

Les interventions québécoises pour adolescents auteurs d'agression sexuelle

Québec Interventions with Adolescent Sexual Aggressors

Denis Lafortune, Marc Tourigny, Jean Proulx and Kristine Metz

Volume 36, Number 1, 2007

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1097195ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1097195ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lafortune, D., Tourigny, M., Proulx, J. & Metz, K. (2007). Les interventions québécoises pour adolescents auteurs d'agression sexuelle. *Revue de psychoéducation*, 36(1), 25–56. <https://doi.org/10.7202/1097195ar>

Article abstract

To meet the needs of adolescent sexual abuse perpetrators (A.S.A.P.), various treatments have been implemented in North America: introspection- or education- oriented group interventions, family interventions, cognitive behavioural therapies and relapse prevention strategies. No study has yet drawn the picture of actual practices in centers which, in Quebec, work with A.S.A.P. By means of individual interviews, all directors of these specialized treatment centres were met. More specifically, this paper aims: i) to identify the general tendencies, resemblances and differences emerging between the interventions proposed by nine treatment centers; ii) to understand what, according to the participants, specify the treatment for A.S.A.P. compared to the one proposed with the adults and iii) to compare the results according to the center who offers the services: “pedopsychiatric settings” versus “psychosocial or community settings”. It emerges from those interviews that the vast majority of actual programs are offered on an outpatient basis (or “external”). On the whole, the functioning of the nine treatment centers relies on small teams, among which are found a majority of sex therapists and psychologists. In the majority of cases, the initial reference process is guided by the two major laws for juveniles. In all treatment centers, various inventories and structured questionnaires were translated from English to French and are since then used with adolescents. Thereafter, although different exclusion criteria to each program exist, the youth is usually referred to a group or an individual intervention. Generally, interventions with parents are uncommon, despite the fact that all interviewees consider it should be a priority. Results allow concluding that Quebec interventions resemble other North American interventions, with the exception of the lesser importance given in Quebec to recidivism risk prediction or multisystemic interventions (or MST). Within Quebec's treatment centers, some differences also appear when adolescent psychiatric settings are compared to psychosocial intervention settings.

Les interventions québécoises pour adolescents auteurs d'agression sexuelle

Québec Interventions with Adolescent Sexual Aggressors

D.Lafortune¹

M. Tourigny²

J. Proulx¹

K. Metz¹

1. École de criminologie,
Université de Montréal
2. Département de
psychoéducation,
Université de Sherbrooke

Résumé

Pour répondre aux besoins des adolescents auteurs d'agression sexuelle (A.A.A.S.), différents traitements ont été mis en place en Amérique de Nord: interventions de groupe à vocation introspective ou à vocation éducative, interventions familiales, thérapies cognitivo- comportementales et stratégies de prévention de la récidive. Aucune étude n'a encore dressé le portrait des pratiques en vigueur dans les centres qui, au Québec, interviennent auprès des A.A.A.S. Tous les responsables de centres spécialisés dans ces traitements ont donc été rencontrés, lors d'entretiens individuels. Plus spécifiquement, il s'agissait : i) d'identifier les tendances générales, ressemblances et différences qui émergent des interventions des neuf centres de traitement; ii) de cerner ce qui, aux yeux des intervenants, fait la spécificité du traitement pour adolescents, par rapport à celui dispensé aux adultes agresseurs et iii) de comparer les résultats en fonction du milieu qui offre les services: « milieu pédopsychiatrique » versus « milieu psychosocial ou communautaire ». Il en ressort que la grande majorité des programmes dispensés sont offerts sur une base ambulatoire (ou « externe »). Dans l'ensemble, le fonctionnement des neuf centres de traitement repose sur de petites équipes, parmi lesquels se retrouve une majorité de sexologues et de psychologues. Dans la majorité des cas, le processus de référence initial est encadré par les deux principales lois pour mineurs. Dans tous les centres de traitement, divers inventaires et questionnaires structurés ont été traduits de l'anglais au français et sont administrés aux adolescents. Par la suite, bien qu'il existe quelques critères d'exclusion aux programmes, le jeune est habituellement orienté vers une intervention de groupe ou une intervention individuelle. De façon générale, les interventions offertes aux parents sont rares et ce même si tous les répondants interrogés considèrent qu'il devrait s'agir d'une priorité. Les résultats permettent de conclure que les interventions québécoises ressemblent aux autres interventions nord américaines, si ce n'est qu'on ne perçoit pas au Québec un intérêt aussi grand pour la prédiction des risques de récidive ou pour les approches multi systémiques (ou MST). Certaines différences apparaissent aussi lorsque

Correspondance :

École de criminologie
Université de Montréal
C.P. 6128 succursale
Centre-Ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7
514 343-6640
denis.lafortune@umontreal.ca

les trois centres pédopsychiatriques sont comparés aux six centres d'orientation psychosociale.

Mots clé : adolescents agresseurs sexuels, évaluation, interventions, soutien aux parents

Abstract

To meet the needs of adolescent sexual abuse perpetrators (A.S.A.P.), various treatments have been implemented in North America: introspection- or education- oriented group interventions, family interventions, cognitive behavioural therapies and relapse prevention strategies. No study has yet drawn the picture of actual practices in centers which, in Quebec, work with A.S.A.P. By means of individual interviews, all directors of these specialized treatment centres were met. More specifically, this paper aims: i) to identify the general tendencies, resemblances and differences emerging between the interventions proposed by nine treatment centers; ii) to understand what, according to the participants, specify the treatment for A.S.A.P. compared to the one proposed with the adults and iii) to compare the results according to the center who offers the services: "pedopsychiatric settings" versus "psychosocial or community settings". It emerges from those interviews that the vast majority of actual programs are offered on an outpatient basis (or "external"). On the whole, the functioning of the nine treatment centers relies on small teams, among which are found a majority of sex therapists and psychologists. In the majority of cases, the initial reference process is guided by the two major laws for juveniles. In all treatment centers, various inventories and structured questionnaires were translated from English to French and are since then used with adolescents. Thereafter, although different exclusion criteria to each program exist, the youth is usually referred to a group or an individual intervention. Generally, interventions with parents are uncommon, despite the fact that all interviewees consider it should be a priority. Results allow concluding that Quebec interventions resemble other North American interventions, with the exception of the lesser importance given in Quebec to recidivism risk prediction or multisystemic interventions (or MST). Within Quebec's treatment centers, some differences also appear when adolescent psychiatric settings are compared to psychosocial intervention settings.

Key words : adolescent sex offenders, evaluation, intervention, parental support

1. Introduction

Au Canada, de 15 à 30% des agressions sexuelles sont commises par des personnes de moins de 21 ans (Lagueux & Tourigny, 1999) alors que ce groupe ne représente qu'environ dix pour-cent de la population canadienne (Institut de la statistique du Québec, 2000). Au Québec, des travaux réalisés dans plusieurs milieux concluent que 20 à 30% des enfants agressés sexuellement l'ont été par des adolescents (Allard-Dansereau, Haley, Hamane, & Bernard-Bonin, 1997; Dubé & Hébert, 1988). Hors des institutions cliniques traditionnelles, Tourigny, Péladeau et Bouchard (1993) ont interrogé la situation des victimes d'agressions sexuelles qui s'adressent à un centre d'écoute téléphonique Tel Jeunes. Ils indiquent que 25% des agresseurs impliqués dans ces agressions sexuelles sont des mineurs. Toutes ces statistiques s'apparentent fort bien à celles obtenues aux États Unis, où plusieurs chercheurs concluent qu'environ 20% des viols et entre 30% et 50% des agressions d'enfants sont le fait d'adolescents (Barbaree, Marshall, & Hudson, 1993; Ryan &

Lane, 1997). Pour répondre à ce problème social important, différents programmes de traitement ont été mis sur pieds, tant Canada qu'aux États-Unis.

L'évaluation clinique représente souvent la première étape dans ces programmes. Ainsi, dans la plupart des travaux nord américains, il est préconisé que les données relatives à l'adolescent auteur d'agression sexuelle¹ soit recueillies auprès de multiples sources d'information. Au premier chef, il y a bien sûr l'adolescent lui-même. Viennent ensuite le témoignage de la victime, le rapport des policiers, le point de vue des parents (Bonner, Marx, Thompson, & Michaelson, 1998; Morenz & Becker, 1995), les résultats à différents tests psychologiques (Bourke et Donohue, 1996; Kraemer, Spielman, & Sallisbury, 1995), ainsi que les résultats à la phallométrie (Bourke & Donohue, 1996; Weinrott, Riggan, & Frothingham, 1998). Dans les travaux nord-américains, le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent* (MMPI-A) ressort comme le test psychologique le plus utilisé auprès des jeunes présentant une délinquance sexuelle avérée (Bourke & Donohue, 1996). Un autre instrument, soit le *Multidimensional Assessment of Sex and Aggression* (MASA), a été développé par Knight (Knight & Cerce, 1999; Knight, Prentky, & Cerce, 1994; Prentky & Edmunds, 1997). Il est toutefois encore perçu comme un outil de recherche et reste peu utilisé dans les milieux cliniques. Prentky et son équipe (Prentky, Harris, Frizzell, & Righthand, 2000; Prentky & Righthand, 2003) ont aussi conçu un instrument de prédiction des risques de récidive spécifiquement destiné aux A.A.A.S. judiciairisés ou non judiciairisés, le J-SOAP-II (*Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II*). Cet outil, en cours de développement, comprend deux sections principales (*Évaluation des facteurs statiques et dynamiques*), incluant elles-mêmes différentes sous-parties (*Préoccupations - intérêts sexuels, comportements impulsifs antisociaux, facteurs liées aux interventions et stabilité ajustement communautaire*). Finalement, à Toronto, Worling et Curwen (2001) ont élaboré un autre instrument de prédiction de la récidive, le ERASOR (*Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism*), pour les jeunes de 12-18 ans.

Au plan des interventions, en 1982, il existait déjà aux États-Unis plus de 200 programmes différents s'adressant aux A.A.A.S. Près de dix ans plus tard, ce nombre atteignait 800 programmes (Righthand & Welch, 2001). Si l'orientation théorique de la majeure partie d'entre eux peut être qualifiée de « psychoéducative » et/ou « cognitivo-comportementale », il n'en demeure pas moins que les modalités et les procédures les plus diverses sont mises en place d'un programme à l'autre. Ainsi, le traitement résidentiel ou « thérapie de milieu », (Goocher, 1994; Ross & de Villier, 1993), l'art thérapie (Gerber, 1994; Hagood, 1994), le counseling par les pairs (Brannon & Troyer, 1991), l'approche Gestaltiste (Brownell & Aylward, 2005) et les approches familiales ou multi-systémiques (Borduin, Henggeler, Blaske, & Stein, 1990; Swenson, Henggeler, Schoenwald, Kaufman, & Randall, 1998) ont déjà fait l'objet de publications américaines. Malgré cette diversité, l'intervention éducative de groupe reste l'approche de prédilection.

