment, sexual problematic behaviour, children



## TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE .....	iii
SUMMARY .....	v
LISTE DES TABLEAUX .....	viii
LISTE DES SIGLES .....	ix
REMERCIEMENTS .....	x
DÉDICACES .....	xi
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I – RECENSION DE LA LITTÉRATURE .....	8
Émergence des comportements sexuels problématiques chez les enfants : Éléments de compréhension ( <i>article 1</i> ) .....	9
Treatment programs for children with sexually problematic behaviour : A status report ( <i>article 2</i> ) .....	46
CHAPITRE II – DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE .....	70
Description du programme .....	71
Cadre d'évaluation .....	82
CHAPITRE III – PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....	95
Profil d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude descriptive ( <i>article 3</i> ) .....	96
Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Évolution comportementale, affective et sociale ( <i>article 4</i> ) .....	133
Programme d'intervention destiné aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Analyse qualitative ( <i>article 5</i> ) .....	161
CHAPITRE IV – DISCUSSION .....	193
CONCLUSION .....	207
RÉFÉRENCES .....	209
APPENDICE A : Synthèse des composantes du programme d'intervention .....	xii
APPENDICE B : Formulaire de consentement .....	xiv
APPENDICE C : Protocole d'entrevue – Rapport synthèse .....	xix
APPENDICE D : Autorisation d'enregistrement et questionnaires de renseignements généraux .....	xxix

## LISTE DES TABLEAUX

<i>Article:</i>	<i>Profil d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques: Étude descriptive</i>	
Tableau 1:	Fréquences des caractéristiques sociodémographiques des enfants en fonction du groupe d'âge	128
Tableau 2:	Fréquences des caractéristiques du fonctionnement des enfants et des histoires de victimisation en fonction du groupe d'âge	129
Tableau 3:	Fréquences des caractéristiques des comportements sexuels problématiques des enfants en fonction du groupe d'âge	130
Tableau 4:	Fréquences des caractéristiques des parents biologiques en fonction du groupe d'âge des enfants	131
Tableau 5:	Distribution des moyennes, écart types et pourcentages des enfants en fonction du groupe d'âge aux instruments standardisés	132
<i>Article:</i>	<i>Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques: Évolution comportementale, affective et sociale</i>	
Tableau 1:	Évolution des enfants aux différentes dimensions	160
<i>Article:</i>	<i>Programme d'intervention destiné aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Analyse qualitative</i>	
Tableau 1:	Répartition des enfants et des parents ayant participé aux groupes focalisés selon leurs caractéristiques sociodémographiques (N=33)	192

## LISTE DE SIGLES

- PI-ECSP : Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques
- SSRS : Social Skills Rating System  
(Système d'évaluation des habiletés sociales)
- CSBI : Child Sexual Behavior Inventory  
(Inventaire des comportements sexuels de l'enfant)
- CBCL : Child Behavior Checklist  
(Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans)

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je désire exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de thèse, Huguette Bégin, pour sa précieuse compréhension, sa grande disponibilité et son soutien indéfectible. Huguette, merci d'avoir été présente à toutes les étapes de mon cheminement, tu as toujours su m'apaiser dans mes moments de doutes, d'appréhension et de questionnements.

Je veux également exprimer ma gratitude envers Claudia Tremblay, sans qui ce projet n'aurait pas vu le jour et pour les belles opportunités d'apprentissage qui m'ont été offertes. Merci d'avoir cru à ce projet même dans les moments périlleux et de m'avoir témoigné une confiance sans limites.

Merci à Pierre McDuff et à Lise Lachance pour leur soutien aux analyses statistiques. Un merci particulier à Pierre, tu as su par ta patience et tes conseils judicieux m'éclairer alors que je me noyais dans mes analyses de données. Je tiens également à souligner l'apport des assistantes de recherche, Julie Gagnon, Katy Dupont et Andrée-Anne Provençale. Merci à vous trois, votre travail m'a été précieux.

Un merci sincère à ma soeur et à mes parents qui n'ont cessé de croire en moi tout au long de ce périple. À ma mère qui a été mon premier modèle de patience et d'empathie. Tu as investi tant d'énergie pour que je puisse mener à bien mes projets qui m'importaient et les rêves qui étaient miens. Merci de m'avoir appris à aller au-delà de mes propres limites. À mon père qui m'a transmis l'amour du travail et la persévérance, merci de m'avoir assisté durant ces années de longue haleine et de m'avoir témoigné une fierté sans retenue.

À mes amis, qui de près ou de loin, ont manifesté leur soutien constant. Merci de m'avoir sortie de ma bulle de thèse et de m'avoir si bien divertie lorsque j'en avais besoin. À Yannick, mon ami, mon confident et mon amoureux, simplement merci d'avoir été, durant mes derniers milles, source de rires et d'apaisements.

Enfin, je tiens également à remercier le Conseil québécois de la recherche social pour leur appui financier durant ces années d'études.

À tous ces sourires d'enfants...

## INTRODUCTION

La violence sexuelle à l'égard des enfants est reconnue comme un problème social depuis de nombreuses années; toutefois, ce n'est qu'au cours de la dernière décennie que se profile un intérêt pour les enfants de moins de 12 ans qui présentent des comportements sexuels problématiques<sup>1</sup> à l'endroit d'autres enfants. Alors que les gestes sexualisés de nature agressive perpétrés par des jeunes ont longtemps été minimisés et perçus comme de l'exploration, il est aujourd'hui reconnu qu'il s'agit plutôt d'un problème social préoccupant. Ces enfants, auteurs de gestes sexuels inadéquats, qui ne sont pas encore adolescents, sont trop jeunes pour être traduits en justice, trop à risque pour les milieux d'accueil hébergeant d'autres enfants et trop inquiétants pour être ignorés.

### Pertinence de la problématique

L'ampleur exacte du phénomène demeure difficile à préciser et semble sous-estimée. Actuellement, très peu de données sont disponibles dans la littérature et les statistiques rapportées ne se fondent que sur le nombre de cas qui parviennent à l'attention des responsables des autorités. Aux États-Unis, Pithers & Gray (1998) rapportent que les enfants âgés entre 6 et 12 ans seraient responsables de 13 à 18% des gestes sexuels de nature agressive posés à l'endroit d'autres enfants. De plus, les services de protection de l'enfance font ressortir que l'âge moyen de référence d'enfants qui posent des gestes sexuels alarmants à l'endroit d'autres enfants se situe autour de 7 ou 8 ans (étendue d'âge variant de 3 à 12 ans selon Gil & Johnson, 1993; ainsi que Ryan, 1989). Gray & Pithers (1993) rapportent que, dans l'état du Vermont, entre 1984 et 1989, 200 enfants âgés de moins de 10 ans ont posé des gestes sexuels non appropriés envers d'autres enfants et que, pour l'année 1991, dans un échantillon de 135 jeunes ayant un dossier d'agression sexuelle envers d'autres enfants, 37,8% des enfants âgés entre 6 et 12 ans étaient responsables de 13,2% des cas d'agression sexuelle. Ces chercheurs mentionnent, en outre, dans une recherche effectuée en 1998, que les informations fournies par la Direction de la protection de la jeunesse sont confirmées par les données de la Cour de la jeunesse; en effet, de 1980 à 1995, les

---

<sup>1</sup> L'examen de la documentation illustre la multiplicité des expressions caractérisant les enfants présentant des comportements à caractère sexuel; les termes réactif, agressif, abusif, déviant, intrusif, problématique sont fréquemment employés, désignant parfois le même phénomène et parfois des phénomènes distincts. Les expressions utilisées par les différents auteurs cités seront rapportées telles quelles; toutefois, pour les fins de notre propos, les termes « comportement sexuel problématique, inapproprié ou inadapté » renvoient aux enfants qui posent des gestes sexuels à l'endroit d'autres enfants.

arrestations de mineurs âgés de moins de 12 ans pour des crimes généraux ont augmenté de 24% alors qu'elles ont progressé de 125% pour les offenses sexuelles (excluant le viol) et de 190% pour le viol. De tous les motifs d'arrestations d'enfants de moins de 12 ans, 18% concernent les offenses sexuelles (excluant le viol) et 11% les viols.

En outre, l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (Trocmé & al., 2001) rapporte, pour l'année 1998, 4% des enfants (N=5,470) manifestent des comportements à caractère sexuel inadapté.

Au Québec, une étude menée par la Direction de la protection de la jeunesse des Centres jeunesse de Montréal portant sur l'incidence de l'abus sexuel par des mineurs pour l'année 1996, révèle que 11% des jeunes ayant posé des gestes sexuels de nature agressive sont âgés entre 8 et 11 ans (Association des Centres jeunesse du Québec, 2000).

Ce phénomène est d'autant plus alarmant que les études rétrospectives réalisées auprès d'adolescents et d'adultes agresseurs rapportent que la majorité d'entre eux ont commis leurs premiers comportements sexuels inadaptés avant l'âge de 18 ans et à un âge aussi jeune que 5 ans (Abel & Rouleau, 1990; Longo & Groth, 1983).

Au-delà des statistiques qui en font un problème social préoccupant, les écrits scientifiques font ressortir que les comportements sexuels de ces jeunes peuvent être aussi agressifs et abusifs que ceux des adolescents ou des adultes (Bonner, Walker & Berliner, 1999; Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich & Luecke, 1988; Gray, Busconi, Houchens & Pithers, 1997; Gray & Pithers, 1993; Gray, Pithers, Busconi & Houchens, 1999; Hall & Mathews, 1996; Hall, Mathews & Pearce, 1998, 2002; Johnson, 1988; Johnson & Berry, 1989; Pithers, Gray, Busconi & Houchens, 1998b; Rasmussen, Burton & Christopherson, 1992; Ryan, 2000). De surcroît, les études démontrent que les enfants initiés ou contraints par d'autres enfants souffrent des conséquences aussi sévères et négatives que celles vécues par des enfants abusés par des adolescents ou des adultes (Haugaard & Tilly, 1988; Loredó, 1982).



Qui plus est, alors que des chercheurs se sont attardés à distinguer les comportements sexuels sains et normaux des comportements sexuels problématiques chez les jeunes (Friedrich, Fisher, Broughton, Houston & Shafran, 1998; Friedrich, Grambsch, Broughton, Kuiper & Beilke, 1991; Gil, 1993a; Groth & Lored, 1981; Sgroi, Bunk & Wabrek, 1988), d'autres ont porté leur intérêt sur la description des caractéristiques de ces enfants (Berliner, Manaois & Monastersky, 1986; Bonner, Walker & Berliner, 1999; English & Ray, 1991; Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997, 1999; Hall & Mathews, 1996; Hall & al., 1998, 2002; Johnson, 1988, 1989, 1993b; Johnson & Feldmeth, 1993; Pithers & al., 1998b; Rasmussen, Burton & Christopherson, 1992). Il appert que ces jeunes présentant des comportements sexuels inadaptés cumulent souvent plusieurs facteurs de risque tant sur le plan comportemental (problèmes de comportement de nature affective, sociale et scolaire) que familial (structure familiale chaotique, dysfonctionnement familial, milieu de vie sexualisé). Ces études font état de la multiplicité et de la complexité des problématiques de ces enfants et de leur milieu de vie d'origine ainsi que de la nécessité d'en tenir compte dans l'intervention. En revanche, non seulement les programmes d'intervention spécialisés pour les enfants présentant des comportements sexuels problématiques sont peu nombreux (Araji, 1997), mais l'évaluation de tels programmes demeure précaire et la littérature scientifique à ce sujet est quasi inexistante. En effet, à ce jour, la recension des écrits scientifiques ne révèle que trois recherches évaluatives de programmes d'intervention offerts à cette clientèle d'enfants (Bonner & al., 1999; Kolko, 1986; Pithers & al., 1998b). Bien que les résultats de ces recherches fassent état d'améliorations entre le début et la fin de l'intervention au plan des comportements sexuels problématiques, aucune d'entre elles ne peut attribuer les changements observés à la participation au programme. Par conséquent, ces conclusions doivent être mises en perspective en raison notamment de lacunes méthodologiques inhérentes aux études.

Devant ce phénomène préoccupant et le caractère embryonnaire de la littérature empirique, il est impératif de contribuer à une meilleure compréhension de ce que vivent ces enfants et de procéder à une intervention concertée auprès de ces jeunes le plus précocement possible. À cet égard, Ryan (2000) souligne la nécessité d'intervenir tôt dans le développement de ces jeunes afin de prévenir l'aggravation du

comportement sexuel inadapté et, par le fait même, de contribuer à la prévention de la victimisation sexuelle.

Les professionnels qui interviennent auprès d'enfants ou de familles aux prises avec une problématique de comportements sexuels inadaptés vivent plus souvent qu'autrement un sentiment d'impuissance face à l'absence de connaissances et de services spécifiques pour cette clientèle et il n'existe, à notre connaissance, aucun programme structuré au Québec, offert aux enfants, âgés de 6 à 12 ans qui présentent des comportements sexuels problématiques. Devant cette réalité et suite aux demandes grandissantes de la part des intervenants, plus particulièrement des Centres jeunesse de Lanaudière, Tremblay & Gagnon (2000) ont développé un programme d'intervention destiné aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques et à leurs parents<sup>2</sup>. Ce programme novateur, le PI-ECSP<sup>3</sup>, est centré sur les besoins des enfants et de leurs parents et représente une première démarche évaluative en regard de son implantation.

### Objectifs de l'étude

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche de plus grande envergure relativement à l'évaluation de l'implantation des composantes du PI-ECSP. Cette étude, de nature exploratoire, porte sur la première phase de mise en œuvre du programme, s'étendant de septembre 1999 à juin 2003. Dans une perspective formative, cette étude s'intéresse plus précisément à :

(1) l'évaluation du processus du PI-ECSP par le biais :

- a) d'une description de la clientèle;
- b) de l'identification de la participation des enfants au programme;
- c) de l'analyse de la perception des enfants et des parents relativement aux diverses composantes du programme (modalités, outils, activités, etc.);

---

<sup>2</sup> Pour simplifier la lecture, nous entendons par le terme « parent », tous les adultes qui ont la responsabilité de l'enfant : les parents biologiques, les parents de familles d'accueil ou adoptives, les éducateurs de maisons d'accueil, de résidences de groupe ou de centres de réadaptation, etc.

<sup>3</sup> Afin d'alléger le texte, le Programme d'intervention auprès des enfants présentant des comportements sexuels problématiques est identifié par l'acronyme « PI-ECSP ».

d) de l'analyse de la perception des enfants et des parents quant aux composantes pouvant contribuer au processus d'implantation du programme.

(2) l'évaluation de l'évolution des enfants par le biais :

- a) des changements cliniques observés chez les enfants avant et après leur participation au programme (mesurés à l'aide d'instruments standardisés);
- b) de la perception des enfants et des parents face aux changements observés suite à leur participation au programme (analyse de groupes focalisés).

### Description de la thèse

La présente thèse de doctorat se divise en quatre chapitres. Le premier chapitre, rédigé sous forme d'articles, dresse un portrait d'une part des connaissances actuelles sur la problématique des enfants présentant des comportements sexuels inadaptés et, d'autre part, des programmes d'intervention existants. Le premier article, intitulé *Les enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Éléments de compréhension*, a été soumis à la Revue de psychoéducation et d'orientation et décrit la problématique ainsi que les facteurs de risque alors que le second, *Treatment programs for children with sexually problematic behavior : A status report*, aborde les paramètres des programmes d'intervention existants ainsi que leur efficacité et a été accepté pour publication à la revue International Journal of Child Welfare and Family.

Le second chapitre est consacré à la description du PI-ECSP qui fait l'objet de l'analyse formative. De plus, le cadre d'évaluation ainsi que la démarche méthodologique employée pour mener à terme cette analyse sont présentés.

Ensuite, le troisième chapitre, composé de trois articles, fait état d'une synthèse des résultats et de quelques pistes de discussion : a) un article, intitulé *Profil des enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude descriptive* et accepté pour publication à la Revue québécoise de psychologie, décrit les caractéristiques des enfants présentant des comportements sexuels problématiques (référés au PI-ECSP) et de leur milieu de vie d'origine; b) la participation des enfants ainsi que leur évolution mesurée à l'aide d'instruments standardisés administrés avant et après l'intervention est présentée dans un article intitulé *Intervention de groupe auprès d'enfants*

*présentant des comportements sexuels problématiques : Évolution comportementale, affective et sociale*; cet article a été soumis à la revue Santé Mentale au Québec; c) finalement, les données qualitatives rapportant la perception des participants, enfants et parents, relativement aux diverses composantes du programme, aux changements observés chez les enfants et aux variables contribuant au processus d'implantation font l'objet d'un article intitulé *Programme d'intervention destiné aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Analyse qualitative* et soumis à la Revue canadienne de santé mentale communautaire.

Enfin, un dernier chapitre présente une discussion qui expose une synthèse des résultats obtenus analysés à la lumière de la recension des écrits scientifiques. Une section est consacrée aux difficultés encourues et aux stratégies qui ont facilité l'étude de l'implantation du PI-ECSP de même qu'à la formulation de recommandations pour la poursuite du programme. La thèse conclue sur l'importance de poursuivre des études dans ce domaine et sur des pistes de recherche futures.

CHAPITRE I  
RECENSION DE LA LITTÉRATURE

Émergence des comportements sexuels problématiques chez les enfants :  
Éléments de compréhension

Mélanie M. Gagnon  
*Université de Montréal*

Huguette Bégin  
*Université de Montréal*

Claudia Tremblay  
*Les Centres jeunesse de Lanaudière*

Article soumis pour publication à la Revue de psychoéducation et d'orientation

Cet article a été rédigé dans le cadre des études doctorales de la première auteure. Nous tenons à remercier le Conseil québécois de la recherche sociale pour son appui financier durant ces années d'études doctorales.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées à : Huguette Bégin, Département de psychologie, Université de Montréal, C.P.6128, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-6662, Télécopieur : (514) 343-2285, Courriel : [REDACTED]

## Résumé

Cet article propose une description de la problématique des enfants présentant des comportements sexuels inappropriés. La première partie présente la sexualité des enfants sous l'angle des stades de développement sexuel et de critères cliniques et développementaux permettant de distinguer l'exploration sexuelle saine des comportements sexuels problématiques. La seconde partie est consacrée à l'examen de diverses classifications des comportements sexuels problématiques qui permettent de situer les comportements sexuels d'un enfant de part et d'autre d'un continuum allant de l'exploration sexuelle à l'agression. La troisième et dernière partie traite des facteurs de risque expliquant l'émergence des comportements sexuels problématiques chez les enfants. En conclusion, l'article identifie les limites des connaissances actuelles relativement à la compréhension des manifestations sexuelles chez les enfants et propose quelques pistes nouvelles de recherche.

Mots clés : recension des écrits, sexualité, comportements sexuels problématiques, enfants

## Abstract

This article provides a description of children which display problematic sexually behaviour. Normal sexual development, as well as the different clinical and developmental criteria distinguishing normal from problematic sexual behaviour, are also summarized. Following this review is a discussion of the different classifications of children with sexually problematic behaviour that can help assess the nature of the sexual behaviours. A synthesis is then offered of the risk factors that have been used to explain children's sexual misconduct. Finally, this article underlines the limits of our present knowledge in relation to the various manifestations of sexual behaviour and the authors conclude with an outline of new directions in research.

Key words : literature review, sexuality, problematic sexual behaviour, children



## Émergence des comportements sexuels problématiques chez les enfants : Éléments de compréhension

Longtemps sujet tabou, minimisé, voire passé sous silence, la question des comportements sexuels problématiques chez les enfants constitue, aujourd'hui, une préoccupation d'actualité. Reconnaître que les enfants peuvent encourager, initier ou contraindre d'autres enfants à s'engager dans une activité sexuelle suscite une remise en question de nos valeurs et de nos croyances au sujet de la sexualité et de l'innocence de la période infantile. Avant la fin des années 80, tout geste sexuel posé par des enfants était perçu comme un geste d'exploration, et par conséquent, inoffensif (Johnson, 1988). Or, depuis la dernière décennie, les chercheurs et cliniciens reconnaissent l'importance du rôle des enfants dans la violence sexuelle perpétrée à l'endroit d'autres enfants, insistent sur la nécessité de dépister précocement et d'intervenir efficacement auprès de ces jeunes afin de freiner ce phénomène (Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich & Luecke, 1988; Finkelhor, Hotaling, Lewis & Smith, 1990; Gil & Johnson, 1993; Gray & Pithers, 1993; Johnson, 1988; Johnson & Berry, 1989; Kikuchi, 1995; Pithers & Gray, 1998; Rasmussen, Burton & Christopherson, 1992; Ryan, 2000a, 2000b). Cette situation est d'autant plus alarmante que le phénomène des comportements sexuels problématiques chez les enfants est d'une ampleur considérable et influence la trajectoire du développement des habiletés interpersonnelles, sociales et scolaires des jeunes.

Dans ce présent article, subdivisé en trois sections, nous traitons du phénomène des enfants, âgés de 6 à 12 ans, manifestant des comportements sexuels problématiques en présentant une brève synthèse des stades de développement sexuel et des critères cliniques et développementaux permettant de distinguer l'exploration sexuelle saine des comportements sexuels problématiques. Ensuite, différentes classifications et typologies d'enfants ayant des comportements sexuels problématiques sont exposées. Enfin, après avoir décrit les facteurs de risque à l'origine des comportements sexuels problématiques chez les enfants, quelques limites inhérentes aux études actuelles seront abordées ainsi que les perspectives de recherches futures.

La recension de la littérature montre la multiplicité des expressions utilisées pour définir ces enfants présentant des comportements à caractère sexuel; les termes

réactif, agressif, abusif, déviant, intrusif, problématique sont fréquemment employés, désignant parfois le même phénomène et parfois des phénomènes distincts. Les expressions employées par les différents auteurs cités seront rapportées. Toutefois, pour les fins de cet article, nous utiliserons les termes « comportement sexuel problématique, inapproprié ou inadapté » pour référer aux enfants qui initient des gestes sexuels auprès d'autres enfants.

### La sexualité chez les enfants

Durant la dernière décennie, l'émergence de la problématique des enfants présentant des comportements sexuels inadéquats ou agressifs a suscité chez les chercheurs et les cliniciens un intérêt quant à la nécessité de distinguer les comportements sexuels sains et normaux des comportements sexuels problématiques. Cette section fait état des connaissances actuelles en abordant brièvement : 1) les stades du développement sexuel chez les enfants et 2) les critères permettant d'évaluer les comportements sexuels problématiques.

Définir les comportements sexuels normaux, problématiques ou encore agressifs durant l'enfance s'avère une tâche ardue. En effet, il est complexe d'opérationnaliser la sexualité sous forme de comportements sexuels observables car elle varie notamment en fonction de l'expérience subjective, de l'âge et du sexe de l'enfant, ainsi que du contexte familial et culturel dans lequel il évolue (Bukowski, Sippola & Brender, 1993; Werbrouck, 2001). Force est de constater, qu'au Québec, aucune étude n'a été menée spécifiquement sur la sexualité des enfants, mise à part quelques-unes traitant de la problématique de la victimisation sexuelle et de la prévention de l'agression sexuelle. Par contre, des études réalisées notamment aux États-Unis et en Europe fournissent des données sur la sexualité des enfants dans une perspective développementale (Fitzpatrick, 1993; Friedrich, Fisher, Broughton, Houston & Shafran, 1998; Friedrich, Grambsch, Broughton, Kuiper & Beilke, 1991; Johnson, 1993a, 1999; Lamb & Coakley, 1993; Meyer-Bahlburg, Dolezal & Sandberg, 2000; Rademakers, Laan & Straver, 2000; Sandfort & Cohen-Kennetis, 2000).

En effet, les travaux de Friedrich et ses collaborateurs (Friedrich & al., 1991; Friedrich & al., 1998), menés auprès de larges échantillons d'enfants américains, ont

permis de déterminer la fréquence de divers comportements sexuels chez les enfants âgés de 2 à 12 ans. Ces auteurs ont élaboré et normalisé un questionnaire, le Child Sexual Behavior Inventory-CSBI (Friedrich & al., 1992), qui distingue les comportements sexualisés des enfants dits « normaux » de ceux observés chez les enfants qui ont été victimes d'agression sexuelle par des adultes ou des adolescents. Il s'agit d'un outil clinique précieux visant à opérationnaliser un concept difficile, soit celui de la sexualité chez les enfants. Les résultats de ces études auprès d'échantillons normatifs mettent en évidence un vaste éventail de comportements sexuels dont la fréquence varie selon l'âge des enfants. Les comportements les plus fréquemment observés sont l'autostimulation, l'exhibitionnisme (montrer ses parties intimes) ainsi que ceux reliés aux frontières personnelles (se frotter contre une autre personne). Selon Friedrich & al. (1998), les comportements sexuels qualifiés d'intrusifs, notamment les contacts oraux-génitaux, les sollicitations pour des relations sexuelles, toucher les seins de sa mère ou d'une autre femme, représentent des comportements beaucoup moins fréquents chez les enfants. De plus, les résultats indiquent une relation inverse entre les comportements sexuels et l'âge des enfants. En ce sens, les comportements sexuels des enfants atteignent un sommet à l'âge de cinq ans et diminuent par la suite. Selon les auteurs, cette diminution n'indique pas que les enfants ont moins de comportements sexuels, mais plutôt qu'ils s'y adonnent avec plus de discrétion. Enfin, les données colligées mettent en évidence une relation entre l'expressivité sexuelle de l'enfant et la sexualité exhibée au sein du milieu familial dans lequel il vit.

Dans le but de clarifier ce qu'on entend par comportements sexuels sains ou problématiques, il est important, dans un premier temps, de résumer brièvement les stades du développement sexuel chez les enfants.

### Les stades du développement sexuel chez les enfants

Plusieurs références à la sexualité sont observables, chez les enfants de 0 à 12 ans, à travers leurs comportements, leurs questionnements et leurs explorations. L'exploration sexuelle naturelle et saine durant l'enfance est un processus de recherche d'information où les enfants explorent leur propre corps ainsi que celui des autres en regardant et en touchant (Berliner, Manaois & Monastersky, 1986; Bukowski & al., 1993; Cunningham & MacFarlane, 1996; Gil, 1993a; Haffner, 1999; Hoyle, 2000;

Johnson, 1999; Martinson, 1994, 1997; Robert, 1999; Pithers, Gray, Cunningham & Lane, 1993; Sgroi, Bunk & Wabrek, 1988; Yates, 1991; Werbrouck, 2001).

Périodes de la petite enfance (0 à 2 ans). Pour un nourrisson, le fait de se froter ou de se toucher représente une activité agréable de courte durée, au même titre que toutes les autres activités d'exploration et de découverte. L'exploration sexuelle des enfants de moins de 18 mois se traduit par les touchers et le frottement de ses propres parties génitales, les touchers sur la poitrine et les fesses de personnes familières (adultes ou enfants) ainsi que les baisers à des personnes non familières (adultes ou enfants) (Cunningham & MacFarlane, 1996; Gil, 1993a; Martinson, 1997; Sgroi & al., 1988). Dès l'âge de deux ans, l'enfant acquiert la notion d'identité, c'est-à-dire qu'il développe le sentiment d'appartenir au sexe masculin ou au sexe féminin. C'est le début des questionnements en lien avec la sexualité. L'enfant est curieux à propos des noms des parties génitales, de la provenance des bébés et des différences corporelles entre les filles et les garçons. Il explore et cherche des réponses à ses questions en regardant les personnes se déshabiller, en se montrant nu aux autres et en refusant de se vêtir (Johnson, 1999; Robert, 1999). Avec l'initiation à la propreté, entre 15 mois et 2 ans et demi, le jeune enfant découvre une nouvelle zone de plaisir. À cet âge, avec l'apparition du langage, l'enfant prend plaisir à nommer toutes les parties de son corps (les yeux, le nez, le nombril, les fesses, les orteils, etc.) (Haffner, 1999; Honig, 2000a, 2000b).

Période préscolaire (3 à 5 ans). À la période préscolaire, l'exploration sexuelle n'est plus solitaire; c'est le début des jeux sexuels entre enfants qui explorent leur propre corps et celui des autres en regardant et en touchant (p. ex : se regarder nu dans le miroir, jouer au docteur, toucher ou froter ses parties génitales) (Cunningham & MacFarlane, 1996; Martinson, 1997; Pithers & al., 1993). Les comportements d'autostimulation, d'exhibitionnisme (se montrer nu) et de voyeurisme (chercher la nudité) augmentent durant cette période et, à travers le jeu, les enfants découvrent les comportements liés aux rôles sexuels (p. ex : jouer au papa et à la maman). Par ailleurs, l'autostimulation fait partie des découvertes qu'un enfant fait et qui lui permet d'explorer son corps (Johnson, 1999; Haffner, 1999; Honig, 2000a, 2000b; Martinson, 1997; Sgroi & al., 1988; Werbrouck, 2001). Enfin, c'est également à cette période qu'apparaît le langage vulgaire concernant la sexualité.

Période scolaire (6 à 9 ans). Conscient qu'il est un garçon ou une fille, le jeune a besoin de s'identifier à son sexe et de l'affirmer. Il porte attention aux différences physiques associées aux sexes féminin et masculin et demande plus de détails et de précisions sur la reproduction humaine, sur le fonctionnement de son corps et sur la puberté (Hoyle, 2000). À cette période, l'exploration sexuelle se traduit par des jeux entre amis du même âge, dans une atmosphère agréable (Werbrouck, 2001). Toutefois, l'enfant réclame aussi son intimité et les comportements d'autostimulation se font désormais en privé (Cunningham & MacFarlane, 1996; Gil, 1993a; Hoyle, 2000; Sgroi & al., 1988). Par ailleurs, lors de cette période de développement, l'intérêt sexuel des enfants s'apaise et laisse place à un intérêt pour les activités sociales et intellectuelles, ce qui ne signifie guère une latence sexuelle, mais simplement que la sexualité s'exprime différemment (Friedrich & al., 1998; Martinson, 1997). Ainsi, l'égoïsme décroît et les habiletés de communication s'accroissent (Gil, 1993a). Le groupe d'amis, généralement du même sexe que l'enfant, prend beaucoup d'importance et le jeune peut parfois manifester une certaine hostilité envers ses pairs de sexe opposé ou encore s'intéresser au sexe opposé tout en prétendant le contraire (Pithers & al., 1993). Enfin, l'enfant est susceptible de recourir aux modèles et stéréotypes sexuels véhiculés dans l'environnement pour exprimer son identité sexuelle (Bossé, 2000; Hoyle, 2000).

Période préadolescente (10 à 12 ans). Cette période de développement se caractérise sur le plan sexuel par l'utilisation du langage grossier et l'emploi de mots vulgaires (par exemple : fourrer, tapette) sans toujours en comprendre le sens. À la phase prépubère, l'activité hormonale provoque l'apparition des caractéristiques sexuelles secondaires et crée de nouvelles sensations physiologiques et émotionnelles qui interrogent le jeune sur sa propre sexualité (Gil, 1993a; Haffner, 1999; Hoyle, 2000; Martinson, 1997). Préoccupés par les relations sociales et amicales, les jeunes se questionnent sur les règles de la société et le groupe de pairs. À la puberté, ils sont davantage attentifs à leur apparence : les changements physiques bouleversent leur image corporelle et ces changements, combinés à leur éveil amoureux, font en sorte que les préadolescents sont plus soucieux du regard que leurs pairs posent sur eux (Hoyle, 2000; Martinson, 1997). Ayant fondamentalement le désir de plaire, voire de séduire, les préadolescents sont plus sensibles au rejet ou aux commentaires des autres sur leur apparence. Cette période donne lieu à l'émergence du sentiment

amoureux et les jeunes posent des questions précises et directes sur les relations sexuelles (Bossé, 2000; Werbrouck, 2001).

### Les comportements sexuels problématiques

L'information présentée précédemment permet de distinguer les comportements sexuels appropriés des comportements sexuels inappropriés en considérant l'évolution du développement sexuel de l'enfant. Selon Haugaard & Tilly (1988) ainsi que Vizard, Monck & Misch (1995), il faut toutefois demeurer prudent et éviter de poser un jugement ethnocentrique sur les comportements observés chez les enfants, car l'interprétation et la signification des comportements sexualisés entre enfants varient selon les cultures et les groupes sociaux et sont influencées par les valeurs et les croyances véhiculées au sein du milieu familial. De plus, les enfants ne s'engagent pas nécessairement dans tous les comportements sexuels; tout dépend de leurs intérêts (Gil, 1993a; Johnson, 1999). Par conséquent, il peut être trompeur d'utiliser comme seul critère d'adéquation les comportements sexuels de l'enfant; en effet, des critères sociaux permettent de déterminer si un comportement sexuel est approprié ou inapproprié. En s'inspirant des travaux de Groth & Loredó (1981) ainsi que de ceux de Sgroi & al. (1988), Gil (1993a) a développé une liste de facteurs sociaux caractérisant les comportements sexuels de nature problématique chez les enfants. Par la suite, les critères ont été repris par les chercheurs et les cliniciens travaillant auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques (Araji, 1997; Burton, Rasmussen, Bradshaw, Christopherson & Huke, 1998; Cunningham & MacFarlane, 1996; De Jong, 1989; Friedrich, 1990; Gil, 1993a; Johnson, 1994, 1999; Johnson & Feldmeth, 1993; Kikuchi, 1995; National Adolescent Perpetrator Network, 1993; Okami, 1992; Pithers & al., 1993; Ryan & Blum, 1993).

Selon Gil (1993a), lorsqu'un enfant présente des comportements sexuels, les critères suivants doivent être identifiés afin de juger de la nature de ces gestes. (1) *La différence d'âge* : une différence de deux ou trois ans entre les enfants impliqués dans les comportements sexuels s'avère une situation préoccupante. (2) *La différence de grandeur* : lorsqu'il y a une différence physique importante entre enfants d'âge similaire, la situation nécessite une plus grande attention car l'enfant le plus imposant peut dominer ou menacer l'enfant plus petit. (3) *La différence de statut* : lorsqu'un enfant

détient un statut différent ou se retrouve en position d'autorité ou de pouvoir (p. ex : un gardien), il peut utiliser cette inégalité pour forcer un autre enfant à avoir des comportements sexuels avec lui et ce, peu importe la différence d'âge entre les enfants impliqués. Le niveau d'intelligence et de développement d'un enfant peut aussi être considéré comme une variable influençant le statut. (4) *Le type d'activité sexuelle* : les enfants présentant des comportements sexuels problématiques démontrent des connaissances élaborées concernant la sexualité et sont impliqués dans des activités sexuelles d'adultes, notamment la masturbation compulsive, les touchers sexuels, les contacts oraux-génitaux, les rapports sexuels vaginaux et anaux avec le pénis, un doigt ou un objet. (5) *Le degré de coercition* : les comportements sexuels impliquent l'utilisation de la force, de la coercition, de la manipulation, de l'intimidation ou de menaces. (6) *La dynamique des activités sexuelles* : avec le temps, les comportements sexuels deviennent plus fréquents, plus intenses ou plus intrusifs et persistent en dépit de la supervision et de l'intervention des adultes. Le secret est souvent présent et les activités sexuelles peuvent susciter des plaintes de la part des autres enfants. De plus, les comportements sexuels prennent davantage de place dans la vie de l'enfant. (7) *Les affects des enfants* : des sentiments intenses de peur, de honte et de culpabilité ainsi qu'un niveau élevé d'anxiété sont associés aux comportements sexuels problématiques. Enfin, les comportements sexuels causent une souffrance physique ou émotionnelle autant à l'enfant instigateur qu'à l'enfant impliqué.

Au-delà des critères définissant les comportements sexuels problématiques, les chercheurs s'entendent pour dire que le comportement sexuel d'un enfant peut se situer de part et d'autre d'un continuum allant de l'exploration sexuelle à l'agression (Araji, 1997; Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich, 1990; Johnson & Feldmeth, 1993; Pithers & al., 1993; Ryan & Blum, 1993; Sgroi & al, 1988).

#### Comportements sexuels : un continuum de l'exploration à l'agression

La prolifération des recherches et des documents cliniques concernant les problèmes de comportements sexuels chez les enfants a permis aux auteurs de développer des classifications et des typologies (Berliner & al., 1986; Bonner, Walker & Berliner, 1999; Hall & Mathews, 1996; Johnson & Feldmeth, 1993; Pithers, Gray, Busconi & Houchens, 1998b; Rasmussen & al., 1992). Malgré le caractère

embryonnaire de ces classifications, elles proposent une meilleure compréhension de cette problématique et orientent plus adéquatement les interventions. Dans les lignes qui suivent, les classifications élaborées par Berliner & al. (1986), Bonner & al., (1999), Hall & Mathews (1996), Johnson & Feldmeth (1993), Pithers & al. (1998b) ainsi que Rasmussen & al. (1992) sont brièvement décrites.

La classification de Berliner & al. (1986) est basée sur la description de la nature des comportements sexuels en relation avec le développement de l'enfant. À partir de leurs observations cliniques, ces auteurs distinguent trois catégories de comportements sexuels, soit : (a) les comportements sexuels inappropriés regroupant une variété de gestes sexuels qui, théoriquement, ne suggèrent ni la présence d'une perturbation psychologique ni le besoin d'une intervention intensive (p. ex : masturbation en public, jeux sexualisés, se montrer nu); (b) les comportements sexuels précoces définis comme des comportements inattendus selon le développement de l'enfant et impliquant des tentatives de relation sexuelle sans utilisation de la force et (c) les comportements sexuels coercitifs impliquant l'utilisation de la force afin d'obtenir la participation de l'enfant « victime ». Cette première classification clinique est large; toutefois, comme le mentionnent Pithers & al. (1998b), elle représente un premier devis heuristique pouvant orienter des recherches futures.

Quelques années plus tard, Rasmussen et ses collègues (1992) ont élaboré une typologie reposant sur l'aspect motivationnel du comportement sexuel ou sur le contexte dans lequel il survient. Deux catégories principales de comportements sexuels problématiques sont proposées, à savoir : les enfants sexuellement réactifs (âgés de moins de 9 ans) et les préadolescents agresseurs (âgés de 9 à 12 ans). Ces deux catégories ont chacune été subdivisées par la suite en trois sous-catégories : les victimes/agresseurs, les agresseurs délinquants et les agresseurs familiaux. Les enfants victimes/agresseurs réagissent à leur propre victimisation sexuelle ou à l'observation de stimuli sexuels explicites. Les agresseurs délinquants sont caractérisés comme inadaptés socialement ou présentant des troubles de la personnalité. Enfin, la catégorie des agresseurs familiaux regroupe les préadolescents qui agissent sur des membres plus jeunes de la fratrie. Lors de leur critique de cette classification, Pithers & al. (1998b) ont signalé que, bien qu'elle semble limitée en raison des éléments sous-



jacents (c'est-à-dire la motivation de l'enfant et le contexte dans lequel les gestes sexuels surviennent), elle reste d'intérêt dans l'étude des enfants présentant des comportements sexuels problématiques.

Le continuum des comportements sexuels développé par Johnson & Feldmeth (1993) est l'un des plus utilisés en ce qui concerne les comportements sexuels inadaptés chez les enfants et inclut différentes caractéristiques (nature des comportements sexuels, degré de coercition, écart d'âge entre les enfants, etc.). Quatre points d'ancrage représentés le long d'un continuum correspondent au niveau de perturbation sexuelle de l'enfant, à savoir : (a) l'exploration sexuelle normale et saine, (b) les comportements sexuels réactifs, (c) les comportements sexuels mutuels et (d) les comportements sexuels agressifs.

Le premier type, l'exploration sexuelle normale et saine, répond à une curiosité naturelle et se concrétise par un processus de cueillette d'informations adapté aux stades développementaux des enfants. L'exploration sexuelle se produit entre enfants du même âge, de grandeur semblable et habituellement de sexe différent. L'exploration sexuelle a lieu plus fréquemment entre amis que dans la fratrie. Les comportements sexuels entre enfants se déroulent toujours sur une base volontaire. Il n'existe pas de secret entourant le comportement sexuel et, suite à l'intervention des adultes, le comportement sexuel cesse ou diminue. Bien que les enfants puissent éprouver des sentiments de confusion et de culpabilité par rapport à la sexualité (surtout lorsqu'ils sont découverts), ils ne ressentent ni honte, ni peur, ni anxiété.

Le second type, les comportements sexuels réactifs, regroupe des enfants victimes d'abus sexuels ou surexposés à du matériel sexuellement stimulant. Ces comportements sexuels sont une répétition compulsive ou une récapitulation (souvent inconsciente) d'une surstimulation sexuelle précédente. Les comportements sexuels de ces enfants sont majoritairement dirigés vers leur propre corps et impliquent la masturbation solitaire, l'exposition de leurs parties génitales et l'insertion d'objets à l'intérieur de leurs orifices (génital et anal). Ces enfants sexuellement surstimulés sont incapables d'intégrer leurs expériences de manière significative et développent ainsi des comportements sexuels problématiques qui témoignent de leur confusion, de leur

anxiété, de leur honte ou de leur colère. Enfin, les comportements sexuels peuvent représenter des efforts inconscients pour alerter les adultes autour d'eux quant aux agressions sexuelles déjà subies.

Le troisième type, les comportements sexuels mutuels, inclut des jeunes qui ont un mode de comportement sexuel beaucoup plus persistant et précis que celui des enfants réactifs, en ce sens que leurs pensées et leurs actions sont dominées par la sexualité. Ils participent à tout l'éventail des comportements sexuels adultes et s'engagent dans des comportements sexuels généralement avec des enfants du même groupe d'âge et de grandeur similaire. Ce qui différencie ce groupe d'enfants des autres groupes est l'absence d'émotion en lien avec la sexualité. En effet, les enfants de ce groupe ne présentent pas la spontanéité des enfants dits « normaux », ni la honte ou l'anxiété des enfants sexuellement réactifs ou la colère et l'agression typiques chez les enfants qui posent des gestes sexuels de nature agressive. Ils démontrent plutôt une attitude blasée sans affect envers les comportements sexuels commis avec d'autres enfants. Tous les enfants de ce groupe ont été victimes d'une forme d'abus, soit psychologique, soit sexuel, soit physique et vivent dans un environnement très chaotique et sexualisé. En raison de leurs expériences de vie, leur compréhension des relations avec autrui est biaisée et la sexualité est une façon d'entrer en relation avec les pairs.

Enfin, les comportements sexuels agressifs représentent le dernier type sur le continuum et le plus problématique. En effet, les comportements sexuels coercitifs et persistants des enfants de ce groupe dépassent largement l'exploration appropriée à leur niveau de développement et les jeux sexuels normaux. Ces comportements sexuels augmentent avec le temps et s'inscrivent dans un mode habituel de fonctionnement plutôt que d'incidents isolés. Lorsque ces comportements sexuels agressifs sont découverts, ils ne cessent pas et ne peuvent diminuer sans une intervention ferme, intensive et spécialisée. Les comportements sexuels sont vécus comme un exutoire exprimant l'agressivité et la compulsion. Par leurs comportements sexuels, ces jeunes extériorisent leurs sentiments de colère, d'abandon et de peur. Ils expriment souvent de l'anxiété et de la confusion au sujet de la sexualité et peu d'empathie pour les enfants impliqués (« victimes »); ils nient leur responsabilité dans les comportements sexuels. La plupart des enfants de ce groupe ont été victimes

d'abus sexuels et tous ont été victimes d'abus psychologiques : plusieurs ont été punis sévèrement et de manière imprévisible par les adultes qui en prenaient soin. Ces enfants vivant dans un environnement familial marqué par une stimulation sexuelle et une absence de frontières personnelles sont souvent témoins de violence entre les adultes qui s'occupent d'eux.

Une autre classification, proposée par Hall & Mathews (1996), subdivise les comportements sexuels en fonction de critères rationnels, soit : (a) les comportements attendus au plan développemental, (b) les comportements sexuellement intrusifs et (c) les comportements sexuellement agressifs. Seuls les deux derniers groupes sont considérés comme des comportements sexuels problématiques. En effet, les enfants sexuellement intrusifs s'engagent dans des comportements sexuels abusifs, mais sans planification ni force, alors que les enfants sexuellement agressifs planifient leurs actes et peuvent utiliser la force. Cette classification, comparativement aux précédentes, ne se base pas exclusivement sur des observations cliniques, mais sur des variables composées (indices), chacune d'elles comprenant un ensemble de données recueillies dans les dossiers cliniques. De plus, les enfants manifestant des comportements sexuels problématiques (c'est-à-dire sexuellement intrusifs et sexuellement agressifs) obtiennent des scores globaux plus élevés sur tous les indices, à l'exception de l'index sur les caractéristiques de l'abus sexuel. Les auteurs notent également une différence entre les groupes problématiques et non problématiques atteignant une signification statistique pour six indices, soit les problèmes de comportement chez l'enfant, les expériences traumatiques, la qualité de l'environnement familial, la stabilité de la relation parent-enfant, les événements de maltraitance et les compétences parentales en lien avec la relation parent-enfant. Malgré le fait que la typologie des comportements sexuels manifestés dans l'enfance ait été construite rationnellement plutôt qu'empiriquement, les travaux de Hall & Mathews (1996) représentent un avancement dans la recherche puisqu'ils vont au-delà de simples observations cliniques.

Plus récemment, Bonner et ses collègues (1999) proposent, à partir de leurs recherches réalisées auprès d'un échantillon de 201 enfants (garçons et filles âgés de 6 à 12 ans) référés pour leurs problèmes de comportements sexuels, une typologie

basée sur les caractéristiques des enfants et de leur famille recueillies lors d'entrevues d'évaluation clinique. Les auteurs divisent les enfants en trois groupes distincts.

Le premier groupe d'enfants présente des comportements sexuels inappropriés qui se font sans contact avec d'autres personnes. Ces comportements incluent les remarques sexuelles, l'autostimulation des parties génitales, la nudité, etc. Ces activités sexuelles sont moins inadaptées et agressives que celles des deux autres groupes. Toutefois, ces enfants démontrent un degré élevé de préoccupations concernant leur sexualité. La recherche de Bonner et al. (1999) montre qu'un faible pourcentage de ces enfants a subi des abus physiques ou de la négligence; toutefois, la majorité d'entre eux ont été victimes d'abus sexuel et ont une histoire d'abus émotionnel.

Le second groupe est constitué d'enfants sexuellement intrusifs qui ont posé des gestes sexuels inadaptés impliquant brièvement d'autres personnes. Leurs comportements incluent donc des touchers furtifs aux parties intimes des autres enfants et du frottage sur d'autres personnes; les touchers cessent lorsque la personne fait part de son inconfort. Les enfants de ce groupe manifestent des comportements sexuels problématiques observables et rarement agressifs. De façon similaire au premier groupe, les mauvais traitements sexuels, physiques et émotionnels ainsi que la négligence font partie de leur histoire.

Enfin, le troisième groupe, les enfants sexuellement agressifs, inclut des jeunes manifestant des comportements sexuels persistants tels que des contacts oraux-génitaux, des rapports sexuels vaginaux et anaux et de la masturbation mutuelle impliquant implicitement ou explicitement de la coercition ou de l'agression. Ce groupe est composé majoritairement de garçons plus âgés. Les histoires de victimisation sont similaires à celles du second groupe, à l'exception du fait qu'un nombre moins élevé de ces jeunes a subi des abus sexuels.

De leur côté, Pithers & al. (1998b) ont développé une première classification empirique des enfants de 6 à 12 ans présentant des comportements sexuels problématiques. Élaborée à partir d'un échantillon de 127 enfants, cette typologie

propose cinq regroupements : enfants sexuellement agressifs, enfants sans symptômes, enfants traumatisés, enfants briseurs de règles et enfants abusifs réactifs.

Dans cette classification, les enfants « sexuellement agressifs » sont majoritairement de sexe masculin, plus âgés que la moyenne des enfants de l'échantillon et présentent un diagnostic de trouble des conduites ; certains ont reçu un diagnostic du déficit de l'attention avec hyperactivité. De plus, les comportements sexuels de ces jeunes sont caractérisés par un niveau élevé d'agressivité et de pénétration sexuelle. Ils proviennent d'un milieu familial où les frontières sexuelles sont inadéquates. Par ailleurs, les parents des enfants sexuellement agressifs sont les seuls, comparativement aux parents des enfants des autres groupes, à se percevoir, plutôt que leur enfant, comme la source de détresse dans la relation parent-enfant.

La seconde catégorie englobe des enfants « sans symptômes », c'est-à-dire qu'à la majorité des mesures, ils se retrouvent dans une zone de normalité. Majoritairement de sexe féminin, ces enfants présentent peu de diagnostics psychiatriques, ont impliqué un petit nombre d'enfants dans leurs activités sexuelles et utilisent rarement la coercition ou l'agression. En fait, à l'exception des comportements sexualisés de ces enfants, l'inquiétude concerne le milieu familial au sein duquel ils vivent, milieu caractérisé par la présence d'agresseurs sexuels.

Le groupe des enfants « traumatisés » (troisième catégorie) est constitué d'enfants des deux sexes qui obtiennent la plus forte proportion de diagnostics psychiatriques (dont l'état de stress post-traumatique) et ont une histoire de mauvais traitements sexuels et physiques impliquant plusieurs agresseurs. Ces enfants sont relativement jeunes lors de leurs premiers comportements sexuels problématiques avec d'autres enfants et impliquent un grand nombre d'enfants dans leurs activités sexuelles.

Les enfants « briseurs de règles » représentent le quatrième groupe majoritairement composé de filles manifestant des comportements sexuels fréquents et parfois de nature agressive. Le temps écoulé entre leur propre histoire de maltraitance et leurs gestes sexuels est le plus long de tous les groupes. De plus, le nombre d'agresseurs sexuels au sein du milieu familial est le plus élevé. Au-delà des comportements

sexuels, ces enfants ont tendance à présenter des comportements non sexuels inadéquats, notamment des comportements antisociaux.

Enfin, le dernier groupe, les enfants « abusifs réactifs », est surreprésenté par le sexe masculin. Ces jeunes présentent un diagnostic du trouble oppositionnel avec provocation et, à un degré moindre, un déficit d'attention avec hyperactivité. Ces enfants ont subi davantage de mauvais traitements sexuels et physiques comparativement aux autres groupes. Les comportements sexuels problématiques envers d'autres enfants surgissent immédiatement après leur propre victimisation. Par conséquent, ces enfants posent leurs gestes sexuels inadéquats dès leur jeune âge et commettent un grand nombre d'actes sexuels auprès d'autres enfants.

En résumé, ces classifications, basées majoritairement sur des expériences cliniques, sont importantes car elles reconnaissent implicitement l'existence de cette problématique chez les enfants et le besoin de définir plus clairement et précisément cette problématique. Ces typologies cliniques partagent une même notion, c'est-à-dire que les comportements sexuels des enfants se situent sur un continuum et que l'agression, la coercition et la force représentent des éléments pathologiques. Toutefois, ces classifications posent aussi les mêmes difficultés, notamment l'absence de catégories exclusives et le fait que la majorité d'entre elles établissent leurs catégories uniquement à partir des caractéristiques des enfants victimes ou des enfants instigateurs et excluent les caractéristiques du développement non sexuel et du milieu familial qui peuvent avoir une influence sur l'intervention. À ce jour, aucune de ces typologies n'a été validée empiriquement; toutefois, elles sont utilisées comme devis heuristique dans l'élaboration d'hypothèses de recherche (Hall, Mathews & Pearce, 2002; Pithers & al, 1998b).

### Facteurs de risque et hypothèses étiologiques

Les comportements sexuels problématiques présents chez certains enfants sont graves et très perturbateurs tant pour les sujets qui les manifestent et les enfants impliqués (« victimes ») que pour leur famille et leur environnement social. Les explications étiologiques de ces comportements sont complexes, parcellaires et de nature clinique et théorique.

En effet, lors de l'étude des recherches disponibles, des lacunes méthodologiques et conceptuelles importantes, notamment l'absence fréquente d'un groupe contrôle ou de comparaison, la présence de biais dans la sélection des groupes, le manque de mesures objectives des déterminants potentiels, l'utilisation de très petits groupes, etc. sont présentes et aucune étude longitudinale concernant la trajectoire des enfants manifestant des comportements sexuels problématiques n'est disponible.

En dépit de ces limites, certains modèles conceptuels (Friedrich, 1990; Friedrich & Luecke, 1988; Gil, 1993b; Rasmussen & al., 1992) et des descriptions cliniques des caractéristiques d'enfants et des parents référés pour des interventions spécialisées (Bonner & al., 1999; English & Ray, 1991; Friedrich & Luecke, 1988, Gray, Busconi, Houchens & Pithers, 1997; Hall et Mathews, 1996; Johnson, 1988, 1989; Kolko, 1986; Pithers, Gray, Busconi & Houchens, 1998a, Pithers & al., 1998b) permettent de mieux cerner la problématique des enfants présentant des comportements sexuels inadaptés.

Par ailleurs, les recherches font ressortir des variables qui semblent contribuer, du moins en partie, au développement ou au maintien des comportements sexuels problématiques. Ces variables sont : (a) l'expérience d'un traumatisme antérieur, (b) la présence de problématiques coexistantes, (c) un déficit au plan des habiletés sociales et (d) une structure familiale dysfonctionnelle.

### Traumatisme antérieur

Selon plusieurs chercheurs et cliniciens une histoire de victimisation sexuelle antérieure constitue un facteur de risque dans l'étiologie des comportements sexuels problématiques (Bentovim, 2002; Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994; Friedrich, 1990; Hall et Mathews, 1996; Hall et al., 2002; Horton, 1996; Johnson, 1993b; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993; Rasmussen & al., 1992; Ryan, 2002; Watkins & Bentovim, 2000). En effet, des études rapportent des fréquences de victimisation sexuelle variant entre 48% et 100% chez les enfants manifestant des comportements sexuels inadaptés (Bonner & al., 1999; Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997; Johnson, 1988, 1989; Pithers & al., 1998a), cette variation s'expliquant, en partie, par certaines différences méthodologiques telles que la définition des termes utilisés (par

exemple : certaines études incluent les agressions sexuelles sans contact alors que d'autres les excluent) et la personne auprès de qui la question a été posée (par exemple : l'enfant, le parent biologique, le parent de famille d'accueil, l'éducateur de la résidence de groupe).

L'étude de Friedrich & Luecke (1988) menée auprès de 16 enfants, âgés entre 4 et 11 ans ayant des problèmes de comportements sexuels, note une histoire de victimisation sexuelle chez 13 d'entre eux (soit 81% de l'échantillon total; 75% des garçons et 100% des filles). Deux autres études, dirigées par Johnson (1988, 1989) auprès de 47 garçons et 13 filles, âgés entre 4 et 13 ans, rapportent que 49% des garçons et 100% des filles auraient été victimes d'agression sexuelle.

La recherche de Gray et ses collaborateurs (1997) va dans le même sens que les études de Friedrich & Luecke (1988) et celles de Johnson (1988, 1989) en observant que 95% des 66 enfants (âgés entre 6 et 12 ans) pour qui l'information était disponible lors de l'évaluation, ont été victimes d'agression sexuelle. Cette proportion inclut 93% des garçons et 100% des filles de l'échantillon.

L'étude de plus grande envergure de Bonner & al. (1999), réalisée auprès de 201 enfants, âgés de 6 à 12 ans, manifestant des comportements sexuels problématiques et de 52 enfants d'un groupe de comparaison sans comportements sexuels inadaptés, démontre que les enfants du premier groupe (48%) ont été significativement plus souvent victimes d'agression sexuelle que ceux du groupe de comparaison (31%).

