

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

Comparaison du profil psychosocial d'adolescents agresseurs sexuels ayant subi ou non
une agression sexuelle pendant l'enfance

Mémoire présenté à titre complémentaire
aux conditions d'obtention du grade M.Sc.

Ce mémoire a été réalisé à l'Université du Québec en Outaouais
dans le cadre du programme conjoint de Maîtrise en psychoéducation
de l'Université du Québec

Juillet 2003

Loméga Étienne

Sommaire

Les Adolescents Agresseurs Sexuels (AAS) représentent une forte proportion des délinquants sexuels. Dans une recension des écrits sur le sujet, Lagueux et Tourigny (1999) démontrent qu'au Québec, lorsque l'âge de l'agresseur est connu, les études rapportent que de 20% à 30% des agressions sexuelles commises envers les enfants sont commises par des adolescents. L'un des facteurs étiologiques fréquemment discuté dans la documentation scientifique, est la présence de mauvais traitements en bas âge, dont notamment une Agression Sexuelle pendant l'Enfance (ci-après ASE). Certains auteurs soulignent que les AAS qui ont vécu des sévices sexuels dans l'enfance présentent un profil psychosocial différent des AAS qui n'ont pas été sexuellement victimisés dans l'enfance (Becker et al., 1991; Cooper et al., 1996; Hummel et al., 2000). Dans un premier temps, ce mémoire de maîtrise vise à dresser le portrait d'un échantillon d'AAS québécois à travers leurs caractéristiques spécifiques. Un second objectif de cette étude consiste à comparer le profil psychosocial des AAS qui rapportent ou non une histoire d'ASE afin d'en dégager les différences ainsi que les caractéristiques communes aux deux groupes. Les hypothèses proposées stipulent que contrairement au groupe des AAS qui ne rapportent aucune ASE, ceux qui ont vécu des sévices sexuels dans l'enfance présenteront davantage : 1) des carences dans diverses sphères de leurs vies; 2) des symptômes de stress post traumatiques; 3) une compréhension lacunaire au niveau des gestes sexuels posés; 4) des déficits au niveau des habiletés sociales; 5) des déficits au niveau des habiletés hétérosociales; 6) de solitude et d'isolement; 7) d'inconforts en ce qui concerne la sexualité; 8) de stratégies mal adaptées en périodes de stress intense ; 9) de déficits quant aux attitudes par rapport à la sexualité et enfin, 10) un tableau clinique symptomatique. Au total, 124 AAS de 12 à 17 ans provenant de différentes régions du

Québec ont été rencontrés au début de leur traitement. Diverses informations ont été recueillies à l'aide d'une entrevue clinique semi-structurée et l'administration de tests psychométriques standardisés. Les AAS de l'échantillon total : 1) rapportent des difficultés au niveau de certaines sphères de leur vie dont notamment en ce qui concerne l'aspect familial; 2) présentent à certains égards des symptômes nécessitant une intervention clinique; 3) ont commis dans une plus grande proportion des gestes d'attouchements et de pénétration avec les doigts; 4) ont agressé dans une plus grande proportion une fille ; 5) ont agressé principalement une victime âgée de moins de 8 ans; et 6) ont agressé une victime ayant un lien de parenté avec eux. La comparaison des AAS en fonction de la présence ou non d'une ASE met en évidence certaines différences significatives. En effet, ceux qui ont vécu des sévices sexuels au cours de l'enfance rapportent davantage : 1) de l'instabilité au niveau familial; 2) des caractéristiques cliniques problématiques; 3) des symptômes de stress post-traumatique; 4) des habiletés sociales déficitaires; 5) des stratégies d'adaptation inadéquates en période de stress intense, et enfin 6) des symptômes nécessitant une intervention clinique . Les résultats sont discutés en fonction de ce qui est rapporté dans la documentation scientifique et quelques avenues d'intervention cliniques sont proposées. La présente recherche a permis de confirmer certains postulats de la documentation scientifique dont notamment, le fait que certains AAS proviennent de milieux familiaux instables et qu'ils présentent un profil psychosocial reflétant plusieurs difficultés. De plus, l'analyse des résultats selon la présence d'une ASE ou non confirme également à certains égards, l'état des connaissances actuelles.

Table des matières

SOMMAIRE	II
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES TABLEAUX	V
REMERCIEMENTS	VI
1 CONTEXTE THÉORIQUE	1
1.1. Ampleur de la problématique	2
1.2. Profil psychosocial des AAS	4
1.3. La victimisation sexuelle dans la population masculine générale	10
1.4. La victimisation sexuelle dans l'enfance des adultes agresseurs sexuels	11
1.5. La victimisation sexuelle dans l'enfance des adolescents agresseurs sexuels	13
1.6. Profil psychosocial des adultes agresseurs sexuels en fonction d'une ASE	15
1.7. Profil psychosocial des adolescents agresseurs sexuels en fonction d'une ASE	20
1.8. En résumé	26
1.9. Objectifs de la présente étude	29
2 MÉTHODOLOGIE	31
2.1. Participants	32
2.2. Instruments de mesure	33
2.3. Déroulement	39
2.4. Analyses des données	40
3 RÉSULTATS	41
3.1. Statistiques descriptives de l'échantillon d'AAS	42
3.2. Analyses comparatives	53
4 DISCUSSION	73
4.1. Profil descriptif de l'échantillon	74
4.2. Profil comparatif des AAS l'échantillon	81
4.3. Recommandations cliniques	88
4.4. Forces et limites de la présente l'étude	91
4.5. Recommandations pour les recherches futures	93
5 CONCLUSION	95
6 RÉFÉRENCES	97
APPENDICE A: ENTREVUE CLINIQUE	105
APPENDICE B: TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN (TSC-C)	124
APPENDICE C: QUESTIONNAIRE DE COMPRÉHENSION DES GESTES (QCG)	127
APPENDICE D: MATSON EVALUATION OF SOCIAL SKILLS IN YOUNGSTERS (MESSY)	132
APPENDICE E: UNIVERSITY OF CALIFORNIA, LOS ANGELES (UCLA) LONELINES SCALE-VERSION 3 (UCLA-3)	136
APPENDICE F: COPING INVENTORY FOR STRESS SITUATIONS (CISS)	139
APPENDICE G: SURVEY OF HETEROSEXUAL INTERACTION (SHI)	143
APPENDICE H: DATING QUESTIONNAIRE	149
APPENDICE I: SEX KNOWLEDGE AND ATTITUDE TEST FOR ADOLESCENT (SKAT-A)	151
APPENDICE J: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	154

Liste des tableaux

TABLEAU 1 :	CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES AAS	46
TABLEAU 2 :	CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES DES AAS	47
TABLEAU 3 :	CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES AAS	48
TABLEAU 4 :	PROPORTION DES AAS AYANT OBTENU UN SCORE CLINIQUE SUR LE TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN (TSC-C)	49
TABLEAU 5 :	PROPORTION DES AAS AYANT OBTENU UN SCORE CLINIQUE SUR LE CISS	50
TABLEAU 6 :	TYPE D'ABUS COMMIS PAR LES AAS	51
TABLEAU 7 :	CARACTÉRISTIQUES DES VICTIMES	52
TABLEAU 8 :	COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES EN FONCTION D'UNE ASE OU NON	58
TABLEAU 9 :	COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES EN FONCTION D'UNE ASE OU NON	59
TABLEAU 10 :	COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES EN FONCTION D'UNE ASE OU NON	61
TABLEAU 11 :	COMPARAISON DES RÉSULTATS AU TSC-C EN FONCTION D'UNE ASE OU NON	62
TABLEAU 12 :	PROPORTION D'AAS AYANT OBTENU UN SCORE CLINIQUE SUR LE TSC-C EN FONCTION D'UNE ASE OU NON	63
TABLEAU 13 :	RÉSULTATS SUR LE QUESTIONNAIRE DE COMPRÉHENSION DES GESTES (QCG) EN FONCTION D'UNE ASE OU NON	64
TABLEAU 14 :	COMPARAISON DES RÉSULTATS AU MATSON EVALUATION OF SOCIAL SKILLS IN YOUNGSTERS EN FONCTION D'UNE ASE OU NON	65
TABLEAU 15 :	COMPARAISON DES RÉSULTATS AU SKAT-A, AU UCLA ET AU SHI EN FONCTION D'UNE ASE OU NON	66
TABLEAU 16 :	COMPARAISON DES RÉSULTATS AU DATING QUESTIONNAIRE EN FONCTION D'UNE ASE OU NON	67
TABLEAU 17 :	COMPARAISON DES RÉSULTATS AU CISS EN FONCTION D'UNE ASE OU NON.....	68
TABLEAU 18 :	PROPORTION D'AAS AYANT OBTENU UN SCORE CLINIQUE SUR LE CISS EN FONCTION D'UNE ASE OU NON	69
TABLEAU 19 :	TYPE D'ABUS COMMIS EN FONCTION D'UNE ASE OU NON.....	70
TABLEAU 20 :	CARACTÉRISTIQUES DES VICTIMES DES AAS EN FONCTION D'UNE ASE OU NON.....	71
TABLEAU 21 :	CARACTÉRISTIQUES DES AGRESSIONS SEXUELLES COMMISES PAR LES AAS EN FONCTION D'UNE ASE OU NON	72

Remerciements

Je désire exprimer ma profonde gratitude à mon directeur de maîtrise, M. Marc Tourigny, pour son enseignement très à point, sa disponibilité et par-dessus tout, son soutien constant et sans mesure tout au long de ce parcours académique. Merci pour la grande confiance en mes capacités dès le départ et pour avoir poursuivi la direction de ce mémoire, même après avec un changement d'institution d'enseignement.

J'aimerais également offrir mes sincères remerciements à Mme Fabienne Lagueux qui, de par sa grande générosité, a bien accepté de partager avec moi son savoir, sa façon de faire et surtout sa banque de données d'adolescents agresseurs sexuels. Un merci tout spécial à Madame Huguette Joly, Directrice générale du Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille, pour m'avoir ouvert grandes toutes les portes du Centre d'intervention et pour ses judicieux conseils au plan clinique qui resteront gravés de façon indélébile dans ma mémoire. Comment ne pas remercier la superbe équipe clinique et en particulier, M. Martin Manseau ainsi que Mme Danielle Savard, avec qui j'ai eu le privilège d'animer des groupes de traitement offerts aux AAS. L'importance du travail d'équipe prend toute sa signification lorsque je pense à vous. Des remerciements spéciaux vont à Mme Alexandrine Chevrel, directrice clinique de la clinique pour délinquants sexuels de l'établissement La Macaza, au Dr. Jacques Dionne, au Dr. Gina Madrigano, ainsi qu'à Mme Carmen Davis qui ont volontiers accepté de lire ce mémoire de maîtrise et de me faire part de leurs judicieux commentaires. Mille mercis également à Mme Claudette Perreault de l'établissement La Macaza, une vraie fée du clavier, qui a travaillé bénévolement d'arrache-pied pour la réalisation de la mise en page ainsi que les corrections.

Évidemment, cette recherche n'aurait pu voir le jour sans la participation volontaire des AAS qui ont aimablement accepté l'invitation.

Il convient également de remercier chaleureusement tous les membres de ma famille et particulièrement ma grand-mère, Mme Clémentine Cajuste pour avoir fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui. Vous ne pouvez imaginer l'impact positif de vos encouragements incessants.

Enfin, j'aimerais exprimer toute ma gratitude à ma femme, Mme Natacha P. Étienne pour son support, sa grande compréhension et surtout son amour inconditionnel envers moi, qui me fait avoir des ailes pour voler toujours plus haut et plus loin. Je t'aime aussi mon amour.

Grâce soit rendue à Dieu pour l'accomplissement de ce travail.

Contexte théorique

1.1. Ampleur de la problématique

Au cours des 20 dernières années, le public est devenu de plus en plus sensibilisé à l'ampleur des infractions à caractère sexuel ainsi qu'aux coûts personnels et sociaux associés à ces crimes. À cet égard, un rapport publié par le Centre canadien de la statistique juridique, souligne que 30 735 infractions à caractère sexuel commises par des adultes sont signalées à la police en 1997 (Statistique Canada, 1999). Toujours selon ce dernier rapport, les délits à caractère sexuel représentent 10% des crimes avec violence.

Ces chiffres ne nous surprennent guère, car depuis l'adoption des nouvelles mesures législatives canadiennes relatives aux agressions sexuelles en 1983, le taux des infractions à caractère sexuel déclarées n'a cessé d'augmenter pour atteindre son point culminant en 1993 où on notait 135 affaires par 100 000 habitants (Statistique Canada, 1999). Par conséquent, il a donc fallu mettre en place des infrastructures par le biais de divers programmes d'intervention ainsi que des projets de recherches cliniques dans le but de mieux répondre aux besoins des délinquants sexuels ainsi qu'à ceux de leurs familles.

Les études rétrospectives auprès d'adultes agresseurs sexuels montrent qu'environ 50% de ces délinquants admettent avoir commis leurs premiers délits sexuels à l'adolescence, soit vers les âges de 14, 15 ou 16 ans (Abel & Rouleau, 1990; Becker, Harris, & Seles, 1993; Marshall, Barbaree, & Eccles, 1991). Dans une récente recension des écrits, Lagueux et Tourigny (1999) affirment qu'au niveau canadien les études rapportent que de 15% à 30% des agressions sexuelles sont commises par des personnes

de moins de 21 ans. Du côté québécois, Messier et de Champlain (1983 : cité dans Lafortune, 1996) constatent que 17% des crimes à caractère sexuel envers les enfants, qui sont signalés au Comité de la Protection de la Jeunesse sont le fait d'un agresseur sexuel de moins de 19 ans.

Bien que ces statistiques, en elles-mêmes, attestent de l'importance du phénomène des agressions sexuelles commises par des adolescents, la documentation scientifique spécifie que les taux cités plus haut concernent uniquement les cas qui sont déclarés aux autorités légales ou thérapeutiques concernées. En effet, dans une recension des écrits, Tourigny et Dufour (2000) estiment qu'entre 75% et 90% des agressions sexuelles commises à l'égard des enfants ne sont jamais dévoilées aux autorités compétentes. Il s'avère donc crucial d'intervenir de façon précoce auprès des adolescents agresseurs sexuels (AAS) afin d'éviter une prolifération des cas de victimisation. Ces interventions doivent avoir comme ultime objectif d'apprendre à l'AAS à contrôler ses comportements sexuels déviants (Becker, Cunningham-Rather, & Kaplan, 1986) afin d'éviter le développement d'une longue carrière criminelle.

Quant à la nature des gestes posés par les AAS, nombre d'auteurs rapportent qu'elle s'apparente grandement à celle que l'on peut retrouver chez les adultes agresseurs sexuels (Becker & Hunter, 1997; Vizard, Monk, & Misch, 1995). D'ailleurs, Lagueux et Tourigny (1999) soulignent que les gestes posés par les délinquants sexuels juvéniles sont graves puisque de 20% à 35% des gestes impliquent une pénétration complète avec le pénis et que dans 40% à 50% des cas, il s'agit de gestes d'attouchements et d'autres

formes de pénétration (telle que la pénétration de doigts dans la vagin ou dans l'anus par exemple).

1.2. Profil psychosocial des AAS

L'état actuel des connaissances au sujet des AAS nous permet de dégager certaines tendances quant aux facteurs qui peuvent faire en sorte qu'un adolescent emprunte la voie de la délinquance sexuelle. Une précision s'impose à cette étape de la réflexion car il nous apparaît essentiel de spécifier que tout au long de ce mémoire de maîtrise, le terme « facteurs de risque » est substitué par celui de « facteurs associés » puisque la grande majorité des études disponibles sur le sujet sont essentiellement de nature transversale et rétrospective. Par conséquent, il s'avère difficile de déterminer le lien temporel et séquentiel entre les variables qui sont étudiées. Par exemple, les traits dépressifs observés chez un AAS sont-ils antérieurs à l'agression sexuelle commise ou représentent-ils plutôt une conséquence de celle-ci?

Plusieurs facteurs associés aux patterns d'agression sexuelle chez les mineurs sont recensés dans la documentation scientifique. Parmi ceux-ci, se retrouvent notamment : l'instabilité familiale (Dhawan & Marshall, 1996; Fehrenbach, Smith, Monatersky, & Deisher, 1986; Pierce & Pierce, 1987; Skuse et al., 1998; Vizard et al., 1995), la discontinuité des relations précoces ainsi que l'instabilité du lien avec le père (Hsu & Starzynski, 1990; Lafortune, 2002; Skuse et al., 1998), les problèmes d'adaptation scolaire (Fehrenbach et al., 1986; Madrigrano, 1999; Pierce & Pierce, 1987), les déficits au niveau des habiletés sociales (Laforest & Paradis, 1990; Madrigrano, 1999;

Pierce & Pierce, 1987; Worling, 1995), les déficits au niveau des habiletés hétérosociales (Richard-Bessette, 1996), les stratégies d'adaptation inadéquates déployées lors des périodes de stress intense (Cortoni & Marshall, 2001), la consommation de matériel pornographique (Jacob, McKibben, & Proulx, 1993; Leblanc & Lapointe, 1999; Madrigrano, Robinson, & Rouleau, 1997), la consommation d'alcool et/ou de drogues (Hsu & Starzynski, 1990; Jacob et al., 1993; Madrigrano et al., 1997; Tourigny & Dufour, 2000), la présence de comportements d'agression physique et sexuelle dans la famille ou le fait d'avoir été témoin de violence familiale (Fenrenbach et al., 1986; Hsu & Starzynski, 1990; Madrigrano, 1999; Pierce & Pierce, 1987; Skuse et al., 1998), la délinquance non-sexuelle (Jacob et al., 1993; LeBlanc & Lapointe, 1999; Madrigrano et al., 1997), un sentiment de solitude et d'isolement social ou le rejet par les pairs (Becker et al., 1986; Fenrenbach et al., 1986; Katz, 1990; Skuse et al., 1998), un sentiment de détresse généralisée (Skuse et al., 1998); des intérêts sexuels déviants (Robinson, 1998); ainsi qu'une victimisation sexuelle pendant l'enfance (Becker, Hunter, Stein, & Kaplan, 1989; Becker, Kaplan, Tenke, & Tartaglini, 1991; Cooper, Murphy, & Haynes, 1996; Fenrenbach et al., 1986; Madrigrano, 1999; Murphy, DiLillo, Haynes, & Steere, 2001; Pierce & Pierce, 1987; Skuse et al., 1998; Vizard et al., 1995; Worling, 1995).

Cette liste, bien que non exhaustive, de facteurs associés à la délinquance sexuelle à l'adolescence nous invite à une grande prudence, car il est faux de croire que tous les AAS présentent des lacunes au niveau de ces dernières variables. D'ailleurs, le fait que les contrevenants sexuels juvéniles constituent un groupe très hétérogène fait l'unanimité tant auprès de la communauté scientifique qu'auprès des cliniciens œuvrant auprès de

cette clientèle. À cet égard, les nombreuses études transversales portant sur cette population de délinquants démontraient clairement qu'il s'agit d'une clientèle aux caractéristiques diverses et ce, autant au niveau de l'âge et du sexe des victimes, de la nature des gestes posés, du niveau de violence utilisée lors de l'agression, de l'environnement social et familial, qu'au niveau de leurs caractéristiques développementales (Becker, 1998; Hunter, Hazelwood & Slesingner, 2000; Kenny, Keogh, Seidler, & Blaszczyński, 2000; Worling, 2001). Par conséquent, il faut donc éviter les conclusions hâtives quand vient le temps de déterminer les caractéristiques des AAS car il s'agit d'un groupe de délinquants hétérogène.

À titre d'exemple, citons l'étude de Jacob et al. (1993), portant sur une population d'AAS qui démontre que les adolescents de cet échantillon diffèrent non seulement en ce qui a trait aux victimes ciblées, mais aussi au plan de leurs caractéristiques individuelles. En effet, alors que certains agressent sexuellement uniquement des enfants (différence d'âge d'au moins cinq ans avec la victime) d'autres ciblent principalement des pairs et/ou des femmes adultes. Comparativement à ceux qui agressent des enfants, ceux qui agressent les femmes ont plus souvent une histoire de délinquance non sexuelle ainsi qu'un plus grand nombre de démêlés avec la justice pour des crimes à caractère non sexuel. De plus, les agresseurs de femmes ont davantage de liens avec le milieu criminel, ils consomment plus souvent de l'alcool ou de la drogue et ont une plus grande tendance à porter atteinte à l'intégrité physique de la victime au moment du délit lorsqu'ils sont comparés à ceux qui agressent les enfants. En revanche, les agresseurs d'enfants se distinguent significativement de ceux qui agressent les femmes par le fait qu'ils sont plus

souvent agressés sexuellement en bas âge, qu'ils sont plus isolés socialement et qu'ils ont un plus grand nombre de victimes et de délits à caractère sexuel.

Cette dernière étude, comme plusieurs autres, illustre l'importance de tenir compte de l'hétérogénéité de la clientèle lorsqu'il s'agit de dresser un profil clinique détaillé de ces délinquants et qu'il faut absolument proscrire la tendance à les considérer comme un groupe homogène. D'ailleurs, plusieurs chercheurs avancent l'idée que l'étude des AAS doit nécessairement passer par l'identification de typologies précises puisque chaque catégorie d'AAS semblent présenter des profils psychosociaux ainsi que des trajectoires délictuelles bien distinctes et conséquemment des besoins différents en terme de traitement (Hunter et al., 2003).

Il existe plusieurs typologies sur les agresseurs sexuels. Les unes diffèrent des autres quant aux critères ayant servi à leur élaboration respective. Nous retrouvons des typologies basées sur des critères relatifs à l'agresseur lui-même (par exemple, sa personnalité, la motivation du délit), sur les caractéristiques de la victime (l'âge, le sexe, la vulnérabilité, etc.) sur les caractéristiques du délit (le degré de force utilisé par l'agresseur, la présence de préméditation ou non, etc.). Selon Looman, Gauthier et Boer (2001), les typologies s'avèrent être des outils utiles et nécessaires puisqu'elles permettent non seulement de délimiter les caractéristiques propres d'un sous-groupe d'agresseurs sexuels donné, mais elles permettent également d'élaborer des objectifs thérapeutiques précis pour chaque catégorie d'agresseurs sexuels. Il va s'en dire qu'au niveau clinique, les typologies allègent de beaucoup le travail du thérapeute, car ce

dernier a une idée précise des interventions cliniques à prioriser ainsi qu'un aperçu plus objectif en ce qui concerne les risques de récurrence pour un sous-groupe particulier (Looman, Gauthier, & Boer, 2001).

Plusieurs études ont tenté de valider la typologie des adultes agresseurs sexuels proposée par Knight et Prentky (1990 : cité dans Looman et al., 2001). Dans cette typologie, les auteurs distinguent les violeurs des pédophiles à partir du critère de l'âge des victimes. Les pédophiles sont classifiés en fonction de deux axes précis. Sur le premier axe se retrouve le niveau de fixation ou d'intérêt sexuel pour les enfants allant de faible à élevé. Sur le deuxième axe se retrouve le nombre de contacts avec les enfants allant également de faible à élevé. Une telle typologie a permis de démontrer que les pédophiles qui ont une grande fixation et beaucoup de contacts avec les enfants, ont un nombre plus élevé de victimes, ont un nombre plus élevé de fantasmes sexuels déviantes, causent moins de dommages physiques à leurs victimes et ont plus de risque de commettre de nouvelles infractions à caractère sexuel que les autres types d'agresseurs sexuels qui se situent à un plus bas niveau sur les deux axes (Looman et al., 2001). Par conséquent, ces délinquants sexuels présentent des besoins plus importants en terme de traitement, un plus grand encadrement dans la communauté ainsi que, pour certains d'entre eux, le besoin d'une médication pour réduire leur libido. Les études sur la typologie proposée par Knight et Prentky (1990) démontre qu'il existe des sous-groupes d'agresseurs sexuels se distinguant sur les caractéristiques des abus commis et du type de victimes qu'ils choisissent.

Quant aux AAS, plusieurs études tentent de dresser des typologies à partir de leur victimisation sexuelle pendant l'enfance (Benoît & Kennedy, 1992; Cooper et al., 1996; Hummel, Thömke, Oldenbürger, & Specht, 2000; Murphy et al., 2001; Skuse et al. 1998). En fait, ce facteur associé mérite une attention toute particulière car la question entourant une histoire antérieure de mauvais traitements et ce, particulièrement au plan sexuel, constituerait un facteur étiologique de premier ordre. En effet, les AAS qui ont été victimisés pendant l'enfance présenteraient des profils psychosociaux distincts de leurs confrères non victimisés et conséquemment auraient des besoins différents en terme de traitement (Cooper et al., 1996; Hummel, Thömke, Oldenbürger, & Specht, 2000; Lindmeier, 2001; Murphy et al., 2001; Skuse et al. 1998). Qui plus est, certains auteurs affirment que les gestes sexuels posés par les AAS qui sont victimes d'ASE sont souvent une reproduction des agressions sexuelles qu'ils ont eux-mêmes vécues (Veneziano, Veneziano, & LeGrand, 2000). Nous pouvons émettre l'hypothèse que le fait d'être exposé précocement à la sexualité a un impact sur l'éveil à la sexualité de ces adolescents qui fait en sorte qu'ils sont plus porté à reproduire les gestes sexuels déviants qu'ils ont eux-mêmes subis. C'est d'ailleurs ce que Veneziano et al. (2000) qualifient de « syndrome du vampire ». Il convient donc d'analyser minutieusement l'influence réelle d'une victimisation sexuelle pendant l'enfance sur le profil psychosocial des AAS.