¹ Cette expression sera remplacée maintenant par l'abréviation A.A.A.S.

En 1993, Mc Kibben et Jacob proposaient une typologie simple et claire des traitements proposés aux adolescents. On y retrouvait: a) les groupes à vocation introspective, où l'agression sexuelle est considérée comme un symptôme dont les causes ou motivations sous jacentes doivent être analysées et comprises par l'adolescent; b) les groupes à vocation éducative, qui visent le développement d'un jugement moral plus mature, l'apprentissage de meilleures habiletés sociales et une meilleure éducation sexuelle des jeunes (ex: Graves, Openshaw, & Adams, 1992, Richard-Bessette, 1996); c) l'intervention familiale, visant le soutien, l'information et l'accompagnement des parents, que ce soit dans leur réaction à l'agression sexuelle ou leur rôle éducatif; d) les thérapies cognitivo comportementales, dont le rationnel veut que l'agression sexuelle résulte d'une préférence sexuelle déviante, de distorsions cognitives qui favorisent le passage à l'acte et de déficits quant aux habiletés sociales (Proulx & Lafortune, 2003); et e) la connaissance du cycle de l'agression sexuelle et la prévention de la récurrence, où l'adolescent doit en venir à identifier les schèmes de pensée et de comportements qui sont chez lui précurseurs au passage à l'acte. Dans l'ensemble, ces cinq approches s'inspirent beaucoup de ce qui se fait auprès des adultes agresseurs. De fait, seule l'inclusion d'un volet familial paraît souvent distinguer les programmes pour adolescents. Il vaut la peine de souligner que, selon la *Safer Society* (1992, dans Lagueux & Tourigny, 1999), 90% des traitements offerts en Amérique du Nord incluent un volet familial/ parental.

En outre, ces cinq approches de traitement peuvent être offertes selon des modalités qui varient considérablement, soit: a) en contexte résidentiel («interne») ou ambulatoire («externe»); b) à des groupes qui sont mixtes ou non; c) à des groupes définis en fonction de l'âge; et d) à des groupes définis en fonction de problèmes spécifiques, tels que la déficience intellectuelle ou la présence concomitante d'un trouble mental.

Depuis une quinzaine d'années, neuf programmes québécois d'intervention dits «spécialisés» auprès des A.A.A.S. se sont développés et sont toujours actifs. Or, les cliniciens responsables de ces interventions ont peu diffusé la description de leurs programmes (quelques exceptions : Auclair, Jacob, & Quenneville, 2001; Beaulieu, 1990; Bernard & Rousseau, 2001; Jacob, 1999). Ainsi, les orientations théoriques inspirant les programmes, les instruments d'évaluation choisis, la place qu'y prennent les interventions individuelles, familiales et de groupe, de même que les critères permettant de juger de la fin du traitement ont été peu publiés et sont donc peu connus des communautés clinique et scientifique. Pourtant, cette description des programmes est une étape préalable à toute réflexion plus globale sur l'intervention québécoise auprès des AAAS ou à l'étude de la capacité des traitements à répondre à l'ensemble des besoins identifiés.

Cette étude exploratoire vise à décrire les pratiques en vigueur dans l'ensemble des centres de traitement qui, au Québec, interviennent auprès des A.A.A.S. Elle nous paraît être un préalable à toute autre question portant sur la pertinence et la qualité des interventions dispensées. Plus spécifiquement, il s'agit : a) d'identifier les tendances générales, ressemblances et différences qui émergent des interventions des neuf centres de traitement; b) de cerner ce qui, aux yeux des

intervenants, fait la spécificité du traitement pour adolescents, par rapport à celui dispensé aux adultes agresseurs; c) de comparer les résultats en fonction du milieu qui offre les services: « milieu pédopsychiatrique » versus « milieu psychosocial ou communautaire » et d) de comparer les pratiques québécoises à celles en vigueur aux États-Unis.

Méthodologie

Échantillon

Des neuf programmes québécois d'intervention dits « spécialisés » auprès des A.A.A.S., trois sont implantés dans des cliniques *pédopsychiatriques* soit, la Clinique des Troubles Sexuels pour Mineurs du Centre de pédopsychiatrie du CHUQ (Québec), le Centre de Psychiatrie Légale de Montréal et l'Unité des Adolescents de l'Institut Philippe Pinel de Montréal. Les six autres ont été développés selon un modèle psychoéducatif et sexologique, dans des centres de traitement qui relèvent davantage des services sociaux ou d'organismes qui peuvent être qualifiés de « *communautaires* » (Ex : clinique semi-privée, services rattachés à un Centre jeunesse, organisme communautaire). Il s'agit du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec, du Centre d'intervention en délinquance sexuelle de Laval, des organismes Parents-Unis Repentigny Lanaudière et Parents-Unis Saint-Jérôme Laurentides, du Centre d'Intervention pour les Victimes d'Aggression Sexuelle de l'Estrie (CIVAS) et du Centre d'Intervention en Abus Sexuel pour la Famille (CIASF) de Gatineau. Par ailleurs, des groupes d'intérêt relatifs aux A.A.A.S. se sont formés autour d'associations telles que le RIMAS (Regroupement des intervenants en matière d'agression sexuelle) ou le CRIPCAS (Le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles). Pour les fins de cette étude, neuf (9) responsables, i.e un provenant de chaque clinique pédopsychiatrique ou organisme psychosocial spécialisé, ont été rencontrés pour un entretien individuel, d'une durée allant de 60 à 90 minutes. Sur le plan des considérations éthiques en recherche, nous avons accordé de l'importance au fait de bien nous identifier, de présenter les objectifs de la recherche de façon succincte, claire et d'assurer la confidentialité des propos en garantissant qu'ils ne seraient pas rapportés d'une manière telle que la source puisse être identifiée. Les entretiens ont eu lieu entre mars 2003 et juin 2003 et ont été menés par deux étudiantes à la maîtrise en psychologie.

Grille d'entrevue

L'entrevue était structurée en fonction de dix thèmes, soit: a) les caractéristiques générales des services offerts aux A.A.A.S (année d'ouverture du centre, nombre de jeunes reçus annuellement, modalités de traitement); b) les caractéristiques des intervenants qui y travaillent (orientation théorique du programme, taille de l'équipe, genre, formation et années d'expérience de chacun); c) le processus de référence des adolescents au centre de traitement (organismes/personnes qui réfèrent, statut légal); d) l'évaluation clinique initiale (modalités, nombre de rencontre, professionnel responsable, contenu, protocoles et

instruments); e) les objectifs définis au terme de l'évaluation et l'orientation des adolescents vers un suivi (type d'objectifs définis, critères d'orientation vers un suivi individuel et/ou de groupe); f) les caractéristiques des traitements de groupe (modalités, professionnel responsable, ouverture à nouveaux participants en cours de route, objectifs et approches préconisés, évaluation post-traitement et fin de l'intervention); g) les caractéristiques des interventions individuelles (modalités, objectifs et approches préconisés, évaluation post-traitement et fin de l'intervention); h) les caractéristiques des interventions s'adressant aux parents (évaluation initiale de la famille, rencontres de bilan en cours de traitement, interventions familiales proprement dites); i) les stratégies de suivis post-traitement et j) les collaborations établies avec les ressources extérieures.

Analyses

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. L'analyse de contenu thématique (Denzin & Lincoln, 1994; Ghiglione & Matalon, 1978; Poupart et al., 1997) a été utilisée comme principal mode de réduction du matériel. Les dix thèmes généraux ont fourni les premières catégories de codage. Par la suite, des sous-catégories ont été élaborées en fonction des réponses obtenues aux quatre entretiens les plus longs. Par exemple, à la catégorie « orientation théorique du programme », ont été associées les sous-catégories « cognitivo-comportementale », « psychodynamique /analytique », « humaniste », « systémique » et « autres ». Une fois qu'une version définitive de la grille de codification a été arrêtée, l'ensemble des neuf entretiens a fait l'objet d'une analyse verticale. Tous les verbatim ont été analysés, un à un, par deux personnes, à savoir le premier auteur et l'une des étudiantes ayant mené les entretiens. Les deux juges ont alors comparé et discuté leur analyse respective. Des tableaux synthèse et des citations clé ont été tirés du matériel. Par la suite, des regroupements et des comparaisons inter-centres ont été faits (i.e. analyse horizontale), notamment en fonction de la dichotomie « milieux pédopsychiatriques » et « centres psychosociaux ». La section suivante présentera d'ailleurs trois extraits de ces tableaux synthèse.

Résultats

Caractéristiques générales des centres de traitement

La grande majorité des programmes psychosociaux offerts aux A.A.A.S. sont assez récents, leur mise sur pieds remontant au début des années 90. Le nombre de jeunes reçus en consultation varie beaucoup d'un endroit à l'autre. Ainsi, en 2002, les différents centres de traitement auraient reçu entre 8 et 63 A.A.A.S. Les responsables des cliniques pédopsychiatriques ont dit avoir évalué un plus grand nombre de jeunes (moyenne de 37 jeunes/ clinique/ année) en 2002 que les responsables des centres psychosociaux (moyenne de 20 jeunes/ centre/ année).

Presque tous les programmes sont dispensés sur une base ambulatoire (ou « externe »). Seul un centre propose un programme résidentiel c'est-à-dire pour des adolescents hébergés sur place. Les interventions spécialisées offertes dans

l'ensemble des centres s'inspirent d'une approche éclectique, regroupant une variété d'objectifs et de modalités. À ce sujet, plusieurs répondants ont fait part de leur désir de recourir à diverses modalités/ orientations de traitement, c'est-à-dire d'adopter un modèle mixte, combinant un «noyau» de stratégies cognitivo-comportementales à d'autres, issues de courants théoriques divers. L'utilisation de techniques comportementales proprement dites, telle que la sensibilisation voilée (technique qui suggère la masturbation mais empêche l'agresseur de conclure son fantasme dans le sens habituel et désiré) ou la satiété verbale (technique où l'on tente de «saturer» l'appétit sexuel déviant par la répétition jusqu'à l'écoeurement.), reste relativement rare et ne semble pas appropriée pour les besoins de la clientèle: *« peu d'adolescents ont des fantasmatisques déviantes importantes. Les techniques thérapeutiques appliquées aux adultes, comme la sensibilisation voilée, sont donc moins pertinentes »* (responsable no5).