Par ailleurs, les données de Friedrich & Luecke (1988) indiquent aussi que les enfants qui ont commencé à impliquer en bas âge d'autres enfants dans des gestes sexuels inappropriés sont plus susceptibles d'avoir été victimes d'agression sexuelle (72% chez les 4 à 6 ans; 42% chez les 7 à 10 ans et 35% chez les 11-12 ans). Pour la majorité d'entre eux, un certain laps de temps (quelques années) s'est écoulé entre la fin des abus subis et le début des comportements sexuels problématiques. En fait, la colère intense et son association avec l'agressivité et l'anxiété chez les enfants qui manifestent des comportements sexuels inadaptés prennent plusieurs années à se développer.



Il est à noter que ces recherches incluant des échantillons d'enfants référés à des cliniques d'intervention spécialisée ne sont pas nécessairement représentatives de tous les enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Néanmoins, elles rapportent de façon consistante une proportion élevée d'histoires de victimisation sexuelle chez les jeunes présentant des comportements sexuels inappropriés.

Outre la présence d'une histoire de victimisation sexuelle, d'autres formes de mauvais traitements, notamment la violence physique, la violence psychologique et la négligence contribuent à l'apparition de comportements sexuels inappropriés. À cet égard, les études de Gray & al. (1997) ainsi que celle de Bonner & al. (1999) soulignent que la majorité des enfants ont subi de multiples formes de mauvais traitements, dont la cooccurrence la plus souvent rapportée est l'agression sexuelle et l'agression physique.

Bien qu'il soit difficile de comprendre les raisons qui poussent un enfant ayant lui-même été victime de diverses formes de mauvais traitements à poser des gestes sexuels inappropriés sur autrui, plusieurs explications ont été formulées. Ce qui est fréquemment nommé le « cycle de la violence sexuelle » est une hypothèse qui permet aux chercheurs et aux cliniciens de formuler une variété d'explications théoriques et ce, peu importe les approches théoriques dont chacun se réclame. Une première explication, proposée par les tenants des approches psychodynamiques, concerne la notion de répétition compulsive qui réfère au besoin, peut-être inconscient, de la victime de répéter le comportement afin de retrouver un sentiment de maîtrise et de contrôle sur l'événement traumatisant (Ellis, Piersma & Grayson, 1990; Ryan, 1989, 1991; Van der Kolk, 1989). Une seconde hypothèse pointe vers l'identification projective à l'agresseur qui permet de se libérer de sa propre histoire d'impuissance pour se trouver en position de maîtrise et de pouvoir sur autrui. Par ce mécanisme de défense, l'enfant remplace ses sentiments d'impuissance et d'annihilation par des sentiments de pouvoir et d'omnipuissance (Green, 1985). Van der Kolk (1989) ajoute aussi que les interactions agressives, compulsives et répétitives de ces enfants abusés suggèrent que l'identification à l'agresseur est utilisée comme mécanisme de défense pour réduire la tension, contrebalancer les affects douloureux et réguler l'estime de soi.

Pour leur part, les tenants de l'approche comportementale et cognitive attribuent le développement de comportements sexuels compulsifs à l'événement traumatique et à un apprentissage social (Ryan, 1989). Finkelhor & Browne (1986) suggèrent le concept de « sexualisation traumatique » pour expliquer un conditionnement par lequel l'enfant ayant servi d'objet sexuel à l'agresseur fait l'apprentissage de croyances erronées au sujet de la sexualité, adopte des comportements sexuels pour manipuler autrui ou pour répondre à ses besoins et développe une image corporelle erronée. Bref, l'enfant victime d'agression sexuelle associe des souvenirs bouleversants aux activités sexuelles qui ont pour effet de renforcer une image de soi sexualisée.

Dans le même ordre d'idées, le concept de « l'enfant érotisé », souvent cité dans la littérature, signifie que l'enfant victime d'abus sexuel devient sexuellement expérimenté et donc très érotisé (Yates, 1982, 1987). Puisque la réponse sexuelle n'exige pas d'habileté cognitive, de très jeunes enfants peuvent donc, selon cette conception, devenir érotisés. Yates dirige aussi notre attention sur l'environnement familial des enfants abusés et affirme que l'anxiété de séparation, l'abus physique ou le rejet intensifient l'expression sexuelle de l'enfant. L'auteur mentionne également que les jeunes enfants ne peuvent différencier les relations affectives des relations sexualisées et qu'ils deviennent excités par les rapprochements physiques ou psychologiques. Ces attentions sont sources de gratifications pour ces enfants et il existe peu de récompenses comparables qui favorisent l'arrêt. Selon cette perspective, les enfants développent donc une dépendance vis-à-vis les échanges sexuels, ce qui leur permet de retrouver leur intégrité et un sentiment d'estime de soi (Gil, 1993b).

Bien que ces explications puissent nous éclairer sur le développement de comportements sexuels problématiques chez les enfants, elles ne différencient pas les victimes qui développent de telles perturbations de celles qui n'en développent pas. À cet égard, ce ne sont pas toutes, voire même la majorité des victimes d'abus sexuel qui développent des comportements sexuels inappropriés. En fait, 5 à 10 pour cent des garçons victimes d'agression sexuelle et une proportion encore plus minime (moins d'un pour cent) de filles victimes manifesteront éventuellement des gestes sexuels inadéquats impliquant d'autres enfants (Friedrich, 1990; Johnson, 1993b; Pauzé & Mercier, 1994). Par ailleurs, certains facteurs accroissent la probabilité que la victime développe des comportements sexuels problématiques : (a) les enfants qui ont vécu

des agressions importantes (comme la pénétration accompagnée de violence physique), (b) les enfants qui ont été victimes d'agressions s'échelonnant sur une longue période, (c) ceux qui ont été victimes de plusieurs agresseurs, souvent membres de la famille et (d) les enfants qui ont reçu peu de support suite au dévoilement (Freeman-Longo, 1986; Friedrich & al., 2001; Friedrich, Beilke & Urquiza, 1988; Friedrich & Luecke, 1988; Friedrich, Urquiza & Beilke, 1986; Johnson, 1989; Kendall-Tackett & al., 1993; Pithers & al., 1998a). Par ailleurs, bien que les filles soient de deux à quatre fois plus à risque d'être victimes d'abus sexuel, la majorité des enfants présentant des comportements sexuels problématiques sont des garçons. En fait, l'étude américaine de Ryan, Miyoshi, Metzner, Krugman & Fryer, (1996), réalisée auprès de 1,616 enfants et adolescents (5 à 21 ans), auteurs de gestes sexuels inadéquats, rapporte que 97.4% étaient de sexe masculin. Cependant, en examinant les recherches sur les enfants manifestant des comportements sexuels problématiques, Johnson (1993b) conclut qu'il y aurait entre 15 et 20% d'enfants présentant de tels comportements qui seraient de sexe féminin, ce qui représente une proportion non négligeable de jeunes.

De leur côté, Rasmussen et son équipe (1992) notent que certains enfants traités pour des comportements sexuels inadéquats n'ont aucun antécédent connu d'abus sexuel; toutefois, ils soulignent qu'avant de développer des comportements alarmants de nature sexuelle, un enfant doit être conscient de certaines activités sexuelles, être exposé à du matériel pornographique ou être témoin d'activités sexuelles explicites entre adultes (Friedrich & Luecke, 1988; Gil, 1993c; Rasmussen & al., 1992). Cette prise de conscience précoce, due à l'exposition à des attitudes ou à des comportements sexuels déviants au cours du développement, peut mener à des comportements sexuels problématiques (Longo & Groth, 1983; Rasmussen & al., 1992). En effet, une exposition fréquente à des attitudes sexuelles ou à des comportements sexuels explicites peut constituer un traumatisme sexuel au même titre que l'abus sexuel (Sgroi & al., 1988).

### Problématiques coexistantes

Un second facteur soulevé dans les recherches concerne les caractéristiques psychologiques de ces enfants et, tout particulièrement, la présence de problématiques

psychiatriques concomitantes. Les diagnostics les plus fréquemment mentionnés sont ceux du trouble des conduites, du trouble oppositionnel avec provocation, du déficit d'attention avec hyperactivité et de l'état de stress post-traumatique (Bonner & al., 1999; Friedrich & Luecke, 1988, Gray & al., 1997; Johnson, 1993b; Pomeroy, Behar & Stewart, 1981; Rasmussen & al., 1992).

Selon l'étude de Friedrich & Luecke (1988) auprès de 16 enfants présentant des comportements sexuels problématiques, la moitié d'entre eux avait un diagnostic du trouble des conduites et le quart des enfants avait un diagnostic du trouble oppositionnel avec provocation.

Dans l'étude de Gray & al. (1997), 93% des 59 enfants dont l'information était disponible, répondaient aux critères du DSM-IV pour au moins un diagnostic psychiatrique, dont le plus commun était celui du trouble des conduites (73%). Les auteurs ont noté que ce trouble était significativement plus présent chez les garçons (84%) que chez les filles (52%). Parmi les autres diagnostics rapportés, on retrouvait celui du déficit de l'attention avec hyperactivité (41%), suivi du trouble oppositionnel avec provocation (27%) et de l'état de stress post-traumatique (17%). Enfin, les auteurs soulignaient que des 55 enfants présentant un diagnostic psychiatrique, près de la moitié avait deux diagnostics et le quart en avait plus de deux.

Par ailleurs, la présence de problématiques concomitantes peut varier selon les types d'enfants présentant des comportements sexuels inadaptés, notamment en fonction du degré de coercition et d'agression utilisé (Pithers & al., 1998b). Ainsi, selon l'étude de Pithers & al., (1998b) menée auprès de 72 enfants manifestant des comportements sexuels problématiques, ceux ayant eu recours à un degré plus élevé de coercition et d'agressivité dans leurs gestes sexuels obtiennent des cotes supérieures aux critères normatifs de la liste des comportements de l'enfant (Child Behavior Checklist; Achenbach & Edelbrock, 1983).

Toutefois, il appert que les comportements sexuels ne sont pas typiques des enfants manifestant des troubles de comportement. En effet, des études empiriques auprès d'enfants présentant des troubles de comportement révèlent que très peu d'entre eux s'engagent dans des comportements problématiques de nature sexuelle (Loeber,

Green, Lahey, Christ & Frick, 1992; Loeber, Keenan, Lahey, Green & Thomas, 1993). En fait, Friedrich & al. (1988) mentionnent que, malgré la similarité entre les enfants ayant subi un abus sexuel et ceux qui présentent un trouble des conduites, ces deux groupes diffèrent principalement sur la variable des comportements sexuels problématiques. Ainsi, il est probable que les comportements sexuels problématiques coexistent avec le trouble des conduites et le déficit d'attention avec hyperactivité tout en étant des types de perturbations bien distincts (Horton, 1996).

Au-delà des problématiques psychologiques, les chercheurs et les cliniciens observent chez ces enfants d'autres types de comportements impulsifs ou inadéquats; fugues, pyromanie, vol et cruauté envers les animaux (Bagley & Shewchuk-Dann, 1991; Friedrich & al., 1986; Johnson, 1989; Rasmussen & al., 1992; Ray & English, 1995). De plus, tous les enfants rencontrés dans ces recherches présentent des problèmes de comportement à la maison et à l'école (Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997; Johnson, 1988, 1989, 1993b; Ray & English, 1995). En fait, bon nombre des jeunes ont des difficultés d'apprentissage sévères et d'autres types de problèmes académiques qui les orientent vers des classes spécialisées (Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997; Johnson, 1988, 1989).

Toutefois, il faut prendre note que les enfants qui posent des gestes sexuels problématiques, sans être impliqués dans d'autres types de comportements perturbateurs, peuvent passer inaperçus; ainsi ces résultats ne peuvent donc être généralisés à l'ensemble des enfants présentant des comportements sexuels problématiques.

#### Déficit au plan des habiletés sociales

Plusieurs auteurs mentionnent la présence de déficits importants au niveau des compétences sociales (Friedrich & Luecke, 1988; Johnson, 1988; Johnson & Berry, 1989; Rasmussen & al., 1992; Ray & English, 1995), déficits souvent rapportés chez les enfants manifestant des troubles de comportement (Loeber, 1988). En fait, selon les études disponibles, peu d'enfants ont un bon ami et la majorité d'entre eux entretiennent des relations amicales particulièrement teintées d'agressivité, de peur, d'incertitude, d'impulsivité et de conflits; les relations positives sont peu nombreuses,

voire inexistantes (Bonner & al., 1999; Friedrich & Luecke, 1988; Johnson, 1988, 1993b). De plus, les enfants présentent une faible tolérance à la frustration et de pauvres habiletés au niveau de la résolution de conflits et de la gestion de situations nouvelles. Ainsi, les enfants qui interagissent avec leurs pairs de façon intrusive, agressive, coercitive ou qui dérogent aux règles sont rapidement rejetés socialement et ne peuvent vivre avec des enfants du même âge des expériences positives essentielles au développement d'habiletés sociales (Friedrich, 1990; Gagnon & Vitaro, 2000).

De plus, comme le mentionnent Friedrich (1990) et Johnson (1993c), les habiletés sociales se développent, en partie, lors de relations affectueuses et positives entre le parent et l'enfant. Or, si la relation parent-enfant est de piètre qualité, l'enfant risque de présenter des carences au niveau des habiletés relationnelles, de la confiance en soi et envers autrui.

Bien que le lien entre l'absence d'habiletés sociales et les comportements sexuels problématiques ne soit pas toujours clair, certains auteurs (Cunningham & MacFarlane, 1991, 1996; Friedrich & Luecke, 1988; Johnson & Feldmeth, 1993; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997) suggèrent que les lacunes au niveau des compétences sociales reflètent un manque au niveau de l'empathie (« defect in empathy »). Or, selon Rasmussen & al. (1992), les enfants qui ont acquis des habiletés sociales semblent moins à risque de poser des gestes sexuels inadéquats puisqu'ils ont habituellement un réseau social plus présent et supportant. Les enfants qui n'ont aucun soutien familial ou social peuvent s'engager dans des comportements sexuels problématiques, ce qui leur permet d'évacuer des sentiments désagréables. Les comportements inappropriés encouragent toutefois l'apparition d'autres problèmes sociaux et le cycle continue (Horton, 1996).

#### Structure familiale dysfonctionnelle

Les chercheurs et cliniciens mentionnent qu'une proportion significative d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques vivent au sein de milieux familiaux caractérisés par d'importants conflits, de la désorganisation et un encadrement éducatif dysfonctionnel (Bentovim, 2002; Friedrich & Luecke, 1988; Gil, 1993c; Gray & al., 1997; Johnson, 1993b, 1999; Ray & English, 1995).

L'examen des écrits scientifiques révèle que l'apparition de comportements sexuels problématiques se manifeste au sein d'un contexte relationnel perturbé. La relation parent-enfant est alors caractérisée par : (a) un attachement insécure, (b) une absence de support ou la présence de blâme; (c) une histoire de bouc émissaire; (d) un manque de supervision ou une discipline parentale à la fois punitive et inconsistante et (e) une histoire de négligence et de rejet, incluant parfois l'abandon (Friedrich & Luecke, 1988; Gil, 1993c; Johnson, 1993b, 1999; Pithers & al., 1998a). Or, comme le mentionne Bowlby (1969), le lien d'attachement de l'enfant à une personne significative lui fournit la sécurité qui lui permet de développer son sentiment de compétence. L'enfant qui n'a pas cette sécurité ne peut développer un sentiment de compétence. Il se perçoit alors négativement, se blâme et développe une perception négative de lui-même. Dans une telle situation, l'enfant ressent un sentiment de désespoir et peut adopter des comportements agressifs pour compenser ce sentiment de vide (Cunningham & MacFarlane, 1991, 1996; Gil, 1993c; Waters, Posada, Crowell & Keng, 1993).

Araji (1997) et Gil (1993c) soulignent, en plus, que les milieux familiaux les plus à risque de développer un lien entre les comportements agressifs et les comportements sexuels présentent les caractéristiques suivantes : (a) répartition inégale du pouvoir; (b) inversion des rôles parents-enfants, (c) sexualité utilisée comme processus d'échange, (d) victimisation physique ou sexuelle par un membre de la famille, (e) colère et rage; (f) abus intergénérationnel.

Par ailleurs, ces facteurs de risque peuvent être amplifiés par les conflits conjugaux, les troubles psychopathologiques, les comportements antisociaux et la criminalité des parents ou l'isolement social. Toutefois, peu d'études se sont penchées sur les caractéristiques psychologiques spécifiques aux parents d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Gray & al. (1997), Johnson (1988, 1989) ainsi que Friedrich (1990) avancent qu'il y a une forte occurrence de désordres psychiatriques au sein de cette population. Si l'on compare les parents d'enfants ayant des problèmes de comportements sexuels à ceux d'enfants sans comportements sexuels inadaptés, on constate que les parents du premier groupe avaient consulté plus fréquemment en raison de difficultés de santé mentale. De plus, Bonner & al. (1999) ainsi que Gray & al. (1997) mentionnent que bon nombre de parents des enfants

présentant des comportements sexuels problématiques ont une histoire de victimisation antérieure, de violence conjugale ainsi qu'une histoire personnelle de consommation de substances et d'activités criminelles.

Enfin, selon Friedrich & Luecke (1988) ainsi que Johnson (1988, 1989), l'environnement familial est hautement sexualisé et caractérisé par l'absence de frontières sexuelles, l'exposition à des activités sexuelles d'adultes ou à du matériel pornographique. Ce type d'environnement conduit à des désordres psychologiques, tout particulièrement aux troubles de comportement (trouble des conduites et trouble oppositionnel avec provocation) ainsi qu'aux comportements antisociaux (Friedrich, 1990; Friedrich & Luecke, 1988).

Il faut cependant considérer que certains aspects de la nature des relations parent-enfant et du contexte familial perturbé peuvent être en partie une conséquence plutôt qu'un précurseur des comportements sexuels problématiques chez les enfants.

#### Discussion et conclusion

Force est de constater que les recherches, les réflexions et les publications portant sur les enfants présentant des comportements sexuels problématiques sont limitées. Toutefois, le but de cet article n'est pas de faire état de la question de façon exhaustive, mais de tenter de dresser un aperçu des connaissances afin d'enrichir notre compréhension de cette nouvelle problématique.

L'examen de la littérature fait ressortir l'importance de tenir compte des différents stades de développement sexuel en fonction de l'âge des enfants impliqués dans l'activité sexuelle afin de mieux comprendre la nature des comportements sexuels problématiques à ces âges. En plus des stades de développement sexuel, certains auteurs (Gil, 1993a; Sgroi & al., 1988) ont élaboré une liste de critères permettant de distinguer les comportements sexuels appropriés des gestes sexuels inadéquats chez les enfants âgés de 12 ans et moins.

La discussion précédente sur les classifications fait ressortir que les enfants qui s'engagent seuls ou avec d'autres enfants dans une variété d'activités sexuelles vont



de l'exploration sexuelle normale et saine à celles considérées comme problématiques, inappropriées, abusives ou agressives. En dépit du fait qu'il n'y a encore aucune liste de symptômes définitifs qui décrit ou distingue clairement les enfants dits normaux de ceux victimisés ou à risque de poser des gestes sexuels inadaptés (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta & Akman, 1991; Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, Akman & Cassavia, 1992; Kendall-Tackett & al., 1993), les typologies discutées restent d'intérêt pour étudier les enfants présentant des comportements sexuels problématiques puisqu'elles décrivent un continuum de comportements sexuels et associent des facteurs sociaux et psychologiques permettant d'évaluer les enfants présentant des comportements sexuels normaux pour leur âge ou nécessitant une intervention appropriée.

À cet égard, les auteurs s'entendent sur le besoin de référer à un continuum des comportements sexuels chez les enfants pour démontrer la progression des activités sexuelles d'exploration aux comportements sexuels agressifs. Dans tous les continuums présentés, les comportements sexuels agressifs se situent à l'extrême du continuum et sont perçus comme étant les plus problématiques et pathologiques. Ceci étant dit, il est indéniable que tout effort d'évaluation et d'intervention auprès de ces enfants doit prendre en considération la nature du comportement sexuel problématique.

Au plan étiologique, en dépit des lacunes mentionnées, il est possible d'observer certains facteurs de risque qui tentent d'expliquer l'émergence des comportements sexuels problématiques chez les enfants. En effet, une histoire de victimisation sexuelle et de mauvais traitements, des troubles de comportement, un déficit au niveau des habiletés sociales ainsi qu'un climat familial dysfonctionnel sont des variables qui semblent jouer un rôle dans le développement de comportements sexuels inadaptés chez les enfants. Toutefois, à ce jour, il est impossible d'établir avec certitude une relation de causalité entre ces variables. À cet égard, les auteurs s'entendent pour affirmer qu'il n'existe aucune explication facile ni de cause unique permettant d'expliquer le phénomène des comportements sexuels inadaptés chez les enfants et le développement d'un modèle multifactoriel s'avère impératif pour mieux comprendre la problématique (Araji, 1997; Bonner & al., 1999, Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich & Luecke, 1988; Johnson, 1988, 1989; 1993b). La spécificité du lien entre les facteurs de risque et les comportements sexuels problématiques doit être établie

d'autant plus que plusieurs facteurs caractérisent également d'autres problématiques telles que le trouble des conduites et le déficit d'attention avec hyperactivité.

Bref, cette recension des écrits met à jour le caractère embryonnaire des études empiriques. Il serait souhaitable, dans un proche avenir, de s'attarder davantage à élaborer des définitions plus opérationnelles des comportements sexuels problématiques chez les enfants, ce qui est une condition indispensable à un dépistage efficace, à une meilleure compréhension du phénomène ainsi qu'à l'élaboration d'interventions appropriées. De plus, la présence de balises serait nécessaire afin de départager clairement les enfants présentant une exploration sexuelle saine des enfants manifestant des comportements sexuels problématiques ou agressifs. Les efforts de recherche doivent donc s'orienter non seulement vers les caractéristiques des enfants ayant des comportements sexuels problématiques, mais aussi vers les liens entre les caractéristiques du milieu de vie de ces enfants et la nature agressive du comportement sexuel. Enfin, il ne faut pas minimiser ou négliger cette réalité si l'on veut contrer les formes de violence et, éventuellement, contribuer à la prévention de la victimisation sexuelle.

## Références

- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Araji, S.K. (1997). *Sexually aggressive children : Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Bagley, C. & Shewchuk-Dann, D. (1991). Characteristic of 60 children and adolescents who have a history of sexual assault against others : Evidence from a controlled study. *Journal of Child and youth Care, Special Issue*, 43-52.
- Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G. A. & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 15, 537-556.
- Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G. A., Akman, D. & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.
- Bentovim, A. (2002). Preventing sexually abused young people from becoming abusers, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. *Child Abuse and Neglect*, 26, 661-678.
- Berliner, L., Manaois, O. & Monastersky, C. (1986). *Child sexual behavior disturbance : An assessment and treatment model*. Seattle, WA : Harborview Sexual Assault Center.
- Bonner, B.L., Walker, C.E. & Berliner, L. (1999). *Final report on children with sexual behavior problems : assessment and treatment*. Washington, DC : Office of Child Abuse and Neglect, Department of Health and Human Services.
- Bossé, M-A. (2000). *Des ressources à votre rescousse : Répertoire d'outils pour intervenir en éducation sexuelle auprès des jeunes de 6 à 18 ans*. Lanaudière : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss : Volume 1, Attachment*. New York : Basic Books.
- Bukowski, W.M., Sippola, L. & Brender, W. (1993). Where does sexuality come from? Normative sexuality from a developmental perspective. In H.E. Barbaree, W.L., Marshall & S.M. Hudson (Éds.), *The juvenile sex offender* (pp. 85-100). New York : Plenum Press.
- Burton, J.E., Rasmussen, L.A., Bradshaw, J., Christopherson, B.J. & Huke, S.C. (1998). *Treating children with sexually abusive behavior problems : Guidelines for child and parent intervention*. New York : The Haworth Maltreatment and Trauma Press.

- Cunningham, C. & MacFarlane, K. (1991). *When children molest children : Group treatment strategies for young sexual abusers*. Orwell, VT : Safer Society Press.
- Cunningham, C. & MacFarlane, K. (1996). *When children abuse : Group treatment strategies for children with impulse control problems*. Brandon, VT : Safer Society Press.
- De Jong, A.R. (1989). Sexual interactions among sibling and cousins : Experimentation or exploitation? *Child Abuse and Neglect*, 13, 271-279.
- Ellis, P.L., Piersma, H.L. & Grayson, C.E. (1990). Interrupting the reenactment cycle : Psychotherapy with a sexually traumatized boy. *American Journal of Psychotherapy*, 127, 525-535.
- English, D.J. & Ray, J.A. (1991). *Children with sexual behavior problems : A behavioral comparison*. Olympia, WA : Department of Social and Health Services.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1986). Initial and long-term effects : A conceptual framework. In D. Finkelhor (Éd.), *A sourcebook on child sexual abuse* (pp. 181-198). Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Finkelhor, D. & Dzuiba-Leatherman, J. (1994). Victimization of children. *American Psychologist*, 49, 347-361.
- Finkelhor, D., Hotaling, G.T., Lewis, I.A. & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and woman : Prevalence characteristics and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 19-28.
- Fitzpatrick, C.D.A. (1993). Sexual behaviour and knowledge of normal children as perceived by their parents. *Irish Medical Journal*, 86 (4), 130-132.
- Freeman-Longo, R. (1986). Invited commentary. Feel good legislation : Prevention of calmaty. *Child Abuse and Neglect*, 20, 95-101.
- Friedrich, W.N. (1990). *Psychotherapy of sexually abused children and their family*. New York : W.W. Norton.
- Friedrich, W.N., Beilke, R.L. & Urquiza, A.J. (1988). Behavior problems in young sexually abused boys : A comparison study. *Journal of Interpersonal Violence*, 3 (1), 21-28.
- Friedrich, W.N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M. & Shafran, R. (1998). Normative sexual behavior in children : A Contemporary Sample. *Pediatrics*, 101, 9.
- Friedrich, W.N., Fisher, J.L, Dittner, C.A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W.H., Gray, A. & Wright, J. (2001). Child sexual behavior Inventory : Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6 (1), 37-49.
- Friedrich, W.N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J. & Beilke, R. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88, 456-464.

- Friedrich, W.N., Grambsch, P., Damon, L., Koverola, C., Wolfe, V., Hewitt, S.K., Lang, R.A., Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory : Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4 (3), 303-311.
- Friedrich, W.N. & Luecke, W.J. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19 (2), 155-164.
- Friedrich, W.N., Urquiza, A.J. & Beilke, R.L. (1986). Behavior problems in sexually abused young children. *Journal of Pediatric Psychology*, 11 (1), 47-57.
- Gagnon, C. & Vitaro, F. (2000). La prévention du trouble des conduites, avec centration sur les comportements violents. In F. Vitaro & C. Gagnon (Éds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents – Tome II : Les problèmes externalisés* (pp.231-291). Ste-Foy (Québec) : Presses de l'Université du Québec.
- Gil, E. (1993a). Age-appropriate sex play versus problematic sexual behaviors. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 21-40). Rockville, MD : Launch Press.
- Gil, E. (1993b). Etiologic theories. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 53-66). Rockville, MD : Launch Press.
- Gil, E. (1993c). Family dynamics. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 101-120). Rockville, MD : Launch Press.
- Gil, E. & Johnson, T.C. (1993). *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest*. Rockville, MD : Launch Press.
- Gray, A.S. & Pithers, W.D. (1993). Relapse prevention with sexually aggressive adolescents and children : Expanding treatment and supervision. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall & Hudson, S.M (Éds.), *The juvenile sex offender* (pp. 289-319). New York : Guilford.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. & Pithers, W.D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers : demographics functioning and clinical patterns. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 9 (4), 267-290.
- Green, A.H. (1985). Children traumatized by physical abuse. In S. Eth & R. Pynoos (Éds.), *Post-traumatic stress disorder in children* (pp. 135-153). Washington, DC : American Psychiatry Press.
- Groth, A.N. & Loreda, C. (1981). Juvenile sexual offenders : Guidelines for assessment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 25, 31-39.
- Haffner, D.W. (1999). *From diapers to dating: A parent's guide to raising sexually healthy children*. New York, NY: Newmarket Press.

- Hall, D. & Mathews, F. (1996). *The development of sexual behavior problems in children and youth*. Toronto, ON : Central Toronto Youth Services.
- Hall, D.K., Mathews, F. & Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: a preliminary typology. *Child Abuse and Neglect*, 26, 289-312.
- Haugaard, J. & Tilly, C. (1988). Characteristics predicting children's responses to sexual encounters with other children. *Child Abuse and Neglect*, 12, 209-218.
- Honig, A.S. (2000a). *Sexuality and young children*. Child Care Information Exchange.
- Honig, A.S. (2000b). Psychosexual development in infants and young children : Implications for Caregivers. *Young Children*, 55 (5).
- Horton, C.B. (1996). Children who molest other children : The school psychologist's response to the sexually aggressive child. *School Psychology Review*, 25 (4), 540-557.
- Hoyle, S.G. (2000). *The sexualized child in foster care: A guide for parents and other professionals*. Washington, DC: CWLA Press.
- Johnson, T.C. (1988). Child perpetrators-children who molest other children : Preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 12, 219-229.
- Johnson, T.C. (1989). Female child perpetrators-children who molest other children : Preliminary finding. *Child Abuse and Neglect*, 13, 371-585.
- Johnson, T.C. (1993a). Childhood sexuality. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 1-20). Rockville, MD : Launch Press.
- Johnson, T.C. (1993b). Preliminary Finding. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 67-89). Rockville, MD : Launch Press.
- Johnson, T.C. (1993c). Group therapy. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 179-273). Rockville, MD : Launch Press.
- Johnson, T.C. (1994). Behaviors related to sex and sexuality in children. In J. McNamara (Éd.), *Sexually reactive children in adoption and foster care* (pp. 27-43). Greensboro, N.C.: Family Ressources.
- Johnson, T.C. (1999). *Understanding your child's sexual behavior: What's natural and healthy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Johnson, T.C. & Berry, C. (1989). Children who molest : A treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (2), 185-203.

- Johnson, T.C. & Feldmeth, J.R. (1993). Sexual behaviors : A continuum. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 41-52). Rockville, MD : Launch Press.
- Kendall-Tackett, K.E., Williams, L.M. & Finkelhor, D. (1993). The impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kikuchi, J.J. (1995). When the offender is a child : Identifying and responding to juvenile sexual abuse offenders. In M. Hunter (Éd.), *Child survivors and perpetrators of sexual abuse : Treatment innovations* (pp.108-124). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Kolko, D.J. (1986). Social-cognitive skills training with sexually abused and abusive child psychiatric inpatient: Training, generalization, and follow-up. *Journal and Family Violence*, 1 (2), 149-165.
- Lamb, S., Coakley, M. (1993). Normal childhood sexual play in games : differentiating play from abuse. *Child Abuse and Neglect*, 17, 515-526.
- Lane, S. & Lobanov-Rostovsky, (1997). Special offender populations: Children, females, the developmentally disabled, and violent youth. In G. Ryan & S. Lane (Éds.), *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and correction* (éd. rév), (pp. 322-359). San Francisco, CA : Jossey-Bass Publishers.
- Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency and associated substance use : Evidence for developmental progressions. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Éds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 73-124). New York : Plenum Press.
- Loeber, R., Green, S.M., Lahey, B.B., Christ, M.A. & Frick, P.J. (1992). Developmental sequences in the age of onset of disruptive child behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 1, 21-41.
- Loeber, R., Keenan, K., Lahey, B.B., Green, S.M. & Thomas, C. (1993). Evidence of developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Child and Psychology*, 5, 103-133.
- Longo, R.E. & Groth, A.N. (1983). Juvenile sexual offenses in the histories of adult rapist and child molesters. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 27, 150-155.
- Martinson, F.M. (1994). *The sexual life of children*. Westport, CT : Bergin et Garvey.
- Martinson, F.M. (1997). Sexual development in infancy and childhood. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Éds.), *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and correction* (éd. rév) (pp. 36-58). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L., Dolezal, C. & Sandberg, D.E. (2000). The association of sexual behavior with externalizing behaviors in a community sample of prepubertal children. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 12 (1-2), 61-79.

- National Adolescent Perpetrator Network (1993). The revised report from the National task force on juvenile sexual offending. *Juvenile and Family Court Journal*, 44 (4), 1-119.
- Okami, P. (1992). « Child perpetrators of sexual abuse » : The emergence of a problematic deviant category. *Journal of Sex Research*, 29, 109-132.
- PaUZé, R. & Mercier, J. (1994). *Les agressions sexuelles à l'égard des enfants*. Montréal, QC : Éditions Saint-Martin.
- Pithers, W.D. & Gray, A. (1998). The other half of the story : Children with sexual behavior problems. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 200-217.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems : Psychological and familial functioning. *Child Abuse and Neglect*, 22 (2), 129-141.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998b). Children with sexual behavior problems : Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3 (4), 384-406.
- Pithers, W.D., Gray, A.S., Cunningham, C. & Lane, S. (1993). *From trauma to understanding : A guide for parents of children with sexual behavior problems*. Brandon, VT : Safer Society Press.
- Pomeroy, D., Behar, D. & Stewart, M.A. (1981). Abnormal sexual behavior in pre-pubescent children. *British Journal of Psychiatry*, 138, 119-125.
- Rademakers, J., Laan, M. & Straver, C.J. (2000). Studying children's sexuality from the child's perspective. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 12 (1-2), 49-60.
- Rasmussen, L.A., Burton, J. & Christopherson, B.J. (1992). Precursors to offending and the trauma outcome process in sexually reactive children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1 (1), 33-48.
- Ray, J.A. & English, D.J. (1995). Comparison of female and male children with sexual behavior problems. *Journal of Youth and Adolescence*, 24 (4), 439-451.
- Robert, J. (1999). *Parlez-leur d'amour... et de sexualité*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- Ryan, G. (1989). Victim to victimizer : Rethinking victim treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (3), 325-341.
- Ryan, G. (1991). Theories of etiology. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Éds.), *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and correction* (pp.41-55). Lexington, MA : Lexington Books.
- Ryan, G. (2000a). Childhood sexuality: a decade of study. Part I – Research and curriculum development. *Child Abuse and Neglect*, 24, (1), 33-48.



- Ryan, G. (2000b). Childhood sexuality: a decade of study. Part II - Dissemination and future directions. *Child Abuse and Neglect*, 24, (1), 49-61.
- Ryan, G. (2002). Victims who go on to victimize others : no simple explanations. *Child Abuse and Neglect*, 26, 891-892.
- Ryan, G. & Blum, J. (1993). *Understanding and responding to the sexual behavior of children : A primary perpetration prevention project, revised curriculum*. Denver, CO : Kempe Center, University of Colorado Health Sciences Center.
- Ryan, G., Miyoshi, T.J., Metzner, J.L., Krugman, R.D. & Fryer, G.E. (1996). Trends in a national sample of sexually abusive youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (1), 17-25.
- Sandfort, T.G.M. & Cohen-Kennetis, P.T. (2000). Sexual behavior in Dutch and Belgian children as observed by their mothers. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 12 (1-2), 105-115.
- Sgroi, S.M., Bunk, B.S. & Wabrek, C.J. (1988). Children sexual behavior and their relationship to sexual abuse. In S.M. Sgroi (Éd.), *Vulnerable Population* (Volume I : Evaluation and treatment of sexually abused children and adults survivors). (pp. 1-24). Lexington, MA : Lexington Books.
- Van der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat the trauma.: Treatment of victims of sexual abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 389-409.
- Vizard, E., Monck, E., Misch, P. (1995). Child and adolescent sex abuse perpetrators : A review of the research literature. *Journal of Child Psychiatry*, 36 (5), 731-756.
- Waters, E., Posada, G., Crowell, J.A. & Keng, L.L. (1993). Is attachment theory ready to contribute to our understanding of disruptive behavior problems? *Development and Psychopathology*, 5, 215-224.
- Watkins, B. & Bentovim, A. (2000). Male children and adolescents as victims : A review of current knowledge. In G. Mezey (Éd.), *Male victims of sexual assault* (pp. 56-75). Oxford: Oxford University Press.
- Werbrouck, (2001). *Comment bien traiter la sexualité des enfants*. Dossier pédagogique. Coordination de l'aide aux victimes de maltraitances. Ministère de la Communauté française. Belgique : Henry Ingberg Éditeur.
- Yates, A. (1982). Children erotized by incest. *American Journal of Psychiatry*, 139, 482-485.
- Yates, A. (1987). Psychological damage associated with extreme eroticism in young children. *Psychiatric Annals*, 17, 257-261.
- Yates, A. (1991). Sexual and gender development. In P. Wilner (Éd.), *Psychiatry*. Philadelphia : J.B. Lippincott.

Montréal, le 27 août 2003

Madame Mélanie M. Gagnon

Madame,

J'ai bien reçu votre texte «Émergence des comportements sexuels problématiques chez les enfants» et je vous en remercie.

Tel que prévu dans la politique éditoriale de la Revue de Psychoéducation et d'Orientation, il sera soumis à au moins deux lecteurs arbitres dont vous recevrez les commentaires in extenso.

En toute collaboration.

  
Serge Larivée,  
Directeur

Treatment program for children with sexually problematic behaviour :  
A status report

Mélanie M. Gagnon  
*Department of Psychology*  
*University of Montreal*  
*Quebec, Canada*

Huguette Bégin  
*Department of Psychology*  
*University of Montreal*  
*Quebec, Canada*

Claudia Tremblay  
*Les Centres jeunesse de Lanaudière*  
*Quebec, Canada*

Article accepted for publication to the International Journal of Child & Family Welfare

This article was written as part of doctoral studies undertaken by the lead author. We would like to thank the Conseil québécois de la recherche sociale for its financial support during these studies.

Requests for reprints should be sent to : Huguette Bégin, Department of Psychology, University of Montreal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montreal (Quebec), Canada, H3C 3J7. Phone : (514) 343-6662, Fax : (514) 343-2285, E-mail :

████████████████████

## Abstract

This article presents an overview of treatment programs for children aged 6 to 12 who present sexually problematic behaviour. The first part of the paper describes the treatment programs; the second part addresses the assessment of these treatment programs' effectiveness, followed by a critical analysis of the assessments themselves; and the article concludes with a discussion of new directions in research concerning children with sexually problematic behaviour.

Key words: literature review, treatment program, assessment, sexually problematic behaviour, children

## Treatment programs for children with sexually problematic behaviour: State of the question

Though sexually problematic behaviour in children is not a new phenomenon, very little has been written on the subject.<sup>1</sup> Indeed, the issue would appear to be poorly understood and its scale, underestimated (Pithers & Gray, 1998). Many children display sexually problematic behaviour very early on in their development, and yet to date, few clinicians or researchers have studied the phenomenon (Burton, Rasmussen, Bradshaw, Christopherson & Huke, 1998; Ryan, 1997a). With the knowledge that most sex offenders, both adolescent and adult, first display inappropriate sexual behaviour before reaching adulthood—some as young as five years old (Abel & Rouleau, 1990; Longo & Groth, 1983; Longo & McFadin, 1981; Ryan, 1997a)—it becomes imperative to treat such children as early as possible, both to prevent future victimization and to ensure that the problematic behaviour does not worsen (Araji, 1997; Bengis, 1997; Bentovim, 2002; Lane, 1991; Ryan, 1997b; 2000). According to data from social services agencies, 13 to 18 percent of aggressive sexual gestures made toward other children can be attributed to children 12 years old and younger (Pithers & Gray, 1998). Because the children who initiate such inappropriate sexual behaviour have not yet reached adolescence, they are too young to be charged under the law, too high-risk to place in foster homes with other children, yet too troubling to ignore. This is the reality that has driven researchers and clinicians to develop treatment programs for children with sexually problematic behaviour.

This paper discusses the importance of treating children with sexually problematic behaviour. Within this context, the paper will cover 1) the types of treatment programs offered, 2) the assessment of such treatment programs, 3) a critical analysis of the program assessments, and 4) recommendations and conclusions.

---

<sup>1</sup> An examination of the literature turns up numerous expressions to describe children who display sexual behaviour; terms such as reactive, aggressive, abusive, deviant, intrusive, and problematic are frequently used to designate a single phenomenon and sometimes different phenomena. The expressions used by the various authors cited here will be rendered faithfully; however, for the purposes of this paper, the terms "problematic or inappropriate sexual behaviour" refer to children who initiate sexual gestures toward other children.

## Description of treatment programs for children with sexually problematic behaviour

This first part presents (a) an overview of the situation, (b) the main avenues of treatment described in programs for children with sexually problematic behaviour (treatment of the children, their parents, and their families), and (c) considerations specific to existing treatment programs.

### Overview

While interest by professionals in sexually problematic behaviour in children has increased significantly in the last 15 years, the first survey of programs for children with such behaviour was carried out only in 1994 in the United States. The Nationwide Survey of Treatment Programs counted 390 programs in the U.S. that offered services to children presenting inappropriate sexual behaviour (Freeman-Longo, Bird, Stevenson & Fiske, 1995). However, other authors have estimated the number of programs designed specifically for children with sexually problematic behaviour to be far more limited—between 12 and 35 (Araji, 1997; Johnson, 1993a; Lane, 1991). Moreover, few programs have been systematically documented and assessed, and of those that have, few appear in scientific papers. Thus for the most part, the available literature provides only program descriptions and clinical opinions on their effectiveness.

The first specialized treatment program, the California-based Support Program for Abuse-Reactive Kids, was developed in 1985 under the direction of Kee MacFarlane at the Children's Institute International, a private non-profit organization for the treatment of child abuse (Araji, 1997; Johnson, 1993b). Since then, this program has been adapted by other authors, and other programs have been developed in the U.S., Canada, and Australia (Ballester & Pierre, 1995; Berliner & Rawlings, 1991; Bonner, Walker & Berliner, 1999; Burton & al., 1998; Cunningham & MacFarlane, 1991, 1996; Friedrich, 1990; Hindman, 1994; Gil, 1993a; Gray & Pithers, 1993; Johnson, 1993b; Johnson & Berry, 1989; Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997; Services à l'enfance et à la famille, 1995).

In general, programs to treat children with sexually problematic behaviour have the same end goals: to stop the problematic behaviour from getting worse, to prevent future

victimization and the appearance of other aggressive behaviours, and to foster the development of more appropriate social and personal behaviour (National Adolescent Perpetrator Network, 1993).

The services offered to participants in these programs are generally structured around three modes of treatment—individual, group, and family. The most widespread therapeutic approach is to directly target the problematic sexual behaviour. This “behaviour-specific” approach usually has two components—one focused on therapy and support for the child and the parents, the other focused on education (development of knowledge related to sexuality and of social skills, improvement of self-control and self-esteem, parenting skills, etc.). In addition, the programs employ a combination of treatment methods which fall within a conceptual framework that, while eclectic, is strongly influenced by a cognitive-behavioural orientation (Freeman-Longo et al., 1995; Knopp, Freeman-Longo & Lane, 1997).

#### Avenues of treatment

This section describes the three primary avenues of treatment in programs for children with sexually problematic behaviour: treatment of children, treatment of parents, and treatment of families.

Treatment of children. While group therapy is by far the most frequently employed method for treating children with sexually problematic behaviour, individual therapy is also used when necessary (Ballester & Pierre, 1995; Berliner & Rawlings, 1991; Bonner & al., 1999; Burton & al., 1998; Cunningham & MacFarlane, 1991; 1996; Friedrich, 1990; Gil, 1993a; Gray & Pithers, 1993; Hindman, 1994; Hoyle, 2000; Johnson, 1993b; Johnson & Berry, 1989; Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997; Service à l'enfance et à la famille, 1995).

When used in tandem with group therapy, individual therapy helps the child form a relationship of trust with the therapist, deal with previous trauma, and work on internal conflict resolution (Burton & al., 1998; Gil, 1993a; Service à l'enfance et à la famille, 1995). According to Burton and his colleagues (1998), children more readily speak about their sexually problematic behaviour during individual sessions and are more

likely to ask questions about sexual development and sexuality. Furthermore, when combined with group therapy, individual therapy prepares the child for integration into the group setting, clarifies the subjects dealt with in group sessions, and more thoroughly explores problems specific to the child (Burton & al., 1998; Gil, 1993a).

When group sessions are not available or when the child cannot attend group therapy because of cognitive impairment or a major mental health problem, individual therapy becomes the primary treatment method. Moreover, with children who present sexual behaviours that do not involve other children (e.g., compulsive self-stimulation), individual therapy is preferable (Gil, 1993a).

Group therapy helps to break isolation because children are able to connect with other children through their common experiences, allowing them to speak about their defense mechanisms, especially minimization, denial, and rationalization. In addition, a group setting allows children to share their experiences, thereby gradually dissolving barriers of mistrust of the therapeutic context. Because it allows children to develop bonds, to assert themselves with others in a respectful manner, and to collectively express their feelings and fantasies through games and role playing, the group setting provides children with positive socialization experiences (Burton & al., 1998; Cunningham & MacFarlane, 1996; Johnson, 1993b). Such experiences are an important facet of treatment because they help to improve a child's self-perception (Johnson, 1993b; Pithers, Gray, Cunningham & Lane, 1993). Moreover, the group's use of identification and positive reinforcement, and its suggestion of new strategies for conflict resolution, encourages the adoption of more appropriate behaviours. The children thus help themselves, and their feedback on the various behaviours, feelings, and thoughts of the other children becomes a powerful instrument of change (Ballester & Pierre, 1995; Burton & al., 1998; Cunningham & MacFarlane, 1991, 1996; Johnson, 1993b; Johnson & Berry, 1989; Pithers & al., 1993).

Both forms of therapy for children with sexually problematic behaviour—individual and group—use various educational techniques to teach, among other things, personal and social skills in an effort to reduce the frequency of inappropriate sexual gestures (Ballester & Pierre, 1995; Berliner & Rawlings, 1991; Bonner & al., 1999; Burton & al., 1998; Cunningham & MacFarlane, 1991, 1996; Friedrich, 1990; Gray & Pithers, 1993;



Johnson, 1993b; Hindman, 1994; Lane, 1991; Service à l'enfance et à la famille, 1995). The assumption underlying these techniques is that learning is a driving force in the acquisition and persistence of sexually problematic behaviour (Ballester & Pierre, 1995; Friedrich, 1991; Johnson, 1993b). The treatment of children with such behaviour involves four principal techniques: prevention of relapse, teaching social skills, self-control, and sex education.

Prevention of relapse is a specific cognitive and educational therapeutic technique based strongly on a technique developed for adolescents (Gray & Pithers, 1993; Lane, 1991; Pithers, Becker, Kafka, Morenz, Schlank & Leombruno, 1995). Prevention of relapse draws on social learning theories which postulate (a) that sexually problematic behaviour is caused not by any one factor but by a series of factors involving a number of spheres (cognitive, affective, biological, and social), (b) that an inappropriate sexual gesture is an unsuitable response to a group of stress factors, and (c) that problematic sexual behaviours are generally preceded by a chain of events and rarely occur without warning signs (Burton & al., 1998; Rasmussen, Burton & Christopherson, 1992). Therapists using this technique help children identify the thought and behavioural processes that have led to their sexually problematic behaviour; they also help them learn to control their sexual gestures by developing a cognitive understanding of the history of their sexually problematic behaviour and strategies to break the behavioural cycle (Ballester & Pierre, 1995; Cunningham & MacFarlane, 1991, 1996; Gray & Pithers, 1993; Johnson, 1993b; Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997).

Teaching social skills is based on the notion that children with sexually problematic behaviour often have poor social skills. Many such children lack the tools that would allow them to interact with other people in a positive fashion and to avoid negative responses. In addition to its use of various didactic methods, this technique employs activities designed to provide children with the skills to develop and maintain healthy social networks. These activities include role playing, expressing emotions, modelling, reinforcement, feed-back, assertiveness, and conflict resolution strategies (Ballester & Pierre, 1995; Cantwell, 1988; Friedrich, 1991; Johnson, 1993b; Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997; Shaw, 1999).

The technique of self-control acknowledges that children with sexually problematic behaviour have trouble controlling their anger and impulses in situations of conflict. Children are thus taught to better use their inner voices to recognize the irrational ideas upon which their inappropriate behaviours are based (e.g., "My parents are always on my back." or "It's not my fault; they put me in a foster home.") and replace them with more rational statements (e.g., "It's true that I don't always listen to my parents." or "I often yell insults at others."). The children subsequently learn to formulate new statements, which prepare them to better react in problem situations (e.g., "I am able to control myself."); to better control their aggressive and impulsive behaviour; and to better manage their emotional outbursts (Ballester & Pierre, 1995; Cunningham & MacFarlane, 1996; Johnson, 1993b; Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997).

The last technique, sex education, postulates that a lack of knowledge about sexuality contributes to inappropriate sexual activities. Children are taught about normal sexual functioning as well as the feelings, values and attitudes that children have with respect to sexuality. Using didactic tools, images, and books, this technique fosters a sexuality that is healthy, positive, consensual, and appropriate to the developmental age of the child (Ballester & Pierre, 1995; Burton & al., 1998; Johnson, 1993b; Shaw, 1999).

In addition to educational therapeutic techniques, these programs also use play therapy (Ballester & Pierre, 1995; Bonner & al., 1999; Johnson, 1993b). Through the development of an interpersonal relationship between therapist and child, play therapy fosters an exploration of the inner self, the expression of emotions, and increased awareness (insight); it also provides the child with a therapeutic emotional experience. According to Murdock (1991), there are two reasons for using play therapy with children: (a) children are limited in their ability to verbalize their thoughts and feelings because of their incomplete cognitive development, and (b) play is children's natural mode of communication.

Treatment of parents. Treatment programs (individual and/or group therapy) pay special attention to parents of children with sexually problematic behaviour, offering

them services that are specific to their own needs<sup>1</sup> (Bonner & al., 1999; Burton & al., 1998; Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich, 1990; Gray & Pithers, 1993; Griggs & Boldi, 1995; Hindman, 1994; Johnson, 1993b; Johnson & Berry, 1989; Lane 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997; Pithers & al., 1993).

Individual therapy is aimed at helping parents identify and express their feelings with respect to their children's sexual gestures. Parents can be so embarrassed by their children's sexually problematic behaviour that they will deny it, minimize it, or dramatize it (Cunningham & MacFarlane, 1996). Individual therapy allows parents to gain an awareness of the issues that have created certain barriers to their personal development and that have led to their living in a dysfunctional system. It also fosters an awareness of their own attitudes and behaviours, which may influence the persistence of sexually problematic behaviour in their children (Berliner & Rawlings, 1991; Burton & al., 1998; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997).

Among parents, group therapy is aimed at developing a better understanding of the problems surrounding inappropriate sexual behaviour in children (Gil, 1993a; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997). The parents of such children are more likely to use parenting techniques that reinforce problematic and aggressive behaviours (sexual and non-sexual) and to ignore children's positive social behaviours. Moreover, the context of the group setting allows parents to develop a better understanding of child sexuality and of the inappropriate sexual behaviour manifested by their children (Burton & al., 1998; Johnson & Berry, 1989). Finally, group sessions give parents a chance to make friends and establish a support system (Cunningham & MacFarlane, 1996).

Programs make use of a parental training technique based on the hypothesis that teaching behaviour modification strategies to parents (both their own behaviour and that of their children) will lead to a transformation in parent-child interaction and, subsequently, an improvement in the child's social and emotional adjustment (Webster-Stratton & Hooven, 1998). This technique improves parenting skills by helping parents adopt attitudes and parenting methods that contribute to reducing inappropriate sexual behaviours and replacing them with appropriate behaviours. With better parenting skills,

---

<sup>1</sup> By "parent" we mean any adult responsible for a child: biological parents; foster or adoptive parents; educators in rehabilitation homes, group homes, or rehabilitation centres; grandparents, etc.

parents gain external control, especially through increased supervision and the creation of a secure family environment, which reduces the risk of sexually problematic behaviour occurring (Burton & al., 1998; Friedrich, 1990; Gil, 1993b; Griggs & Boldi, 1995; Lane, 1991; Rasmussen & al., 1992).

Treatment of families. An integral part of many programs is family therapy. This type of treatment occurs within a perspective in which the family is viewed as a system that tends to maintain an equilibrium—i.e., a system in which a child's sexually problematic behaviours are perpetuated by both parent and child.

Most of the programs offer family therapy in addition to group and individual sessions (Berliner & Rawlings, 1991; Burton & al., 1998; Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich, 1990; Gil, 1993b; Griggs & Boldi, 1995; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997; Service à l'enfance et à la famille, 1995; Thomas, 1997). Family therapy not only provides an understanding of child development and of children's conflict-management strategies, it also helps to correct cognitive distortions and myths learned within the family. The therapy involves any siblings who have been affected, either implicitly or explicitly, by a child's sexually problematic behaviour. This type of treatment facilitates new methods of communication and develops a support system to help the child break the cycle of problematic behaviour (Burton & al., 1998; Gil, 1993b; Shaw, 1999). In addition, since most sexually problematic behaviour takes place within the family system (immediate or extended), and because these children are particularly sensitive to and influenced by the family dynamic (dysfunctional environment, family arguments, physical violence, etc.), it is essential that families receive support and information to understand the nature of the inappropriate behaviour and to alleviate the often paralyzing guilt that parents feel (Friedrich, 1990; Gil, 1993b; Service à l'enfance et à la famille, 1995). Indeed, the scientific literature shows that even highly dysfunctional families possess strengths that can be mobilized. The treatment programs focus on these strengths and give families the tools they need to effectively support and supervise their children (Friedrich, 1990; National Adolescent Perpetrator Network, 1993; Pithers & Gray, 1998; Shaw, 1999).

It is advisable that siblings take part in family therapy sessions so they can better understand the interactions between members of the family, express their discomfort

and feelings, and dispel erroneous notions about sexuality and sexually problematic behaviour (Burton & al., 1998). However, while in some cases the needs of siblings may be fulfilled through family therapy, in families where a sibling has been a victim of the inappropriate sexual behaviour, services such as individual or group therapy designed specifically for child victims will better fulfill these children's needs (Johnson & Berry, 1989).

#### Program-specific considerations

While all the programs have similar end goals, treatment methods, and therapeutic techniques, they differ considerably with respect to their duration and the number of sessions they offer. Program length varies from 12 weeks to 24 months (60 to 90 minutes per weekly session). The programs' target clienteles are generally boys and girls 6 to 12 years old (Ballester & Pierre, 1995; Berliner & Rawlings, 1991; Bonner & al., 1999; Gray & Pithers, 1993; Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997; Service à l'enfance et à la famille, 1995); some programs also treat preschoolers aged 4 to 5 years (Burton, 1998; Cunningham & MacFarlane, 1991, 1996; Friedrich, 1990; Hindman, 1994; Johnson, 1993b); and others also offer services to preadolescents 13 years old (Friedrich, 1990; Johnson, 1993b; Johnson & Berry, 1986).

Formation of treatment groups is based on children's developmental age: preschool (3 to 5 years old), school-age (6 to 9 years old), and preadolescent (10 to 13 years old) (Araji, 1997; Burton & al., 1998; Gray & Pithers, 1993; Johnson, 1993b; Lane, 1991). Clinicians (Cunningham & MacFarlane, 1996; Johnson, 1993b; National Adolescent Perpetrator Network, 1993) stress the importance that treatment occur in same-sex groups in order to foster expression and support among peers, while other authors (Bonner & al., 1999; Pithers et al., 1998) maintain that boys and girls of this age (6 to 12 years old) can function together within the same group.