1.3. La victimisation sexuelle dans la population masculine générale

Les taux de prévalence des cas d'agression sexuelle pendant l'enfance (ASE) rapportés dans la population masculine générale ne sont pas constants et varient en fonction de plusieurs facteurs. Selon Dhawan et Marshall (1996), les taux de prévalence d'ASE que mentionnent la documentation scientifique varient selon la définition qui est attribuée aux termes « victimisation sexuelle pendant l'enfance », la méthode utilisée pour recueillir les données ainsi que les caractéristiques des participants à l'étude. Ces derniers facteurs font en sorte qu'il est difficile de comparer les études entre elles, puisque dès le départ, l'opérationnalisation des variables diffèrent d'une étude à l'autre. De plus, Dorais (1996; 1997) souligne que les garçons dévoileraient moins une ASE, en raison notamment d'un sentiment d'invulnérabilité masculine (ces choses là n'arrive pas aux garçons), de la peur de l'homosexualité ainsi que d'une confusion entourant le sens de l'agression (qui est souvent perçue pour plusieurs comme une initiation à la sexualité). Ces nombreuses difficultés (qu'elles soient méthodologiques ou liées aux tabous sociaux proprement dits) conduisent plusieurs chercheurs à souligner que les taux d'agressions sexuelles rapportés par la population masculine générale sont largement sous-évalués (Lagueux et Tourigny, 1999) et par conséquent, font en sorte qu'il devient difficile de tracer un portrait précis de l'étendue du problème.

Malgré les biais ci-haut énumérés, des efforts considérables ont été déployés par plusieurs chercheurs afin d'avoir une approximation des taux de prévalence des cas d'ASE dans la population masculine générale. Ainsi, dans leur recension des écrits scientifiques sur le sujet, Peters, Wyatt et Finkelhor (1986 : tiré de Dhawan & Marshall,

1996) rapportent en moyenne des taux de prévalence d'ASE de 7% dans la population masculine générale. Pour sa part, Hunter (1990) dans sa recension des écrits suggère plutôt qu'un garçon sur six (17%) a été victime d'ASE. Un sondage canadien de Bagley (1994) auprès de 750 hommes âgés de 18 à 27 ans, obtient des taux de victimisation de 16%. Du côté québécois, une étude récente réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 1000 adultes montrent que 8% des hommes québécois rapportent avoir été agressés sexuellement durant leur enfance (Tourigny & Gagné, 2002). En somme, les premières estimations relatives à la prévalence des ASE indiquent qu'entre 7% à 16% de la population masculine générale ont vécu une ASE.

1.4. La victimisation sexuelle dans l'enfance des adultes agresseurs sexuels

Les taux de prévalence d'ASE rapportés par les adultes agresseurs sexuels varient également considérablement d'une étude à l'autre. Dans leur recension des écrits sur le sujet, Hanson et Slater (1988) rapportent des taux de victimisation sexuelle variant de 0% à 67%, pour une moyenne de 28% sur le total des 1717 agresseurs sexuels qui sont étudiés. Dans une mise à jour de sa recension des écrits scientifiques, Hanson (1991) rapportent que les taux de victimisation chez les agresseurs sexuels adultes se stabilisent entre 20% et 30%. Plus récemment, Craissati, McClurg et Browne (2002) dans une étude comparative auprès d'adultes agresseurs sexuels, soulignent que 46% d'entre eux révèlent avoir été victimes d'ASE. En définitive, bien que l'étendue des taux de prévalence d'ASE que rapportent les adultes agresseurs sexuels est plutôt vaste, il semble que la fréquence moyenne d'ASE se situerait entre 20% et 46% et par conséquent, est nettement supérieure à celle constatée dans la population masculine générale.

Par ailleurs, certains auteurs soulignent que les taux de prévalence d'ASE rapportés par les adultes agresseurs sexuels varient en fonction des typologies de cette population. Ainsi, Dhawan et Marshall (1996) rapportent que selon leur échantillon 62% des violeurs, 50% des pédophiles et 20% des délinquants non sexuels rapportent avoir été victimes d'ASE. Des différences significatives sont constatées uniquement entre les délinquants sexuels (violeurs et pédophiles) et les délinquants non sexuels. D'autre part, Hanson et Slater (1988) soulignent que les taux de victimisation sont beaucoup plus élevés chez les agresseurs dont les victimes sont des garçons (35%) comparativement aux agresseurs dont les victimes sont des filles (18%). Il semble donc que les taux d'ASE rapportés par les délinquants sexuels adultes varient selon différentes typologies et qu'il convient d'en tenir compte lorsqu'il s'agit de considérer les taux de prévalence rapportés dans la documentation scientifique.

D'après Hanson et Slater (1988), certaines limites méthodologiques identifiées dans les études répertoriées contribuent à la grande variation des taux d'ASE rapportés par les agresseurs sexuels adultes. L'une d'entre elle, par exemple, consiste dans le fait qu'il s'agit de données auto-révélatrices par des individus judiciairisés ou incarcérés dans la grande majorité des cas. Par conséquent, il est plausible de croire que certains adultes agresseurs sexuels accentuent ou transforment certains événements traumatiques vécus dans l'enfance afin de les adapter, en leur faveur, à leur réalité actuelle.

1.5. La victimisation sexuelle dans l'enfance des adolescents agresseurs sexuels

Dans une recension de la documentation scientifique au sujet de la victimisation sexuelle des AAS, Vizard et al. (1995) font état de taux de prévalence variant de 30% à 70%. Pour sa part, Lafortune (1996) a répertorié 14 études et rapporte un taux moyen de 30%. D'autres études rétrospectives rapportent des taux variant de 22% à 44% (Cooper et al., 1996; Hummel et al., 2000). Enfin, bien que la prévalence des ASE que rapportent les AAS varient de 22% à 70%, force est de constater que ces taux sont nettement plus élevés que ceux qui sont observés dans la population masculine générale.

Tout comme chez les adultes agresseurs sexuels, les taux de prévalence d'ASE que rapportent les AAS varient en fonction des différents types d'abus commis. En effet, Fenrenbach et al. (1986) mentionnent une prévalence plus élevée d'ASE chez les adolescents ayant commis des agressions sexuelles avec contacts physiques comparativement à ceux dont les agressions sexuelles sont sans contacts physiques (soit respectivement 20% versus 8%). Par ailleurs, Jacob, McKibben et Proulx (1993) indiquent que les adolescents qui agressent des enfants sont significativement plus souvent victimisés sexuellement au cours de l'enfance (48%) comparativement à ceux qui commettent des agressions envers des femmes adultes (15%). Pour sa part, Worling (1995c) compare les taux de victimisation sexuelle de quatre groupes d'AAS en fonction de l'âge et du sexe de leurs victimes. Il rapporte que 75% de ceux qui agressent des garçons comparativement à 25% chez ceux qui agressent des filles, des pairs ou des femmes adultes ont été victimes de sévices sexuelles pendant l'enfance. De plus, les AAS qui commettent des agressions sexuelles intrafamiliales ont été significativement plus

souvent victimisés sexuellement que ceux qui commettent des agressions extrafamiliales (Worling, 1995c).

En définitive, les premiers travaux suggèrent que les ASE sont plus élevées chez certains types d'AAS. Les principaux facteurs associés aux ASE concernent les caractéristiques des victimes (lien avec l'agresseur, l'âge et le sexe) et les caractéristiques des agressions sexuelles commises par les AAS (la présence de contacts physiques ou non).

La prudence est de mise lorsqu'il s'agit de considérer les taux de prévalence d'ASE que rapportent les AAS puisque plusieurs biais inhérents à la méthodologie utilisée dans la cueillette des données peuvent grandement influencer les taux rapportés par les AAS (Hummel et al., 2000). Plusieurs variables peuvent interférer dans l'aveu d'une ASE telles que l'endroit et l'heure où se déroule l'entrevue, la méthode de cueillette de l'information (par exemple, l'analyse des dossiers, le questionnaire auto-révélé, l'entrevue semi-structurée), la méthode de sélection des sujets, le sexe de l'intervieweur, la motivation sous-jacente à révéler une ASE, ainsi que le type de questions posées à l'égard de la victimisation sexuelle (Hummel et al., 2000). À cet effet, Lagueux et Tourigny (1999) affirment que la plupart des études consultées ne spécifient pas clairement la nature des questions posées aux participants concernant une ASE. Elles omettent également de faire mention du moment ou du contexte dans lequel les données sont recueillies (au début du pré-traitement, en cours de traitement ou en post-traitement).

Bien que certaines études démontrent que les taux de prévalence d'ASE que rapportent les AAS peuvent varier selon le sous-groupe d'AAS, à notre connaissance, un nombre très limité d'études se sont intéressées à la variation du profil psychosocial selon que les participants avaient été ou non victimes d'ASE.

La section qui suit consistera donc à rapporter d'une façon la plus exhaustive possible les quelques études répertoriées dont l'objectif principal consiste à dresser le profil psychosocial d'agresseurs sexuels (adultes ou adolescents) en fonction d'une victimisation sexuelle ou non pendant l'enfance.

1.6. Profil psychosocial des adultes agresseurs sexuels en fonction d'une ASE

L'étude de Langevin et al. (1989) a pour principal objectif de comparer le profil d'agresseurs sexuels adultes qui rapportent ou non une ASE. Au total, 479 hommes incarcérés ont été recrutés entre janvier 1967 et juillet 1973. Lors de l'évaluation, les sujets qui rapportent avoir vécu une ASE ($n = 201$) ont en moyenne 29,4 ans, alors que ceux qui ne rapportent aucune ASE ($n = 261$) ont un âge moyen de 30.5 ans. Dix-sept dossiers n'ont pu être utilisés puisque les informations en lien avec la victimisation sexuelle pendant l'enfance n'étaient pas disponibles. Tous les participants retenus pour l'étude ont complété des questionnaires portant sur les données sociodémographiques, les traits de personnalité (MMPI), l'histoire sexuelle (Clarke Sex History Questionnaire) ainsi que les relations parents-enfants (Clarke Parent Child Relations Questionnaire).

Les analyses statistiques montrent que les deux groupes sont semblables sur plusieurs variables, dont notamment l'âge, le statut marital, le revenu annuel ainsi que

l'histoire criminelle. Toutefois, ceux qui ont vécu une ASE se distinguent significativement au niveau des variables suivantes: 1) ils sont moins éduqués, 2) ils rapportent plus de comportements sexuels inadéquats au cours de l'enfance avec des pairs des deux sexes, tant intra qu'extra-familial, 3) ils ont plus d'expériences sexuelles déviantes à l'âge adulte et ce, autant avec les hommes que les femmes, 4) ils proviennent de familles plus perturbées, caractérisées par des relations père-fils grandement déficitaires, une consommation d'alcool élevée, des relations parents-enfants plus agressives et la présence de promiscuité sexuelle, et enfin 5) ils présentent une plus grande instabilité émotionnelle, davantage de pensées suicidaires et de tentatives de suicide.

Quant aux caractéristiques des agressions sexuelles commises, ceux qui rapportent une ASE se distinguent significativement de leurs confrères non victimisés par rapport à une plus grande variété de gestes posés tels que les appels obscènes, le voyeurisme, l'exhibitionnisme et une fréquence plus élevée de viols.

Parmi les limites méthodologiques de cette étude, notons le fait que les données sont auto-rapportées, le manque de précision quant au moment où les données sont recueillies (en pré-traitement, en cours de traitement ou en fin de traitement) et la variabilité de la définition de la victimisation sexuelle vécue durant l'enfance.

Une seconde étude, celle de Craissati et al. (2002) compare le profil psychosocial d'hommes pédophiles, victimes d'ASE (n=82) à celui d'hommes pédophiles qui ne rapportent aucune ASE (n=96). De façon plus spécifique, trois hypothèses sont

formulées : les agresseurs qui ont subi un traumatisme sexuel pendant l'enfance rapporteraient plus de difficultés d'adaptation au cours de l'enfance, ils présenteraient plus de dysfonctions psychosexuelles, et enfin, chez le groupe de pédophiles victimes d'ASE, il existerait des similitudes entre les agressions sexuelles vécues dans l'enfance et celles commises.

Les participants à l'étude sont tous connus des autorités judiciaires locales et sont recrutés par le biais d'un programme d'évaluation et de traitement pour délinquants sexuels offert dans la communauté. Les données sur les ASE sont obtenues lors d'une entrevue clinique. Dans certains cas, cette information a pu être corroborée par des sources officielles diverses (telle que le rapport de probation, le dossier médical ou les rapports judiciaires). Les questions suivantes sont posées aux participants :

Parlez-nous de votre première expérience sexuelle : « Avez-vous déjà été impliqué dans des jeux sexuels avec d'autres garçons ? », « Lorsque vous étiez enfant, quelqu'un vous a-t-il déjà fait des attouchements sexuels qui vous ont rendu inconfortable? » [Traduction libre] (Craissati et al., 2002, p.229)

L'agression sexuelle est définie comme étant tout contact sexuel perpétré par une personne qui est âgée de plus de 5 ans que la victime. Plusieurs autres formes de mauvais traitements sont également définies, dont notamment les abus physiques (c-à-d., l'utilisation excessive de force physique à répétition par un adulte pour punir l'enfant) ainsi que les abus psychologiques et la négligence physique (c-à-d., tout préjudice existant infligé à l'enfant dû à un manque d'attention et de soins adéquats d'un adulte significatif).

Les informations suivantes sont recueillies à l'aide de questionnaires papier-crayon: les attitudes envers les femmes (Attitudes towards Women Scale, AWS), la sensibilité à la critique (Fear of Negative Evaluation Scale, FNES), la colère et l'hostilité (Buss-Durkee Hostility Inventory, BHI), une estimation du quotient intellectuel (Schonell Graded Word Reading), le déni, les distorsions cognitives à propos de leurs comportements sexuels, ainsi que le niveau de déviance sont tous mesurés par le Multiphasic Sex Inventory (MSI), l'empathie (Interpersonal Reactivity Scale, IRS), et enfin, l'évaluation du risque de récidive (Structured Anchored Clinical Judgement Scale, SACJ).

Les résultats montrent que 55% des ASE vécues par les participants ont été perpétrées par une connaissance ou par un inconnu, 15% par un membre de la famille élargie, 8% par un parent, 3% par un membre de la fratrie et seulement 1% par un beau-parent. Près d'un participant sur cinq (19%) rapportent avoir été abusé par une femme. En moyenne, les participants étaient âgés de 10 ans au moment des agressions sexuelles. Parmi les sujets qui ont subi une ASE, 39% rapportent des agressions sexuelles incluant une pénétration, 44% ne parlent pas de pénétration et aucune information n'est disponible pour 14 des cas.

De plus, comparativement aux agresseurs sexuels qui n'ont pas vécu d'ASE ceux qui rapportent une victimisation sexuelle dans l'enfance ont 1) davantage été victimes d'autres types de mauvais traitements dans l'enfance (par exemple, l'abus physique, l'abus psychologique, le négligence, le fait d'être témoin d'abus physique envers un autre

membre de la famille, la présence de soupçons qu'un autre membre de la famille ait été sexuellement abusé); 2) plus de difficultés d'adaptation durant l'enfance ainsi qu'à l'âge adulte (par exemple, le recours aux services sociaux de même qu'aux services de santé mentale); 3) davantage de contacts homosexuels avec d'autres adultes ; 4) davantage de difficultés psychosexuelles; 5) davantage de sentiments d'hostilités, moins d'empathie, moins de capacité pour gérer les émotions négatives et 6) davantage d'attitudes inappropriées envers les femmes. Enfin, les pédophiles de l'échantillon qui ont fait des victimes de sexe masculin sont significativement plus souvent victimes d'ASE que ceux qui ont fait des victimes de sexe féminin. Cependant, aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes au niveau des variables telles que le nombre des relations amoureuses à long terme, l'âge des premières relations amoureuses, le nombre de contacts avec les amis, la consommation de substances illicites, les différents événements stressants de la vie (p. ex., le décès d'un proche), l'âge de la victime au moment des agressions sexuelles et enfin, la présence de pénétrations dans les crimes sexuelles commis.

Enfin, une analyse de régressions indique que les variables qui prédisent qu'un délinquant sexuel a été victime d'ASE sont notamment : la présence d'abus psychologique et physique ainsi que la négligence pendant l'enfance de même que la présence de contacts homosexuels à l'âge adulte.

Parmi les forces de cette étude au niveau méthodologique soulignons que les variables indépendantes, le moment précis de la collecte des données ainsi que le

contexte dans lequel les données sont recueillies sont bien définis. Toutefois, il importe de noter quelques limites. D'une part, la nature de l'échantillon ne permet pas la généralisation des résultats. En effet, il est bien connu que les populations incarcérées représentent des cas plus lourds en terme de multiples problèmes psychosociaux. Ainsi, la généralisation des résultats à d'autres populations d'abuseurs sexuels n'est donc pas possible, ou du moins limitée. D'autre part, il existe des problèmes inhérents aux données auto-révélees. Certaines ont déjà été abordées plus haut, mais l'une dont il importe de mentionner est la possibilité que les sujets à l'étude n'aient pas toujours fourni des informations véridiques.

1.7. Profil psychosocial des adolescents agresseurs sexuels en fonction d'une ASE

L'étude de Cooper et al. (1996) compare les AAS qui rapportent ou non une ASE sur la base des variables suivantes : le nombre d'arrestations antérieures pour des agressions sexuelles, le fonctionnement familial, les difficultés psychologiques ainsi que l'histoire de délinquance non sexuelle. Au total, 300 AAS d'origines ethniques diverses (Caucasiens- 63%, Afro-Américains- 34%, autres- 2%) dont l'âge moyen est de 15 ans ont été recrutés sur une période de 10 ans. Tous les participants proviennent de l'Unité des problèmes spéciaux du département de Psychiatrie de l'Université du Tennessee à Memphis. Ce Centre offre des services d'évaluation et de traitement aux adultes et aux adolescents agresseurs sexuels. Au moment de l'évaluation, 70% des AAS sont dans des centres de réadaptation pour adolescents alors que les autres (30%) vivent dans la communauté.

Les données sont recueillies en début de traitement auprès des AAS sous la forme d'une entrevue clinique semi-structurée. Afin de corroborer les dires des adolescents les membres de la famille et les dossiers de la protection de la jeunesse ont été consultés. Ces sources fournissent des informations au sujet de l'histoire familiale, l'histoire scolaire, de la situation juridique du jeune, des problèmes psychiatriques ou psychologiques, de la consommation d'alcool et de drogue et enfin de l'histoire sexuelle consentante et non consentante. Par la suite, tous les AAS à l'étude ont complété une série de questionnaires standardisés mesurant le quotient intellectuel (Otis Quick Scoring Mental Ability test ou le WISC-R), la personnalité ainsi que les psychopathologies (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), le fonctionnement social et interpersonnel (Interpersonal Behavior Survey, IBS), le fonctionnement familial (FACES-III) et enfin, la délinquance non sexuelle (Self-Reported Delinquent Behavior Checklist, SRDBC).

L'agression sexuelle dans l'enfance est définie comme étant tout geste, impliquant un contact physique à connotation sexuelle avec ou sans coercition entre deux personnes ayant au moins 5 ans de différence d'âge. Quant aux abus physiques, ils sont définis comme étant tout geste abusif et non accidentel commis par un parent, un gardien ou une personne significative, infligeant des blessures physiques à un enfant.

Les résultats montrent que dans 56% des cas, aucune histoire de mauvais traitements (ASE ou abus physique) n'est rapportée par les AAS et cette information est corroborée par les membres de la famille ainsi que par l'examen des dossiers de la protection de la jeunesse et 44% rapportent une histoire de mauvais traitement. Parmi ces

derniers, 10% ont été victimes d'abus physique uniquement, 22% d'abus sexuels uniquement et finalement, 12% des sujets rapportent avoir vécu les deux formes de mauvais traitement.

Il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes (i.e. ceux qui ont été victimes de mauvais traitement ou non pendant l'enfance) au niveau 1) du quotient intellectuel; 2) du fonctionnement familial; 3) de la délinquance non sexuelle; et 4) du type de gestes commis. Par contre, comparativement à ceux qui n'ont pas été maltraités pendant l'enfance, ceux qui rapportent avoir été victime d'abus physique et/ou sexuel 1) sont significativement plus jeunes au moment de l'évaluation; 2) commettent leurs premiers crimes sexuels à un âge significativement plus jeune; 3) ont significativement moins de démêlés avec la justice pour des crimes non sexuels; 4) obtiennent des scores significativement plus élevés sur les échelles de schizophrénie et de psychopathie du MMPI; 5) obtiennent des scores significativement plus élevés sur les sous-échelles d'hostilité et d'incapacité à demander de l'aide; 6) font significativement plus de victimes; 7) ont significativement plus de victimes intra-familiales; 8) ont significativement faits moins de victimes de sexe féminin et plus des victimes des deux sexes; et 9) sont davantage Caucasiens.

Les forces de cette étude au plan méthodologique lui confèrent de grandes capacités heuristiques. D'abord, les données proviennent non seulement des AAS mais dans certains cas elles sont corroborées par des sources diverses, le nombre de sujets à l'étude est considérable, les variables indépendantes (les différents types de mauvais

traitements étudiés) sont bien définies, et le moment ainsi que le contexte dans lequel les données sont recueillies sont clairement précisés. Par conséquent, les qualités méthodologiques de cette étude lui confèrent une grande validité interne. Par contre, une limite non négligeable de cette étude, réside dans le fait que le grand nombre de tests statistiques appliqués augmentent la probabilité de trouver des différences faussement significative à .05 alors que dans les faits, ils seraient strictement dû au hasard (erreur de type I).

Une autre étude, vise à comparer les caractéristiques personnelles, familiales ainsi que la nature des gestes commis par des AAS qui rapportent ou non une ASE (Hummel et al., 2000). Une première hypothèse formulée par les auteurs stipule que les AAS victimisés sexuellement pendant l'enfance présentent un profil psychosocial davantage perturbé que ceux qui n'ont pas subi de tels sévices. Une deuxième hypothèse postule que les victimes de ces mêmes AAS sont : 1) plus souvent de sexe masculin et plus jeune; 2) plus souvent de nature intrafamiliale; et 3) plus souvent victime de pénétrations anale ou vaginale.

Seuls les AAS qui ont agressé des enfants sont sélectionnés pour cette étude. La victime doit avoir au plus 12 ans et une différence d'âge d'au moins quatre ans avec l'agresseur. Les autres critères d'inclusion des AAS à l'étude sont les suivants : ils doivent être âgés entre 16 et 20 ans au moment du délit, de sexe masculin, d'origine allemande et ils doivent avoir commis leurs crimes sur une base individuelle. Les auteurs définissent l'agression sexuelle comme suit :

Une activité sexuelle impliquant des contacts physiques (les délinquants juvéniles s'adonnant ou ayant vécu des gestes impliquant exclusivement l'exhibitionnisme ou des photographies pornographiques étaient exclus), impliquant un enfant et un adulte ou entre deux enfants lorsque l'un d'eux est significativement plus âgé et fait usage de coercition. [Traduction libre] (Hummel et al., 2000, p.309)

Au total, 36 AAS (16 victimes d'ASE et 20 non victimisés) sont évalués dans le cadre de cette étude. Dans la majorité des cas, des informations additionnelles sont recueillies auprès des parents, des services sociaux ou dans le dossier médical de l'AAS. Une entrevue clinique semi-structurée recueillant les données sociodémographiques ainsi que l'histoire de développement personnel de l'adolescent est réalisée par le premier auteur de l'étude. Par la suite, différents questionnaires sont administrés aux participants afin de mesurer plusieurs variables telles que le quotient intellectuel (QI; mesuré par le WAIS), les lésions cérébrales (mesuré par le Diagnostic Manual for Cerebral Damage, DCS), et le statut socio-économique déterminé par les parents de l'AAS.

Essentiellement, aucune différence significative n'est obtenue au niveau des caractéristiques personnelles des AAS (c-à-d., l'âge au moment de l'évaluation, le QI, le développement physique, l'histoire scolaire, les psychopathologies et le statut socio-économique) ni au niveau du sexe de la victime. Toutefois, de grandes lacunes au niveau relationnel (difficultés avec les pairs et déficits au plan de l'affirmation de soi) sont constatées chez les deux groupes. Néanmoins, comparativement aux AAS non victimisés, ceux qui ont vécu une ASE rapportent significativement davantage 1) avoir vécu une séparation de l'un des parents (c-à-d., le décès, la séparation, le divorce, le placement

avant l'âge de 14 ans); 2) une tendance à commettre une agression intrafamiliale; et 3) une tendance à commettre des gestes impliquant des pénétrations vaginales ou anales.

Il importe de mentionner les limites méthodologiques de cette étude. D'abord, les critères d'inclusion à l'étude sont très sévères et font en sorte que le nombre de participants est restreint. Conséquemment en plus d'affecter la validité externe des résultats, le nombre réduit de sujets à l'étude diminue la puissance statistique. Par contre, la grande force de cette étude consiste dans l'opérationnalisation des variables à l'étude et dans la description détaillée de l'échantillon. En effet, les résultats ne s'appliquent qu'aux AAS allemands qui ont agressé des enfants de moins de 12 ans et dont la différence d'âge avec la victime est d'au moins quatre ans.

Une dernière étude, compare un groupe d'AAS ayant subi des mauvais traitements (abus sexuel et/ou physique) à un groupe n'ayant pas subi de tels sévices sur la base des résultats qu'ils obtiennent à l'inventaire de dépression de Beck, ci-après IDB (Becker, Kaplan, Tenke, & Tartaglini, 1991). Tous les participants provenaient du Sexual Behavior Clinic (SBC), offrant des services d'évaluation et de traitement en externe aux agresseurs sexuels. L'échantillon total se compose de 246 AAS (120 victimisés et 126 non victimisés), d'une moyenne d'âge de 15 ans et d'origines ethniques diverses dont notamment 60% d'Afro-Américains (n=147), 25% d'hispano-américains (n=62) et 15% de caucasiens (n=34) qui ont tous été évalués en pré-traitement.

Les données sociodémographiques, les caractéristiques des agressions sexuelles commises ainsi que l'histoire de victimisation sont recueillies à partir d'une entrevue

semi-structurée. Par la suite, les sujets complètent des questionnaires papier-crayon, dont le IDB.