D'un milieu à l'autre, il est possible de repérer l'influence du courant psychanalytique, systémique, humaniste, de la thérapie de la réalité de Glasser (1971), de la thérapie d'impact (Beaulieu, 1997; Jacobs, 1994), de l'analyse transactionnelle (Stewart, 1992) et de la thérapie «centrée sur les schémas» (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Sous cet angle, les trois cliniques pédopsychiatriques se démarquent par leur adhésion à une approche combinant spécifiquement les modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental, une combinaison qui n'est retrouvée dans aucun des centres psychosociaux (tableau 1). Finalement, les neuf programmes ont tous un volet «éducatif», qui se traduit habituellement par des séances d'éducation sexuelle, une sensibilisation aux séquelles de l'agression sexuelle sur les victimes ou des rencontres d'information sur l'alcool et les drogues.

Caractéristiques des intervenants

Le fonctionnement des neuf centres de traitement repose sur de petites équipes constituées de 3 à 9 intervenants ($x = 4,5$, $e.t. = 2,1$), parmi lesquels se retrouve environ deux femmes pour un homme. Les sexologues sont les plus nombreux ($n = 16$), suivis des psychologues ($n = 11$), des criminologues ($n = 9$), des travailleurs sociaux ($n = 6$), des psychoéducateurs ($n = 3$) et des pédopsychiatres ($n = 3$). Les sexologues sont pratiquement absents dans les hôpitaux ($n = 1$), mais très présents dans les organismes psychosociaux. Par ailleurs, un seul pédopsychiatre est associé aux organismes psychosociaux qui interviennent en fonction d'un modèle éducatif et cognitivo comportemental. En moyenne, ces praticiens ont 12, 2 ans d'expérience clinique mais le nombre d'années est très variable d'un praticien à l'autre soit de 1 à 34 ans. La supervision ou la formation continue reçues par les intervenants sont assez rares, la plupart des responsables interviewés s'identifiant au rôle du superviseur plutôt qu'à celui du supervisé. Ce résultat était un peu prévisible, compte tenu du haut niveau d'expertise des répondants.

Processus de référence des adolescents vers le centre de traitement

Les programmes offerts par les centres psychosociaux et les cliniques pédopsychiatriques se déroulent généralement en quatre temps : a) l'accueil de la référence et la pré-évaluation du jeune, b) l'évaluation initiale de l'adolescent, c) l'orientation vers un suivi individuel, familial ou de groupe (selon des critères propres à chaque centre) et, enfin, d) l'évaluation post-traitement.

Référence et pré-évaluation : Pour 80% à 95% des jeunes, le processus de référence initial est encadré par les deux principales lois pour mineurs: la Loi sur la Protection de la Jeunesse [ou LPJ] ou la Loi sur le Système de Justice pour les Adolescents [LSJPA/ LJC], autrefois Loi sur les Jeunes Contrevenants². Pour les autres jeunes, la consultation peut s'amorcer sur une base volontaire, sans qu'aucune loi ne l'encadre (tableau 1). Les jeunes sont alors référés par le réseau scolaire, les centres communautaires, les policiers, les avocats ou les parents. Ce dernier cas de figure peut inclure aussi des signalements LPJ non retenus ou des conduites sexuelles atypiques mais non résolument abusives. Les demandes de consultation volontaire sont plus souvent rencontrées dans les milieux pédopsychiatriques.

Tableau 1. Une partie des propos tenus sur les approches théoriques et le processus de référence

| Approches théoriques privilégiées | Processus de référence |
|--|--|
| <p>Pédopsychiatrique 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désir de se référer à différents modèles (cognitivo-cpt/ psychodynamique, systémique) pour le suivi individuel; - Pour le groupe, l'approche est plus cognitivo-cpt; - Une attention particulière est accordée à certains diagnostics DSM IV: impulsivité/ déficit attention avec ou sans hyperactivité. | <p>Pédopsychiatrique 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - La grande majorité vient des Centres jeunesse (LPJ ou LJC/ LSJPA); - 15% de la clientèle n'a pas de statut légal et est référé par psychiatre/ médecin famille/CLSC); - Il peut arriver que les parents amènent l'enfant de leur propre gré. |
| <p>Pédopsychiatrique 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se réfère principalement aux modèles psychodynamique et psychoéducatif; - Modèle mixte dans le groupe psychoéducatif, qui inclut des éléments cognitivo cpt; - Des membres ont été formés par l'équipe d'O.Kernberg, pour qui l'insistance est mise sur la fréquence des rencontres/ le cadre thérapeutique/l'analyse des contre-transferts. | <p>Pédopsychiatrique 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - La majorité vient maintenant des Centres jeunesse (foyers de groupe/centres réadaptation/ familles accueil); - Les tendances ont changé depuis les lois sur le signalement obligatoire: avant, les jeunes venaient plus des CLSC; - Il arrive parfois que les jeunes soient référés par leurs parents. |

² Nous continuons à nous référer à la LJC dans ce texte, malgré son remplacement par la LSJPA, étant donné le fait que des entretiens ont été réalisés en 2003.

Pédopsychiatrique 3

- Référence à une approche multidimensionnelle, bio psycho sociale, qui postule que l'être humain est complexe;
- Intervention de milieu thérapie visant la transmission de valeurs sociales par le milieu thérapeutique;
- Individuation des objectifs d'interventions, impliquant parfois une approche plus psychodynamique;
- De nombreux éléments sont tirés des approches cognitives;
- Ouverture de l'équipe à la nécessité d'une médication.

Psycho-social 1

- Essentiellement une approche cognitivo-affective;
- Mais aussi l'approche centrée sur les schémas de Young, Klosko et Weishaar, ainsi que la thérapie d'impact et l'analyse transactionnelle.

Psycho-social 2

- Originellement, l'approche était plus humaniste;
- Mais maintenant, elle se réfère au modèle cognitivo-cpt exclusivement.

Psycho-social 3

- La thérapie de la réalité de Glasser (1971) et la théorie du choix rationnel;
- Aussi, en bonne partie, l'approche cognitivo-cpt;
- Travaille de plus à partir d'une perspective systémique/ avec l'environnement;
- Ce n'est pas du behaviorisme classique en tant que tel.

Psycho-social 4

- Une approche cognitive essentiellement;
- Aussi, un peu humaniste (i.e. Rogers).

Pédopsychiatrique 3

- La majorité vient des Centres jeunesse (LPJ ou LJC/LSJPA).

Psycho-social 1

- Les jeunes viennent plus ou moins également des Centres jeunesse, CLSC, de la Direction de la Protection de la Jeunesse et des organismes communautaires (maison de jeunes);
- Parfois, des ressources spécialisées en déficience intellectuelle;
- Très rarement, vient directement des parents.

Psycho-social 2

- Exclusivement des Centres jeunesse.

Psycho-social 3

- La grande majorité vient des Centres jeunesse (LPJ ou LJC/LSJPA);
- Des CLSC dans 20% des cas;
- De l'école dans 20% des cas;
- Rarement de l'hôpital/ clinique pédo-psychiatrique, i.e deux fois/an.

Psycho-social 4

- La majorité vient des Centres jeunesse (LPJ ou LJC/LSJPA);
- Les autres proviennent des CLSC, milieux hospitaliers et scolaires, des parents, avocats et policiers;
- Cet organisme préfère recevoir les jeunes avant leur condamnation car il considère qu'autrement le processus s'étire et que les A.A.A.S. risquent d'avoir déjà souffert de graves déficits (ex: rejet des parents).

Psycho-social 5

- Cognitivo-cpt, programmation neuro linguistique (PNL) et la thérapie impact.

Psycho-social 5

- La majorité vient des Centres jeunesse (LPJ ou LJC/LSJPA), de la Direction de la Protection de la Jeunesse et des policiers;
- Certains viennent de l'hôpital/ clinique pédo-psychiatrique mais, 2 fois sur 3, il s'agit de jeunes victimes et non pas jeunes contrevenants;
- Rarement, la demande peut venir des parents.

Psycho-social 6

- Essentiellement un modèle «socio cognitif»;
- Comporte un important volet cognitif et éducatif (ex: sexualité/ habiletés interpersonnelles);
- Au début, s'inspirait davantage d'un modèle humaniste, mais il a ensuite décidé de se tourner vers un cadre plus rigoureux;
- Avec certains jeunes, il est nécessaire de travailler avec les techniques aversives issues des modèles behavioraux.

Psycho-social 6

- La grande majorité vient des Centres jeunesse (LPJ ou LJC/LSJPA);
- Très peu viennent des CLSC (environ 2%).

Invités à commenter les conditions de traitement favorisées par l'une et l'autre des lois pour mineurs, les répondants expriment clairement leur préférence pour la LSJPA. Quatre avantages sont attribués à celle-ci. Cette loi conférerait un plus grand pouvoir d'agir aux intervenants et un «cadre légal fort» sur lequel s'appuyer, principalement parce qu'elle est mieux définie et que le traitement fait alors partie intégrante de la sentence. D'autre part, les interviewés considèrent que cette loi facilite la responsabilisation du jeune face aux gestes qu'il a posés. Troisièmement, la croyance (...fondée?) voulant qu'un jeune sous la LSJPA soit plus dangereux semble assurer une relative rapidité dans l'amorce de la prise en charge. Les pressions peuvent alors provenir aussi bien du juge (ordonnance), du centre de réadaptation (sorties de fin de semaine conditionnelles au traitement) ou des proches de l'adolescent. Finalement, via la probation, un regard plus attentif serait porté à l'évolution du jeune au fil des mois.

Aux yeux des répondants, lorsque c'est la LPJ qui est mise en application, l'autorité et le pouvoir d'agir du clinicien s'en trouvent limités. Il arrive alors que le jeune banalise davantage les faits, qu'il ait du mal à assumer la responsabilité de ses gestes ou que son dossier soit fermé prématurément pour des raisons administratives.

Seuls deux répondants ont émis une opinion différente sur ces questions, en exprimant des réserves sur la mise en application des LCJ/LSJPA. Pour l'un, la criminalisation engendre des risques de stigmatisation de l'adolescent surtout lorsque les gestes paraissent moins graves et plus ambigus (ex: incitation à des contacts sexuels). Pour l'autre, sous la LSJPA, d'importants délais (parfois près d'un

an) peuvent survenir entre la plainte, le procès et le moment où le jeune arrive en traitement et cette attente diminue la motivation et la réceptivité à entreprendre un traitement.

Concernant les caractéristiques de la clientèle, une très grande majorité des répondants (8/9) ont indiqué que leur population cible est surtout constituée d'adolescents ayant agressé d'enfants plus jeunes, que ce soit dans un contexte intra familial ou extra familial. De 50% à 80% des jeunes auraient posé des gestes sexuels auprès d'un membre de la famille et ce, à plus d'une reprise. Les autres adolescents ont agressé des pairs ou des femmes adultes. Plusieurs praticiens considèrent toutefois qu'une partie de leur population cible «*échappe*» aux mesures de dépistage, d'évaluation et d'intervention mises en place. Il s'agit plus précisément: a) des enfants de moins de 10 ans, qui se ne sont généralement pas pris en charge³; b) des adolescents qui habitent des régions périphériques, où aucune intervention spécialisée n'est offerte; c) des adolescents ayant agressé une adolescente ou une femme adulte, qui seraient habituellement placés et suivis en Centres de réadaptation en fonction d'un «plan d'intervention général».