Finally, the treatment programs also vary in the degree of participation of adults close to the child. While parental involvement is considered essential by most authors (Bonner & al., 1999; Burton & al., 1998; Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich, 1990; Gray & Pithers, 1993; Griggs & Boldi, 1995; Hindman, 1994; Johnson, 1993b; Johnson & Berry, 1989; Lane 1991; Pithers & al., 1993, 1998), their rate of involvement

is poorly documented. Moreover, given that a considerable number of children who display problematic sexual behaviour are placed in foster care, few programs provide details about the level of involvement of other adults who play significant roles in the children's lives (i.e., foster parents, educators, social workers, etc.). In this sense, Ryan (1999) underscores the complexity of treating children because of the many systems involved (youth protection, foster home, biological family, school, etc.). The influence of such systems sometimes supports treatment and sometimes hinders it. It is thus important to evaluate the extent to which these various systems are included in the treatment program (Ryan, 1998).

#### Assessment of treatment programs

Despite the growing number of specialized treatment options for children with sexually problematic behaviour, the scientific literature is striking in its scarcity of assessment studies of such treatment. Moreover, the studies which do exist are riddled with methodological pitfalls that limit the scope of their results. Nevertheless, a review of the literature does uncover important and useful information about the treatment of these children. It also illustrates the complex, multidimensional nature of the problem and of carrying out clinical research among these children. Our review turned up only three assessment studies of treatment programs for children with sexually problematic behaviour.

Kolko (1986) carried out a unique case study in a hospital environment describing the social skills training of an 11-year-old boy with sexually problematic behaviour. Kolko developed a social skills training program based on a functional analysis of socially problematic behaviour; the program targeted four behaviours: tone of voice, eye contact, physical gestures, and verbal content. The results showed clinical improvements (i.e., without a statistical analysis) when comparing pre- and post-training tests of social adjustment (score on the Weekly Global Social Adjustment Ratings) and of relationships with peers (Matson Evaluation of Social Skills of Youngsters). In addition, the improvements were maintained during the 12-month period following the boy's participation in the program. Finally, a statistically significant improvement between the pre-treatment test and the follow-up was observed with respect to both behavioural problems and sexually problematic behaviour (score on the Child Behavior

Checklist). While the scope of these results is limited because of the nature of the study (unique case study), the author showed that social skills training had a positive effect in reducing inappropriate sexual behaviour; for Brown & Kolko (1998), the results also raised the question of whether or not treatment specific to sexually problematic behaviour is necessary.

In another study, Pithers and his colleagues (Pithers & Gray, 1998; Pithers & al., 1998) compared the effectiveness of group cognitive-behavioural therapy with group expressive therapy. They studied 127 children aged 6 to 12 years with sexually problematic behaviour and their parents. Subjects were randomly assigned to one of the two treatment methods. The cognitive-behavioural therapy employed an approach that focused on relapse prevention and that included external supervision and a relapse prevention team. This team—created to support the development of a preventative lifestyle—consisted of the child, the parents, therapists, and selected people from the child's and parent's circle. The expressive therapy used a variety of techniques to deal with assertiveness, self-esteem, decision-making, sexuality, and social skills, but it did not include a relapse prevention team. Both treatments took place over 32 weeks (90-minute sessions for the children, with simultaneous sessions for the parents). In addition, the groups of children were divided according to age—one group for 6-to-9-year-olds and another for 10-to-12-year-olds.

The overall program results showed a significant reduction in sexually problematic behaviour among 30 percent of the children after 16 weeks of treatment (score obtained on the Child Sexual Behavior Inventory). Of these children, participants in the cognitive-behavioural group showed a significantly greater reduction in sexually problematic behaviour than participants in the expressive therapy group. However, 3.2 percent of the children showed an increase in sexually problematic behaviour—an iatrogenic effect potentially linked to participation in the program. The unified data showed that after one year, behavioural problems had diminished (assessed using the Child Behavior Checklist, Child Sexual Behavior Inventory and the Eyberg Child Behavior Inventory). The authors attributed the persistence of these improvements to the ability of the families to develop and maintain a healthy family environment and to post-program support by other families who participated in the group sessions. The authors feel that even though certain stress factors may remain in the family environment, it is possible

for families to maintain a preventative lifestyle. This finding is indicative of parents' and children's potential to change when they have access to treatment programs that make use of their strengths to promote a preventative lifestyle rather than those that focus only on the elimination of the sexually problematic behaviour (Pithers & Gray, 1998).

In addition, Pithers and his colleagues (1998) observed that, irrespective of the type of treatment (i.e., group cognitive-behavioural therapy or group expressive therapy), children with sexually problematic behaviour of an aggressive nature demonstrated less change than children with unaggressive sexual behaviour. They also stressed the importance of parental participation in the treatment to maximize program effectiveness and to present positive models.

More recently, a study by Bonner & al. (1999) compared the respective effectiveness of cognitive-behavioural therapy and psychodynamic therapy on 201 children and their parents. The subjects, 6 to 12 years old, were randomly assigned to one of the two methods and took part in 12 group sessions. Cognitive-behavioural therapy is a structured approach aimed at behaviour modification by helping subjects to recognize inappropriate sexual gestures, to abide by certain rules, to improve their self-control, to learn about sexuality, and to prevent relapses. Psychodynamic therapy, based on play therapy, focuses on the expression of emotions, increasing self-awareness (insight), transference, and limit setting. The children's behaviour was assessed by their mothers at the beginning of the treatment, at the end, as well as one and two years post-treatment. The authors reported statistically significant post-test improvements on the Child Sexual Behavior Inventory and the Child Behavior Checklist for both groups of children (cognitive-behavioural and psychodynamic therapy) and with respect to sexual behaviour, social skills, and behavioural and affective problems. The authors pointed out that there was no relationship between the results obtained and the type of treatment, i.e., neither treatment was significantly more effective than the other. Results from the two-year post-treatment telephone follow-up indicated that roughly the same number of children from each group (15 percent from the cognitive-behavioural therapy group and 17 percent from the psychodynamic therapy group) had made inappropriate sexual gestures after participating in the program. Of note, however, is the program withdrawal rate: 63 percent of participants completed 9 of the 12 sessions, 56 percent



responded to the post-test, and only 29 percent of parents completed the two-year follow up. In short, Bonner & al. (1999) concluded that both therapeutic approaches appeared to be effective in reducing sexually problematic behaviour in children, though they stressed that without a control group, it is impossible to determine with certainty if the improvements were attributable to the treatment program.

#### Critical analysis of treatment program assessments

Because of the limited number of assessment studies of treatment programs for children with sexually problematic behaviour and of the limitations of those that do exist (single measure of effectiveness, few details about nature of program, short follow-up period, small sample size, lack of control group, high rate of program withdrawal, imprecise assessment techniques, etc.) one cannot draw any meaningful conclusions about the effectiveness of the programs themselves. Overall, the three assessment studies reveal that in terms of reducing sexually problematic behaviour and other behavioural problems, treatment appears to lead to improvements; and one- and two-year follow-ups confirm that these improvements are maintained over the medium term. However, not only is the follow-up withdrawal rate high in these studies, none of them clearly demonstrate that the behavioural changes are due to the treatment. Many questions thus remain, notably with respect to the therapeutic processes employed and the individual, familial, or contextual variables that may play a mediating or moderating role in treatment effectiveness.

But beyond the strict question of effectiveness, it is also relevant to question the theoretical, conceptual, and methodological limits of these studies. While a proliferation of clinical and scientific studies of these children have led to the development of the programs currently being offered, the lack of an underlying theoretical basis for most of these programs is a clear indication of the "atheoretical" nature of these studies. In this sense, the lack of a functional definition of children who manifest sexually problematic behaviour is a considerable limitation—one that future studies must address (Araji, 1997; Horton, 1996; National Adolescent Perpetrator Network, 1993).

Program assessment also presents methodological challenges on several levels, with respect to both choosing samples, indicators of effectiveness, and measurement

scales, and also to assessing such factors. The samples used in the studies cited above were made up of children with diverse concomitant problems, which should be taken into account when assessing a program's success or failure. Indeed, it would be logical to assume that any variable associated with the problem being treated (severity and duration of problematic behaviour, concomitant psychological troubles, etc.) is likely to influence the outcome of the treatment. A worthwhile direction would be to ensure better group homogeneity or to improve the functional description of subject characteristics. In this sense, the study by Pithers & al. (1998) is the first study of the differential effects of a program according to the characteristics of the clientele (sex, behavioural profile, type of problematic sexual gestures, etc.).

The lack of controlled studies in this area significantly limits the scope of any conclusions that can be made. Studies that use control groups are needed in order to define the characteristics of different types of children within in a heterogeneous population, to better understand the problem of sexually problematic behaviour, and to offer programs that fulfill the needs of these clients. However, because health and social service agencies are highly resistant to the notion of randomly assigning clients to different types of treatment (Bonner & al., 1999), few researchers use control groups. That said, it would be worthwhile to study groups of children who do not complete treatment (Finkelhor & Berliner, 1995). Such groups could help researchers better understand both the problem and the clientele involved.

With respect to indicators of effectiveness, reduction in sexually problematic behaviour is the benchmark of choice. But, while all the authors stress the importance of treating a wide array of targets, it would be important to broaden the assessment of both program effectiveness and the methods of measuring it to include other clinical indicators, especially indicators such as improvement of social skills, increase in knowledge of sexuality, and improvement in control of impulses. In this respect, the development of valid and reliable psychometric instruments would remedy the current lack of standardized tests to measure sexually problematic behaviour in children. While most of the studies use the CSBI (Friedrich, & al., 1992) to measure sexual behaviour, there is no scale that measures the degree of unsuitability or the seriousness of sexual behaviour observed in children. This lack of a standardized test means that treatment effects cannot be reliably assessed (Bonner & al., 1999). However, such tests must be

conceived and designed according to both our current knowledge of this clientele and new data obtained through controlled studies.

Given the many levels upon which children with sexually problematic behaviour are affected, a thorough and complete evaluation (clinical interview, standardized questionnaires, etc.) would contribute not only to a better understanding of the phenomenon but would also help health and social services agencies to better direct children to the treatment appropriate to their needs. In this respect, Meyer & al. (2001) point out that in assessing a complex behaviour, the best strategy is to use multiple sources of information (i.e., the initiating child, the parents, child victims, siblings, teachers, social workers, etc.).

Moreover, while most programs consider parental participation an essential and significant contribution to the treatment, no data on the rate and quality of parental participation exists. This factor takes on even more importance given that many studies suggest parental influence is a mediating factor in treatment effectiveness (Gray & Pithers, 1996, cited in Araji, 1997). Along similar lines, treatment programs tend to take very little account of the other systems in a child's life (school, youth protection agencies, hospitals, etc.) and of their influence on the child. However, there are new studies that compare various treatment methods—notably, one that favours concomitant parental participation in a program designed for children, and another that involves different systems in each phase of the treatment—which appear to be moving in relevant directions.

Finally, to date there has been no study of program implementation. If a program's implementation lacks intensity (i.e., frequency and number of sessions), it is difficult to judge whether or not the program is responsible for any changes observed among the participants. That said, an explicit articulation of the theoretical underpinnings of the program would clarify the links between any mediating factors and the program's objectives. For example, when developing treatment programs, the presumed links between an increase in knowledge of sexuality, in social skills, and in impulse control, on one hand, and a reduction of sexually problematic behaviour on the other, should be analyzed in greater depth. Though under-utilized, the relevance of assessing program implementation has been well established, especially for programs in their early stages

(Weiss, 1998). Program implementation studies help to advance our knowledge of the issue of children with sexually problematic behaviour, especially in that they contend with certain theoretical, conceptual and methodological limitations. The assessment of program implementation would also provide more objective answers to certain questions, such as: Does the program as implemented comply with the initial plan? Does the clientele being treated correspond to the target clientele? What are the characteristics of the clients referred to treatment? Do the participants (children and adults) demonstrate resistance to the program? Do the absences or withdrawals of participants bother the remaining participants? What factors are associated with a relapse of sexual behaviour? Does the treatment's effect differ depending on the type of child? Would a support and follow-up service for the children and their families help reduce the risks of relapse?

### Conclusion

The available scientific literature illustrates the embryonic nature of treatment programs for children with sexually problematic behaviour and of the assessment of their effectiveness.

In summary, the authors recognize that (a) treatment plans for this clientele should take the needs of the children and their families into account and focus on the sexually problematic behaviour (Araji, 1997; Berliner & Rawlings, 1991; Burton & al., 1998; Gil, 1993a; Lane, 1991; Pithers & al., 1995); (b) group therapy is the method of choice for programs that address such children (Ballester & Pierre, 1995; Bonner & al., 1999; Burton & al., 1998; Cunningham & MacFarlane, 1991, 1996; Gil, 1993a; Gray & Pithers, 1993; Hindman, 1994; Johnson, 1993b; Johnson & Berry, 1989; Lane, 1991); (c) because of these children's impulsiveness, anger, and anxiety, it is difficult to employ traditional therapeutic techniques; (d) treatment of this clientele should be specific to the child's development, address his or her individual needs, and focus both on behavioural change and on relieving any underlying concerns (Gil, 1993a; Pithers & al., 1995); and finally, (e) parental participation is vital because parents foster positive changes in their children's behaviour by helping them both to integrate what they have learned—especially in terms of socially positive behaviour—and to acquire more control over their own behaviour (Ballester & Pierre, 1995; Berliner & Rawlings, 1991; Bonner & al., 1999;

Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich, 1995; Gil, 1993a, 1993c; Johnson, 1993b; Johnson & Berry, 1989; Pithers et al., 1998).

In addition, from a scientific standpoint, we cannot currently draw any conclusions as to the effectiveness of therapeutic treatment programs for these children. It goes without saying that the lack of consensus on a definition of sexually problematic behaviour and the numerous methodological limitations that plague the assessment of program effectiveness are detrimental to the development of research protocols in this area. While the three assessment studies examined here demonstrated improvements between the beginning of treatment and the end, none of them could attribute the observed changes to participation in the programs. It was also difficult to attribute the observed changes to the therapeutic programs because no data on real level of participation was collected. Moreover, the assessments of program effectiveness did not systematically mention iatrogenic effects. It would therefore be advisable that future programs better document their effects, paying particular attention to the characteristics of children who show improvements, to those who show no change, and to those whose behaviour deteriorates during treatment.

In short, despite the many obstacles, more studies are needed if we are to better understand the issue of children with sexually problematic behaviour, to prevent such behaviour from worsening, and to provide treatment that responds to the specific needs of these children and their environments.

## References

- Abel, G.G. & Rouleau, J. (1990). The nature and extent of sexual assault. In W.C. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault* (pp. 79-88). New York : Plenum.
- Araji, S.K. (1997). *Sexually aggressive children: Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ballester, S. & Pierre, F. (1995). Monster therapy: The use of a metaphor in psychotherapy with abuse reactive children. In M. Hunter (Ed.), *Child survivors and perpetrators of sexual abuse: Treatment innovations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bengis, S. (1997). Comprehensive service delivery with a continuum of care. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Eds.), *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and correction* (new and revised edition) (pp. 211-218). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Bentovim, A. (2002). Preventing sexually abused young people from becoming abusers, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. *Child Abuse and Neglect*, 26, 661-678.
- Berliner, L. & Rawlings, L. (1991). *A treatment manual: Children with sexual behavior problems*. Seattle, WA: Harborview Sexual Assault Center.
- Bonner, B.L., Walker, C.E. & Berliner, L. (1999). *Final report on children with sexual behavior problems: assessment and treatment*. Washington, DC: Office of Child Abuse and Neglect, Department of Health and Human Services.
- Brown, E.L. & Kolko, D.J. (1998). Treatment efficacy and program evaluation with juvenile sexual abusers: A critique with directions for service delivery and research. *Child Maltreatment*, 3 (4), 362-373.
- Burton, J.E., Rasmussen, L.A., Bradshaw, J., Christopherson, B.J. & Huke, S.C. (1998). *Treating children with sexually abusive behavior problems : Guidelines for child and parent intervention*. New York : The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Cantwell, H.B. (1988). Child sexual abuse: Very young perpetrators. *Child Abuse and Neglect*, 12, 579-582.
- Cunningham, C. & MacFarlane, K. (1991). *When children molest children: Group treatment strategies for young sexual offenders*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Cunningham, C. & MacFarlane, K. (1996). *When children abuse: Group treatment strategies for children with impulse control problems*. Brandon, VT : Safer Society Press.

- Finkelhor, D. & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408-1423.
- Freeman-Longo, R.E., Bird, S., Stevenson, W.F. & Fiske, J. (1995). *1994 nationwide survey of treatment programs and models: Serving abuse reactive children, adolescent and adult sex offender*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Friedrich, W.N. (1990). Management of sexually reactive and aggressive behavior. In W.N. Friedrich (Ed.), *Psychotherapy of sexually abused children and their family* (pp. 242-267). New York: W.W. Norton.
- Friedrich, W.N. (1991). Therapy with sexually aggressive young boy. In W.N. Friedrich (Ed.), *Casebook of sexual abuse treatment* (pp. 253-269). New York: Norton.
- Gil, E. (1993a). Individual therapy. In E. Gil & T.C. Johnson (Eds.), *Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 179-210). Rockville, MD: Launch Press.
- Gil, E. (1993b). Family therapy. In E. Gil & T.C. Johnson (Eds.), *Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 275-302). Rockville, MD: Launch Press.
- Gray, A.S. & Pithers, W.D. (1993). Relapse prevention with sexually aggressive adolescents and children : Expanding treatment and supervision. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall & S.M. Hudson (Eds.), *The juvenile sex offender* (pp. 289-319). New York : Guilford.
- Griggs, D.R. & Boldi, B. (1995). Parallel treatment of parents of abuse reactive children. In M. Hunter (Ed.), *Child survivors and perpetrators of sexual abuse: Treatment innovations* (pp. 147-173). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Hindman, J. (1994). *Juvenile culpability assessment* (revised edition). Ontario, OR: Alexandria.
- Horton, C.B. (1996). Children who molest other children: The school psychologist's response to the sexually aggressive child. *School Psychology Review*, 25 (4), 540-557.
- Hoyle, S.G. (2000). *The sexualized child in foster care: A guide for parents and other professionals*. Washington, DC: CWLA Press.
- Johnson, T.C. (1993a). Assessment of sexual behavior problems in preschool-aged and latency aged children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2 (3), 431-449.
- Johnson, T.C. (1993b). Group therapy. In E. Gil & T.C. Johnson (Eds.), *Sexualized Children: Assessment and Treatment of Sexualized Children who Molest* (pp. 179-273). Rockville, MD: Launch Press.

- Johnson, T.C. & Berry, C. (1989). Children who molest: A treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (2), 185-203.
- Knopp, F.H., Freeman-Longo, R. & Lane, S. (1997). Program development. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Eds.), *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and correction* (new and revised edition) (pp. 183-200). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Kolko, D.J. (1986). Social-cognitive skills training with a sexually abused and abusive child psychiatric inpatient. Training, generalization, and follow-up, *Journal of Family Violence*, 1 (2), 149-165.
- Lane, S. (1991). Special offender populations. In G. Ryan & S. Lane (Eds.), *Juvenile sexual offending: Causes, conséquences, and correction* (pp. 299-332). Lexington, MA: Lexington Books.
- Lane, S. & Lobanov-Rostovsky, C. (1997). Special populations: Children, females, the developmentally disabled, and violent youth. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Eds.), *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and correction* (new and revised edition) (pp.322-359). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Longo, R.E. & Groth, A.N. (1983). Juvenile sexual offenses in the histories of adult rapist and child molesters. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 27, 150-155.
- Longo, R. & McFadin, B. (1981). Sexually inappropriate behavior: Development of the sexual offender. *Law and Order*, 21-23.
- Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., Dies, R.R., Eisman, E.J., Kubiszyn, T.W. & Reed, G.M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128-165.
- Murdock, J. (1991). *Counseling children: Basic principles for helping the troubled or defiant child*. New York: Continuum.
- National Adolescent Perpetrator Network. (1993). The revised report from the National Task Force on Juvenile Sexual Offending. *Juvenile and Family Court Journal*, 44 (4), 1-119.
- Pithers, W.D., Becker, J.V., Kafka, M., Morenz, B., Schlank, A. & Leombruno, T. (1995). Children with sexual behavior problems, adolescent sexual abusers, and adult sex offenders: Assessment and treatment. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 14, 779-819.
- Pithers, W.D. & Gray, A. (1998). The other half of the story : Children with sexual behavior problems. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 200-217.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3 (4), 384-406.



- Pithers, W.D., Gray, A., Cunningham, C. & Lane, S. (1993). *From trauma to understanding: A guide for parents of children with sexual behavior problems*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Rasmussen, L.A., Burton, J. & Christopherson, B.J. (1992). Precursors to offending and the trauma outcome process in sexually reactive children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1 (1), 33-48.
- Ryan, G. (1997a). Sexually abusive youth: Defining the population. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Eds.), *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and correction* (new and revised edition) (pp.3-9). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Ryan, G. (1997b). Perpetration prevention: Primary and secondary. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Eds.), *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and correction* (rev. ed.) (pp.433-454). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Ryan, G. (1998). The relevance of early life experience in the treatment of sexually abusive youth. *Irish Journal of Psychology*, 19, 32-48.
- Ryan, G. (1999). Treatment of sexually abusive youth: The evolving consensus. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 422-436.
- Ryan, G. (2000). Childhood sexuality: A decade of study. Part II - Dissemination and future directions. *Child Abuse and Neglect*, 24, (1), 49-61.
- Service à l'enfance et à la famille - Act II. (1995). *L'intervention auprès des enfants manifestant des comportements sexuels problématiques : Une approche familiale. Manuel de formation*. Coquitlam, Colombie-Britannique: Direction de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.
- Shaw, J.A. (1999). Practice parameters for assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 55S-76S.
- Thomas, J. (1997). The family in treatment. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Eds.), *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and correction* (new and revised edition) (pp.360-403). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Webster-Stratton, C. & Hooven, C. (1998). Parent training for child conduct problems. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp. 185-219). Seattle, WA : Pergamon.
- Weiss, C.H. (1998). *Evaluation: Methods for studying programs and policies* (2<sup>e</sup> édition). Prentice Hall.

## International Journal of Child & Family Welfare

Ms. Mélanie M. Gagnon  
Department of Psychology  
University of Montreal  
C.P. 6128, Succ. Centre-ville  
Montreal (Québec)  
H3C 3J7  
Canada

26 September, 2003

Dear Mélanie Gagnon,

Your manuscript entitled "Treatment programs for children with sexually problematic behaviour: State of the situation" has been received and assigned #03-16. You should hear from us within approximately three (3) months regarding an editorial decision. Please include the name of the journal and the manuscript number in any future correspondence. Please direct any questions regarding your manuscript to me, at [hans.grietens@ped.kuleuven.ac.be](mailto:hans.grietens@ped.kuleuven.ac.be).

Sincerely,

Hans Grietens  
Editor International Journal of Child & Family Welfare

Centre for Disability, Special Needs Education, and Child Care  
University of Leuven  
Vesaliusstraat 2  
B-3000 Leuven (Belgium)  
phone: +32.16.32.61.87  
fax: +32/16.32.59.33  
e-mail: [REDACTED]  
web: [www.psy.kuleuven.ac.be/ortho](http://www.psy.kuleuven.ac.be/ortho)



An official publication of the European Scientific Association for Residential and Foster Care for Children and Adolescents (EUSARF)

CHAPITRE II  
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

## Description du programme

Ce chapitre présente l'origine du PI-ECSP, le choix de la méthode d'intervention, l'appréciation de la pertinence de l'intervention de groupe, la formulation des objectifs du programme ainsi que la définition du cadre général du programme (orientations théoriques, volets et modules du programme, déroulement des rencontres, structure de groupe et l'animation).

### Origine du programme

Depuis plusieurs années, les professionnels qui interviennent auprès de familles et de milieux d'accueil aux prises avec une problématique d'enfants manifestant des comportements sexuels inadaptés se retrouvent souvent désarmés devant les limites de leurs connaissances et l'absence d'outils appropriés. De surcroît, le problème, souvent nié par l'enfant, minimisé ou encore dramatisé par les parents, rend extrêmement difficile l'obtention d'un portrait de la situation et des comportements sexuels de l'enfant. Devant cette réalité, les milieux d'intervention (centres jeunesse, organismes communautaires) ont reconnu le caractère prioritaire de ces situations inquiétantes, tant pour les enfants que pour les milieux d'hébergement, et donc l'urgence de développer des interventions appropriées à leur situation. C'est dans ce contexte que le PI-ECSP a été élaboré afin de répondre aux besoins spécifiques des enfants présentant des comportements sexuels problématiques et de leur famille.

Les prochains paragraphes précisent le choix de la méthode d'intervention, les objectifs généraux et spécifiques du programme ainsi que le cadre général du programme.

### Choix de la méthode d'intervention

Le PI-ECSP résulte d'une démarche de longue haleine comprenant un survol des écrits scientifiques sur la problématique et sur les programmes existants (Gagnon, Bégin & Tremblay, soumis, accepté) et des rencontres de discussion avec des personnes reconnues pour leur expertise auprès d'une clientèle en difficulté. L'ensemble de ce processus a permis de faire ressortir certains constats : (a) peu de

milieux d'intervention sont formés et équipés pour identifier adéquatement les enfants présentant des comportements sexuels problématiques; (b) il n'existe, à notre connaissance aucun milieu au Québec qui offre des programmes d'intervention structurés auprès de ces enfants et (c) il n'y a, à ce jour, aucune recherche scientifique québécoise disponible portant sur l'évaluation de programmes d'intervention offerts à cette clientèle.

Force est de constater la quasi-inexistence de matériel pour conceptualiser un programme d'intervention et élaborer des outils thérapeutiques. Dès lors, il est apparu pertinent de développer un programme répondant aux réalités des milieux d'intervention au Québec et aux besoins de la clientèle québécoise tout en tenant compte des forces et limites des programmes existants.

Le PI-ECSP, conçu pour une clientèle d'enfants âgés de 6 à 12 ans, s'adresse aux garçons et aux filles qui manifestent des comportements sexuels problématiques et à leurs parents. À l'instar des professionnels œuvrant dans le domaine, nous considérons essentiel d'impliquer dans le processus d'intervention non seulement les parents biologiques, mais tous les adultes qui ont un lien d'attachement et qui exercent un rôle parental auprès de l'enfant (Berliner & Rawlings, 1991; Bonner, Walker & Berliner, 1999; Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich, 1995; Gil, 1993b; Johnson, 1993c; Gray & Pithers, 1993; Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997; Pithers, Gray, Busconi & Houchens, 1998b; Service à l'enfance et à la famille, 1995).

#### Appréciation de la pertinence de l'intervention de groupe

L'intervention de groupe est la modalité privilégiée pour intervenir auprès des enfants présentant des comportements sexuels problématiques car elle permet de briser l'isolement, favorise un sentiment d'appartenance stable qui suscite et maintient le goût du changement chez les participants (Ballester & Pierre, 1995; Bonner & al., 1999; Cunningham & MacFarlane, 1991; 1996; Hindman, 1994; Hoyle, 2000; Johnson, 1993c; Johnson & Berry, 1989; Gray & Pithers, 1993; Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997; National Adolescent Perpetrator Network, 1993; Pithers & al., 1998b; Service à l'enfance et à la famille, 1995). Le groupe favorise aussi des expériences de socialisation positive et stimule l'acquisition de comportements plus appropriés,

notamment par l'apprentissage de nouvelles stratégies de résolution de conflits (Johnson, 1993c). De plus, les enfants et les adultes confrontent leurs perceptions des autres et d'eux-mêmes, ce qui peut entraîner des modifications au plan cognitif.

Turcotte & Lindsay (2001) font ressortir aussi que l'intervention de groupe offre un contexte au sein duquel des personnes aux prises avec une situation similaire peuvent échanger et s'entraider. En effet, le groupe facilite les changements aux plans cognitif (modification de la perception de la réalité), émotif (mobilisation de sentiments appropriés) et comportemental (établissement réaliste des décisions à prendre et soutien dans les changements de comportements). Enfin, le groupe permet une qualité au niveau du support affectif.

### Objectifs du programme

Le PI-ECSP a pour objectif principal la prévention des gestes sexuels inadaptés à l'endroit d'autres enfants. Dans cette optique, le programme vise à sensibiliser les enfants et les parents à reconnaître les différences entre les comportements sexuels d'exploration saine et les comportements sexuels problématiques ainsi qu'à atténuer l'apparition des comportements sexuels problématiques en favorisant l'acquisition de nouvelles habiletés personnelles, sociales et familiales. En agissant dans une perspective préventive, les risques d'aggravation des comportements sexuels problématiques devraient diminuer et éviter ainsi d'autres victimisations.

Plus spécifiquement, les activités du programme permettent à l'enfant :

- (a) de reconnaître son comportement sexuel problématique;
- (b) d'identifier les mécanismes déclencheurs et les conséquences du comportement sexuel problématique;
- (c) de développer des connaissances en matière d'éducation à la sexualité saine;
- (d) de prendre conscience de ses limites personnelles et de celles d'autrui;
- (e) de parfaire ses compétences sociales;
- (f) d'améliorer ses habiletés favorisant le contrôle de soi;
- (g) de renforcer son estime de soi.

Pour l'ensemble des parents, les cibles d'intervention susceptibles d'être visées en cours d'intervention sont :

- (a) la reconnaissance des comportements sexuels problématiques de leur enfant;
- (b) la compréhension des mécanismes déclencheurs menant aux gestes sexuels inadaptés;
- (c) l'établissement d'une supervision adéquate limitant ainsi les activités qui placent l'enfant dans une situation propice aux comportements sexuels inadéquats;
- (d) l'apprentissage de connaissances et d'habiletés en matière d'éducation à la sexualité;
- (e) le développement d'habiletés parentales par l'apprentissage d'une communication ouverte, d'une attention positive et le renforcement de l'estime de soi de l'enfant.

#### Définition du cadre général du programme

Le PI-ECSP est conçu comme un ensemble intégré d'activités offert parallèlement aux enfants et aux parents. L'ensemble des activités s'insère dans un cadre théorique. La présente section s'attarde donc à la description des orientations théoriques et des principales composantes du programme (Appendice A).

Orientations théoriques. À l'instar des professionnels oeuvrant dans ce domaine (Cunningham & MacFarlane, 1996; Johnson, 1993c; Pithers & al., 1998b; Rasmussen & al., 1992) et devant la complexité des enjeux dynamiques et des nombreuses cibles d'intervention, nous avons opté pour une approche éclectique, fortement inspirée de l'orientation cognitivo-comportementale. L'approche cognitivo-comportementale favorise en effet l'exploration des comportements sexuels problématiques et permet de diminuer la fréquence des comportements perturbateurs en corrigeant les déficits sociocognitifs des enfants, en augmentant le contrôle qu'ils exercent sur leurs propres comportements, notamment lors de la résolution de problèmes, de la gestion de la colère et en renforçant les habiletés sociales et l'estime de soi. De plus, cette approche vise également à augmenter les compétences parentales en aidant les parents de ces enfants à adopter des attitudes et des pratiques éducatives qui favorisent la réduction des comportements perturbateurs de leur enfant et le remplacement de ceux-ci par des

comportements adéquats. L'orientation cognitivo-comportementale est centrale aux activités thérapeutiques et éducatives de groupe.

Par ailleurs, l'influence d'un milieu familial conflictuel et dysfonctionnel ainsi que d'un environnement sexualisé justifie l'emphase mise sur la théorie des systèmes au sein du programme. Tous les membres de la famille sont donc perçus comme contribuant au système pathologique qui permet le maintien des comportements sexuels problématiques (Ryan, 1991). La famille est décrite comme un système multigénérationnel caractérisé par différents sous-systèmes internes (fratrie, couple, parents, etc.) et influencé par une variété de systèmes externes (travail, école, centre jeunesse, milieu substitut, etc.). Ces sous-systèmes interagissent continuellement entre eux. Ainsi, une situation stressante expérimentée par un des membres ou un des sous-systèmes de la famille nécessite un réajustement et une adaptation de tous les membres du système familial. La théorie des systèmes dirige donc l'attention vers les rôles joués par les personnes significatives lors du développement des comportements inappropriés et lors du processus de changement (Robert, 1994). L'implication des membres de la famille dans le processus thérapeutique peut conduire à une meilleure supervision et protection de l'enfant, à l'établissement de règles et de rôles appropriés selon l'âge du jeune, au développement de limites personnelles sécurisantes et à la construction d'un système de support adéquat pour la famille.

Volets du programme d'intervention. Le programme comprend deux volets, enfants et parents, regroupant des modules d'intervention ayant différents objectifs généraux qui sont atteints tout au long des rencontres par le biais d'objectifs spécifiques. Les modules des volets enfants et parents se subdivisent en deux niveaux : modules séquentiels et modules linéaires.

Les modules séquentiels réfèrent aux objectifs à partir desquels un travail successif, selon un ordre logique établi, est nécessaire. En ce sens, le passage d'un objectif à l'autre ne se fait qu'après avoir consolidé les étapes antérieures. Pour les deux volets, trois modules sont de nature séquentielle : comportements sexuels problématiques, éducation sexuelle et limites personnelles.



Les autres modules sont dits linéaires puisqu'ils réfèrent aux objectifs à partir desquels un travail continu est fait pendant toute la période d'intervention de groupe. Les objectifs sont évolutifs dans le temps et font appel à un travail constant de la part de l'enfant ou du parent. Les changements se produisent et se notent sur une plus longue période. Trois modules du volet enfants sont de nature linéaire : habiletés sociales, contrôle de soi et estime de soi. Pour le volet parents, un seul module est de nature linéaire, soit les habiletés parentales.

Déroulement des rencontres. Toutes les rencontres se déroulent selon la même grille horaire et comportent une ou deux activités thématiques. Le déroulement proposé vise à faciliter la compréhension, la concentration et la confiance des participants. De plus, lorsque les rencontres se déroulent de la même façon, les participants s'engagent plus facilement dans les activités. Cependant, les intervenants doivent tenir compte des réalités de chaque enfant et de chaque parent. Ainsi, un participant peut vivre une situation particulière à laquelle il faut porter une attention et s'attarder plus longuement. Les vingt-trois rencontres se déroulent de la façon suivante :

- (1) *Température du groupe.* Les animateurs débutent la rencontre en échangeant quelques mots avec les participants sur des événements importants qui se sont déroulés dans leur vie depuis la dernière rencontre. Cet échange de courte durée vise à créer une ambiance propice à la participation et exige une grande flexibilité de la part des animateurs. Dans le groupe d'enfants, les animateurs les encouragent à exprimer comment ils se sentent aujourd'hui à l'aide des cartes images qui illustrent des sentiments (joie, tristesse, colère, peur, etc.).
- (2) *Un petit retour.* Les animateurs font un bref retour en invitant les participants à nommer les notions abordées la semaine précédente. L'objectif de ce retour vise à permettre un meilleur ancrage des connaissances acquises avant le début d'une nouvelle rencontre ou d'un nouveau thème.
- (3) *Activités thématiques.* Cette étape concerne l'exploration des thèmes de chaque module du programme d'intervention et constitue le noyau de la rencontre. Cette étape fait appel à plusieurs notions qui varient d'une rencontre à l'autre en fonction du module travaillé; il est donc important que les animateurs fassent le lien avec les

activités de la semaine précédente afin d'assurer une continuité. Une ou deux activités, selon la durée de chacune, sont présentées en fonction des objectifs prévus dans le module abordé. Elle prennent diverses formes : la discussion, le jeu de rôles, le quiz, le dessin, etc.

- (4) *Collation*. Dans le groupe d'enfants, une collation est prévue pour tous les membres du groupe. Les animateurs profitent de ce moment pour souligner les efforts, valoriser et féliciter les enfants. De plus, ils observent les interactions entre les membres du groupe. Si les enfants sont très actifs ou si un changement de rythme est prévu, un moment de détente peut aussi être inséré dans la rencontre avec l'utilisation d'une cassette de musique de relaxation.
- (5) *Activités développementales*. Ces activités sont uniquement présentes dans le groupe d'enfants. Le temps alloué à cette section vise à travailler, par le biais d'une activité choisie par les animateurs, un thème particulier (éducation sexuelle, estime de soi, contrôle de soi, expression des sentiments, etc.). Les animateurs ont la liberté de sélectionner, parmi les activités proposées, celle qui convient aux enfants. Ainsi, différentes activités développementales sont réalisées au fil des rencontres. Toutefois, le choix et l'ordre sont laissés au bon jugement des animateurs selon les besoins spécifiques et l'évolution de chaque groupe d'enfants.
- (6) *Visualisation du cheminement*. Par le biais de cette activité, les animateurs amènent les participants, enfants et parents, à observer et à réfléchir sur les acquis, les difficultés et les points à travailler au sein du groupe.
- (7) *Conclusion*. Une courte période de temps est consacrée à la synthèse des notions présentées durant la rencontre. Les enfants sont invités à s'exprimer sur leur participation dans le groupe et leur appréciation de la rencontre. Pour leur part, les parents prennent quelques minutes pour inscrire dans leur cahier ce qu'ils retiennent de la rencontre. Cette période permet aux animateurs de s'assurer que l'ensemble du contenu présenté a bien été compris et de clore la rencontre sur un retour personnel.

Taille du groupe. La taille influence le fonctionnement d'un groupe et les modes de communication. Les auteurs affirment que la taille d'un groupe doit être adaptée aux objectifs, aux caractéristiques des participants, au temps disponible, au degré d'ouverture souhaité, au contexte organisationnel et aux habiletés des intervenants (Johnson & Johnson, 1997; Turcotte & Tard, 2000; Wickham, 1993). Les cliniciens qui travaillent auprès des enfants présentant des comportements sexuels problématiques suggèrent entre quatre et six enfants par groupe (Cunningham & MacFarlane, 1996; Johnson, 1993c).

Le PI-ECSP a été développé pour des groupes formés d'un minimum de cinq enfants et d'un maximum de sept. Avec un plus grand nombre de participants, il est difficile d'accorder le temps nécessaire au vécu de chaque enfant. De plus, au-delà de sept enfants, la gestion du groupe devient plus ardue. Le groupe de parents est composé d'un minimum de cinq participants et d'un maximum de 14 parents. Afin de s'assurer d'échanges intéressants et diversifiés entre les parents, il est important de compter sur un nombre minimal de parents. De plus, le choix du nombre de participants tient compte du fait que certains participants, enfants et parents, peuvent abandonner le programme en cours de processus, être retirés du programme ou encore s'absenter lors des rencontres.

Composition du groupe. Dans les programmes disponibles auprès des enfants présentant des comportements sexuels problématiques, les groupes sont habituellement séparés selon l'âge développemental : préscolaires (3-5ans), scolaires (6-9 ans) et préadolescents (10-12 ans). (Araji, 1997; Bonner & al., 1999; Burton, Rasmussen, Bradshaw, Christopherson & Huke, 1998; Gray & Pithers, 1993; Johnson, 1993c; Lane, 1991; Pithers & al., 1998b). Cette division des groupes selon l'âge permet d'utiliser des techniques spécifiques et appropriées telles que le jeu, l'art, l'écriture, le vidéo, etc. Les enfants peuvent apprendre des comportements appropriés sans être exposés à des concepts qu'ils ne sont pas prêts à comprendre (Araji, 1997). De plus, des auteurs, dont Cunningham & MacFarlane (1996) ainsi que Johnson (1993c), insistent sur la composition de groupe d'enfants du même sexe afin de favoriser l'expression et le support entre pairs.

Dans le PI-ECSP, les enfants sont répartis dans les groupes selon le sexe et l'âge développemental (6 à 9 ans et 10 à 12 ans) alors que les parents sont regroupés à l'intérieur d'un même groupe. Pour le même enfant, nous pouvons retrouver deux participants au groupe de parents. Par exemple, les deux parents ou un parent biologique et l'éducateur de résidence de groupe. Nous n'avons aucune restriction quant au fait que deux adultes participent au groupe pour le même enfant s'ils s'entendent bien.

Ouverture du groupe. Le groupe peut être ouvert ou fermé. Un groupe ouvert a généralement une durée non limitée au départ et est formé de participants qui y entrent et y sortent à leur guise, selon leurs besoins et leurs disponibilités. Pour sa part, le groupe fermé comprend des participants qui commencent, poursuivent et terminent leur cheminement ensemble au cours d'une période définie (Turcotte & Lindsay, 2001).

En raison de la nature de la problématique, du type de groupe (thérapeutique, de soutien et éducatif) et de la clientèle cible, un groupe fermé a été privilégié afin de favoriser la confiance entre les membres, la cohésion au sein du groupe, la stabilité des rôles et des normes et la coopération. Bien que les absences et les abandons aient un effet plus marqué sur le groupe lorsque celui-ci est fermé, nous pensons que ceci est contré par l'engagement plus intense des participants que favorise ce type d'ouverture.

L'espace. L'espace influe sur l'interaction et la communication verbale et non-verbale des participants d'un groupe. Selon Leclerc (1999), trois éléments doivent être pris en considération : 1) espace occupé par les participants au cours des rencontres; 2) qualité des locaux et 3) distance géographique entre le lieu de résidence et le lieu des rencontres.

Selon Posthuma (1989), la configuration la plus susceptible de favoriser la participation de tous les individus d'un groupe dans un rapport égalitaire est le cercle qui permet un contact visuel et évite que certaines personnes soient isolées ou se trouvent en position de domination. De plus, selon certains programmes d'intervention de groupe auprès des enfants, il est suggéré, afin de favoriser la concentration des enfants, de les faire asseoir sur des chaises autour d'une table plutôt que par terre. L'enfant doit garder la même place tout au long du programme, place qu'il aura choisie

ou qui lui aura été attribuée lors de la première rencontre. Cette disposition facilite le déroulement des rencontres et est sécurisant pour l'enfant (Beauregard, Bouffard & Duclos, 2000).

La qualité des lieux (température, aération, éclairage, bruits ambiants) doit aussi être prise en considération afin de favoriser les échanges et d'éliminer les obstacles au bon fonctionnement du groupe.

Enfin, l'accessibilité géographique et la stabilité du lieu de rencontre favorisent la cohésion et l'engagement des participants au groupe (Leclerc, 1999).

Dans le PI-ECSP, ces recommandations sont prises en considération puisque les groupes se déroulent dans des salles aménagées aux fins de l'intervention. De plus, selon les régions (Lanaudière, Outaouais, Montérégie), les rencontres prennent place dans des locaux du Centre jeunesse de la région ou d'un organisme communautaire.

Le temps. Le temps fait référence au moment des rencontres de groupe, à leur nombre, à leur durée et à leur fréquence. Ces éléments influent, entre autres, sur le degré d'engagement des membres, leur assiduité, leur ponctualité et leur persévérance.

La durée des programmes d'intervention, destinés aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques, varie considérablement allant de 10 semaines à 24 mois et ce, à raison d'une rencontre hebdomadaire de 60 à 90 minutes (Ballester & Pierre, 1995; Berliner & Rawlings, 1991; Bonner & al., 1999; Burton & al., 1998; Cunningham & MacFarlane, 1991, 1996; Gil & Johnson, 1993c; Gray & Pithers, 1993; Hindman, 1994; Johnson & Berry, 1989; Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997; Service à l'enfance et à la famille, 1995).

Le PI-ECSP s'étale sur 23 rencontres, à raison d'une rencontre de 90 minutes par semaine. Les groupes d'enfants et de parents se déroulent parallèlement. Le groupe peut se rencontrer en avant-midi ou en après-midi. Toutefois, les rencontres de groupe en matinée maximisent le niveau d'éveil et de concentration des enfants.

L'animation. De plus en plus de programmes ont recours à la co-animation comme mode d'animation au sein de l'intervention de groupe (Turcotte, 1996). Plusieurs auteurs se sont penchés sur les avantages de la co-animation tant au niveau des membres du groupe que des animateurs. Ce type d'animation représente pour les membres un modèle de communication et de résolution de conflits, une occasion d'expérimenter différents styles d'interaction et un plus large éventail de techniques et de stratégies d'intervention. De plus, en co-animation mixte, les participants sont exposés à un modèle de relation homme-femme égalitaire et non conflictuelle. La co-animation peut aussi sécuriser le groupe quant à l'éventualité de l'absence ou d'un départ de l'un des animateurs (Balgopal & Vassil, 1983; Côté, 1990; Galinsky & Schopler, 1980; Heap, 1994; Wickham, 1993; Posthuma, 1989).

L'intervention de groupe en co-animation représente un contexte d'apprentissage intéressant pour les intervenants moins familiarisés avec l'intervention de groupe ou la problématique ciblée. De plus, la co-animation peut s'avérer une méthode de formation pour des étudiants. Elle permet le développement d'habiletés, le partage des responsabilités et le soutien mutuel ainsi que l'évolution professionnelle par le biais des rétroactions. Ce type d'animation favorise également le soutien, notamment lorsque les intervenants ont affaire à des problématiques particulièrement difficiles ou à des populations réfractaires aux services. Elle facilite aussi la gestion du groupe surtout lorsqu'elle comporte l'utilisation d'une variété d'activités et des membres jeunes (Côté, 1990; Galinsky & Schopler, 1980; Heap, 1994; Henry, 1992; Middleman, 1980).

Le PI-ECSP privilégie la co-animation; les interventions de groupe sont dispensées par deux intervenants psychosociaux et, lorsque possible, par une dyade homme-femme.

## Cadre d'évaluation

Cette section est consacrée aux orientations générales relatives aux modalités d'évaluation prévues dans cette présente étude sur l'évaluation formative du PI-ECSP. Dans un premier temps, nous clarifierons le contexte de l'évaluation ainsi que les composantes de la démarche d'évaluation. Par la suite, nous préciserons la stratégie d'évaluation retenue ainsi que le cadre méthodologique général.

### Contexte de l'évaluation

Tel que mentionné précédemment, la présente étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche de plus grande envergure portant sur l'évaluation de l'implantation des diverses composantes du PI-ECSP. À ce jour, bien peu d'études ont entrepris une démarche d'évaluation des programmes d'intervention destinés aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Bien que l'objectif distal d'une telle intervention consiste en un changement dans les connaissances, les habiletés et les comportements des participants, il est important de prendre en considération la démarche du PI-ECSP pour expliquer les changements qui se sont produits. En effet, la mise en oeuvre d'un programme correspond rarement à l'application intégrale de sa planification. Elle s'inscrit plutôt dans un processus dynamique qui se modifie en cours de route, au gré des situations. Les changements peuvent altérer la nature de l'intervention initiale et donc les résultats escomptés. Par conséquent, avant de songer à entreprendre une évaluation d'efficacité du programme, il demeure primordial d'en évaluer son implantation. L'évaluation d'implantation est une des formes que peut prendre l'évaluation de programmes. Celle-ci se doit d'être « ...très près des besoins concrets de l'organisme qui offre des services et dont les activités sont principalement orientées vers la production de résultats pour la prise de décision... » (Tourigny & Dagenais, 1998; p.391). L'analyse d'implantation permet de vérifier la conceptualisation, le fonctionnement et la valeur d'un programme et fournit des informations visant à corriger les lacunes et à améliorer le programme (Tourigny & Dagenais, 1998; Patton, 2002). Elle consiste donc à spécifier l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer les résultats obtenus suite à l'implantation d'une intervention (Denis & Champagne, 1990). L'évaluation ne vise pas à déterminer l'effet de

l'intervention, mais bien à décrire le contexte et le déroulement des activités qui ont pris place.

C'est dans ce contexte que la présente thèse s'insère en s'attardant plus spécifiquement à certains rouages de l'intervention décrits dans les prochains paragraphes. Rappelons également, qu'en raison du caractère novateur du programme et de la clientèle cible, le projet doit être considéré comme une étude exploratoire.

### Description de la démarche d'évaluation

Avant d'aborder la question de la stratégie d'évaluation, il s'avère essentiel de préciser les composantes de la démarche d'évaluation, soit la finalité, les objectifs et les questions relatives au type d'évaluation. Une fois ces composantes identifiées et définies, il est plus facile d'exposer les grandes lignes de la stratégie choisie pour réaliser la démarche d'évaluation de la recherche et ainsi d'en comprendre le sens.

Finalité. La finalité de l'évaluation de programmes correspond à sa raison d'être, c'est-à-dire au but général qu'elle poursuit (Contandriopoulos, Champagne, Denis & Avergues, 2000; Desrosiers, Kishchuk, Ouellet, Desjardins, Beauregard & Perreault, 1998; Tourigny & Dagenais, 1998). Dans le cas présent, l'évaluation vise la prise de décisions afin d'orienter l'action pour améliorer les différentes composantes du programme d'intervention en cours. Ce but s'inscrit dans une démarche d'évaluation d'implantation et vise donc, au terme de cette évaluation, à proposer des recommandations qui permettront de modifier certaines composantes du programme de façon à ce qu'elles répondent plus adéquatement aux besoins de la clientèle desservie et des milieux d'intervention offrant le programme.

Objectifs. La formulation des objectifs de l'évaluation permet de préciser le « pourquoi » de l'évaluation du programme en tenant compte des préoccupations du milieu de l'intervention. Dans le cadre de cette étude, deux objectifs ont été formulés et permettent d'orienter la démarche d'évaluation. Dans une perspective formative, cette étude s'intéresse plus précisément à : 1) l'évaluation du processus du programme au niveau de la clientèle, des activités et des modalités et 2) l'évaluation de l'évolution des enfants suite à leur participation au programme.



Questions. À partir des objectifs d'évaluation retenus, des questions ont été formulées permettant d'expliquer plus concrètement la démarche d'évaluation réalisée et sur lesquelles un jugement est posé au terme de la démarche. Ainsi, l'évaluation tente de répondre à six questions : (1) Quelles sont les caractéristiques de la clientèle jointe?, (2) Quel est le niveau de participation des enfants aux rencontres?, (3) Quelle est la perception des participants, enfants et parents, relativement aux diverses composantes du programme?, (4) Selon les participants, quelles sont les composantes qui influencent le processus d'implantation du programme? (5) Quelle est la perception des participants quant aux changements observés chez les enfants suite au programme? et (6) Quels sont les changements cliniques pré/post intervention?

### Stratégie d'évaluation

La présente section expose les différents éléments stratégiques qui balisent l'ensemble de la démarche d'évaluation, à savoir le type d'évaluation de programme, l'approche théorique préconisée, la planification de l'évaluation et les considérations d'ordre éthique.

Type d'évaluation de programmes. Tel que mentionné précédemment, il s'agit d'une étude qui s'insère dans un processus d'évaluation d'implantation (aussi appelée évaluation de processus ou évaluation de la mise en œuvre) dont l'objectif général visé concerne une meilleure compréhension du programme afin d'orienter l'action. Ce type de recherche permet de porter un jugement sur les différentes composantes de la planification et de la programmation dans le but d'améliorer le programme en cours, d'apporter des changements nécessaires et de mieux desservir la clientèle ciblée par le programme (Beaudry & Gauthier, 1992; Tard, Ouellet & Beaudoin, 1997; Tourigny & Dagenais, 1998). L'évaluation d'implantation se fait habituellement dans les premiers temps d'existence d'un programme, elle ne sert donc pas à évaluer son efficacité ou son impact. Elle permet plutôt de générer des résultats en regard du déroulement, du développement du programme et est utile aux personnes qui participent à l'élaboration, à la gestion et à l'implantation de cette intervention (Tourigny & Dagenais, 1998). En ce sens, c'est une évaluation qui est avant tout de nature formative.

De plus, comme le soulignent certains auteurs (Breton, Bilodeau & Boyer, 2001; Contandriopoulos & al., 2000; Desrosiers & al., 1998), ce type d'évaluation renferme un autre élément qui permet de caractériser l'évaluation projetée dans la présente étude. En effet, une analyse d'implantation permet aussi de cerner les facteurs affectant le déroulement d'un programme d'intervention au regard des résultats escomptés. Dans cette perspective, une attention particulière est accordée aux succès, aux échecs et aux changements produits en s'intéressant à la clientèle, au processus et aux activités.

Dans le cadre de notre étude, l'évaluation d'implantation revêt donc un grand intérêt puisqu'elle permet de rendre compte de ce qui est réalisé en lien avec le milieu d'intervention et d'améliorer l'action. Selon Monnier (1987), l'évaluation d'implantation d'un programme permet donc de préciser les améliorations possibles, de modifier le déroulement des activités et d'examiner l'opportunité de généraliser le programme à d'autres milieux d'intervention. Dans cette optique, la description détaillée de la clientèle, l'identification des composantes influençant sa mise en œuvre ainsi que l'analyse de l'évolution des enfants sont des atouts précieux dans l'implantation du programme dans d'autres milieux.

Le caractère novateur du PI-ECSP justifie la pertinence d'une évaluation d'implantation du programme avant de songer à évaluer les résultats, notamment pour permettre de mieux définir les objectifs et d'établir le lien logique entre les objectifs, les activités et les effets attendus. De plus, dans le cas présent, l'évaluation vise une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles le programme a atteint ou n'a pas atteint les résultats escomptés. Cette étude ne vise pas à produire un bilan des résultats ou des effets du programme, mais plutôt de porter un jugement sur l'évolution des enfants au regard des composantes du programme.

Approche théorique préconisée. « L'approche centrée sur les utilisateurs » se situe au niveau des modèles dits pluralistes favorisant l'analyse du programme dans son milieu naturel (Patton, 1982; Stake, 1987; Weiss, 1983a, 1983b). L'accent est mis sur l'utilisation des résultats de l'évaluation et sur les besoins des utilisateurs (dans ce contexte précis, les participants). Dans une perspective formative, cette approche utilise une méthodologie pluraliste, c'est-à-dire orientée par les questions et les valeurs des principaux acteurs (Desrosiers & al., 1998).

Plus concrètement, cette approche, centrée sur la prise de décisions, ne cherche pas à connaître les mécanismes causaux ou encore à généraliser les résultats à d'autres contextes, mais s'intéresse plutôt à cerner les forces et les faiblesses du programme. Ainsi, elle met l'accent sur la compréhension du programme dans son contexte d'application. Bref, l'approche centrée sur les utilisateurs revêt un grand intérêt dans le contexte d'implantation actuel (c'est-à-dire au sein des Centres jeunesse) puisqu'elle favorise la participation des utilisateurs (enfants, parents) et leur permet de s'approprier le programme, ce qui favorise la mise en oeuvre des recommandations suggérées.

Planification de l'évaluation. L'évaluation de l'implantation du PI-ECSP a été réalisée en trois phases, chacune correspondant au moment de la compilation des données, soit avant la participation à l'intervention de groupe, pendant l'intervention et immédiatement à la fin de l'intervention. Pour chacune de ces étapes, des activités spécifiques ont été prévues au niveau de la planification de la démarche d'évaluation. Le tableau 1 met en évidence les principales activités réalisées lors de chacune des étapes de l'évaluation.

Tableau 1  
Synthèse des activités prévues

PHASES	ACTIVITÉS PRÉVUES
Phase initiale Avant la participation à l'intervention de groupe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation du PI-ECSP et obtention des consentements.</li> <li>▪ Entrevue individuelle auprès des participants (enfants et parents).</li> <li>▪ Passation des questionnaires cliniques standardisés.</li> </ul>
Phase d'intervention Pendant l'intervention de groupe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suivi de la participation des enfants.</li> </ul>
Phase finale Après la participation à l'intervention de groupe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Passation des questionnaires cliniques standardisés (enfants et parents).</li> <li>▪ Réalisation de groupes focalisés auprès des participants (enfants et parents).</li> </ul>

Considérations d'ordre éthique. Les règles éthiques relatives au consentement libre et éclairé lors d'une participation à la recherche doivent être rigoureusement respectées. À cet égard, un formulaire de consentement (Appendice B) a été élaboré pour les parents (ou tuteurs). Ce formulaire comprend les renseignements pertinents sur : 1) l'identité des chercheurs; 2) les objectifs de la recherche; 3) les modalités de participation (nature, durée, fréquence); 4) les méthodes d'évaluation; 5) la liberté pour le participant de participer à l'étude et de s'en retirer en tout temps sans que cela ne lui cause un préjudice; 6) l'anonymat des participants et la confidentialité des résultats (utilisation de numéros de code) et 7) les coordonnées d'une personne-ressource pour tout renseignement additionnel. De plus, le formulaire de consentement informe les parents de l'obligation des chercheurs et des intervenants engagés dans l'étude de faire un signalement au Directeur de la protection de la jeunesse « s'ils ont un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis » au sens de la Loi sur la protection de la jeunesse. Enfin, l'expérimentation s'inscrit dans un projet de recherche approuvé par un comité d'éthique (Comité d'éthique sur la recherche et l'intégrité scientifique de l'Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec).