Les AAS qui rapportent une histoire d'abus physique ou sexuel pendant l'enfance obtiennent des scores significativement plus élevés (indiquant une plus grande dépression) au IDB comparativement aux AAS qui ne rapportent aucune victimisation pendant l'enfance. En effet, 49% des sujets du groupe des victimes de mauvais traitements révèlent une dépression sévère alors que cette proportion se situe à 37% pour les non victimisés. Aucune différence significative n'a été obtenue entre les différentes ethnies.

Cette étude comporte plusieurs limites au niveau méthodologique. D'abord, les auteurs ne donnent pas de définition de la variable indépendante (soit les deux formes de mauvais traitements). De plus, l'histoire de victimisation repose uniquement sur des mesures auto-révélées par les AAS. Ainsi, dans leur devis de recherche, les auteurs ne distinguent pas les diverses sources d'informations afin de corroborer la version des AAS à l'étude.

1.8. En résumé

Les études ci-haut mentionnées font état des similitudes ainsi que des distinctions dans le profil psychosocial des agresseurs sexuels (adulte ou adolescents) selon que ces derniers rapportent ou non une ASE.

Ainsi, les premiers travaux qui examinent spécifiquement le lien entre l'ASE et le profil des délinquants sexuels rapportent des ressemblances entre les deux groupes (victimisés et non victimisés) au niveau des variables telles que l'âge, le statut marital, le revenu familial annuel, l'histoire criminelle, le nombre des relations amoureuses à long terme, l'âge des premières relations amoureuses, le nombre de contacts avec les amis, la consommation de substances illicites, les différents événements stressants de la vie (tels le décès d'un proche, une séparation quelconque, etc.), l'âge de la victime au moment des agressions sexuelles et enfin, la présence de pénétrations dans les crimes sexuelles commis. Donc, selon les données présentement disponible dans la documentation scientifique les agresseurs sexuels qui rapportent une ASE ne se distinguent pas de ceux qui ne rapportent aucune ASE sur ces dernières variables.

Nonobstant, ceux qui ont été victimes d'ASE commettent leur premières agressions sexuelles à un plus jeune âge, sont moins éduqués, ont de plus grandes difficultés d'adaptation autant pendant l'enfance qu'à l'âge adulte, sont davantage victime de mauvais traitements pendant l'enfance, ont davantage été séparés d'une personne significative avant l'âge de 14 ans, présentent une plus grande symptomatologie laissant sous-entendre une plus grande détresse psychologique, affichent des déficits au plan de leurs compétences sociales, et enfin proviennent de familles qui sont plus perturbées (plus spécifiquement les relations père-fils sont grandement déficitaires).

De plus, les victimes des agresseurs sexuels ayant vécu une ASE présentent des caractéristiques particulières. En effet, elles sont davantage de sexe masculin ou des deux

sexes et provenaient davantage du même milieu familial que l'agresseur sexuel. Enfin, notons également que ceux qui ont été victimes d'ASE font davantage de victimes.

Quant à la nature des gestes commis par les agresseurs sexuels ayant une histoire d'ASE, il appert qu'ils commettent des gestes impliquant un plus grand niveau de violence et de coercition entre autre, une pénétration vaginale ou anale et un nombre plus élevé de viols.

Il importe de tenir compte de limites méthodologiques lors de l'analyse de l'ensemble des études qui traitent des mauvais traitements vécu par les agresseurs sexuels. À la lumière des quelques études recensées plus haut, nous constatons que certaines études 1) manquent de précision quant au moment où les données sont recueillies; 2) ne définissent pas clairement la victimisation sexuelle dans l'enfance; 3) ont un échantillon limité en terme du nombre de participants; 4) ont une population provenant du milieu carcéral ou judiciaire uniquement, ce qui limite la généralisation des résultats, 5) sont essentiellement de nature rétrospective et dont les données sont auto-rapportées. Cette dernière limite est considérable car il est bien connu que les agresseurs sexuels ont tendance à nier, à minimiser ou à se montrer sous un beau jour. Par conséquent, il serait essentiel de corroborer les données auto-rapportées à ceux de sources officielles (par exemple, les dossiers de la cour, le suivi psychologique, les intervenants impliqués dans le dossier, etc.) afin d'éviter des phénomènes associées à l'oubli, la manipulation, la spéculation ou même la dissimulation.

1.9. Objectifs de la présente étude

L'étude transversale qui suit se veut être à la fois une étude descriptive et comparative. Le premier objectif vise à décrire un échantillon d'AAS alors que le second objectif vise à comparer les AAS selon qu'ils rapportent ou non une ASE. Plus spécifiquement, le premier objectif vise à dresser le portrait des AAS de l'échantillon à partir des diverses caractéristiques sociodémographiques, familiales, cliniques ainsi que la proportion d'entre eux ayant obtenu un score aux tests psychométriques pouvant être associé à des symptômes cliniques. Le second objectif vise à comparer le profil psychosocial de deux groupes d'AAS selon qu'ils rapportent ou non une victimisation sexuelle pendant l'enfance sur ces mêmes variables.

La particularité de cette étude est son exploration de l'implication d'un grand nombre de variables pour dresser le profil des AAS qui rapportent ou non une histoire d'ASE. Il est certain qu'une description plus précise des sous-types d'adolescents agresseurs sexuels permettrait une meilleure compréhension des dynamiques en jeu afin d'aider le jeune dans sa prise en charge.

L'hypothèse principale de l'étude stipule que comparativement aux AAS qui ne rapportent aucune ASE ceux qui ont vécu des sévices sexuels pendant l'enfance présentent un profil psychosocial plus instable et perturbé. En effet, à partir des données recueillies avant le début du traitement, on s'attend à ce que les AAS qui ont été victime d'ASE se différencient, à la hausse (i.e. davantage de déficits), sur toutes les variables sociodémographiques, familiales et cliniques. Plus spécifiquement, les adolescents qui

ont subi des sévices sexuels dans l'enfance présenteront davantage des symptômes de stress post traumatiques, une compréhension plus lacunaire des gestes sexuels posés, des déficits au niveau des habiletés sociales et hétérosociales, un niveau plus élevé de solitude et d'isolement, un niveau plus élevé d'inconforts en ce qui concerne la sexualité, un nombre plus élevé de stratégies mal adaptées en périodes de stress intense et enfin des attitudes plus déficitaires par rapport à la sexualité. Nous croyons également qu'ils seront significativement plus nombreux à obtenir un score pouvant être associé à des symptômes cliniques au niveau des instruments psychométriques qui ont été administrés, justifiant par le fait même, des interventions cliniques distinctes des AAS qui n'ont pas été sexuellement victimisés dans l'enfance.

Méthodologie

2.1. Participants

Entre février 1999 et décembre 2001, 129 AAS de sexe masculin ont été rencontrés avant le début de leur traitement par différents assistants de recherche qualifiés ayant une formation académique universitaire. Les AAS ont été recrutés dans quatre sites de traitement au Québec dont notamment trois Centres jeunesse (Lanaudière, Mauricie-Bois-Francs, Montérégie) et un organisme communautaire de l'Outaouais (Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille, CIASF). Les critères de sélection étaient les suivants : 1) être un adolescent de sexe masculin; 2) être âgé de 12 à 18 ans; et 3) ne pas être atteint d'une psychopathologie grave (par exemple, un diagnostic de psychose, un retard mental ou schizophrénie). L'âge des participants variait de 12 à 17¹ ans ($M = 14,26$ ans; $ÉT = 1.68$).

Tous les AAS ont reconnu en totalité, ou de façon partielle, avoir commis une agression sexuelle définie comme étant tout geste posé avec ou sans toucher physique, (c-à-d., voyeurisme, exhibitionnisme, attouchements, fellation-cunnilingus et toutes formes de pénétration) envers des enfants, des pairs ou des adultes non consentants. Les agressions pouvaient être survenues dans un contexte intra- ou extra- familial.

En ce qui concerne l'histoire de victimisation sexuelle, lors de l'entrevue clinique semi-structurée, les questions suivantes étaient posées à l'adolescent :

As-tu été victime d'abus sexuel? Si oui, quelle est la nature des abus? A quel âge les abus ont-ils commencé? A quel âge, ont-ils cessé? Quelle fut la durée

¹ Dans un cas précis, l'AAS avait 19 ans au moment de l'évaluation au pré-traitement.

des abus? Quelle était la fréquence des abus? Qui t'a infligé ces sévices? Quel genre d'abus as-tu subi?(Madrigano, 1999)

Les données concernant la victimisation sexuelle ainsi qu'un grand nombre d'information n'étaient pas disponible pour cinq AAS. Ils ont donc été retranchés de la banque pour les fins d'analyses statistiques. Des 124 AAS restants, 40 AAS (32%) rapportaient une histoire d'ASE alors que 84 (68%) ne rapportaient aucune ASE.

2.2. Instruments de mesure

Il importe de spécifier que la plupart des instruments de mesure sont des versions françaises d'instruments originaux anglais et que peu de ces instruments sont validés en français auprès d'adolescents québécois. Par conséquent, pour plusieurs d'entre eux, seuls les critères psychométriques de la version originale américaine seront rapportés.

Les outils psychométriques qui sont retenus dans le cadre de cette étude s'intéressent aux symptômes liés à un traumatisme antérieur, au niveau de compréhension du cycle de l'agression sexuelle, et enfin, à la modification des comportements et des attitudes.

L'entrevue standardisée élaborée par Madrigano (1999) a été utilisée pour l'entrevue clinique semi-structurée (voir Appendice A). L'instrument comprend 101 questions dont certaines sont à choix multiples, qui évaluent les domaines suivants : les données sociodémographiques, les informations sur la situation juridique, la consommation d'alcool, de drogues et de pornographie, l'information scolaire, les informations sur les habiletés sociales, la victimisation physique, psychologique,

sexuelle, l'histoire sexuelle consentante et enfin, le délit sexuel. Cette entrevue permet d'avoir une bonne compréhension de la problématique de l'adolescent à partir de toutes les sphères de sa vie pertinentes à l'explication du passage à l'acte. Les critères psychométriques ne sont pas encore disponibles pour cette entrevue. Soulignons que seulement une partie des données recueillies à partir de cet instrument sont utilisés dans le cadre de cette étude.

Le Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) élaboré par Briere en 1989 mesure la détresse post-traumatique ainsi que certains symptômes psychologiques qui y sont reliés (voir Appendice B). L'instrument évalue la présence des symptômes suivants : l'anxiété, la dépression, le stress post-traumatique, les préoccupations sexuelles, la dissociation et la colère. De surcroît, ce questionnaire comprend deux échelles de validités mesurant la tendance du répondant à révéler un score plus bas que la norme ainsi que la tendance à révéler plus de symptômes que la norme. Selon le manuel du Trauma Symptom Checklist for Children (Elliot & Briere, 1994), le test est sensible aux séquelles à court terme de l'abus sexuel chez les enfants. D'ailleurs, cinq des sous-échelles (anxiété, dépression, dissociation, stress post-traumatique et préoccupations sexuelles) permettent de différencier les filles victimes d'abus sexuels de celles qui ne le sont pas. L'instrument peut être utilisé auprès d'enfants de 8 à 16 ans (filles et garçons) appartenant à une grande variété de contextes sociaux et démographiques.

Le TSC-C est composé de 54 items ayant une échelle de type Likert en quatre points qui permet d'évaluer la fréquence du symptôme (0 = jamais, 1 = des fois, 2 =

souvent, 3 = presque toujours). La consistance interne des différentes sous-échelles varie de 0.78 à 0.86 chez un échantillon de victimes d'abus sexuels (Lanktree & Brière, 1995).

Le Questionnaire de compréhension des gestes, (*QCG*; voir Appendice C), élaboré par Perron, Lagueux et Wright en 1999, est utilisé pour évaluer les dimensions suivantes: l'identification des gestes légaux et illégaux, la reconnaissance de la responsabilité de l'AAS face aux gestes sexuels posés, la sensibilisation à la gravité des gestes pour la victime, la sensibilisation aux sentiments vécus par la victime ainsi que la reconnaissance et la compréhension du processus qui conduit à l'agression sexuelle. Cet instrument est un questionnaire-maison composé de 60 items. Ceci implique donc qu'aucune donnée concernant les qualités psychométriques de l'instrument n'est pour l'instant disponible.

Le Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters, (*MESSY*; voir Appendice D) développé par Matson, Esdveltd-Dawson et Kazdin en 1983 évalue les habiletés sociales des adolescents. Le *MESSY* évalue les comportements appropriés et inappropriés dans différents contextes sociaux par le biais de la fréquence de comportements observables des enfants et des adolescents âgés entre 4 et 18 ans. Les sous-échelles, ainsi que le nombre d'items dans chacune d'elles se répartissent comme suit: les habiletés sociales appropriées (23 items), l'affirmation de soi inadéquate (16 items), les traits impulsifs et récalcitrants (5 items), la confiance en soi excessive (5 items), la jalousie (4 items) et divers items sans catégorie particulière (4 items).

Quant à ses qualités psychométriques, des analyses auprès de 422 enfants (de 4 à 18 ans) démontrent un degré de fidélité test-retest (délai de deux semaines) de 0.50. D'autres auteurs (Spence & Liddle, 1990), démontrent que la consistance interne du questionnaire est de 0.76 avec des enfants de moins de 13 ans et la fidélité test-retest est de 0.80 (intervalle de deux semaines). Le MESSY corrèle significativement avec plusieurs autres mesures d'habiletés sociales, incluant des observations directes, des mesures provenant de professeurs, des mesures provenant de parents et des mesures auto-administrées (Matson, 1994). De plus, des analyses factorielles auprès de ce même échantillon ont permis de déterminer que ce questionnaire permet d'évaluer les habiletés sociales des sujets selon les cinq dimensions distinctes précédemment mentionnées (Matson, Rotatori, & Helsel, 1983).

Le UCLA Loneliness scale-Version 3 élaboré par Russell en 1996 mesure les sentiments de solitude et d'isolement (voir appendice E). La traduction et l'adaptation française de l'instrument ont été réalisées par Lebeau et Lemay (1999 : voir Lagueux, Wright & Tourigny, 1999). Cet instrument évalue la satisfaction à l'égard des relations sociales et le niveau de solitude des sujets. Au total, le test comprend 20 items, 11 sont liés à la solitude (allant dans une direction négative) tandis que les neuf autres sont liés à la non-solitude (allant dans une direction positive). Le sujet doit inscrire la fréquence d'apparition d'un comportement précis sur une échelle Likert allant de 1 à 4 (1 = jamais, 2 = rarement, 3 = quelques fois et 4 = souvent).

Dans le but d'évaluer les propriétés psychométriques du UCLA-3, Russell (1996) a effectué une étude auprès d'adolescents, d'infirmières en milieu hospitalier, d'enseignants et de personnes âgées. En ce qui concerne spécifiquement les adolescents ($n = 487$), les résultats indiquent un coefficient alpha de consistance interne de 0.92. La validité convergente a été évaluée en comparant les résultats obtenus à l'échelle de solitude (version 3) à ceux obtenus d'autres instruments mesurant également la solitude. Les résultats démontrent des corrélations significatives entre le UCLA-3 et le NYU Loneliness scale ($r = 0.65$) ainsi que le Differential Loneliness Scale ($r = 0.72$).

Le Coping Inventory for Stressful Situations, (CISS; voir Appendice F), un questionnaire auto-administré développé par Endler et Parker (1990) évalue les stratégies d'adaptation déployées par l'adolescent dans les situations anxiogènes difficiles ou stressantes. Le CISS possède trois échelles de base classifiant les réponses à différentes situations: celles orientées vers la tâche (16 items), celles orientées vers l'émotion (16 items), et celles orientées vers l'évitement (16 items). Étant donné qu'il s'agit d'une version modifiée du CISS (ajout de 8 items exploratoires dans le but d'évaluer les réponses agressives et sexuelles en période de stress), les qualités psychométriques du test ne sont pas disponibles présentement.

Le Survey of Heterosexual Interactions, SHI développé par Twentyman, et McFall en 1975, évalue les habiletés hétérosociales et hétérosexuelles (voir Appendice G). Il s'agit de deux questions descriptives générales concernant la fréquence des rendez-vous amoureux et de 20 vignettes représentant diverses situations sociales

hétérosexuelles. Le sujet doit indiquer, sur une échelle Likert variant de 1 à 7, la réponse qui correspond le mieux à sa capacité de faire face et de s'adapter aux situations décrites. Une étude réalisée auprès d'adultes a permis de démontrer que les Alpha de Cronbach pour les différents items varient entre 0.15 et 0.78. La fidélité test-retest (intervalle de quatre mois) de 0.85 démontre que le questionnaire possède une stabilité temporelle adéquate (Twentyman, Boland & McFall (1981).

Le Dating Questionnaire élaboré par Kirby en 1990 évalue le confort du client dans diverses situations liées à la sexualité (voir Appendice H). C'est une sous-échelle de la section "behaviour" de l'instrument Mathtech Questionnaires" de Kirby (1990). Cette échelle comprend une série de 18 items à partir desquels le participant évalue son degré de confort dans la situation donnée sur une échelle de quatre points, allant de "très confortable" à "très inconfortable". Dans un échantillon de 100 adolescents, les alphas de Cronbach pour cette sous-échelle se situent entre 0.63 et 0.86, suggérant une validité interne adéquate (Kirby, 1990).

Le Sex Knowledge and Attitude Test for Adolescent (SKAT-A; voir Appendice I) développé par Lief, Fullard et Devlin en 1990 évalue les mythes et attitudes liés à la sexualité. L'instrument est composé de trois sous-échelles, soit une échelle portant sur les connaissances, une sur les attitudes et une autre sur les comportements. Lief et al. (1990) ont effectué une étude visant à valider ce questionnaire auprès de 40 jeunes adultes âgés entre 17 et 25 ans. Pour la sous-échelle des attitudes, ils ont trouvé une fidélité test-retest (intervalle de trois semaines) de 0.92 et une consistance interne de 0.89, ce qui suggère de

bonnes qualités psychométriques. Le SKAT-A possède également une bonne validité concurrente avec d'autres mesures similaires d'attitudes à l'égard de la sexualité (Lief et al., 1990).

2.3. Déroulement

À l'arrivée de l'adolescent à son unité d'évaluation et de traitement (Centres jeunesse ou Centre communautaire), un intervenant ou un assistant de recherche le rencontre pour lui expliquer l'étude en cours et obtenir son consentement (voir formulaire de consentement Appendice J) à participer à l'étude. Dans les cas où cela s'avère nécessaire, c'est-à-dire lorsque le jeune a moins de 14 ans, les titulaires de l'autorité parentale doivent également signer le formulaire de consentement donnant ainsi l'autorisation au jeune de participer à l'étude. Il est clairement expliqué à l'adolescent que sa participation à l'étude est volontaire, c'est-à-dire, qu'il est libre d'accepter ou de refuser sans que son refus ne nuise aucunement aux relations avec les intervenants qu'il rencontrera ainsi qu'à sa participation au programme de traitement. Une fois que le formulaire de consentement est signé le participant est rencontré dans le cadre d'une entrevue clinique semi-structurée.

Dans un second temps, l'adolescent complète une série de questionnaires. Dans tous les cas, l'évaluateur lit les consignes ainsi que les items avec le participant. Afin de contrôler les différences inter-groupe qui pourrait s'expliquer par le simple passage du temps entre la demande de service et l'entrevue clinique ainsi que l'évaluation psychométrique, une période maximale d'un mois précédente le traitement est allouée

pour compléter l'évaluation de l'ensemble des AAS qui ferait parti d'un groupe de traitement donné. Afin d'assurer la confidentialité des résultats, les questionnaires étaient codés.

Suivant une entente avec les organismes qui ont collaboré à l'étude et tel qu'il est fait mention dans le formulaire de consentement, l'évaluateur rédige un rapport pour chaque AAS suite à l'évaluation. Ce rapport qui consiste en une description des informations fournies par l'adolescent lors de l'entrevue clinique ainsi que des résultats aux tests psychométriques, est remis à l'intervenant responsable dans l'organisme qui traite le jeune.

2.4. Analyses des données

Des analyses paramétriques et non-paramétriques, selon le type de variable (i.e., continues versus dichotomiques) ont été effectuées dans le but d'identifier les variables psychosociales qui distinguent les AAS qui rapportent ou non une ASE. Plus spécifiquement des tests du Khi-carré et des analyses de variances (ANOVA) ont été effectués.

Résultats

L'analyse des résultats est divisée en deux sections distinctes. Dans un premier temps, les données descriptives de l'échantillon total des AAS sont présentées. Dans un deuxième temps, sont présentés les résultats de l'analyse comparative en fonction d'une ASE ou non afin de vérifier si des différences peuvent être identifiées entre ces deux groupes d'AAS.

3.1. Statistiques descriptives de l'échantillon d'AAS

Caractéristiques sociodémographiques

Selon les informations recueillies à l'entrevue standardisée de Madrigano (1999), l'examen des caractéristiques de l'ensemble des participants à l'étude (voir Tableau 1) nous portent à faire les constats suivants : 1) plus de la moitié des AAS (52 %) de l'échantillon proviennent des régions de la Mauricie Bois-Francs et de Lanaudière; 2) 88% des AAS sont référés en traitement par les Centres jeunesse, 3) près de la moitié des participants (46%) sont sous la Loi de la Protection de la Jeunesse (LPJ) et 39% des AAS sont sous la Loi des Jeunes Contrevenants (LJC).

Caractéristiques familiales

Le tableau 2 réfère aux caractéristiques familiales des AAS de l'échantillon telles que recueillies à l'entrevue standardisée élaborée par Madrigano (1999). Avant l'arrestation pour les délits sexuels actuels, plus de la moitié (56%) des AAS de l'échantillon vivaient avec un des parents, 18% faisaient l'objet d'un placement quelconque et 26% résidaient avec leurs deux parents. Après l'arrestation ou le

dévoilement selon le cas, 43% des AAS de l'échantillon vivaient avec un des parents, 35% faisaient l'objet d'un placement et 23% résidaient avec les deux parents.

Dans plus de 70% des cas, il y a eu rupture du couple parental puisque ces derniers étaient soit divorcés, séparés, décédés. Seulement 28% des parents sont mariés ou conjoint de faits.

Alors qu'un père sur cinq (20%) reçoit des prestations d'assurance chômage, d'assurance sociale décédée, cette proportion s'élève à 50% lorsque nous analysons la source de revenu des mères.

Caractéristiques cliniques des AAS

Selon les informations fournies lors de l'entrevue clinique de Madrigano (1999), 1) 50% des AAS affirment ne jamais avoir consommé d'alcool, 2) 68% rapportent ne jamais avoir consommé de drogue, 3) près de 60% des participants disent consommer du matériel pornographique de façon occasionnelle ou régulière (voir Tableau 3).

Par ailleurs, quant à ce qui concerne la première expérience sexuelle (voir Tableau 3), les résultats à l'entrevue de Madrigano (1999) nous indiquent qu'au total pour la majorité des AAS de l'échantillon (69%), la première expérience sexuelle est soit une expérience d'ASE (23%) ou l'agression sexuelle qu'ils ont eux-mêmes perpétrée (46%). Par ailleurs, 23% d'entre eux ont d'abord connu une sexualité normale et consentante avant de commettre l'abus sexuel. Enfin, 7% ne rapportent aucune expérience sexuelle (c'est donc dire qu'ils ne considèrent même pas l'agression sexuelle commise comme une expérience sexuelle).

Ainsi, au total, au moins 3 AAS sur 4 affirment ne pas avoir eu des relations sexuelles consentantes avant les agressions sexuelles qu'ils ont commises. Il importe de prendre note que la masturbation n'était pas comprise dans la mesure de la sexualité normale car la première expérience sexuelle impliquait une autre personne.

Résultats aux tests psychométriques

Dans cette section du mémoire concernant les statistiques descriptives nous rapporterons uniquement les résultats des deux tests psychométriques (le TSC-C ainsi que le CISS) pour lesquels il existe des scores cliniques validés auprès d'une population adolescente.

Au tableau 4, on retrouve les résultats obtenus par les AAS sur le TSC-C et la proportion d'entre eux qui obtiennent un score dénotant la présence de symptômes cliniques nécessitant possiblement une intervention. Ainsi, les AAS obtiennent un seuil clinique aux différentes sous-échelles dans les proportions suivantes : l'anxiété (20% des AAS), la dépression (25% des AAS), le stress post-traumatique (25% des AAS), les préoccupations sexuelles (41% des AAS), la dissociation (23% des AAS) et dans une moindre mesure la colère (4% des AAS).

D'autre part, au niveau des stratégies de d'adaptation déployées lors des périodes de stress, les participants à l'étude obtiennent des scores cliniques sur les différentes sous-échelle du test (voir Tableau 5). En effet, ils obtiennent des résultats indiquant des besoins cliniques au niveau des stratégies centrées sur la tâche dans 46% des cas, des réponses émotives dans 40% des cas, des réponses d'évitement dans 52% des cas et

enfin, la distraction dans 48% des cas ainsi que la diversion sociale dans 47% des cas. Au moment de l'analyse des données, nous n'avions pas de seuil clinique pour les sous-échelles liées aux réponses agressives et sexuelles dans les périodes de stress intense.

Caractéristiques des gestes posés par les AAS et des victimes

Le tableau 6 fait état des types de gestes sexuels posés par les AAS. Nous constatons que les participants commettent principalement les gestes qui suivent : des attouchements et des pénétrations avec les doigts (76%), de la masturbation réciproque (35%), les contacts oraux génitaux (35%) et l'exhibitionnisme (33%). Soulignons qu'un AAS peut avoir commis plus d'une forme de gestes.