Description de l'évaluation clinique initiale.

Modalités. Dans chacun des centres de traitement, à l'évaluation de l'admissibilité du jeune succède une évaluation clinique pouvant comporter 1 à 5 rencontres, pour une durée totale allant de 2 à 12 heures. Dans les cliniques médicales, le pédopsychiatre contribue habituellement à l'évaluation des jeunes pour ce qui est des problématiques de santé mentale. Dans tous les centres, médicaux comme psychosociaux, les intervenants qui procèdent à l'évaluation sont aussi bien sexologues, criminologues, psychologues que travailleurs sociaux. La discipline de l'intervenant ne semble alors pas avoir d'importance, «*...tout le monde f[ait] tout*» (responsable no 3), puisqu'on installe un «*décloisonnement des professions*» (responsable no 8).

Contenu. L'évaluation initiale s'articule autour de quatre questions principales, à savoir: a) jusqu'à quel point l'adolescent peut reconnaître et comprendre le caractère problématique de ses comportements sexuels; b) quelles sont ses autres caractéristiques personnelles: symptômes concomitants, troubles liés à la consommation de substances psycho-actives, traits de personnalité pathologiques et attitudes envers autrui; c) quels sont les stressors psychosociaux qui ont marqué son existence (histoire personnelle, scolaire et médicale) et d) quelles sont les caractéristiques de son environnement familial actuel. En somme, cette évaluation cherche à définir les facteurs ayant favorisé le passage à l'acte. La majorité des dirigeants ont dit avoir pour but de repérer «*les déficits spécifiques*» et «*les facteurs contributifs liés au passage à l'acte*» (responsable no 4). Tel qu'en

³ Dans certaines régions, des changements graduels permettent de développer les services aux enfants ayant des comportements sexuels problématiques, mais les intervenants considèrent qu'il faudra quelques années pour qu'ils soient pleinement utilisés.

témoigne le tableau 2, d'un centre à l'autre, la collecte d'informations inclut toujours e) une investigation poussée de la sexualité (développement sexuel dans son ensemble, traumatismes sexuels et comportements sexuels problématiques antérieurs). Pour certains intervenants, il s'agit enfin: f) de vérifier la motivation à entreprendre un traitement; g) d'estimer les conséquences qu'a eu le dévoilement sur l'A.A.A.S.; et h) de prendre contact avec le milieu familial, voire même de l'évaluer.

Tableau 2. Une partie des propos tenus sur l'évaluation initiale et l'intervention de groupe.

| Objectifs de l'évaluation initiale | Objectifs poursuivis par l'intervention de groupe |
|---|--|
| <p>Pédopsychiatrique 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouver le sens que prend l'agir dans la vie du jeune; - Cibler les déficits spécifiques et les facteurs contributifs à la problématique sexuelle; - Identifier le niveau reconnaissance des gestes posés; - Évaluer les capacités du jeune de s'engager dans un traitement. | <p>Pédopsychiatrique 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amener l'A.A.A.S à bien connaître son cycle d'abus/ les facteurs en lien avec l'émergence de sa problématique; - Identifier les situations à risque et des comportements alternatifs permettant de réduire la récurrence. |
| <p>Pédopsychiatrique 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poser un regard sur le fonctionnement général du jeune dans différentes sphères vie; - Cerner l'ampleur de la problématique sexuelle et le niveau de reconnaissance des gestes posés; - Émettre certaines hypothèses à propos du sens que prend le symptôme; - Contextualiser le symptôme en fonction des caractéristiques de la personnalité. | <p>Pédopsychiatrique 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le volet thérapeutique/ psychodynamique: développer l'introspection et les capacités réflexives; - Dans le volet psychoéducatif, une approche plus structurée vise une connaissance par l'A.A.A.S. des facteurs contributifs à son abus. |
| <p>Pédopsychiatrique 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les facteurs liés à la problématique sexuelle; - Connaître la personne et ce qui la fait agir. | <p>Pédopsychiatrique 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préciser davantage la chaîne ou le cycle d'abus du jeune; - Prévenir la récurrence. |
| <p>Psycho-social 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dresser un portrait clinique du jeune; - Créer lien avec lui; - Réduire les résistances/ les attitudes défensives. | <p>Psycho-social 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervention «éducativo-thérapeutique», qui vise d'abord à faire progresser le degré de responsabilité du jeune face au délit; - Vise à désamorcer la résistance/ créer lien thérapeutique; - Éduquer sur le phénomène de l'agression sexuelle et la dynamique du délit; - Discuter de l'importance des différentes perceptions d'une même réalité. |

Psycho-social 2

- Situer le délit dans la vie du jeune;
- Avoir des détails pour se faire une idée des préférences sexuelles déviantes (prépondérant ou non?);
- Évaluer la présence d'autres agirs anti-sociaux;
- Évaluer le réseau de soutien du jeune;
- Évaluer la mesure dans laquelle le jeune est accessible ou réceptif au traitement.

Psycho-social 3

- Évaluer s'il y a une reconnaissance minimale du délit;
- Évaluer la motivation du jeune à venir en traitement.

Psycho-social 4

- À l'aide d'un protocole semi-structuré, recueillir des info sur la vie familiale, les antécédents de violence, la santé mentale, la consommation de substances psychoactives, le parcours scolaire et la sexualité actuelle;
- Évaluer la perception des gestes posés et la reconnaissance de leur aspect problématique;
- Évaluer le degré d'engagement dans une démarche de changement, la maturité du jeune et sa capacité de fonctionner en groupe.

Psycho-social 5

- Créer un lien de confiance avec le jeune;
- Identifier ses antécédents judiciaires, faire son génogramme, retracer son histoire personnelle, sexuelle et sociale;
- Déterminer un plan de traitement.

Psycho-social 2

- Modifier les préférences sexuelles déviantes;
- Développer des stratégies de prévention de la récidive;
- Modifier les cognitions inadéquates;
- Favoriser l' éducation sexuelle, l'empathie envers les victimes, le contrôle de la colère et l'affirmation de soi.

Psycho-social 3

- À partir des principes de la thérapie de la réalité, vise la satisfaction des besoins (ex: appartenance/ éprouver du plaisir/ exercer son pouvoir/ exercer sa liberté de choisir et de faire);
- Favoriser la tendance à faire des choix socialement acceptables.

Psycho-social 4

- Quatre grands volets, chacun ayant ses propres objectifs, soit:
- Amener le jeune à dévoiler complètement ses gestes et le sensibiliser aux possibles conséquences pour les victimes;
- Connaître le processus menant à l'agression et identifier des stratégies de prévention de la rechute;
- Corriger les erreurs de pensée et développer de l'empathie pour les victimes;
- Apprendre à gérer le stress/ la colère, résoudre les conflits interpersonnels et développer des relations amoureuses/ sexuelles consentantes.

Psycho-social 5

- Définir l'agression sexuelle et la violence avec les jeunes;
- Aborder la sexualité et les fantasmes afin travailler sur le cycle de l'abus;
- Connaître le cycle de l'abus et identifier des stratégies de prévention de la récidive;
- Favoriser certaines habilités sociales/ de communication;
- Corriger les erreurs de pensée;
- Développer de l'empathie (témoignages victimes et conséquences de l'abus);
- Aborder la question des émotions (via les techniques d'impact + la visualisation)

Psycho-social 6

- Identifier le degré de reconnaissance de la problématique et la compréhension qu'en a le jeune;
- Estimer son degré d'empathie envers la victime;
- Estimer les conséquences qu'a pu avoir le dévoilement sur lui;
- Connaître ses rapports avec le réseau familial et social;
- Apprécier les possibilités de consommation problématique, autres agirs délinquants ou troubles d'adaptation sociale;
- Formuler des impressions cliniques en vue de la formulation d'un diagnostic.

Psycho-social 6

- Présenter les règles de fonctionnement du groupe;
- Comprendre ce qu'est une agression sexuelle et les aspects légaux qui s'y appliquent;
- Amener les jeunes décrire leur geste et clarifier leur responsabilité;
- Présenter le processus d'abus sexuel à partir des outils de T.Kahn (Ex: planification/ vaincre les résistances de la victime/réactions du jeune avant/ pendant/ après/ etc.);
- Parler des conséquences de l'agression pour les victimes et favoriser le développement de l'empathie envers la victime;
- Développer un plan de prévention de la récidive;
- Renseigner le jeune sur les façons de bloquer son excitation sexuelle;
- Développer des habilités d'écoute/ d'expression et de gestion de la colère.

Protocoles et instruments. Plusieurs praticiens ont recours à des protocoles d'entrevue semi-structurée, (ex: protocole d'entrevue clinique de Madrigano, 1999; protocole d'entrevue d'accueil pour Parents-Unis Repentigny, protocole de collecte des données du CIDS Laval) qui ont alors une double fonction: grille balisant l'évaluation clinique et instrument de recherche permettant une cueillette systématique de données. Au cours de cette évaluation, les cliniques pédopsychiatriques spécialisées sont les seuls centres à se référer systématiquement au DSM-IV. Cette tendance est facile à comprendre puisque seuls les médecins sont autorisés, au Québec, à poser des diagnostics sur l'axe I. Dans les autres centres, le DSM-IV est très peu utilisé. Les répondants expliquent cette situation en affirmant que cette nosographie multiaxiale risque «d'étiqueter» indûment un adolescent alors qu'il est en plein développement psychologique et que le DSM IV apporte peu d'informations utiles à l'intervention proprement dite.

Dans tous les centres de traitement, divers inventaires et questionnaires structurés ont été traduits de l'anglais au français et sont administrés aux adolescents. Certains sont utilisés dans plus d'un centre (voir * dans le tableau 3), mais aucun instrument n'est utilisé systématiquement par tous. De manière à départager ces instruments les uns des autres, nous avons constitué trois catégories : a) les instruments qui ont été validés et dont la pertinence dans un protocole d'évaluation d'A.A.A.S est bien démontrée; b) les instruments qui ont été validés mais qui sont plus généraux et dont la pertinence dans un protocole d'évaluation d'A.A.A.S pourrait se discuter et c) les instruments «maison» et questionnaires qui, à notre connaissance, n'ont pas été validés (voir le tableau 3)

Tableau 3. Instruments et échelles utilisées

Catégorie 1 : instruments validés et spécifiques :

*Échelle de confort dans les relations interpersonnelle** (Dating questionnaire, Kirby, 1990 in: Lock & Vincent, 1995),
Échelle des croyances de Bumby (1996)
Inventaire d'empathie de Carich-Adkerson (1995),
Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II, Prentky & Righthand, 2003),
*Matson's Evaluation of Social Skills in Youngsters** (Matson, Rotatori, & Helsel, 1983),
Questionnaire sur l'attribution de la responsabilité (Gudjonsson et Singh (1989),
*Questionnaire des intérêts sexuels pour adolescents** (QISA, Becker & Kaplan, 1988),
*Questionnaire des cognitions pour adolescents** (QCA, Becker & Kaplan, 1988),
*Sex Knowledge and Attitude Test for Adolescent** (Lief, Fullard, & Devlin, 1987),
*Trauma Symptom Checklist-C** (Elliott & Brière, 1994)
*UCLA Loneliness Scale III** (Russell, 1996).