### Cadre méthodologique

Cette section précise pour chaque objectif les méthodes de collectes de données, les sources d'information et le type d'analyse effectué. Le tableau 2 présente une synthèse de l'articulation des éléments du cadre méthodologique qui sont détaillés dans les paragraphes qui suivent.

Tableau 2  
Synthèse du cadre méthodologique

OBJECTIFS	MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES	SOURCES D'INFORMATION	TYPES D'ANALYSE
<b>Objectif 1 : Évaluation du processus du programme</b>			
<u>Objectif 1.1</u> Description de la clientèle	Entrevue individuelle (protocole semi-structuré et instruments standardisés)	Parents Enfants	Quantitatif
<u>Objectifs 1.2</u> Identification de la participation des enfants au programme	Journal de bord	Intervenants	Qualitatif
<u>Objectifs 1.3</u> Perception des enfants et des parents relativement aux diverses composantes du programme	Groupes focalisés (guide d'entrevue)	Parents Enfants	Qualitatif
<u>Objectifs 1.4</u> Perception des enfants et des parents quant aux composantes pouvant contribuer au processus d'implantation du programme	Groupes focalisés (guide d'entrevue)	Parents Enfants	Qualitatif
<b>Objectif 2 : Évaluation de l'évolution des enfants</b>			
<u>Objectif 2.1</u> Perception des enfants et des parents face aux changements observés suite à leur participation au programme	Groupes focalisés (guide d'entrevue)	Parents Enfants	Qualitatif
<u>Objectifs 2.2</u> Changements cliniques observés chez les enfants après leur participation au programme	Instruments standardisés	Parents Enfants	Quantitatif

### Description des participants

Au total, 55 enfants présentant des comportements sexuels problématiques composent l'échantillon. Ces enfants (42 garçons et 13 filles) sont âgés en moyenne de 9 ans et 7 mois (É.T.=1,85) et proviennent de trois régions du Québec (Lanaudière N=39, Outaouais N=11, Montérégie N=5).

Pour être éligibles au PI-ECSP, les enfants doivent, au moment de la référence, être : (a) âgés entre 6 et 12 ans, (b) référés pour des comportements sexuels problématiques<sup>1</sup> et (c) accompagnés d'un parent ou d'un adulte significatif. Par ailleurs, le seul critère d'exclusion concerne la présence d'une déficience intellectuelle moyenne ou sévère.

Dans la moitié des cas, les enfants étaient accompagnés par au moins un de leurs parents biologiques (3,6% : deux parents; 36,4% : mères et 10,9% : pères) alors que les autres enfants étaient accompagnés par un parent de la famille d'accueil (23,6%), un éducateur des milieux de réadaptation (21,8%), un grand-parent (3,6%) ou son délégué à la protection de la jeunesse (1,8%).

### Démarche méthodologique (procédure et matériel)<sup>2</sup>

Aux fins de l'étude, quatre méthodes (entrevue individuelle, instruments d'évaluation, observation, groupe focalisé) ont été employées afin de recueillir, à divers moments, d'une part des informations sur le processus d'implantation et, d'autre part, sur les changements observés. Pour chacune de ces méthodes, des outils de collecte de données spécifiques ont été choisis, développés ou adaptés. Le recours à ce processus de triangulation (croisement de plusieurs méthodes et sources de données) vise à accroître la validité interne de l'étude (Patton, 2002; Stake, 2000). Les prochains paragraphes expliquent comment ils ont été organisés dans le cadre de la méthodologie à chacune des trois phases de la planification de l'étude.

---

<sup>1</sup> Les comportements sexuels problématiques sont définis par : la nature répétitive, l'incapacité d'arrêt suite aux interventions et à la supervision d'adultes, la persistance des comportements à travers le temps et les situations ou l'étendue des gestes sexuels correspondant aux comportements d'adultes.

<sup>2</sup> Bien que, dans la recherche, des instruments soient utilisés auprès des parents, seuls les outils concernant les enfants sont présentés et font l'objet d'analyse dans le cadre de cette thèse.

## 1. Phase initiale

Lors de la phase initiale, la procédure de référence sollicite l'intervenant qui reçoit une demande de service au sein de son organisme (Centres jeunesse, CLSC, organisme communautaire, école) pour faire compléter par les parents une autorisation à divulguer des renseignements nominatifs, puis d'acheminer la demande de service à la personne responsable du projet qui, elle, se charge de donner suite à la demande.

Un premier contact téléphonique informe le parent des diverses composantes du projet de recherche et permet de répondre à ses questions. Une fois l'accord obtenu pour participer au PI-ECSP, le parent est convoqué avec l'enfant à une entrevue d'évaluation.

Lors de l'entrevue d'évaluation, le projet de recherche est à nouveau expliqué au parent et à l'enfant, relativement au processus d'évaluation, aux modalités du programme et à l'implication obligatoire du parent. Ensuite, le consentement écrit du parent est obtenu suite à la présentation des buts et des objectifs du programme.

Par la suite, une entrevue individuelle, d'une durée approximative de trois heures, est réalisée auprès des enfants et des parents référés au PI-ECSP. Un *protocole d'entrevue semi-structurée* (Appendice C) permet de recueillir des informations sur les caractéristiques personnelles (sexe, âge, histoire de victimisation, comportements sexualisés, histoire médicale, histoire scolaire), sociales (nombre d'amis, qualité des relations) et familiales (structure familiale, antécédents familiaux) de la clientèle. De plus, lors de cette rencontre, une série de questionnaires sont administrés aux enfants et aux parents.<sup>3</sup>

## 2. Phase d'intervention

Lors de la phase d'intervention, les présences et les absences de chacun des enfants aux rencontres de groupe sont indiquées au sein d'un journal de bord tenu par les animateurs des groupes.

---

<sup>3</sup> Les questionnaires qui ont fait l'objet d'analyse dans le cadre de cette thèse sont décrits à l'intérieur de chacun des articles composant le troisième chapitre.

### 3. Phase finale

Lors de la phase finale, c'est-à-dire immédiatement après la participation à l'intervention de groupe, la série de questionnaires standardisés, décrits à la phase initiale, est administrée une seconde fois aux enfants et aux parents<sup>4</sup>.

Enfin, l'approche du *groupe focalisé* a été privilégiée pour fournir plus d'informations en ce qui concerne la perception et la satisfaction des participants, enfants et parents, quant aux diverses composantes du programme. Ces groupes focalisés permettent de documenter les variables pouvant influencer, négativement ou positivement, le processus d'implantation du programme.

Cinq groupes d'enfants ont été formés ainsi que quatre groupes de parents. Selon Morgan (1998), trois à cinq groupes suffisent pour atteindre la saturation. Toutefois, pour les fins de l'analyse, deux groupes d'enfants et un groupe de parents ont été retirés de l'échantillon pour les motifs suivants : enfants trop jeunes et incapables d'élaborer des réponses, enfants désorganisés et nombre d'absences trop important de la part des parents influençant leur perception quant au programme.

En début de rencontre, un formulaire d'autorisation d'enregistrement et un questionnaire de renseignements généraux sont distribués et expliqués aux participants, puis signés et remis au modérateur (Appendice D) (Greenbaum, 1998). Les parents remplissent le formulaire de consentement pour eux-mêmes et pour leur enfant. Par la suite, le déroulement, les objectifs de l'étude ainsi que les conditions d'éthique sont présentés (Steward & Shamdasani, 1990). Les groupes focalisés sont enregistrés sur une bande audio pour les fins de l'analyse (Jackson, 1998; Krueger, 1998b) et, tel que suggéré par Krueger (1998b), leur durée varie entre une heure pour les enfants et deux heures pour les adultes. Le modérateur des groupes ne connaît pas ou très peu les participants, ce qui favorise les échanges et ne restreint pas la discussion (Then, 1996).

---

<sup>4</sup> Il est à noter que pour diverses raisons (abandon d'enfants et de parents, questionnaires incomplets, retrait de participants, etc.), des données sont disponibles pour 43 des 55 enfants évalués lors de l'entrevue initiale.



Deux observateurs assis en retrait dans la salle prennent des notes et répondent à d'éventuels problèmes (Beyea, 2000; Kidd & Parshall, 2000; Morrison-Beedy & al., 2001). Les observateurs consignent les observations sur la dynamique de groupe (ordre des répondants, réponses, signes d'accord, indications sur l'humeur du groupe, spontanéité, contradictions, intensité des réponses, etc.) (Beyea, 2000; Jackson, 1998; Kidd & Parshall, 2000; Roberts, 1997). Les groupes se rencontrent dans les salles où se déroulent les séances de groupe. Suite au groupe focalisé, le modérateur et les observateurs discutent des thèmes à retenir, des différences entre les groupes, de la dynamique de groupe et des changements à apporter, s'il y a lieu (Kitzinger, 1995; Krueger, 1998b; Lincoln & Guba, 1985; Morrison-Beedy & al., 2001; Simon, 1999).

Le rôle du modérateur vise à stimuler les échanges et à susciter un maximum d'idées tout en maintenant la discussion sur les thèmes centraux (Gibb, 1997; Morgan, 1998). De plus, sa familiarité avec la problématique lui permet souplesse, attention et flexibilité dans l'animation de la discussion (Gibb, 1997; Krueger, 1998b; Morrison-Beedy & al., 2001). Un guide de discussion de groupe a été élaboré regroupant les thèmes et les questions. La forme d'animation semi-structurée permet aux participants de parler de leurs propres expériences et d'exprimer leurs opinions sur les thèmes correspondant aux objectifs de l'étude. En fait, l'animation semi-dirigée est orientée de façon à progresser vers des questions plus spécifiques (Krueger, 1998a; Lane & al., 2001; Simon, 1999).

Au plan de la fidélité, il y a équivalence, car une seule personne anime les groupes focalisés. Puisque le modérateur participe à tous les niveaux de la recherche (animation, analyse, discussion et communication), la cohérence interne est adéquate (Kidd & Parshall, 2000). En outre, plusieurs dispositions sont mises de l'avant pour maximiser la validité : 1) la compréhension des questions est vérifiée auprès des participants; 2) les réponses sont écoutées attentivement et enregistrées; 3) les participants sont invités à développer les réponses ambiguës et 4) les participants discutent de ce qu'ils jugent important (Kidd & Parshall, 2000).

À l'aide d'une discussion semi-dirigée, le groupe focalisé permet aux chercheurs d'approfondir leurs connaissances quant à un sujet donné. En ce sens, l'ensemble des points de vues, des opinions et des réactions des participants sur un sujet particulier

sont enregistrés (Kitzinger, 1996; Morgan, 1998a; 1998b; Morrison-Beedy & al., 2001). Le consensus n'étant pas recherché, ce type de discussion favorise l'émission de réponses spontanées et d'opinions plus critiques (Gibb, 1997; Morgan, 1998a; 1998b; Lane & al., 2001).

### Analyse des données

Analyse quantitative. Une approche quantitative est utilisée pour l'analyse du protocole d'entrevue, des instruments standardisés et du journal de bord. Le logiciel SPSS version 10.0 (Tabachnick & Fidell, 1996) a été utilisé aux fins d'analyses statistiques.

Concernant la description de la clientèle et le niveau de participation des enfants, des analyses univariées (mesure de tendance centrale, de dispersion et de distribution) ont été réalisées sur l'ensemble des variables afin de rendre compte du profil de l'échantillon. De plus, des analyses bivariées ont été menées sur l'ensemble des dimensions mesurées afin de vérifier l'équivalence selon le sexe et les deux groupes d'âge (6-9 ans et 10-13 ans). À ce titre, des analyses non-paramétriques (chi-carré) ont été exécutées sur les variables dichotomiques et des tests de signification sur les moyennes ont été effectués à l'aide du *t* de Student (test-t) sur les variables continues.

Ensuite, des analyses non paramétriques à l'aide des tests de Wilcoxon (variables ordinales) et de McNemar (variables dichotomiques) ont été réalisées afin de rendre compte de l'évolution du groupe entre le début et la fin de l'intervention. Enfin, des analyses de variance (ANOVA; 2 groupes x 2 temps) à mesures répétées sur la dernière variable ont été effectuées sur l'ensemble des variables dépendantes afin de vérifier les différences selon le sexe et le groupe d'âge des enfants (6-9 ans et 10-13 ans). Considérant la nature exploratoire de l'étude et la taille de l'échantillon, le seuil alpha est fixé à  $p < 0,05$ .

Analyse Qualitative. De plus, deux sources d'information recueillies à l'aide des groupes focalisés font l'objet d'analyse de nature qualitative : les enregistrements sur cassette et les notes prises par les observatrices (Beyea, 2000). À l'instar de plusieurs auteurs (Flynn Saulnier, 2000; Lane & al., 2001; Lincoln & Guba, 1985; Morgan, 1997),

sept étapes sont prévues afin d'optimiser la fidélité et la validité des données. Concrètement, les étapes d'analyse sont les suivantes: 1) transcription du verbatim; 2) lecture répétée du matériel; 3) identification d'une structure thématique et division du matériel en thèmes; 4) précision des thèmes, sous-thèmes et indicateurs et formation d'un index; 5) révision des thèmes par les chercheurs afin d'en arriver à un consensus; 6) codage du matériel; 7) présentation des résultats et interprétation des données. Le logiciel N'Vivo permet la codification du matériel en fonction des thèmes. Enfin, pour les fins de l'analyse, chaque groupe focalisé est interprété comme un cas puisqu'il représente une totalité plutôt qu'un ensemble de réponses individuelles (Lane & al., 2001; Tatterall & Maclaran, 1997). Enfin, en ce qui concerne la validation, un accord inter-juge, concernant les codes et les thèmes a été effectué afin d'assurer la concordance qualitative des interprétations (Morse, 1994).

CHAPITRE III  
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Profil d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques :  
Étude descriptive

Mélanie M. Gagnon  
*Université de Montréal*

Huguette Bégin  
*Université de Montréal*

Claudia Tremblay  
*Les Centres jeunesse de Lanaudière*

Article accepté pour publication à la Revue québécoise de psychologie

Cet article a été rédigé dans le cadre des études doctorales de la première auteure. Nous tenons à remercier le Conseil québécois de la recherche sociale pour son appui financier durant ces années d'études doctorales.

La réalisation de cette recherche a été rendue possible, en partie, grâce à un octroi du Ministère de la Sécurité publique, dans le cadre de la stratégie nationale de la prévention de la criminalité.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées à : Huguette Bégin, Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-6662, Télécopieur : (514) 343-2285, Courriel : [REDACTED]

## Résumé

Cette étude s'intéresse au profil psychosocial des enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Plus spécifiquement, elle décrit les caractéristiques sociodémographiques, comportementales, sociales et familiales de ces enfants. L'échantillon est composé de 55 enfants, âgés entre 6 et 13 ans ( $M=9,7$ ;  $É.T.=1,85$ ), référés à un programme d'intervention de groupe offert à des jeunes présentant des comportements sexuels problématiques. Les caractéristiques, telles que mesurées à l'aide d'un protocole d'entrevue et d'instruments standardisés, montrent que ces enfants présentent de multiples configurations de problématiques, notamment des placements en milieu substitut, des problèmes de comportement et d'apprentissage scolaire, des difficultés interpersonnelles, de multiples formes de victimisation ainsi que des problèmes extériorisés et intériorisés. De plus, le fonctionnement familial de ces enfants apparaît également perturbé. En effet, les analyses révèlent que ces jeunes proviennent de milieux familiaux empreints de violence conjugale, de problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme, de santé mentale et de criminalité et vivent dans un environnement sexualisé où le système d'encadrement est déficient. Les données font également état de la nature et de la sévérité des comportements sexuels problématiques auxquels s'adonnent ces enfants. Enfin, les enjeux de ces résultats sont discutés au regard des interventions offertes à ces enfants et à leur famille.

**Mots clés :** étude exploratoire, profil psychosocial, comportement sexuel problématique, enfants

## Abstract

The objective of this research is to examine the psychosocial profile of children with problematic sexual behaviour. Specifically, it describes their demographic, behavioural, social and familial characteristics. Research participants comprised fifty-five children aged 6 to 13 ( $M=9,7$ ;  $SD=1,85$ ) that had been referred to a treatment program for children with problematic sexual behaviour. An interview protocol and standardized instruments were used to collect baseline data which showed that children who engaged in sexual behaviour are marked by an array of characteristics indicative of psychological, social and familial distress. The data indicated a high rate of placement, behaviour and academic problems, interpersonal conflicts, multiple forms of victimization and externalized and internalized problems. These children tended to live in a dysfunctional family environment. An examination of the data revealed that the children were often exposed to conjugal violence, alcohol and drug abuse, criminal adult behaviour, mental health problems and a sexualized environment where a lack of parental supervision is observed. The results demonstrate the nature and degree of the children's problematic sexual behaviour. The implications of these findings are discussed in terms of the kind of treatment offered to these children and their families.

Key words : exploratory study, psychosocial profile, problematic sexual behaviour, children

## Profil d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude descriptive

Depuis les vingt dernières années, nombre d'études portant sur la violence sexuelle à l'égard des enfants ont été publiées; toutefois, la reconnaissance de la problématique des enfants qui posent des gestes sexuels inadaptés à l'endroit d'autres enfants est relativement récente. Les recherches actuelles font ressortir que les comportements de ces jeunes peuvent être aussi agressifs et abusifs que ceux des adolescents ou des adultes (Araji, 1997; Cunningham & MacFarlane, 1996; Gray & Pithers, 1993; Hall & Mathews, 1996; Hall, Mathews & Pearce, 1998, 2002). Reconnaître que des enfants peuvent encourager, initier ou contraindre d'autres enfants à s'engager dans une activité sexuelle nécessite une meilleure compréhension de ce groupe de jeunes.

À ce jour, il s'avère difficile d'obtenir des statistiques fiables sur le nombre d'enfants qui posent des gestes sexuels à caractère agressif envers d'autres enfants puisque, dans nombre de cas, ces comportements se font à l'insu des regards extérieurs et ne sont pas dévoilés. Toutefois, les cas officiellement rapportés aux services de protection de l'enfance contribuent à dresser un portrait de l'étendue du phénomène. Aux États-Unis, Pithers & Gray (1998) rapportent que 13 à 18% des gestes sexuels de nature agressive posés à l'endroit d'enfants seraient la responsabilité de jeunes âgés entre 6 et 12 ans. Au Québec, la proportion de jeunes, âgés de 12 ans et moins, qui présentent des troubles de comportement sérieux de nature sexuelle est préoccupante. Selon une étude menée par la Direction de la protection de la jeunesse de Montréal portant sur l'incidence de l'abus sexuel par des mineurs, 11% des jeunes ayant posé des gestes sexuels de nature agressive étaient âgés entre 8 et 11 ans (Association des Centres jeunesse du Québec, 2000). Comme ces statistiques sur l'incidence des comportements sexuels problématiques chez les enfants se basent sur le nombre de cas qui parviennent aux autorités, elles sont, par conséquent, probablement sous-estimées.

Par ailleurs, en raison de l'état limité des connaissances actuelles, aucun consensus n'est disponible relativement aux caractéristiques des enfants présentant des comportements sexuels problématiques et à la trajectoire développementale des facteurs de risque. Néanmoins, des variables individuelles, familiales et sociales, qui



contribuent du moins en partie, au développement et au maintien des comportements sexuels problématiques chez les enfants, sont identifiées dans la littérature et offrent des pistes de réflexions intéressantes (Bonner, Walker & Berliner, 1999; Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich, 1990; Friedrich & Luecke, 1988; Gil, 1993a; Gray, Busconi, Houchens & Pithers, 1997; Gray, Pithers, Busconi & Houchens, 1999; Hall & al., 1998, 2002; Hall & Mathews, 1996; Johnson, 1993a; Johnson & Feldmeth 1993; Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997; Pithers, Gray, Busconi & Houchens, 1998a, 1998b; Sgroi, Bunk, Wabrek, 1988).

### Problématique

Cette section présente une brève description des enfants manifestant des comportements sexuels problématiques<sup>1</sup>, des facteurs de risque psychosociaux et familiaux documentés dans la littérature scientifique ainsi que les objectifs de l'étude.

#### Enfants manifestant des comportements sexuels problématiques

D'après les études réalisées auprès de cette clientèle, la majorité de ces enfants sont âgés entre 6 et 12 ans avec une proportion importante d'enfants se situant entre 7 et 9 ans. Bien que les enfants ayant des comportements sexuels inadaptés soient majoritairement de sexe masculin, les études rapportent qu'entre 19% et 37% des enfants sont de sexe féminin (Bonner & al., 1999; English & Ray, 1991; Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997, 1999; Johnson, 1988, 1989; Pithers & al., 1998b).

Gray & al. (1997) ainsi que Johnson (1988, 1989) situent l'âge moyen des enfants à leur premier geste sexuel inadapté à 7,5 ans. Ces jeunes impliquent en moyenne 2,3 enfants dans leurs activités sexuelles inappropriées, surtout les membres de la fratrie et des amis (English & Ray, 1991; Gray & al., 1997, 1999; Johnson, 1988, 1989; Pithers & al., 1998b).

---

<sup>1</sup> L'examen de la documentation illustre la multiplicité des expressions caractérisant les enfants présentant des comportements à caractère sexuel; les termes réactif, agressif, abusif, déviant, intrusif, problématique sont fréquemment employés, désignant parfois le même phénomène et parfois des phénomènes distincts. Pour les fins de notre propos, les termes « comportement sexuel problématique, inapproprié et inadapté » renvoient aux enfants qui posent des gestes sexuels à l'endroit d'autres enfants.

En outre, bien que les comportements sexuels auxquels s'adonnent ces enfants comprennent le répertoire des activités sexuelles d'adultes, les attouchements sexuels représentent le type de gestes le plus commun (chez plus des deux tiers des enfants). Toutefois, la masturbation, la fellation, la pénétration, la sodomie ainsi que les comportements de voyeurisme et d'exhibitionnisme font également partie du répertoire comportemental de ces enfants (Gray & al., 1997; Johnson, 1988, 1989). Selon Johnson (1988, 1989), les enfants ont souvent recours à la coercition verbale et à l'intimidation (dans 54% à 60% des cas) et, à un moindre degré, à l'utilisation de la force physique (dans 23% à 38% des cas).

### Facteurs psychosociaux

Une histoire de victimisation sexuelle antérieure est, sans contredit, un des facteurs les plus documentés dans les écrits scientifiques (Bentovim, 2002; Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994; Friedrich, 1993; Hall & Mathews, 1996; Hall & al., 1998, 2002; Johnson, 1993a; Johnson & Feldmeth, 1993; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993; Rasmussen, Burton & Christopherson, 1992; Ryan, 1989, 2002; Ryan, Miyoshi, Metzner, Krugman & Fryer, 1996; Thompson, Authier & Ruma, 1994; Watkins & Bentovim, 2000). À ce titre, les études rapportent des fréquences de victimisation sexuelle variant entre 48% et 100% chez les enfants manifestant des comportements sexuels problématiques (Bonner & al., 1999; Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997; Johnson, 1988, 1989; Pithers & al., 1998a). Bien que ces chiffres divergent considérablement d'une étude à l'autre, ils demeurent plus élevés que ceux observés dans la population générale, soit autour de 30% chez les filles et de 16% chez les garçons (Bagley, Wood & Young, 1994; Finkelhor, Hotaling, Lewis & Smith, 1990; Tourigny, Péladeau & Bouchard, 1993).

Outre la victimisation sexuelle, la violence physique et psychologique ainsi que la négligence sont des variables qui semblent en lien avec l'apparition de comportements sexuels inappropriés. À cet égard, plusieurs études soulignent que la majorité des enfants manifestant de tels comportements ont subi de multiples formes de mauvais traitements (Bonner & al., 1999; Gray & al., 1997, 1999; Hall & Mathews, 1996; Hall al., 1998, 2002; Johnson & Feldmeth, 1993; Pithers & al., 1998a, 1998b).

Les problématiques psychiatriques (trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, état de stress post-traumatique) sont aussi fréquemment mentionnées (Bonner & al., 1999; Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997; Johnson, 1993a; Pomeroy, Behar & Stewart, 1981; Rasmussen & al., 1992). L'étude de Friedrich & Luecke (1988), auprès de 16 enfants présentant des comportements sexuels problématiques, révèle que la moitié d'entre eux avait un diagnostic du trouble des conduites et le quart des enfants avait un diagnostic du trouble oppositionnel avec provocation. Pour leur part, Gray et ses collaborateurs (1999) observent que 96% des 127 enfants de leur échantillon répondent aux critères du DSM-IV pour au moins un diagnostic psychiatrique, dont le plus commun est celui du trouble des conduites (76%). Les auteurs notent également que ce trouble est significativement plus présent chez les garçons (83%) que chez les filles (62%). Par ailleurs, le déficit de l'attention avec hyperactivité (40%), le trouble oppositionnel avec provocation (27%) ainsi que l'état de stress post-traumatique (17%) sont des diagnostics fréquents. Enfin, la majorité des jeunes (74%) ont deux diagnostics et 44% d'entre eux en ont plus de deux.

Par ailleurs, les chercheurs et les cliniciens observent d'autres types de comportements inadéquats, notamment les fugues, la pyromanie, le vol et la cruauté envers les animaux (Bagley & Shewchuk-Dann, 1991; Cunningham & MacFarlane, 1996; Johnson, 1989; Rasmussen & al., 1992; Ray & English, 1995). En fait, dans toutes ces études, un consensus est noté quant à la présence de problèmes de comportement tant à la maison qu'à l'école chez tous ces enfants (Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997; Johnson, 1988, 1989, 1993a; Ray & English, 1995). En effet, la majorité de ces jeunes présentent des difficultés d'apprentissage sévères et d'autres types de problèmes académiques (retards scolaires, redoublement) qui les orientent vers des classes spécialisées (Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997, 1999; Johnson, 1988, 1989).

Outre ces difficultés d'apprentissage, plusieurs auteurs mentionnent la présence de déficits importants au niveau des compétences sociales (Friedrich & Luecke, 1988; Johnson, 1988; Johnson & Berry, 1989; Rasmussen & al., 1992; Ray & English, 1995). En effet, ces enfants ont peu d'amis et la majorité d'entre eux entretiennent des relations amicales conflictuelles caractérisées par l'agressivité, la peur et l'impulsivité

(Bonner & al., 1999; Friedrich & Luecke, 1988; Johnson, 1988, 1993a). De plus, ils présentent une faible tolérance à la frustration et de pauvres habiletés au niveau de la résolution de conflits et de la gestion de situations nouvelles (Friedrich, 1990).

La multiplicité des difficultés présentes chez ces enfants témoigne de l'importance du problème et, par conséquent, de la nécessité de s'y attarder afin de trouver réponse à leurs besoins.

### Facteurs familiaux

La présence d'une structure familiale caractérisée par d'importants conflits, de la désorganisation et un encadrement éducatif dysfonctionnel peut aggraver le risque de comportements sexualisés chez l'enfant (Bentovim, 2002; Friedrich & Luecke, 1988; Gil, 1993a; Gray & al., 1997; Johnson, 1993a, 1999; Johnson & Feldmeth, 1993; Ray & English, 1995). En effet, les enfants manifestant des comportements sexuels problématiques proviennent de milieux familiaux perturbés où se retrouvent des comportements d'agression physique et sexuelle, de la maltraitance psychologique, de la négligence, des conflits parentaux, une absence de soutien et de cohésion ainsi que des environnements sexualisés (Bonner & al., 1999; Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997, 1999; Johnson, 1988; 1989; New, Stevenson & Skuse, 1999; Pithers & al., 1998a; 1998b).

En outre, Friedrich & Luecke (1988) ainsi que Johnson (1988, 1989) soulignent qu'un environnement familial hautement sexualisé est caractérisé par l'absence de frontières sexuelles, l'exposition à des activités sexuelles d'adultes ou à du matériel pornographique, ce qui provoque chez l'enfant des désordres psychologiques, tout particulièrement des troubles de comportement (trouble des conduites et trouble oppositionnel avec provocation) et des comportements antisociaux.

Ces facteurs de risque peuvent être amplifiés par les conflits conjugaux, les troubles psychopathologiques, l'isolement social, les comportements antisociaux et la criminalité des parents. Toutefois, peu d'études se sont penchées sur les caractéristiques psychologiques spécifiques aux parents d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Gray & al. (1997), Johnson (1988, 1989) ainsi que Friedrich

(1990) rapportent qu'il y a une forte occurrence de désordres psychiatriques au sein de cette population. La comparaison de parents d'enfants ayant des problèmes de comportements sexuels à ceux d'enfants sans comportements sexuels inadaptés fait ressortir que les parents du premier groupe ont consulté plus fréquemment en raison de difficultés de santé mentale. De plus, les auteurs mentionnent que bon nombre de parents des enfants présentant des comportements sexuels problématiques ont une histoire de victimisation antérieure, de violence conjugale, de consommation de substances et d'activités criminelles (Bonner & al., 1999; Gray & al., 1997, 1999; Hall & Mathews, 1996; Hall & al., 1998, 2002; Pithers & al., 1998a)

Plusieurs auteurs soulignent l'importance d'identifier les variables familiales qui peuvent influencer le développement des comportements sexuels problématiques chez les enfants (Berliner, Manaois & Monastersky, 1986; Friedrich, 1990; Gray & al., 1997, 1999; Hall & Mathews, 1996; Hall & al., 1998, 2002; Johnson, 1993a; Pithers & al., 1998a).

Par ailleurs, les chercheurs et cliniciens identifient le risque d'apparition de comportements sexuels inadaptés parmi les enfants en besoin de protection et placés hors de leur milieu familial (Hoyle, 2000; Lane, 1991; Ryan 1989; Thompson & al., 1994; Widom, 1996). Au Québec, la clientèle des Centres jeunesse constitue l'un des groupes sociaux les plus vulnérables en raison de la lourdeur des problèmes qu'ils présentent et du peu de ressources dont ils disposent pour y faire face (Association des Centres jeunesse du Québec, 2000; Puzé & al., 2000). En effet, ces jeunes en difficulté représentent un groupe plus à risque en raison notamment de la convergence des facteurs de risque multiples tant sur les plans comportemental, affectif, social que familial (Lane, 1991; Ryan, 1989).

Il est clair qu'en l'absence d'interventions précoces et appropriées aux problèmes de l'enfant, la situation va rapidement se détériorer (Bouchard, 1991; Conseil de la famille et de l'enfance, 2000; Erickson & Kurz-Riemer, 1999; Resnick & Burt, 1996; Ryan, 2002). Par ailleurs, selon Leblanc, Dionne, Proulx, Grégoire & Trudeau-Leblanc (1998), la réussite d'une intervention dépend, en partie, de l'appariement du profil psychosocial de l'enfant avec la méthode d'intervention privilégiée.

## Objectif de l'étude

Cette étude, de nature descriptive, s'inscrit dans le cadre d'une recherche de plus grande envergure portant sur l'évaluation de l'implantation du Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques (PI-ECSP)<sup>2</sup>. Elle s'attarde plus spécifiquement à identifier le profil psychosocial de la clientèle d'enfants référés au PI-ECSP. Les enjeux de ces résultats sont discutés au regard des implications cliniques, notamment des objectifs d'intervention à favoriser auprès de ces enfants.

## Méthodologie

Cette section présente successivement la description des participants, le déroulement et le matériel utilisé ainsi que les analyses réalisées afin de rendre compte des résultats.

### Description des participants

L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 55 enfants présentant des comportements sexuels problématiques et provenant de trois régions (Lanaudière N=39, Outaouais N=11, Montérégie N=5). Tous les enfants et leur famille ont été évalués lors de leur référence pour intégrer le PI-ECSP.

Pour être éligibles au programme d'intervention, les enfants, garçons et filles, doivent être, au moment de la référence, (a) référés pour des comportements sexuels problématiques<sup>3</sup>, (b) âgés entre 6 et 12 ans et (c) accompagnés d'un parent ou d'un adulte significatif. Le seul critère d'exclusion concerne la présence d'une déficience intellectuelle moyenne ou sévère.

---

<sup>2</sup> Le Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques (Tremblay et Gagnon, 2000), conçu sous la forme d'une intervention préventive, comporte deux volets parallèles, enfants et parents, d'une durée de 23 semaines. Les rencontres de groupe se déroulent de façon hebdomadaire à raison de 90 minutes par rencontre.

<sup>3</sup> Les comportements sexuels problématiques sont définis par : la nature répétitive, l'incapacité d'arrêt suite aux interventions et à la supervision d'adultes, la persistance des comportements à travers le temps et les situations ou l'étendue des gestes sexuels correspondant aux comportements d'adultes.

Les données de l'étude proviennent de deux catégories de répondants : (a) le parent ou le tuteur de l'enfant et (b) l'enfant lui-même. Notons que, dans les cas où l'enfant est placé hors de son milieu familial et que les parents biologiques refusent de participer à l'évaluation, la personne responsable de l'enfant dans son milieu de vie (famille d'accueil, résidence de groupe, centre de réadaptation) fournit les informations. Pour cette raison, des informations sont absentes pour quelques enfants concernant certaines variables.

### Déroulement et matériel utilisé

Les données ont été recueillies sur une base volontaire (consentement écrit) à partir d'une entrevue semi-structurée incluant la passation de questionnaires auprès de l'enfant et de l'adulte. En acceptant de participer à la recherche, le parent ou le tuteur se présente, accompagné de son enfant, à une rencontre d'une durée approximative de trois heures. Le protocole d'entrevue ainsi que les questionnaires permettent d'évaluer la diversité, la fréquence et l'intensité des difficultés comportementales, sociales, affectives et familiales qui caractérisent ces enfants.

Plus spécifiquement, le *protocole d'entrevue*, élaboré par Gagnon (1999) à la suite d'une recension des écrits, permet d'une part de recueillir des informations auprès de l'adulte sur les caractéristiques sociodémographiques (âge et sexe de l'enfant, structure parentale, revenu parental, niveau d'éducation, etc.) et, d'autre part, des données sur divers aspects de la vie personnelle, sociale et familiale de l'enfant (antécédents familiaux, présence de mauvais traitements, histoires médicale, scolaire et sociale, etc.). Le protocole d'entrevue documente aussi l'histoire des comportements sexuels problématiques (fréquence, type de comportement, type de coercition, enfant impliqué, etc.) selon la perception de l'adulte répondant et de celle de l'enfant.

De plus, le *Système d'évaluation des habiletés sociales*, version française du *Social Skills Rating System* (SSRS; Gresham & Elliott, 1990) traduite par Gagné (1993) évalue les habiletés sociales selon la perception de l'enfant. L'instrument comprend 34 items cotés sur une échelle en trois points qui sont répartis sur quatre sous-échelles : 1) affirmation de soi, 2) contrôle de soi, 3) empathie et 4) habiletés sociales. Un score global d'habiletés sociales est calculé de même qu'un score pour chacune des quatre

sous-échelles situant la position de l'enfant par rapport à la norme de son groupe d'âge de référence à chacune des échelles. Dans sa version originale, l'instrument a démontré de bonnes qualités psychométriques; un coefficient alpha de 0,83 pour l'échelle globale et un coefficient de corrélation test-retest (1 mois) se situant à 0,68 ont été rapportés. De plus, l'instrument indique une très bonne validité de construit.

Par ailleurs, l'*Inventaire des comportements sexuels de l'enfant*, version traduite au Québec par Wright, Sabourin & Lussier, (1994) de *Children Sexual Behavior Inventory* (CSBI; Friedrich & al., 1992), est complété par le parent ou le tuteur. Cet inventaire comprend 39 items cotés à l'aide d'une échelle de type Likert en quatre points et mesure la fréquence des comportements sexuels de l'enfant au cours des six derniers mois. Un score global étant créé, il est alors possible d'obtenir les seuils critiques selon l'âge et le sexe des enfants. De plus, à partir de certains items, les enfants peuvent être placés dans une classification à risque. Concernant la fidélité de l'instrument, une étude comparative réalisée auprès de 1,114 enfants dits normaux, 620 victimes d'agression sexuelle et 277 patients psychiatriques révèle des coefficients de cohérences interne de 0,72, 0,92 et 0,83 respectivement. Les coefficients de corrélation test-retest se situent pour chacun des groupes à 0,91, 0,93 et 0,93. L'instrument possède également une bonne validité discriminante (Friedrich & al., 2001).

Le parent ou le tuteur complète également la *Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans*, version française du *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) qui permet de recueillir des données sur les problèmes de comportement de l'enfant. L'instrument contient 118 items cotés sur une échelle de fréquence en trois points. Cet instrument présente deux types de résultats individuels : (a) un score standard (score T) situant la position de l'enfant par rapport à la norme de son groupe d'âge de référence à chacune des échelles et (b) la présence ou non d'un problème clinique au niveau de la dimension évaluée en fonction du dépassement ou non d'un seuil clinique prédéterminé. Les 118 items répartis sur neuf échelles mesurent les dimensions suivantes du comportement : 1) retrait social, 2) plaintes somatiques, 3) anxiété-dépression, 4) problèmes sociaux, 5) problèmes de la pensée, 6) problèmes d'attention, 7) comportements délinquants, 8) comportements agressifs; 9) problèmes sexuels. De plus, l'instrument permet le calcul de trois échelles synthèses : 1) comportements intériorisés (échelle synthèse associée au retrait social, aux plaintes



somatiques et à l'anxiété-dépression), 2) problèmes extériorisés (échelle synthèse reliée aux comportements délinquants et aux comportements agressifs) et 3) score total (échelle synthèse du score pondéré pour l'ensemble des dimensions). Dans sa version originale, la fidélité de l'instrument (coefficient de corrélation inter-classe et corrélation test-retest) se situe à des niveaux élevés, soit à 0,82 et plus. L'instrument possède une excellente validité discriminante; il permet de distinguer entre des échantillons cliniques et non cliniques.

### Analyses

Aux fins d'analyses statistiques, deux types de tests ont été utilisés à partir du logiciel SPSS (Tabachnick & Fidell, 1996). D'une part, des analyses univariées (mesure de tendance centrale, de dispersion et de distribution) ont été réalisées sur l'ensemble des variables afin de rendre compte du profil de l'échantillon. D'autre part, des analyses bivariées ont été menées sur l'ensemble des dimensions mesurées afin de vérifier l'équivalence selon le sexe et les deux groupes d'âge (6-9 ans et 10-13 ans). À ce titre, des analyses non-paramétriques (chi-carré) ont été exécutées sur les variables dichotomiques et des tests de signification sur les moyennes ont été effectués à l'aide du *t* de Student (test-t) sur les variables continues. Considérant la nature exploratoire de l'étude et la taille de l'échantillon, le seuil alpha est fixé à 0,05.

## Résultats

La présentation des résultats est divisée en deux parties : la première partie décrit le profil psychosocial des enfants et des parents qui se dégage des données colligées à l'aide du protocole d'entrevue et la seconde partie présente les caractéristiques cliniques des enfants relatives aux dimensions mesurées par les questionnaires standardisés.

### Profil psychosocial des enfants et des parents

Cette première partie des résultats présente les données recueillies à l'aide du protocole d'entrevue explorant six catégories de variables : (a) caractéristiques sociodémographiques, (b) fonctionnement de l'enfant (niveaux comportemental,

psychologique, physique, social et scolaire), (c) histoire de mauvais traitements, (d) comportements sexualisés, (e) fonctionnement des parents et (f) facteurs de risque familiaux.<sup>4</sup>

Caractéristiques sociodémographiques. Cette section décrit les caractéristiques sociodémographiques des 55 enfants et de leurs parents; les données concernant les enfants sont présentées dans le tableau 1 selon le groupe d'âge<sup>5</sup>.

-----  
*Insérer ici le tableau 1*  
 -----

L'âge moyen des enfants est de 9 ans et 7 mois (É.T.=1,85) : 41,8% (N=23) sont âgés de 6 à 9 ans et 58,2% (N=32) sont âgés de 10 à 13 ans. Des 55 enfants évalués, 76,4% (N=42) sont de sexe masculin alors que 23,6% (N=13) sont de sexe féminin. Le sexe des sujets est réparti proportionnellement selon les deux groupes d'âge (6 à 9 ans: 69,6% de garçons et 30,4% de filles; 10 à 13 ans: 81,3% et 18,8%).

Au moment de l'évaluation, 12,8% des enfants vivent dans des familles biparentales alors que 21,8% des enfants vivent dans une famille monoparentale, soit 16,4% de familles dirigées par un parent de sexe féminin et 5,4% de familles dirigées par un parent de sexe masculin. Enfin, la majorité des enfants (65,4%, N=36) vivent en milieu substituts; 30,9% (N=17) en famille d'accueil, 20,0% (N=11) en résidence de groupe, 12,7% (N=7) en centre de réadaptation et 1,8% (N=1) en maison d'accueil. Les enfants âgés entre 10 et 13 ans sont surreprésentés dans les milieux de réadaptation, soit 2,8 enfants du groupe des 10-13 ans pour un enfant de 6-9 ans; toutefois, cette différence n'apparaît pas significative. Les enfants vivant dans des milieux substituts ont vécu en moyenne 2,6 (É.T.=1,2) placements et plus de la moitié d'entre eux (55%) ont été placés pour la première fois avant l'âge de 6 ans. De plus, les données colligées auprès de ces 36 enfants placés hors de leur milieu d'origine indiquent qu'un enfant sur deux (52,8%) a des contacts avec ses deux parents biologiques, 38,9% ont des

<sup>4</sup> Il est à noter qu'en raison de l'absence de certains parents biologiques lors de l'entrevue, certaines données sont manquantes. Les données sont présentées en fonction des cas documentés.

<sup>5</sup> En raison du petit nombre de sujets de sexe féminin, les différences entre les sexes des enfants ne sont pas rapportées dans les tableaux, mais dans le texte lorsqu'elles sont significatives.

contacts avec un seul des deux parents (majoritairement la mère) et moins d'un enfant sur 10 (8.3%) n'a plus aucun contact avec ses parents.

Au moment de l'évaluation, 43,6% des parents (29,7% des mères et 64,0% des pères) tirent leur source de revenu d'emploi à plein temps (37,1%) ou à temps partiel (6,5%). Par ailleurs, près de la moitié (46,8%) des parents (59,8% des mères et 28,0% des pères) sont prestataires de l'aide sociale et 9,7% n'ont aucune source de revenu (10,8% des mères et 8,0% des pères).

En outre, les parents sont sous-scolarisés par rapport à la population générale québécoise (moyenne de 12 années de scolarité; Statistiques Canada, 1996). En effet, trois mères sur quatre (75,7%) et plus d'un père sur deux (59,1%) n'a pas complété d'études secondaires.

On compte entre un et cinq enfants par famille avec une moyenne de 2,21 enfants (É.T.=1,18). Ce nombre moyen d'enfants par famille est plus élevé que dans la population québécoise (1,75; Conseil de la famille et de l'enfance, 2000). Plus du tiers des enfants ont trois frères ou sœurs et plus.

Ces quelques caractéristiques sociodémographiques suggèrent que les enfants proviennent de familles confrontées à des conditions difficiles sur les plans social et économique et que les mères semblent davantage affectées que les pères pour cette situation.

Fonctionnement de l'enfant. Les paragraphes qui suivent décrivent le fonctionnement des enfants, tel que rapporté par les adultes, aux plans de la santé physique et psychologique, comportemental, relationnel et scolaire. Cette liste de problèmes, conçue à partir de la documentation clinique et scientifique, n'est pas un instrument validé pour lesquels des normes de population ont été établies. Néanmoins, elle fournit une première estimation du type de problématiques identifiées chez ces enfants.

Le tableau 2 présente les caractéristiques du fonctionnement des enfants selon le groupe d'âge. Il est à noter qu'aucune différence significative entre le sexe et le groupe

d'âge n'a été notée sur l'ensemble des dimensions du fonctionnement des enfants. Chez tous les enfants, au moins un problème de fonctionnement a été signalé par le répondant lors de l'entrevue. Toutes catégories confondues, les enfants présentent en moyenne 4,8 problèmes (É.T.=4,1).

-----  
*Insérer ici le tableau 2*  
-----

Au plan de la santé, le tableau révèle que 16,3% des jeunes accusent un retard de développement et que près d'un enfant sur trois (28,5%) éprouve des problèmes d'ordre psychiatrique, notamment des troubles d'anxiété et de l'humeur. De plus, des difficultés liées au sommeil (30,6%) et à l'alimentation (12,2%) ainsi que des comportements d'automutilation (10,2%) et des tentatives de suicide (6,1%) sont présents chez ces enfants. Concernant la prise de médication, 57,4% des enfants prennent au moins un médicament, principalement le Ritalin (41% des cas).

Au plan comportemental, les données recueillies révèlent qu'un enfant sur deux (51,0%) manifeste des comportements agressifs envers les autres enfants, les adultes à la maison ou à l'école. Près du tiers des enfants (26,5%) ont des crises de rage incontrôlables et certains jeunes mentent régulièrement (26,5%), fuguent (10,2%), volent (14,2%) et mettent le feu (8,2%).

Au niveau relationnel, 46,9% des enfants ne s'entendent pas avec les pairs; les relations sont souvent teintées d'agressivité, de conflits et de disputes. De plus, 55,1% des enfants semblent n'avoir aucun bon ami et 14,2% vivent de l'isolement.

Enfin, au niveau scolaire, une grande proportion (79,6%) des enfants ont des difficultés importantes d'attention et de concentration et 67,4% affichent aussi des problèmes d'apprentissage. Dans plus du tiers des cas (34,6%), l'enfant participe à un programme d'éducation spécialisée en raison de problèmes d'apprentissage ou de comportement. Par ailleurs, 63,6% des enfants ont repris au moins une année scolaire.

Histoire de mauvais traitements. Cette partie présente quatre catégories de mauvais traitements pour lesquelles des informations ont été documentées (tableau 2). De plus, pour chacune des catégories, l'auteur présumé, c'est-à-dire la personne soupçonnée d'avoir maltraité l'enfant, ainsi que la durée des mauvais traitements sont rapportés.

Une histoire de violence physique (punition corporelle excessive) a été rapportée pour 64,3% des enfants. La majorité des situations de violence physique (77,8%) met en cause une figure parentale (59,3% de pères et 18,5% de mères). Les conjoint(e)s sont responsables de 18,5% des cas de mauvais traitements physiques suivi des membres de la famille élargie (3,7%), de la fratrie (3,7%) et de la famille d'accueil (3,7%). Pour les deux tiers des enfants (62,9%), les mauvais traitements représentent des incidents répétés s'étalant sur plus d'un an dans un tiers des cas (33,3%).

De plus, parmi l'échantillon d'enfants, 60,4% ont été victimes d'agression sexuelle. Les attouchements aux organes sexuels sont en cause dans 76,9% des situations rapportées alors que les relations sexuelles (orale, vaginale ou anale) le sont dans 50% des situations. Contrairement aux cas de violence physique, ce sont des personnes autres que les parents qui sont le plus souvent auteures des cas d'agression sexuelle (les parents ne représentant que 3,8% des cas). Les membres de la fratrie sont le groupe le plus important (42,3%), suivi de personnes en autorité (31,8%), des conjoints (11,5%), d'un membre de la famille élargie (11,5%), d'un membre de la famille d'accueil (7,7%) et d'une personne inconnue (7,7%). Dans près des deux tiers des situations (57,7%), l'enfant a été victime de plusieurs comportements d'agression sexuelle.

En outre, près du deux tiers des enfants (30 enfants sur 49: 61,2%) ont vécu des mauvais traitements psychologiques. Les mères (73,3%) autant que les pères (73,3%) sont responsables des situations de violence psychologique à l'endroit de leur enfant. Quatre-vingt-trois pour cent des enfants ont subi de la violence à plusieurs reprises pendant plus d'un an.

Au-delà des mauvais traitements, plus de la moitié (55,1%;  $N=27$ ) des 49 enfants ont subi une forme de négligence (négligence sur les plans physique, médical, éducatif et abandon). Les mères biologiques (81,5%) ainsi que les pères (51,9%) sont

responsables des cas de négligence rapportés. La grande majorité des enfants (85,2%) ont vécu plusieurs expériences de négligence étendues sur plus d'une année.

L'analyse de ces données permet de constater que la majorité des enfants ont vécu au moins une histoire de victimisation et ce, indépendamment du sexe et de l'âge.

Comportements sexualisés. Cette section précise le type de comportement, le nombre et l'âge des enfants impliqués, le nombre d'incidents ainsi que le type de coercition utilisé par les enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Bien que 85,4% des enfants aient reconnu avoir posé des gestes sexuels inadaptés à l'endroit d'autres enfants, les données rapportées dans le tableau 3 sont celles fournies par les adultes en raison de la précision des informations révélées.

-----  
*Insérer ici le tableau 3*  
 -----

L'analyse des données révèle que, dans l'ensemble, les enfants sont responsables de gestes sexuels posés envers en moyenne 2,3 enfants ( $\underline{\text{É.T.}}=1,3$ ) et répartis sur 3 incidents ( $\underline{\text{É.T.}}=1,6$ ). Dans les deux tiers des cas (62,1%) les enfants impliqués sont de sexe masculin, 32,4% sont de sexe féminin et 5,4% concernent des enfants des deux sexes. La fratrie (65,4%: 30,9% de frères et 34,5% de sœurs) représente le groupe d'enfants le plus souvent impliqué dans les comportements sexuels problématiques, suivi des amis (34,6%), des cousins (7,3%) et des enfants du voisinage (4,6%). Les jeunes posent des gestes sexuels inadaptés à l'égard d'enfants avec qui ils partagent une proximité et une relation de confiance; d'ailleurs, la majorité des activités ont lieu chez l'enfant impliqué ou chez l'enfant instigateur (respectivement 61,9% et 57,1%). D'autres comportements sexuels problématiques se produisent dans les terrains de jeux (9,5%) et à l'école (7,2%). De plus, la grande majorité des enfants posent leurs gestes sexuels à l'endroit d'enfants plus jeunes (69,7%), plus du tiers impliquent des enfants plus vieux (39,6%) et seulement 21,0% sont du même âge.

La diversité des comportements sexuels auxquels s'adonnent ces enfants fait référence au répertoire de tous les comportements sexuels observés chez les adultes, soit les attouchements des organes génitaux (79,2%), la pénétration et les tentatives de pénétration (22,6%), la sodomie et les tentatives de sodomie (22,6%), la fellation (22,6%), la masturbation (7,6%) ainsi que des comportements d'exhibitionnisme (24,5%), de voyeurisme (11,4%) et de séduction (5,7%). Bien qu'aucune différence significative ne soit observée entre les groupes d'âge, les comportements de masturbation sont significativement plus fréquents chez les garçons ( $\chi^2(1, N=53) = 5,95, p < 0,05$ ) alors que les comportements de séduction sont significativement plus souvent observés chez les filles ( $\chi^2(1, N=53) = 9,79, p < 0,05$ ). Concernant le type de coercition utilisé par les enfants, 28,0% des jeunes n'ont eu recours à aucune forme de coercition alors que d'autres enfants ont employé la contrainte verbale (26,0%) ou la contrainte physique (12,0%) afin d'obtenir la participation de l'autre enfant.

Fonctionnement des parents. Les données du tableau 4 mettent en évidence les caractéristiques des parents biologiques des enfants présentant des comportements sexuels problématiques ainsi que les antécédents familiaux.

-----  
*Insérer ici le tableau 4*  
 -----

L'analyse des données relatives aux familles biologiques des enfants démontre un fonctionnement empreint de difficultés. En effet, une proportion non négligeable de parents présente des problèmes de toxicomanie (44,7%), d'alcoolisme (29,8%), de santé mentale (34,1%), de criminalité (25,5%) et de santé physique (8,5%). Parmi les autres difficultés, notons des problèmes d'ordre économique (19,1%), des déficits cognitifs (10,6%), des litiges portant sur la garde de l'enfant (10,6%) et une absence de soutien social (10,7%). De plus, la violence conjugale n'est pas absente du portrait de ces familles; le quart des enfants (25,6%) vivent dans un milieu familial caractérisé par la discorde parentale.

Outre ces problèmes, bon nombre de parents ont vécu une histoire d'antécédents de mauvais traitements: violence physique (19,2%), agression sexuelle (31,9%), violence psychologique (17,0%) et négligence (10,6%).

Les analyses subséquentes révèlent que, comparativement aux enfants plus jeunes (6 à 9 ans), les jeunes âgés de 10 à 13 ans semblent provenir de milieux familiaux plus démunis sur le plan économique ( $\chi^2(1, N=47) = 5,69, p < 0,05$ ) et semblent plus affectés par la violence conjugale ( $\chi^2(1, N=47) = 5,880, p < 0,05$ ).

Facteurs de risque familiaux. D'autres facteurs de risque caractérisent le milieu de vie d'origine de ces enfants, notamment l'accès à du matériel pornographique (47,0%), le fait que les jeunes soient témoins de comportements sexuels observables entre adultes (56,9%). De plus, dans 25,5% des milieux familiaux d'origine, on retrouve une inconstance au niveau des frontières et des limites en ce qui concerne l'intimité et la sexualité. Enfin, l'absence d'encadrement et de supervision des enfants est notée dans 60,8% des milieux familiaux et les analyses comparatives révèlent que les plus jeunes (33,3%) seraient davantage affectés que les enfants plus âgés (27,5%) ( $\chi^2(1, N=51) = 4,41, p < 0,05$ ).

#### Caractéristiques cliniques des enfants

Cette seconde section des résultats présente le portrait clinique des enfants tel que démontré suite à l'analyse des données obtenues aux questionnaires standardisés. Le tableau 5 met en évidence les principaux résultats en fonction de l'âge des enfants.

-----  
*Insérer ici le tableau 5*  
 -----

Dans l'ensemble, les résultats obtenus au moment de l'évaluation à l'aide des différentes mesures standardisées révèlent que les enfants présentent des perturbations psychosociales importantes sur le plan clinique. En effet, l'examen des données du tableau 5 démontre que 60% des enfants obtiennent au CSBI un score global moyen les situant dans une classification clinique à risque ( $M=16,9; \underline{E.T.}=14,3$ )



signifiant qu'une fréquence élevée de comportements sexuels est observée chez la majorité des enfants. De façon similaire, 47,7% des enfants obtiennent un score à la sous-échelle de problèmes sexuels au CBCL qui atteint le seuil clinique ( $M=69,7$ ;  $É.T.=11,5$ ). De plus, au CSBI et au CBCL, les enfants âgés entre 6 et 9 ans (CSBI:  $M=21,2$ ;  $É.T.=17,3$ ; CBCL:  $M=72,3$ ;  $É.T.=12,2$ ) présentent significativement plus de comportements sexuels que les enfants de 10 à 13 ans (CSBI:  $M=12,3$ ;  $É.T.=8,3$ ; CBCL:  $M=65,9$ ;  $É.T.=9,3$ ) (CSBI:  $t(48) = 2,28$ ,  $p < 0,05$ ; CBCL:  $t(42) = 2,06$ ,  $p < 0,05$ ). On observe aussi que le score moyen des filles au CSBI ( $M=25,8$ ;  $É.T.=19,3$ ) est significativement plus élevé que celui des garçons ( $M=14,4$ ;  $É.T.=11,7$ ) ( $t(48) = 2,44$ ,  $p < 0,05$ ).