Quant aux caractéristiques des victimes (voir Tableau 7), les données obtenues à partir de l'entrevue de Madrigrano (1999) indiquent que les AAS agressent une victime 1) de sexe féminin dans 67% des cas; 2) âgée entre 0 et 8 ans dans 61% des cas; 3) au niveau intrafamilial dans 57% des cas; et 4) qui se trouve chez l'AAS dans 55% au moment de l'agression sexuelle.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des AAS

Variables	n	Pourcentage
<u>Site de provenance</u>		
Hull	33	26,6
Mauricie Bois-Francs et Lanaudière	64	51,6
Montérégie	27	21,7
<u>Source de référence</u>		
Famille-ami-autre	14	11,9
CEPJ	104	88,1
<u>Statut légal</u>		
LPJ	53	45,7
LJC	45	38,8
Pas défini	18	15,6

Tableau 2 : Caractéristiques familiales des AAS

Variables	n	Pourcentage
<u>Lieu de résidence avant l'arrestation</u>		
Les deux parents	32	26,0
Mère ou père	69	56,0
Placement ou autre	22	17,9
<u>Résidence actuelle</u>		
Les deux parents	28	22,6
Mère ou père	53	42,7
Placement ou autre	43	34,7
<u>Statut marital des parents</u>		
Mariés ou conjoint de faits	33	27,7
Divorcés-séparés ou décès de l'un des parents	86	72,2
<u>Source de revenu du père</u>		
Professionnel-cadre-métier spécialisé	43	39,4
Métier non spécialisé	44	40,4
Chômage- bien-être social ou décédé	22	20,2
<u>Source de revenu de la mère</u>		
Professionnel-cadre-métier spécialisé	21	18,3
Métier non spécialisé	36	31,3
Chômage- bien-être social ou décédé	58	50,4

Tableau 3 : Caractéristiques cliniques des AAS

Variables	n	Pourcentage
<u>Consommation d'alcool</u>		
Aucune	62	50,4
Occasionnelle-régulière	61	49,6
<u>Consommation de drogue</u>		
Aucune	84	68,3
Occasionnelle-régulière	39	31,7
<u>Consommation de pornographie</u>		
Aucune	49	40,1
Occasionnelle-régulière	73	59,8
<u>Première expérience sexuelle</u>		
Normale	28	22,6
Déviante	57	46,0
Victimisation	28	22,6
Aucune	9	7,3

Tableau 4 : Proportion des AAS ayant obtenu un score clinique sur le Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)

Sous-échelles	Moyenne (écart-type)	Scores cliniques ²	
		n	%
Anxiété	5,60 (3,96)	26	20
Dépression	6,34 (4,56)	31	25
Stress post-traumatique	8,60 (5,00)	31	25
Préoccupations sexuelles	6,10 (4,09)	51	41
Dissociation	7,20 (4,82)	29	23
Colère	6,86 (4,32)	5	4

Note : Les écarts-types apparaissent entre parenthèses

² Ces colonnes indiquent le nombre ainsi que la proportion d'AAS ayant obtenu un score clinique à la sous-échelle correspondante.

Tableau 5 : Proportion des AAS ayant obtenu un score clinique sur le CISS

Sous-échelles	Moyenne (écart-type)	Scores cliniques ³	
		n	%
Tâche	52,88 (12,05)	57	46
Émotion	41,39 (10,10)	49	39,5
Évitement	50,07 (11,42)	65	52,4
Distraction	22,73 (6,33)	59	47,6
Diversions sociales	17,86 (4,66)	58	46,8
Réponses agressives	6,98 (3,39)		
Réponses sexuelles	6,42 (3,19)		

Note : Les écarts-types apparaissent entre parenthèses

³ Ces colonnes indiquent le nombre ainsi que la proportion d'AAS ayant obtenu un score clinique à la sous-échelle correspondante.

Tableau 6 : Type d'abus commis par les AAS

Variables	n	%
Exhibitionnisme	41	33
Masturbation	43	34,7
Attouchement-pénétration digitale	94	75,8
Contact oraux-génitaux	43	34,7
Tentative de pénétration anale ou vaginal	22	17,7
Tentative de viol	3	2,4
Pénétration anale ou vaginale	14	11,3
Autres	19	15,3

Tableau 7 : Caractéristiques des victimes

Variables	n	%
<u>Nombre d'AAS ayant fait:</u>		
1 victime	82	66,7
2 victimes et plus	41	33,3
<u>Nombre d'AAS ayant fait une victime de sexe :</u>		
Féminin	81	66,9
Masculin	23	19,0
Les deux	17	13,4
<u>Nombre d'AAS ayant fait une victime âgée de:</u>		
0 à 8 ans	71	61,2
9 ans et plus	45	37,2
<u>Nombre d'AAS ayant fait une victime :</u>		
Intrafamilial	68	56,7
Extrafamilial	52	43,3
<u>Nombre d'AAS ayant agressé la victime:</u>		
Chez lui	66	54,5
Chez la victime	36	29,8
autre	19	15,7

3.2. Analyses comparatives

Caractéristiques sociodémographiques en fonction d'une ASE ou non

Un Chi-carré est effectué afin de comparer les AAS victimes d'ASE à ceux qui ne rapportent aucun sévices sexuel pendant l'enfance au niveau des variables sociodémographiques (voir Tableau 8). Les groupes apparaissent équivalents au niveau des diverses caractéristiques sociodémographiques puisque nous ne retrouvons aucune différence significative entre les groupes en ce qui a trait au site de provenance, à la source de référence ainsi qu'au niveau du statut légal.

Caractéristiques familiales en fonction d'une ASE ou non

Les AAS qui rapportent une ASE proviennent davantage de familles instables que ceux qui n'ont pas vécu des sévices sexuels au cours de l'enfance. En effet, des différences significatives (voir Tableau 9) montrent que comparativement aux AAS qui n'ont vécu aucune ASE ceux qui rapportent des agressions sexuelles dans l'enfance : 1) résident moins souvent avec les deux parents ($X^2(2, N = 123) = 9,34, p = 0,0009$); 2) font davantage l'objet d'un placement (Centre jeunesse, famille d'accueil ou pavillons) à l'extérieur de la famille suite au dévoilement des agressions sexuelles qu'ils ont perpétrées ($X^2(2, N = 124) = 8,24, p = 0,016$); 3) ont davantage des parents divorcés ou séparés ($X^2(2, N = 119) = 3,82, p = 0,005$); 4) ont également davantage un père qui reçoit des prestations d'assurance emploi ou de bien-être social ($X^2(2, N = 109) = 7,36, p = 0,025$). De même, nous remarquons une tendance à atteindre le seuil de signification lorsque nous examinons la source de revenu des mères ($X^2(2, N = 115) = 5,41, p = 0,067$).

Caractéristiques cliniques en fonction d'une ASE ou non

Nous ne retrouvons aucune différence significative entre les deux groupes au niveau des variables telles que la consommation d'alcool, la consommation de drogue ainsi que la consommation de pornographie (voir Tableau 10).

Alors que la majorité des AAS qui ont vécu une ASE rapportent une première expérience sexuelle qui consiste en une victimisation sexuelle (71%), ceux qui n'ont pas vécu d'ASE rapportent majoritairement une première expérience sexuelle déviante (61%) (référant à l'agression sexuelle qu'ils ont perpétré) (voir Tableau 10). Évidemment, tout comme nous aurions pu nous en attendre, la comparaison des deux groupes au niveau de cette variable nous indique une différence significative ($X^2(3, N = 122) = 73,32, p = 0,000$).

Remarquons que parmi ceux qui ont vécu une ASE, 29% d'entre eux ne rapportent pas l'abus sexuel qu'ils ont vécu dans l'enfance comme étant leur première expérience sexuelle. Ces derniers rapportent une première expérience sexuelle soit normale (interaction sexuelle avec une personne presque du même âge) ou déviante (l'agression sexuelle commise).

Résultats aux tests psychométriques

La comparaison à l'aide des ANOVAs au niveau des résultats des deux groupes sur le TSC-C (voir Tableau 11) montre des différences significatives pour pratiquement l'ensemble des sous-échelles du test. En effet, ceux qui ont été victimes d'ASE rapportent davantage des symptômes tels que l'anxiété ($F(123) = 10,78, p = 0,001$), la dépression

($F(123) = 6,33$, $p = 0,013$), le stress post-traumatique ($F(123) = 4,61$, $p = 0,034$), les préoccupations sexuelles ($F(123) = 7,76$, $p = 0,006$) ainsi que la dissociation ($F(123) = 5,14$, $p = 0,025$).

Par la suite, nous nous sommes intéressés à savoir s'il existe des différences significatives au niveau des AAS présentant un profil clinique sur le TSC-C selon qu'ils rapportent ou non une ASE (voir Tableau 12). Il en ressort que ceux qui ont vécu une ASE présentent plus fréquemment des symptômes nécessitant une intervention clinique sur les sous-échelles 1) d'anxiété ($X^2(1, N = 26) = 4,739$, $p = 0,029$); 2) des préoccupations sexuelles ($X^2(1, N = 51) = 4,692$, $p = 0,03$); ainsi que 3) de la colère ($X^2(1, N = 5) = 5,43$, $p = 0,02$).

Par ailleurs, les deux groupes d'AAS ne se distinguent pas quant aux sous-échelles du QCG (voir Tableau 13).

Sur le MESSY, les deux groupes se distinguent significativement sur la sous-échelle référant à la confiance en soi excessive ($F(123) = 4,69$, $p = 0,032$) (voir Tableau 14). Ainsi, ceux qui rapportent une ASE ont significativement une plus grande confiance en soi excessive. Nous ne retrouvons aucune autre différence significative sur les autres sous-échelles (habiletés sociales appropriées, affirmation de soi, traits impulsifs et récalcitrants, la jalousie, les items variés ainsi que le score total du MESSY).

Les deux groupes d'AAS à l'étude ne se différencient pas sur les instruments qui suivent : le SKAT-A (voir Tableau 15), le UCLA-3 (voir Tableau 15), le SHI ainsi que sur le Dating Questionnaire (voir Tableau 16).

Au niveau des stratégies d'adaptation déployées lors des périodes de stress, nous observons que les deux groupes se distinguent significativement au niveau de la sous-échelle liée aux réponses émotions (voir Tableau 17). Ainsi ceux qui ont vécu une ASE émettent significativement davantage des réponses à fortes charges émotionnelles dans une situation qu'ils considèrent comme étant anxiogène ($F(1,23) = 8,468, p = 0,004$). Par ailleurs, les deux groupes ne se distinguent pas au niveau des sous-échelles liées à la tâche, à l'évitement, à la distraction, à la diversion sociale, aux réponses agressives et aux réponses sexuelles.

Le tableau 18 indique la proportion des AAS qui rapportent des symptômes cliniques au niveau des stratégies d'adaptation émises dans les périodes de stress. Ceux qui rapportent une ASE obtiennent davantage des scores cliniques en ce qui concerne les réponses à fortes charges émotionnelles ($\chi^2(1, N = 49) = 5,923, p = 0,015$) ainsi que les réponses d'évitement ($\chi^2(1, N = 65) = 3,747, p = 0,053$).

Caractéristiques des gestes posés ainsi que des victimes

Les tableaux 19 et 20 présentent les caractéristiques des gestes posés ainsi que les caractéristiques des victimes en fonction d'une ASE ou non. Nous ne retrouvons aucune différence significative entre les deux groupes en ce qui a trait au type de gestes posés ainsi qu'aux caractéristiques des victimes (i.e., le nombre de victime, l'âge des victimes,

le sexe des victimes, le lien avec les victimes et enfin, l'endroit où la victime a été abusée).

Tableau 8 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques en fonction d'une ASE ou non

Variables	ASE (n = 40)		Non-ASE (n = 84)		df	χ^2	p
	n	%	n	%			
<u>Site de provenance</u>							
Hull	12	30	21	25,0	2	0,370	0,831
Mauricie Bois-Francs et Lanaudière	20	50	44	52,4			
Montérégie	8	20	19	22,6			
<u>Source de référence</u>							
Famille	4	10	10	11,9	1	0,144	0,704
CEPJ	35	87,5	69	82,1			
<u>Statut légal</u>							
LPJ	18	45	35	41,7	2	0,005	0,997
LJC	15	37,5	30	35,7			
Pas clairement défini	6	15	12	14,3			

Tableau 9 : Comparaison des caractéristiques familiales en fonction d'une ASE ou non

Variables	ASE (n = 40)		Non-ASE (n = 84)		df	χ^2	p
	n	%	n	%			
<u>Lieu de résidence avant l'arrestation</u>							
Les deux parents	4	10	28	33,7	2	9,341	0,009
Mère ou père	25	62,5	44	53,0			
Placement ou autre	11	27,5	11	13,2			
<u>Résidence actuelle</u>							
Les deux parents	4	10	24	28,6	2	8,240	0,016
Mère ou père	16	40	37	44,1			
Placement ou autre	20	50	23	27,4			
<u>Statut des parents</u>							
Mariés ou conjoint de faits	4	10,5	29	35,8	1	3,821	0,005
Divorcés-séparés ou décès de l'un des parents	34	89,5	52	64,1			

Tableau 9 (suite) : Comparaison des caractéristiques familiales en fonction d'une ASE ou non

Variables	ASE (n = 40)		Non-ASE (n = 84)		df	χ^2	p
	n	%	n	%			
<u>Source de revenu du père</u>							
Professionnel-cadre-métier spécialisé	7	20,5	36	48	2	7,359	0,025
Métier non spécialisé	18	52,9	26	34,7			
Chômage- bien-être social- décédé ou autre	9	26,5	13	17,4			
<u>Source de revenu de la mère</u>							
Professionnel-cadre-métier spécialisé	3	8,6	18	22,6	2	5,418	0,067
Métier non spécialisé	9	25,7	27	33,8			
Chômage- bien-être social- décédé ou autre	23	65,7	35	43,9			

Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques cliniques en fonction d'une ASE ou non

Variables	ASE (n = 40)		Non-ASE (n = 84)		df	χ^2	p
	n	%	n	%			
<u>Consommation d'alcool</u>							
Aucune	22	55	40	48,2	1	0,500	0,479
Occasionnelle-régulière	18	45	43	51,8			
<u>Consommation de drogue</u>							
Aucune	25	62,5	59	71,1	1	0,919	0,338
Occasionnelle-régulière	15	37,5	24	28,9			
<u>Consommation de pornographie</u>							
Aucune	14	35	35	42,7	1	0,660	0,416
Occasionnelle-régulière	26	65	47	57,3			
<u>Première expérience sexuelle</u>							
Normale	5	13,2	24	28,6	3	73,32	0,000
Déviante	6	15,8	51	60,7			
Victimisation	27	71,1	0	0			
Aucune	0	0	9	10,7			

Tableau 11 : Comparaison des résultats au TSC-C en fonction d'une ASE ou non

Sous-échelles	ASE (n=40) Moyenne (écart-type)	Non-ASE (n=84) Moyenne (écart-type)	<u>df</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
Anxiété	7,24 (4,78)	4,82 (3,26)	123	10,78	0,001
Dépression	7,8 (5,37)	5,64 (3,97)	123	6,33	0,013
Stress post-traumatique	9,98 (5,44)	7,94 (4,68)	123	4,61	0,034
Préoccupations sexuelles	7,55 (4,62)	5,42 (3,65)	123	7,76	0,006
Dissociation	8,6 (5,12)	6,54 (4,55)	123	5,14	0,025
Colère	8,03 (5,15)	6,3 (3,77)	123	4,38	0,038

Note : Les écarts-types apparaissent entre parenthèses

Tableau 12 : Proportion d'AAS ayant obtenu un score clinique sur le TSC-C en fonction d'une ASE ou non

Sous-échelles	ASE (n=40)		Non-ASE (n=84)		<u>df</u>	<u>χ^2</u>	<u>p</u>
	n	%	n	%			
Anxiété	13	32,5	13	15,5	1	4,739	0,029
Dépression	13	32,5	18	21,4	1	1,771	0,183
Stress post-traumatique	14	35,0	17	20,2	1	3,149	0,076
Préoccupations sexuelles	22	55,0	29	34,5	1	4,692	0,03
Dissociation	12	30,0	17	20,2	1	1,441	0,23
Colère	4	10,0	1	1,2	1	5,434	0,02

Tableau 13 : Résultats sur le Questionnaire de Compréhension des Gestes (QCG) en fonction d'une ASE ou non

Sous-échelles	ASE Moyenne (ÉT)	Non-ASE Moyenne (ÉT)	dl	F	p
Compréhension des concepts de base	25,65 (3,71)	25,88 (3,81)	123	0,101	0,751
Reconnaissance de sa responsabilité	22,50 (5,34)	22,57 (4,92)	123	0,005	0,946
Responsabilité face aux gestes posés	10,33 (3,46)	10,37 (3,34)	123	0,006	0,941
Responsabilité face aux risques de récidive	12,18 (2,76)	12,19 (2,78)	123	0,001	0,973
Empathie envers la victime	158,95 (35,95)	158,34 (37,42)	123	0,007	0,933
Conséquences au niveau des gestes posés	98,34 (22,39)	99,12 (25,62)	123	0,026	0,872
Conséquences au niveau des sentiments vécus	60,78 (23,76)	59,98 (23,47)	123	0,031	0,86
Compréhension du processus de l'abus sexuel	55,15 (14,47)	54,80 (11,53)	123	0,022	0,883
Reconnaissance d'une planification	15,45 (8,53)	15,60 (7,37)	123	0,01	0,919
Reconnaissance d'un intérêt sexuel déviant	9,75 (7,37)	8,83 (5,86)	123	0,559	0,456
Reconnaissance des remords	22,08 (5,75)	22,42 (4,98)	123	0,118	0,732
Reconnaissance d'être à risque de récidive	7,82 (1,78)	7,84 (1,82)	123	0,002	0,962

Note : Les écarts-types apparaissent entre parenthèses

Tableau 14 : Comparaison des résultats au Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters en fonction d'une ASE ou non

Sous-échelles	ASE Moyenne (ÉT)	Non ASE Moyenne (ÉT)	<u>dl</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
Habiletés sociales appropriées	49,83 (11,85)	52,61 (15,78)	123	1,029	0,312
Affirmation de soi	30,90 (10,08)	28,48 (8,71)	123	1,892	0,171
Traits impulsifs et récalcitrants	12,33 (3,94)	11,20 (3,80)	123	2,312	0,131
Confiance en soi excessive	10,43 (3,38)	9,14 (2,93)	123	4,692	0,032
Jalousie	7,63 (2,82)	6,93 (2,71)	123	1,745	0,189
Items variés	20,78 (5,12)	20,05 (4,55)	123	0,639	0,426
Score total MESSY	131,90 (22,94)	128,44 (26,00)	123	0,516	0,474

Note : Les écarts-types apparaissent entre parenthèses

Tableau 15 : Comparaison des résultats au SKAT-A, au UCLA et au SHI en fonction d'une ASE ou non

	ASE Moyenne (ÉT)	Non-ASE Moyenne (ÉT)	<u>dl</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
Sex Knowledge and Attitude Test for Adolescent (SKAT-A) Score total SKAT-A	155,38 (23,19)	149,52 (20,79)	123	1,99	0,161
UCLA Loneliness Scale- version-3 (UCLA-3) Score total UCLA-3	40,03 (8,76)	38,92 (8,68)	123	0,44	0,509
Survey of Heterosexual Interactions (SHI) Score total SHI	99,13 (21,2)	90,19 (25,38)	123	3,716	0,056

Note : Les écarts-types apparaissent entre parenthèses

Tableau 16 : Comparaison des résultats au Dating Questionnaire en fonction d'une ASE ou non

Sous-échelles	Moyenne (ÉT)	Moyenne (ÉT)	df	F	p
Confort à parler de sexualité avec amis, petite amie et parents	2,40 (0,82)	2,46 (0,74)	120	0,932	0,512
Confort à parler de contraception avec amis, petite amie et parents	2,30 (0,83)	2,26 (0,90)	118	0,051	0,822
Confort à parler de contraception et de sexualité avec parents	2,70 (0,99)	2,67 (1,00)	117	0,022	0,881
Confort à "dire non" face à la sexualité	1,81 (0,85)	1,83 (0,77)	117	0,011	0,918
Confort à chercher à utiliser des moyens de contraception	1,75 (0,74)	1,91 (0,80)	116	0,97	0,327

Note : Les écarts-types apparaissent entre parenthèses

Tableau 17 : Comparaison des résultats au CISS en fonction d'une ASE ou non

Sous-échelles	Moyenne (ÉT)	Moyenne (ÉT)	dl	F	p
Tâche	54,18 (10,96)	52,26 (12,56)	123	0,681	0,411
Émotions	45,1 (9,55)	39,62 (9,92)	123	8,468	0,004
Évitement	52,43 (12,19)	48,95 (10,93)	123	2,438	0,114
Distraction	23,85 (6,75)	22,19 (6,08)	123	1,877	0,173
Diversions sociale	18,45 (4,66)	17,58 (4,67)	123	0,935	0,335
Réponses agressives	7,28 (3,26)	6,85 (3,46)	123	0,434	0,511
Réponses sexuelles	7,03 (3,61)	6,13 (2,94)	123	2,151	0,145

Note : Les écarts-types apparaissent entre parenthèses

Tableau 18 : Proportion d'AAS ayant obtenu un score clinique sur le CISS en fonction d'une ASE ou non

Sous-échelles	ASE (n = 40)		Non-ASE (n = 84)		<u>df</u>	<u>χ^2</u>	<u>p</u>
	n	%	n	%			
Tâche	20	50,0	37	44,0	1	0,387	0,534
Émotions	22	55,0	27	32,1	1	5,923	0,015
Évitement	26	65,0	39	46,4	1	3,747	0,053
Distraction	23	57,5	36	42,9	1	2,329	0,127
Diversions sociale	23	57,5	35	41,7	1	2,719	0,099

Tableau 19 : Type d'abus commis en fonction d'une ASE ou non

Variables	n	ASE %	Non-ASE n	Non-ASE %	df	χ^2	p
Exhibitionnisme	15	37,5	26	31	1	0,525	0,428
Masturbation		37,5	28	33,3	1	0,208	0,649
Attouchement- pénétration digitale	30	75,0	64	76,2	1	0,021	0,885
Contact oraux- génétaux	17	42,5	26	31	1	1,595	0,207
Tentative de pénétration anale ou vaginale	7	17,5	15	17,9	1	0,002	0,961
Tentative de viol	1	2,5	2	2,4	1	0,002	0,968
Pénétration anale ou vaginale	3	7,5	11	13,1	1	0,847	0,357
Autres	6	15,0	13	15,5	1	0,005	0,945

Tableau 20 : Caractéristiques des victimes des AAS en fonction d'une ASE ou non

Variables	n	ASE %	n	Non- ASE %	<u>dl</u>	<u>X²</u>	<u>p</u>
<u>Nombre d'AAS ayant fait :</u>							
1 victime	26	65,0	56	67,5	1	0,074	0,785
2 victime	14	35,0	27	32,5			
<u>Nombre d'AAS ayant fait une victime de sexe :</u>							
Féminin	25	62,5	56	69,1	2	1,754	0,416
Masculin	7	17,5	16	19,8			
Les deux	8	20,0	9	11,1			
<u>Nombre d'AAS ayant fait une victime âgée de :</u>							
0 à 8 ans	26	66,7	45	58,4	1	0,738	0,390
9 ans et plus	13	33,3	32	41,6			

Tableau 21 : Caractéristiques des agressions sexuelles commises par les AAS en fonction d'une ASE ou non

Variables	n	ASE %	n	Non- ASE %	<u>df</u>	<u>X²</u>	<u>p</u>
<u>Nombre d'AAS ayant fait une victime :</u>							
Intrafamilial	23	57,3	45	56,3	1	0,017	0,896
Extrafamilial	17	42,5	35	43,8			
<u>Nombre d'AAS ayant agressé la victime :</u>							
Chez lui	18	45,0	48	59,3	2	2,254	0,324
Chez	14	35,0	22	27,2			
autre	8	20,0	11	13,6			

Discussion

L'objectif de ce mémoire consistait, dans un premier temps, à dresser le portrait d'un échantillon d'AAS québécois selon leurs caractéristiques spécifiques et, dans un deuxième temps, de comparer leurs profils psychosociaux selon qu'ils rapportaient ou non une histoire d'ASE. À l'égard de ce dernier objectif, l'hypothèse principale stipulait que les AAS qui rapportaient une ASE présenteraient un profil psychosocial plus instable et perturbé ainsi que davantage de carences au niveau des différentes variables mesurées. Par ailleurs, les adolescents qui ont été victimisés dans l'enfance présenteraient des profils cliniques distincts des AAS n'ayant pas vécu de sévices sexuels, ce qui justifierait par le fait même, des interventions cliniques particulières pour les AAS ayant vécu une ASE.

La discussion qui suit fournira des éléments explicatifs des résultats obtenus dans cette étude en fonction de ce qui est rapporté dans la documentation scientifique.

4.1. Profil descriptif de l'échantillon

Taux de victimisation sexuelle dans l'enfance

Dans un premier temps, le taux de victimisation sexuelle dans l'enfance que rapportent les AAS de l'échantillon est équivalent aux taux rapportés dans les études consultées (Cooper et al., 1996; Hanson & Slater, 1988; Jacob et al., 1993; Lafortune, 1996; Madrigano, 1999; Vizard et al., 1995) suggérant ainsi que plus du tiers des AAS dénoncés aux autorités judiciaires et thérapeutiques affirment avoir été victimes d'une ASE.

Il convient de prêter une attention particulière à ces taux qui sont plutôt élevés, car en plus des séquelles psychologiques à long terme suite aux ASE, plusieurs auteurs (Burton, Miller, & Shill, 2002; Knight, 1995; cité dans Johnson & Knight, 2000; Malamuth, Sockloskie, Koss, & Tanaka, 1991; Rasmussen, 1999; Ryan et al., 1996; United States General Accounting Office, 1996) ont rapporté que certaines de ces victimes d'ASE deviennent à leur tour des agresseurs sexuels. Cependant, tout comme le souligne le rapport publié au sujet du cycle de l'abus sexuel par le United States General Accounting Office (1996), à l'heure actuelle très peu de données empiriques corroborent et supportent le concept du cycle conduisant à l'abus sexuel puisque que dans une premier temps, la majorité des victimes d'ASE ne deviennent pas des agresseurs sexuels et que dans un deuxième temps, la majorité des agresseurs sexuels ne rapportent pas avoir été victimes d'ASE au cours de l'enfance.