Catégorie 2 : instruments validés mais non-spécifiques :

Clinical measurement package de Hudson (1982),
Conners' Parent Rating Scale (1989),
*Coping Inventory for Stressful Situations- CISS** (Endler & Parker, 1990),
Échelle de dépression de Kovacs (Kovacs & Beck, 1977),
*Inventaire d'attachement aux parents et aux pairs** (Armsden & Greenberg, 1987),
*Inventaire de personnalité de Jesness** (1966, 1971),
Inventaire de dépression de Beck (Beck, Steer, & Brown, 1998),
Liste de symptômes SCL-90-R (Derogatis, 1994),
Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI, McCann, 1999),
Questionnaire d'évaluation personnelle (traduction du State Trait Anxiety Inventory, Bergeron, Landry & Bélanger, 1976),
*Self-Perception Profile for adolescents** (Harter, 1985),
Separation Individuation Test (Levine, Green, & Millon, 1986),
*Sous-échelles de différents tests d'intelligence**.
Tests projectifs (Rorschach et T.A.T)*

Catégorie 3 : instruments non validés :

Mes façons de penser (Young & Klosko, 1993),
Questionnaire d'auto évaluation destiné à l'adolescent (Duclos, Laporte, & Rose, 2002) et
*Questionnaire sur les attitudes sexuelles tiré du programme américain PHASE** (O'Brien, 1982; Stickrod-Gray & Wallace, 1992).

Lorsqu'on questionne les répondants sur leur grille et leurs instruments d'évaluation, ils font part d'une satisfaction très variable. Quelques-uns disent que leur protocole «*est en adéquation avec la littérature récente sur l'évaluation du risque de passage à l'acte*» (responsable 6), tandis d'autres nous indiquent qu'il faudrait «*tout réaménager, de fond en comble*» (responsable 2) étant donné la non spécificité des outils utilisés (ex: échelle de dépression ou d'intelligence) et l'absence d'étude de validation de diverses traductions françaises «*faites maison*». L'appartenance à un milieu hospitalier ou l'association d'un chercheur universitaire à l'équipe de traitement influencent de toute évidence l'ampleur et la nature des procédures d'évaluation mises en place. En effet, en milieu pédopsychiatrique, des tests psychologiques classiques (Q.I., MACI et tests projectifs) sont généralement utilisés, tandis que les chercheurs universitaires invitent les équipes à adopter une série de questionnaires standardisés. La plupart des instruments utilisés dans plusieurs centres (voir *) sont, en fait, partie intégrante de protocoles de recherche. Seuls l'inventaire de Jesness, le questionnaire sur l'attribution de la responsabilité de Gudjonsson et les tests projectifs sont répandus dans plusieurs centres sans faire partie d'un protocole de recherche.

Il peut arriver qu'une évaluation des préférences sexuelles via la phallométrie (i.e. mesure des érections pénienues de sujets exposés à différents stimuli sexuels) soit envisagée, mais cette procédure n'est pas courante. Elle est utilisée i) lorsqu'un mineur, près de la majorité, sera vraisemblablement transféré aux adultes, ii) lorsqu'on soupçonne des préférences sexuelles paraphiliques (ex: la présence de sadisme) ou qu'il y a d'importants éléments de minimisation ou de déni. Pour expliquer cette faible utilisation, les cliniciens invoquent différents motifs. L'adolescence étant une période de développement et de remaniement psychologique, il s'agirait d'un mauvais moment pour évaluer les préférences sexuelles, la précision et la fidélité test-retest de la mesure risquant de poser problème. Puis, il y a l'âge des sujets qui fait en sorte que certains répondants hésitent, pour des raisons éthiques, à les exposer à une procédure intrusive et stimulante. De plus, certains centres n'ont pas les moyens de s'offrir un dispositif d'évaluation relativement coûteux. Finalement, bien que deux responsables affirment être dotés du *Abel Screening System* (Abel, Lawry, Kalstrom, Osborn, & Gillespie, 1994) ils ne s'en sont jamais servis dans la mesure où ils en contestent la validité.

Définition des objectifs et orientation vers un suivi individuel et/ou de groupe.

Une fois que l'évaluation est terminée, les objectifs poursuivis peuvent être regroupés autour de six préoccupations principales (tableau 2) : a) favoriser la responsabilisation du jeune et sa reconnaissance des gestes posés; b) sensibiliser le jeune aux torts qu'il a pu causer à sa victime et engager un processus de réparation; c) encourager le jeune à réfléchir sur le processus qui l'a conduit à poser des gestes sexuels problématiques (ex: «*découvrir la place que prend le passage à l'acte dans sa vie*», «*connaître son cycle délictuel*», «*faire un travail sur sa propre victimisation*»); d) acquérir de nouvelles connaissances et de nouvelles habiletés au

plan sexuel (ex: «*éducation sexuelle*», «*apprendre à contrôler ses intérêts sexuels déviants*») ou du fonctionnement plus général (ex: «*acquérir des habiletés sociales*», «*faire des choix socialement acceptables*»); e) diminuer les risques de récurrence et; f) favoriser le «développement normal» des adolescents qui, dans bien des cas, est considéré «interrompu» ou à tout le moins perturbé (ex: «*favoriser une meilleure adaptation générale*», «*inciter les parents à ne pas démissionner*»). Malgré ces objectifs communs, il existe une grande variation dans la façon dont ils sont formulés. Ainsi, pour un cognitivo-comportementaliste, il s'agit «*de favoriser l'apprentissage du contrôle des intérêts sexuels déviants*» (responsable no 3) tandis que pour un clinicien d'orientation psychodynamique, il s'agit plutôt de «*favoriser un travail réflexif sur son monde interne et ses relations avec son entourage pour, qu'à la longue, le comportement-symptôme ne soit plus nécessaire et disparaisse*» (responsable 2). pour qui une meilleure mentalisation diminue la propension au passage à l'acte). En fonction de ces objectifs, le jeune sera habituellement orienté vers une intervention de groupe ou une intervention individuelle.

Les traitements de groupe.

La quasi totalité des centres (8/9) offre un suivi de groupe aux adolescents. Parmi les différentes approches qu'ont identifiées McKibben et Jacob (1993) figurent surtout: des groupe à vocation éducative, des groupes de connaissance du cycle de l'agression et de prévention de la récurrence et des groupes thérapeutiques à visée réflexive/ introspective. S'y ajoutent des groupes de sensibilisation à la délinquance sexuelle (ex: 8 rencontres axées surtout sur la responsabilisation du jeune face à ses gestes) et de « généralisation des acquis » (amener le jeune à mettre en pratique ce qu'il a appris, dans son quotidien)⁴.

Modalités. Le nombre de séances de groupe varie généralement selon le centre et l'approche préconisée. Il oscille entre 8 et 52 rencontres pour une moyenne de 30 rencontres. Il est à noter que les groupes offerts sur une plus longue durée sont ceux proposés dans les centres hospitaliers. Par ailleurs, les groupes de sensibilisation ou de généralisation des acquis sont habituellement plus courts. Dans l'ensemble, ces rencontres, d'une à deux heures, se tiennent sur une base hebdomadaire, à l'exception du groupe «à visée introspective» d'une des cliniques pédopsychiatriques où les rencontres sont bi-mensuelles. Le nombre de participants par groupe varie généralement de 4 à 10 jeunes. Il faut ici préciser que ce nombre reflète la taille initiale des groupes. En effet, il tend à diminuer au fur et à mesure que progresse le traitement. Le taux d'attrition est qualifié de «minime» (1 ou 2 jeune(s) par année) par les uns, mais de «significatif» par les autres (20%).

La tendance à regrouper les adolescents en fonction de certaines de leurs caractéristiques (ex: types de gestes sexuels, récidivistes versus non-récidivistes, négation versus reconnaissance des gestes) est très rare. Aux dires des répondants, les gestes posés et les profils se ressemblent beaucoup. Seuls deux centres

⁴. Les deux derniers types de groupe (sensibilisation et généralisation des acquis) sont implantés dans des milieux pédopsychiatriques.

regroupent, à l'occasion, les jeunes qui manifestent des paraphilies (telles que le voyeurisme, l'exhibitionnisme ou la zoophilie). En fait, la constitution de sous-groupes paraît plutôt associée à l'âge des sujets, la coupure étant généralement faite autour de l'âge de 14 ans. Lorsque le nombre de candidats le permet, des groupes de 11-14 ans et de 15-18 ans sont mis en place. Mais, dans les faits, cette possibilité paraît plutôt théorique, le petit nombre de jeunes faisant en sorte que des sous-groupes sont rarement constitués.

Le tableau 4 montre que différents critères d'exclusion sont prévus pour la modalité groupale. Il s'agit du sexe (féminin), de la langue maternelle (autre que le français), de la présence de troubles psychopathologiques concomitants, du maintien de résistances graves face à la reconnaissance du délit et de l'adoption d'attitudes de retrait ou d'attitudes perturbatrices envers les autres adolescents.