Par ailleurs, les résultats obtenus aux différentes dimensions du CBCL indiquent que les scores moyens des deux échelles synthèses se retrouvent dans la zone clinique, ce qui signifie que les parents et tuteurs observent chez les enfants de nombreux problèmes de comportement. Plus spécifiquement, 60% des enfants obtiennent un score moyen clinique pour les problèmes intériorisés ( $M=64,7$ ;  $É.T.=10,1$ ), 82% pour les problèmes extériorisés ( $M=68,8$ ;  $É.T.=10,9$ ) et 80% pour l'échelle totale ( $M=69,4$ ;  $É.T.=11,3$ ).

De façon plus détaillée, on peut observer que les fréquences atteignent le seuil clinique pour les sous-échelles des comportements agressifs ( $M=68,7$ ;  $É.T.=10,9$ ), des comportements délinquants ( $M=69,5$ ;  $É.T.=9,6$ ), des problèmes d'attention ( $M=69,1$ ;  $É.T.=12,3$ ) et des problèmes sociaux ( $M=68,6$ ;  $É.T.=12,2$ ). Des fréquences moindres, n'atteignant pas le seuil clinique, sont notées pour les sous-échelles anxiété-dépression ( $M=66,1$ ;  $É.T.=10,9$ ), problèmes de la pensée ( $M=64,4$ ;  $É.T.=10,9$ ), retrait social ( $M=66,1$ ;  $É.T.=9,9$ ) et plaintes somatiques ( $M=56,8$ ;  $É.T.=6,7$ ).

L'analyse des données, recueillies à l'aide du Système d'évaluation des habiletés sociales complété par les enfants, indique qu'en moyenne les enfants situent leur niveau d'habiletés sociales au niveau de la moyenne des enfants de leur âge ( $M=52,0$ ;  $É.T.=14,5$ ) aux sous-échelles affirmation de soi ( $M=12,2$ ,  $É.T.=3,8$ ), contrôle de soi ( $M=13,5$ ,  $É.T.=4,2$ ) et coopération ( $M=13,9$ ,  $É.T.=3,4$ ); seule la sous-échelle d'empathie se situe en-dessous de la moyenne ( $M=11,4$ ;  $É.T.=4,5$ ). De plus, bien que les filles aient tendance à percevoir leur niveau d'habiletés sociales plus élevé que celui des

garçons, une seule différence est significative: les filles obtiennent un score moyen ( $M=14,8$ ;  $\underline{É.T.}=4,2$ ) qui diffère significativement des garçons ( $M=12,6$ ;  $\underline{É.T.}=3,4$ ) à la sous-échelle d'affirmation de soi ( $t(31) = 2,18$ ,  $p<0,05$ ). De façon générale, ces résultats vont à l'encontre de ceux obtenus à la sous-échelle des problèmes sociaux du CBCL. Ainsi, les enfants semblent avoir une meilleure perception de leurs habiletés sociales que celle rapportée par leurs parents.

## Discussion

Cette étude, quoique descriptive, sensibilise aux différents visages de cette problématique aux contours encore mal définis. En effet, le profil psychosocial des enfants québécois présentant des comportements sexuels inappropriés et de leur famille met en lumière la multiplicité et la complexité des problématiques impliquées. Dans les paragraphes qui suivent, le profil psychosocial des enfants et celui des familles sont discutés au regard de l'implication clinique. Par la suite, les limites inhérentes à cette étude sont présentées.

Les enfants québécois semblent relativement plus âgés ( $M=9,7$  ans) que les enfants d'études américaines ( $M=7,9$  ans). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que certaines études, dont celles réalisées par Friedrich & Luecke (1988) ainsi que Johnson (1988, 1989), incluent dans leurs échantillons des enfants âgés de 5 ans et moins. Par ailleurs, à l'instar des recherches précédentes (Bonner & al., 1999; English & Ray, 1991; Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997; Johnson, 1988, 1989; Pithers & al., 1998b), la répartition des enfants selon le sexe est relativement similaire; alors que la majorité sont de sexe masculin, près d'un quart des enfants sont de sexe féminin.

Dans l'ensemble, les données mettent en évidence l'amalgame des difficultés vécues par les enfants qui corroborent les observations de plusieurs auteurs à l'effet que ces jeunes présentent un niveau élevé de vulnérabilité (Bonner & al., 1999; Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997, 1999; Hall & Mathews, 1996; Hall & al., 1998, 2002; Johnson, 1988, 1989, 1993b; New & al., 1999; Pithers & al., 1998a, 1998b; Ray & English, 1995). Plus précisément, les enfants démontrent des fréquences élevées de comportements sexuels, ce qui les situe dans une classification à risque au CSBI (60,0%) et à la sous-échelle des problèmes sexuels du CBCL (47,7%). La

fréquence plus élevée de comportements sexuels chez les filles notée dans l'étude de Gray & al. (1999) se retrouve également dans l'échantillon d'enfants québécois. Par ailleurs, contrairement aux résultats de cette même recherche (Gray & al., 1999), une différence entre les groupes d'âge est apparue chez les enfants québécois : les enfants âgés de 6 à 9 ans présentent davantage de comportements sexuels problématiques que les jeunes âgés de 10 à 13 ans.

De plus, l'occurrence des problèmes cliniques aux différentes échelles synthèses du CBCL dépasse les 50% selon le point de vue des parents (ou tuteurs). Au-delà de cette tendance, les données traduisent clairement que ces enfants, dans une proportion très élevée, manifestent des difficultés atteignant un seuil clinique critique, tout particulièrement dans les registres des troubles extériorisés. Cette prévalence plus élevée de problèmes extériorisés, contrairement aux problèmes intériorisés, est également observée dans les études menées par Bonner & al., 1999 et Gray & al., 1999. Une attention particulière devra donc être portée à cette conjoncture d'agressivité et de sexualité inappropriée.

La reconnaissance d'un fonctionnement perturbé chez les enfants présentant des comportements sexuels problématiques justifie donc le recours à des objectifs d'intervention englobant les dimensions psychologique, émotionnelle, cognitive et comportementale. De plus, non seulement les modalités d'intervention doivent-elles être pensées en fonction du niveau de développement des enfants, mais elles doivent aussi prendre en considération la multiplicité des domaines affectés, ce qui justifie le recours à des interventions dont les objectifs sont multiples.

Par ailleurs, la présente étude ajoute des informations intéressantes sur la perception des enfants relativement à leur niveau d'habiletés sociales. En effet, les jeunes ont tendance à se percevoir aussi compétents que la moyenne des enfants de leur âge. Cette observation va à l'encontre de la tendance rapportée par le parent ou le tuteur et des écrits actuels qui soulignent des déficits importants au niveau des compétences sociales (Friedrich & Luecke, 1988; Johnson, 1988; 1993a; Rasmussen & al., 1992; Ray & English, 1995). Le déficit au niveau des capacités d'empathie observé chez la clientèle québécoise pourrait expliquer, en partie, cette lacune observée dans les autres études au plan des habiletés sociales.

Parallèlement à cette constellation de problèmes, les résultats font ressortir, d'une façon à la fois évidente et pertinente, qu'une grande proportion de ces enfants ont subi des mauvais traitements physiques, sexuels, psychologiques ou de la négligence. À l'instar d'autres études (Bonner & al., 1999; Friedrich & Luecke, 1988; Gray & al., 1997, 1999; Johnson, 1988, 1989; Pithers & al., 1998b), les résultats révèlent que 60,5% des enfants de l'échantillon ont été victimes d'agression sexuelle et 64,3% de violence physique alors que les pourcentages des autres études oscillent entre 48% et 100%. Ces données suggèrent de tenir compte de la victimisation antérieure lors de l'intervention surtout lorsqu'il y a cooccurrence d'agression sexuelle et d'agression physique, facteur prédisposant à l'agressivité (Hall & Mathews, 1996; Hall & al., 1998, 2002; Johnson, 1993a).

Par ailleurs, l'analyse des données relatives aux comportements sexuels problématiques révèle que les enfants s'adonnent à une diversité de gestes sexuels incluant tout particulièrement l'attouchement des organes sexuels; mais, contrairement à l'étude de Johnson (1988, 1989), les enfants de l'échantillon actuel recourent moins souvent à l'utilisation de la coercition dans leurs comportements sexuels (38,5% à 49,0% versus 12,0% à 26,0%). De plus, tel que rapporté par les auteurs (English & Ray, 1991; Gray & al., 1997, 1999; Johnson, 1988, 1989; Pithers & al., 1998b, Ray & English, 1995), les enfants ont tendance à impliquer dans leurs activités sexuelles surtout des membres de la fratrie et des amis, c'est-à-dire des enfants avec qui ils ont une relation de confiance. Devant ce constat, il faudrait encourager les parents à exercer une meilleure supervision au sein du milieu familial et à comprendre les manifestations comportementales que pourraient présenter les membres de la fratrie.

À l'instar de travaux antérieurs (Bentovim, 2002; Friedrich & Luecke, 1988; Gil, 1993a; Gray & al., 1997, 1999; Hall & Mathews, 1996; Hall & al., 1998; 2002; Johnson, 1993a, 1999; Pithers & al., 1998a, Ray & English, 1995), les résultats démontrent que les enfants vivent dans un environnement familial dysfonctionnel. En effet, plusieurs parents éprouvent des difficultés personnelles d'ordre économique, des problèmes de santé mentale, de toxicomanie et d'alcoolisme, d'antécédents de mauvais traitements, ce qui ne contribue guère à favoriser l'exercice de leurs rôles parentaux. À cet égard, une absence d'encadrement et de supervision, l'accessibilité à du matériel pornographique et l'absence de frontières sexuelles caractérisent ces milieux familiaux.

Ce portrait familial empreint de difficultés justifie la nécessité d'impliquer les parents dans la démarche d'intervention (Friedrich, 1990; Gil, 1993b; Gray & al, 1997, 1999; Johnson, 1993b; Johnson & Berry, 1989; Pithers & al., 1998b; Service à l'enfance et à la famille, 1995). Selon Gray & al. (1997), il est important que les parents ayant des antécédents de victimisation essaient de résoudre leur propre trauma afin d'être en mesure de répondre adéquatement aux comportements sexuels problématiques de leur enfant. De façon similaire, il est primordial que l'intervention cible le développement d'habiletés parentales favorisant la relation parent et enfant et un environnement sécuritaire de façon à contrôler les situations propices aux comportements sexuels inadéquats.

Cette étude comporte toutefois des limites dont certaines sont inhérentes au contexte même de ce type de recherche. En effet, l'évaluation représente un défi de taille; non seulement il est difficile de rencontrer les familles, mais les réponses des parents et des tuteurs fournissent des informations qui peuvent s'avérer incomplètes, voire contradictoires (Pence & Wilson, 1994). Il n'est pas rare que les enfants de même que les parents aient recours à des mécanismes de protection, tels que le déni, la minimisation, la déformation, qui affectent la portée de leur discours. De plus, une proportion importante d'enfants vivent hors du milieu familial d'origine et sont accompagnés d'un adulte significatif (parent de familles d'accueil, éducateur de résidences de groupe, de maisons d'accueil ou de centres de réadaptation, etc.). Or, ces adultes, quoique significatifs dans la vie actuelle de l'enfant, le connaissent depuis peu et possèdent des informations limitées relativement à l'histoire scolaire, sociale, familiale et médicale de celui-ci. Dans un tel contexte, obtenir un portrait complet du profil psychosocial de l'enfant et des informations détaillées sur le comportement sexuel problématique par l'intermédiaire d'un adulte significatif s'est avéré ardu. En conséquence, une évaluation rigoureuse comportant une entrevue clinique et la passation de questionnaires auprès de diverses sources apparaît une condition indispensable à une évaluation complète.

Par ailleurs, le petit nombre de participants restreint la généralisation des résultats. Ce nombre s'explique par les difficultés de recrutement rencontrées dans le cadre de cette étude, notamment en raison du fait que cette problématique est encore peu

connue. De plus, tous ces enfants ont été rencontrés dans le contexte d'une évaluation précédant le début d'un programme d'intervention.

Enfin, l'absence de groupe témoin représente une limite certaine. Sans possibilité de comparer avec d'autres groupes d'enfants (par exemple, enfants en difficulté ou victimes d'agression sexuelle, mais sans problématique de comportements sexuels inadaptés, enfants d'une population non clinique), il est difficile de distinguer une séquence temporelle ou concomitante des facteurs en jeu, mais cela renforce la pertinence de s'attarder à cette question. Un groupe témoin pourrait aussi compléter les résultats de la présente étude concernant le peu de différences significatives entre les garçons et les filles. Bien qu'il ne fasse aucune doute que le faible nombre de filles dans l'échantillon y soit partiellement lié, il est possible de supposer un biais de sélection du fait qu'il arrive fréquemment que seuls les comportements les plus perturbés socialement viennent à l'attention des autorités.

### Conclusion

À notre connaissance, cette étude représente une première tentative au Québec de mettre en lumière les caractéristiques des enfants présentant des comportements sexuels inadaptés. Ces données précieuses permettent de mieux comprendre la problématique et de planifier une intervention qui répond aux besoins des enfants.

Ce cumul de caractéristiques personnelles, comportementales, sociales et familiales suggère l'existence de problèmes significatifs, tant chez les enfants que chez les parents, qui justifient l'importance de s'attarder, dans de futures recherches, à la présence et à l'impact de variables modératrices, jusqu'ici peu étudiées, notamment la relation d'attachement parent-enfant, l'environnement sexualisé, le type d'éducation parentale, etc.

La réalisation d'études longitudinales impliquant un grand nombre d'enfants est indispensable à l'identification de facteurs de risque favorisant le développement de comportements sexuels problématiques. Ce type d'études permettrait non seulement de tracer les trajectoires développementales de ces enfants, mais d'orienter les interventions en fonction de ces différentes progressions. De surcroît, tel que

mentionné précédemment, la présence d'un groupe de comparaison pourrait fournir des informations pertinentes et complémentaires.

En outre, les efforts de recherches et les actions à entreprendre doivent non seulement porter sur les enfants mais aussi sur les parents. Comme les enfants sont particulièrement tributaires de la dynamique familiale qui exerce une influence sur leurs comportements sexuels problématiques, il s'avère essentiel d'approfondir les connaissances relatives aux caractéristiques des parents.

En dépit des obstacles rencontrés, il est important de poursuivre les recherches dans le but de prévenir l'aggravation du comportement et d'offrir des programmes d'intervention répondant aux besoins spécifiques des enfants présentant des comportements sexuels problématiques.

## Références

- Achenbach, M.T. (1991) *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Araji, S.K. (1997). *Sexually aggressive children : Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Association des Centres jeunesse du Québec (2000). *Un sommet du Québec pour toute la jeunesse... et celle en très grande détresse*. Montréal: Association des Centres jeunesse du Québec.
- Bagley, C. & Shewchuk-Dann, D. (1991). Characteristics of 60 children and adolescents who have a history of sexual assault against others : Evidence from a controlled study (Special issue). *Journal of Child and Youth Care*, 43-52.
- Bagley, G.A., Wood, M. & Young, L. (1994). Victim to abuser: Mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse and Neglect*, 18 (8), 683-697.
- Bentovim, A. (2002). Preventing sexually abused young people from becoming abusers, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. *Child Abuse and Neglect*, 26, 661-678.
- Berliner, L., Manaois, O. & Monastersky, C. (1986). *Child sexual behavior disturbance : An assessment and treatment model*. Seattle, WA : Harborview Sexual Assault Center.
- Bonner, B.L., Walker, C.E. & Berliner, L. (1999). *Final report on children with sexual behavior problems : assessment and treatment*. Washington, DC : Office of Child Abuse and Neglect, Department of Health and Human Services.
- Bouchard, C. (1991). *Un Québec fou de ses enfants* (Rapport Boucahrd). Groupe de travail sur les jeunes. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Conseil de la famille et de l'enfance (2000). *Rapport 1999-2000 sur la situation et les besoins des familles et des enfants*. Québec: Ministère de la Famille et de l'Enfance.
- Cunningham, C. & MacFarlane, K. (1996). *When children abuse : Group treatment strategies for children with impulse control problems*. Brandon, VT : Safer Society Press.
- English, D.J. & Ray, J.A. (1991). *Children with sexual behavior problems: A behavioral comparison*. Olympia, WA: Department of Social and Health Services.
- Erickson, M.F. & Kurz-Riemer, K. (1999). *Infants, toddlers and families: A framework for support and intervention*. New York: The Guilford Press.
- Finkelhor, D. & Dzuiba-Leatherman, J. (1994). Victimization of children. *American Psychologist*, 49, 347-361.



- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I.A. & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women. *Child Abuse and Neglect*, 14 (1), 19-28.
- Friedrich, W.N. (1990). *Psychotherapy of sexually abused children and their family*. New York : W.W. Norton.
- Friedrich, W.N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse and Neglect*, 17, 59-66.
- Friedrich, W.N., Fisher, J.L., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W.H., Gray, A. & Wright, J. (2001). Child sexual behavior inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6 (1), 37-49.
- Friedrich, W.N., Grambsch, P., Damon, L., Koverola, C., Wolfe, V., Hewitt, S.K., Lang, R.A. & Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4 (3), 303-311.
- Friedrich, W.N. & Luecke, W.J. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19 (2), 155-164.
- Gagné, R. (1993). *Traduction en français du Social Skills Rating System* (Gresham, F.M. & Elliott, S., 1990). Document inédit. Montréal, QC.
- Gagnon, M.M. (1999). *Rapport synthèse: Informations relatives à l'enfant et à son milieu de vie*. Protocole d'entrevue semi-structurée. Document inédit. Montréal, QC: Université de Montréal.
- Gil, E. (1993a). Etiologic theories. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 53-66). Rockville, MD : Launch Press.
- Gil, E. (1993b). Family therapy. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 275-302). Rockville, MD : Launch Press.
- Gray, A.S. & Pithers, W.D. (1993). Relapse prevention with sexually aggressive adolescents and children : Expanding treatment and supervision. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall & Hudson, S.M (Éds). *The juvenile sex offender* (pp. 289-319). New York : Guilford.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. & Pithers, W.D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers : demographics functioning and clinical patterns. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 9 (4), 267-290.
- Gray, A., Pithers, W.D., Busconi, A. & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: Treatment implications. *Child Abuse and neglect*, 23, 601-623.
- Gresham, F.M. & Elliott, S. (1990). *Social Skills Rating System Manual*. MN: American Guidance Service.

- Hall, D.K. & Mathews, F. (1996). *The development of sexual behavior problems in children and youth: A technical report*. Toronto, ON: Central Toronto Youth Services.
- Hall, D.K. Mathews, F. & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 26, 289-312.
- Hall, D.K., Mathews, F. & Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse and Neglect*, 22 (10), 1045-1063.
- Hoyle, S.G. (2000). *The sexualized child in foster care: A guide for parents and other professionals*. Washington, DC: CWLA Press.
- Johnson, T.C. (1988). Child perpetrators-Children who molest other children : Preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 12, 219-229.
- Johnson, T.C. (1989). Female child perpetrators-Children who molest other children : Preliminary finding. *Child Abuse and Neglect*, 13, 371-585.
- Johnson, T.C. (1993a). Preliminary Finding. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized Children : Assessment and Treatment of Sexualized Children who Molest* (pp. 67-89). Rockville, MD : Launch Press.
- Johnson, T.C. (1993b). Group therapy. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized Children : Assessment and Treatment of Sexualized Children who Molest* (pp. 179-273). Rockville, MD : Launch Press.
- Johnson, T.C. (1999). *Understanding your child's sexual behavior: What's natural and healthy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Johnson, T.C. & Berry, C. (1989). Children who molest : A treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (2), 185-203.
- Johnson, T.C. & Feldmeth, J.R. (1993). Sexual behaviors : A continuum. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds). *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 41-52). Rockville, MD : Launch Press.
- Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 154-180.
- Lane, S. (1991). Special offender populations. In G. Ryan & S. Lane (Éds). *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and correction* (pp. 299-332). Lexington, MA : Lexington Books.
- Lane, S. & Lobanov-Rostovsky, C. (1997). Special populations : Children. Females, the developmentally disabled, and violent youth. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Éds). *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and correction* (éd. rév.) (pp.322-359). San Francisco, CA : Jossey-Bass Publishers.

- Leblanc, M., Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J.C. & Trudeau-Leblanc, M. (1998). *Intervenir autrement*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- New, M.J.C, Stevenson, J. & Skuse, D. (1999). Characteristics of mothers of boys who sexually abuse. *Child Maltreatment*, 4 (1), 21-31.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F. & Frappier, J-Y. (2000). *Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des huit premiers mois*. Rapport de recherche présenté au Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada.
- Pence, D.M. & Wilson, C.A. (1994). Reporting and investigating child sexual abuse. *The Future of Children*, 4 (2), 70.
- Pithers, W.D. & Gray, A. (1998). The other half of the story : Children with sexual behavior problems. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 200-217.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems : Psychological and familial functioning. *Child Abuse and Neglect*, 22 (2), 129-141.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998b). Children with sexual behavior problems : Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3 (4), 384-406.
- Pomeroy, D., Behar, D. & Stewart, M.A. (1981). Abnormal sexual behavior in pre-pubescent children. *British Journal of Psychiatry*, 138, 119-125.
- Rasmussen, L.A., Burton, J. & Christopherson, B.J. (1992). Precursors to offending and the trauma outcome process in sexually reactive children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1 (1), 33-48.
- Ray, J.A. & English, D.J. (1995). Comparison of female and male with sexual behavior problems. *Journal of Youth and Adolescence*, 24 (4), 439-451.
- Resnick, G. & Burt, M.R. (1996). Youth at risk: Definitions and implications for service delivery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (2), 172-188.
- Ryan, G. (1989). Victim to victimizer: Rethinking victim treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (3), 325-341.
- Ryan, G. (2002). Victims who go on to victimize others: no simple explanations. *Child Abuse and Neglect*, 26, 891-892.
- Ryan, G., Miyoshi, T.M., Metzner, J.L., Krugman, R.D. & Fryer, G.E. (1996). Trends in a National Sample of Sexually Abusive Youths. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 35 (1), 17-25.

- Service à l'enfance et à la famille - Act II (1995). *L'intervention auprès des enfants manifestant des comportements sexuels problématiques : Une approche familiale. Manuel de formation*. Coquitlam, Colombie-Britannique : Direction de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.
- Sgroi, S.M., Bunk, B.S. & Wabrek, C.J. (1988). Children sexual behavior and their relationship to sexual abuse. In S.M. Sgroi (Éd). *Vulnerable Population* (Volume I : Evaluation and treatment of sexually abused children and adults survivors). (pp. 1-24). Lexington, MA : Lexington Books.
- Statistiques Canada. (1996). *Étude - Recensement 1996* (En ligne). Adresse URL : <http://www.stat.can.ca>
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1996). *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper Collins.
- Thompson, R.W., Authier, K. & Ruma, P. (1994). Behavior problems of sexually abused children in foster care: A preliminary study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3 (4), 79-91.
- Tourigny, M., Péladeau, N. & Bouchard, C. (1993). Abus sexuel et dévoilement chez les jeunes Québécois. *Revue Sexologique*, 1 (2), 13-34.
- Tremblay, C. & Gagnon, M.M. (2000). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Guide d'intervention destiné aux animateurs - volet enfants et parents*. Document inédit. Joliette, QC : Centres jeunesse de Lanaudière.
- Watkins, B. & Bentovim, A. (2000). Male children and adolescents as victims: A review of current knowledge. In G. Mezey (Éd.), *Male victims of sexual assault* (pp. 56-75). Oxford: Oxford University Press.
- Widom, C.S. (1996). Childhood sexual abuse and its criminal consequences. *Society*, 33, 47-53.
- Wright, J., Sabourin, S. & Lussier, Y. (1994). *Traduction en français du Children's Sexual Behavior Inventory* (Friedrich, 1992). Montréal, Québec : Département de psychologie, Université de Montréal.

Tableau 1  
Caractéristiques sociodémographiques des enfants en fonction du groupe d'âge

Caractéristiques	6-9 ans 41,8% N=23	10-13 ans 58,2% N=32	Total 100% N=55
	N / %	N / %	N / %
<u>Sexe</u>			
Masculin	16 / 29,1	26 / 47,3	42 / 76,4
Féminin	7 / 12,7	6 / 10,9	13 / 23,6
<u>Milieu de vie</u>			
Famille biparentale	4 / 7,2	3 / 5,6	7 / 12,8
Famille monoparentale	5 / 9,1	7 / 12,7	12 / 21,8
Milieu substitut	14 / 25,5	22 / 39,9	36 / 65,4

Tableau 2  
 Caractéristiques du fonctionnement des enfants et des histoires de victimisation en  
 fonction du groupe d'âge

Caractéristiques <sup>1</sup>	N	6-9 ans %	10-13 ans %	Total %
<u>Fonctionnement de l'enfant</u>				
Retards de développement	49	2,0	14,3	16,3
Troubles psychiatriques	49	12,2	16,3	28,5
Problèmes liés au sommeil	49	8,2	22,4	30,6
Problèmes liés à l'alimentation	49	2,0	10,2	12,2
Comportements d'automutilation	49	---	10,2	10,2
Tentatives de suicide	49	---	6,1	6,1
Médication	50	24,5	32,9	57,4
Comportements agressifs	49	26,5	24,5	51,0
Crises de rage	49	14,3	12,2	26,5
Mentir	49	10,2	16,3	26,5
Fuguer	49	2,0	8,2	10,2
Voler	49	2,0	12,2	14,2
Mettre le feu	49	---	8,2	8,2
Difficultés relationnelles	49	22,4	24,5	46,9
Aucun bon ami	29	31,0	24,1	55,1
Isolement	49	2,0	12,2	14,2
Difficultés d'attention et de concentration	49	36,7	42,9	79,6
Problèmes d'apprentissage	49	28,6	38,8	67,4
Éducation spécialisée	49	12,2	22,4	34,6
Redoublement scolaire	44	22,7	40,9	63,6
<u>Histoire de victimisation</u>				
Violence physique	42	33,3	31,0	64,3
Agression sexuelle	43	20,9	39,5	60,4
Violence psychologique	49	26,5	34,7	61,2
Négligence	49	20,4	34,7	55,1

<sup>1</sup> Le nombre total peut dépasser 100% en raison de la possibilité de plus d'une mention par sujet.

Tableau 3  
 Caractéristiques des comportements sexuels problématiques des enfants en fonction  
 du groupe d'âge

Caractéristiques <sup>1</sup>	N	6-9 ans %	10-13 ans %	Total %
<u>Sexe des enfants impliqués</u>				
Masculin	37	40,5	21,6	62,1
Féminin	37	16,2	16,2	32,4
Masculin et Féminin	37	--	5,4	5,4
<u>Relation avec l'enfant</u>				
Fratrie	43	25,5	40	65,4
Ami	43	16,4	18,2	34,6
Cousin(e)s	43	--	7,3	7,3
Enfants du voisinage	43	2,3	2,3	4,6
<u>Lieu</u>				
Chez l'enfant impliqué	42	19,0	42,9	61,9
Chez l'enfant instigateur	42	23,8	33,3	57,1
Terrain de jeux	42	9,5	--	9,5
École	42	2,4	4,8	7,2
<u>Âge des enfants impliqués</u>				
Plus jeune	43	30,2	39,5	69,7
Plus vieux	43	23,3	16,3	39,6
Même âge	43	7,0	14,0	21,0
<u>Types de comportements</u>				
Atouchement	53	39,6	39,6	79,2
Pénétration et tentative	53	7,5	15,1	22,6
Sodomie et tentative	53	11,3	11,3	22,6
Fellation	53	7,5	15,1	22,6
Masturbation	53	3,8	3,8	7,6
Exhibitionnisme	53	13,2	11,3	24,5
Voyeurisme	53	5,7	5,7	11,4
Séduction	53	1,9	3,8	5,7
<u>Type de coercition</u>				
Aucune coercition	50	6,0	22,0	28,0
Coercition verbale	50	10,0	16,0	26,0
Coercition physique	50	4,0	8,0	12,0

<sup>1</sup> Le nombre total peut dépasser 100% en raison de la possibilité de plus d'une mention par sujet.

Tableau 4  
Caractéristiques des parents biologiques en fonction du groupe d'âge des enfants

Caractéristiques <sup>1</sup>	N	6-9 ans %	10-13 ans %	Total %
<u>Fonctionnement des parents</u>				
Toxicomanie	47	17,0	27,7	44,7
Alcoolisme	47	12,8	17,0	29,8
Problèmes de santé mentale	47	12,8	21,3	34,1
Activités criminelles	47	8,5	17,0	25,5
Problèmes de santé physique	47	--	8,5	8,5
Problèmes d'ordre économique	47	2,1	17,0*	19,1
Déficit cognitif	47	8,5	2,1	10,6
Litige sur la garde de l'enfant	47	--	10,6	10,6
Absence de soutien social	47	6,4	4,3	10,7
Violence conjugale	47	4,3	21,3*	25,6
Violence physique	47	6,4	12,8	19,2
Agression sexuelle	47	8,5	23,4	31,9
Violence psychologique	47	6,4	10,6	17,0
Négligence	47	--	10,6	10,6
<u>Facteurs de risque familiaux</u>				
Matériel pornographique	51	23,5	23,5	47,0
Comportements sexuels observables	51	25,5	31,4	56,9
Inconstance des frontières et limites	51	9,8	15,7	25,5
Absence d'encadrement et de supervision	51	33,3	27,5*	60,8

<sup>1</sup> Le nombre total peut dépasser 100% en raison de la possibilité de plus d'une mention par sujet.

\*  $p < 0,05$



**Tableau 5**  
Distribution des moyennes, écart-types et pourcentages des enfants en fonction du  
groupe d'âge aux instruments standardisés

Dimensions	6-9 ans		10-13 ans		Total		% > seuil clinique
	M	É.T.	M	É.T.	M	É.T.	
<u>CSBI</u>	N=26		N=24		N=50		
Score global	21,2*	17,3	12,3	8,3	16,9	14,3	60,0
<u>CBCL</u>	N=24		N=21		N=45		
Problèmes intériorisés	63,4	8,2	66,1	11,9	64,7	10,1	60,0
Problèmes extériorisés	71,3	9,5	66,1	12,1	68,8	10,9	82,0
Score total	70,2	9,0	68,6	13,6	69,4	11,3	80,0
Problèmes sexuels <sup>1</sup>	72,3*	12,2	65,9	9,3	69,7	11,5	47,7
Comportements agressifs	71,2	11,0	65,9	10,3	68,7	10,9	51,1
Comportements délinquants	70,3	10,9	68,6	8,1	69,5	9,6	73,3
Problèmes d'attention	66,8	11,2	71,9	13,3	69,1	12,3	64,4
Problèmes sociaux	66,5	9,9	71,0	14,2	68,6	12,2	57,8
Anxiété-dépression	64,0	9,8	68,5	12,0	66,1	10,9	42,2
Problèmes de la pensée	65,5	9,2	63,2	12,6	64,4	10,9	44,4
Retrait social	64,0	8,1	68,5	11,4	66,1	9,9	44,4
Plaintes somatiques	56,8	7,3	56,8	6,2	56,8	6,7	13,3
<u>SSRS</u>	N=9		N=24		N=33		
Score total	55,0	15,7	50,3	13,8	52,0	14,5	30,3
Affirmation de soi	13,6	4,4	13,0	3,5	12,2	3,8	30,3
Contrôle de soi	14,3	4,0	13,0	4,3	13,5	4,2	6,1
Coopération	14,9	3,2	13,4	3,5	13,9	3,4	12,1
Empathie	12,6	5,1	10,9	4,2	11,4	4,5	63,6

<sup>1</sup> N=44

\* p < 0,05

Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels  
problématiques : Évolution comportementale, affective et sociale

Mélanie M. Gagnon  
*Université de Montréal*

Claudia Tremblay  
*Les Centres jeunesse de Lanaudière*

Huguette Bégin  
*Université de Montréal*

Article soumis pour publication à la revue Santé Mentale au Québec

Cet article a été rédigé dans le cadre des études doctorales de la première auteure. Nous tenons à remercier le Conseil québécois de la recherche sociale pour son appui financier durant ces années d'études doctorales.

La réalisation de cette recherche a été rendue possible, en partie, grâce à un octroi du Ministère de la Sécurité publique, dans le cadre de la stratégie nationale de la prévention de la criminalité.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées à : Huguette Bégin, Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-6662, Télécopieur : (514) 343-2285, Courriel : [REDACTED]

## Résumé

L'objectif de cette étude exploratoire vise à évaluer la participation et l'évolution d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques ayant participé à un programme d'intervention de groupe. L'échantillon initial est composé de 43 enfants (33 garçons et 10 filles) âgés en moyenne de 9 ans et 7 mois ( $\bar{E.T.}=1,85$ ). L'évolution des enfants est évaluée à l'aide d'instruments standardisés, administrés avant et après l'intervention de groupe, mesurant diverses dimensions, notamment les comportements sexuels, les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés, les habiletés sociales, etc. De plus, le taux réel de participation des enfants est également documenté. Les résultats révèlent que dans l'ensemble, toutes variables confondues, les enfants s'améliorent entre le début et la fin de l'intervention de groupe. Plus spécifiquement, les analyses de variance à mesures répétées montrent des améliorations statistiquement significatives au niveau des comportements sexuels problématiques, des comportements intériorisés et des habiletés sociales. Cette étude suggère que l'intervention de groupe peut s'avérer une modalité d'intervention pouvant répondre aux besoins des enfants en les aidant à réduire leurs comportements sexuels problématiques et à améliorer leur état comportemental, affectif et social.

Mots clés : étude exploratoire, intervention de groupe, comportement sexuel problématique, enfants

## Abstract

The purpose of this research is to examine the evolution of children with problematic sexual behaviour following their participation in a group treatment program. The sample was made up of 43 children (33 boys and 10 girls) with a mean age of 9 years, 7 months ( $SD=1.85$ ) The evolution of the children is measured administering behavioural rating instruments, both before and after the treatment program, on multiple dimensions of problematic sexual behaviour, externalizing and internalizing problems and social skills. The actual level of the children's participation is documented. The results indicate improvement for an significant portion of the children treated, particularly for those with problematic sexual behaviour, internalizing problems and social skills. This study highlights that treatment group myth be a relevant choice of treatment modality.

Key words: exploratory study, treatment group, problematic sexual behaviour, children

## Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Évolution comportementale, affective et sociale

Les comportements sexuels problématiques manifestés par des enfants suscitent, dans notre société, incompréhension et remise en question. Il n'est donc pas étonnant qu'au cours de la dernière décennie, des chercheurs et des cliniciens aient porté leur attention sur ce phénomène social préoccupant. En effet, avant la fin des années 80, tout geste sexuel posé par des enfants était perçu comme des gestes d'exploration et, par conséquent, inoffensif (Johnson, 1988). Or, l'état des connaissances actuelles révèle que les comportements de ces jeunes peuvent être aussi agressifs et abusifs que ceux des adolescents ou des adultes (Araji, 1997; Cunningham & MacFarlane, 1996; Gray & Pithers, 1993; Hall & Mathews, 1996; Hall, Mathews & Pearce, 1998, 2002). Selon Pithers & Gray (1998), les enfants âgés entre 6 et 12 ans sont responsables, dans une proportion de 13% à 18%, des gestes sexuels agressifs posés à l'endroit d'autres enfants. Au Québec, une étude réalisée par la Direction de la Protection de la jeunesse sur l'incidence de l'abus sexuel par des mineurs révèle que 11% des jeunes ayant posé des gestes sexuels de nature agressive sont âgés entre 8 et 11 ans (Association des Centres jeunesse du Québec, 2000). Compte tenu de ces statistiques, il est important d'intervenir précocement auprès de ces jeunes.

La première partie de cet article expose brièvement la problématique en abordant le profil psychosocial des enfants présentant des comportements sexuels problématiques<sup>1</sup> et les études évaluatives des programmes d'intervention destinés à ces enfants. Par la suite, un programme d'intervention québécois est décrit, suivi de la présentation du cadre d'évaluation et des objectifs de cette étude.

### Profil psychosocial des enfants

Les études mettent en évidence les visages multiples de la problématique des enfants présentant des comportements sexuels inadaptés. En effet, plusieurs

---

<sup>1</sup> L'examen de la documentation illustre la multiplicité des expressions caractérisant les enfants présentant des comportements à caractère sexuel; les termes réactif, agressif, abusif, déviant, intrusif, problématique sont fréquemment employés, désignant parfois le même phénomène et parfois des phénomènes distincts. Pour les fins de notre propos, les termes « comportement sexuel problématique, inapproprié et inadapté » renvoient aux enfants qui posent des gestes sexuels à l'endroit d'autres enfants.

chercheurs et cliniciens soulignent que ces enfants ont des difficultés importantes au niveau du développement social (déficit au plan des habiletés sociales), comportemental (agressivité et impulsivité) et affectif (anxiété et faible estime de soi). De plus, s'ajoutent à ces difficultés personnelles des histoires de victimisation sexuelle, physique et psychologique (Bentovim, 2002; Bonner, Walker & Berliner, 1999; Friedrich & Luecke, 1988; Gagnon, Bégin & Tremblay, soumis; Gray, Busconi, Houchens & Pithers, 1997; Gray, Pithers, Busconi, Houchens, 1999; Hall & Mathews, 1996; Hall & al., 1998, 2002; Johnson, 1988, 1989, 1993a; Pithers, Gray, Busconi & Houchens, 1998b; Rasmussen, Burton & Christopherson, 1992; Ray & English, 1995; Ryan, 2002). Les études sur le fonctionnement familial de ces enfants font aussi ressortir qu'ils proviennent de milieux où le système d'encadrement est déficient (absence de supervision et de soutien) et l'environnement est sexualisé (absence de frontières sexuelles, accessibilité à du matériel pornographique, exposition à des activités sexuelles d'adultes). De plus, les parents éprouvent des difficultés personnelles et conjugales importantes (problèmes de santé mentale, habiletés parentales déficitaires, violence conjugale) (Bentovim, 2002; Bonner & al., 1999; Friedrich & Luecke, 1988; Gagnon & al., soumis; Gil, 1993a; Gray & al., 1997, 1999; Hall & al., 2002; Johnson, 1993a; Pithers, Gray, Busconi & Houchens, 1998a; Ray & English, 1995).

Qui plus est, en Amérique du Nord, plusieurs auteurs identifient le risque d'apparition de comportements sexuels inadaptés parmi les enfants en besoin de protection et placés hors de leur milieu familial (Hoyle, 2000; Pithers & Gray, 1998; Ryan 1989; Thompson, Authier & Ruma, 1994; Widom, 1996). En effet, ces enfants présentent souvent une histoire de comportements sexuels problématiques et constituent un groupe plus à risque en raison notamment de la convergence des facteurs de risque multiples (Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997; Ryan, 1989).

### Évaluation de programme

On reconnaît maintenant l'importance d'une intervention précoce auprès des enfants manifestant des comportements sexuels problématiques et, depuis quelques années, des programmes d'intervention se sont développés aux États-Unis et au Canada (Araji, 1997; Freeman-Longo, Bird, Stevenson & Fiske, 1994; National Adolescent Perpetrator Network, 1993; Shaw, 1999). Toutefois, jusqu'à maintenant, peu d'efforts ont été

déployés afin d'évaluer systématiquement les programmes d'intervention auprès de cette clientèle et peu d'études empiriques ont été menées en vue de cerner l'efficacité de telles stratégies d'intervention (Gagnon, Bégin et Tremblay, accepté). À ce jour, seules trois études évaluatives ont été recensées dans la documentation scientifique (Bonner & al., 1999; Kolko, 1986; Pithers & al., 1998b).

D'abord, l'étude à cas unique, réalisée en milieu hospitalier par Kolko (1986), fait état d'un programme d'entraînement aux habiletés sociales auprès d'un garçon, âgé de 11 ans, manifestant des comportements sexuels problématiques. Les résultats révèlent des améliorations cliniques (c'est-à-dire sans analyse statistique), entre le début et la fin du programme, concernant l'adaptation sociale (Weekly Global Social Adjustment Ratings) et les relations avec les pairs (Matson Evaluation of Social Skills of Youngsters). De plus, ces changements se maintiennent durant le suivi, soit durant les 12 mois après la participation au programme. Enfin, une amélioration statistique significative entre le pré-test et le suivi est observée au niveau des problèmes de comportement et des comportements sexuels problématiques (Child Behavior Checklist). Quoique la portée de ces résultats soit limitée en raison de la nature de l'étude (étude à cas unique), l'auteur met en évidence le fait que des entraînements aux habiletés sociales ont des effets positifs sur la réduction des comportements sexuels inadéquats.

De leur côté, les travaux de Pithers et ses collègues (Pithers & Gray, 1998; Pithers, & al., 1998b) ont comparé l'efficacité d'une thérapie de groupe cognitivo-comportementale à une thérapie de groupe expressive. Ils ont mené l'étude auprès de 127 enfants, âgés de 6 à 12 ans, présentant des comportements sexuels problématiques et de leurs parents. Les sujets étaient assignés aléatoirement à une des deux modalités d'intervention. L'approche cognitivo-comportementale, centrée sur la prévention de la rechute, fait appel à une équipe composée de l'enfant, de ses parents, des intervenants et de personnes sélectionnées dans le milieu de vie dont le rôle vise à renforcer le développement d'un style de vie préventif. Pour sa part, l'approche expressive met l'accent sur l'affirmation de soi, l'estime de soi, la prise de décisions, la sexualité et les habiletés sociales et n'inclut pas d'équipe de prévention. Les deux modalités d'intervention s'échelonnaient sur 32 semaines (rencontres de 90

minutes pour les enfants et en parallèle pour les parents). De plus, les groupes d'enfants étaient divisés en fonction de l'âge (6 à 9 ans et 10 à 12 ans).

Les résultats de ce programme, recueillis auprès de 127 enfants, révèlent une réduction significative des comportements sexuels problématiques chez 30% des enfants après 16 semaines d'intervention (score obtenu au Child Sexual Behavior Inventory). Par ailleurs, des effets iatrogènes, potentiellement liés à la participation au programme, ont aussi été notés, soit une augmentation des comportements sexuels problématiques chez 3,2% des enfants. En outre, après un an, les données colligées font état d'une diminution des problèmes de comportement (Child Behavior Checklist; Child Sexual Behavior Inventory; Eyberg Child Behavior Inventory). Les auteurs attribuent le maintien de ces gains à l'habileté des familles à développer et à maintenir un environnement familial sain et au soutien des autres familles durant les rencontres de groupe suite à leur participation au programme. Les auteurs estiment que, bien que certains stressseurs familiaux soient toujours présents dans l'environnement familial, les familles persistent à préserver un style de vie préventif. Cette constatation traduit le potentiel de changement des parents et des enfants lorsqu'ils ont accès à un programme d'intervention qui met l'emphase sur l'utilisation de leur force pour promouvoir un style de vie préventif, plutôt qu'un type de traitement dirigé uniquement sur l'élimination du comportement sexuel problématique (Pithers & Gray, 1998). Pithers & al. (1998b) insistent sur l'importance de la participation des parents dans l'intervention pour maximiser les effets du programme et présenter des modèles positifs. L'étude suggère que la thérapie de groupe est efficace car elle atténue les comportements sexuels problématiques.

Enfin, plus récemment, l'étude de Bonner & al. (1999) a comparé l'efficacité respective d'une intervention cognitivo-comportementale et d'une intervention psychodynamique auprès de 110 enfants et de leurs parents. Les sujets, âgés de 6 à 12 ans, étaient assignés aléatoirement à une des deux conditions et participaient à 12 rencontres de groupe. L'intervention cognitivo-comportementale vise la modification du comportement par la reconnaissance des gestes sexuels inadéquats, l'apprentissage de règles, l'amélioration du contrôle de soi, l'éducation à la sexualité et la prévention de la rechute. Dans l'intervention psychodynamique, basée sur la thérapie par le jeu, l'accent est mis sur l'expression des émotions, la prise de conscience (insight), le



transfert et la fixation de limites. L'évaluation du comportement des enfants par les mères a lieu au début de l'intervention, à la fin ainsi qu'un an et deux ans plus tard. Au post-test, les auteurs rapportent des améliorations statistiquement significatives pour les deux groupes d'enfants (approches cognitivo-comportementale et psychodynamique) au niveau des comportements sexualisés, des compétences sociales, des problèmes comportementaux et affectifs (Child Behavior Checklist; Child Sexual Behavior Inventory). Les auteurs soulignent l'absence d'interaction entre les résultats obtenus et le type d'intervention, c'est-à-dire qu'aucun traitement n'est significativement plus efficace que l'autre. Au suivi téléphonique, après deux ans, les résultats indiquent qu'approximativement le même nombre d'enfants dans chacun des groupes (15% en thérapie cognitivo-comportementale versus 17% en thérapie psychodynamique) ont posé des gestes sexuels inadéquats suite à leur participation au programme. Toutefois, il faut noter le taux d'abandon élevé: 63% des participants ont complété 9 des 12 séances, 56% ont répondu au post-test et seulement 29% des parents ont complété le suivi après deux ans. En somme, Bonner & al. (1999) concluent que les deux approches thérapeutiques semblent efficaces pour réduire les comportements sexuels problématiques chez les enfants tout en soulignant qu'en l'absence d'un groupe contrôle, le changement ne peut être attribué avec certitude au programme d'intervention proprement dit.

En somme, les données issues de ces études suggèrent des améliorations chez les enfants qui participent à un programme d'intervention. Ces améliorations se répercutent tant au niveau des comportements sexuels problématiques que de l'adaptation sociale et affective. Toutefois, la rareté des évaluations et les lacunes méthodologiques associées aux études disponibles (absence de groupe contrôle, d'instruments standardisés, taux d'attrition élevé, étude de cas, etc.) ne permettent guère de conclure à l'efficacité des programmes d'intervention pour les enfants présentant des comportements sexuels problématiques.

Qui plus est, peu de données sont disponibles concernant la participation des enfants aux différentes activités et l'évolution réelle des enfants, c'est-à-dire que peu d'études rendent compte du comportement des enfants qui est demeuré stable ou qui s'est détérioré au cours de l'intervention.

### Description du programme d'intervention implanté

Considérant les données cliniques et scientifiques disponibles, Tremblay & Gagnon (2000) ont développé le Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques - PI-ECSP en vue de répondre aux besoins des enfants, garçons et filles, âgés de 6 à 12 ans, manifestant des comportements sexuels inadaptés. Ce programme permet aux enfants et aux parents<sup>2</sup> de distinguer les comportements sexuels d'exploration saine et les comportements sexuels problématiques et de diminuer l'apparition des comportements sexuels problématiques en favorisant l'acquisition d'habiletés personnelles, sociales et familiales adéquates. En agissant dans une perspective préventive, les risques d'aggravation des comportements sexuels problématiques devraient s'atténuer et, par ricochet, permettre d'éviter de futures victimisations.

Le PI-ECSP comprend deux volets parallèles, enfants et parents, qui s'échelonnent sur 23 semaines, à raison d'une rencontre hebdomadaire d'une durée de 90 minutes. Le nombre maximal de participants par groupe est de 7 pour le groupe d'enfants et de 14 pour le groupe de parents. Les enfants sont répartis dans les groupes selon le sexe et l'âge développemental (6 à 9 ans et 10 à 12 ans) alors que les parents sont regroupés à l'intérieur d'un même groupe. Pour le même enfant, deux adultes peuvent participer au groupe (par exemple, les deux parents biologiques, ou un parent et un éducateur de résidence de groupe). Afin de favoriser la confiance entre les membres, la cohésion au sein du groupe, la stabilité des rôles et des normes, le groupe fermé est privilégié. De plus, le groupe a recours à la co-animation homme et femme, lorsque cela est possible, afin de fournir des modèles de rôles positifs.

Par ailleurs, l'influence d'un milieu familial conflictuel et dysfonctionnel ainsi que d'un environnement sexualisé justifie l'emphase mise sur l'approche systémique au sein du programme. En effet, tous les membres de la famille, particulièrement les parents, sont donc perçus comme contribuant à un système pathologique qui maintient les comportements sexuels problématiques (Ryan, 1991). Impliquer les parents dans le processus d'intervention favorise une supervision plus appropriée, l'établissement de

---

<sup>2</sup> Afin d'alléger le texte, par le terme « parent », nous entendons tous les adultes qui ont la responsabilité de l'enfant : les parents biologiques, les parents de familles d'accueil ou adoptives, les éducateurs de maisons d'accueil, de résidences de groupe ou de centres de réadaptation, les grands-parents, etc.

règles et de rôles adéquats selon l'âge du jeune, le développement de limites personnelles sécurisantes et la construction d'un système de support pour la famille. De plus, en raison de la proportion importante d'enfants vivant en milieu substitut et à l'instar des professionnels oeuvrant dans le domaine, il est apparu essentiel d'impliquer dans la démarche d'intervention non seulement les parents biologiques, mais tous les adultes qui ont un lien d'attachement et qui exercent un rôle parental auprès de l'enfant (Berliner & Rawlings, 1991; Bonner & al., 1999; Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich, 1995; Gil, 1993a, 1993b; Gray & Pithers, 1993; Johnson, 1993b; Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997).

Le programme est composé d'un ensemble d'activités qui s'insère dans un cadre théorique éclectique, mais fortement inspiré des approches cognitivo-comportementales. Ces activités permettent à l'enfant de : (a) reconnaître son comportement sexuel problématique, (b) cerner les mécanismes déclencheurs et les conséquences du comportement sexuel problématique, (c) apprendre des connaissances en matière de sexualité saine, (d) prendre conscience de ses limites personnelles et de celles d'autrui, (e) parfaire ses habiletés sociales, (f) développer des habiletés favorisant le contrôle de soi et (g) renforcer son estime de soi. Parallèlement, pour l'ensemble des parents, les cibles d'intervention visent: (a) la reconnaissance des comportements sexuels problématiques de leur enfant, (b) la compréhension des mécanismes déclencheurs menant aux comportements sexuels inadéquats, (c) l'établissement d'une supervision adéquate, limitant ainsi les activités qui placent l'enfant dans une situation propice aux activités sexuelles inappropriées, (d) l'apprentissage de connaissances et d'habiletés dans l'éducation à la sexualité de leur enfant, (e) le développement d'habiletés parentales par l'apprentissage d'une communication ouverte, d'une attention positive et le renforcement de l'estime de soi de l'enfant.

### Cadre d'évaluation

Au Québec, à notre connaissance, le PI-ECSP est le premier programme d'intervention destiné aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques faisant l'objet d'une évaluation. Il va sans dire que l'implantation d'un nouveau programme se fait rarement sans entrave et que, dans le contexte social

actuel où les programmes d'intervention sont, pour diverses raisons (délai important entre la référence et le début du programme, résistance des gestionnaires, refus de participation au programme, ressources moindres que prévues), sujets à des modifications, l'évaluation d'implantation revêt un grand intérêt.

En effet, il s'avère nécessaire d'entreprendre une évaluation de la mise en oeuvre du programme avant de pouvoir en évaluer les résultats, notamment pour permettre de mieux définir les objectifs et d'établir le lien logique entre les objectifs, les activités et les effets attendus (Turcotte & Tard, 2000).

Dans cette optique, l'évaluation formative est toute désignée car elle fournit de l'information pour améliorer la qualité du programme d'intervention en développement et ce, avant d'en évaluer ses effets (Contandriopoulos, Champagne, Denis & Avargues, 2000; Tourigny & Dagenais, 1998). Ce type d'évaluation met l'accent sur l'interprétation des résultats en fonction des conséquences sur la pratique et des changements spécifiques apportés au programme.

La présente étude s'inscrit donc dans le cadre d'une recherche de plus grande envergure relativement à l'évaluation de l'implantation du PI-ECSP et dont l'objectif général est d'améliorer les composantes du programme.

Dans cette perspective formative, cette étude vise un double objectif, soit d'évaluer d'une part, le niveau de participation des enfants au PI-ECSP et, d'autre part, l'évolution des enfants relativement aux comportements sexuels problématiques et aux autres problèmes comportementaux, sociaux et affectifs.

### Méthodologie

Cette seconde section décrit l'échantillon de l'étude, le devis et la procédure, les instruments de mesure ainsi que l'analyse des données colligées.

### Description de l'échantillon

Au total, l'échantillon est constitué de 43 enfants (33 garçons et 10 filles) présentant des comportements sexuels problématiques, âgés en moyenne de 9 ans et 8 mois ( $\bar{E.T.}=1,86$ ) et provenant de trois régions du Québec (Lanaudière, Montérégie, Outaouais)<sup>3</sup>. L'examen du milieu de vie des enfants au moment de l'entrée dans le programme montre que 11,6% des enfants vivent dans une famille biparentale, 18,6% dans une famille monoparentale et que la majorité des enfants (69,8%) vivent en milieux substitués.

Pour être éligibles au PI-ECSP, les enfants doivent, au moment de la référence, être : (a) âgés entre 6 et 12 ans, (b) référés pour des comportements sexuels problématiques<sup>4</sup> et (c) accompagnés d'un parent ou d'un adulte significatif. Par ailleurs, le seul critère d'exclusion concerne la présence d'une déficience intellectuelle moyenne ou sévère.

La majorité des enfants sont référés pour des comportements d'attouchement aux organes sexuels qui impliquent la fratrie (59,0%) ou des amis proches de l'enfant (30,8%). Les enfants sont responsables de gestes sexuels posés envers 2,3 enfants en moyenne répartis sur trois incidents.

Dans près de la moitié des cas, les enfants qui sont inscrits au programme sont accompagnés par au moins un de leurs parents biologiques (4,6% : deux parents; 34,9% : mères et 9,3% : pères) alors que les autres enfants viennent avec un parent de la famille d'accueil (23,3%), un éducateur des milieux de réadaptation (25,6%), un grand-parent (2,3%) ou un délégué à la protection de la jeunesse (2,3%).

### Devis et procédure

L'étude a été réalisée selon un devis pré-expérimental, soit le protocole prétest et post-test à groupe unique (Alain, Pelletier & Boivin, 2000) auprès de huit groupes

---

<sup>3</sup> Il est à noter que dans les régions de Lanaudière et de la Montérégie, le PI-ECSP est dispensé par les Centres jeunesse alors que dans la région de l'Outaouais il est offert par un organisme communautaire.

d'enfants ayant participé au PI-ECSP. Le recrutement des enfants s'est effectué par l'intermédiaire des intervenants des Centres jeunesse et des organismes communautaires des trois régions participantes. Suite à l'obtention du consentement écrit des parents ou tuteurs, les enfants ont été rencontrés une première fois lors de l'entrevue d'évaluation et une seconde fois immédiatement après les 23 semaines de l'intervention de groupe.

Il est important de noter que l'étude est exploratoire et, par conséquent, elle comporte certaines limites méthodologiques (les principaux étant le biais de sélection et l'absence de groupe témoin). Néanmoins, elle tient compte de recommandations proposées dans les écrits scientifiques portant sur l'utilisation simultanée de plusieurs mesures standardisées permettant de couvrir un large éventail de symptômes, le recours à plus d'une source d'information pour l'évaluation de l'évolution (enfants et parents) et la documentation sur le niveau de participation des enfants et les effets iatrogènes (Finkelhor & Berliner, 1995; Tourigny, 1997).