Rappelons, toutefois, l'importance d'interpréter avec précaution les taux de victimisation sexuelle rapportés par les délinquants sexuels, puisque plusieurs éléments au niveau méthodologique peuvent biaiser cette information. À cet égard, le biais le plus fréquemment rapporté dans la documentation scientifique est la nature rétrospective des études, incluant celle-ci. Qui plus est, plusieurs auteurs (Dhawan & Marshall, 1996; Hanson & Slater, 1988) soulignent qu'il peut s'avérer plutôt difficile pour les victimes de traumatismes sexuels durant l'enfance de se remémorer de façon précise les événements traumatisants survenus au cours de cette période. À cela s'ajoute une seconde préoccupation qui consiste en la création de faux souvenirs qui peuvent amener un agresseur sexuel à amplifier une situation vécue durant son enfance (St-Yves & Pellerin,

1999). D'ailleurs, certains auteurs suggèrent d'explorer les gains secondaires suite à l'évocation d'ASE chez les délinquants sexuels juvéniles. En effet, il convient d'examiner la possibilité que de telles allégations peuvent se révéler disculpatoires face à leurs comportements sexuels déviants dans le but d'amoindrir la réaction de l'entourage (Jacob, Auclair, & Quenneville, 1999).

Tout comme il a été fait mention plus haut, il importe également de prendre en considération que pour la majorité des études évaluant les taux de victimisation sexuelle dans l'enfance des agresseurs sexuels, il s'agit de données auto-révélées. Il existe donc une possibilité que les sujets à l'étude n'aient pas fourni les informations véridiques.

Caractéristiques sociodémographiques

Compte tenu que la plupart des AAS sont référés par les Centres jeunesse et sont plus souvent sous la Loi de la Protection de la Jeunesse (LPJ), nos résultats s'appliquent prioritairement aux adolescents agresseurs sexuels qui présentent ces dernières caractéristiques. En effet, les cliniciens œuvrant au sein du système des Centres jeunesse réfèrent plus fréquemment les AAS qui agressent des enfants sous l'article 38(h) de la LPJ et cette tendance est encore plus forte si le scénario sexuel n'implique que des attouchements, sans pénétration (Lafortune, 2002). Nos résultats vont dans le même sens, puisque la majorité des AAS de la présente étude ont commis des gestes d'attouchements, et ce, principalement envers des enfants de 0 à 8 ans, et qu'une majorité eux sont pris en charge sous la LPJ.

Par contre, selon le fonctionnement des Centres jeunesse du Québec, dans les cas où l'AAS commet des délits sexuels envers un pair ou une personne d'âge adulte, il est davantage référé à la Loi des Jeunes Contrevenants (LJC). Il importe de préciser que la décision de soumettre un AAS à l'une ou l'autre de ces lois (LPJ ou LJC) a des répercussions sur les interventions qui sont priorisées. En effet, dans les cas où l'AAS est placé sous la LJC, l'adolescent doit se présenter à la Chambre de protection de la jeunesse pour son procès à la fin duquel une décision sera rendue (i.e. : libération conditionnelle, probation, détention pour traitement ou placement sous garde, etc.).

Nos observations cliniques suggèrent que l'AAS qui est pris en charge sous la LJC est beaucoup plus motivé dans sa thérapie et a beaucoup plus de chances d'aller au terme de son traitement contrairement à ceux qui sont pris en charge sous la LPJ.

Caractéristiques familiales

Les AAS de l'échantillon présentent majoritairement les caractéristiques suivantes: 1) ils résident avec un seul de ses parents (père ou mère) avant et après l'arrestation; 2) ils proviennent de familles où les parents sont divorcés ou séparés; 3) ils ont un père qui travaille et une mère qui est sur le chômage ou le bien-être social.

Ces derniers résultats rejoignent ceux de DeMartino (1989 : cité dans Vizard et al. 1995) dans une étude menée auprès d'un échantillon d'AAS en attente de traitement, qui constate que peu de ces adolescents proviennent de familles intactes (composée des deux parents biologiques). De même, dans leur recension des écrits Graves, Openshaw, Ascione et Erickson (1996) concluent que 45% des AAS viennent de familles

monoparentales. Enfin, plusieurs recherches (Hsu & Starzynki, 1990; Hummel, 2000; Kobayashi, Sales, Becker, Figueredo, & Kaplan, 1995; Weickowski, Hartsoe, Mayer, & Shortz, 1998) démontrent que l'une des caractéristiques fréquemment observées dans les familles des AAS étudiées est la discontinuité de la relation conjugale des parents. Plus récemment, Lafortune (2002) dans une étude auprès des AAS québécois, rapportent que plus de 90% de ces contrevenants ne vivent plus avec leurs deux parents biologiques. Ces différents résultats jumelés aux nôtres nous portent à croire que les AAS proviennent de familles où l'on observe des ruptures conjugales et l'absence d'un des parents dans le milieu familial de l'AAS.

Toutefois, ces études présentent plusieurs lacunes méthodologiques qui ne nous permettent pas, à ce jour, d'avancer que la discontinuité dans la relation conjugale est une caractéristique spécifique des AAS. En effet, la difficulté méthodologique la plus importante dans les études répertoriées est l'absence de groupe comparatif (adolescents normaux, adolescents délinquants non sexuels, population générale, etc.) qui nous permettent de comparer les taux et voir si les groupes se distinguent entre eux. Ces études sont primordiales car elles pourraient nous indiquer par exemple, que les difficultés familiales que nous rencontrons auprès des AAS ne sont pas distinctes de celles provenant de la population générale ou des autres types de délinquants (non sexuels, violents, etc.).

Caractéristiques cliniques

Une grande proportion des AAS de cet échantillon (plus de 75%) affirment ne pas avoir eu de relations sexuelles consentantes avant les agressions sexuelles commises (i.e., absence d'expériences sexuelles, ASE ou expériences sexuelles déviantes). Ces résultats corroborent ceux de Madrigrano (1999) qui rapportent que 67% des AAS de son échantillon rapportent des premières expériences sexuelles non consentantes (i.e., soit une ASE ou les agressions sexuelles commises). Par contre, d'autres études rapportent des résultats contraires aux nôtres et soulignent que les AAS consultés rapportent majoritairement des premières expériences sexuelles consentantes (Becker et al., 1986; Groth, 1977; Longo, 1982; tous cités dans Madrigrano, 1999).

Néanmoins, tout comme le mentionne Aljazireh (1993; cité dans Lagueux & Tourigny, 1999) il importe de constater plusieurs difficultés dans la cueillette des données. En effet, dans bien des cas, la question concernant l'histoire sexuelle de l'adolescent est posée lors d'une entrevue avec un professionnel et il peut s'avérer difficile pour un adolescent, bien que ce ne fut pas le cas dans notre étude, d'avouer qu'il n'ait pas n'as pas eues d'expériences sexuelles normales. De plus, Lafortune (1996) explique les différences au niveau des recherches par rapport à cette question par les nombreuses définitions de la première expérience sexuelle d'une étude à l'autre.

Résultats aux tests psychométriques

Un certain pourcentage des AAS de l'échantillon présentent des symptômes cliniques sur le TSC-C et le CISS. Nous constatons que plus de 20% des AAS rapportent

des symptômes de stress post-traumatiques tel que mesuré par le TSC-C. De plus, au moins 40% des AAS présentent des stratégies d'adaptation inefficaces en période de stress. Lagueux et Tourigny (1999) mentionnent le manque flagrant d'études qui se sont intéressées aux caractéristiques psychologiques des AAS. Néanmoins certaines études ont démontré qu'il y a une forte occurrence de désordres psychiatriques au sein des AAS.

De nouveau, soulignons une limite considérable des études qui s'intéressent à la psychopathologie des AAS est l'absence de groupe comparatif qui pourrait nous permettre de comparer les résultats. De plus, il est primordiale de prendre en considération les spécificités (par exemple, l'histoire de victimisation sexuelle, les abus physiques, etc.) de l'échantillon à l'étude puisque ces dernières pourront affecter les symptômes psychologiques rapportés par les AAS.

Caractéristiques des gestes sexuels posés et des victimes

Les AAS ont majoritairement commis des gestes d'attouchements et des pénétrations de doigts dans le vagin ou l'anus suivi dans une moindre mesure par des activités masturbatoires, des contacts oraux génitaux ainsi que de l'exhibitionnisme. Ces données corroborent ceux de la documentation scientifique puisque Lagueux et Tourigny (1999) constatent que globalement, les gestes posés par les AAS impliquent de 40% à 50% des attouchements et des pénétrations de doigts alors qu'ils retrouvent dans une moindre proportion (de l'ordre de 20% à 35%) des gestes comportant une pénétration anale ou vaginale avec le pénis.

Quant à ce qui concerne les caractéristiques des victimes, cette étude a démontré que les AAS de notre échantillon commettent principalement des agressions sexuelles envers des enfants de 0 à 8 ans, de sexe féminin, au niveau intrafamiliale et enfin, que l'agression se déroule plus fréquemment chez l'agresseur. Ces résultats concordent avec plusieurs données rapportées dans la documentation scientifique. En effet, selon les études consultées, les auteurs rapportent que: 1) de 50% à 66% des agressions sexuelles sont commises à l'endroit d'enfants de moins de 12 ans et que le scénario le plus commun implique une victime âgée entre 5 et 8 ans; 2) dans 65% à 85% des cas, les victimes sont de sexe féminin; et 3) dans la majorité des cas, la victime est connue de l'AAS étant fréquemment un membre de la proche parenté ou un ami de la famille (Lafortune, 1996; Lagueux & Tourigny, 1999; Madrigrano, 1999).

4.2. Profil comparatif des AAS l'échantillon

Caractéristiques sociodémographiques

Les AAS ne se distinguent pas au niveau des variables sociodémographiques qui ont été analysées (i.e. le site de provenance, la source de référence ainsi que le statut légal), selon qu'ils rapportent ou non une histoire d'ASE.

La documentation scientifique est peu élaborée en ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques sur lesquelles les AAS victimes d'ASE pourraient se distinguer des non victimisés sexuellement pendant l'enfance. Toutefois, l'étude de Cooper et al. (1996) obtient une différence significative au niveau de la race des participants, en ce sens que les AAS caucasiens ont rapporté davantage une histoire

d'ASE que les Afro-Américains. Pour leur part, Hummel et al. (2000) ont considéré la variable de l'éducation et ne rapportent aucune différence significative sur cette variable.

Remarquons, que la littérature scientifique auprès des adultes agresseurs n'est pas plus élaborée sur le profil sociodémographique des agresseurs sexuels selon qu'ils rapportent ou non une ASE. Tel que mentionné plus haut, Langevin et al. (1989) ont démontré que les adultes agresseurs sexuels qui ont été victimes d'ASE se distinguent significativement de ceux qui n'ont pas été victimisés au niveau du nombre d'année de scolarité. Par contre, ils ne se distinguent pas sur les autres variables étudiées (i.e. âge, statut marital, revenu annuel).

Caractéristiques familiales

Des différences significatives sont obtenues entre les deux groupes quant au lieu de résidence avant l'arrestation, la résidence actuelle, le statut marital des parents ainsi que la source de revenu du père. De tels résultats corroborent ceux obtenus par Hummel et al. (2000), qui démontrent que lorsqu'ils sont comparés aux AAS non victimisés durant l'enfance, ceux qui rapportent une ASE présentent les caractéristiques suivantes: 1) ils sont davantage confrontés à la séparation avec au moins un parent biologique pour de multiples raisons (une séparation, un divorce, un placement, etc.), et 2) ils proviennent de familles plus défavorisées économiquement.

Du côté des adultes agresseurs sexuels, Langevin et al. (1989) démontrent que comparativement à ceux qui n'ont pas vécu d'ASE, ceux qui rapportent des sévices sexuels pendant l'enfance proviennent de familles plus perturbées. En effet, ces dernières

sont principalement caractérisées par des relations père-fils grandement déficitaires, une consommation d'alcool élevée, des relations parents-enfants plus agressives et la présence de promiscuité sexuelle. De plus, dans une étude longitudinale effectuée auprès de 908 cas d'adultes agresseurs sexuels qui ont vécu des mauvais traitements (tels que des ASE, des agressions physiques et de la négligence), Widom et Ames (1994) soulignent que les agressions sexuelles dans l'enfance surviennent la majorité du temps dans des contextes familiaux multiproblématiques.

Dans cette même ligne de pensées, Hanson et Slater (1988) font remarquer que bien que les cas de négligence, d'abus physique, d'abus de substances illicites et d'histoire criminelle sont fréquents au sein des familles des agresseurs sexuels, la prévalence de ces derniers problèmes sont nettement plus élevés dans les familles où l'agresseur sexuel a lui-même vécu une ASE.

Caractéristiques cliniques

Les deux groupes ne se distinguent pas au niveau de la consommation d'alcool et de drogue. Par contre, lorsque nous prêtons une attention particulière à la première expérience sexuelle, nous pouvons constater une différence significative entre les deux groupes à l'étude. Cela ne surprend guère et indique qu'effectivement la majorité des AAS qui ont vécu une ASE identifient la victimisation sexuelle subie comme étant leur première expérience sexuelle alors qu'une forte proportion de ceux qui n'ont pas vécu d'ASE identifient leur première expérience sexuelle comme étant déviante puisqu'ils réfèrent à l'agression sexuelle commise.

Rappelons que même parmi ceux qui rapportent une ASE, près d'un AAS sur trois ne considère pas la victimisation sexuelle vécu dans l'enfance comme étant leur première interaction sexuelle. À notre avis, deux explications sont possibles à cet état de fait. D'une part, il se pourrait que ces AAS ne reconnaissent tout simplement pas l'ASE comme étant une expérience sexuelle proprement dite. D'autre part, il se pourrait qu'une certaine proportion parmi les AAS qui ont été victimisés pendant l'enfance, étaient actifs sexuellement avec des jeunes de leur âge avant leur victimisation.

Ces variables sont peu documentées dans la documentation scientifique. Néanmoins, Langevin et al. (1989) rapportent que les agresseurs sexuels adultes qui ont vécu une ASE se distinguent significativement des adultes agresseurs sexuels qui ne rapportent aucun sévices sexuel au niveau des expériences sexuelles déviantes pendant l'enfance. En effet, ceux qui ont subi une ASE rapportent qu'au cours de leur enfance, ils avaient significativement davantage: 1) une attirance sexuelle envers un membre de la famille, 2) de jeux sexuels avec une sœur, 3) de jeux sexuels avec un frère, et enfin, 4) vu leurs parents avoir des relations sexuelles.

Bien que nous n'ayons exploré cette avenue dans la présente recherche, notre expérience clinique suggère que les AAS qui rapportent une ASE proviennent de familles où il y a une plus grande promiscuité sexuelle qui fait en sorte qu'ils sont exposés à la sexualité à un âge précoce. À cet égard, Madrigano (1999) apporte un éclaircissement supplémentaire en indiquant que les AAS qui ont été victimisés sexuellement pendant l'enfance connaîtraient un éveil prématuré à la sexualité qui les porteraient à reproduire

les expériences sexuelles vécues pendant leurs enfance. Ce dernier auteur (Madrigano, 1999) stipule qu'il se pourrait que les AAS qui ont été victimes d'ASE puissent rechercher l'amour et l'affection à travers la sexualité. D'ailleurs, Langevin et al. (1989) rapportent que le plus large éventail d'expériences sexuelles chez les agresseurs sexuels qui ont été victimisés, reflète non seulement une exposition précoce à la sexualité mais reflète également un besoin d'affection qui s'exprimerait au travers des activités sexuelles.

Caractéristiques psychosociales

La comparaison des groupes nous indique plusieurs différences significatives qui semblent principalement se situer au niveau des symptômes de stress post-traumatiques, des habiletés sociales, ainsi que des stratégies d'adaptation déployées lors des périodes de stress intense.

Les AAS qui rapportent une ASE ont un niveau plus élevé de séquelles psychologiques ou une certaine détresse psychologique (donc ils obtiennent des scores plus élevé au niveau des tests mesurant ces aspects). Qui plus est, ils rapportent également significativement davantage d'anxiété, de préoccupations sexuelles, de colère ainsi que des réponses à fortes charges émotives dans les périodes de stress intenses.

Les études qui comparent les AAS qui rapportent ou non une ASE, nous indiquent que les premiers ont davantage tendance à rapporter des psychopathologies voire même des troubles de personnalité. En effet, Cooper et al. (1996) démontrent que ceux qui ont été victimisés se distinguent significativement des autres sur le MMPI au niveau

suivants : l'échelle F, l'échelle de schizophrénie et une différence presque significative sur l'échelle de psychopathie. Les AAS victimes d'ASE rapportent des scores plus élevés sur ces trois sous échelles. D'autre part, Becker et al. (1991) démontrent que les AAS victimisés rapportent significativement davantage de symptômes dépressifs.

Les études auprès des adultes agresseurs sexuels rapportent également plusieurs différences significatives au niveau des psychopathologies selon que les participants ont vécu ou non une ASE. Tout d'abord, Langevin et al. (1989) obtiennent des différences significatives entre les deux groupes au niveau de l'instabilité émotionnelle, de la présence de pensées suicidaires et de passages à l'acte suicidaire, des scores plus élevés sur l'échelle F ainsi que l'échelle de Manie du MMPI. De plus, Craissati et al. (2002) indiquent que ceux qui ont vécu une ASE : 1) ont davantage de difficultés psychosexuelles, 2) vivent davantage des sentiments d'hostilités, 3) sont moins empathiques, 4) gèrent plus difficilement les émotions négatives et enfin, 5) ont plus d'attitudes inappropriées envers les femmes.

Les résultats de ces dernières études jumelés aux nôtres, nous portent à croire que les AAS qui ont vécu une ASE sont différents à certains égards, des AAS n'ayant pas vécu de sévices sexuels au plan des symptômes psychologiques. D'ailleurs, cette différence ne semble pas seulement se situer au niveau statistique puisqu'ils sont également plus nombreux à rapporter des symptômes nécessitant une intervention clinique sur certains instruments psychométriques. Ces différents symptômes que rapportent les AAS qui ont été victime d'ASE pourrait compromettre le développement

affectif, personnel et interpersonnel de ces adolescents favorisant par le fait même l'émergence des sentiments d'insécurité, d'inadéquation et possiblement d'impuissance.

Caractéristiques des gestes posés ainsi que des victimes

La présente étude n'a obtenu aucune différence significative au niveau du type de gestes posés ainsi que des caractéristiques des victimes selon que les AAS rapportent ou non une ASE.

Au niveau des gestes posés par les AAS selon la présence ou non d'une ASE, les données provenant de la documentation scientifique ne sont pas constantes. En effet, alors Cooper et al. (1996) n'obtient aucune différence significative quand ils comparent les gestes posés par les AAS victimes d'ASE versus ceux qui n'ont pas vécu d'ASE, Hummel et al. (2000) rapportent que les AAS qui ont subi une ASE sont moins portés à commettre uniquement des gestes d'attouchements et commettent une plus grande variété de gestes sexuels.

Quant à ce qui à trait aux caractéristiques des victimes, plusieurs études (Cooper et al. 1996; Hummel et al. 2000; Langevin et al. 1989; Hanson & Slater, 1988) rapportent que les victimes des agresseurs sexuels qui ont vécu une ASE présentent des caractéristiques particulières dont notamment : 1) d'être de sexe masculin; 2) d'être plus jeunes; 3) de provenir du même milieu familial que l'agresseur, et 4) d'être plus nombreuse. La présente étude n'arrive pas à de tels conclusions suggérant que les victimes des AAS qui ont vécu une ASE ne se distinguent pas des victimes des AAS qui n'ont pas vécu d'ASE.

4.3. Recommandations cliniques

De prime abord, il ne fait pas de doute qu'il convient d'évaluer minutieusement non seulement la victimisation sexuelle des AAS mais également toute autre forme de mauvais traitements vécus durant l'enfance (abus physique, abus psychologique, négligence) et ce, pour tous les AAS qui se présentent en traitement afin d'adapter ce dernier aux besoins réels de l'adolescent. À cet égard, Becker (1998) atteste que :

Nous ne pouvons plus nous permettre d'adopter la même approche clinique pour l'ensemble des AAS en les considérant comme s'il s'agissait d'une clientèle homogène alors que ce n'est pas du tout le cas. Cette façon de faire n'est pas soutenue empiriquement, est potentiellement coûteuse, et dans certains cas, peut même être nuisible à l'adolescent agresseur sexuel ainsi qu'à sa famille. [Traduction libre] (p.318)

C'est d'ailleurs ce qui fait en sorte que Madrigrano (1999) souligne l'importance de poursuivre l'évaluation de type comportementale-cognitive tout au cours du traitement. Une telle évaluation permettrait non seulement d'individualiser le traitement offert à l'adolescent et ce, dans le cadre de thérapie de groupe mais également de déceler les difficultés primaires qui peuvent être à la source des difficultés psychosociales (par exemple, la présence de fantasmes sexuels déviants envahissants, un trouble de la personnalité, une faible estime de soi, etc.). D'ailleurs, ces différents éléments fourniront des informations cruciales qui devraient être intégrées dans l'élaboration du cycle d'abus sexuel ainsi que dans la prévention de la récurrence.

Dans un autre ordre, comme plusieurs autres études (Dhawan & Marshall, 1996; Finlay, 1991; Hummel et al., 2000; Pierce & Pierce, 1987; Skuse et al., 1998) le

démontrent, il semble primordial d'intégrer les familles dans le traitement des AAS. En effet, étant donné que bon nombre des AAS (et particulièrement ceux qui rapportent une histoire d'ASE) proviennent de familles instables et parfois dysfonctionnelles. Par conséquent, il serait tout à fait indiqué d'intervenir à ce niveau.

Toutefois, comme le soulignent Pierce et Pierce (1987), l'intervention auprès de ces familles s'avère être un grand défi, puisqu'un certain pourcentage de ces familles sont multiproblématiques. Toujours, selon Pierce et Pierce (1987), le travail thérapeutique auprès de ces familles doit permettre aux membres : 1) de mieux comprendre l'impact de la victimisation vécu par l'adolescent, 2) de démystifier la question de violence sexuelle ainsi que les autres types de violence et 3) d'aider la famille afin qu'elle devienne plus fonctionnelle et qu'elle puisse répondre aux besoins de protection de l'adolescent. Ces auteurs (Pierce & Pierce, 1987) mentionnent que dans les cas où la famille est trop perturbée, il pourrait s'avérer indiqué de retirer l'adolescent de sa famille d'origine. Par contre, il faudrait fournir un encadrement et une formation adéquate aux familles d'accueil afin que ces dernières puissent comprendre la double problématique de l'AAS ayant été victime d'ASE et offrir un soutien approprié. D'ailleurs ces AAS représentent un haut risque de récurrence dans la famille d'accueil. Par conséquent, nous devons prescrire une supervision rigoureuse ainsi qu'une participation à des groupes d'entraide pour soutenir et encadrer ces familles.

Par ailleurs, il convient d'intervenir au niveau des symptômes de stress post-traumatiques que présentent les AAS victimes d'ASE. Ainsi, un travail

psychothérapeutique individuel, agencé à la thérapie de groupe de type cognitivo-behavioral, pourrait réduire la détresse psychologique que présentent ces adolescents victimes d'ASE. À cet égard, Woods (1997) rapporte qu'en tant que victimes et agresseurs à la fois ces adolescents présentent des besoins cliniques particuliers. Certains auteurs (Lindmeier, 2002; Woods, 1997) suggèrent un modèle intégré de traitement utilisant à la fois les approches systémique, cognitivo-behaviorale et psychodynamique pour ces adolescents. Woods (1997) souligne clairement qu'en dépit d'une préférence générale pour un travail thérapeutique de groupe de type cognitivo-comportemental, diverses raisons font en sorte que certains adolescents et particulièrement ceux qui ont vécu une ASE (puisqu'ils présentent de multiples difficultés au niveau psychosocial), devraient entreprendre un travail thérapeutique en individuel avant même de commencer la thérapie de groupe. Ce travail en individuel serait en quelque sorte une préparation au traitement de groupe à venir (Woods, 1997).

D'autre part, la présente étude met également en évidence qu'une forte proportion des AAS rapportent des premières expériences sexuelles non consentantes (ASE ou les agressions sexuelle commises). Ce taux est encore plus élevé lorsque nous comparons les AAS selon qu'ils rapportent ou non une ASE. À notre avis, ces derniers constats supportent davantage la nécessité de travailler les volets concernant l'éducation sexuelle auprès des AAS et plus particulièrement auprès de ceux ayant vécu des ASE. Tout comme l'ont avancé McGuire, Carlisle, & Young (1965 : tiré de Madrigano, 1999) la première expérience sexuelle d'un jeune façonnerait le développement de son profil d'excitation sexuelle et favoriserait dans certains cas l'émergence de fantasmes sexuels

déviants. Selon ces derniers auteurs (McGuire, Carlisle, & Young, 1965 : tiré de Madrigano, 1999), ce constat est d'autant plus valide lorsque suite à une première expérience sexuelle non consentante, les garçons se mettraient à se masturber en pensant cette expérience.

À la lumière de ces dernières constatations dans la documentation scientifique ainsi que des résultats de la présente étude, il serait approprié de procéder à une éducation sexuelle saine et particulièrement auprès des AAS qui ont vécu une ASE.

4.4. Forces et limites de la présente l'étude

Forces de l'étude

Par rapport aux études ayant examiné le profil des AAS selon que ces derniers rapportent ou non une ASE, la présente étude constitue une amélioration à bien des égards au plan méthodologique.

De prime abord, soulignons qu'au niveau québécois, cette recherche est l'une des premières à décrire le portrait psychosocial d'un échantillon aussi vaste d'AAS. De plus, elle est pionnière dans l'exploration du profil comparatif des AAS sur la base de la présence ou non d'une victimisation sexuelle dans l'enfance avec un nombre aussi importants d'AAS et de variables étudiées. C'est donc dire que le caractère descriptif et comparatif de l'étude lui procure en soit une force majeure puisqu'elle apporte des informations complémentaires et nous oriente vers une meilleure compréhension des AAS selon qu'ils ont été victimes ou non d'ASE.