Tableau 4. Critères pour exclure les jeunes des interventions de groupe

| Critères d'exclusion (N d'interviewés le mentionnant) | Précisions sur ce critère |
|---|--|
| Troubles psychopathologiques concomitants (5/9) | Un diagnostic avéré de trouble mental sévère, de graves troubles d'apprentissage ou une déficience intellectuelle est un motif d'exclusion des interventions de groupe. (NB: six des neuf programmes de traitement « admettent » néanmoins les adolescents atteints de déficience intellectuelle, mais ne les suivent que sur une base individuelle). |
| Résistances importantes (4/9) | La négation ou le manque de reconnaissance « minimale » des gestes allégués est un motif d'exclusion. Au fil des ans, plusieurs centres ont formé des groupes de « négateurs ». La plupart de ces tentatives se sont avérées inefficaces... les adolescents ne se présentant pas aux rencontres ! Pour l'instant, seul un centre maintient un « groupe de sensibilisation ». Ailleurs, les jeunes négateurs sont, soit intégrés aux groupes réguliers (s'ils manifestent une reconnaissance minimale des gestes), soit pris en charge sur une base individuelle. |
| Âge (3/9) | Un sujet trop jeune (moins de 12 ans) ou n'ayant pas encore amorcé sa puberté est généralement exclus. |
| Genre (3/9) | Les rares filles qui consultent sont habituellement prises en charge sur une base individuelle. En effet, bien que la mixité dans les groupes soit pratiquée dans certains programmes américains, les personnes sondées au Québec y sont toutes opposées. A leurs yeux, la mixité risquerait d'installer de l'excitation, des comportements de séduction ou une amplification des résistances chez les jeunes. |
| Langue maternelle (2/9) | Les anglophones sont automatiquement dirigés vers un suivi individuel parce qu'ils sont peu nombreux dans la plupart des centres. |
| Attitudes problématiques envers les adolescents membres du groupe (2/9) | Les jeunes manifestant d'importantes difficultés relationnelles (gêne, retrait, évitement), des caractéristiques antisociales (ex: leadership négatif, incitation à consommer) ou attitude trop perturbatrice au sein du groupe (moqueries, bavardages, inattention) sont orientés vers une intervention individuelle. |

Finalement, bien que les répondants rapportent ne pas rencontrer beaucoup de jeunes délinquants appartenant à des minorités religieuses ou culturelles, ils s'accordent pour dire qu'*«il est plus difficile de travailler avec des groupes culturels ou religieux différents»*, (responsable no 1) sans que ce soit pour autant un motif de refus de traitement. Les répondants mentionnent qu'ils aménagent ces prises en charge en adoptant une stratégie d'intervention individualisée.

Par ailleurs, ces groupes se distinguent selon qu'ils sont fermés (aucun nouvel arrivant n'est admis après le démarrage), ouverts (possibilité d'accueillir des nouveaux arrivants) et semi-ouverts (possibilité d'accueillir de nouveaux arrivants, si des participants initiaux ont abandonné). L'arrivée de nouveaux participants dans les groupes ouverts ou semi-ouverts a bien entendu son influence sur le déroulement de l'intervention, par exemple sur la séquence des thèmes abordés qui ne sera pas la même pour tous.

Plusieurs répondants considèrent que la durée et le format actuels des interventions de groupe sont insuffisants pour répondre aux besoins de certains participants, en particulier lorsqu'ils ne sont pas suivis parallèlement sur une base individuelle. D'une part, la fin de journée, qui est la case horaire habituellement choisie pour tenir les séances, est jugée peu propice au traitement. Plusieurs répondants qui tiennent leurs rencontres de groupe après l'école, par nécessité, n'en pensent pas moins que plusieurs jeunes sont alors mal disposés, fatigués, affamés et préoccupés par leurs travaux scolaires. D'autre part, plusieurs considèrent que le temps imparti à certains volets, tels que l'éducation sexuelle, est trop court. Lorsque les intervenants estiment qu'un jeune a encore besoin d'intervention, celui-ci est orienté vers un traitement individuel ou incité à reprendre le programme de groupe lors d'un trimestre ultérieur. Aucun des répondants n'a remis en question plus fondamentalement la pertinence des thèmes abordés, leur séquence, ni la préférence qui est accordée aux approches de groupe dans l'ensemble des centres.

Objectifs et approches préconisés. Plus du deux tiers des interventions de groupe a pour objectif d'amener le jeune à reconnaître le «cycle de ses passages à l'acte» et les facteurs qui ont contribué à l'émergence de ses problèmes sexuels. De même, quasi toutes les interventions de groupe comportent un volet «prévention de la récidive» (tableau 2). Cette stratégie est décrite comme une méthode *«facilement compréhensible et intégrée»* (responsable no 1) par les jeunes. Les deux tiers des répondants ont aussi mentionné leur souhait de développer l'empathie des jeunes et de les sensibiliser aux conséquences de l'agression pour la victime. Dans au moins cinq des neuf programmes de traitement, il importe enfin de favoriser: la maîtrise de la colère et du stress, l'éducation sexuelle, l'acquisition d'habiletés sociales et de communication. *«On souhaite développer chez les jeunes des habiletés sociales qui vont leur permettre d'agir de façon socialement acceptable et d'avoir des alternatives à l'adoption de comportements sexuels problématiques»* (responsable no 9).

Parmi les objectifs qui diffèrent un peu d'un centre à l'autre, se retrouvent ceux voulant: a) confronter le jeune quant à son degré de responsabilité (en remettant en cause ses résistances); b) éduquer les jeunes sur certaines notions légales, de

manière à souligner le caractère répréhensible de leurs agressions sexuelles; c) favoriser le développement de comportements interpersonnels, amoureux et sexuels plus appropriés; et d) modifier les préférences sexuelles via des techniques comportementales telles que la sensibilisation voilée et la satiété verbale.

En général, les règles de fonctionnement du groupe sont établies par le thérapeute en début de suivi et touchent surtout le respect d'autrui, la confidentialité des propos tenus, la participation obligatoire et le possible signalement à la Direction de la Protection de la Jeunesse s'il se présente une situation de compromission de la sécurité et du développement d'un jeune. Une répondante décrit ainsi l'évolution typique d'une rencontre: *«Au départ on travaille beaucoup sur le cadre, puis de plus en plus sur le processus. Ce n'est pas pour rien qu'ils ont été mis en groupe, ce n'est pas juste pour sauver du temps. Durant la session, on travaille sur les relations, sur l'écoute de l'autre, comment donner du feedback, ce sont des objectifs qui sont extrêmement importants»* (responsable no 4).

Dans l'ensemble, il semble que les jeunes se conforment, du moins minimalement, à ces règles. Par contre, certains adolescents peuvent se voir exclus du groupe. C'est ainsi que les répondants soulignent que les jeunes qui *«ont une problématique de toxicomanie»*, *«des comportements perturbant la dynamique du groupe»*, *«des comportements qui perdurent même à l'extérieur des séances de thérapie, comme le taxage»*, *« qui semblent contaminer le reste des participants»*, *«qui ont des troubles de l'attention ou des problèmes de compréhension»* ne pourront poursuivre le traitement au sein du groupe. Lorsque le traitement suit son cours normal, après une période de discussion plus libre portant sur des sujets amenés par les jeunes (environ 30 minutes), divers thèmes prédéfinis sont abordés (ex: conséquences sur la victime, consommation d'alcool, etc), les jeunes étant régulièrement invités à réagir, commenter ou se positionner.

L'évaluation post-traitement et terminaison. Il semble y avoir deux façons de conclure qu'un jeune a complété le traitement: a) en fonction d'un nombre de séances préalablement déterminé par le programme, ou b) en fonction des progrès individuels qu'il a réalisés. Notre échantillon de répondants est partagé sur cette question. Pour la majorité des répondants (5/9), la fin du traitement survient lorsque les thérapeutes constatent que *l'ensemble des thèmes* a été abordé. Les autres considèrent plutôt que les groupes sont terminés lorsque *l'ensemble des objectifs* a été atteint par une majorité de participants: *«lorsque le jeune maîtrise son cycle d'abus et qu'on parvient à observer un changement dans son comportement au quotidien»* (responsable no 3). Il est à noter que peu de centres utilisent couramment des instruments standardisés pour évaluer les progrès réalisés (dans un devis évaluatif de type «pré- post traitement») et que ceux qui le font participent à des projets de recherche. Par contre, plusieurs (5/9) évaluent les connaissances acquises dans les ateliers portant sur l'éducation sexuelle ou ont recours à des échelles «maison» d'auto-évaluation de la participation (7/9).

Il est à noter, enfin, que l'association d'un chercheur universitaire à l'équipe de traitement influence aussi la nature des interventions mises en place puisque, dans

les centres où sont implantés des projets de recherche (4/9), une démarche de systématisation et rédaction d'un «manuel » de traitement a habituellement été entreprise.

Les interventions individuelles

Modalités. Tous les centres de traitement offrent des suivis individuels aux A.A.A.S. Contrairement aux suivis de groupe, le nombre de rencontres individuelles n'est pas pré-établi. Pour certains jeunes, l'intervention peut s'étendre sur 15 ou 30 rencontres alors que, pour d'autres, elle s'échelonne sur un an. Ces rencontres se tiennent sur une base hebdomadaire et sont d'une durée approximative d'une heure. De même, la séquence des thèmes ou des contenus d'entrevue y paraît moins structurée et programmée d'avance.

Dans sept centres sur neuf, aucun professionnel n'est spécifiquement en charge de cette modalité de traitement. Bien souvent une même personne a «*pour responsabilité de prendre en charge les suivis individuels et la thérapie de groupe*» (responsable no 9). A contrario, dans les centres hospitaliers, bien que les jeunes soient rencontrés par tous les types de professionnels à un moment ou un autre, la thérapie individuelle est généralement du ressort d'un psychologue.

Objectifs et approches préconisés. Le tableau 4 montre que les objectifs de la thérapie individuelle diffèrent peu de ceux visés par les interventions de groupe. Il est à noter que presque tous les centres (sauf l'un d'eux qui est plus strictement cognitivo comportemental) entendent profiter des suivis individuels pour aborder plus à fond les expériences de victimisation physique ou sexuelle subies par le jeune.

Tableau 2. Une partie des propos tenus sur les interventions individuelles et familiales

Pédopsychiatrique 1

- Prévenir la récidive;
- Favoriser la reprise du développement normal;
- Favoriser une démarche d'introspection;
- Parvenir à un meilleur fonctionnement aux plans relationnel, social et familial.

Pédopsychiatrique 2

- Composer avec certains retards dans le développement;
- Favoriser les capacités réflexives;
- Donner un sens au symptôme;
- Aborder les questions relatives à la victimisation ou l'exposition traumatique à la pornographie.

Pédopsychiatrique 1

- Oui;
- Voudraient que les parents soient des partenaires dans l'intervention auprès de l'adolescent;
- Mais en fait, les intervenants devaient souvent gérer des histoires de communication familiale difficile ou de contestation/ négociation des règles.

Pédopsychiatrique 2

- Oui; possible sur demande (i.e. de 35 à 40% des cas);
- L'intervention se centre sur la médiation entre la victime et l'agresseur dans les cas d'agression intra familiale.

Pédopsychiatrique 3

- Comprendre les facteurs qui sont derrière l'acte au quotidien;
- S'inscrire en complémentarité avec le plan de soin adopté par l'ensemble de l'équipe.

Psycho-social 1

- Créer un lien et une alliance thérapeutique;
- Découvrir les patterns cognitivo-affectifs associés aux différentes sphères de vie;
- Amener l'A.A.A.S à comprendre l'enchaînement des éléments dans son cycle délictuel .

Psycho-social 2

- Mêmes que pour l'intervention de groupe.