#### Procédure et matériel utilisé

Le choix des mesures standardisées a été fait en tenant compte de deux critères: les objectifs du volet enfants du PI-ECSP et les symptômes de ces enfants identifiés dans la littérature. Ces deux critères sont étroitement reliés puisque l'intervention de groupe a été créée afin d'atténuer certains de ces symptômes. Enfin, les données de l'étude proviennent de deux catégories de répondants : 1) le parent ou le tuteur de l'enfant et 2) l'enfant lui-même.

Une des mesures standardisées, le *Système d'évaluation des habiletés sociales*, version française du *Social Skills Rating System* (SSRS; Gresham & Elliott, 1990) traduite par Gagné (1993), évalue les habiletés sociales selon la perception de l'enfant. L'instrument comprend 34 items cotés sur une échelle en trois points qui sont répartis sur quatre sous-échelles : 1) affirmation de soi, 2) contrôle de soi, 3) empathie et 4) habiletés sociales. Un score global d'habiletés sociales est calculé de même qu'un score pour chacune des quatre sous-échelles situant la position de l'enfant par rapport

---

<sup>4</sup> Les comportements sexuels problématiques sont définis par : la nature répétitive, l'incapacité d'arrêt suite aux interventions et à la supervision d'adultes, la persistance des comportements à travers le temps et les situations ou l'étendue des gestes sexuels correspondant aux comportements d'adultes.

à la norme de son groupe d'âge de référence à chacune des échelles. Dans sa version originale, l'instrument a démontré de bonnes qualités psychométriques; un coefficient alpha de 0,83 pour l'échelle globale et un coefficient de corrélation test-retest (1 mois) se situant à 0,68 ont été rapportés. L'instrument indique aussi une très bonne validité de construit.

De plus, l'*Inventaire des comportements sexuels de l'enfant*, version traduite au Québec par Wright, Sabourin & Lussier, (1994) de *Children Sexual Behavior Inventory* (CSBI; Friedrich & al., 1992) est complété par le parent ou le tuteur. Cet inventaire comprend 39 items cotés à l'aide d'une échelle de type Likert en quatre points et mesure la fréquence des comportements sexuels de l'enfant au cours des six derniers mois. Un score global étant créé, il est alors possible d'obtenir les seuils critiques selon l'âge et le sexe des enfants. De plus, à partir de certains items, les enfants peuvent être placés dans une classification à risque. Concernant la fidélité de l'instrument, une étude comparative réalisée auprès de 1,114 enfants dits normaux, 620 victimes d'agression sexuelle et 277 patients psychiatriques, révèle des coefficients de cohérence interne de 0,72, 0,92 et 0,83 respectivement. Les coefficients de corrélation test-retest se situent pour chacun des groupes à 0,91, 0,93 et 0,93. L'instrument possède également une bonne validité discriminante (Friedrich & al., 2001).

Le parent ou le tuteur complète également la *Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans*, version française du *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) qui permet de recueillir des données sur les problèmes de comportement de l'enfant. L'instrument contient 118 items cotés sur une échelle de fréquence en trois points. Cet instrument présente deux types de résultats individuels : (a) un score standard (score T) situant la position de l'enfant par rapport à la norme de son groupe d'âge de référence à chacune des échelles et (b) la présence ou non d'un problème clinique au niveau de la dimension évaluée en fonction du dépassement ou non d'un seuil clinique prédéterminé. Les 118 items répartis sur neuf échelles mesurent les dimensions suivantes du comportement : 1) retrait social, 2) plaintes somatiques, 3) anxiété-dépression, 4) problèmes sociaux, 5) problèmes de la pensée, 6) problèmes d'attention, 7) comportements délinquants, 8) comportements agressifs; 9) problèmes sexuels. De plus, l'instrument permet le calcul de trois échelles synthèses : 1) comportements intériorisés (échelle synthèse associée au retrait social, aux plaintes

somatiques et à l'anxiété-dépression), 2) problèmes extériorisés (échelle synthèse reliée aux comportements délinquants et aux comportements agressifs) et 3) score total (échelle synthèse du score pondéré pour l'ensemble des dimensions). Dans sa version originale, la fidélité de l'instrument (coefficient de corrélation inter-classe et corrélation test-retest) se situe à des niveaux élevés, soit à 0,82 et plus. L'instrument possède une excellente validité discriminante; il permet de distinguer entre des échantillons cliniques et non cliniques.

### Stratégies d'analyses

Aux fins d'analyses statistiques, le logiciel SPSS a été utilisé (Tabachnick & Fidell, 1996). D'abord des analyses non paramétriques à l'aide des tests de Wilcoxon (variables ordinales) et de McNemar (variables dichotomiques) ont permis de rendre compte de l'évolution du groupe entre le début et la fin de l'intervention. Ensuite, des analyses de variance (ANOVA; 2 groupes x 2 temps) à mesures répétées sur la dernière variable ont été effectuées sur l'ensemble des variables dépendantes afin de vérifier les différences selon le sexe et le groupe d'âge des enfants (6-9 ans et 10-13 ans). Considérant la nature exploratoire de l'étude et la taille de l'échantillon, le seuil alpha est fixé à  $p < 0,05$ .

Il est à noter que, pour diverses raisons (abandon d'enfants et de parents, questionnaires incomplets, retrait de participants, connaissances limitées de l'enfant, etc.), certaines parties de l'évaluation n'ont pu être recueillies et sont manquantes, ce qui explique la variation du nombre de sujets dans les divers tableaux de la partie résultats.<sup>5</sup>

## Résultats

La présentation des résultats comporte deux parties : une première s'attarde au niveau de participation des enfants au programme d'intervention et une seconde expose l'évolution des enfants suite à leur participation au programme.

---

<sup>5</sup> Les analyses démontrent que les sujets du groupe expérimental, pour qui des données sont disponibles, ne diffèrent pas significativement de l'échantillon initial relativement aux variables sociodémographiques.



### Niveau de participation des enfants

Dans l'ensemble, huit groupes d'intervention ont été réalisés<sup>6</sup>. Le niveau de participation aux rencontres de groupe de chacun des enfants varie de 68,4% à 100%. En moyenne, les enfants ont participé à 90,6% des rencontres, ce qui représente 18 rencontres en moyenne par enfant. Le taux d'attrition des enfants pour le programme est de 10,9%.

### Évolution des enfants

Le tableau 1 rapporte l'évolution des enfants relativement aux différentes mesures comportementales et psychosociales entre le moment de l'entrée au programme (T1) et 23 semaines plus tard (T2). Dans l'ensemble, ces résultats montrent qu'en tant que groupe et, quelle que soit la mesure considérée (à l'exception des sous-échelles des problèmes d'attention et des comportements agressifs), il y a une amélioration comportementale, sociale et affective entre le début et la fin de l'intervention. Plus spécifiquement, les résultats, tels que mesurés à l'aide du CSBI ( $\chi^2(26) = 2,046$ ,  $p < 0,01$ ) et de la sous-échelle des problèmes sexuels du CBCL ( $Z : -2,30$ ,  $p < 0,05$ ), révèlent que les enfants manifestent significativement moins de comportements sexuels problématiques suite à leur participation au programme d'intervention. De plus, une diminution significative des problèmes intériorisés est également observée suite à l'intervention de groupe ( $Z : -2,63$ ,  $p < 0,01$ ). Concernant les habiletés sociales, les analyses indiquent un accroissement significatif du score global ( $Z : -2,132$ ,  $p < 0,05$ ) entre le début et la fin du programme, ce qui démontre que l'ensemble des enfants perçoivent une amélioration de leur niveau global de compétence sociale. Par ailleurs, les résultats révèlent une stabilité des scores moyens pour les sous-échelles de l'affirmation de soi, du contrôle de soi, de la coopération et de l'empathie. Bref, l'ensemble de ces résultats indique que les enfants ont évolué positivement dans le temps, aux variables comportements sexuels, problèmes intériorisés et habiletés sociales.

---

<sup>6</sup> Le nombre de rencontres pour chacun des groupes peut varier légèrement selon le groupe, notamment en raison d'annulation lors de tempêtes de neige, d'absence d'un des animateurs, etc.

D'un point de vue clinique, au niveau des comportements sexuels, environ un tiers des enfants (au score global du CSBI : 29,6%; sous-échelle des problèmes sexuels du CBCL : 34,6%) présente une évolution cliniquement significative entre le T1 et le T2 (Jacobson & Truax, 1991). Autrement dit, un tiers des enfants dont le score moyen se trouvait dans la zone clinique au T1 ne s'y retrouve plus au T2. Un faible pourcentage de jeunes (CSBI : 0%; CBCL : 3,85%) présente donc une détérioration à cette dimension. En ce qui concerne les problèmes intériorisés, on observe une évolution cliniquement significative chez la moitié (50,0%) de l'échantillon alors qu'un quart des enfants (15,0%) voit leur état se détériorer entre le début et la fin de l'intervention. Enfin, 53,6% des enfants perçoivent une amélioration de leurs habiletés sociales entre le début et la fin de l'intervention alors que 14,3% montrent une détérioration .

Par ailleurs, les enfants ne semblent pas progresser en ce qui concerne les problèmes de comportement du registre extériorisé. En effet, non seulement aucune différence significative n'est observée entre le début et la fin de l'intervention ( $Z : -0,57$ ,  $p > 0,05$ ), mais les scores moyens obtenus aux sous-échelles des comportements agressifs et des comportements délinquants ainsi qu'à l'échelle synthèse des problèmes extériorisés démontrent que les enfants se trouvent toujours dans la zone clinique au T2.

Des analyses de variance subséquentes montrent des effets principaux à certaines variables selon l'âge et le sexe; toutefois, aucun effet d'interaction n'apparaît significatif, ce qui signifie que les groupes ne semblent pas évoluer différemment sur ces variables entre le début et la fin de l'intervention. Les résultats révèlent un effet principal de l'âge au CSBI ( $F(1,25) = 8,46$ ,  $p < 0,01$ ), aux sous-échelles des comportements délinquants ( $F(1, 24) = 7,08$ ,  $p < 0,01$ ) et des comportements agressifs ( $F(1,24) = 6,70$ ,  $p < 0,05$ ) ainsi qu'à l'échelle synthèse des problèmes extériorisés ( $F(1,24) = 7,18$ ,  $p < 0,05$ ) du CBCL. Ces différences indiquent que les enfants plus jeunes (âgés de 6 à 9 ans) présentent des scores moyens significativement plus élevés à ces dimensions que les enfants plus âgés (10 à 13 ans) et ce, tant avant qu'après l'intervention. De plus, un effet principal sexe est observé au score total du CSBI ( $F(1,25) = 6,71$ ,  $p < 0,05$ ) signifiant que les filles présentent significativement plus de comportements sexuels que les garçons et ce, aux deux temps de mesure.

## Discussion

La présente étude vise à évaluer, dans une perspective formative, d'une part le niveau de participation réelle des enfants au PI-ECSP et, d'autre part, leur évolution entre le début et la fin de l'intervention de groupe relativement aux comportements sexuels problématiques et aux problèmes comportementaux, sociaux et affectifs. Les résultats relativement au niveau de participation et à l'évolution comportementale, sociale et affective des enfants ainsi qu'en regard des limites inhérentes de l'étude et des pistes futures de recherche sont discutés dans les paragraphes qui suivent.

### Niveau de participation des enfants

Dans l'ensemble, les enfants ont participé en moyenne à 90,6% des rencontres de groupe, ce qui représente un niveau élevé de participation. Ce résultat démontre un niveau élevé d'implantation du programme et appuie le constat que les enfants ont bien reçu l'intervention de groupe. À l'instar de Tourigny (1997), cette information est peu souvent discutée dans les études évaluatives alors que des taux de participation inférieurs à 80% sont généralement rapportés.

En effet, les difficultés d'implantation d'un programme d'intervention auprès d'enfants en difficulté ne sont pas inconnues des intervenants et des chercheurs et ce constat ne fait pas exception pour les services offerts aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques (Bonner & al., 1999; Friedrich, 1990; Friedrich, Luecke, Beilke & Place, 1992; Ryan, 1998, 1999). Dans la présente étude, le faible taux d'attrition des enfants (10,9%) et le taux de participation élevée (90,6%) peuvent s'expliquer, entre autre, par le fait que les enfants, vivant majoritairement dans un milieu substitut, ont plus facilement recours à un moyen de transport constant assurant leur présence au groupe. À l'instar de Finkelhor & Berliner (1995), ces résultats confirment l'importance de documenter l'implantation d'un programme en terme de taux de participation et de taux d'abandon. De plus, ces résultats peuvent fournir un indicateur intéressant, à savoir le contenu de l'intervention répond-il aux besoins des enfants.

## Évolution comportementale, affective et sociale des enfants

Les résultats obtenus démontrent que les enfants évoluent positivement sur diverses dimensions telles qu'observées à la suite de l'intervention de groupe. Ces résultats vont dans le même sens que ceux des études évaluatives antérieures suggérant que la participation à un programme d'intervention permet une réduction des comportements sexuels problématiques et des autres problèmes comportementaux, sociaux et affectifs chez les enfants (Bonner & al., 1999; Kolko, 1986; Pithers & al., 1998b). Ces résultats laissent supposer qu'il serait vain dans les recherches futures de documenter les taux de participation des adultes qui accompagnent les enfants au programme.

De plus, les résultats sont en continuité avec ceux de Pithers & al. (1998b) obtenus auprès d'un échantillon de 127 enfants; ces auteurs ont noté des améliorations cliniquement significatives chez 26,8% de leurs jeunes relativement aux comportements sexuels alors qu'environ 6% présentaient une détérioration suite à l'intervention. Ces données rejoignent donc celles d'études portant sur le traitement offert aux enfants, études qui rappellent que, malgré une amélioration statistiquement significative, certains enfants ne présentent pas de changements cliniques (Finkelhor & Berliner, 1995). Dans la présente étude, en raison de considérations éthiques et d'une absence de ressources, un groupe de comparaison n'a pu être réalisé. Toutefois, la comparaison des sujets à la moyenne normative des questionnaires utilisés permet d'employer un critère clinique de première importance (Jacobson & Truax, 1991).

Par ailleurs, les résultats révèlent que l'effet de l'âge et de genre relativement aux comportements sexualisés se retrouve dans ce sous-groupe d'enfants en difficulté. En ce sens, la distribution de l'échantillon relativement à l'âge démontre que les enfants plus jeunes, âgés de 6 à 9 ans, manifestent significativement plus de comportements sexuels que les enfants plus âgés (10 à 13 ans); résultats qui corroborent ceux de l'étude de Gray & al. (1997). Cette différence va dans le même sens que les observations de Friedrich, Fisher, Broughton, Houston & Shafran (1998), obtenues auprès d'une population normative, qui rapportent des fréquences plus élevées de comportements sexuels chez les enfants plus jeunes.

Par ailleurs, les résultats démontrent que les filles présentent davantage de

comportements sexuels que les garçons. Il est possible de croire que la nature des comportements sexuels des filles diffère de celle des garçons. Les études réalisées auprès de cette clientèle (Gagnon et al., soumis; Pithers & al., 1998b; Ray & English, 1995) font ressortir que les filles présentent moins de comportements sexuels de nature agressive que les garçons. Devant ce constat, il est possible d'émettre l'hypothèse que les parents tout comme les intervenants seraient plus tolérants envers les comportements sexuels des filles et référeraient lorsque les gestes sexuels sont très perturbateurs, ce qui pourrait expliquer, en partie, la fréquence plus élevée de comportements sexuels chez ces dernières.

En outre, le fait que des filles soient présentes au sein de l'échantillon de cette étude, tout comme leur présence dans les études précédentes (Bonner & al., 1999; Gray & al., 1997, 1999; Johnson, 1989; Pithers & al., 1998b), peut sembler surprenant car l'agression sexuelle commise par des adolescentes et des adultes de sexe féminin est rare. Dans l'avenir, il faudra documenter davantage ce qui caractérise les comportements sexuels inadaptés des jeunes filles, selon différents âges, afin de mieux comprendre leur représentation au sein de cette clientèle. Sachant que l'expression de la sexualité masculine est différente de celle de la sexualité féminine, les études à venir devraient se pencher sur les défis particuliers que présente l'intervention auprès des enfants des deux sexes.

Quant aux comportements du registre extériorisé, la tendance observée traduit plutôt une augmentation des problèmes de comportements agressifs (cf. indices du CBCL). De plus, ces comportements agressifs s'observent davantage chez les plus jeunes enfants, âgés de 6 à 9 ans. À l'instar de plusieurs travaux antérieurs (Finkelhor & Berliner, 1995; Gagnon & Vitaro, 2000) réalisés auprès d'enfants en difficulté, les résultats démontrent une certaine stabilité au niveau des comportements extériorisés dans le temps et la résistance de ces problèmes au changement.

L'étude permet aussi de cerner l'évolution des enfants au regard de certains objectifs d'intervention du PI-ECSP. Ainsi, les résultats de l'étude renforcent la pertinence et le maintien des objectifs liés à la problématique des comportements sexuels inadaptés et des habiletés sociales. De plus, les enfants pourraient participer

davantage à des activités qui visent l'amélioration du contrôle de soi et la gestion de l'agressivité.

### Limites de l'étude

Cette étude suggère que l'intervention de groupe peut s'avérer une modalité d'intervention pouvant répondre aux besoins des enfants en les aidant à réduire leurs comportements sexuels problématiques et à améliorer leur état comportemental, affectif et social.

Bien que les analyses mettent en évidence l'évolution des enfants au niveau des comportements sexuels, des problèmes intériorisés et des habiletés sociales, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, compte tenu des limites méthodologiques de l'étude. D'abord, l'absence de groupe contrôle menace directement la validité interne; en effet, le protocole utilisé ne permet pas de démontrer que les améliorations observées chez les enfants sont associées aux objectifs du programme d'intervention. Par conséquent, certaines hypothèses alternatives ne peuvent être éliminées, notamment l'influence du soutien parental, de la maturation et des expériences vécues par les participants; l'effet des mesures et l'amélioration spontanée doivent également être pris en considération pour expliquer cette évolution chez les enfants. Toutefois, rappelons que l'objectif de l'étude s'inscrit dans une démarche d'évaluation formative et ne vise pas l'évaluation de l'efficacité du programme; elle a pour objectif de démontrer l'évolution des enfants qui participent à cette intervention.

Une autre limite importante concerne le taux d'attrition entre le T1 et le T2 qui limite la généralisation des résultats. En effet, bien que la taille de l'échantillon initiale ( $N=43$ ) soit acceptable pour ce type d'étude, il n'en reste pas moins qu'un nombre important de données était manquant au T2.

Par ailleurs, les résultats obtenus fournissent des indices préliminaires sur l'utilité de la thérapie auprès d'enfants présentant une telle problématique. Par conséquent, dans une prochaine étape, il faudra s'orienter sur l'évaluation systématique du programme, non seulement en terme d'efficacité, mais également en terme d'implantation afin de

s'assurer que le programme peut être généralisable à d'autres milieux. De plus, une attention spéciale devrait être accordée aux participants qui abandonnent le programme et il faudrait connaître les raisons de ces taux d'abandon.

Il serait aussi pertinent de cerner davantage l'impact de la participation des parents sur l'évolution des enfants au cours de l'intervention. Les recherches font ressortir l'importance d'impliquer les parents dès le début de l'intervention afin de favoriser la présence d'un environnement familial sécurisant; toutefois, l'influence de cette implication sur l'évolution des enfants n'a pas fait l'objet d'étude empirique.

Enfin, des études subséquentes qui utilisent un devis expérimental seraient pertinentes pour l'avancement des connaissances et permettraient de statuer sur le maintien de l'évolution des enfants dans le temps, sur les caractéristiques des enfants qui bénéficient davantage de l'intervention et sur les composantes du programme liées à l'efficacité.

### Conclusion

Cette étude met en lumière la nécessité de développer des programmes à modalités variées et à cibles multiples. Le National Adolescent Perpetrator Network (1993) fait ressortir qu'un programme d'intervention offert aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques doit être flexible afin de répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant.

En effet, l'ensemble des résultats témoignent du niveau élevé de vulnérabilité présent chez ces enfants (occurrence des problèmes cliniques aux différentes échelles); par conséquent, il ne fait aucun doute qu'une intervention précoce est primordiale afin de prévenir l'aggravation des comportements sexuels et la victimisation future.

## Références

- Achenbach, M.T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Alain, M., Pelletier, L.G. & Boivin, M. (2000). Les plans de recherche expérimentaux. In R.J. Vallerand & U Hess (Éds.), *Méthodes de recherche en psychologie*. Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Araji, S.K. (1997). *Sexually aggressive children : Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Association des Centres jeunesse du Québec (2000). *Un sommet du Québec pour toute la jeunesse... et celle en très grande détresse*. Montréal: Association des Centres jeunesse du Québec.
- Berliner, L. & Rawlings, L. (1991). *A treatment manual: Children with sexual behavior problems*. Seattle, WA: Harborview Sexual Assault Center.
- Bentovim, A. (2002). Preventing sexually abused young people from becoming abusers, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. *Child Abuse and Neglect*, 26, 661-678.
- Bonner, B.L., Walker, C.E. & Berliner, L. (1999). *Final report on children with sexual behavior problems : assessment and treatment*. Washington, DC : Office of Child Abuse and Neglect, Department of Health and Human Services.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L. & Avargues, M.C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. *Revue Épidémiologique et Santé Publique*, 48 (6), 517-539.
- Cunningham, C. & MacFarlane, K. (1996). *When children abuse : Group treatment strategies for children with impulse control problems*. Brandon, VT : Safer Society Press.
- Freeman-Longo, R.E., Bird, S., Stevenson, W.F. & Fiske, J. (1994). *1994 nationwide survey of treatment programs and models: Serving abuse reactive children, adolescent and adult sex offender*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Finkelhor, D. & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 34,1408-1423.
- Friedrich, W.N. (1990). *Psychotherapy of sexually abused children and their family*. New York : W.W. Norton.
- Friedrich, W.N. (1995). *Psychotherapy with sexually abused boys*. Thousands Oaks, CA: Sage Publications.



- Friedrich, W.N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M. & Shafran, C.R. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101 (4), 9.
- Friedrich, W.N., Fisher, J., Dittner, C.A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W.H., Gray, A & Wright, J. (2001). Child sexual behavior inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6 (1), 37-49.
- Friedrich, W.N., Grambsch, P., Damon, L., Koverola, C., Wolfe, V., Hewitt, S.K., Lang, R.A. & Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4 (3), 303-311.
- Friedrich, W.N. & Luecke, W.J. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19 (2), 155-164.
- Friedrich, W.N., Luecke, W.J., Beilke, R.L. et Place, V. (1992). Psychotherapy outcome of sexually abused boys: An agency study. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 396-409.
- Gagné, R. (1993). *Traduction en français du Social Skills Rating System* (Gresham, F.M. et Elliott, S., 1990). Document inédit. Montréal, QC.
- Gagnon, M.M., Bégin, H. & Tremblay, C. (soumis). Profil d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques: Études descriptives.
- Gagnon, M.M., Bégin, H. & Tremblay, C. (accepted for publication). Treatment program for children with sexually problematic behaviour: A status report. *International Journal of Child and Family Welfare*.
- Gagnon, C. & Vitaro, F. (2000). La prévention du trouble des conduites, avec centration sur les comportements violents. In F. Vitaro & C. Gagnon (Éds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents – Tome II : Les problèmes externalisés* (pp. 231-290). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gil, E. (1993a). Etiologic theories. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 53-66). Rockville, MD : Launch Press.
- Gil, E. (1993b). Family therapy. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 275-302). Rockville, MD : Launch Press.
- Gray, A.S. & Pithers, W.D. (1993). Relapse prevention with sexually aggressive adolescents and children : Expanding treatment and supervision. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall & Hudson, S.M (Éds.), *The juvenile sex offender* (pp. 289-319). New York : Guilford.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. & Pithers, W.D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers : demographics functioning and clinical patterns. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 9 (4), 267-290.

- Gray, A., Pithers, W.D., Busconi, A. & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: Treatment implications. *Child Abuse and neglect*, 23, 601-623.
- Gresham, F.M. & Elliott, S. (1990). *Social Skills Rating System Manual*. Minnesota: American Guidance Service.
- Hall, D.K. & Mathews, F. (1996). *The development of sexual behavior problems in children and youth: A technical report*. Toronto, ON: Central Toronto Youth Services.
- Hall, D.K, Mathews, F. & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 26, 289-312.
- Hall, D.K, Mathews, F. & Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse and Neglect*, 22 (10), 1045-1063.
- Hoyle, S.G. (2000). *The sexualized child in foster care: A guide for parents and other professionals*. Washington, DC: CWLA Press.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Johnson, T.C. (1988). Child perpetrators-Children who molest other children : Preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 12, 219-229.
- Johnson, T.C. (1989). Female child perpetrators-Children who molest other children : Preliminary finding. *Child Abuse and Neglect*, 13, 371-585.
- Johnson, T.C. (1993a). Preliminary Finding. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized Children : Assessment and Treatment of Sexualized Children who Molest* (pp. 67-89). Rockville, MD : Launch Press.
- Johnson, T.C. (1993b). Group therapy. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized Children : Assessment and Treatment of Sexualized Children who Molest* (pp. 179-273). Rockville, MD : Launch Press.
- Kolko, D.J. (1986). Social-cognitive skills training with a sexually abused and abusive child psychiatric inpatient. Training, generalization, and follow-up, *Journal of Family Violence*, 1 (2), 149-165.
- Lane, S. (1991). Special offender populations. In G. Ryan & S. Lane (Éds.), *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and correction* (pp. 299-332). Lexington, MA : Lexington Books.
- Lane, S. & Lobanov-Rostovsky, C. (1997). Special populations : Children. Females, the developmentally disabled, and violent youth. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Éds.), *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and correction* (éd. rév.) (pp.322-359). San Francisco, CA : Jossey-Bass Publishers.

- National Adolescent Perpetrator Network. (1993). The revised report from the National Task Force on Juvenile Sexual Offending. *Juvenile and Family Court Journal*, 44 (4), 1-119.
- Pithers, W.D. & Gray, A. (1998). The other half of the story : Children with sexual behavior problems. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 200-217.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems : Psychological and familial functioning. *Child Abuse and Neglect*, 22 (2), 129-141.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998b). Children with sexual behavior problems : Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3 (4), 384-406.
- Rasmussen, L.A., Burton, J. & Christopherson, B.J. (1992). Precursors to offending and the trauma outcome process in sexually reactive children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1 (1), 33-48.
- Ray, J.A. & English, D.J. (1995). Comparison of female and male with sexual behavior problems. *Journal of Youth and Adolescence*, 24 (4), 439-451.
- Ryan, G. (1989). Victim to victimizer: Rethinking victim treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (3), 325-341.
- Ryan, G. (1991). Theories of etiology. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Éds.), *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and correction* (pp.41-55). Lexington, MA : Lexington Books.
- Ryan, G. (1998). The relevance of early life experience in the treatment of sexually abusive youth. *Irish Journal of Psychology*, 19, 32-48.
- Ryan, G. (1999). Treatment of sexually abusive youth: The evolving consensus. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 422-436.
- Ryan, G. (2002). Victims who go on to victimize others: no simple explanations. *Child Abuse and Neglect*, 26, 891-892.
- Shaw, J.A. (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 55S-76S.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1996). *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper Collins.
- Thompson, R.W., Authier, K. & Ruma, P. (1994). Behavior problems of sexually abused children in foster care: A preliminary study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3 (4), 79-91.
- Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement: une recension des écrits. *Revue Canadienne de psycho-éducation*, 26 (1), 39-69.

- Tourigny, M. & Dagenais, M. (1998). Introduction à la recherche évaluative : la recherche au service des intervenants et des gestionnaires. In S. Bouchard & C. Cyr (Éds.), *Recherche psychosociale : pour harmoniser recherche et pratique* (pp.389-435). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Turcotte, D. & Tard, C. (2000). L'évaluation de l'intervention et l'évaluation de programme. In R. Mayer, F. Ouellet, M-C. Saint-Jacques & D. Turcotte (Éds.), *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Tremblay, C. & Gagnon, M.M. (2000). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Guide d'intervention destiné aux animateurs - volet enfants et parents*. Document inédit. Joliette, QC : Centres jeunesse de Lanaudière.
- Widom, C.S. (1996). Childhood sexual abuse and its criminal consequences. *Society*, 33, 47-53.
- Wright, J., Sabourin, S. & Lussier, Y. (1994). *Traduction en français et validation du Children's Sexual Behavior Inventory* (Friedrich, 1992). Montréal, Québec : Département de psychologie, Université de Montréal.

Tableau 1  
Évolution des enfants aux différentes dimensions

Dimensions	N	T1		T2		Sig.
		M	É.T.	M	É.T.	
<i>Child sexual Behavior Inventory (CSBI)</i>						
Score global	27	18,2	14,1	13,9	10,5	p<0,01
<i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i>						
Problèmes intériorisés	26	18,6	8,5	15,5	9,0	p<0,01
Problèmes extériorisés	26	27,3	11,8	26,7	11,3	n.s.
Score total	26	74,6	30,9	70,9	29,3	n.s.
Problèmes sexuels	25	3,2	2,8	2,5	2,6	p<0,05
Retrait social	26	6,7	3,7	6,2	3,8	n.s.
Plaintes somatiques	25	1,8	1,7	1,2	1,7	n.s.
Anxiété-dépression	26	11,3	5,4	9,4	6,2	n.s.
Problèmes sociaux	26	6,5	3,7	6,6	3,5	n.s.
Problèmes de la pensée	26	3,4	3,2	2,7	2,2	n.s.
Problèmes d'attention	26	9,7	5,0	10,1	5,6	n.s.
Comportement délinquant	26	7,8	4,1	7,7	4,0	n.s.
Comportement agressif	26	18,8	7,9	19,7	8,3	n.s.
<i>Système Skills Rating System (SSRS)</i>						
Affirmation de soi	28	13,0	3,9	14,9	3,5	n.s.
Coopération	28	13,8	3,6	14,2	3,3	n.s.
Contrôle de soi	28	13,4	4,2	14,9	3,4	n.s.
Empathie	28	11,3	4,8	12,7	3,8	n.s.
Score total	28	51,5	15,1	56,6	12,4	p<0,05

Programme d'intervention destiné aux enfants présentant des comportements sexuels  
problématiques : Analyse qualitative

Mélanie M. Gagnon  
*Université de Montréal*

Claudia Tremblay  
*Les Centres jeunesse de Lanaudière*

Huguette Bégin  
*Université de Montréal*

Lise Lachance  
*Université du Québec à Chicoutimi*

Soumis pour publication à la Revue canadienne de santé mentale communautaire

Cet article a été rédigé dans le cadre des études doctorales de la première auteure. Nous tenons à remercier le Conseil québécois de la recherche sociale pour son appui financier durant ces années d'études doctorales.

La réalisation de ce projet de recherche a été rendue, en partie possible, grâce à un octroi du Ministère de la Sécurité publique, dans le cadre de la stratégie nationale de la prévention de la criminalité.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées à : Huguette Bégin, Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-6662; Télécopieur : (514) 343-2285, Courriel : [REDACTED]

## Résumé

Cette étude exploratoire met en lumière la perception d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques et de leurs parents à la suite de leur participation à un programme d'intervention. Six groupes de discussion ont été formés, soit trois groupes d'enfants ( $N=15$ ) et trois groupes de parents ( $N=18$ ). L'analyse des témoignages recueillis révèle l'appréciation des participants relativement à la structure (nombre et durée des rencontres, animation, composition des groupes) et au contenu du programme (thèmes et activités). De plus, les propos des participants soulignent les améliorations comportementales et psychosociales perçues à la suite de leur participation à l'intervention de groupe, notamment une réduction des comportements sexuels problématiques et l'acquisition d'habiletés sociales et parentales. L'analyse des discussions de groupe confirme la pertinence d'intervenir auprès de ces enfants présentant des comportements sexuels problématiques et invitent à poursuivre l'implantation du programme.

**Mots clés :** analyse qualitative, groupes de discussion, programme d'intervention, comportements sexuels problématiques, enfants, parents

## Abstract

This exploratory study highlights the perceptions of children and parents following their participation in a treatment program for children displaying problematic sexual behaviour. Six focus groups were held. Three groups were formed comprising children (N=15) and three with parents (N=18). Analysis of the data collected provides information about the overall participant appreciation of the different components of the program including its duration, animation, group composition, topics and activities). Both the children and parents noted improvement in behaviour and psychosocial amelioration resulting from their participation in the intervention group, reduction of the children's sexual misbehaviour and improvement in socialization and parental skills. The analysis confirms the importance of treating children with sexual problematic behaviour and underlines the importance of pursuing the program.

**Key words:** qualitative analysis, focus group, treatment program, problematic sexual behaviour, children, parents



## Programme d'intervention destiné aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Analyse qualitative

Les recherches sur les enfants qui présentent des comportements sexuels problématiques<sup>1</sup> à l'endroit d'autres enfants ont connu un essor important depuis les vingt dernières années. Ces enfants ont souvent été victimes de mauvais traitements physiques, sexuels ou psychologiques et manifestent des déficits importants au niveau comportemental, social et scolaire (Bentovim, 2002; Bonner, Walker & Berliner, 1999; Friedrich, 1990; Friedrich & Luecke, 1988; Gagnon, Bégin & Tremblay, accepté; Gray, Busconi, Houchens & Pithers, 1997; Hall, Mathews, & Pearce, 2002; Horton, 1996; Johnson, 1988, 1989, 1993a, 1993b; Pithers, Gray, Busconi & Houchens, 1998b; Rasmussen, Burton & Christopherson, 1992; Ray & English, 1995; Ryan, 2002). Lorsque ces problématiques personnelles se conjuguent à des facteurs de risque familiaux (négligence, violence conjugale, encadrement dysfonctionnel, problèmes de santé mentale, habiletés parentales déficitaires, milieu familial sexualisé) et à des conditions environnementales difficiles (pauvreté, logement inapproprié, violence) (Bentovim, 2002; Friedrich & Luecke, 1988; Gagnon & al., accepté; Gil, 1993c; Gray & al., 1997; Hall & al., 2002; Johnson, 1993b, 1999; Pithers, Gray, Busconi & Houchens, 1998a; Ray & English, 1995), le risque d'apparition de comportements sexuels inadaptes s'accroît (Lane, 1991; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997; Pithers & Gray, 1998; Ryan, 1989; 1998; Thompson, Authier & Ruma, 1994; Widom, 1996; Williams, 1995).

Bien que la fréquence et l'intensité de ces problèmes restent à préciser, ce phénomène est d'autant plus inquiétant que de nombreuses études et des observations cliniques indiquent qu'une majorité d'adolescents et d'adultes agresseurs ont posé leurs premiers gestes sexuels inadéquats avant l'âge de 12 ans (Araji, 1997; Shaw, 1999). De plus, des études font ressortir que les comportements de ces jeunes peuvent être aussi agressifs et abusifs que ceux des adolescents ou des adultes (Cantwell, 1988, 1995; Cunningham & MacFarlane, 1991, 1996; Friedrich & Luecke, 1988; Gray &

---

<sup>1</sup> L'examen de la documentation illustre la multiplicité des expressions caractérisant les enfants présentant des comportements à caractère sexuel; les termes réactif, agressif, abusif, déviant, intrusif, problématique sont fréquemment employés, désignant parfois le même phénomène et parfois des phénomènes distincts. Pour les fins de notre propos, les termes « comportement sexuel problématique, inapproprié et inadapte » renvoient aux enfants qui posent des gestes sexuels à l'endroit d'autres enfants.

Pithers, 1993; Groth & Lored, 1981; Hall & al., 2002; Haugaard & Tilly, 1988; Johnson, 1988, 1989; Johnson & Berry, 1989; Pithers & Gray, 1998; Pithers & al., 1998b; Rasmussen & al., 1992; Ryan, 1989; 2000a; Yates, 1982). Ryan (2000b) rappelle que le but du dépistage et de l'intervention précoce vise à prévenir l'aggravation du comportement sexuel inadapté et le retour à une trajectoire développementale plus saine. Il est donc essentiel d'intervenir tôt auprès de ces jeunes et de concentrer les efforts de recherche sur l'identification d'interventions efficaces et réalisables.

La première partie de cet article met en lumière les paramètres des programmes d'interventions existants, la description du programme d'intervention implanté, la pertinence d'étudier la perception des participants dans l'évaluation de programmes ainsi que les questions de recherche.

#### Paramètres des programmes d'intervention existants

Les efforts déployés lors de l'intervention auprès de cette clientèle ciblent relativement les mêmes objectifs distaux, soit de faire cesser les comportements sexuels problématiques, de prévenir la victimisation future et l'apparition d'autres comportements agressifs et de favoriser le développement d'habiletés personnelles, sociales et familiales plus adaptées (National Adolescent Perpetrator Network, 1993). L'approche d'intervention la plus répandue vise donc directement le comportement sexuel inadapté et comporte habituellement deux volets, l'un axé sur la thérapie et le soutien à l'enfant et aux parents et l'autre axé sur l'éducation (développement des connaissances liées à la sexualité, développement d'habiletés sociales, amélioration du contrôle de soi et de l'estime de soi, apprentissage d'habiletés parentales, etc.) (Berliner et Rawlings, 1991; Burton, Rasmussen, Bradshaw, Christopherson & Huke, 1998; Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich, Berliner, Urquiza & Beilke, 1988; Gray & Pithers, 1993; Johnson, 1993c; Johnson & Berry, 1989; Rasmussen & al., 1992).

En outre, presque tous les programmes font appel à des techniques cognitivo-comportementales (Freeman-Longo, Bird, Stevenson & Fiske, 1994) qui remettent la responsabilité du comportement à l'enfant et qui favorisent le développement des compétences sociales (Ballester & Pierre, 1995; Berliner & Rawling, 1991; Burton & al.,

1998; Cunningham & MacFarlane, 1996; Gray & Pithers, 1993; Johnson, 1993c; Lane, 1991; Pithers & al., 1998b; Service à l'enfance et à la famille, 1995). De plus, l'approche de groupe est privilégiée pour travailler avec ce type d'enfants; les groupes composés de quatre à sept jeunes sont déterminés selon l'âge développemental (préscolaire, 3 à 5 ans; latence, 6 à 9 ans; préadolescent, 10 à 12 ans) et le sexe (Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich & al., 1988; Johnson, 1993c; Johnson & Berry, 1989; Gray & Pithers, 1993; Rasmussen & al., 1992). Le groupe est favorisé car il permet de développer des habiletés interactives en plus d'apporter un soulagement à l'isolement. Ce mode d'intervention facilite l'exécution d'activités structurées et fournit un bon rapport coûts-bénéfices dans un contexte de ressources limitées. La durée des sessions varie (de 60 minutes à 120 minutes) selon les programmes avec une prépondérance de 90 minutes. Les rencontres se déroulent habituellement sur une base hebdomadaire allant de 10 semaines à 24 mois selon les programmes (Burton & al., 1998; Cunningham & MacFarlane, 1996; Friedrich & al., 1988; Gray & Pithers, 1993; Johnson & Berry, 1989). De plus, la coanimation optimise la gestion des groupes. Enfin, l'implication des parents est une composante essentielle à tout programme d'intervention destiné à ces enfants. En effet, l'intervention auprès des parents vise à développer des habiletés parentales positives et à apporter un soutien à l'enfant dans la compréhension et le contrôle de ses comportements sexualisés (Bonner & al., 1999; Burton & al., 1998; Cunningham & MacFarlane, 1991, 1996; Friedrich, 1990; Gray & Pithers, 1993; Griggs & Boldi, 1995; Hindman, 1994; Johnson, 1993c; Johnson & Berry, 1989; Lane, 1991; Pithers & al., 1998b).

Malgré la prolifération des écrits sur la problématique des enfants manifestant des comportements sexuels inadaptés, les travaux décrivent principalement des programmes et rapportent des opinions cliniques quant à leur efficacité. Seules trois études (Bonner & al., 1999; Kolko, 1986, Pithers & al., 1998b), évaluant des programmes d'intervention offerts à ces enfants qui posent des gestes sexuels inadéquats, sont disponibles dans la littérature et elles ne permettent guère de conclure quant à leur efficacité en raison des limites méthodologiques (mesure unique d'efficacité, absence de précision sur la nature des programmes, etc.). Bien que ces trois études fassent état d'améliorations entre le début et la fin de l'intervention, aucune d'entre elles ne peut attribuer les changements observés à la participation au

programme. Par ailleurs, il n'existe aucune étude qui se soit penchée sur la perception des participants dans l'évaluation du contenu et des changements observés.

### Description du programme d'intervention implanté

Considérant les données cliniques et scientifiques disponibles, le Programme d'intervention auprès des enfants présentant des comportements sexuels problématiques - PI-ECSP (Tremblay & Gagnon, 2000) a été développé pour répondre aux besoins des enfants, garçons et filles, âgés de 6 à 12 ans, manifestant des comportements sexuels problématiques<sup>2</sup>. Ce programme, conçu sous la forme d'une intervention préventive, vise à aider les enfants et les parents<sup>3</sup> à reconnaître les comportements sexuels d'exploration saine et les comportements sexuels problématiques et à faire cesser l'aggravation des comportements sexuels problématiques en favorisant l'acquisition d'habiletés personnelles, sociales et familiales.

L'intervention de groupe comprend deux volets parallèles, un volet enfants et un volet parents, de 23 rencontres hebdomadaires d'une durée de 90 minutes. Le nombre maximal de participants par groupe est de 7 pour le groupe d'enfants et de 14 pour le groupe de parents. Les enfants sont répartis dans les groupes selon le sexe et l'âge développemental (6 à 9 ans et 10 à 12 ans) alors que les parents sont regroupés à l'intérieur d'un même groupe. Pour le même enfant, deux adultes peuvent participer au groupe (par exemple, les deux parents biologiques, ou un parent et un éducateur de résidence de groupe). Le groupe fermé est privilégié afin de favoriser la confiance entre les membres, la cohésion au sein du groupe, la stabilité des rôles et des normes. De plus, le groupe a recours à la coanimation homme et femme, lorsque possible, afin de fournir des modèles de rôles positifs.

Les modules des volets enfants et parents se subdivisent en deux niveaux : les modules séquentiels et les modules linéaires. Les modules séquentiels réfèrent aux

<sup>2</sup> Les comportements sexuels problématiques sont définis par : la nature répétitive, l'incapacité d'arrêt suite aux interventions et à la supervision d'adultes, la persistance des comportements à travers le temps et les situations ou l'étendue des gestes sexuels correspondant aux comportements d'adultes.

<sup>3</sup> Afin d'alléger le texte, par le terme « parent », nous entendons tous les adultes qui ont la responsabilité de l'enfant : les parents biologiques, les parents de familles d'accueil ou adoptives, les éducateurs de maisons d'accueil, de résidences de groupe ou de centres de réadaptation, les grands-parents, etc.

objectifs travaillés successivement selon un ordre logique établi. En d'autres mots, le passage d'un objectif à l'autre ne se fait qu'après avoir assimilé les notions précédentes. Trois modules sont de nature séquentielle: comportements sexuels problématiques, éducation à la sexualité et limites personnelles. Les autres modules sont dits linéaires puisque l'atteinte des objectifs se fait à partir d'un travail continu tout au long du programme d'intervention. Ces objectifs font appel à un travail constant de la part des enfants et des parents. Pour le volet enfants, trois modules sont de nature linéaire : habiletés sociales, contrôle de soi et estime de soi alors que, pour le volet parents, un seul module est linéaire, les habiletés parentales.

Plus précisément, les activités des modules du programme permettent à l'enfant : (a) de reconnaître son comportement sexuel problématique, (b) de cerner les mécanismes déclencheurs et les conséquences du comportement sexuel problématique, (c) de développer des connaissances en matière de sexualité saine, (d) de prendre conscience de ses limites personnelles et de celles d'autrui, (e) de parfaire ses habiletés sociales, (f) de développer des habiletés favorisant le contrôle de soi et (g) de renforcer son estime de soi. Pour l'ensemble des parents, les cibles d'intervention visent : (a) la reconnaissance des comportements sexuels problématiques de leur enfant, (b) la compréhension des mécanismes déclencheurs menant aux comportements sexuels inadéquats, (c) l'établissement d'une supervision adéquate, limitant ainsi les activités qui placent l'enfant dans une situation propice aux activités sexuelles inappropriées, (d) l'apprentissage de connaissances et d'habiletés dans l'éducation à la sexualité de leur enfant, (e) le développement d'habiletés parentales par l'apprentissage d'une communication ouverte, d'une attention positive et le renforcement de l'estime de soi de l'enfant.

#### Perception des participants dans l'évaluation de programmes

La mise en pratique d'un nouveau modèle d'intervention se fait rarement sans obstacle. Certaines modifications y sont souvent introduites, volontairement ou involontairement, par rapport au modèle original. Les variantes dans l'application d'un programme peuvent avoir un impact considérable sur les résultats escomptés ou sur son efficacité. À cet égard, l'utilisateur est perçu comme un informateur clé dans le processus de recherche puisqu'il devient difficile de comprendre la dynamique interne

d'un programme sans examiner comment l'utilisateur, à titre de principal acteur, a vécu cette expérience (Desrosiers, Kishchuk, Ouellet, Desjardins, Beauregard & Perreault, 1998; Mayer & Ouellet, 1998; Patton, 1982).

Une évaluation de nature formative vise à produire de l'information qui éclairera sur les changements susceptibles d'être apportés au programme afin d'en accroître l'efficacité (Desrosiers & al., 1998). Une telle démarche d'évaluation peut contribuer à améliorer la qualité du programme offert et, de façon ultime, favoriser la réduction des problèmes auxquels il s'adresse. Dans cette perspective, la perception des bénéficiaires du programme est primordiale car elle fournit des informations sur le fonctionnement du programme, le niveau d'appréciation et l'adaptation du programme aux besoins de la clientèle.

### Objectifs de l'étude

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche de plus grande envergure relativement à l'évaluation de l'implantation de PI-ECSP dont l'objectif général vise à améliorer les composantes du programme. Dans une perspective formative, l'étude présentée dans cet article s'intéresse plus précisément à trois questions relatives à la perception des participants quant aux activités du programme et à leurs résultats :

- (1) Quelle est la perception des participants, enfants et parents, quant aux diverses composantes du programme?
- (2) Quels sont les changements perçus par les participants depuis leur participation au programme?
- (3) Quelle est la perception des participants, enfants et parents, quant aux composantes pouvant influencer l'implantation du programme?

### Démarche méthodologique

Cette seconde section présente le programme d'intervention implanté, l'échantillon de l'étude, le déroulement des groupes focalisés ainsi que l'analyse des données colligées.

### Description de l'échantillon

Six groupes focalisés ont été formés; soit trois groupes d'enfants et trois groupes de parents. Selon Morgan (1998), de trois à cinq groupes suffisent pour atteindre la saturation. Quatre à six participants font partie de chaque groupe d'enfants alors que les groupes de parents comprennent de quatre à huit participants. Selon Morgan (1998) ainsi que Barbour & Kitzinger (1999), ce nombre de participants par groupe favorise la discussion. Le tableau 1 présente les statistiques descriptives concernant les variables sociodémographiques des 33 participants, soit 15 enfants et 18 adultes.

-----  
*Insérer ici le tableau 1*  
 -----

L'échantillon total est composé de 15 enfants (13 garçons et 2 filles) âgés en moyenne de 11,5 ans et de 18 adultes (13 femmes et 5 hommes) dont la majorité est âgée de moins de 40 ans (76,5%). Près du tiers des enfants vivent avec leurs parents biologiques (26,7%), soit leur mère (13,3%), leur père biologique (6,7%) ou leurs deux parents (6,7%), alors que la majorité des enfants vivent en milieu substitut (famille d'accueil : 20,0%; maison d'accueil : 6,7%; résidence de groupe : 33,3%; centre de réadaptation : 13,3%).

Le groupe d'adultes est composé de parents biologiques (33,3%), de parents de familles d'accueil (33,3%) et d'éducateurs de milieux de réadaptation (maison d'accueil : 5,6%; résidence de groupe : 22,2%; centre de réadaptation : 5,6%).

### Déroulement des groupes focalisés

Les groupes focalisés sont réalisés immédiatement après la participation au PI-ECSP auprès des enfants et des parents ayant terminé les 23 semaines d'intervention de groupe. En début de rencontre, un formulaire de consentement et un questionnaire de renseignements généraux sont distribués et expliqués aux participants, puis signés et remis au modérateur (Greenbaum, 1998). Les parents remplissent le formulaire de consentement pour eux-mêmes et pour leur enfant. Par la suite, le déroulement, les

objectifs du groupe focalisé ainsi que les conditions éthiques sont présentés par le modérateur (Steward & Shamdasani, 1990). Les propos évoqués dans les groupes focalisés sont enregistrés sur une bande audio pour fins d'analyse et la durée est d'une heure pour les enfants et de deux heures pour les parents (Jackson, 1998; Krueger, 1998b).

Le modérateur des groupes ne connaît pas ou très peu les participants, ce qui favorise les échanges et ne restreint pas la discussion (Then, 1996). Deux observateurs assis en retrait dans la salle consignent des observations sur la dynamique du groupe et sur les comportements non-verbaux des participants (Beyea, 2000; Jackson, 1998; Kidd & Parshall, 2000; Morrison-Beedy, Côté-Arseneault & Fischbeck Feinstein, 2001; Roberts, 1997). Les rencontres sont réalisées dans les salles où se déroulent les séances de groupe. À la suite du groupe focalisé, le modérateur et les observateurs discutent des thèmes à retenir, des différences d'opinions entre les groupes, de la dynamique de groupe et des changements à apporter, s'il y a lieu, au programme PI-ECSP (Kitzinger, 1995; Krueger, 1998b; Lincoln & Guba, 1985; Morrison-Beedy & al., 2001; Simon, 1999).

Dans le groupe, le modérateur voit à stimuler les échanges et à susciter un maximum d'idées tout en maintenant la discussion sur les thèmes centraux (Gibb, 1997; Morgan, 1998). De plus, sa familiarité avec la problématique lui permet souplesse, attention et flexibilité dans l'animation (Gibb, 1997; Krueger, 1998b; Morrison-Beedy & al., 2001). Afin d'optimiser la crédibilité, un guide d'animation comprenant les thèmes et les questions préétablis a été élaboré (Morrison-Beedy & al., 2001). La forme d'animation semi-structurée est orientée de façon à progresser vers des questions plus spécifiques (Krueger, 1998a; Lane, McKenna, Ryan & Fleming, 2001; Simon, 1999) et permet aux participants de parler de leurs propres expériences et d'exprimer leurs opinions sur les thèmes correspondant aux objectifs de la recherche.

Au plan de la fidélité, une seule personne anime tous les groupes focalisés, ce qui assure l'équivalence. De plus, comme le modérateur participe à tous les niveaux de la recherche (animation, analyse, discussion et communication), la cohérence interne est adéquate (Kidd & Parshall, 2000). En outre, plusieurs dispositions sont mises de l'avant



pour maximiser la validité: (a) la compréhension des questions est vérifiée auprès des participants, (b) les réponses sont écoutées attentivement et enregistrées, (c) les participants sont invités à discuter de ce qu'ils jugent important et à développer les réponses ambiguës (Kidd & Parshall, 2000).

### Analyse des données

Les données recueillies dans les groupes focalisés sont de nature qualitative; les enregistrements sur cassette et les notes prises par l'observateur font l'objet d'analyses en fonction des étapes suivantes: (a) transcription du verbatim, (b) lecture répétée du matériel, (c) division du matériel en thèmes (cotation), (d) précision des thèmes, sous-thèmes et indicateurs, (e) révision des thèmes par les chercheurs afin d'en arriver à un consensus, (f) codage du matériel et (g) analyse des résultats (Beyea, 2000). Le logiciel N'Vivo a servi à la cotation du matériel en fonction des thèmes. De plus, une analyse horizontale a été réalisée (Patton, 2002); en ce sens, chaque groupe est interprété comme un cas pour les fins de l'analyse car il représente une totalité plutôt qu'un ensemble de réponses individuelles (Lane & al., 2001). Enfin, en ce qui concerne la validation, un accord inter-juge, concernant les codes et les thèmes, a été effectué afin d'assurer la concordance qualitative des interprétations (Morse, 1994).

### Résultats

Les résultats sont présentés à la lumière des trois questions de l'étude. Les thèmes énumérés par ordre d'importance tiennent compte du nombre de mentions par les groupes et du nombre total d'extraits de discours pour l'ensemble des groupes.

*(1) Quelle est la perception des participants, enfants et parents, quant aux diverses composantes du programme?*

La première question aborde la perception des participants (enfants et adultes) à l'égard de deux composantes du programme, soit la structure des groupes (nombre, fréquence et durée des rencontres, composition et animation) et le déroulement des rencontres (modules et activités).

## Structure des groupes

Nombre et durée des rencontres. De manière prévisible, lors des groupes de discussion, plusieurs parents soulignent leurs résistances face au nombre élevé de rencontres auxquelles ils doivent assister. Alors que certains soulèvent le travail comme principale raison, d'autres mentionnent le fait de devoir faire garder les enfants qui ne vont pas à l'école. Toutefois, une fois la démarche amorcée, ils sont rapidement convaincus de la nécessité de poursuivre les rencontres. Ces relations développées au fil des rencontres et le soutien reçu par le groupe justifient également la poursuite malgré les obstacles à surmonter. Les propos de ces deux parents expriment bien les résistances de départ :

« Quand je me suis assis à la table et que j'ai su que c'était 23 semaines, je voulais mourir. Je trouvais ça épouvantable à cause du contexte (de travail) que j'ai. Mais maintenant, après évaluation, je me dis que j'aurais aimé ça en avoir davantage ».

« Pour partir, c'est sûr que 23 rencontres c'est beaucoup et c'est en plein milieu de la semaine, mais c'est correct; ça été une réussite et j'ai trouvé ça enrichissant à 150 milles à l'heure ».

Le nombre de rencontres semble approprié et nécessaire à une bonne intégration des notions transmises. Bien que les parents souhaitent réduire le nombre de rencontres, tous s'entendent pour dire qu'aucun thème ne doit être retiré de la programmation. Ils proposent donc de diminuer le nombre de rencontres et d'augmenter la durée de celles-ci de trente minutes.

Composition des groupes. L'hétérogénéité des groupes, composés de parents biologiques, de parents de familles d'accueil ou adoptives, d'éducateurs de maisons d'accueil, de résidences de groupe ou de centres de réadaptation, de grands-parents, etc., s'avère très enrichissante. En effet, la diversité des expériences de vie et des dynamiques personnelles permet à chacun des participants de prendre conscience de l'apport des expériences différentes et des responsabilités de chacun pour aider l'enfant.

De plus, la présence de parents biologiques, de parents d'accueil et d'éducateurs, réunis pour une expérience commune, soit un enfant manifestant des comportements sexuels problématiques, semble réduire les préjugés. Une mère biologique laisse entendre à ce sujet que : « Nous autres comme parents (biologiques) de voir comment les familles d'accueil eux autres aussi s'impliquent et qu'ils ne sont pas juste là pour l'argent ».

Un autre parent affirme :

« Je trouvais ça bien que ce soit mélangé, que ça soit pas juste des familles d'accueil ou des familles biologiques, mais qu'on soit tout diversifié et on voit aussi comment chacun agit et c'était très enrichissant. C'est comme si tout le monde se trouvait sur le même piédestal malgré ce qu'on pourrait penser ».