D'autre part, nous avons démontré que les AAS qui ont subi une ASE se distinguent des AAS non victimisés et ce, au niveau de plusieurs variables (caractéristiques familiales, caractéristiques cliniques ainsi que le profil clinique). Par conséquent, dans une perspective clinique, cette étude démontre l'importance d'évaluer minutieusement la victimisation sexuelle des AAS afin leur apporter le soutien dont ils ont de besoin et d'ajuster le traitement selon les besoins spécifiques de ce type d'AAS.

Limites de l'étude

Malgré l'état des connaissances actuel en ce qui concerne les faiblesses des études présentement disponibles, ainsi que toutes les précautions prises pour contourner ces limites dans notre étude, les impondérables ainsi que les contraintes de temps et d'argent ne nous ont pas permis de contourner certaines limites.

Tout d'abord, mentionnons la limite la plus importante qui provient du fait que les données concernant la victimisation sexuelle pendant l'enfance sont autorapportées et rétrospectives. En effet, pour la plupart des AAS, nous n'avons pas été en mesure d'analyser les dossiers juridiques et psychologiques ou des sources additionnelles d'informations. Par conséquent, nous devons donc nous fier seulement aux dires des adolescents sans être en mesure de vérifier l'exactitude de leur propos.

D'autre part, tel que mentionné plus haut, soulignons que le fait d'explorer uniquement les ASE pourrait poser quelques problèmes dans l'analyse des résultats. Il se pourrait bien que les AAS qui ne rapportent aucune ASE aient vécu d'autres types de mauvais traitement (abus physique, abus psychologique et les cas de négligence) dans

l'enfance rendant par le fait même les groupes moins contrasté et diminuant également la possibilité de trouver des différences significatives entre les groupes.

Enfin, une limite non négligeable réside dans le fait que le grand nombre de tests statistiques appliqués augmentent la probabilité de trouver des différences fausement significative à .05 qui dans les faits, seraient strictement dû au hasard (erreur de type I).

En résumé, les faiblesses de notre étude peuvent limiter la portée des résultats.

4.5. Recommandations pour les recherches futures

Il ne fait pas de doute que de plus amples recherches s'avèrent nécessaires afin de faire état des similitudes et des différences entre les AAS qui rapportent ou non une histoire d'ASE.

Pour ce faire, les futures recherches devraient dans un premier temps recueillir l'information concernant l'ASE auprès de sources diverses (par exemple, le rapport de probation, le dossier médical, les rapports judiciaires, les parents etc.). Dans un deuxième temps, les données concernant l'ASE gagneraient à être recueillies tout au long de la thérapie puisque ces dernières informations seraient plus précises et valides. Une telle procédure pourrait s'avérer efficace puisque nous savons que certains adolescents sont davantage portés à parler de leurs expériences difficiles en cours ou en fin de thérapie, plutôt qu'au tout début du processus ou lors de l'évaluation (Lagueux & Tourigny, 1999).

De plus, les recherches devraient développer et utiliser des outils validés spécifiquement auprès des adolescents québécois (AAS et adolescents normaux) et dont

les qualités psychométriques sont connues et fiables. Cela permettrait par le fait même d'avoir des normes cliniques pour ces instruments.

Conclusion

Cette étude était l'une des premières à décrire le portrait psychosocial d'un échantillon aussi vaste d'AAS québécois. Elle est également pionnière dans l'exploration du profil comparatif des AAS en fonction de la présence ou non d'une victimisation sexuelle dans l'enfance avec un nombre aussi importants de variables étudiées et de participants. La présente recherche a permis de confirmer certains postulats de la documentation scientifique dont notamment, le fait que certains AAS proviennent de milieux familiaux instables et qu'ils présentent un profil psychosocial reflétant plusieurs difficultés. De plus, l'analyse des résultats selon la présence d'une ASE ou non confirme également à certains égards, l'état des connaissances actuelles. En effet, les AAS qui rapportent une histoire d'ASE: 1) proviennent de familles plus instables; 2) présentent un profil psychosocial plus déficitaires (principalement en ce qui concerne les symptômes de stress post-traumatiques de même que des stratégies d'adaptation inefficaces); et 3) présentent tableau clinique davantage symptomatique que leurs confrères non victimisés pendant l'enfance. Ainsi notre hypothèse qui stipulait que les AAS ayant vécu une ASE présenteraient davantage de déficits sur toutes les variables étudiées n'a été que partiellement confirmée.

Au plan clinique, cette étude démontre l'importance d'évaluer la victimisation dans l'enfance des AAS, de prêter une attention particulière aux familles de ces adolescents (particulièrement ceux qui rapportent une ASE), la nécessité d'intervenir davantage au niveau de plusieurs variables psychosociales auprès des AAS qui rapportent des sévices sexuels pendant l'enfance et de travailler le volet concernant l'éducation sexuelle de ces adolescents.

Références

- Abel, G. G., & Rouleau, J. L. (1990). The nature and extend of sexual assault. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds). Handbook of sexual assaults: Issues, theories and treatment of the offender. New York: Plenum Press.
- Aubut, J. (1993). Les agresseurs sexuels: théories, évaluation et traitement. Montréal : Éditions de la Chenelière.
- Bagley, C., 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.
- Becker, J. V. (1998). What we know about the characteristics and treatment of adolescents who have committed sexual offenses. Child Maltreatment, 3, 317-329.
- Becker, J. V., Cunningham-Rather, J., & Kaplan, M. S. (1986). Adolescent sexual offenders: Demographics, criminal and sexual histories and recommendations for reducing future offenses. Journal of Interpersonal Violence, 1, 431-445.
- Becker, J. V., Harris, C. D., & Seles, B. D. (1993). Juveniles who commit sexual offenses: A critical review of research. In H. Jefferson, & E. K. Grover (Eds), Sexual aggression: Issues in etiology, assessment, and treatment (p. 215-228). Washington: Baum-Brumfield.
- Becker, J. V., & Hunter, J. A. (1997). Understanding and treating child adolescent sexual offenders. In H. Thomas, H. Ollendick, & Ronald J. Prinz (Eds), Advances in Clinical Child Psychology, 19 (pp.177-197). New York, NY: Plenum Press.
- Becker, J. V., Hunter, J., Stein, R., & Kaplan, M. S. (1989). Factors associated with erectile response in adolescent sex offenders. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 11, 353-362.
- Becker, J. V., Kaplan, M. S., Tenke, C. E., & Tartaglini, A. (1991). The incidence of depressive symptomatology in juvenile sex offenders with a history of abuse. Child abuse and Neglect, 15, 531-536.
- Benoît, J. L., & Kennedy, W. A. (1992). The abuse history of male adolescent sex offenders. Journal of Interpersonal Violence, 7 (4), 543-548.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. Psychological Bulletin, 99, 66-77.
- Burton, D. L., Miller, D. L., & Shill, C. T. (2002). A learning theory comparison of the sexual victimisation of adolescent sexual offenders and nonsexual offending male delinquents. Child Abuse and Neglect, 26 (9), 893-907.

- Cooper, C. L., Murphy, W. D., & Haynes, M. R. (1996). Characteristics of abuse and nonabused adolescent sex offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 8 (2), 105-119.
- Cortoni, F. A., & Marshall, W. L. (2001). Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13 (1), 27-43.
- Craissati, J., McClurg, G., & Browne, K. (2002). Characteristics of perpetrators of child sexual abuse who have been sexually victimized as children. Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment, 14, (3), 225-239.
- Davis, G. E., & Leitenberg, H. (1987). Adolescents sex offenders. Psychological Bulletin, 101, 417-427.
- Dhawan, S., & Marshall, W. L. (1996). Sexual abuse histories of sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 8 (1), 7-15.
- Dorais, M. (1997). Ça arrive aussi aux garçons. Montréal : Éditions VLB.
- Dorais, M. (1996). La dissonance identitaire chez des garçons ayant été victimes d'agressions sexuelles durant l'enfance ou l'adolescence. Revue Sexologique, 4 (1), 29-53.
- Elliot, D. M., & Briere, J. (1994). The Trauma Symptom Checklist for children: Validation data form a child abuse evaluation center. Los Angeles: University of Southern California School of Medicine.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). CISS: Coping Inventory for Stressful Situations. MANUAL. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems INC, 71P.
- Fehrenbach, P. A., Smith, W., Monatersky, C., & Deisher, R. W. (1986). Adolescent sexual offenders: Offender and offender characteristics. America Journal of Orthopsychiatry, 56 (2), 225-233.
- Finlay, G. (1991). Treatment of sexually abusive adolescent. Issus in Criminological and Legal Psychology, 2 (1), 82-85.
- Graves, R. B., Openshaw, D. K., Ascione, F. R., & Erickson, S. L. (1996). Demographic and parental characteristics of youthful sexual offenders. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 40, (4), 300-317.
- Hanson, R. K., & Slater, S., (1988). Sexual victimisation in the history of child sexual abusers : A review. Annals of Sex Research, 1, 485-499.

- Hanson, R. K. (1991). Characteristics of sex offenders who were sexually abused as children. In R. Langevin (Ed.), Sex offenders and their victims (pp. 77-85). Oakville, Ontario: Juniper Press.
- Hsu, L. K. G., & Starzynski, J. (1990). Adolescent rapist and adolescent child sexual assaulters. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 34 (1), 23-30.
- Hummel, P., Thömke, V., Oldenbürger, H. A., & Specht, F. (2000). Male adolescent sex offenders against children: Similarities and differences between those offenders with and those without a history of sexual abuse. Journal of Adolescence, 23, 305-317.
- Hunter, J. A., (1990). The sexually abused male: Prevalence, impact and treatment. Lexington, MA: D.C. Heath.
- Hunter, J. A., Hazelwood, R. R., & Slesinger, D. (2000). Juvenile-perpetrated sex crimes: Patterns of offending and predictors of violence. Journal of Family Violence, 15 (1), 81-93.
- Hunter, J. A., Figueredo, A. J., Malamuth, N. M., & Becker, J. V. (2003). Juvenile sex offenders: Toward the development of a typology. Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment, 15 (1) , 27-48.
- Jacob, M., McKibben, A., & Proulx, J. (1993). Étude descriptive & comparative d'une population d'adolescents agresseurs sexuels. Criminologie, 26 (1), 133-163.
- Jacob, M., Auclair, N., & Quenneville, R. (1999). Le traitement d'adolescents agresseurs sexuels en clinique externe. Forensic, 21, 19-22.
- Johnson, G. M., & Knight, R. A. (2000). Developmental antecedents of sexual coercion in juvenile sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 12 (3), 165-177.
- Katz, R. C. (1990). Psychological adjustment in adolescent child molester. Child Abuse and Neglect, 14, 567-575.
- Kaufman, K. L., Hilliker, D. R., & Daleiden, E. L. (1996). Subgroup differences in the modus operandi of adolescent sexual offenders. Child Maltreatment, 1, 17-24.
- Kenny, D. T., Keogh, T., Seidler, K., & Blaszczynsky, A. (2000). Offence and clinical characteristics of Australian juvenile sex offenders. Psychiatry, Psychology and Law, 7(2), 212-216.
- Kirby, D. (1990). Sexuality questions and scales for adolescents. Santa Cruz, CA : ETR Associates, 56 p.

- Kobayashi, J., Sales, B. D., Becker, J. V., Figueredo, A. J., & Kaplan, M. S. (1995). Perceived parental deviance, parent-child bonding, child abuse, and child sexual aggression. Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment, 7 (1), 25-44.
- Laforest, S., & Paradis, R. (1990). Adolescents et délinquants sexuels. Criminologie, 23 (1), 95-116.
- Lafortune, D. (1996). Antécédents et caractéristiques psychologiques des adolescents ayant commis un abus sexuel. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal, Département de psychologie, Faculté des Arts et Sciences.
- Lafortune, D. (2001). Abus sexuel juvénile et délinquance juvénile à la lumière des antécédents personnels et familiaux. Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique, 3, 299-317.
- Lafortune, D. (2002). Transmissions familiales dans l'abus sexuel commis par un adolescent. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 50, mars.
- Lagueux, F., & Tourigny, M. (1999). États des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Lagueux, F., Wright, J., & Tourigny, M. (1999). Mise sur pied d'un protocole d'évaluation dans le cadre de l'étude : Évaluation d'un programme de traitement pour adolescents agresseurs sexuels (AAS). Document inédit. Montréal: Université de Montréal.
- Langevin, R., Wright, P., & Handy, L. (1989). Characteristics of sex offenders who were sexually victimized as children. Annals of Sex Research, 2, 227-253.
- Lanktree, C. B., & Briere, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. Child Abuse and Neglect, 19 (9), 1145-1155.
- LeBlanc, M. & Lapointe, C. (1999). Agression sexuelle chez les garçons : comparaison des agresseurs, des agressés et des agresseurs agressés avec les autres adolescents en difficulté. Revue Canadienne de Criminologie, octobre, 479-511.
- Lief, H. I., Fullard, W., & Devlin, S. J. (1990). A new measure of adolescent sexuality: SKAT-A. A journal of Sex Education and Therapy, 16, 79-91.
- Lindmeier, V. S. C. (2002). A program designed for juvenile sex offenders who have been victims of sexual abuse. (Thèse de doctorat, Carlos Albuzi University, 2001). Dissertation Abstracts International, 2002-95014-275.

- Looman, J., Gauthier, C., & Boer, D. (2001). Replication of the Massachusetts Treatment Center Child molester typology in a Canadian sample. Journal of Interpersonal Violence, 16 (8), 753-767.
- Madrigano, G. D. (1999). Vers la validation d'un protocole d'évaluation pour les adolescents ayant commis des crimes sexuels : entrevue et questionnaires. Thèse de doctorat inédite. Montréal : Université de Montréal.
- Madrigano, G. D., Robinson, M. C., & Rouleau, J. L. (1997). Caractéristiques sociodémographiques et cliniques d'une population d'adolescents ayant commis des crimes sexuels. Revue Québécoise de Psychologie, 18 (3), 91-110.
- Malamuth, N. M., Sockloskie, R. J., Koss, M. P., & Tanaka, J. S. (1991). Characteristics of aggressors against women: Testing a model using a national sample of college students. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 670-381.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E., & Eccles, A. (1991). Early onset deviant sexuality in child molesters. Journal of Interpersonal Violence, 6, 323-336.
- Marshall, W. L., Serran, G. A., & Cortoni, F. A. (2000). Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping child molesters. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 12 (1), 17-26.
- Matson, J. L., Rotatori, A. F., & Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY). Behavior Research and Therapy, 21, 335-340.
- Murphy, W. D., DiLillo, D., Haynes, M. R., & Steere, E. (2001). An exploration of factors related to deviant sexual arousal among juvenile sex offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13 (2), 91-103.
- Pierce, L. H., & Pierce, R. L. (1987). Incestuous victimization by juvenile sex offenders. Journal of Family Violence, 2 (4), 351-364.
- Rasmussen, L. A. (1999). The trauma outcome process: An integrated model for guiding clinical practice with children with sexually abusive. Journal of Child Sexual Abuse, 8 (4), 3-33.
- Richardson, G., Kelly, T. P., Bhate, S. R., & Graham, F. (1997). Group differences in abuser and abuse characteristics in a British sample of sexually abusive adolescents. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 9, 239-257.
- Robinson, M. C. (1998). Vers la validation de la pléthysmographie pénienne comme mesure psychophysiological des intérêts sexuels des adolescents ayant commis des crimes sexuels. Thèse de doctorat inédite. Montréal : Université de Montréal.

- Russel, D. (1996). UCLA loneliness scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. Journal of Personality, 66, 20-40.
- 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.
- Skuse, D., Bentovim, A., Hodges, J., Stevenson, J., Andreou, C., Lanyado, M., New, M., Williams, B., & McMillan, D. (1998). Risk factors for development of sexually abusive behavior in sexually victimized adolescent boys: Cross sectional study. British Medical Journal, 317, 175-187.
- Spence, S. H., & Liddle, B. (1990). Self-report measures of social competence for children: An evaluation of the Matson evaluation of social skills for youngsters and the list of situation problems. Behavior Assessment, 12, 317-336.
- Statistiques Canada (1999). Délinquants sexuels : programme de l'intégration et de l'analyse. Juristat, 19, 3.
- St-Yves, M., & Pellerin, B. (2002). Victimization sexuelle et délinquance sexuelle: syndrome du vampire ou de Pinocchio? Forum, 14, 55-56.
- Tourigny, M., & Dufour, M. (2000). La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants : une recension des écrits. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Tourigny, M., & Gagné, M.-H. (2002). Attitudes vis à vis les pratiques éducatives des parents et prévalence des mauvais traitements dans l'enfance. Communication présentée dans le cadre du lancement de la campagne de la Fondation Marie-Vincent, Montréal.
- Tourigny, M., & Lavergne, C. (1995). Les agressions à caractère sexuel: état de la situation, efficacité des programmes de prévention et facteurs reliés à la dénonciation. Montréal : UQAM, LAREHS.
- Twentymann, C., Boland, T., & McFall, R. M. (1981). Heterosocial avoidance in college males. Behavior Modification, 5, 523-552.
- Twentymann, C. & McFall, M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 384-395.
- United States General Accounting Office. (1996). Cycle of sexual abuse: Research inconclusive about whether child victims become adult abusers (GAO/GGD-96-178). Washington, DC: United States Government Printing Office

- Veneziano, C., Veneziano, L., & LeGrand, S. (2000). The relationship between adolescent sex offender behaviors and victim characteristics with prior victimization. Journal of Interpersonal Violence, 15 (4), 363-374.
- Vizard, E., Monk, E., & Misch, P. (1995). Child and adolescent sex abuse perpetrators: A review of the research literature, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36 (5), 731-756.
- Widom, C. S., & Ames, M. A. (1994). Criminal consequences on childhood sexual victimisation. Child Abuse and Neglect, 18 (4), 303-318.
- Wieckwski, E., Hartsoe, P., Mayer, A., & Shortz, J. (1998). Deviant sexual behaviour in children and young adolescents: Frequency and patterns. Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment, 10 (4), 293-303.
- Woods, J. (1997). Breaking the cycle of abuse and abusing: Individual psychotherapy for juvenile sex offenders. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2 (3), 379-392.
- Worling, J. R. (1995a). Adolescent sex offenders against females : Differences based on the age of their victims. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 39, 276-293.
- Worling, J. R. (1995b). Adolescent sibling-incest offenders : Differences in family and individual functioning when compared to nonsibling sex offenders. Child Abuse and Neglect, 19, 633-643.
- Worling, J. R. (1995c). Sexual abuse histories of adolescent male sex offenders: Differences based on the age and gender of their victims. Journal of Abnormal Psychology, 104, 610-613.
- Worling, J. R. (2001). Personality-Based typology of adolescent male sexual offenders: Differences in recidivism rates, victim-selection characteristics, and personal victimization histories. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13 (3), 149-160.

Appendice A: Entrevue clinique

I/ INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. **Nom du sujet :** _____
2. **Date de naissance :** _____ **Numéro du sujet:** ____
3. **Date de l'évaluation :** _____ **Âge :** ____
4. **Date du délit :** _____ **Âge lors du premier délit:** _____

5. Source de référence:

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

6. Statut légal

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

7. Occupation actuelle

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

8. Race (Ethnie du jeune)

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

9. Résidence actuelle

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

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

1. Seul/ en appartement (inclu en apart. avec amis)
2. Mère
3. Père
4. Les deux parents
5. Placement (Centres jeunesse/famille accueil/Pavillons)
6. Autre:
0. Ne s'applique pas

11. Statut conjugal actuel

1. Célibataire
2. Copain/copine

12. Occupation des parentsSource de revenu du père

1. Professionnel ou cadre
2. Technicienne ou métier spécialisé
3. Métier non spécialisé
4. Chômage
5. Bien-être social
6. Autre:
0. Décédée

Source de revenu de la mère

1. Professionnelle ou cadre
2. Technicien ou métier spécialisé
3. Métier non spécialisé
4. Chômage
5. Bien-être social
6. Autre:
0. Décédé

Mêmes questions si parents substitués (beaux-parents ou famille d'accueil significatifs):

Père substitut

Mère substitut

II/ INFORMATIONS SUR LA SITUATION JURIDIQUE

13. A-t-il un dossier criminel?

1. Oui
0. Non

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

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

15. Âge lors de la première infraction non sexuelle:

16. Même s'il ne s'est jamais fait prendre coter les comportements délinquants qu'il a commis (reprendre les items à la quest. #14) et ajouter :

16. Absentéisme scolaire grave
17. Bagarre, violence familiale

17. Y a-t-il des antécédents criminels dans la famille? Précisez qui et quels types de délits?

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

III/ INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

18. Statut des parents

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

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

19. Nombre de: (précisez l'âge de chacun)

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

20. Ordre de naissance du jeune:

21. Qualité de la relation avec chaque membre de la famille (et justifier) (échelle

Likert 1 à 5 : 1 = pauvre, 3 = moyenne, 5 = excellente)

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

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

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

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

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

24. Consommation de pornographie dans la famille et préciser

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

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

0. Aucune
1. Occasionnelle
2. Régulière (plus d'une fois par sem.)

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

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

28. Consommation de drogues

0. Aucune
1. Occasionnelle
2. Régulière (plus d'une fois par sem.)

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

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

31. Consommation de pornographie

- 0. Aucune
- 1. Occasionnelle
- 2. Régulière (plus d'une fois par sem.)

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

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

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

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

35. Difficultés scolaires (précisez causes, quand c'est arrivé et durée)

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

36. Troubles de la conduite (indiquer à côté des réponses encadrées si au cours des 6 ou 12 derniers mois)

- 1. brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
- 2. commence souvent les bagarres
- 3. a utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui
- 4. a fait preuve de cruauté physique envers des personnes
- 5. a fait preuve de cruauté physique envers les animaux
- 6. a commis un vol en affrontant la victime
- 7. a contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles

8. a délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
9. a délibérément détruit le bien d'autrui
10. a pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui
11. ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations
12. a volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime
13. reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
14. a fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période)
15. fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans

36 a) les comportements encerclés à la question

36 entraînent-ils une altération significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel?

1. oui
0. non

VI/ INFORMATIONS SUR LES HABILITÉS SOCIALES

37. Nombre d'amis:

38. Âge des amis:

1. plus jeunes
2. du même âge
3. plus vieux

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

39. Socialisation (party où il ne connaît personne) :

- 1- repart aussitôt ou s'isole dans un coin et ne parle à personne
- 2-
- 3- s'assoit près d'un groupe et fait quelques tentatives de s'intégrer à la conversation.
- 4-
- 5- se présente à un groupe et s'intègre à leur conversation

40. Affirmation de soi (quelqu'un le dépasse dans une file d'attente):

- 1- ne dit rien ou se bat ou l'engueule
- 2-

- 3- repasse devant sans vraiment s'exprimer ou dit que ça ne lui fait pas plaisir sur un ton agressif (mais sans injures)
- 4-
- 5- demande poliment à la personne de se placer à l'arrière de la file parce qu'il était là avant.

41. Empathie envers autrui (un de ses meilleurs amis lui exprime une difficulté ou un problème):

- 1- ça l'énerve ou il ne comprend pas comment l'autre se sent ou ça le laisse indifférent
- 2-
- 3- lui donne des conseils ou s'empresse d'essayer de lui changer les idées
- 4-
- 5- écoute attentivement, comprend comment l'autre se sent

42. Score total des habiletés sociales (40 + 41 + 42) :

VII/ INFORMATIONS SUR L'HISTORIQUE D'ABUS PHYSIQUE PSYCHOLOGIQUE OU SEXUEL

43. A-t-il été victime d'abus physique

- 1. Oui
- 0. Non

Si oui, préciser la nature des abus:

44. Âge où les abus ont commencé:

45. Âge où les abus ont cessé:

46. Durée des abus (durée moyenne des épisodes):

47. Fréquence des abus:

- 1. plus d'une fois par semaine
- 2. une fois par semaine
- 3. une fois par mois
- 4. moins d'une fois par mois
- 5. cinq fois ou moins en tout

48. Qui lui a infligé ces sévices?

- 1. Mère
- 2. Père
- 3. Parents substitués
- 4. Père et mère
- 5. Frère/soeur
- 6. Famille élargie
- 7. Gardien

8. Inconnu
9. Autre
0. Ne s'applique pas

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

1. Oui
0. Non

Si oui, préciser la nature des abus:

50. Âge où les abus ont commencé:

51. Âge où les abus ont cessé:

52. Durée des abus (durée moyenne des épisodes):

53. Fréquence des abus:

1. plus d'une fois par semaine
2. une fois par semaine
3. une fois par mois
4. moins d'une fois par mois
5. cinq fois ou moins en tout

54. Qui lui a infligé ces sévices?

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

55. A-t-il été victime d'abus sexuel

1. Oui
0. Non

Si oui, préciser la nature des abus:

56. Âge où les abus ont commencé:

57. Âge où les abus ont cessé:

58. Durée des abus (durée moyenne des épisodes):

59. Fréquence des abus:

1. plus d'une fois par semaine
2. une fois par semaine
3. une fois par mois
4. moins d'une fois par mois
5. cinq fois ou moins en tout

60. Qui lui a infligé ces sévices?

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

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

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

62. Type de contrainte qu'il a subit:

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

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

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

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

1. Oui
0. Non

65.a) A-t-il reçu une éducation sexuelle de la part de ses parents?

1. Oui
0. Non

65b) A-t-il reçu des cours sur la sexualité à l'école?

1. oui
0. non

Réaction personnelle si ses parents ont tenté d'aborder le sujet de la sexualité avec lui :

Réaction parentale si lui a tenté de parler de sexualité:

66. L'âge du début de la masturbation:**67a) Fréquence (actuellement)**

1. plus d'une fois par jour
2. une fois par jour
3. plus d'une fois par semaine
4. une fois par semaine
5. plus d'une fois par mois
6. une fois par mois
7. moins d'une fois par mois

67 b) A-t-il déjà eu des épisodes de masturbation compulsive?