Psycho-social 3

- Même que pour l'intervention de groupe;
- Responsabiliser, amener le jeune à faire des choix responsables, améliorer la satisfaction de ses besoins, sa compétence sociale et son éducation sexuelle;
- développer des stratégies de prévention de la rechute;
- développer l'empathie envers la (les) victime(s).

Psycho-social 4

- Mieux intégrer les acquisitions faites dans l'intervention de groupe;
- Composer avec les besoins plus particuliers de chacun (ex: carences graves, victimisation antérieure, problèmes d'attachement durant l'enfance).

Psycho-social 5

- À l'aide d'une approche cognitivo comportementale et des éléments de thérapie brève, veut modifier à la fois les cognitions et les comportements;
- Plus spécifiquement, inviter l'A.A.A.S. à écrire une lettre aux victimes.

Psycho-social 6

- Développer une alliance thérapeutique/ les aider à investir la relation d'aide avec les adultes;
- Essentiellement les mêmes objectifs que pour les interventions de groupe;
- Plus approfondi en individuel: donne plus d'informations et invite le jeune à s'exprimer davantage;
- Aborder aussi les problèmes quotidiens que les jeunes rencontrent et qu'ils n'osent pas aborder en groupe (ex: gêne, dépression, anxiété.)

Pédopsychiatrique 3

- Oui.

Psycho-social 1

- Oui, possibilité sur demande.

Psycho-social 2

- Non.

Psycho-social 3

- Oui, possibilité sur demande.

Psycho-social 4

- Oui, si nécessaire pour dédramatiser et éviter le rejet de l'A.A.A.S (ex: ne pas le traiter d'irréparable);
- On vise à identifier les zones d'inconfort, apprendre à différencier les problèmes du jeune et le rôle parental.

Psycho-social 5

- Non, parce qu'ils se considèrent peu formés à ce niveaux;
- Mais ils voudraient s'adjoindre un travailleur social dans un avenir rapproché.

Psycho-social 6

- Oui, de façon ponctuelle s'il apparaît un besoin spécifique et que l'accord du jeune est obtenu.

Le plus souvent (6/9 centres), le suivi individuel est conçu comme une stratégie complémentaire au groupe, en ce sens qu'il permet une reprise des thèmes qui n'auraient été qu'effleurés, donne une occasion de les approfondir et incite le jeune à se les approprier de manière plus personnelle. *«C'est essentiel, cela permet de travailler plus spécifiquement avec le jeune »*, d'accéder à *« une intégration de connaissances »* (responsable no 8), à *«une réappropriation personnelle des divers éléments soulevés en groupe »* ou à *«l'établissement d'un lien unique avec le thérapeute »* (responsable no 2). Parfois (3/ 9 centres), l'intervention individuelle est conçue comme une modalité spécifique, réservée aux sujets les plus motivés ou aux adolescents présentant des difficultés particulières: une lenteur intellectuelle, une paraphilie spécifique, des antécédents de victimisation personnelle ou une exposition précoce à la pornographie. *« Tous les ados ne sont pas capables de fonctionner en groupe »* (responsable no 1), *« certains jeunes ont des besoins particuliers qu'il convient de travailler en suivi individuel »*. Finalement, la modalité individuelle est utilisée lorsqu'il n'y a pas assez de jeunes pour constituer un groupe.

L'évaluation post-traitement et terminaison. Tout comme dans les suivis de groupes, des absences trop fréquentes ou un investissement insuffisant par le jeune peuvent justifier la fin prématurée de l'intervention individuelle. Ces quelques cas d'interruptions prématurées mis à part, l'intervention individuelle se conclut lorsque les objectifs sont considérés atteints: lorsqu'il est *«possible d'observer une amélioration dans le fonctionnement général du jeune»* ou *«une bonne intégration des différents points couverts»* (responsable no1). La majorité des répondants souhaite qu'une *«décision conjointe entre le thérapeute et l'adolescent» mette fin au traitement»* mette fin au traitement, dès *« que le jeune se sent prêt à terminer »*. Par contre, pour deux autres praticiens, le critère déterminant la fin de l'intervention individuelle est le même que celui appliqué au groupe soit: *« la fin des thèmes à aborder »*. De nouveau, le recours aux instruments standardisés pour procéder à l'évaluation post-traitement s'avère très rare.

Les interventions destinées aux parents

Pour la majorité des répondants, *«le simple fait que le jeune retourne vivre tôt ou tard dans sa famille»* justifie qu'une place soit accordée aux parents tout au long du processus d'évaluation et d'intervention. Ceux-ci peuvent être vus à différents moments (tableau 4).

Évaluation initiale de la famille. Dans tous les centres, les parents ou les tuteurs légaux sont reçus une première fois, au moment de l'évaluation du jeune, afin de présenter l'équipe d'intervenants et son programme de traitement. Il est à noter que dans un centre, les parents sont vus en groupe, tous à la fois, pour cette rencontre d'information. Selon trois des répondants (3/9), il s'agit alors d'expliquer les modalités d'évaluation, les objectifs du traitement éventuel et le contenu du rapport pouvant être remis à l'institution ou aux personnes ayant référé le jeune. Pour deux autres répondants, outre cette transmission d'information, il convient d'établir l'anamnèse de l'enfant et d'essayer d'en arriver à une compréhension satisfaisante de la situation familiale. Deux répondants considèrent encore que l'entretien

d'accueil donne aux parents l'opportunité de « ventiler » et d'exprimer ce qu'ils ressentent depuis que les gestes sexuels de l'adolescent ont été allégués/ dévoilés. Finalement, cette première rencontre permettrait d'évaluer jusqu'où les parents sont prêts à s'impliquer dans le traitement à venir.

Rencontres de bilan en cours de traitement. Dans quatre des neuf centres, des « rencontres de mi parcours » sont prévues. Selon les endroits, les parents peuvent être vus en groupe ou sur une base individuelle, à tous les mois, à mi-traitement ou encore aux quatre mois. Ces « bilans » ont habituellement pour but d'expliquer aux parents le processus du passage à l'acte chez leur adolescent et le sens qui peut être attribué aux actes commis. Ils tentent aussi d'exposer aux parents un plan de prévention de la récidive.

Comme l'ont précisé certains, la présence des parents aux entrevues n'est jamais assurée. En effet, près de la moitié des répondants (4/9) ont évoqué qu'une « faible minorité de personnes » se présentant aux rendez-vous et qu'ils s'impliquent peu. Quatre centres ne rencontrent les parents que s'ils en font la demande (en générale, une à deux fois pour toute la durée du traitement). Un répondant a indiqué qu'il considérerait que c'était aux délégués de la Direction de la Protection de la jeunesse de voir les personnes responsables de l'enfant.

Cinq centres proposent toutefois aux parents des suivis, qui visent à : a) dédramatiser la situation entourant le dévoilement; b) désamorcer un éventuel rejet de l'enfant ou une possible tendance à le considérer « irrécupérable »; c) identifier les zones d'inconfort et les difficultés dans la relation avec l'enfant; et d) conseiller les parents dans leurs pratiques éducatives et disciplinaires. Pour ces répondants, le suivi des parents s'impose, étant donné l'importance des problèmes de communication et des dysfonctionnements familiaux. À leurs yeux, cette pratique est d'autant plus nécessaire dans les cas d'agressions intrafamiliales. En effet, les auteurs d'inceste dans la fratrie reviennent habituellement vivre dans la famille après une période de séparation, de telle sorte qu'une « médiation entre l'agresseur et la victime » paraît indispensable.

Interventions familiales proprement dites. Aucun centre de traitement n'offre aux parents une intervention familiale proprement dite, tels que le « Parent management training », l'intervention multisystémique ou la thérapie familiale fonctionnelle ou structurale.

Groupes de soutien. Les groupes de soutien offerts aux parents sont relativement rares (3/9) et ce, même si tous les répondants interrogés considèrent qu'ils sont « très importants », voire « essentiels ». Il est à noter que les trois groupes présentement offerts sont dispensés dans des centres psychosociaux et non pas médicaux. Leur durée est très variable, allant de 6 à 20 heures (NB: un centre propose un groupe de 70 heures aux mères ayant elles-mêmes subi une agression sexuelle).

Les objectifs qui y sont poursuivis sont multiples : a) briser l'isolement dans lequel pourrait se trouver la famille; b) apporter du soutien aux parents; c) responsabiliser les parents face à la situation; d) les amener à verbaliser leurs sentiments face aux délits commis par leur enfant; e) les informer quant aux paramètres légaux en vigueur et aux conséquences des agressions sexuelles pour la victime; f) les sensibiliser aux stratégies de prévention de la récidive (un centre a même pris l'habitude d'élaborer un plan de prévention de la récidive destiné spécifiquement aux parents) et; g) intervenir sur l'affirmation de soi ou la culpabilité excessive des parents.

Les participants à ces groupes sont décrits par les répondants comme ayant des compétences parentales limitées, des problèmes de personnalité, une incapacité à garder un emploi stable, bref des individus relativement dysfonctionnels et vulnérables. Selon quatre répondants, une présence très prédominante des femmes dans ces groupes est à noter.

Spécifions que trois des centres qui ne proposent pas de groupes aux parents ont déjà tenté d'en établir, mais en vain. Nombreuses sont les raisons avancées pour expliquer cet insuccès. Il semble que a) la mise en place d'un tel groupe exige beaucoup d'efforts (ex: « *cela demande plus de ressources*»), b) l'absentéisme des parents est très important; c) les parents préfèrent être suivis sur une base individuelle ou conjugale; d) la situation groupale génère chez eux de l'embarras et d'importants malaises; et e) les situations familiales sont trop hétérogènes pour qu'une «mise en commun» soit fructueuse, et f) le «double suivi» du jeune et de sa famille peut créer, pour l'intervenant, des conflits de rôles ou d'allégeance surtout lorsque l'adolescent profite de la situation pour blâmer ses parents.

Les suivis post traitement

Dans plus des deux tiers de ces centres (7/9), aucun suivi post traitement (ou «*follow up*») n'est mis en place. Pour l'un des centres, un suivi bi-annuel est en place et pour l'autre, le suivi se fait trois mois après la fin du traitement. Ils ont pour objectif de vérifier le maintien des acquis. Il faut toutefois prendre en considération le fait que deux autres centres indiquent aux adolescents que leur «*porte sera toujours ouverte*».

Description des collaborations avec les ressources extérieures.