Animation. Lors des groupes de discussion, les enfants et les parents ont souligné l'ouverture des animateurs de groupe et l'importance de se sentir écoutés, supportés et compris dans cette démarche. Ils perçoivent les animateurs comme des guides qui favorisent leur cheminement et non pas comme des experts détenant le savoir. De plus, les parents mentionnent avoir grandement apprécié le fait de ne pas se sentir jugés par les animateurs :

« On se sentait appuyé et on se sentait compris; moi je ne la voyais pas comme une personne attirée qui avait fait les études et qui était là pour nous enseigner, elle nous faisait voir qu'elle non plus elle n'était pas un parent parfait et elle nous a donné des exemples ».

Pour leur part, les enfants considèrent très important l'attention et l'aide apportées par les animateurs de groupe : « Moi j'ai trouvé les deux (animateurs) très sympathiques, ils prenaient le temps aussi de nous écouter et de nous l'expliquer quand on comprenait pas, ils nous aidaient, ils nous criaient jamais après et ils étaient fins ».

En outre, la complémentarité et la complicité entre les deux animateurs sont un atout important. De toute évidence, l'approche plus directive et pédagogique de certains, ou plus souple et thérapeutique des autres, favorise un climat de communication et d'aide mutuelle au sein d'un même groupe. Le rôle de chacun des animateurs assure le bon

fonctionnement du groupe et favorise le sentiment d'appartenance et de cohésion dans le groupe.

### Déroulement des rencontres

Thèmes abordés. Les propos des enfants et des parents mettent en évidence la pertinence et l'appréciation de chacun des thèmes abordés lors des rencontres. De plus, les parents laissent entendre l'importance que les rencontres ne portent pas exclusivement sur la problématique des comportements sexuels inadéquats, ce qui leur apparaît répondre à des besoins reconnus chez leur enfant et eux-mêmes.

Le thème des comportements sexuels problématiques a suscité le plus de discussions au sein de tous les groupes focalisés. D'une part, les enfants disent avoir trouvé, au départ, très gênant de partager leurs expériences en lien avec leurs comportements sexuels problématiques. Toutefois, au fil des rencontres, cette gêne s'est estompée et ils ont réalisé qu'ils n'étaient pas seuls à vivre cette situation, qu'ils étaient tous dans le groupe pour les mêmes raisons, soit leurs comportements sexuels inadéquats. D'autre part, pour les adultes, le thème des comportements sexuels problématiques leur a permis de démystifier la problématique et de faire la différence entre une sexualité saine et une sexualité inappropriée.

Au-delà du thème des comportements sexuels problématiques, les adultes ont apprécié les discussions et ont réalisé des apprentissages sur la sexualité des enfants. Un père affirme : « Je viens de m'ouvrir les yeux que mon fils est rendu là dans sa sexualité, il faut que j'allume, il a 11 ans, pis qu'il est à la porte de ça. Là-dessus j'en manque ».

Qui plus est, les adultes notent que les discussions sur ces différents thèmes leur ont fourni non seulement des moyens pour intervenir plus adéquatement auprès de leurs enfants, mais ont su répondre à plusieurs de leurs questionnements et interrogations concernant diverses facettes du développement de l'enfant.

Ces propos résument bien l'idée générale discutée dans les groupes de parents :

« Pour ce qui est de la thérapie en elle-même, c'est très bon et même tous les parents devraient avoir des rencontres comme ça parce que ça nous a ouvert les yeux sur certains points qu'on n'était pas conscient et ça nous a aidés à interagir avec nos enfants et ça nous a fait rappeler des souvenirs aussi. Oui, moi je le recommanderais à tous les parents, c'est pas un mode d'emploi là mais... on se plaint qu'on n'a pas de manuel pour élever des enfants, mais ça c'est presque un cours parental qu'on avait, des suggestions et des mises en pratique ».

Activités réalisées. L'ensemble des enfants et des parents mentionne que les activités directement en lien avec les comportements sexuels problématiques sont des outils utiles et d'une grande aide. Ces activités favorisent chez les enfants et les parents une meilleure compréhension des mécanismes mis en place dans l'émergence des comportements sexuels problématiques des enfants ainsi qu'une prise de conscience des conséquences qui en découlent pour l'enfant instigateur, la famille et les autres enfants impliqués. De plus, la rencontre dyade, où chaque enfant présente son cheminement à son parent, représente le point tournant pour tous les adultes et les enfants. À cette rencontre, le parent prend conscience des progrès réalisés par l'enfant depuis le début de sa participation au groupe et des difficultés sur lesquelles il faut travailler. Cette rencontre dyadique permet aussi à l'enfant de se sentir entendu et soutenu par son parent dans sa démarche. À la suite de cette rencontre, un changement s'amorce dans la dynamique de groupe, les enfants ayant tendance à se sentir plus en confiance et davantage motivés à modifier leur comportement. Pour leur part, les parents reconnaissent les bénéfices d'accompagner leur enfant à chaque semaine et l'importance de leur soutien dans cette démarche.

Par ailleurs, des adultes souhaitent passer davantage de temps sur ce thème et tout particulièrement lors de la rencontre dyade : « Moi j'ai trouvé le moment avec l'enfant où on parlait de ses comportements (sexuels problématiques), je l'ai trouvé vraiment trop court ». Ils ont besoin d'en savoir davantage et de « montrer aussi à l'enfant que s'il nous parle, qu'on ne va pas y taper dessus, qu'on va l'accueillir, on va essayer de comprendre et d'essayer de l'aider là-dedans ».

Au-delà des activités propres au thème des comportements sexuels problématiques, la majorité des participants, enfants et parents, ont apprécié les activités en lien avec l'éducation à la sexualité. Les livres sur la sexualité ont permis aux enfants de trouver des réponses à certaines questions, concernant notamment le corps humain, la reproduction sexuelle et les changements qui surviennent à la puberté. Encore une fois, la rencontre dyade, où le parent lit à son enfant un passage dans un livre, a permis de créer un moment propice à la discussion sur les thèmes reliés à la sexualité.

En outre, tous les enfants et les parents s'entendent pour dire que les diverses stratégies utilisées (mimes, jeux de rôles, dessins, mises en situations, quiz), lors des rencontres sur les habiletés sociales, le contrôle de soi, l'estime de soi et les habiletés parentales, permettent de mettre en pratique certains apprentissages.

Dans un autre ordre d'idées, les adultes considèrent important de laisser du temps dans les rencontres, non seulement pour travailler les thèmes abordés à l'aide d'activités dirigées, mais également pour exprimer leurs expériences personnelles en tant que parent ou adulte significatif dans la vie de l'enfant.

*(2) Quels sont les changements perçus par les participants depuis leur participation au programme?*

L'analyse du verbatim de l'ensemble des groupes focalisés permet d'identifier les changements perçus chez les enfants et les parents au niveau des comportements sexuels problématiques, de l'éducation à la sexualité, des limites personnelles, des habiletés sociales, du contrôle de soi, de l'estime de soi et des habiletés parentales.

Comportements sexuels problématiques. La perception générale des enfants et des parents exprime une réduction au niveau des comportements sexuels problématiques des enfants. Les précisions apportées par les participants qui ont noté des améliorations dans la réduction et le contrôle des comportements sexuels problématiques démontrent d'une part, une meilleure compréhension des éléments précurseurs aux comportements sexuels problématiques (pensées, sentiments, endroits, etc.) et, d'autre part, l'apprentissage de moyens concrets chez l'enfant pour exercer un meilleur contrôle sur son comportement. Les parents observent aussi une

plus grande habileté chez l'enfant à reconnaître les situations à risque et à demander de l'aide à l'adulte :

« Si elle sent qu'il y a quelque chose qui va se passer et qu'il y a quelqu'un autour, elle va dire, j'aimerais te parler, mais pas tout de suite, quand il y aura plus personne. Je trouve donc ça formidable ».

« Il a exprimé comment installer des limites par lui-même. C'est le jeune qui a demandé de ne pas être assis à côté de tel jeune et j'ai organisé ça. Il demandait à l'adulte de l'aider ».

Pour leur part, les enfants semblent avoir assimilé des moyens à mettre en place, tout particulièrement celui de fréquenter des enfants de leur âge et de demander de l'aide à un adulte. Ces quelques propos démontrent bien leurs apprentissages :

« Ça m'a aidé, je sais qu'il ne faut pas que je me tienne avec des jeunes parce que je pourrais avoir des pensées sexuelles ou des affaires de même et j'essaie de parler quand j'ai des mauvaises pensées ».

Ben soit que quand j'ai des mauvaises pensées je vais le dire à ma mère ou à un adulte de confiance et je m'éloigne des petits ».

« Je vais essayer de me tenir avec des gars de mon âge pour jouer à des jeux plus vieux au lieu de jouer avec des petits à des jeux sexuels ».

Par ailleurs, bien que la majorité des adultes ait noté des changements positifs chez les enfants, certains ont soulevé l'absence de changement chez l'enfant qu'ils accompagnent. Le jeune âge de ces enfants (6 à 8 ans) est la principale raison évoquée par les adultes pour expliquer l'absence de changement observé, notamment, les enfants plus jeunes ont des difficultés à assimiler le contenu des rencontres.

Au niveau des adultes, une meilleure compréhension de la problématique semble avoir un impact positif dans leurs interventions :

« Moi c'est sûr que ça m'a aidé à démystifier certains agissements des enfants qui étaient ici, ça m'a aidé aussi beaucoup à m'enlever la crainte que ça pourrait avoir comme répercussion. Pis aussi c'est que l'inconnu de certains agissements m'amenait certaines craintes et là c'est comme plus connu et ça m'enlève de la crainte ».

En outre, les adultes viennent davantage en aide aux enfants en créant un environnement sécurisant et en mettant en place une supervision adéquate qui limite les situations propices aux activités sexuelles inappropriées entre enfants.

Éducation à la sexualité. Les enfants et les parents ont noté des améliorations au niveau des connaissances et de la communication parent-enfant sur divers sujets en lien avec la sexualité. Les extraits suivants expriment bien la pensée des parents :

« Ça m'a permis de me rapprocher de lui, qu'il ait plus d'ouverture pour parler de sexualité et ça va être plus facile pour moi de lui rappeler certaines choses quand il va être en difficulté ».

« Ça a permis de solidifier le lien ça c'est sûr, comme il avait des conseils, il venait me voir et pas les autres intervenants ».

Limites personnelles. Le thème des limites personnelles a créé une prise de conscience chez les participants, enfants et adultes, relativement à l'espace personnel et aux façons dont on peut envahir l'espace personnel des autres. Une enfant mentionne que « maintenant j'ai appris à respecter leur propre espace, tsé la bulle personnelle ».

Habiletés sociales, contrôle de soi et estime de soi. Les parents et les enfants ont noté des changements aux niveaux des habiletés sociales, du contrôle de soi et de l'estime de soi des enfants. Les propos suivants des parents en font état : « Il n'avait pas d'amis et maintenant il en a ». « Aussi, du côté de son estime de soi où il en a repris beaucoup, il a repris confiance en lui ».

Un enfant dit « Je suis fier de moi et je m'aime plus grâce aux activités et je me sens mieux maintenant », d'autres jeunes mentionnent « ne plus faire de mauvais coups », « être plus calme », « ne plus crier » et « avoir beaucoup plus d'amis ». Les enfants affirment que leur participation au groupe leur a permis de développer des moyens pour contrôler leurs émotions, particulièrement leur colère : « Je contrôle ma colère, ben en allant dehors prendre une bonne bouffée d'air ». « Moi j'écoute de la musique, là je danse et ça passe, ça décompresse ». Un jeune garçon mentionne l'effet du groupe dans sa vie scolaire : « c'est comme si je me défoulais un peu dans le groupe et à l'école ça allait mieux ».



Habilités parentales. Lors des groupes de discussion, les adultes ont abordé longuement les répercussions de leur participation au programme dans leur vie familiale :

« On l'applique aussi dans notre vie de tous les jours avec notre famille, avec nos enfants, donc ça a des répercussions positives. Ça m'a aidé à comprendre mes enfants, aussi avec les trois autres qui sont à la maison et ça m'a aidé avec ma conjointe ».

Les enfants ont également observé des changements positifs chez leurs parents. À cet effet, un jeune affirme :

« Ils pouvaient nous dire comment faire pour limiter les comportements sexuels, pour nous aider à la maison. Avec leur groupe à eux autres, ils savaient un peu ce qu'on avait vécu et ils savaient plus comme gérer ça et ils le prenaient ».

En outre, les adultes notent également des acquis au plan personnel. Une mère biologique s'exprime :

« Moi j'étais très renfermée et du moment que nous devions parler de sentiments, je bloquais, je ne parlais plus, je faisais juste pleurer. Maintenant c'est plus pareil. Je vais être beaucoup plus capable d'exprimer mes émotions avec ma fille et je vais être plus à l'aise de lui parler de ces choses de manière adéquate, sans qu'elle trouve ça trop bébé ou trop compliqué. J'ai plus de facilité à communiquer avec elle et à comprendre moi aussi ».

Un autre parent mentionne :

« J'ai changé de style de vie, pis là moi qui me remets plus en question avant d'intervenir. C'est pas compliqué, je me remets toute en question, je suis en train de toute restructurer ma vie complètement ».

En somme, les propos des participants reflètent des changements à plusieurs niveaux, certains plus visibles que d'autres. Il va sans dire que l'amélioration de la communication parent-enfant est un point qui est ressorti dans tous les groupes de discussion, tant chez les enfants que chez les adultes. Les enfants sont plus à l'aise de s'exprimer et les parents sont plus calmes et plus adaptés au niveau de leurs propos et leurs interventions.

(3) *Quelle est la perception des participants, enfants et parents, quant aux variables pouvant influencer l'implantation du programme?*

L'accompagnement parent-enfant est le facteur qui semble contribuer grandement au bon fonctionnement du programme et surtout aux changements positifs observés chez les enfants et les parents. En groupe de discussion, un père discute de l'importance de l'accompagnement parent-enfant en ces termes :

« Moi, je sais que ça avait beaucoup d'importance pour mon fils, parce qu'il ne voulait pas personne d'autre que son père et il était heureux tous les jeudis matin de me voir, c'était sa journée avec papa et c'était important pour lui et pour moi aussi de pouvoir reprendre là où j'avais échoué. De pouvoir lui donner ce qu'il a besoin ».

Dans le groupe des enfants, un garçon s'exprime en disant :

« Ben, ça m'a aidé à me débloquer, parce que s'il n'avait jamais été là mon père, j'aurais jamais avancé de même. J'aurais resté pogné comme au départ. Ben là un moment donné j'ai ben vu qu'il m'aidait pas mal, pis c'est comme de ne pas le laisser travailler tout seul. Là un moment donné, j'ai décidé d'embarquer et d'en parler. Qu'il soit là ça me donnait comme message qu'il était capable de m'aider et d'avoir plus confiance en moi ».

Bien que certains enfants vivent en milieu substitut, la participation des parents biologiques au programme semble avoir rapproché parents et enfants. Un jeune mentionne : « Avec tous les renseignements qu'elle avait eus elle aussi (dans son groupe) durant la semaine, ben quand je retournais les fins de semaine, ben on parlait des fois, juste moi et maman ».

Par ailleurs, les adultes déplorent le faible taux de participation des parents biologiques. Un éducateur mentionne : « D'après moi, la présence du parent et de l'intervenant est capitale, l'un ne va pas sans l'autre ». Ainsi, selon les participants, bien que plusieurs enfants vivent en milieu substitut, l'implication d'un des parents biologiques semble favoriser le cheminement du jeune.

Les enfants ont également dénoncé l'effet dérangent, voire nuisible de l'absence d'un adulte significatif accompagnateur. Un garçon dont le parent a abandonné en début de programme affirme :

« Ben c'est beaucoup plate, parce que sa mère était venue, son père était venu, le père d'accueil était venu, pis moi j'étais tout seul. J'ai quand même trouvé ça plate là d'être tout seul ».

Enfin, un parent résume bien l'idée générale transmise lors des groupes de discussion quant à l'apport de la participation des parents au programme :

« Le rapprochement que ça m'a donné avec mon enfant, mon équilibre et l'équilibre du jeune. On fait maintenant un maudit bon team, ça nous a tout restructuré, ça a remis les morceaux à bonne place. Pour moi, c'est ça mon résumé, on s'est retrouvé, on s'est recompris, toute la restructuration et les outils ».

#### Discussion

Les objectifs de cette étude exploratoire visaient l'analyse de la perception de participants, enfants et parents, quant aux diverses composantes du programme d'intervention, aux changements observés chez les participants et aux variables pouvant influencer l'implantation du programme. L'analyse des groupes de discussion permet d'émettre certains constats et d'élaborer des pistes afin d'améliorer la poursuite du programme.

Dans l'ensemble, les enfants et les adultes ayant participé aux groupes de discussion manifestent leur appréciation des diverses composantes du programme d'intervention. En ce sens, les propos recueillis ont permis d'observer l'intérêt des enfants et des parents dans ce processus d'intervention. Les parents semblent avoir réussi à trouver des solutions leur permettant de surmonter les obstacles imposés par le programme, notamment au niveau de la durée du programme.

Par ailleurs, un consensus se dégage dans les groupes de discussion quant au fait que des rencontres de plus longue durée, mais moins étalées dans le temps,

conviendraient davantage à tous. De plus, des services de gardiennage pour les tout-petits qui restent à la maison répondraient aussi au besoin d'une partie de la clientèle.

En outre, les participants ont exprimé des propos favorables relativement aux thèmes et aux activités. Outre l'allongement du temps consacré au thème des comportements sexuels problématiques, aucun autre changement ou proposition n'a été mentionné.

Les témoignages recueillis soulignent une nette amélioration au plan comportemental, social et affectif des enfants. Plus spécifiquement, les enfants ont réduit, voire cessé leurs comportements sexuels problématiques et semblent plus aptes à faire appel à des moyens adéquats pour se contrôler dans des situations propices aux activités sexuelles inappropriées. Il va sans dire que le soutien et la supervision accrus des parents ont joué un rôle important à ce niveau. De surcroît, la majorité des parents ont noté des améliorations au niveau des habiletés sociales, du contrôle de soi et de l'estime de soi. Non seulement les enfants se sentent mieux et plus habilités à interagir avec les pairs, mais les parents notent également un mieux-être chez leur enfant.

Pour leur part, les parents considèrent important le fait d'avoir travaillé sur les habiletés parentales, sur leurs interventions et la communication parent-enfant. D'ailleurs, ces améliorations ont profité aux autres enfants du milieu familial. Cette constatation est très intéressante puisque les changements se sont généralisés du milieu d'intervention au milieu familial.

Malgré ces constats positifs, l'absence d'améliorations chez les enfants plus jeunes suscite la réflexion. Une explication possible concerne le niveau plus élevé de comportements sexuels problématiques que présentent les enfants plus jeunes (6 à 9 ans) comparativement aux jeunes âgés de 10 à 13 (Gagnon & al., accepté). Ces enfants, plus jeunes, présenteraient également des troubles extériorisés, notamment des comportements d'agressivité qui pourraient expliquer, en partie, le niveau plus élevé de résistance au changement. Bref, il y a lieu de se demander si le programme répond aux besoins des enfants âgés de moins de neuf ans.

L'implication des parents est l'un des facteurs déterminants du changement observé chez les enfants. En effet, les parents sont perçus comme des agents importants de changement chez leur enfant. Les interventions semblent améliorer la qualité des interactions parent-enfant. Ces résultats vont dans le même sens que les écrits portant sur les effets des programmes d'entraînement aux habiletés parentales auprès d'enfants agressifs (Normandeau et Venet, 2000).

Toutefois, la faible implication des parents biologiques, tout particulièrement lorsque les enfants sont placés hors du milieu familial, suscite des questions. Or, les travaux de Patterson & Forgatch (1995) sur l'implication des parents et les caractéristiques familiales ont démontré que les parents qui éprouvent des difficultés relationnelles avec leur enfant au début de l'intervention sont plus susceptibles d'abandonner ou de moins profiter de l'intervention. Il faudra donc s'attarder davantage aux facteurs inhérents à l'intervention qui favorisent l'engagement et la persistance des parents dans le programme.

Enfin, cette étude comporte également certaines limites. L'utilisation du groupe de discussion comme méthode de collecte des données n'est pas sans poser certaines difficultés. En effet, le groupe focalisé peut parfois causer des inconforts chez des participants plus réticents à exprimer ouvertement leurs opinions. À l'intérieur d'un groupe, il est donc parfois plus difficile d'approfondir des thèmes plus personnels comme celui de la sexualité, de la relation parent-enfant et des sentiments. Ces thèmes pourraient être approfondis en interrogeant personnellement les participants. De plus, les groupes focalisés de la présente étude ont regroupé majoritairement des enfants plus vieux, notamment en raison de leur capacité à se concentrer et à élaborer leurs réponses verbales. Naturellement, le discours d'enfants plus jeunes est parfois très limité et devient donc difficilement analysable. Toutefois, il y a lieu de s'interroger sur la généralisation des propos des enfants à tous les enfants ayant participé au programme d'intervention.

De surcroît, malgré les améliorations observées à la suite de la participation au programme, aucune conclusion ne peut être émise concernant le maintien de ces changements à moyen et long termes. Bien que des auteurs (Schuman, Foote, Eyberg, Boggs & Algina, 1998; Patterson, 1974; Sutton, 1992) affirment que les gains

comportementaux, observés chez des enfants manifestant des comportements agressifs et ayant participé à un programme d'intervention impliquant l'entraînement des habiletés parentales, sont encore présents plusieurs mois après la participation au programme, il n'en reste pas moins qu'un suivi à long terme des familles s'avérerait pertinent afin de pouvoir se prononcer sur le maintien des gains.

### Conclusion

À ce jour, aucune étude ne s'était penchée, à notre connaissance, sur la perception des enfants et des parents ayant participé à un programme d'intervention ciblant les comportements sexuels problématiques. L'analyse de la présente étude permet de constater que l'implantation du PI-ECSP produit certaines retombées positives tant chez les enfants que chez les parents. Bien que préliminaires, ces résultats n'indiquent pas moins que ces améliorations pourraient dessiner la voie à des changements durables.

Ces résultats confirment la pertinence d'intervenir auprès de ces enfants présentant des comportements sexuels problématiques et invitent à poursuivre l'implantation du PI-ECSP. De plus, intervenir, par l'entremise des parents, semble renforcer la généralisation des acquis et tient compte du rôle des parents dans le maintien des comportements sexuels inadaptés de l'enfant. À cet égard, les résultats de l'étude justifient l'importance d'impliquer les parents dans le processus d'intervention.

Enfin, de futures recherches évaluatives ayant recours à un plus grand nombre d'enfants et de parents, devraient aider à mieux circonscrire l'ampleur des changements perçus et à déterminer l'impact réel de l'action.

## Références

- Araji, S.K. (1997). *Sexually aggressive children : Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Ballester, S. & Pierre, F. (1995). Monster therapy : The use of a metaphor in psychotherapy with abuse reactive children. In M. Hunter (Ed). *Child survivors and perpetrators of sexual abuse : Treatment innovations*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Barbour, R. S. & Kitzinger, J. (1999). *Developing focus group research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bentovim, A. (2002). Preventing sexually abused young people from becoming abusers, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. *Child Abuse and Neglect*, 26, 661-678.
- Berliner, L. & Rawlings, L. (1991). *A treatment manual : Children with sexual behavior problems*. Seattle, WA : Harborview Sexual Assault Center.
- Beyea, S. (2000). Collecting, analyzing, and interpreting focus group data. *AORN Journal*, 71, (6), 1278-1283.
- Bonner, B.L., Walker, C.E. & Berliner, L. (1999). *Final report on children with sexual behavior problems : assessment and treatment*. Washington, DC : Office of Child Abuse and Neglect, Department of Health and Human Services.
- Burton, J.E., Rasmussen, L.A., Bradshaw, J., Christopherson, B.J. & Huke, S.C. (1998). *Treating children with sexually abusive behavior problems : Guidelines for child and parent intervention*. New York : The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Cantwell, H.B. (1988). Child sexual abuse : Very young perpetrators. *Child Abuse and Neglect*, 12, 579-582.
- Cunningham, C. & MacFarlane, K. (1991). *When children molest children: Group treatment strategies for young sexual offenders*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Cunningham, C. & MacFarlane, K. (1996). *When children abuse : Group treatment strategies for children with impulse control problems*. Brandon, VT : Safer Society Press.
- Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., Desjardins, N., Beauregard, C & Perreault, N. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : application en promotion de la santé et en toxicomanie*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Freeman-Longo, R.E., Bird, S., Stevenson, W.F. & Fiske, J.A. (1994). *1994 Nationwide survey of treatment programs & models : surviving abuse-reactive children and adolescent & adult sex offenders*. Brandon, VT : The Safer Society Program.

- Friedrich, W.N. (1990). *Psychotherapy of sexually abused children and their family*. New York : W.W. Norton.
- Friedrich, W.N. & Luecke, W.J. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19 (2), 155-164.
- Friedrich, W.N., Berliner, L., Urquiza, A.J. & Beilke, R.L. (1988). Brief diagnostic group treatment of sexually abused boys. *Journal of Interpersonal Violence*, 3 (3), 331-343.
- Gagnon, M.M., Bégin, H. & Tremblay, C. (accepté pour publication). Profil des enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude descriptive. *Revue québécoise de psychologie*.
- Gibb, A. (1997). *Focus groups*. Social research update, 19. Department of sociology, Disponible à: <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/sru19.html>.
- Gil, E. (1993c). Family dynamics. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 101-120). Rockville, MD : Launch Press.
- Gray, A.S. & Pithers, W.D. (1993). Relapse prevention with sexually aggressive adolescents and children : Expanding treatment and supervision. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall & Hudson, S.M (Éds.), *The juvenile sex offender* (pp. 289-319). New York : Guilford.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. & Pithers, W.D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers : demographics functioning and clinical patterns. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 9 (4), 267-290.
- Greenbaum, T. (1998). Ten tips for running successful focus groups. *Marketing News*, 25-26.
- Griggs, D.R. & Boldi, B. (1995). Parallel treatment of parents of abuse reactive children. In M. Hunter (Ed). *Child survivors and perpetrators of sexual abuse : Treatment innovations*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Groth, A.N. & Loreda, C. (1981). Juvenile sexual offenders : Guidelines for assessment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 25, 31-39.
- Hall, D.K., Mathews, F. & Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children : a preliminary typology. *Child Abuse and Neglect*, 26 (3), 289-312.
- Haugaard, J. & Tilly, C. (1988). Characteristics predicting children's responses to sexual encounters with other children. *Child Abuse and Neglect*, 12, 209-218.
- Hindman, J. (1994). *Juvenile culpability assessment* (Rev. ed.). Ontario, OR: Alexandria.
- Horton, C.B. (1996). Children who molest other children : The school psychologist's response to the sexually aggressive child. *School Psychology Review*, 25 (4), 540-557.



- Jackson, P. (1998). Focus groups interviews as a methodology. *Nurse Researcher*, 6 (1), 72-84.
- Johnson, T.C. (1988). Child perpetrators-children who molest other children : Preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 12, 219-229.
- Johnson, T.C. (1989). Female perpetrators-children who molest other children : Preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 13, 371-585.
- Johnson, T.C. (1993a). Assessment of sexual behavior problems in preschool-aged and latency aged children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2 (3), 431-449.
- Johnson, T.C. (1993b). Preliminary Finding. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 67-89). Rockville, MD : Launch Press.
- Johnson, T.C. (1993c). Group therapy. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds). *Sexualized Children : Assessment and Treatment of Sexualized Children who Molest* (pp. 179-273). Rockville, MD : Launch Press.
- Johnson, T.C. (1999). *Understanding your child's sexual behavior: What's natural and healthy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Johnson, T.C. & Berry, C. (1989). Children who molest : A treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (2), 185-203.
- Kidd, P. & Parshall, M. (2000). Getting the Focus and the Group: Enhancing Analytical Rigor in Focus Group Research. *Qualitative Health Research*, 10, 293-308.
- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299-306.
- Kolko, D.J. (1986). Social-cognitive skills training with sexually abused and abusive child psychiatric inpatient: Training, generalization, and follow-up. *Journal and Family Violence*, 1 (2), 149-165.
- Krueger, R.A. (1998a). *Developing questions for focus groups*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Krueger, R.A. (1998b). *Moderating focus groups*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lane, P., McKenna, H., Ryan, A. A. & Fleming, P. (2001). Focus group methodology. *Nurse Researcher*, 8 (3), 45-59.
- Lane, S. (1991). Special offender populations. In G. Ryan & S. Lane (Éds). *Juvenile sexual offending : Causes, consequences and correction* (pp. 299-332). Lexington, MA : Lexington Books.

- Lane, S. & Lobanov-Rostovsky, C. (1997). Special populations : Children. Females, the developmentally disabled, and violent youth. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Éds). *Juvenile sexual offending : Causes, consequences and correction* (New and revised edition) (pp.322-359). San Francisco, CA : Jossey-Bass Publishers.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park : Sage Publications.
- Mayer, R. & Ouellet, F. (1998). La diversité des approches dans la recherche qualitative au Québec depuis 1970. In J. Poupart, L-H. Groulx, R. Mayer, J-P. Deslauriers, A. Laperrière & A.P. Pires (Eds.), *La recherche évaluative : Diversité des champs et des pratiques au Québec* (pp. 173-219). Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Morgan, D. (1998). *Planning focus groups*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morse, J.M. (1994). Emerging from data : The cognitive processes of analysis in qualitative inquiry. Dans J.M. In (Ed.), *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 23-45). Thousand Oaks , Ca : Sage Publications.
- Morrison-Beedy, D., Côté-Arseneault, D. & Fischbeck Feinstein, N. (2001). Maximising result with focus groups : Moderator and analysis issues. *Applied Nursing Research*, 14 (1), 48-53.
- National Adolescent Perpetrator Network (1993). The revised report from the National Task Force on Juvenile Sexual Offending. *Juvenile and Family Court Journal*, 44 (4), 1-119.
- Normandeau, S. & Venet, M. (2000). Comment intervenir auprès et par l'entremise des parents. In F. Vitaro & C. Gagnon (Éds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents : les problèmes internalisés* (Tome 1) (pp. 141-188). Québec : Presses de l'Université du Québec..
- Patterson, G.R. (1974). Interventions for boys with conduct problems : Multiple settings, treatment, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 471-481.
- Patterson, G.R. & Forgatch, M.S. (1995). Predicting future clinical adjustment from treatment outcome and process variables. *Psychological Assessment*, 7, 275-285.
- Patton, M.Q. (1982). *Practical Evaluation*. Beverly Hills, CA : Sage Publications.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2<sup>nd</sup> ed.). Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Pithers, W.D. & Gray, A. (1998). The other half of the story : Children with sexual behavior problems. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 200-217.

- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems : Psychological and familial functioning. *Child Abuse and Neglect*, 22 (2), 129-141.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998b). Children with sexual behavior problems : Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3 (4), 384-406.
- Rasmussen, L.A., Burton, J. & Christopherson, B.J. (1992). Precursors to offending and the trauma outcome process in sexually reactive children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1 (1), 33-48.
- Ray, J.A. & English, D.J. (1995). Comparison of female and male children with sexual behavior problems. *Journal of Youth and Adolescence*, 24 (4), 439-451.
- Roberts, P. (1997). Planning and running a focus group. *Nurse Researcher*, 4 (4), 78-82.
- Ryan, G. (1989). Victim to victimizer : Rethinking victim treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (3), 325-341.
- Ryan, G. (1998). The relevance of early life experience in the treatment of sexually abusive youth. *Irish Journal of Psychology*, 19, 32-48.
- Ryan, G. (2000a). Childhood sexuality: a decade of study. Part I – Research and curriculum development. *Child Abuse and Neglect*, 24, (1), 33-48.
- Ryan, G. (2000b). Childhood sexuality: a decade of study. Part II - Dissemination and future directions. *Child Abuse and Neglect*, 24, (1), 49-61.
- Ryan, G. (2002). Victims who go on to victimize others : no simple explanations. *Child Abuse and Neglect*, 26, 891-892.
- Service à l'enfance et à la famille - Act II (1995). *L'intervention auprès des enfants manifestant des comportements sexuels problématiques : Une approche familiale. Manuel de formation*. Coquitlam, Columbie-Britannique : Direction de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.
- Schuman, E.M., Foote, R.C., Eyberg, S.M., Boggs, S.R. & Algina, J. (1998). Efficacy of parental-child interaction therapy : Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 34-45.
- Shaw, J.A. (1999). Practice parameters for assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 55S-76S.
- Simon, J. (1999). How to Conduct Focus Groups. *Nonprofit World*, 17, 40-43.
- Sutton, C. (1992). Training parents to manage difficult children: A comparison of methods. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 115-139.

- Steward, D. & Shamdasani, P. (1990). *Focus Groups: Theory and Practice*. Newbury, London, New Delhi: Sage Publications.
- Then, K. K. (1996). Research rounds, focus groups research. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 7 (4), 27-31.
- Thompson, R.W., Authier, K. & Ruma, P. (1994). Behavior problems of sexually abused children in foster care : A preliminary study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3 (4) 79-91.
- Tremblay, C. & Gagnon, M.M. (2000). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Guide d'intervention destiné aux animateurs - volet enfants et parents*. Document inédit. Joliette, QC : Centres jeunesse de Lanaudière.
- Widom, C.S. (1996). Childhood sexual abuse and its criminal consequences. *Society*, 33, 47-53.
- Williams, L.M. (1995). *Juvenile and adult offending behavior and other outcomes in a cohort of sexually abused boys : Twenty years later*. Philadelphia, PA : Joseph, J. Peters Institute.
- Yates, A. (1982). Children erotized by incest. *American Journal of Psychiatry*, 139, 482-485.

Tableau 1

Répartition des enfants et des parents ayant participé aux groupes focalisés selon leurs caractéristiques sociodémographiques (N = 33)

Variables sociodémographiques	Fréquences	Pourcentages (%)
<b>Enfants (N=15)</b>		
<u>Sexe</u>		
Masculin	13	86,7
Féminin	2	13,3
<u>Âge</u>		
10 ans	1	6,7
11 ans	7	46,7
12 ans	6	40,0
13 ans	1	6,7
<u>Milieu de vie</u>		
Famille biologique	4	26,7
Famille d'accueil	3	20,0
Maison d'accueil	1	6,7
Résidence de groupe	5	33,3
Centre de réadaptation	2	13,3
<b>Parents (N=18)</b>		
<u>Sexe</u>		
Masculin	5	27,8
Féminin	13	72,8
<u>Âge</u>		
26-30 ans	4	22,2
31-35 ans	4	22,2
36-40 ans	5	27,8
41-45 ans	2	11,1
45 ans et plus	3	16,7
<u>Statut des adultes participants</u>		
Parent biologique	6	33,3
Parent de famille d'accueil	6	33,3
Éducateur de maison d'accueil	1	5,6
Éducateur de résidence de groupe	4	22,2
Éducateur de centre de réadaptation	1	5,6

CHAPITRE IV  
DISCUSSION

La violence sexuelle à l'endroit des enfants ne laisse personne indifférent; ces enfants, auteurs de gestes sexuels inadaptés, sont trop jeunes pour être traduits en justice, trop à risque pour les résidences d'accueil hébergeant d'autres enfants et trop perturbants pour être ignorés. Cette étude, de nature exploratoire, apporte des éléments de compréhension à cette problématique. L'objectif général de cette recherche, qui s'insère dans un contexte d'évaluation d'implantation d'un programme, vise à enrichir les connaissances relativement au profil psychosocial de ces enfants auteurs de gestes sexuels inadaptés et à évaluer leur évolution au sein du PI-ECSP, programme développé pour répondre à leurs besoins.

Dans cette présente section de la thèse, des dimensions de l'étude sont analysées au regard des objectifs suivants : (a) la pertinence de l'évaluation formative, (b) la description de la clientèle, (c) l'évolution des enfants suite à l'intervention de groupe, (d) la perception des enfants et des parents relativement aux diverses composantes du programme, (e) les difficultés rencontrées, (f) les recommandations pour la poursuite du programme et, finalement, (g) les forces et les limites de l'étude.

#### Pertinence de l'évaluation formative

La recension des écrits réalisée dans le cadre de cette recherche a fait ressortir deux constats qui ont, par la suite, circonscrit le cadre d'évaluation de l'étude : d'une part, le caractère embryonnaire de la littérature scientifique concernant les enfants présentant des comportements sexuels problématiques et, d'autre part, l'état limité des connaissances relativement à l'évaluation de programmes qui leur sont destinés. Devant cette réalité, il s'est avéré d'un grand intérêt d'entreprendre une analyse visant principalement à fournir de l'information en vue d'améliorer le programme en cours, soit le PI-ECSP. L'analyse d'implantation du PI-ECSP permet de suivre l'évolution de la clientèle et de ses besoins. Dans le contexte de rationalisation des ressources relativement aux programmes sociaux développés au Québec, les préoccupations concernant la qualité, la pertinence et l'efficacité des interventions mises en oeuvre sont indubitables et actuelles (Contandriopoulos & al., 2000; Tourigny & Dagenais, 1998). L'analyse formative est donc une démarche qui répond, en partie, à ce souci de développer des interventions appropriées et efficaces. Toutefois, comme l'analyse formative n'est pas une fin en soi, elle représente l'étape précédant celle de l'évaluation

de l'efficacité du programme. Dans cette optique, la présente étude est considérée comme une démarche d'analyse visant à informer et à clarifier les changements susceptibles d'améliorer la qualité du programme avant de procéder à l'évaluation des effets.

Bien que cette recherche évaluative ne possède pas la valeur méthodologique des études expérimentales, notamment par ses capacités heuristiques limitées inhérentes à son devis pré-expérimental (absence de groupe témoin, peu de contrôle sur les variables étudiées, sélection non-aléatoire des participants) (Alain & al., 2000; Mercier & Gagnon, 1998), elle permet néanmoins d'atteindre les objectifs poursuivis en amassant une quantité suffisante d'informations en vue de poser un jugement sur la pertinence de poursuivre le programme et d'en évaluer les effets. Dans ce contexte, la complémentarité des sources d'information et des données quantitatives et qualitatives représente une voie intéressante.

#### Description de la clientèle

En ce qui concerne la description de la clientèle cible, il faut noter que le but ne visait pas à procéder à une analyse de classification ni d'établir une typologie, mais bien de dresser un profil des caractéristiques comportementales, affectives, sociales et familiales des enfants présentant des comportements sexuels problématiques référés au programme.

L'ensemble des résultats a mis en lumière la présence d'une problématique complexe au carrefour de multiples facteurs. En effet, les données rejoignent et confirment celles de recherches antérieures, à savoir que ces enfants proviennent de milieux dysfonctionnels et cumulent plusieurs facteurs de risque tant personnels (victimisation sexuelle, physique et psychologique, troubles psychiatriques, problèmes de comportement extériorisés et intériorisés, difficultés d'apprentissage), sociaux (relations amicales conflictuelles, isolement) que familiaux (encadrement déficitaire, conflits conjugaux, problèmes de santé mentale, milieu sexualisé) qui les rendent éminemment vulnérables aux comportements sexualisés (Bentovim, 2002; Bonner & al., 1999; Friedrich, 1990; Friedrich & Luecke, 1988; Gil, 1993b; Gray & al., 1997, 1999; Hall & Mathews, 1996; Hall & al., 1998; 2002; Johnson, 1988, 1989, 1993b; Pithers &



al., 1998a, 1998b; Rasmussen & al., 1992; Ryan, Miyoshi, Metzner, Krugman & Fryer, 1996; Ryan, 2002; Thompson, Authier & Ruma, 1994).

Par ailleurs, la forte incidence des mauvais traitements dont sont victimes ces enfants ne fait qu'aggraver le portrait. En effet, dans des proportions importantes, les enfants ont subi de la violence physique, sexuelle et psychologique (77,8%, 60,5% et 61,2% respectivement). Selon Friedrich, Beilke & Urquiza (1988), le fait de vivre plus d'une forme d'abus qui s'échelonnent sur une longue période et qui impliquent des personnes proches de l'enfant, souvent membres de la famille, représente un facteur qui accroît la probabilité qu'un enfant développe des comportements sexuels problématiques. Des situations de négligence s'ajoutent à ce portrait pour plus de la moitié des jeunes de l'échantillon (55,0%). Cette proportion relativement plus élevée que celles rapportées dans les études précédentes peut facilement s'expliquer par le fait que la majorité des jeunes (65,5%) référés au PI-ECSP font l'objet d'un placement hors du milieu d'origine en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) et la négligence représente la forme de maltraitance la plus souvent signalée (Trocmé & al., 2001).

Cette multiplicité des formes d'abus vécus par les enfants constitue sans contredit un des facteurs en lien avec le développement de comportements sexuels inappropriés (Gray & al., 1999; Hall & al., 1998).

En outre, les chercheurs et les cliniciens font grand état de l'accumulation des difficultés sur la capacité des parents à jouer leur rôle adéquatement et soulignent l'importance des liens familiaux dans le développement des comportements sexuels problématiques (Araji, 1997; Gil, 1993b). La discontinuité des relations et l'instabilité du lien, tout particulièrement avec le père, ne peuvent être écartées. En effet, aux situations de monoparentalité (21,8%) et d'abandon précoce (8,3%) s'ajoutent de fréquents placements en milieux substituts (65,4%). Sans identifier les parents comme cause des comportements sexuels problématiques, nous pouvons néanmoins constater que, selon les écrits recensés et les résultats de la présente recherche, plus des deux tiers des enfants ne vivent plus avec leur famille d'origine, près de la moitié d'entre eux ont un parent aux prises avec un problème de toxicomanie et de nombreux indices suggèrent que cette problématique affecte les autres membres de la famille, tout

particulièrement la fratrie qui est souvent directement impliquée dans les activités sexuelles inadaptées. De plus, il est maintenant reconnu dans la littérature que certaines dimensions de la relation parent-enfant sont associées au développement de problèmes de comportement précoces chez l'enfant, à savoir les relations conflictuelles, l'encadrement déficitaire et l'absence de relation positive entre le parent et l'enfant (Pithers & al., 1998b; Wasserman, Miller, Pinner & Jaramillo, 1996). Il ne fait aucun doute que des recherches futures devraient s'interroger sur l'effet de l'attitude parentale sur la trajectoire comportementale éventuelle de l'enfant.

Qui plus est, parallèlement à cette constellation de difficultés psychosociales, affectives et familiales, l'étude actuelle fait ressortir, d'une façon à la fois évidente et pertinente, la diversité et la gravité des gestes sexuels posés par ces enfants. Bien que contrairement aux études antérieures, les enfants de l'échantillon aient moins recours à la coercition pour arriver à leurs fins, l'amalgame des comportements manifestés est inquiétant (attouchements aux organes sexuels, pénétrations orales, vaginales et anales, masturbation, etc.). Toutefois, très peu de données sont disponibles dans la littérature concernant les caractéristiques des situations sexuelles, c'est-à-dire la nature des gestes sexuels posés, le nombre, l'âge et le sexe des enfants impliqués ainsi que le contexte entourant les gestes sexuels.

### Participation et évolution des enfants

La présente recherche avait également pour objectifs d'identifier la participation réelle des enfants au programme et de préciser leur évolution par le biais d'un volet quantitatif (changements cliniques pré-post intervention mesurés à l'aide d'instruments standardisés) et d'un volet qualitatif (analyse de la perception des enfants et des parents face aux changements observés suite à leur participation au programme).

Participation des enfants. Il est important de rappeler le niveau de participation dans le cadre de cette étude. En moyenne, les enfants ont assisté à 90,6% des rencontres de groupe. Ce taux est plus élevé que celui observé dans les études précédentes qui rapportent des taux inférieurs à 80% (Bonner et al., 1999; Pithers & al., 1998b). D'ailleurs, plusieurs auteurs ont soulevé les difficultés inhérentes à l'implantation de services offerts aux enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance

(Bonner & al., 1999; Friedrich, 1990). Dans le même ordre d'idées, Tourigny (1997) souligne, dans une recension des études portant sur l'efficacité des interventions auprès des enfants victimes d'agression sexuelle, qu'un des facteurs susceptibles d'expliquer la difficulté à déceler des effets positifs liés aux interventions est la possibilité qu'une proportion importante de la clientèle ne participe qu'à une partie du programme prévu. De plus, en l'absence d'informations sur les taux réels de participation et d'abandon aux programmes, il est difficile de préciser l'évolution réelle des participants. Or, dans l'étude actuelle, la description du niveau de participation des enfants au PI-ECSP démontre que l'intervention est effectivement bien implantée et représente un élément indiquant que le programme tend à répondre aux besoins des enfants. Toutefois, il est possible que cette participation plus active puisse s'expliquer partiellement par le fait que bon nombre d'enfants, vivant en milieux substitués, bénéficient d'un transport bénévole des Centres jeunesse, ce qui favorise leur présence régulière aux rencontres. Toutefois, un niveau de participation élevé des enfants ne reflète en rien celui des parents; à ce sujet, d'autres investigations devront être menées pour documenter le lien possible entre la participation des enfants et celles des parents. Puisque cette étude s'attarde aux enfants, le niveau de participation des parents n'est pas analysé.

Évolution des enfants. Les analyses quantitatives et qualitatives présentent d'importantes convergences et complémentarités au niveau de l'évolution des enfants, ce qui rejoint également les résultats d'études précédentes (Bonner & al., 1999; Friedrich, 1990; Pithers & al., 1998b). En effet, les résultats révèlent que les enfants évoluent positivement sur diverses dimensions. Plus précisément, on observe une diminution des comportements sexualisés entre le début et la fin de l'intervention de groupe et ce, tant au niveau des données quantitatives que qualitatives. Cette dimension est directement abordée dans le programme par le biais d'objectifs spécifiques et de plusieurs activités concrètes (cf. Appendice A). En effet, huit rencontres concernent spécifiquement les comportements sexuels problématiques et ciblent la reconnaissance des comportements sexuels, l'identification des mécanismes déclencheurs, les erreurs de pensée et leurs conséquences ainsi que le développement de stratégies adéquates afin d'identifier les situations à risque. Ces rencontres visent à responsabiliser l'enfant envers ses gestes inadaptes tout en lui donnant des moyens concrets pour les contrôler. De plus, la rencontre dyade, où

l'enfant présente son cheminement à son parent, représente le point tournant pour tous les adultes et les enfants car elle améliore la motivation et la confiance de l'enfant. Par ailleurs, on ne peut écarter les changements positifs observés chez les adultes relativement à leurs interventions qui sont plus appropriées et plus préventives.

En outre, le fait d'avoir échangé avec son parent sur ses comportements sexuels problématiques lors de la rencontre dyade est en lien, du moins en partie, avec la réduction de l'anxiété, telle qu'observée à l'indice des problèmes intériorisés (cf. indices du CBCL). En fait, cette constatation irait dans le même sens que l'hypothèse suggérant que les enfants démontrent un taux plus élevé d'anxiété en début de programme, notamment en raison du contexte de dévoilement.

Des améliorations significatives sont également observées au niveau des habiletés sociales. Les résultats de cette recherche confirment les impressions cliniques de certains auteurs (Cunningham & MacFarlane, 1991; 1996; Friedrich & Luecke, 1988; Johnson & Feldmeth, 1993; Lane & Lobanov-Rostovsky, 1997) à savoir que le lien entre les déficits au niveau des habiletés sociales et les comportements sexuels problématiques n'est pas toujours clair et que les lacunes reflètent plutôt une absence d'empathie. En effet, l'examen détaillé des scores obtenus au SSRS révèle au T1 un score moyen à la sous-échelle de l'empathie qui situe la majorité des enfants (63,6%) en-dessous de la moyenne des enfants de leur âge.

Par ailleurs, l'examen des données quantitatives indique une stabilité au niveau des problèmes extériorisés. Toutefois, la sévérité de ces symptômes semble plus prononcée chez les enfants plus jeunes. Or, cette persistance des comportements agressifs n'est ni nouvelle ni exclusive à cette clientèle. À l'instar de plusieurs travaux antérieurs (Finkelhor & Berliner, 1995; Gagnon & Vitaro, 2000) réalisés auprès d'enfants en difficulté, les résultats démontrent une certaine stabilité au niveau des comportements extériorisés dans le temps et la résistance de ces problèmes au changement. Cependant, cette observation tranche nettement avec le discours des enfants entendu lors des discussions de groupe et qui rapporte que la participation à l'intervention de groupe leur a permis de développer des moyens de contrôler leur colère. Ceci dit, il y aurait lieu de penser que ces troubles extériorisés sont présents depuis plusieurs années et ancrés dans le répertoire comportemental. Par ailleurs, il est

possible de questionner le lien entre les objectifs du module contrôle de soi et l'expression des comportements agressifs, à savoir est-ce que les objectifs visent les bons problèmes? En outre, sachant que les pratiques parentales ont une influence sur les comportements agressifs des enfants (Gagnon & Vitaro, 2000), les objectifs du volet parental pourraient être repensés afin de développer davantage les habiletés parentales (Webster-Stratton & Hooven, 1998).

Toutefois, l'absence de données quant au maintien des changements dans le temps justifie l'intérêt, dans de futures recherches, de se questionner davantage sur l'identification des processus responsables des améliorations observées.

#### Perception des enfants et des parents

Les deux derniers objectifs de cette thèse permettent de documenter la perception des participants au PI-ECSP, enfants et parents, relativement à leur niveau d'appréciation des diverses composantes de l'intervention de groupe ainsi qu'aux variables pouvant contribuer au processus d'implantation du programme.

Les enfants et les parents ont une perception très favorable au regard du contenu et du déroulement des rencontres. De manière prévisible, seule la durée du programme a suscité des commentaires plus défavorables. Certes, le nombre de rencontres auxquelles l'enfant et le parent doivent participer représente un motif d'abandon de certains participants. À cet égard, la suggestion des parents lors des groupes focalisés de prolonger la durée des rencontres en diminuant leur nombre devrait être prise en considération dans la poursuite du programme.

Par ailleurs, l'accompagnement parent-enfant est la composante qui contribue grandement au bon fonctionnement du programme et surtout aux changements positifs observés chez les enfants. En effet, bien que plusieurs enfants vivent en milieu substitut, l'implication des parents biologiques a rapproché parents et enfants. La relation d'attachement parent-enfant pourrait constituer une avenue de recherche intéressante afin de mieux comprendre les processus de développement et de maintien des comportements sexuels problématiques. À ce sujet, Pithers & al. (1998b) observent

une corrélation positive entre le type d'attachement parent-enfant et la réduction des comportements sexuels problématiques chez les enfants.

### Difficultés rencontrées

Il va sans dire que la mise sur pied d'une étude auprès d'une clientèle en difficulté et dans un contexte d'implantation de programme se fait rarement sans embûches. À cet égard, deux difficultés méritent d'être davantage discutées : l'implication des parents biologiques et la composition des groupes d'enfants.

Implication des parents. Tel que mentionné précédemment, la participation des parents au programme s'avère une composante cruciale. En revanche, la difficulté d'impliquer et d'intervenir auprès des parents biologiques est indéniable. D'ailleurs, les propos des participants à ce sujet sont relativement clairs; ils déplorent le faible taux de participation des parents biologiques et l'effet perturbateur de cette absence sur les comportements des enfants. Une des principales raisons qui explique cet état de fait est la nature volontaire de l'implication au programme d'intervention; bon nombre de parents n'ont pas expressément demandé de l'aide. De nombreuses études ont aussi fait état des difficultés à recruter des parents de milieux perturbés en raison des stress auxquels ils sont confrontés et surtout lorsque leur enfant présente des problèmes de comportement (Normand, Vitaro & Charlebois, 2000; Renaud & Mannomi, 1997). À l'instar des suggestions des parents lors des groupes focalisés et des études de Normand & al. (2000), certaines stratégies peuvent favoriser la mobilisation des parents, entre autres, les relances téléphoniques, la flexibilité dans le moment des rencontres (jour ou soir), la proximité du lieu de rencontre, le service de garde ou de loisir pour les autres enfants de la famille, le transport bénévole, l'offre d'attraits (p. ex : café, prix de présence), etc. Bref, il faudra éventuellement évaluer la faisabilité de ces stratégies dans les milieux d'intervention.

Composition des groupes d'enfants. Dans cette recherche, les groupes d'enfants sont composés selon le sexe et l'âge développemental, ce qui est une condition essentielle au bon fonctionnement des groupes. Toutefois, il s'est avéré difficile de recruter un nombre suffisant d'enfants du même sexe et d'un même groupe d'âge afin d'offrir un service continu sans délais entre la référence et le début de l'intervention.

Afin de pallier à cette difficulté, il faudra envisager, comme d'autres chercheurs l'ont fait (Bonner & al., 1999; Gray & al., 1997), de composer des groupes mixtes. D'ailleurs, Gray & al. (1997) soulignent que la présence de garçons et de filles au sein d'un même groupe permet de proposer des activités qui favorisent le développement des habiletés sociales.

### Recommandations pour la poursuite du programme et de son évaluation

Les recommandations qui suivent, loin d'être exhaustives, découlent non seulement de l'analyse du programme, mais de l'expérience clinique de l'auteure auprès de cette clientèle. L'évaluation formative du PI-ECSP a été réalisée dans le but d'améliorer les composantes du programme afin de répondre aux besoins spécifiques de la clientèle; en conséquence, les forces du programme doivent être maintenues et consolidées alors que les lacunes doivent être comblées.

Des forces à maintenir et à consolider. Il est apparu difficile, en début de projet, de recruter des enfants pour participer au PI-ECSP. Ceci dit, des efforts de sensibilisation et de promotion auprès des gestionnaires et des intervenants psychosociaux de divers milieux, des conférences cliniques et des rencontres d'information représentent des stratégies mises en place pour optimiser la visibilité du PI-ECSP et susciter la participation des enfants. De plus, le temps et l'énergie consacrés au recrutement et à la sensibilisation de la problématique donnent de bons résultats. En effet, avec le temps le programme a pris son envol, ce qui laisse croire que la présence de comportements sexuels problématiques chez les enfants n'est pas un phénomène rarissime et que le programme répondait aux attentes des professionnels.

En outre, l'évaluation n'est pas une mince tâche. Le défi d'évaluer cette clientèle n'est pas inconnu des chercheurs et cliniciens dans le domaine (Bonner & al., 1999; Johnson, 1993a). En effet, il s'est avéré difficile d'obtenir de l'information complète sur l'enfant et sur son milieu de vie d'origine car plusieurs enfants vivent hors du milieu familial et sont accompagnés par un adulte significatif du milieu substitut (parents de familles d'accueil, éducateurs de résidences de groupe, de maisons d'accueil ou de centres de réadaptation, de grands-parents, etc.). Ces adultes, quoique significatifs dans la vie actuelle de l'enfant, connaissent peu l'enfant et possèdent peu de détails

sur ses antécédents personnels et familiaux. Par conséquent, obtenir un portrait complet de l'histoire de l'enfant par l'intermédiaire d'un adulte significatif s'est avéré ardu. De plus, l'obtention d'informations détaillées concernant les comportements sexualisés de l'enfant est également complexe. Les informations rapportées à l'entrevue étaient parfois incomplètes, voire contradictoires. Ceci étant dit, le recours aux propos de l'enfant et de l'adulte permet de compléter l'information.

En effet, des efforts ont été déployés afin d'encourager la présence d'un des parents biologiques à l'entrevue dans le but d'obtenir un portrait complet de l'histoire du développement de l'enfant, des antécédents familiaux et des facteurs de risque. Au-delà de ces aléas, lors de l'entrevue, le parent faisait habituellement preuve d'une collaboration surprenante et s'ouvrait facilement sur des sujets relativement difficiles à aborder (antécédents de victimisation dans l'enfance, problèmes de santé mentale, difficultés conjugales). À cet effet, l'attitude non jugeante et compréhensive des évaluatrices est cruciale car elle favorise un climat de confiance avec les parents.