1. oui
0. non

68. Fantômes lors de la masturbation:

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

X/ INFORMATIONS SUR LES EXPÉRIENCES SEXUELLES CONSENTANTES**69. Combien de copains/copines a-t-il eu:****70. Répéter les questions 1 à 6 pour chaque partenaire/ou expérience éphémère**

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

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

- 1. Oui
- 0. Non

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

- 1. Oui
- 0. Non

73. Première expérience sexuelle

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

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

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

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

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

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

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

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

XI/ INFORMATIONS SUR LES EXPÉRIENCES SEXUELLES NON CONSENTANTES

78. Combien de victimes admet-il avoir:

- 0. Groupe contrôle (ne s'applique pas)

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

- 0. Groupe contrôle

Répéter les questions 80 à 93 pour chaque victime.

80. Sexe de la victime

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

81. Âge de la victime

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

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

83. Lien avec la victime abusée

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

84. Lieu où la victime a été abusée (précisez)

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

85. Durée des abus (durée entre le début et la fin des abus et durée moyenne des épisodes) :

86. Fréquence des abus:

1. plus d'une fois par semaine
2. une fois par semaine
3. plus d'une fois par mois
4. une fois par mois
5. moins d'une fois par mois
6. cinq fois ou moins en tout

87. Type d'abus commis

7. Exhibitionnisme
8. Masturbation
9. Attouchements/pénétration digitale
10. Contacts oraux-génitaux
11. Tentative pénétration anale/vaginale
12. Tentative viol
13. Pénétration anale/vaginale
14. Autre
0. Ne s'applique pas

88. Moyen de coercition lors des abus:

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

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

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

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

1. Oui
0. Non

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

1. Oui
0. Non

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

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

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

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

Niveau d'empathie pour la victime

94. a) Est-ce que la victime a présenté une résistance? Si oui, décrivez le type de résistance.

1. Non
0. Oui

Si non, b) si la victime avait présenté une résistance, est-ce que cela aurait inhibé la progression du comportement déviant?

1. Non
0. Oui

95. a) Est-ce que ta victime a subi des conséquences suite à ton comportement? Si oui, lesquelles?

1. Non
0. Oui

Si non, b) est-ce que les victimes d'abus sexuels en général subissent des conséquences? Si oui, lesquelles? Pourquoi pas ta victime?

1. Non
0. Oui

96. Comment l'adolescent perçoit-il le rôle de la victime dans l'initiation du délit? (empathie)

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

En tenant compte des questions 94 à 96, évaluer le niveau d'empathie envers ses victimes

Niveau d'empathie :

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

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

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

98a) Avait-il consommé de l'alcool avant ou pendant les abus?

1. oui
0. non

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

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

99a) Avait-il consommé de la drogue avant ou pendant les abus?

1. oui
0. non

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

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

100a) Avait-il consommé de la pornographie avant ou pendant les abus?

1. oui
0. non

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

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

101. Force des intérêts sexuels

Le jeune doit répartir une banque de 100 points afin d'établir la force de ses intérêts sexuels mentionnés tout au long de l'entrevue et soupçonnés en rapport à ses délits.

Fantasmes Comportements (ce qu'il fait le plus)

Annotations pour faciliter une administration standard de l'entrevue

- Ne rien inscrire à côté de contrôle vs expérimental et numéro du sujet (1^{ère} page en haut à droite)
- Toujours inscrire les réponses exactes données par le jeune dans les espaces blancs à côté de la question. M'inscrire le plus d'informations possible.
- Lorsque la réponse du jeune ne semble pas correspondre à une catégorie proposée dans les choix de réponses, vous pouvez vous contenter de m'inscrire les éléments de réponse du jeune à côté de la question.

Question 22 : Vous pouvez commencer par demander au jeune de décrire le membre de la famille (ex., père) brièvement et dans ses mots (« Ton père c'est quel genre de personne? Tu le décrirais comment? ») et ensuite vous lui demander d'évaluer sa relation avec cette personne et de vous expliquer pourquoi il l'évalue ainsi. Vous reprenez cette démarche pour chacun des membres de sa famille. J'apprécierais que vous me notiez les éléments de réponses du jeune, quitte à les mettre à l'endos de la feuille.

Questions 27, 30 et 33 : Vous encerclez tout ce que le jeune a déjà essayé en me précisant la fréquence pour chaque. Si le jeune consomme plus d'un des choix à la fois lorsqu'il en consomme (ex., bière et fort), vous encerclez aussi le choix « plusieurs types à la fois » et vous me précisez ce qu'il combine.

Questions 39 à 41 : Vous faites les mises en situation suggérées entre parenthèses et vous encerclez le numéro correspondant aux habiletés du jeune. Les choix 2- et 4- servent aux cas où vous hésitez entre les choix décrits (i.e. 1-, 3- et 5-).

Question 61 : Précisez les gestes exacts qui ont été posés et imposés.

Question 62 : Précisez le type exact de contrainte subie.

Question 87 : Précisez les gestes exacts que le jeune a posés et imposés.

Question 88 : Précisez le type exact de contrainte employée.

Question 101 : Vous réécrivez sous la catégorie « fantasmes » les fantasmes que le jeune a reconnus pendant l'entrevue et vous y ajoutez ceux en lien avec ses délits (ex., garçons de 8 à 10 ans si le jeune a cette catégorie de victimes d'impliquées dans ses délits).

Ensuite, sous la catégorie « comportements », vous écrivez les types de comportements représentant les fantasmes énumérés à gauche (ex., se montrer en public, se masturber avec des sous-vêtements féminins) et vous y ajoutez les passages à l'acte connus pour le jeune que vous évaluez. Vous expliquez ensuite au jeune qu'il a une banque de 100 points par catégorie (fantasmes vs comportements) et qu'il doit les répartir selon la force

de chacun des fantasmes ou comportements énumérés. Il est bien sur invité à en ajouter que nous n'avons pas inscrits.

* La différence entre la catégorie « fantasmes » et « comportements » : les fantasmes sont les choses auxquelles il pense et qui l'excitent sans qu'il ne les aie jamais nécessairement faites. Vous pouvez aussi utiliser la tactique de dire qu'il peut les penser tout en étant certain qu'il ne le fera jamais. Les comportements, sont les choses qu'il fait dans la réalité incluant ses passages à l'acte Il doit donc évaluer à la fois la force de ses fantasmes et la force de ses comportements sexuels (ou de son désir d'agir sur ses fantasmes s'il ne l'a pas encore fait). On peut donc confronter le jeune s'il évalue à 0 les garçons de 8 à 10 ans et que nous savons qu'il était excité ou qu'il a éjaculé lors de ses délits avec cette catégorie de victimes.

Appendice B: Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)

TSC-C

Instructions:

Les énoncés qui suivent illustrent certaines expériences que tu peux avoir vécues. Pour chacune de ces expériences, encercle le chiffre qui correspond à la fréquence à laquelle tu vis ces différentes situations. Encercle le "0" si tu ne vis jamais ce genre d'expériences, "1" si cela t'arrive parfois, "2" si cela t'arrive souvent et "3" si tu vis ces expériences presque toujours.

	0	1	2	3		
	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours		
			Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Mauvais rêves ou cauchemars.	0	1	2	3		
2. Avoir peur qu'un événement malheureux se produise.	0	1	2	3		
3. Des idées ou des images angoissantes me viennent à l'esprit.	0	1	2	3		
4. Vouloir dire des mots vulgaires.	0	1	2	3		
5. Prétendre que je suis quelqu'un d'autre.	0	1	2	3		
6. Trop m'obstiner avec quelqu'un.	0	1	2	3		
7. Me sentir seul-e.	0	1	2	3		
8. Trop toucher mes parties intimes.	0	1	2	3		
9. Me sentir triste ou malheureux-se.	0	1	2	3		
10. Me rappeler des événements que je n'ai pas aimés.	0	1	2	3		
11. M'évader dans ma tête, essayer de ne pas penser.	0	1	2	3		
12. Me rappeler des choses angoissantes.	0	1	2	3		
13. Vouloir crier et casser quelque chose.	0	1	2	3		
14. Pleurer.	0	1	2	3		
15. Avoir peur tout d'un coup, sans savoir pourquoi.	0	1	2	3		
16. Me fâcher sans pouvoir me calmer.	0	1	2	3		
17. Penser à faire l'amour.	0	1	2	3		
18. Avoir la tête qui tourne.	0	1	2	3		
19. Vouloir crier après les gens.	0	1	2	3		
20. Vouloir me faire mal.	0	1	2	3		
21. Vouloir faire mal à quelqu'un d'autre.	0	1	2	3		
22. Penser à toucher les parties intimes de quelqu'un d'autre.	0	1	2	3		
23. Penser au sexe quand je ne le veux pas.	0	1	2	3		
24. Avoir peur des hommes.	0	1	2	3		
25. Avoir peur des femmes.	0	1	2	3		

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
26. Me laver parce que je me sens sale à l'intérieur.	0	1	2	3
27. Me sentir stupide ou méchant-e.	0	1	2	3
28. Avoir l'impression d'avoir fait quelque chose de mal.	0	1	2	3
29. Avoir l'impression que les choses ne sont pas réelles.	0	1	2	3
30. Oublier des choses, ne pas pouvoir m'en rappeler.	0	1	2	3
31. Avoir l'impression de ne pas être dans mon corps.	0	1	2	3
32. Me sentir nerveux-se ou agité-e à l'intérieur.	0	1	2	3
33. Avoir peur.	0	1	2	3
34. Ne pas faire confiance aux gens de peur qu'ils désirent une	0	1	2	3
35. Toujours penser à un événement malheureux qui m'est arrivé.	0	1	2	3
36. Me bagarrer avec d'autres.	0	1	2	3
37. Me sentir méchant-e.	0	1	2	3
38. Prétendre que je suis ailleurs.	0	1	2	3
39. Avoir peur du noir.	0	1	2	3
40. Devenir effrayé-e ou choqué-e en pensant au sexe.	0	1	2	3
41. M'inquiéter de quelque chose.	0	1	2	3
42. Avoir l'impression que personne ne m'aime.	0	1	2	3
43. Me rappeler des choses que je voudrais oublier.	0	1	2	3
44. Ressentir des sensations sexuelles dans mon corps.	0	1	2	3
45. Ma tête se vide.	0	1	2	3
46. Avoir l'impression de haïr les gens.	0	1	2	3
47. Ne pas pouvoir m'empêcher de penser au sexe.	0	1	2	3
48. Essayer d'éprouver aucun sentiment.	0	1	2	3
49. Me sentir fou-folle.	0	1	2	3
50. Avoir peur que quelqu'un me tue.	0	1	2	3
51. Souhaiter que des événements malheureux ne se soient jamais	0	1	2	3
52. Vouloir me tuer.	0	1	2	3
53. Rêvasser.	0	1	2	3
54. Être choqué-e quand les gens parlent de sexe	0	1	2	3

Instrument de Brière (1989), traduit par Sabourin & Wright (1996).

Appendice C : Questionnaire de Compréhension des gestes (QCG)

QCG

A) **À quel point es-tu d'accord avec l'énoncé ?** Encerle le chiffre correspondant.

1.	Éric, qui a 10 ans, demande à un ami de son frère d'avoir des contacts sexuels avec lui. Cet ami, Marc, est un adolescent de 15 ans. Marc accepte. On peut dire que le comportement de Marc est légal.	Totalement d'accord						Totalement en désaccord
		1	2	3	4	5	6	7
2.	Michel, un adolescent de 14 ans, a des contacts sexuels avec son frère de 12 ans. On peut dire que le comportement de Michel est légal.	Totalement d'accord						Totalement en désaccord
		1	2	3	4	5	6	7
3.	Jean, qui a 16 ans, fréquente Lyne qui a aussi 16 ans. Un soir, il veut avoir des rapports sexuels avec elle. Elle refuse. Il insiste et la force à avoir des rapports sexuels. On peut dire que le comportement de Jean est légal.	Totalement d'accord						Totalement en désaccord
		1	2	3	4	5	6	7
4.	Si un enfant fixe mon pénis avec intérêt alors que je lui montre, cela veut dire que mon comportement est légal.	Totalement d'accord						Totalement en désaccord
		1	2	3	4	5	6	7

B) **Encerle le chiffre qui correspond le mieux à ton choix.**

5.	L'abus sexuel qui a été dévoilé est arrivé à cause de ma victime ou à cause de moi?	Totalement d'accord						Totalement en désaccord
		1	2	3	4	5	6	7
6.	La responsabilité des gestes posés appartient à ma victime ou à moi?	Totalement d'accord						Totalement en désaccord
		1	2	3	4	5	6	7
7.	Faire en sorte que l'abus sexuel ne se reproduise plus, c'est:	Totalement d'accord						Totalement en désaccord
		1	2	3	4	5	6	7
8.	Mes comportements et actions posées seront efficaces pour faire cesser l'abus sexuel.	Totalement d'accord						Totalement en désaccord
		1	2	3	4	5	6	7

C) **•À gauche, fais un “X” (ou coche) pour identifier les gestes que tu as posés sur ta(tes) victime(s).**

•À droite, indique (pour tous les gestes, que tu les aies commis ou non) le degré de conséquences que tu imagines que ces gestes entraînent chez les victimes. Encerle le chiffre correspondant sur l'échelle. Le chiffre “1” représente aucune conséquence pour la(les) victime(s) alors que le chiffre “7” représente beaucoup de conséquences.

Coche si tu as posé le geste			Conséquences sur les victimes						
			Aucune conséq.						Beaucoup de conséq.
9.	<input type="checkbox"/>	Attouchements aux fesses	1	2	3	4	5	6	7
10.	<input type="checkbox"/>	Attouchements aux parties génitales (vulve, pénis)	1	2	3	4	5	6	7
11.	<input type="checkbox"/>	Attouchements aux seins	1	2	3	4	5	6	7
12.	<input type="checkbox"/>	Embrasser les seins	1	2	3	4	5	6	7
13.	<input type="checkbox"/>	Embrasser les parties génitales (vulve, pénis) (se faire, ou faire)	1	2	3	4	5	6	7
14.	<input type="checkbox"/>	Pénétration de doigts dans le vagin	1	2	3	4	5	6	7
15.	<input type="checkbox"/>	Pénétration de doigts dans l'anus	1	2	3	4	5	6	7
16.	<input type="checkbox"/>	Pénétration du pénis dans le vagin	1	2	3	4	5	6	7
17.	<input type="checkbox"/>	Pénétration du pénis dans l'anus	1	2	3	4	5	6	7
18.	<input type="checkbox"/>	Pénétration d'un objet dans le vagin	1	2	3	4	5	6	7
19.	<input type="checkbox"/>	Pénétration d'un objet dans l'anus	1	2	3	4	5	6	7
20.	<input type="checkbox"/>	Se frotter contre le corps de la victime	1	2	3	4	5	6	7
21.	<input type="checkbox"/>	Se masturber devant la victime	1	2	3	4	5	6	7
22.	<input type="checkbox"/>	Se faire masturber par la victime	1	2	3	4	5	6	7
23.	<input type="checkbox"/>	Masturber la victime	1	2	3	4	5	6	7
24.	<input type="checkbox"/>	Voyeurisme (regarder quelqu'un à son insu, dans le but d'obtenir une excitation sexuelle)	1	2	3	4	5	6	7
25.	<input type="checkbox"/>	Exhibitionnisme (exposer organes génitaux)	1	2	3	4	5	6	7
26.	<input type="checkbox"/>	Bestialité (activité sexuelle avec animaux)	1	2	3	4	5	6	7

Encerle qui correspond au degré d'intensité rattaché à chacun des sentiments suivants qu'a pu ressentir ta(tes) victime(s) suite à l'abus sexuel.

Sentiments vécus par la victime		Intensité de ce sentiment						
		Pas du tout intense						Très intense
27.	Se sent méfiant(e) ou incapable de faire confiance	1	2	3	4	5	6	7
28.	A peur	1	2	3	4	5	6	7
29.	A honte pour rien	1	2	3	4	5	6	7
30.	Se sent coupable ou se blâme	1	2	3	4	5	6	7
31.	Se retire, refuse de passer du temps avec les autres	1	2	3	4	5	6	7
32.	Se sent "différent(e)" des autres	1	2	3	4	5	6	7
33.	Souffre de solitude et d'ennui	1	2	3	4	5	6	7
34.	Pense à mourir, a des idées suicidaires	1	2	3	4	5	6	7
35.	Ressent de la colère	1	2	3	4	5	6	7
36.	Se coupe de ses sentiments	1	2	3	4	5	6	7
37.	Sentiment de ne pas avoir de contrôle sur sa vie	1	2	3	4	5	6	7
38.	Fait de l'apitoiement sur soi	1	2	3	4	5	6	7
39.	Se sent déprimé(e) et triste	1	2	3	4	5	6	7
40.	Se sent stupide	1	2	3	4	5	6	7
41.	Se sent moins capable que les autres	1	2	3	4	5	6	7
42.	A honte des sentiments liés à la sexualité	1	2	3	4	5	6	7
43.	A peur du changement	1	2	3	4	5	6	7
44.	Se sent souvent blessé(e) par les autres	1	2	3	4	5	6	7
45.	Néglige son apparence	1	2	3	4	5	6	7

E) **Encerle le chiffre qui correspond le mieux à ta situation**

		Totalement d'accord						Totalement en désaccord
46.	J'ai planifié mon (mes) délit(s) sexuel(s)	1	2	3	4	5	6	7
47	Il m'arrivait de me masturber en pensant à ma (mes) victime(s)	1	2	3	4	5	6	7
48	Il m'arrivait de penser à avoir des contacts sexuels avec ma (mes) victime(s)	1	2	3	4	5	6	7
49	Si je regardais du matériel érotique, je pensais à ma (mes) victime(s)*	1	2	3	4	5	6	7
50	Les gestes sexuels que j'ai commis sont arrivés par hasard	1	2	3	4	5	6	7
51	J'avais de l'intérêt sexuel pour ma (mes) victime(s)	1	2	3	4	5	6	7
52	Je savais d'avance que mes pensées sexuelles et mon comportement n'étaient pas corrects	1	2	3	4	5	6	7
53	Je connaissais les bons moments pour être seul avec ma (mes) victime(s)	1	2	3	4	5	6	7
54	Je cherchais les occasions pour être seul avec ma (mes) victime(s)	1	2	3	4	5	6	7
55	Je savais comment convaincre ma (mes) victime(s)	1	2	3	4	5	6	7
56	Je me sentais bien après l'abus	1	2	3	4	5	6	7
57	Je me sentais mal après l'abus	1	2	3	4	5	6	7
58	Je ne ressentais rien après l'abus	1	2	3	4	5	6	7
59	Je sais quoi faire pour ne plus recommencer d'abus sexuels	1	2	3	4	5	6	7
60	Je me sens tout à fait à l'abri de ne plus recommencer	1	2	3	4	5	6	7

Questionnaire réalisé par A. Perron, F. Lagueux et J. Wright (1999)

Appendice D: Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters (MESSY)

MESSY

Cette étude est une mesure du comportement social. Tu dois indiquer à quelle fréquence tu fais le comportement décrit ou tu te sens comme l'énoncé le dit. Sois certain d'écrire à quelle fréquence tu fais chaque comportement, et non ce qui serait la bonne réponse selon toi.

Choisis ta réponse, puis entoure le chiffre correspondant.

	1	2	3	4	5
	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Parfois</i>	<i>La plupart du temps</i>	<i>Très souvent</i>
1. Je fais rire les autres (raconter des blagues, des histoires drôles).					1 2 3 4 5
2. Je menace les autres ou agis comme une brute.					1 2 3 4 5
3. Je deviens facilement en colère.					1 2 3 4 5
4. Je donne des ordres (je dis aux autres quoi faire au lieu de leur demander).					1 2 3 4 5
5. Je rouspète ou me plains souvent.					1 2 3 4 5
6. Je parle (interromps) pendant que quelqu'un d'autre est en train de parler.					1 2 3 4 5
7. Je prends ou utilise des choses qui ne sont pas à moi sans demander la permission.					1 2 3 4 5
8. Je me vante.					1 2 3 4 5
9. Je regarde les gens quand je leur parle.					1 2 3 4 5
10. J'ai beaucoup d'amis.					1 2 3 4 5
11. Je tape ou frappe quand je suis en colère.					1 2 3 4 5
12. J'aide un ami qui est triste.					1 2 3 4 5
13. Je remonte le moral d'un ami qui est blessé.					1 2 3 4 5
14. Je regarde les autres enfants d'un sale œil.					1 2 3 4 5
15. Je me sens en colère ou jaloux quand quelqu'un d'autre fait quelque chose de bien.					1 2 3 4 5
16. Je me sens heureux quand quelqu'un d'autre fait quelque chose de bien.					1 2 3 4 5
17. Je pointe les fautes et erreurs des autres enfants.					1 2 3 4 5
18. Je veux toujours être le premier.					1 2 3 4 5
19. Je brise mes promesses.					1 2 3 4 5
20. Je dis aux autres qu'ils sont beaux, «hot» ou qu'ils paraissent bien.					1 2 3 4 5
21. Je mens pour avoir ce que je veux.					1 2 3 4 5
22. J'harcèle les gens pour les faire fâcher (je suis sur leur dos, je m'en prends à eux).					1 2 3 4 5
23. Je vais vers les gens et entame la conversation.					1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Parfois</i>	<i>La plupart du temps</i>	<i>Très souvent</i>
24. Je suis heureux et dis "merci" quand quelqu'un fait quelque chose pour moi.				1 2 3 4 5
25. J'aime être seul.				1 2 3 4 5
26. J'ai peur de parler aux gens.				1 2 3 4 5
27. Je garde bien un secret.				1 2 3 4 5
28. Je sais comment me faire des amis.				1 2 3 4 5
29. Je fais exprès pour faire mal aux autres (j'essaie de les rendre tristes).				1 2 3 4 5
30. Je me moque des autres.				1 2 3 4 5
31. Je prends la défense de mes amis.				1 2 3 4 5
32. Je regarde les gens quand ils parlent.				1 2 3 4 5
33. Je pense que je sais tout.				1 2 3 4 5
34. Je partage ce que je possède avec les autres.				1 2 3 4 5
35. Je suis entêté, obstiné, têtu.				1 2 3 4 5
36. J'agis comme si j'étais meilleur que les autres.				1 2 3 4 5
37. Je montre mes émotions et sentiments.				1 2 3 4 5
38. Je pense que les gens sont sur mon dos quand, en réalité, ils ne le sont pas.				1 2 3 4 5
39. Je fais des bruits pour déranger les autres (comme "roter", renifler).				1 2 3 4 5
40. Je prends soin des choses des autres comme si c'était les miennes.				1 2 3 4 5
41. Je parle trop fort.				1 2 3 4 5
42. J'appelle les gens par leur nom.				1 2 3 4 5
43. Je demande si je peux aider.				1 2 3 4 5
44. Je me sens bien quand j'aide quelqu'un.				1 2 3 4 5
45. J'essaie d'être meilleur que tous les autres.				1 2 3 4 5
46. Je pose des questions quand je parle aux autres.				1 2 3 4 5
47. Je vois souvent mes amis.				1 2 3 4 5
48. Je joue seul.				1 2 3 4 5
49. Je me sens seul.				1 2 3 4 5
50. Je me sens désolé quand je blesse quelqu'un.				1 2 3 4 5
51. J'aime être le chef ou le «leader».				1 2 3 4 5
52. Je me joins aux jeux des autres enfants.				1 2 3 4 5
53. Je me bats (chicane) beaucoup.				1 2 3 4 5
54. Je suis jaloux des autres.				1 2 3 4 5
55. Je suis gentil avec les gens qui sont gentils avec moi.				1 2 3 4 5
56. Je demande aux autres comment ils vont, ce qu'ils ont fait, etc.				1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Parfois</i>	<i>La plupart du temps</i>	<i>Très souvent</i>
57. Je reste trop longtemps avec les autres, au-delà de ce qui est souvent bienvenue socialement ou attendu (« je colle »).				1 2 3 4 5
58. J'explique les choses plus que c'est nécessaire.				1 2 3 4 5
59. Je ris des autres gens.				1 2 3 4 5
60. Je pense que gagner c'est plus important que tout.				1 2 3 4 5
61. Je blesse les autres quand je les taquine.				1 2 3 4 5
62. Je veux me venger de quelqu'un qui me blesse.				1 2 3 4 5

Instrument de Matson et al. (1983), traduit par Lagueux et al. (1999).

Appendice E : University California Los Angeles Lonelines scale-version 3 (UCLA-3)

UCLA-3

Les énoncés suivants décrivent comment les gens se sentent parfois. Pour chaque énoncé, indique à quelle fréquence tu te sens de cette façon en entourant le numéro approprié. Voici un exemple: Combien de fois sens-tu que tu es heureux? Si tu ne te sens jamais heureux, tu répondrais « jamais » (1); si tu te sens toujours heureux, tu répondrais « toujours » (4).

1 Jamais	2 Rarement	3 Quelques fois	4 Toujours
1. Combien de fois sens-tu que tu es en accord (sur la même longueur d'ondes) avec les gens qui t'entourent ?			1 2 3 4
2. Combien de fois sens-tu que tu manques d'amis (compagnons) ?			1 2 3 4
3. Combien de fois sens-tu qu'il n'y a personne sur qui tu peux compter ?			1 2 3 4
4. Combien de fois sens-tu que tu es seul ?			1 2 3 4
5. Combien de fois sens-tu que tu fais partie d'un groupe d'amis ?			1 2 3 4
6. Combien de fois sens-tu que tu as plusieurs points en commun avec les gens qui t'entourent?			1 2 3 4
7. Combien de fois sens-tu que tu n'es plus proche de personne ?			1 2 3 4
8. Combien de fois sens-tu que tes intérêts et tes idées ne sont pas partagés par ceux qui t'entourent ?			1 2 3 4
9. Combien de fois sens-tu que tu es sociable et que tu as le goût de créer des contacts amicaux avec les autres ?			1 2 3 4
10. Combien de fois sens-tu que tu es proches des autres ?			1 2 3 4
11. Combien de fois sens-tu que tu es mis de côté ?			1 2 3 4
12. Combien de fois sens-tu que tes rapports avec les autres ne veulent pas dire grand chose ou ne sont pas sérieux ?			1 2 3 4
13. Combien de fois sens-tu que personne ne te connaît vraiment bien ?			1 2 3 4

1 Jamais	2 Rarement	3 Quelques fois	4 Toujours
14. Combien de fois sens-tu que tu es à part (isolé) des autres ?			1 2 3 4
15. Combien de fois sens-tu que tu peux trouver des compagnons quand tu le veux ?			1 2 3 4
16. Combien de fois sens-tu qu'il y a des gens qui te comprennent vraiment?			1 2 3 4
17. Combien de fois sens-tu que tu es timide (gêné) ?			1 2 3 4
18. Combien de fois sens-tu qu'il y a des gens <i>autour</i> de toi (que tu es entouré), mais non <i>avec</i> toi (que tu n'est pas appuyé) ?			1 2 3 4
19. Combien de fois sens-tu qu'il y a des gens à qui tu peux parler (te confier) ?			1 2 3 4
20. Combien de fois sens-tu qu'il y a des gens sur qui tu peux compter ?			1 2 3 4

Instrument de Russel, D.W. (1996). Traduit par T. Lebeau , J. Lemay et F. Lagueux (1999).