Par ailleurs, le PI-ECSP privilégie l'implication des parents et ce, malgré le fait que l'enfant fasse l'objet de placements hors de son milieu familial. L'analyse des groupes focalisés démontre bien l'influence de la qualité de la relation parent-enfant sur l'évolution et l'appréciation des participants. En effet, l'implication des parents n'est pas étrangère à l'évolution des enfants et cette évolution se réalise, en partie, par un changement chez les parents. Impliquer les parents, les amener à persévérer et à rétablir une relation positive avec leur enfant sont des forces à conserver et à consolider dans le PI-ECSP.

Enfin, le guide d'intervention PI-ECSP (Tremblay & Gagnon, 2000) est une force du programme. En effet, non seulement les intervenants ont accès à une formation spécifique sur la problématique des enfants présentant des comportements sexuels inadaptés et sur le contenu et la gestion du programme, mais ils ont accès à tout le matériel nécessaire aux activités prévues lors des rencontres de groupe.

Des lacunes à combler. Les enfants présentant des comportements sexuels problématiques se retrouvent, dans une proportion importante, sous la Loi de la protection de la jeunesse. Devant la multiplicité et l'intensité des problématiques de ces



enfants, une amorce d'intervention visant à accroître le contrôle de soi et l'estime de soi demeure insuffisante compte tenu de la nature et de l'ampleur des difficultés vécues par ces enfants. Dans cette optique, offrir un soutien continu par le biais d'une collaboration avec les intervenants psychosociaux (Centres jeunesse, CLSC et organismes communautaires) permettrait d'assurer une cohérence au niveau de l'intervention, voire une certaine continuité de services.

Qui plus est, l'absence de consensus dans la littérature relative aux théories explicatives de la problématique apparaît nécessairement comme une lacune qui s'inscrit, malgré elle, dans la conceptualisation du programme. En effet, la multiplicité des expressions utilisées pour décrire cette clientèle d'enfants (p. ex : problématiques, agressifs, réactifs, abusifs) représente bien la confusion actuelle. De plus, ces enfants sont parfois perçus comme des victimes d'agression sexuelle, parfois comme de futurs agresseurs ou encore comme des jeunes en troubles de comportement; des efforts doivent donc être consacrés à développer des modèles explicatifs permettant de mieux circonscrire le cadre des interventions auprès de ces jeunes.

#### Forces et limites de l'étude

Cette étude constitue un apport considérable aux connaissances actuelles relativement aux caractéristiques des enfants québécois présentant des comportements sexuels problématiques et à l'intervention de groupe auprès de ces jeunes. Une meilleure connaissance des différents facteurs qui caractérisent la clientèle permet d'identifier les déterminants qui sont importants et qui peuvent être modifiés par le biais d'une intervention. De plus, les résultats de cette recherche suggèrent que l'intervention de groupe, telle que dispensée par le PI-ECSP, s'avère une modalité d'intervention qui répond aux besoins spécifiques de cette clientèle.

D'un point vu méthodologique, l'utilisation de plusieurs mesures directement liées aux dimensions comportementales, affectives et sociales, un nombre suffisant de participants et le fait de documenter non seulement l'évolution des enfants, mais aussi le niveau de participation réelle et la perception des participants représentent des forces méthodologiques.

Par ailleurs, les résultats de l'étude doivent être aussi interprétés à la lumière des limites méthodologiques que cette recherche comporte. Le recours à un devis pré-expérimental représente la principale limite de l'étude qui nuit à sa validité interne. D'une part, en l'absence de groupe témoin, le passage du temps lié à des expériences vécues par les participants ou encore à la maturation pourrait expliquer l'évolution observée chez les enfants. Par ailleurs, pour des raisons éthiques, la constitution d'un groupe contrôle cause problème. Or, il aurait pu être intéressant d'envisager la formation d'un groupe d'enfants n'ayant pas participé au programme (en raison de l'absence d'un adulte pour l'accompagner, d'un refus du parent de participer) ou ayant abandonné le programme en cours de route.

D'autre part, un groupe de comparaison (p. ex : enfants victimes d'agression sexuelle ou enfants en difficulté, mais ne présentant pas de comportements sexuels problématiques) aurait permis de préciser certaines caractéristiques propres aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques et de tracer un portrait plus complet et valide. En outre, comme dans la majorité des études dans le domaine, l'échantillon est composé d'enfants référés au service de protection de l'enfance; or, ces jeunes ne sont pas nécessairement représentatifs de tous les enfants manifestant des comportements sexuels problématiques. Par conséquent, de futures études devront se pencher sur l'ensemble des enfants qui posent des gestes sexuels inadaptés; entre autre, une voie intéressante pourrait s'orienter vers les enfants pris en charge par les cliniques de pédopsychiatrie.

Un autre enjeu propre à cette étude réside dans l'absence de mesures au regard de certains objectifs du programme, notamment l'éducation sexuelle et l'estime de soi. Bien que le projet initial prévoyait une mesure de l'estime de soi, elle a été retirée du protocole d'évaluation en cours d'implantation en raison du fait que la passation de cet instrument auprès d'une clientèle en difficulté d'apprentissage causait des problèmes. En effet, les enfants étaient souvent confus devant les questions et leurs réponses étaient ambiguës; la validité des questionnaires complétés a été remise en question. Par ailleurs, présentement, des efforts sont faits afin de pallier à cette lacune.

L'absence de suivi auprès des jeunes, suite au programme, représente une limite, non seulement d'un point de vue méthodologique, mais également au plan clinique.

Bien que le projet prévoyait à ses débuts un suivi trois mois suivant la fin de l'intervention de groupe, plusieurs obstacles ont surgi, notamment le congé estival, le taux d'attrition élevé, le temps consacré au déplacement (les parents ne se rendaient pas au rendez-vous) et le manque de ressources. Toutefois, comme ce projet de recherche se poursuit, des méthodes ont été mises sur pied (contacts téléphoniques aux parents biologiques et d'accueil et aux éducateurs des milieux substitués, rencontres avec les intervenants psychosociaux) en vue d'obtenir des informations sur les enfants relativement au maintien des acquis à plus long terme.

Enfin, l'utilisation du CSBI est pratique courante; toutefois, l'instrument ne s'adresse pas spécifiquement à cette clientèle et ne possède pas d'échelle mesurant le niveau de gravité ou d'agressivité des comportements sexuels auxquels peuvent s'adonner ces enfants (Bonner & al., 1999; Gray & al., 1997, 1999; Pithers & al., 1998b). Par ailleurs, le *Child Sexual Behavior Checklist*, développé par Johnson (1991), pourrait être ultérieurement utilisé car il a été conçu pour évaluer les enfants manifestant des comportements sexuels problématiques; il serait donc plus sensible et il fournirait un portrait plus complet de la problématique. Toutefois, un travail de traduction et de validation s'avère nécessaire.

CONCLUSION

La problématique des enfants manifestant des comportements sexuels inadaptés est éminemment complexe et on ne peut la neutraliser par une simple solution. Pour en arriver à maîtriser cette complexité, il faut comprendre comment les facteurs s'influencent mutuellement en vue d'anticiper les impacts de l'intervention. Pour atteindre cet objectif, il faudrait réaliser des études empiriques rigoureuses. Dans cette optique, il serait pertinent d'évaluer les dimensions relatives à la famille de ces enfants (p. ex : les rôles comportementaux et sexuels de la famille à l'égard de la sexualité, les comportements sexuels dans la famille, l'histoire de santé mentale des parents), ce qui apporterait un éclairage nouveau sur la trajectoire développementale des comportements sexuels problématiques et sur les liens entre l'agressivité et la sexualité vécues au sein du milieu familial.

En outre, plusieurs études dans ce domaine ont été réalisées dans un contexte de victimisation sexuelle, c'est-à-dire auprès d'échantillons d'enfants manifestant des comportements sexualisés suite à une agression sexuelle. Or, ces échantillons ne sont pas représentatifs de l'ensemble des enfants manifestant des comportements sexualisés. Par conséquent, des efforts sont nécessaires afin de constituer des échantillons non cliniques représentatifs de cette population de jeunes, ce qui contribuerait au développement de typologies en vue d'offrir des interventions adaptées aux besoins spécifiques des enfants.

Enfin, une autre avenue de recherche concerne l'évaluation de l'efficacité des programmes d'intervention réalisée de façon rigoureuse. À ce jour, malgré la prolifération des programmes offerts à cette clientèle, très peu d'entre eux ont fait l'objet d'une étude évaluative; conséquemment, il s'avère difficile de statuer sur les facteurs qui favorisent le succès de ces interventions, sur l'efficacité observée au niveau des changements et des améliorations, sur la participation réelle des enfants et sur les taux d'abandon.

L'étude des enfants présentant des comportements sexuels problématiques s'avère un domaine d'intérêt relativement nouveau pour lequel de nombreux efforts restent à déployer pour l'avancement des connaissances. Au-delà de cette recherche, un défi persiste, soit celui de reconnaître ce phénomène comme problème social en vue de rendre légitimes les interventions auprès de ces enfants en difficulté.

## RÉFÉRENCES

(section introduction, démarche méthodologique et discussion)

- Abel, G.G. & Rouleau, J. (1990). The nature and extend of sexual assault. In W.C. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Éds.), *Handbook of sexual assault* (pp. 79-88). New York: Plenum.
- Alain, M., Pelletier, L.G. & Boivin, M. (2000). Les plans de recherche expérimentaux. In R.J. Vallerand & U. Hess (Éds.), *Méthodes de recherche en psychologie*. Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Araji, S.K. (1997). *Sexually aggressive children : Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Association des Centres jeunesse du Québec. (2000). *Un sommet du Québec pour toute la jeunesse...et celle en très grande détresse*. Montréal, Québec : Association des Centres jeunesse du Québec.
- Balgopal, P. & Vassil, T.V. (1983). *Groups in social work : An ecological perspective*. New York : MacMillan.
- Ballester, S. & Pierre, F. (1995). Monster therapy: The use of a metaphor in psychotherapy with abuse reactive children. In M. Hunter (Éd.), *Child survivors and perpetrators of sexual abuse: Treatment innovations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Beaudry, J. & Gauthier, B. (1992). L'évaluation de programme. In B. Gauthier (Éd.), *Recherche social: De la problématique à la collecte de données* (pp. 425-452). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Beauregard, L-A., Bouffard, R. & Duclos, G. (2000). Programme: Estime de soi et compétence sociale chez les 8 à 12 ans. Montréal, QC: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Bentovim, A. (2002). Preventing sexually abused young people from becoming abusers, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. *Child Abuse and Neglect*, 26, 661-678.
- Berliner, L., Manaois, O. & Monastersky, C. (1986). *Child sexual behavior disturbance : An assessment and treatment model*. Seattle, WA : Harborview Sexual Assault Center.
- Berliner, L. & Rawlings, L. (1991). *A treatment manual: Children with sexual behavior problems*. Seattle, WA: Harborview Sexual Assault Center.
- Beyea, S. (2000). Collecting, analyzing, and interpreting focus group data. *AORN Journal*, 71, (6), 1278-1283.
- Bonner, B.L., Walker, C.E. & Berliner, L. (1999). *Final report on children with sexual behavior problems : assessment and treatment*. Washington, DC : Office of Child Abuse and Neglect, Department of Health and Human Services.

- Breton, J.-J., Bilodeau, H. & Boyer, R. (2001). *Guide pratique pour un programme en santé mentale: Planifier, implanter, évaluer*. Montréal, QC: Service de recherche de l'Hôpital Rivière des Prairies.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L. & Avargues, M.C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: Concepts et méthodes. *Revue Épidémiologique et Santé Publique*, 48 (6), 517-539.
- Côté, I. (1990). Intervention de groupe auprès d'enfants de parents divorcés. *Service social*, 39 (3), 214-223.
- Cunningham, C. & MacFarlane, K. (1991). *When children molest children: Group treatment strategies for young sexual abusers*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Cunningham, C. & MacFarlane, K. (1996). *When children abuse: Group treatment strategies for children with impulse control problems*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Denis, J.-L. & Champagne, F. (1990). *Analyse de l'implantation*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Montréal, Québec: Université de Montréal.
- Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., Desjardins, N., Beauregard, C. & Perreault, N. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes: application en promotion de la santé et en toxicomanie*. Direction de la santé publique de Montréal-centre. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- English, D.J. & Ray, J.A. (1991). *Children with sexual behavior problems: A behavioral comparison*. Olympia, WA: Department of Social and Health Services.
- Finkelhor, D. & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408-1423.
- Flynn Saulnier, C. (2000). Group as data collection method and data analysis technique. *Small group research*, 31 (5), 607-627.
- Friedrich, W.N. (1990). *Psychotherapy of sexually abused children and their family*. New York: W.W. Norton.
- Friedrich, W.N. (1995). *Psychotherapy with sexually abused boys*. Thousands Oaks, CA: Sage Publications.
- Friedrich, W.N., Beilke, R.L. & Urquiza, A.J. (1988). Behavior problems in young sexually abused boys: A comparison study. *Journal of Interpersonal Violence*, 3 (1), 21-28.
- Friedrich, W.N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M. & Shafran, R. (1998). Normative sexual behavior in children: A Contemporary Sample. *Pediatrics*, 101.
- Friedrich, W.N., Grambasch, P., Broughton, D., Kuiper, J. & Beilke, R. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88, 456-464.



- Friedrich, W.N. & Luecke, W.J. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19 (2), 155-164.1
- Gagnon, M.M. (1999). *Rapport synthèse: Informations relatives à l'enfant et à son milieu de vie*. Protocole d'entrevue semi-structurée. Document inédit. Montréal, QC: Université de Montréal.
- Gagnon, M.M., Bégin, H. & Tremblay, C. (soumis). Émergence des comportements sexuels problématiques chez les enfants : Éléments de compréhension.
- Gagnon, M.M., Bégin, H. & Tremblay, C. (accepted for publication). Treatment program for children with sexually problematic behaviour : A status report. *International Journal of Child and Family Welfare*.
- Gagnon, C. & Vitaro, F. (2000). La prévention du trouble des conduites, avec centration sur les comportements violents. In F. Vitaro & C. Gagnon (Éds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents – Tome II : Les problèmes externalisés* (pp. 231-290). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Galinsky, M.J. & Schopler, J.M. (1980). Structuring coleadership in social work training. *Social Work with Groups*, 3 (4), 51-63.
- Gibb, A. (1997). *Focus groups*. Social research update, 19. Department of sociology, Adresse URL: <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/sru19.html>.
- Gil, E. (1993a). Age-appropriate sex play versus problematic sexual behavior. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 21-40). Rockville, MD : Launch Press.
- Gil, E. (1993b). Family treatment. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 275-302). Rockville, MD : Launch Press.
- Gil, E. & Johnson, T.C. (1993). Current and proposed community response. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 121-135). Rockville, MD : Launch Press.
- Gray, A.S. & Pithers, W.D. (1993). Relapse prevention with sexually aggressive adolescents and children : Expanding treatment and supervision. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall & Hudson, S.M (Éds.), *The juvenile sex offender* (pp. 289-319). New York : Guilford.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. & Pithers, W.D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers : demographics functioning and clinical patterns. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 9 (4), 267-290.
- Gray, A., Pithers, W.D., Busconi, A. & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: treatment implications. *Child Abuse and Neglect*, 23 (6), 601-621.

- Greenbaum, T. (1998). Ten tips for running successful focus groups. *Marketing News*, 25-26.
- Groth, A.N. & Lored, C. (1981). Juvenile sexual offenders: Guidelines for assessment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 25, 31-39.
- Hall, D. & Mathews, F. (1996). *The development of sexual behavior problems in children and youth*. Toronto, ON : Central Toronto Youth Services.
- Hall, D.K., Mathews, F. & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 22 (10), 1045-1063.
- Hall, D.K., Mathews, F. & Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: a preliminary typology. *Child Abuse and Neglect*, 26, 289-312.
- Haugaard, J. & Tilly, C. (1988). Characteristics predicting children's responses to sexual encounters with other children. *Child Abuse and Neglect*, 12, 209-218.
- Heap, K. (1994). *La pratique du travail social avec les groupes*. Paris: ESF.
- Henry, S. (1992). *Group skills in social work: A four Dimensional approach* (2<sup>nd</sup> ed.). Itasca, IL: F.E. Peacock.
- Hindman, J. (1994). *Juvenile culpability assessment* (éd. rév.). Ontario, OR: Alexandria.
- Hoyle, S.G. (2000). *The sexualized child in foster care: A guide for parents and other professionals*. Washington, DC: CWLA Press.
- Jackson, P. (1998). Focus groups interviews as a methodology. *Nurse Researcher*, 6 (1), 72-84.
- Johnson, T.C. (1988). Child perpetrators-children who molest other children : Preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 12, 219-229.
- Johnson, T.C. (1989). Female child perpetrators-children who molest other children : Preliminary finding. *Child Abuse and Neglect*, 13, 371-585.
- Johnson, T.C. (1991). *Child Sexual Behavior Checklist*. Document inédit. South Pasadena, CA.
- Johnson, T.C. & Berry, C. (1989). Children who molest : A treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (2 ), 185-203.
- Johnson, T.C. (1993a). Assessment of sexual behavior problems in preschool-aged and latency aged children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2 (3), 431-449.
- Johnson, T.C. (1993b). Preliminary Finding. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 67-89). Rockville, MD : Launch Press.

- Johnson, T.C. (1993c). Group therapy. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds). *Sexualized Children : Assessment and Treatment of Sexualized Children who Molest* (pp. 179-273). Rockville, MD : Launch Press.
- Johnson, T.C. & Feldmeth, J.R. (1993). Sexual behaviors : A continuum. In E. Gil & T.C. Johnson (Éds.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 41-52). Rockville, MD : Launch Press.
- Jonhson, D.W. & Johnson, F.P. (1997). *Joining together: Group theory and group skills*. Needham Height, MN: Allyn and Bacon.
- Kidd, P. & Parshall, M. (2000). Getting the Focus and the Group: Enhancing Analytical Rigor in Focus Group Research. *Qualitative Health Research*, 10, 293-308.
- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299-306.
- Kolko, D.J. (1986). Social-cognitive skills training with sexually abused and abusive child psychiatric inpatient: Training, generalization, and follow-up. *Journal and Family Violence*, 1 (2), 149-165.
- Krueger, R.A. (1998a). *Developing questions for focus groups*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Krueger, R.A. (1998b). *Moderating focus groups*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lane, P., McKenna, H., Ryan, A. A. & Fleming, P. (2001). Focus group methodology. *Nurse Researcher*, 8 (3), 45-59.
- Lane, S. (1991). Special offender populations. In G. Ryan & S. Lane (Eds.), *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and correction* (pp. 299-332). Lexington, MA: Lexington Books.
- Lane, S. & Lobanov-Rostovsky, C. (1997). Special offender populations: Children, females, the developmentally disabled, and violent youth. In G. Ryan & S. Lane (Éds.), *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and correction* (éd. rév.), (pp. 322-359). San Francisco, CA : Jossey-Bass Publishers.
- Leclerc, C. (1999). *Comprendre et construire les groupes*. Québec : Chronique sociale. Presses de l'Université de Laval.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park : Sage Publications.
- Longo, R.E. & Groth, A.N. (1983). Juvenile sexual offenses in the histories of adult rapist and child molesters. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 27, 150-155.
- Loredo, C.M. (1982). Sibling incest. In S.M. Sgroi (Éd.), *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse* (pp. 177-189). Lexington, MA: Lexington Books.

- Mercier, P. & Gagnon, M. (1998). Les protocoles de recherche pré, quasi et expérimentaux. In S. Bouchard & C. Cyr (Éds.), *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique* (pp. 77-135). Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Middleman, R.R. (1980). Co-leadership and solo-leadership in education of social work with groups. *Social Work with Groups*, 3 (4), 39-50.
- Monnier, É. (1987). *Évaluation de l'action des pouvoirs publics*. Paris: Economica.
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Morgan, D. (1998). *Planning focus groups*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morrison-Beedy, D., Côté-Arseneault, D. & Fischbeck Feinstein, N. (2001). Maximizing results with focus groups: Moderator and analysis issues. *Applied Nursing Research*, 14 (1), 48-53.
- National Adolescent Perpetrator Network (1993). The revised report from the National task force on juvenile sexual offending. *Juvenile and Family Court Journal*, 44 (4), 1-119.
- Normand, C.L., Vitaro, F. & Charlebois, P. (2000). Comment améliorer la participation et réduire l'attrition des participants aux programmes de prévention. In F. Vitaro & C. Gagnon (Éds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents – Tome I : Les problèmes internalisés* (pp. 101-133). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Patton, M.Q. (1982). *Practical Evaluation*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pithers, W.D. & Gray, A. (1998). The other half of the story : Children with sexual behavior problems. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 200-217.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems : Psychological and familial functioning. *Child Abuse and Neglect*, 22 (2), 129-141.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998b). Children with sexual behavior problems : Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3 (4), 384-406.
- Posthuma, B.W. (1989). *Small groups in therapy settings : Process and leadership*. Toronto : Little Brown.
- Rasmussen, L.A., Burton, J. & Christopherson, B.J. (1992). Precursors to offending and the trauma outcome process in sexually reactive children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1 (1), 33-48.

- Robert, T.W. (1994). *A system perspective of parenting : The individual, the family, and the social network*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.
- Roberts, P. (1997). Planning and running a focus group. *Nurse Researcher*, 4 (4), 78-82.
- Ryan, G. (1989). Victim to victimizer : Rethinking victim treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (3), 325-341.
- Ryan, G. (1991). Theories of etiology. In G.D. Ryan & S.L. Lane (Éds.), *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and correction* (pp.41-55). Lexington, MA : Lexington Books.
- Ryan, G. (2000). Childhood sexuality: a decade of study. Part I – Research and curriculum development. *Child Abuse and Neglect*, 24, (1), 33-48.
- Ryan, G. (2002). Victims who go on to victimize others: no simple explanations. *Child Abuse and Neglect*, 26, 891-892.
- Ryan, G., Miyoshi, T.M., Metzner, J.L., Krugman, R. & Fryer, G.E. (1996). Trends in a National Sample of Sexually Abusive Youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 35 (1), 17-25.
- Service à l'enfance et à la famille - Act II. (1995). *L'intervention auprès des enfants manifestant des comportements sexuels problématiques : Une approche familiale. Manuel de formation*. Coquitlam, Colombie-Britannique: Direction de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.
- Sgroi, S.M., Bunk, B.S. & Wabrek, C.J. (1988). Children sexual behavior and their relationship to sexual abuse. In S.M. Sgroi (Éd.), *Vulnerable Population* (Volume I : Evaluation and treatment of sexually abused children and adults survivors). (pp. 1-24). Lexington, MA : Lexington Books.
- Simon, J. (1999). How to Conduct Focus Groups. *Nonprofit World*, 17, 40-43.
- Stake, R.E. (1987). Program evaluation, particularly responsive evaluation. In G.E. Madaus, M.S. Scriven & D.L. Stufflebeam (Éds.), *Evaluation models : View-points on educational and human services evaluation* (pp. 287-310). Boston : Kluwer-Nijhoff Publishing.
- Stake, R.E. (2000). Case studies. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Éds.), *Handbook of qualitative research* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 435-508). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Steward, D. & Shamdasani, P. (1990). *Focus Groups: Theory and Practice*. Newbury, London, New Delhi: Sage Publications.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1996). *Using multivariate statistics*. New York : Harper Collins.

- Tard, C., Ouellet, H. & Beaudoin, A. (1997). *L'évaluation de l'action des organismes dans le cadre du programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) : Manuel d'introduction*. Sainte-Foy : Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires.
- Tatterall, M. & Maclaran, P. (1997). Focus group data and qualitative analysis programs: Coding and moving picture as well as the snapshots. *Sociological Research Online*, 2 (1),1.
- Then, K. K. (1996). Research rounds, focus groups research. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 7 (4), 27-31.
- Thompson, R.W., Authier, K. & Ruma, P. (1994). Behavior problems of sexually abused children in foster care: A preliminary study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3 (4), 79-91.
- Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement: une recension des écrits. *Revue Canadienne de psycho-éducation*, 26 (1), 39-69.
- Tourigny, M. & Dagenais, M. (1998). Introduction à la recherche évaluative : la recherche au service des intervenants et des gestionnaires. In S. Bouchard & C. Cyr (Éds.), *Recherche psychosociale : pour harmoniser recherche et pratique* (pp.389-435). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Tremblay, C. & Gagnon, M.M. (2000). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Guide d'intervention destiné aux animateurs - volet enfants et parents*. Document inédit. Joliette, QC : Centres jeunesse de Lanaudière.
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Ballingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R. & McKenzie, B. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Ottawa, ON : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.
- Turcotte, D. (1996). Quelques tendances de l'évolution récente des pratiques en service social des groupes. *Revue canadienne de service social*, 13 (1) 53-74.
- Turcotte, D. & Lindsay, J. (2001). *L'intervention sociale auprès des groupes*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Turcotte, D. & Tard, C. (2000). L'évaluation de l'intervention et l'évaluation de programme. In R. Mayer, F. Ouellet, M-C. Saint-Jacques & D. Turcotte (Éds.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 328-358). Boucherville, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Wasserman, G.A., Miller, L.S., Pinner, E. & Jaramillo, B. (1996). Parenting predictors of early conduct problems in urban, high-risk boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1227-1236.

- Webster-Stratton, C. & Hooven, C. (1998). Parent training for child conduct problems. In A.S. Bellack & M. Hersen (Éds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp. 185-219). Seattle, WA : Pergamon.
- Weiss, C.H. (1993a). The stakeholder approach to evaluation : Origins and promise. *New Directions for Program Evaluation, 17*, 3-14.
- Weiss, C.H. (1993b). Toward the future of stakeholder approach in evaluation. *New Directions for Program Evaluation, 17*, 83-96.
- Wickham, E. (1993). *Group treatment in social Work : An integration to theory and practice*. Toronto : Thompson Educational.

APPENDICE A

Synthèse des composantes du programme d'intervention



## Synthèse des composantes du programme d'intervention

<i>Approche systémique</i>		
<i>Approche cognitivo-comportementale</i>		
<b>Modules</b>	<b>Volet enfants</b>	<b>Volet parents</b>
Accueil ( <i>1 rencontre</i> )	1. Accueil	1. Accueil
Comportements sexuels problématiques ( <i>8 rencontres</i> )  <i>Module séquentiel</i>	2. Les sentiments et les comportements sexuels problématiques 3. Ma piste cyclable 4. Ma piste cyclable 5. Les erreurs de pensée 6. Le cycle du comportement sexuel problématique 7. Mon plan de prévention 8. Les sentiments des autres enfants impliqués et la lettre d'excuses 9. Les comportements sexuels problématiques: Dyade parent -enfant	2. Les comportements sexuels problématiques de l'enfant et les sentiments vécus par le parent lors de la découverte 3. Le continuum des comportements sexuels 4. Ma piste cyclable 5. Les erreurs de pensée et le cycle du comportement sexuel problématique 6. Mon plan de prévention 7. Les conséquences et les sentiments des autres enfants impliqués 8. Un environnement sécurisant 9. Les comportements sexuels problématiques: Dyade parent - enfant
Éducation sexuelle ( <i>5 rencontres</i> )  <i>Module séquentiel</i>	10. La naissance 11. Le corps humain 12. La puberté et l'éveil sexuel 13. La sexualité: Dyade parent -enfant 14. Les rôles sexuels, les stéréotypes et les différences sexuelles	10. Les stades du développement sexuel chez l'enfant 11. La naissance 12. Le corps humain, la puberté et l'éveil sexuel 13. La sexualité: Dyade parent -enfant 14. Les rôles sexuels, les stéréotypes et les différences sexuelles
Limites personnelles ( <i>2 rencontres</i> )  <i>Module séquentiel</i>	15. Les zones de confort personnel 16. L'envahissement de l'espace	15. Les zones de confort personnel et l'intimité dans le milieu familial 16. L'envahissement de l'espace et établissement de frontières familiales et sociales
Enfants: ( <i>6 rencontres</i> ) ▪ Habiletés sociales ▪ Contrôle de soi ▪ Estime de soi  Parents: ( <i>6 rencontres</i> ) ▪ Habiletés parentales  <i>Modules linéaires</i>	17. J'apprends à m'exprimer 18. J'apprends à résoudre mes conflits 19. Ma colère 20. J'apprends à calmer ma colère 21. Mes qualités et celles de mes amis 22. Estime de soi: Dyade parent -enfant	17. Savoir s'exprimer et le message je 18. Savoir écouter et le reflet 19. Être parent ça s'apprend et je donne l'attention positive 20. Résolution de conflits 21. Développer l'estime de soi de mon enfant 22. Estime de soi: Dyade parent - enfant
Évaluation ( <i>1 rencontre</i> )	23. Évaluation	23. Évaluation

APPENDICE B  
Formulaire de consentement

# Formulaire de consentement

## Version parents

### Titre du projet et noms des chercheurs

Nous sollicitons votre collaboration pour participer à une étude portant sur le développement et l'implantation d'un programme d'intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques et de leurs parents (ou tuteurs). Cette étude, visant le développement des meilleures interventions possible, est dirigée par :

Claudia Tremblay, Ph.D., Institut Universitaire sur les jeunes en difficulté des Centres jeunesse de Québec / module Centres jeunesse de Lanaudière;

Huguette Bégin, Ph.D., Département de psychologie, Université de Montréal;

Mélanie M. Gagnon, Ph.D. (cand.), Département de psychologie, Université de Montréal;

Lise Lachance, Ph.D., Département des sciences de l'éducation et de psychologie, Université du Québec à Chicoutimi.

### Objectifs de l'étude

- 1) Développer un guide pédagogique d'intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques et de leurs parents (ou tuteurs).
- 2) Implanter ce modèle d'intervention de groupe auprès de la clientèle des milieux Centres jeunesse.
- 3) Évaluer le processus d'implantation de ce modèle d'intervention auprès des animateurs de groupe et des participants (enfants et adultes).

### Procédure de l'étude

Cette étude se déroule comme suit :

- 1) Dans un premier temps, un(e) assistant(e) de recherche supervisé(e) et qualifié(e) complète une évaluation de l'enfant et de ses parents.
  - a) *Entrevue clinique et passation de questionnaires auprès de l'enfant et de ses parents (ou tuteurs)* - durée approximative de trois heures : l'entrevue clinique vise à recueillir de l'information au sujet de l'histoire personnelle, scolaire, sociale et familiale de l'enfant. Les questionnaires papier-crayon mesurent diverses dimensions du comportement de l'enfant, de la relation parents-enfant ainsi que des connaissances des enfants et des parents concernant la problématique et les thèmes abordés dans le programme d'intervention.
- 2) Dans un second temps, l'enfant et ses parents (ou tuteurs) participent à 23 rencontres de groupe hebdomadaire, d'une durée de 90 minutes.

- 3) Suite à la participation à l'intervention de groupe, une seconde évaluation de l'enfant et de ses parents (ou tuteurs) est réalisée selon les mêmes procédures que décrit précédemment.
- 4) Finalement, à la fin de la participation au programme, les enfants et les parents (ou tuteurs) participent à un groupe focalisé, un groupe pour les enfants et un pour les adultes (rencontre bilan d'environ 90 minutes) et ce, afin d'évaluer le processus d'implantation du programme.

### **Confidentialité**

Dans le but d'assurer la confidentialité des informations à des fins de recherche, *un numéro de code vous sera attribué, ce qui constituera la seule identification utilisée sur les documents et les fichiers informatiques.* Enfin, aucune information permettant l'identification d'un des participants à l'étude ne sera présentée dans les résultats.

Nous devons aussi vous informer de l'obligation qui est faite par la Loi de la protection de la jeunesse au personnel de recherche et aux intervenants de signaler toute situation qu'ils estiment être un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de cette loi.

### **Liberté de participation et de retrait**

Votre participation et celle de votre enfant à cette étude sont volontaires. Vous êtes donc libres d'accepter ou de refuser d'y participer, sans que votre refus nuise, s'il y a lieu, à la poursuite des services offerts par les \_\_\_\_\_. Dans le cas d'un refus de participation à l'étude, vos résultats aux différents questionnaires ne seront pas comptabilisés dans la recherche.

### **Inconvénients et risques**

Les risques et les désagréments liés à la participation à cette étude nous paraissent assez minimes. Toutefois, il est possible que, lors de l'évaluation ou en cours d'intervention, vous viviez des inconforts en lien avec certains thèmes discutés. Si cela se produisait, nous vous demandons d'en parler avec l'assistant(e) de recherche effectuant l'évaluation ou les animateurs de votre groupe qui pourront, au besoin, vous guider vers une ressource d'aide personnelle.

### **Formule d'adhésion à l'étude et signature**

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer, moi et mon enfant (ou l'enfant dont je suis le tuteur), et que je demeure libre de me retirer de cette étude, en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité de mes rapports avec \_\_\_\_\_. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

En foi de quoi, je, soussigné(e), consent :

- à participer à cette étude;
- à ce que mon enfant (ou l'enfant dont je suis le tuteur) participe à cette étude;
- à ce que l'assistant(e) de recherche contacte le praticien social au dossier.

De plus, je m'engage à respecter les conditions précédemment décrites.

Signé à _____	le _____
_____	_____
Nom de la mère	Signature
_____	_____
Nom du père	Signature
_____	_____
Nom du titulaire de l'autorité parentale	Signature

Je certifie avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet de recherche et lui avoir remis une copie signée du présent formulaire.

Signé à _____	le _____
_____	_____
Nom de l'assistant(e) de recherche autorisé(e) par la coordonnatrice du projet	Signature

**Personne ressource**

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice de ce projet de recherche :

☞ **Mélanie M. Gagnon**, Institut Universitaire des jeunes en difficulté des Centres jeunesse de Québec/module Centres jeunesse de Lanaudière

☎ (450) 756-4555 #2553 ou sans frais 1-800-229-1152



[REDACTED]

Si vous désirez également vous retirer de cette recherche ou si vous éprouvez des difficultés, nous vous invitons à en discuter avec la coordonnatrice de ce projet.

APPENDICE C  
Protocole d'entrevue

## Rapport synthèse

Informations relatives à l'enfant et à son milieu de vie

Numéro d'identification : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de référence : \_\_\_\_\_

Référé par : \_\_\_\_\_

Milieu d'intervention :  Centres jeunesse Lanaudière  
 Centres jeunesse de la Montérégie  
 Centres jeunesse de Québec  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

---

Développé par Mélanie M. Gagnon  
dans le cadre de l'étude :

**« Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques et de leurs parents »**

*Veillez, s'il vous plaît, compléter toutes les sections du rapport synthèse. L'utilisation du masculin dans ce questionnaire permet d'alléger la lecture et désigne à la fois les personnes de genre masculin et féminin.*



## SECTION I - IDENTIFICATION

USAGER	PARENTS
<p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Ville : _____</p> <p>Code postal : _____</p> <p>Téléphone : (    ) _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p style="text-align: center;">   jour            mois            année</p> <p>Âge : _____</p> <p>Sexe :        <input type="checkbox"/> masculin        <input type="checkbox"/> féminin</p> <p>Lieu de naissance : _____</p> <p>Placement actuel :    <input type="checkbox"/> oui            <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, depuis quand : _____</p> <p style="text-align: center;">   jour            mois            année</p>	<p><u>MÈRE</u></p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Ville : _____</p> <p>Code postal : _____</p> <p>☎ domicile : (    ) _____</p> <p>☎ travail : (    ) _____</p> <p>Âge : _____</p> <p>Occupation : _____</p>
<p><b><i>Coordonnées du milieu d'accueil</i></b></p> <p>Type de milieu :    <input type="checkbox"/> F.A.    <input type="checkbox"/> M.A.    <input type="checkbox"/> R.G.    <input type="checkbox"/> C.R.</p> <p>Nom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Ville : _____</p> <p>Code postal : _____</p> <p>Téléphone : (    ) _____</p> <p>Responsable : _____</p>	<p><u>PÈRE</u></p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Ville : _____</p> <p>Code postal : _____</p> <p>☎ domicile : (    ) _____</p> <p>☎ travail : (    ) _____</p> <p>Âge : _____</p> <p>Occupation : _____</p>

## SECTION II - MILIEU DE VIE

## 2.1 Structure du ménage

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Famille d'origine            | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil        |
| <input type="checkbox"/> Famille recomposée           | <input type="checkbox"/> Maison d'accueil (RRR)   |
| <input type="checkbox"/> Famille monoparentale (mère) | <input type="checkbox"/> Résidence de groupe      |
| <input type="checkbox"/> Famille monoparentale (père) | <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation   |
| <input type="checkbox"/> Garde partagée               | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Famille adoptive             |   |

Nom et lien de parenté du répondant principal : \_\_\_\_\_

Nom et lien de parenté du répondant secondaire : \_\_\_\_\_

## 2.2 Source de revenu des parents (cochez une seule réponse pour la mère (M) et le père (P))

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| M  | P                        | M  | P                        |
| <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Emploi temps plein              |                          | <input type="checkbox"/> Aide sociale      |                          |
| <input type="checkbox"/> Emploi temps partiel            |                          | <input type="checkbox"/> Assurance chômage |                          |
| <input type="checkbox"/> Plusieurs emplois temps partiel |                          | <input type="checkbox"/> Aucun             |                          |
| <input type="checkbox"/> Emploi saisonnier               |                          | <input type="checkbox"/> Autre : _____     |                          |
|  |                          | <input type="checkbox"/> Ne sait pas       |                          |

## 2.3 Niveau d'éducation des parents (cochez une seule réponse pour la mère (M) et le père (P))

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| M  | P                        | M                                      | P                        |
| <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Élémentaire             |                          | <input type="checkbox"/> Université    |                          |
| <input type="checkbox"/> Secondaire non complété |                          | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |                          |
| <input type="checkbox"/> Secondaire complété     |                          | <input type="checkbox"/> Ne sait pas   |                          |
| <input type="checkbox"/> Cégep                   |                          |  |                          |

## 2.4 Statut des parents

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mariés / conjoints de fait | <input type="checkbox"/> Père décédé  |
| <input type="checkbox"/> Divorcés / séparés         | <input type="checkbox"/> Mère décédée |
| <input type="checkbox"/> Remariés                   |                                       |

## 2.5 Fratrie

Nombre

(indiquez le nombre pour chaque groupe)

- |               |                                     |  |  |
|---------------|-------------------------------------|--|--|
| Frères :      | <input type="checkbox"/> Plus jeune | <input type="checkbox"/> Plus vieux (< 18 ans)   | <input type="checkbox"/> Plus vieux (> 18 ans)   |
| Soeurs :      | <input type="checkbox"/> Plus jeune | <input type="checkbox"/> Plus vieille (< 18 ans) | <input type="checkbox"/> Plus vieille (> 18 ans) |
| Demi-frères : | <input type="checkbox"/> Plus jeune | <input type="checkbox"/> Plus vieux (< 18 ans)   | <input type="checkbox"/> Plus vieux (> 18 ans)   |
| Demi-soeurs : | <input type="checkbox"/> Plus jeune | <input type="checkbox"/> Plus vieille (< 18 ans) | <input type="checkbox"/> Plus vieille (> 18 ans) |

## 2.6 Autres adultes vivant dans la maison (si l'enfant vit en alternance dans deux milieux, répondez selon le milieu de vie principal de l'enfant, soit celui du répondant principal)

- 
- Aucun
- 
- Grand-parent
- 
- Enfants > 18 ans
- 
- Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

## SECTION III - INSTABILITÉ VÉCUE PAR L'ENFANT DANS SA FAMILLE

## 3.1 Nombre approximatif de déménagements depuis la naissance de l'enfant

- 
- 0
- 
- 1
- 
- 2
- 
- 3-4
- 
- 5 ou plus
- 
- Ne sait pas

## 3.2 Nombre de changements dans la composition de la maisonnée depuis sa naissance

- 
- 0
- 
- 1
- 
- 2
- 
- 3-4
- 
- 5 ou plus
- 
- Ne sait pas

**3.3 Histoire de placement de l'enfant** L'enfant n'a jamais vécu de placement L'enfant a vécu un ou des placement(s)Motif(s):  Abandon Négligence Abus physique Abus sexuel Troubles de comportement Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Nombre de placements : \_\_\_\_\_

Âge au premier placement : \_\_\_\_\_

Contacts avec ses parents biologiques

 oui, avec les deux oui, avec la mère seulement oui, avec le père seulement aucun contact**SECTION IV - ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX****4.1 Fonctionnement des parents biologiques** (indiquez s'il s'agit de problèmes connus (C) ou soupçonnés (S) de la part du répondant)

C S

  Toxicomanie  Alcoolisme  Activités criminelles  Déficit cognitif  Antécédents d'abus physique durant l'enfance  Antécédents d'abus émotionnel durant l'enfance  Antécédents de négligence durant l'enfance  Antécédents d'abus sexuel durant l'enfance

C S

  Problèmes de santé mentale  Problèmes de santé physique  Violence conjugale  Problèmes d'ordre économique  Litige portant sur la garde de l'enfant  Absence de support social  Aucun  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_**4.2 Facteurs de risque familiaux** (indiquez s'il s'agit de facteurs connus (C) ou soupçonnés (S) de la part du répondant)

C S

  Accessibilité à du matériel pornographique (revue, film, Internet, etc.)  Comportements sexuels explicites observables  Absence d'encadrement et de supervision à la maison  Décès d'un parent**SECTION V - INFORMATION CONCERNANT L'ENFANT****5.1 Fonctionnement de l'enfant**État de la santé Retard de développement Trouble psychiatrique (précisez) : \_\_\_\_\_ Problèmes liés au sommeil Problèmes liés à l'alimentation Handicap de l'ouïe, de la vue ou de la paroleRelations interpersonnelles Isolement Indifférence face aux personnes significatives Conflits avec les autres / agressivitéProblèmes de comportement Agressivité envers les autres Cruauté envers les animaux Crise de rage FugueComportements auto destructeurs Consommation excessive de drogue ou d'alcool Tentative de suicide AutomutilationScolaire Difficultés d'attention / concentration Problèmes d'apprentissage Classe d'éducation spécialisée École spéciale Agressivité envers les professeurs Refus d'aller à l'école / absentéismeComportements anti-sociaux Comportements sexuels agressifs Voler Mentir Mettre le feu Activités délinquantes ou criminelles

**5.2 Histoire médicale**Prise de médicament  oui  nonSi oui, lequel (lesquels) :  Ritalin  Risperdal  Paxil  Autre : \_\_\_\_\_

Depuis quel âge (première médication) : \_\_\_\_\_

**5.3 Histoire scolaire** (*spécifiez pour chacun des points*)

Nom de l'école et de l'enseignant : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Année scolaire : \_\_\_\_\_

Fréquentation de plus d'une école (combien) : \_\_\_\_\_

Reprise d'une année scolaire (si oui, laquelle) : \_\_\_\_\_

Aide pédagogique (type d'aide) : \_\_\_\_\_

**5.4 Histoire sociale**

Nombre d'ami(s) : \_\_\_\_\_

- Amis de même âge  
 Amis plus jeunes  
 Amis plus vieux

- Bonnes relations amicales  
 Relations amicales conflictuelles (agressivité)

**SECTION VI - HISTOIRE DE MAUVAIS TRAITEMENTS***(indiquez s'il s'agit de problèmes connus (C) ou soupçonnés (S) de la part du répondant)*

	Types de mauvais traitements	Présumé(s) agresseur(s)	Durée des mauvais traitements
<b>1. Abus physique</b>	C S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Syndrome du bébé secoué <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Punition corporelle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Mère biologique <input type="checkbox"/> Père biologique <input type="checkbox"/> Mère adoptive <input type="checkbox"/> Père adoptif <input type="checkbox"/> Conjoint de la mère (de fait ou légal) <input type="checkbox"/> Conjointe du père (de fait ou légale) <input type="checkbox"/> Membre de la famille d'accueil <input type="checkbox"/> Fratrie <input type="checkbox"/> Membre de la famille élargie <input type="checkbox"/> Tiers en situation d'autorité <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Incident unique <input type="checkbox"/> Moins de six mois <input type="checkbox"/> Six mois à un an <input type="checkbox"/> Plus d'un an <input type="checkbox"/> Plusieurs histoires <input type="checkbox"/> Ne sait pas

<p><b>2. Abus sexuel</b></p>	<p>C S</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pénétration (vaginale ou anale)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tentative de pénétration (vaginale ou anale)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacts oraux génitaux (agresseur-enfant)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacts oraux génitaux (enfant-agresseur)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Attouchements / caresses des organes génitaux</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Exhibitionnisme</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Exploitation : pornographie/prostitution</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Harcèlement sexuel</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Voyeurisme</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Mère biologique</p> <p><input type="checkbox"/> Père biologique</p> <p><input type="checkbox"/> Mère adoptive</p> <p><input type="checkbox"/> Père adoptif</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de la mère (de fait ou légal)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjointe du père (de fait ou légale)</p> <p><input type="checkbox"/> Membre de la famille d'accueil</p> <p><input type="checkbox"/> Fratrie</p> <p><input type="checkbox"/> Membre de la famille élargie</p> <p><input type="checkbox"/> Tiers en situation d'autorité</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Incident unique</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de six mois</p> <p><input type="checkbox"/> Six mois à un an</p> <p><input type="checkbox"/> Plus d'un an</p> <p><input type="checkbox"/> Plusieurs histoires</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>
<p><b>3. Négligence</b></p>	<p>C S</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Manque de supervision</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Négligence physique</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Négligence au plan médical</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Absence de soins</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Attitude permissive à l'égard de comportements mésadaptés</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abandon</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rejet</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Négligence au plan de l'éducation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Mère biologique</p> <p><input type="checkbox"/> Père biologique</p> <p><input type="checkbox"/> Mère adoptive</p> <p><input type="checkbox"/> Père adoptif</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de la mère (de fait ou légal)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjointe du père (de fait ou légale)</p> <p><input type="checkbox"/> Membre de la famille d'accueil</p> <p><input type="checkbox"/> Fratrie</p> <p><input type="checkbox"/> Membre de la famille élargie</p> <p><input type="checkbox"/> Tiers en situation d'autorité</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Incident unique</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de six mois</p> <p><input type="checkbox"/> Six mois à un an</p> <p><input type="checkbox"/> Plus d'un an</p> <p><input type="checkbox"/> Plusieurs histoires</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>
<p><b>4. Mauvais traitement émotionnel</b></p>	<p>C S</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mauvais traitement psychologique</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retard de croissance d'origine non organique</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Négligence psychologique</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Témoin de violence conjugale</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Mère biologique</p> <p><input type="checkbox"/> Père biologique</p> <p><input type="checkbox"/> Mère adoptive</p> <p><input type="checkbox"/> Père adoptif</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de la mère (de fait ou légal)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjointe du père (de fait ou légale)</p> <p><input type="checkbox"/> Membre de la famille d'accueil</p> <p><input type="checkbox"/> Fratrie</p> <p><input type="checkbox"/> Membre de la famille élargie</p> <p><input type="checkbox"/> Tiers en situation d'autorité</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Incident unique</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de six mois</p> <p><input type="checkbox"/> Six mois à un an</p> <p><input type="checkbox"/> Plus d'un an</p> <p><input type="checkbox"/> Plusieurs histoires</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>
<p><b>SECTION VII - HISTOIRE DE COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES</b></p>			
<p><b>7.1 Dévoilement des comportements sexuels problématiques</b></p> <p>Date : _____</p>			

<b>7.2 Auprès de qui le dévoilement a-t-il été fait en premier lieu?</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Ami(e) <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Famille élargie <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enseignant(e) <input type="checkbox"/> Fratrie <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Éducateurs <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
<b>7.3 Qui a dévoilé les comportements sexuels problématiques</b> <input type="checkbox"/> L'enfant instigateur <input type="checkbox"/> L'enfant impliqué (« victime ») <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
<b>7.4 Type de dévoilement</b> <input type="checkbox"/> Volontaire et réfléchi <input type="checkbox"/> Accidentel <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
<b>7.5 Réaction des parents (ou titulaire de l'autorité parentale) à la suite du dévoilement</b>		
<u>Émotionnel</u> <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Culpabilité <input type="checkbox"/> Peur <input type="checkbox"/> Honte <input type="checkbox"/> Colère <input type="checkbox"/> Aucun	<u>Pensées</u> <input type="checkbox"/> Propre victimisation <input type="checkbox"/> Agresser potentiel <input type="checkbox"/> Aucune	<u>Actions</u> <input type="checkbox"/> Consultation professionnelle <input type="checkbox"/> Discussion avec un ami <input type="checkbox"/> Consultation intervenant CJ <input type="checkbox"/> Aucune
<b>7.6 À la suite du dévoilement, comportements ou attitudes des parents (ou titulaire de l'autorité parentale) envers l'enfant</b> <input type="checkbox"/> Punition <input type="checkbox"/> Soutien et réconfort <input type="checkbox"/> Abandon ou rejet <input type="checkbox"/> Aucun		
<b>7.7 Description des comportements sexuels problématiques (selon <u>parents</u> ou <u>titulaire de l'autorité parentale</u>)</b>		
<u>Nombre d'enfants impliqués</u> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou plus <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
<u>Nombre d'incidents</u> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou plus <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
<u>Âge des enfants impliqués</u> <input type="checkbox"/> Même âge <input type="checkbox"/> Plus jeune <input type="checkbox"/> Plus vieux <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
<u>Sexe des enfants impliqués</u> <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
<u>Relation avec les enfants impliqués</u> <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> frère <input type="checkbox"/> soeur <input type="checkbox"/> cousin/cousine <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Ne sait pas		

Types de comportements

- Pénétration  
 Tentative de pénétration  
 Sodomie  
 Tentative de sodomie  
 Attouchements / caresses des organes génitaux  
 Exhibitionnisme  
 Voyeurisme  
 Harcèlement sexuel  
 Exploitation : pornographie / prostitution  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Ne sait pas

Types de coercition

- Sans contrainte  
 Contrainte verbale (menace, manipulation, etc.)  
 Contrainte physique, sans arme  
 Contrainte physique, avec arme  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Ne sait pas

Lieu

- Chez l'enfant instigateur  
 Chez l'enfant impliqué (« victime »)  
 Terrain de jeux  
 École  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Ne sait pas

**7.8 Cause(s) possible(s)** (selon parents ou titulaire de l'autorité parentale)

- Curiosité, expérimentation, jeux sexuels  
 Contact avec matériel pornographique  
 Mauvaise influence des pairs  
 Placement  
 Conséquence de victimisation sexuelle antérieure  
 Milieu vie familial sexualisé  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Ne sait pas

**7.9 Description des comportements sexuels problématiques** (selon l'enfant)Nombre d'enfants impliqués

- 1     2     3     4     5 ou plus     Ne sait pas

Nombre d'incidents

- 1     2     3     4     5 ou plus     Ne sait pas

Âge des enfants impliqués

- Même âge     Plus jeune     Plus vieux     Ne sait pas

Sexe des enfants impliqués

- Masculin     Féminin     Ne sait pas

Relation avec les enfants impliqués

- Ami     frère     soeur     cousin/cousine     Autre : \_\_\_\_\_     Ne sait pas

Types de comportements

- Pénétration
- Tentative de pénétration
- Sodomie
- Tentative de sodomie
- Attouchements / caresses des organes génitaux
- Exhibitionnisme
- Voyeurisme
- Harcèlement sexuel
- Exploitation : pornographie / prostitution
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_
- Ne sait pas

Types de coercition

- Sans contrainte
- Contrainte verbale (menace, manipulation, etc.)
- Contrainte physique, sans arme
- Contrainte physique, avec arme
- Autres (précisez) : \_\_\_\_\_
- Ne sait pas

Lieu

- Chez l'enfant instigateur
- Chez l'enfant impliqué (« victime »)
- Terrain de jeux
- École
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_
- Ne sait pas

**7.10 Reconnaissance de l'enfant de ses comportements sexuels problématiques**  Oui  Non

**7.11 Réactions émotionnelles de l'enfant à la suite de son comportement sexuel problématique**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Peur / anxiété               | <input type="checkbox"/> Tristesse                   |
| <input type="checkbox"/> Colère / hostilité           | <input type="checkbox"/> Ambivalence / confusion     |
| <input type="checkbox"/> Honte                        | <input type="checkbox"/> Se sent différent des pairs |
| <input type="checkbox"/> Culpabilité / responsabilité | <input type="checkbox"/> Indifférence                |
|   | <input type="checkbox"/> Aucune réaction             |

**7.12 Catégorie de l'enfant**

- Exploration sexuelle normale
- Sexuellement réactif
- Comportements sexuels mutuels
- Comportements sexuels agressifs

**7.13 Adulte participant au groupe de parents**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Deux parents | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil            |
| <input type="checkbox"/> Mère         | <input type="checkbox"/> Éducateur (M.A., R.G., C.R.) |
| <input type="checkbox"/> Père         | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____    |



APPENDICE D  
Autorisation d'enregistrement

## Autorisation d'enregistrement

Version parents et/ou adultes significatifs

Nom du parent ou de l'adulte significatif : \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Par la présente, j'atteste que j'ai été informé(e) de l'enregistrement de la rencontre bilan à laquelle mon enfant (ou l'enfant que j'accompagne) et moi-même participons et que j'accepte cette procédure.

De plus, j'autorise également l'équipe de recherche à conserver les informations reçues lors de la rencontre bilan enregistrée aux seules fins de recherche. Il est entendu que tous les propos de la rencontre seront traités avec confidentialité et qu'aucune information pouvant permettre l'identification d'un des participants à l'étude ne sera présentée.

En foi de quoi, je, soussigné(e) accepte de participer à cette recherche.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_

## Questionnaire de renseignements généraux

Version parents et/ou adultes significatifs

1. Nom et prénom : \_\_\_\_\_

2. Date du groupe focalisé : \_\_\_\_\_  
  jour      mois      année

3. Région            Lanaudière                    Montérégie

4. Statut

- Parent biologique
- Parent adoptif
- Parent de famille d'accueil
- Édicateur en maison d'accueil
- Édicateur en résidence de groupe
- Édicateur en centre de réadaptation
- Autre : \_\_\_\_\_

5. Sexe            Masculin                    Féminin

6. Âge

- moins de 20 ans
- 20-25 ans
- 26-30 ans
- 31- 35 ans
- 36-40 ans
- 41-45 ans
- 46-50 ans
- plus de 50 ans

7. Quel âge ont les enfants qui vivent au sein de votre maison ou milieu de réadaptation?

- Âge pré scolaire (0-5 ans)
- Âge scolaire (6-8 ans)
- Âge scolaire (9-10 ans)
- Pré-adolescence (11-12 ans)
- Adolescence (13-18 ans)

8. Occupation actuelle

- Travail à temps complet
- Travail à temps partiel
- Sans travail
- Autres : \_\_\_\_\_

*Nous vous remercions pour votre participation et votre collaboration.*

**Questionnaire de renseignements généraux**

Version enfants

1. Quel est ton nom? \_\_\_\_\_
2. Date du groupe focalisé : \_\_\_\_\_  
  jour      mois      année
3. Dans quelle région vis-tu?     Lanaudière       Montérégie
4. Quel est ton sexe?                       Masculin       Féminin
5. Quel âge as-tu?
- 6 ans
  - 7 ans
  - 8 ans
  - 9 ans
  - 10 ans
  - 11 ans
  - 12 ans
  - 13 ans
6. Avec qui vis-tu?
- Avec ma mère
  - Avec mon père
  - Avec mes deux parents
  - En famille d'accueil
  - En maison d'accueil
  - En résidence de groupe
  - En centre de réadaptation
  - Autres : \_\_\_\_\_