Appendice F: Coping Inventory for Stress Situations (CISS)

CISS-Adolescent

Instructions : Les énoncés suivants portent sur les façons dont les gens réagissent lors de différentes situations difficiles, stressantes ou dérangeante. SVP entoure un chiffre de 1 à 5 pour chaque énoncé. Indique combien (à quelle fréquence) tu fais ce genre d'activités quand tu vis une situation difficile, stressante ou dérangeante.

Face à une situation difficile, stressante ou dérangeante (imagine de telles situations), j'ai tendance à :

	Pas du tout (jamais)				Beaucoup (très souvent)
	1	2	3	4	5
1. Mieux planifier mon temps (mon horaire).	1	2	3	4	5
2. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre.	1	2	3	4	5
3. Penser aux bons moments que j'ai eu.	1	2	3	4	5
4. Essayer d'être avec des gens.	1	2	3	4	5
5. Me blâmer de remettre à plus tard.	1	2	3	4	5
6. Faire ce que je crois être le mieux.	1	2	3	4	5
7. Frapper quelqu'un.	1	2	3	4	5
8. Devenir préoccupé par des maux et douleurs.	1	2	3	4	5
9. Me blâmer pour m'être mis dans cette situation.	1	2	3	4	5
10. Faire du lèche-vitrine - magasiner.	1	2	3	4	5
11. Établir mes priorités	1	2	3	4	5
12. Essayer d'aller dormir.	1	2	3	4	5
13. M'offrir ma collation (« snack ») préférée.	1	2	3	4	5
14. Faire des activités sexuelles avec quelqu'un.	1	2	3	4	5
15. Me sentir anxieux et ne pas être capable de faire face à la situation.	1	2	3	4	5
16. Devenir très tendu.	1	2	3	4	5
17. Penser à la façon dont j'ai réglé des problèmes semblables.	1	2	3	4	5
18. Me dire que ça ne m'arrive pas réellement.	1	2	3	4	5
19. Me blâmer d'être trop émotionnel à propos de la situation.	1	2	3	4	5
20. Sortir pour manger une collation (« snack ») ou un repas.	1	2	3	4	5
21. Frapper quelque chose ou détruire des objets.	1	2	3	4	5
22. Devenir très dérangé (irrité ou bouleversé).	1	2	3	4	5

	Pas du tout (jamais)				Beaucoup (très souvent)
	1	2	3	4	5
23. M'acheter quelque chose.	1	2	3	4	5
24. Me faire un plan d'action et le suivre.	1	2	3	4	5
25. Me blâmer de ne pas savoir quoi faire.	1	2	3	4	5
26. Aller à un « party ».	1	2	3	4	5
27. Travailler à comprendre la situation.	1	2	3	4	5
28. Avoir des fantaisies, des idées de faire des activités sexuelles avec quelqu'un.	1	2	3	4	5
29. « Figer » et ne pas savoir quoi faire.	1	2	3	4	5
30. Faire des actions immédiatement pour corriger la situation	1	2	3	4	5
31. Penser à l'événement et apprendre de mes erreurs.	1	2	3	4	5
32. Souhaiter pouvoir changer ce qui est arrivé ou comment je me suis senti.	1	2	3	4	5
33. Rendre visite à un ami.	1	2	3	4	5
34. M'inquiéter à propos de ce que je vais faire.	1	2	3	4	5
35. Avoir des fantaisies, des idées de frapper quelqu'un.	1	2	3	4	5
36. Passer du temps avec une personne spéciale.	1	2	3	4	5
37. Prendre une marche.	1	2	3	4	5
38. Me dire que ça n'arrivera plus jamais.	1	2	3	4	5
39. Me centrer (focuser) sur mes défauts et/ou incapacités en général.	1	2	3	4	5
40. Parler à quelqu'un dont j'apprécie les conseils.	1	2	3	4	5
41. Analyser mon problème avant de réagir.	1	2	3	4	5
42. Me masturber.	1	2	3	4	5
43. Téléphoner à un ami.	1	2	3	4	5
44. Me fâcher.	1	2	3	4	5
45. Ajuster mes priorités.	1	2	3	4	5
46. Aller voir un film.	1	2	3	4	5
47. Prendre le contrôle de la situation.	1	2	3	4	5
48. Faire un effort supplémentaire pour que les choses se règlent.	1	2	3	4	5

	Pas du tout (jamais)					Beaucoup (très souvent)
49. Faire quelque chose pour me blesser physiquement ou me faire mal.						
50. Arriver avec plusieurs solutions différentes pour le problème.	1	2	3	4	5	
51. Prendre un « break » et fuir la situation.	1	2	3	4	5	
52. Me défouler sur d'autres gens.	1	2	3	4	5	
53. Profiter de la situation pour prouver que je peux le faire.	1	2	3	4	5	
54. Essayer d'être organisé pour que je sois au-dessus de la situation.	1	2	3	4	5	
55. Regarder la télévision.	1	2	3	4	5	
56. Regarder du matériel érotique ou pornographique (revues, vidéos, Internet).	1	2	3	4	5	

Questionnaire de Endler S. & Parker, J. (1990), adapté par F. Lagueux et al. (1999), selon les travaux de Hastings, T. et al. (1997).

Appendice G: Survey of Heterosexual Interaction (SHI)

HS

1. Combien de rendez-vous amoureux («dates») as-tu eu dans les quatre dernières semaines ? Sois exact s.v.p. : _____

2. Avec combien de filles différentes as-tu eu des rendez-vous («dates») durant la dernière année ? Nombre de filles : ____

Items

1. Tu veux appeler une fille pour l'inviter à sortir. C'est la première fois que tu l'appelles comme tu la connais peu. Quand tu es prêt à faire l'appel, ton frère ou un ami entre dans la chambre, s'assoit sur le lit et commence à lire une revue. Dans cette situation, tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable d'appeler dans tous les cas		capable d'appeler dans certains cas			capable d'appeler dans tous les cas	

2. Tu es à une danse. Tu vois une fille très attirante que tu ne connais pas. Elle est là, *toute seule*, et tu aimerais danser avec elle. Tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable de lui demander dans tous les cas		capable de lui demander dans certains cas			capable de lui demander dans tous les cas	

3. Tu es à un «party» et tu vois deux filles parler ensemble. Tu ne connais pas ces filles mais tu aimerais connaître mieux l'une d'entre elles. Dans cette situation, tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable d'initier une conversation		capable d'initier une conversation dans certains cas			capable d'initier une conversation dans tous les cas	

4. Tu es dans une salle de billard où il y a aussi de la danse. Tu vois deux filles assises dans un coin, sur une banquette. L'une, que tu ne connais pas, est en train de parler à un gars qui est debout près d'elle. Ces deux-là vont danser en laissant l'autre fille assise seule. Tu as déjà vu cette fille, mais tu ne la connais pas vraiment. Tu aimerais aller lui parler (mais tu n'aimerais pas danser). Dans cette situation, tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable d'aller lui parler		capable d'aller lui parler dans			capable d'aller lui parler	
			certain cas			dans tous les cas

5. Durant une pause (un «break») dans ton emploi d'été, tu vois une fille qui travaille aussi à cet endroit et qui a à peu près ton âge. Tu aimerais lui parler, mais tu ne la connais pas. Tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable de lui parler		capable de lui parler dans certains			capable de lui parler	
dans tous les cas			cas			dans tous les cas

6. Tu es dans un autobus bondé. Une fille que tu connais seulement *un peu* est assise en face de toi. Tu aimerais lui parler mais tu remarques que le gars assis à côté d'elle te regarde. Tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable de lui parler		capable de lui parler dans certains			capable de lui parler	
dans tous les cas			cas			dans tous les cas

7. Tu es à une danse. Tu vois une fille très attirante que tu ne connais pas, qui fait partie d'un *groupe* de quatre filles. Tu aimerais danser. Dans cette situation, tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable de lui demander		capable de lui demander dans			capable de lui demander	
dans tous les cas			certain cas			dans tous les cas

8. Tu es au comptoir dans une cafétéria en train de dîner. Une fille que tu ne connais pas s'assoit à côté de toi. Tu aimerais lui parler. Après son repas, elle te demande de lui passer le sucre. Dans cette situation, tu lui passerais le sucre...

1	2	3	4	5	6	7
mais serais incapable		et, dans certains cas, serais			et serais capable	
d'initier une conversation		capable d'initier une conversation			d'initier une	
avec elle					conversation	

9. Un de tes amis sors avec sa copine en fin de semaine. Il veut que tu viennes et te donne le nom et numéro de téléphone d'une fille en disant qu'elle serait une bonne «date». Tu ne fais rien en fin de semaine. Dans cette situation, tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable d'appeler dans tous les cas		capable d'appeler dans certains cas			capable d'appeler dans tous les cas	

10. Tu es à la bibliothèque. Tu décides de prendre une pause, et comme tu marches le long du corridor, tu vois une fille que tu connais peu, seulement par hasard. Elle est assise à une table et semble étudier. Tu décides que tu aimerais lui demander de boire un «coke» avec toi. Dans cette situation, tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable de lui demander dans tous les cas		capable de lui demander dans certains cas			capable de lui demander dans tous les cas	

11. Tu veux appeler une fille pour un rendez-vous (une «date»). Tu trouves cette fille attirante mais tu ne la connais pas. Tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable d'appeler dans tous les cas		capable d'appeler dans certains cas			capable d'appeler dans tous les cas	

12. Après un de tes cours, tu vois une fille que tu connais. Tu aimerais lui parler; cependant, elle est en train de marcher avec deux autres filles que tu ne connais pas. Tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable de lui parler dans tous les cas		capable de lui parler dans certains cas			capable de lui parler dans tous les cas	

13. Tu as travaillé dans un comité étudiant l'année dernière. Il y a un souper au restaurant où tu es assigné à une place précise pour t'asseoir. D'un côté de ta place il y a une fille que tu ne connais pas et de l'autre il y a un gars que tu ne connais pas non plus. Dans cette situation, tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable d'initier une conversation avec la fille et parlerais seulement avec le gars		capable, dans certains cas, d'initier une conversation avec la fille mais parlerais surtout avec le gars			capable d'initier une conversation dans tous les cas et serais capable de parler également avec la fille et avec le gars	

14. Tu es dans l'entrée (vestibule) d'un immeuble à appartements et tu attends un ami. Comme tu attends qu'il descende, une fille que tu connais bien arrive avec une autre fille que tu n'as jamais vue avant. La fille que tu connais te salue et commence à te parler. Tout à coup, elle se rappelle qu'elle a laissé quelque chose chez elle. Juste avant de te laisser, elle te dit le nom de l'autre fille. Dans cette situation, tu...

1	2	3	4	5	6	7
trouverais très difficile d'initier une conversation avec l'autre fille		trouverais cela seulement un peu difficile			trouverais cela facile d'initier et de continuer une conversation	

15. Tu es à un «party» dans l'appartement d'un ami. Tu vois une fille qui est venue toute seule. Tu ne la connais pas, mais tu aimerais lui parler. Dans cette situation, tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable d'aller lui parler		capable d'aller lui parler dans certains cas			capable d'aller lui parler dans tous les cas	

16. Tu vas à la poste dans le gros immeuble d'appartements où tu habites. Lorsque tu arrives, tu remarques que deux filles mettent leur nom sur la boîte aux lettres de l'appartement qui était libre en-dessous du tien. Dans cette situation, tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable d'aller initier une conversation		capable d'aller initier une conversation dans certains cas			capable d'aller initier une conversation dans tous les cas	

17. Tu es dans un magasin de disque et tu vois une fille qui t'as déjà été présentée. C'était il y a quelques mois et tu as oublié son nom. Tu aimerais lui parler. Dans cette situation, tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable de commencer une conversation avec elle dans tous les cas		capable de commencer une conversation avec elle dans certains cas			capable de commencer une conversation avec elle dans tous les cas	

18. Tu es dans une cafétéria où des amis de ton âge dînent. Tu as ton repas et tu cherches une place où t'asseoir. Malheureusement, il n'y a pas de table libre. À une table, cependant, il y a une fille assise seule. Dans cette situation, tu...

1	2	3	4	5	6	7
attendrais qu'une autre place se libère et alors t'assoierais		demanderais à la fille si tu peux t'asseoir à sa table mais ne lui dirais rien de plus			demanderais à la fille si tu peux t'asseoir à sa table et ensuite initierais une conversation	

19. Il y a quelques semaines, tu as eu un premier rendez-vous («date») avec une fille que tu vois maintenant marcher sur la rue en ta direction. Pour une raison quelconque, vous ne vous êtes pas vus depuis cette sortie. Tu aimerais lui parler mais tu n'es pas sûr de ce qu'elle pense de toi. Dans cette situation, tu...

1	2	3	4	5	6	7
marcherais sans rien dire		marcherais vers elle et dirais quelque chose dans certains cas			marcherais vers elle et dirais quelque chose dans tous les cas	

20. Généralement, dans la plupart des situations sociales impliquant des filles que tu ne connais pas, tu serais...

1	2	3	4	5	6	7
incapable d'initier une conversation		capable d'initier une conversation dans certains cas			capable d'initier une conversation dans tous les cas	

Instrument de Twentyman & McFall (1975), traduit par F. Lagueux et J. Wright (1999).

Appendice H : Dating Questionnaire

Confort

Nous voulons savoir à quel point tu es inconfortable quand tu fais différentes choses. Être « inconfortable » signifie que c'est difficile pour toi et que ça te rend nerveux, tendu et crispé. Pour chaque énoncé, entoure le chiffre qui te décrit le mieux mais si l'énoncé ne s'applique pas à toi, n'y touche pas et passe au suivant.

Choisis ta réponse, puis entoure le chiffre correspondant.

1	2	3	4
Confortable	Un peu inconfortable	Assez inconfortable	Très inconfortable

1. Se réunir avec un groupe d'amis du sexe opposé.	1	2	3	4
2. Aller à un «party».	1	2	3	4
3. Parler avec des adolescents du sexe opposé.	1	2	3	4
4. Avoir un rendez-vous amoureux (une «date»).	1	2	3	4
5. Parler de sexualité avec des ami(e)s.	1	2	3	4
6. Parler de sexualité avec ta «blonde» (petite amie) ou ta «date» (fréquentation).	1	2	3	4
7. Parler de sexualité avec tes parents.	1	2	3	4
8. Parler de contraception avec des ami(e)s.	1	2	3	4
9. Parler de contraception avec ta «blonde» (petite amie) ou ta «date» (fréquentation).	1	2	3	4
10. Parler de contraception avec tes parents.	1	2	3	4
11. Exprimer de la compassion et du souci pour les autres.	1	2	3	4
12. Dire à ta «blonde» (petite amie) ou ta «date» (fréquentation) ce que tu veux faire et ne pas faire sexuellement.	1	2	3	4
13. Dire « non » à une avance sexuelle.	1	2	3	4
14. Exprimer ta sexualité actuelle, peu importe ce que c'est (ça peut être rien faire, s'embrasser, se caresser ou avoir des relations sexuelles).	1	2	3	4
15. Insister pour utiliser un moyen contraceptif si tu as des relations sexuelles.	1	2	3	4
16. Acheter des moyens contraceptifs (ex.: condoms) à la pharmacie, si tu as des relations sexuelles.	1	2	3	4
17. Aller voir un médecin à propos de la contraception, si tu as des relations sexuelles.	1	2	3	4
18. Utiliser un moyen contraceptif si tu as des relations sexuelles.	1	2	3	4

Rappel de l'échelle :

1	2	3	4
Confortable	Un peu inconfortable	Assez inconfortable	Très inconfortable

Échelle tirée d'un instrument de Kirby (1990), traduit par Lagueux et al. (1999).

Appendice I: Sex Knowledge and Attitude Test for Adolescent (SKAT-A)

SKAT

Tu trouveras ci-dessous une série d'énoncés à propos de la sexualité. Après avoir lu chaque phrase, indique à quel point tu es d'accord ou en désaccord. Entoure le chiffre qui correspond le mieux à ton opinion.

Choisis ta réponse, puis encercle le chiffre correspondant.

1 Fortement d'accord	2 D'accord	3 Incertain	4 En désaccord	5 Fortement en désaccord
1. La décision de se faire avorter devrait être prise par l'adolescente enceinte et non par les parents de l'adolescente ou son copain.				1 2 3 4 5
2. Les garçons qui se masturbent en groupe vont devenir homosexuels.				1 2 3 4 5
3. La pornographie devrait être bannie.				1 2 3 4 5
4. Une femme devrait se soumettre aux demandes sexuelles de l'homme.				1 2 3 4 5
5. L'avortement devrait être permis lorsqu'il est désiré par une femme enceinte.				1 2 3 4 5
6. Les gens qui ont une sexualité active et saine ne se masturbent pas.				1 2 3 4 5
7. Les adolescents devraient avoir la permission de leurs parents avant d'acheter des contraceptifs.				1 2 3 4 5
8. C'est seulement les pervers qui consomment de la pornographie.				1 2 3 4 5
9. Ce n'est pas correct d'avoir des relations sexuelles avant le mariage.				1 2 3 4 5
10. Les parents devraient empêcher leurs enfants de se masturber.				1 2 3 4 5
11. Les homosexuels/lesbiennes devraient avoir le droit d'être professeurs à l'école primaire et secondaire.				1 2 3 4 5
12. Les femmes devraient attendre d'être mariées avant d'avoir des relations sexuelles.				1 2 3 4 5
13. L'avortement est un meurtre.				1 2 3 4 5
14. C'est correct que des adolescentes (filles) se masturbent.				1 2 3 4 5
15. Les adolescents qui consomment de la pornographie sont plus portés à violer leurs partenaires sexuelles.				1 2 3 4 5
16. La masturbation est malsaine.				1 2 3 4 5
17. Les homosexuels/lesbiennes sont malades.				1 2 3 4 5
18. Les avortements devraient être faits seulement dans les cas de viol et d'inceste.				1 2 3 4 5
19. C'est correct que des adolescents (garçons) se masturbent.				1 2 3 4 5
20. L'éducation sexuelle devrait être une matière obligatoire dans les écoles.				1 2 3 4 5
21. Les enfants ne devraient pas voir leurs parents nus.				1 2 3 4 5

1 Fortement d'accord	2 D'accord	3 Incertain	4 En désaccord	5 Fortement en désaccord
22. Les relations sexuelles entre adolescents ne sont pas correctes.				1 2 3 4 5
23. Si une femme se fait violer, c'est de sa faute.				1 2 3 4 5
24. L'avortement est pire que de mettre au monde un enfant non-désiré.				1 2 3 4 5
25. Les adolescents devraient être encouragés à rester vierges.				1 2 3 4 5
26. Les cours d'éducation sexuelle à l'école secondaire devraient enseigner seulement l'anatomie masculine et féminine (les parties du corps).				1 2 3 4 5
27. Toutes les sortes de pornographie sont dégradantes pour les femmes.				1 2 3 4 5
28. Les adolescentes (filles) qui se masturbent sont bizarres ou anormales .				1 2 3 4 5
29. Les homosexuels devraient avoir le droit de se marier.				1 2 3 4 5
30. La responsabilité d'utiliser un contraceptif devrait être partagée par l'homme et la femme.				1 2 3 4 5
31. Le viol arrive seulement entre des inconnus.				1 2 3 4 5
33. Les adolescentes qui n'utilisent pas de moyens contraceptifs veulent devenir enceintes.				1 2 3 4 5
34. Les homosexuels/lesbiennes peuvent être d'excellents parents.				1 2 3 4 5
35. Les parents devraient encourager leurs fils adolescents à avoir des relations sexuelles.				1 2 3 4 5
36. Les parents devraient encourager leurs filles adolescentes à avoir des relations sexuelles.				1 2 3 4 5
37. Une adolescente enceinte devrait suivre la décision de ses parents à propos de l'avortement.				1 2 3 4 5
38. C'est correct de forcer une femme à avoir des relations sexuelles même quand elle a dit qu'elle ne le voulait pas.				1 2 3 4 5
39. Toute la pornographie devrait être légale.				1 2 3 4 5
40. Les parents devraient être responsables de renseigner leurs enfants sur la sexualité.				1 2 3 4 5
41. C'est impossible qu'un homme se fasse violer.				1 2 3 4 5
42. Les femmes devraient essayer d'avoir le plus d'expériences sexuelles possible avant de se marier.				1 2 3 4 5
43. C'est la faute de l'enfant lorsque celui-ci est abusé (agressé) sexuellement.				1 2 3 4 5

Échelle tirée d'un instrument de Lief et al. (1990), traduit par Lagueux et Lebeau (1999).

Appendice J : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement à une évaluation

Version destinée à l'adolescent

Titre du projet et noms des chercheurs

Jusqu'à présent tu as sans doute rencontré différents intervenants (ex : intervenants en LPJ (Loi de la Protection de la jeunesse), en LJC (Loi des Jeunes Contrevenants, éducateurs des CJO (Centres Jeunesses de l'Outaouais), etc.) pour tenter de bien définir le ou les problèmes que tu as développés et cerner tes besoins particuliers.

Nous te proposons une évaluation complémentaire permettant cette fois d'évaluer de façon spécifique différents aspects liés à ton problème sexuel. Ainsi, nous sollicitons ta collaboration à une étude portant sur «L'évaluation de l'efficacité d'une intervention de groupe pour adolescents agresseurs sexuels». Cette étude, visant le développement des meilleures interventions possible, est dirigée par : Marc Tourigny, Ph.D., de l'Université du Québec à Hull et Loméga Étienne (étudiant à la maîtrise en psychoéducation à l'Université du Québec à Hull), en collaboration avec le Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille.

Procédures de l'étude :

Cette étude se déroule comme suit :

1. Dans un premier temps, tu rencontreras un assistant de recherche qualifié qui procédera à une évaluation (d'une durée approximative de cinq heures et trente minutes au total). L'équipe de recherche remettra à l'intervenant un rapport contenant les résultats de cette évaluation qui prendra trois formes distinctes :
 - a) Entrevue clinique :
Trente minutes seront consacrées à la cueillette d'informations au sujet de ton histoire personnelle, familiale et sexuelle. Principalement, le but de cet entretien consistera à rassurer l'adolescents et à établir un bon climat psychologique avec ce dernier.
 - b) Questionnaires : (durée maximale : une heure et trente minutes)
Tu complèteras d'autres questionnaires papier-crayon qui mesurent diverses dimensions de ta personnalité. De façon plus spécifique, ces instruments évalueront : 1-ta compréhension du cycle de l'abus sexuel, 2-tes intérêts sexuels, 3-tes habiletés sociales, 4-ta satisfaction à l'égard des relations sociales, 5-ta façon de réagir au stress et 6-tes attitudes en matière de sexualité.
2. Dans un second temps, afin que l'on puisse les services que tu as reçus, les intervenants impliqués dans l'intervention de groupe auront à compléter diverses fiches décrivant les services qui t'ont été dispensés ainsi que la qualité de ta participation dans ces derniers.
3. Finalement, près de 5 mois à la suite de la première évaluation, il y aura une seconde évaluation qui sera faite selon les mêmes procédures que la précédente.

Inconvénients et risques

Il est possible que lors de l'évaluation tu ressenties des difficultés psychologiques (anxiété, colère, sentiments de « down », etc.). Si cela t'arrivait, nous te demandons d'en parler immédiatement à l'évaluateur.

Aussi, nous devons t'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.

Confidentialité

Les renseignements obtenus sur toi dans le cadre de cette étude seront traités de façon confidentielle en t'assignant un numéro de code afin de ne permettre à personne en dehors de l'équipe de recherche de t'identifier. Tes intervenants recevront un rapport suivant la présente évaluation qu'ils partageront avec toi.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude

Ta participation à cette étude est volontaire. Tu es donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer, sans que ton refus nuise aux relations avec les intervenants et tu pourras poursuivre ton programme de traitement. Si tu acceptes de participer à l'étude, tu recevras un certificat cadeau d'une valeur approximative de 10\$. Si tu refuses de participer à la recherche, les résultats aux différents tests ne seront pas comptabilisés dans la recherche.

Personnes-ressources

Si tu désires de plus amples renseignements au sujet de cette étude, tu peux communiquer avec le responsable de la recherche : Loméga Étienne ou Marc Tourigny au 595-3900 poste 2333. Toutefois, si tu as des questions d'ordre éthiques ou déontologiques, il est possible de contacter M. Stéphane Bouchard, personne contact en éthique à l'Université du Québec à Hull au numéro suivant : 819-595-3900 poste 2360.

Formule d'adhésion à l'étude et signatures

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 et je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal, sans que cela affecte la qualité de mes rapports avec les intervenants. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je soussigné, accepte de participer à cette étude.

_____ Nom du sujet	_____ Signature	_____ Date
_____ Nom du représentant légal	_____ Signature	_____ Date
_____ Nom du témoin	_____ Signature	_____ Date

Formule d'engagement du chercheur et signature

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

_____ Nom de l'interviewer	_____ Signature	_____ Date
-------------------------------	--------------------	---------------