Les neuf centres ont établi des liens de partenariat avec divers collaborateurs extérieurs. Pour chacun, une collaboration est systématiquement établie avec les Centres jeunesse. Il peut s'y ajouter des discussions avec les écoles, des avocats, certains médecins, les CLSC, de même qu'avec l'agent de probation du jeune. Les échanges entre tous ces intervenants se font généralement par téléphone, bien qu'il puisse arriver que des rencontres en personne aient lieu. Dans les Centres jeunesse, certains collaborateurs sollicitent eux-mêmes les centres au moment d'élaborer leur propre plan d'intervention. L'objectif poursuivi est alors la généralisation des acquis dans l'unité de vie. Les répondants interrogés considèrent

que, dans l'ensemble, il serait judicieux d'installer une meilleure coordination avec les instances judiciaires, les intervenants sociaux et les psychoéducateurs des adolescents placés en institution.

Spécificités du traitement avec les adolescents

Aux yeux des répondants, divers éléments distinguent les traitements pour adolescents agresseurs par rapport à ceux dispensés aux adultes. Pour les uns, c'est la dimension familiale qui fait toute la différence, d'où la nécessité d'intervenir auprès des parents. Pour les autres c'est plutôt la nécessité de prendre en compte l'âge et le niveau de développement des jeunes participants. Cela implique plus spécifiquement: a) la croyance en un meilleur pronostic, « *la déviance n'étant pas installée, le travail est plus aisé*»; b) une préoccupation pour les enjeux du développement normal car il s'agit « *d'aider le jeune à cheminer vers l'âge adulte* »; c) la nécessité « *d'adapter les exercices et le travail thérapeutique* », notamment en adoptant « *une approche moins formelle* », « *plus de recours à de la discipline* » et « *plus d'activités papier-crayon* ». Dans un des programmes, par exemple, « *les thérapeutes remettent à l'ado un cahier sur lequel est inscrit sa chaîne délictueuse et ce qui lui reste à faire pour éviter de progresser dans cette chaîne* » (responsable no 6).

Discussion

Nos résultats montrent qu'entre les neuf centres de traitement, il existe plusieurs ressemblances. Ainsi, tous les centres de traitement i) reposent sur des équipes multidisciplinaires incluant une majorité de femmes; ii) évaluent de façon systématique et approfondie le développement sexuel des adolescents; iii) n'ont recours qu'occasionnellement à la phallométrie; iv) poursuivent des objectifs centrés sur la responsabilisation, la compréhension du cycle de passage à l'acte, le développement de l'empathie envers la victime et la mise en place de stratégies de prévention de la récidive; v) préfèrent intervenir dans le cadre de la LSJPA et sur une période allant de 10 semaines à un an et demi; vi) offrent des traitements multi-modaux (suivis de groupes, suivis individuels, entretiens avec les parents); vii) ont quelques critères d'exclusion pour l'intervention en groupe et viii) mettent en place des suivis individuels pour intervenir auprès des cas particuliers. Par ailleurs, ces centres se réfèrent à un ensemble de références théoriques assez diversifiées parmi lesquelles figurent surtout les courants cognitivo comportemental, humaniste et la thérapie d'impact.

De nombreuses différences existent aussi et elles soulèvent des questions importantes. Les différences observées entre les services sont-elles liées aux clientèles? Aux ressources disponibles? Devrait-il y avoir une meilleure harmonisation des pratiques? Par exemple, faut-il se réjouir ou s'inquiéter du fait que la durée des interventions soit si variable? Les services aux parents ou le suivi post-traitement sont-ils des services indispensables, susceptibles d'augmenter l'efficacité des interventions et qui devraient être plus répandus? Une évaluation plus systématique des programmes permettrait sûrement d'apporter un certain éclairage

sur ces questions. En attendant, la principale implication de nos résultats est certes de montrer qu'il n'existe pas une approche unique, mais bien diverses approches au Québec dans le traitement des AAAS.

Si l'on compare les pratiques québécoises à l'ensemble des pratiques nord américaines, quelques distinctions peuvent être faites. Au niveau des instruments d'évaluation, l'utilisation assez répandue au Québec de l'inventaire de Jesness ne trouve pas beaucoup d'écho dans les textes américains. De fait, selon le *Mental Measurements Yearbook* (Buros Institute, 2006), l'Inventaire de Jesness évalue très mal les attitudes envers la sexualité. Les auteurs du Buros Institute écrivent: «L'utilisateur devrait être conscient que des mesures additionnelles peuvent être nécessaires (en ce qui concerne les attitudes face aux passages à l'acte sexuel) tout comme pour d'autres variables qui ne sont pas appréciées par le Jesness» (p. 4). À l'inverse, certains des instruments mis de l'avant dans les textes anglo-saxons (i.e. les QISA, QCA, MASA, J-SOAP II ou ERASOR) sont relativement peu utilisés au Québec (en fait, ils ne le sont que dans un ou deux centres). Or, la plupart de ces instruments sont des grilles d'évaluation des distorsions cognitives ou des instruments de prédiction des risques de récidive. Il faut donc conclure que la préoccupation qu'ont les intervenants québécois pour la prévention de la récidive ne se traduit pas forcément dans leur choix d'instruments d'évaluation. On peut se demander comment ils font pour distinguer les adolescents peu dangereux de ceux qui pourraient devenir des récidivistes. À la lumière des meilleures pratiques reconnues actuellement, on peut affirmer que la majorité des organismes québécois devraient utiliser davantage des grilles d'évaluation des distorsions cognitives ainsi que des instruments de prédiction des risques de récidive.

Au plan des prises en charge et en se référant à la typologie de McKibben et Jacob (1993), plusieurs ressemblances existent entre le Québec et le reste de l'Amérique du Nord. En effet, les interventions de groupe à vocation éducative, les stratégies cognitivo comportementales et la prévention de la récidive occupent les premières places. Deux centres mettent aussi en place des groupes à vocation introspective. Toutefois, on n'observe pas au Québec l'engouement que suscitent chez les anglophones les approches familiales ou multi systémiques (ex: Henggeler, Schoewald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 1998). Il s'avère aussi que le grand nombre de sexologues intervenant dans les centres québécois se traduit par un nombre tout aussi important d'ateliers d'éducation sexuelle. Il faut enfin signaler que la distinction entre les objectifs des interventions de groupe et des interventions individuelles n'est pas très claire et que, dans certains centres, le choix de l'une ou l'autre paraît surtout déterminée par la disponibilité des ressources professionnelles ou le nombre d'A.A.A.S. en consultation à tel ou tel moment de l'année.

Invités à comparer les traitements pour adolescents à ceux pour adultes, la majorité de nos interviewés ont évoqué la nécessité d'aménager les stratégies d'intervention afin de les rendre plus concrètes et accessibles aux jeunes, ainsi que l'importance d'accorder une place aux parents. Or, compte tenu de cette réponse, il est frappant de constater que les groupes destinés aux parents restent, dans plusieurs centres, une stratégie désirable, mais non implantée sur une base

régulière, tandis que les interventions familiales proprement dites sont quasi-inexistantes. Quelques interprétations sont ici possibles: a) la difficulté à engager les parents dans le suivi a fini par démotiver les intervenants; b) les centres n'ont pas les ressources humaines et financières pour offrir ces services; et c) les intervenants n'ont pas la formation nécessaire pour faire de l'intervention familiale.

Finalement, tout au long de ce texte, les cliniques pédopsychiatriques ont été comparées aux centres psychosociaux et communautaires. À partir de cette dichotomie, diverses spécificités ont pu être repérées. Ainsi, comparativement aux autres centres, les trois cliniques en milieu hospitalier: a) se réfèrent au DSM IV et adhèrent à une approche combinant notamment les modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental; b) ont recours occasionnellement à des évaluations intellectuelles et instruments projectifs (ils ont donc un psychologue dans leur équipe); c) ne comptent pas souvent sur les services d'un sexologue; d) disent accueillir un plus grand nombre de jeunes (moyenne de 37 jeunes/ clinique/ année, donc environ trois ou quatre groupes annuels); e) mettent en place des procédures d'évaluations plus longues; f) ont tendance à accueillir plus de jeunes sans statut légal; g) mettent en place des stratégies d'intervention plus longues; h) offrent plus souvent deux types d'interventions de groupe (groupe à visée réflexive/ introspective ou un groupe de «généralisation des acquis ») ; i) n'offrent plus de groupes aux parents, après avoir tenté l'expérience et en avoir fait un bilan mitigé; j) ne proposent pas systématiquement de suivi post traitement, même si leur porte «reste ouverte». Certes, il aurait été intéressant de comparer les interventions dispensées en Centre jeunesse, en clinique semi-privée et dans les organismes communautaires, mais la petite taille de l'échantillon ne le permettait pas.

Cette étude comporte les limites inhérentes à toute analyse du discours: elle témoigne des pratiques telles qu'elles sont perçues et rapportées par les interviewés. De plus, les clientèles desservies d'un centre à l'autre n'ont pas été documentées de façon précise, ce qui aurait pu éclairer les différences observées au niveau des pratiques. Dans une prochaine étape, il serait donc intéressant de compléter ce portrait en analysant un certain nombre de données directement tirées des dossiers cliniques (ex: profil de la clientèle, processus de référence, taux d'exclusion dès l'évaluation initiale, durée des suivis de groupe et individuels, taux de fin prématurée du traitement, fréquence des échanges avec les collaborateurs extérieurs etc.) afin de brosser un portrait plus objectif. Déjà une recherche en cours depuis deux ans auprès de ces centres montrent que même si certains centres offrent théoriquement une intervention de groupe, il arrive que certaines années aucun groupe ne soit implanté en raison d'un manque de clientèle.

Références

- Abel, G.G., Lawry, S.S., Kalstrom, E., Osborn, C.A. et Gillespie, C.F. (1994). Screening tests for pedophilia. *Criminal Justice & Behavior*, 21(1), 115-131.
- Allard-Dansereau, C., Haley, N., Hamane, M., & Bernard-Bonnin, A-C. (1997). Pattern of child sexual abuse by young aggressors. *Child Abuse and Neglect*, 21 (10), 965-974.
- Armsden, G.C., & Greenberg, M.T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16 (5), 427-454.
- Auclair, N., Jacob, N., & Quenneville, R. (2001). Le traitement des adolescents agresseurs sexuels. *Premier Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle*. Québec, 2001.
- Barbaree, H.E., Marshall, W.L., & Hudson, S.M. (1993). *The juvenile sex offender*. New York: Guilford Press.
- Beaulieu, D. (1997). *Techniques d'Impact pour l'intervention en psychothérapie, relation d'aide, santé mentale*. Lac Beauport: Les Éditions Académie Impact.
- Beaulieu, N. (1990). De jeunes agresseurs sexuels rencontrent des victimes. *Justice*, 12(4), 7.
- Beck A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1998). *Beck Depression Inventory Manual*. Toronto: Psychological Corporation.
- Becker, J.V., & Kaplan, M.S. (1988). The assessment of adolescent sexual offenders. *Advances in Behavioral Assessment of Children and Families*, 4, 97-118.
- Bergeron, J., Landry, M., & Bélanger, D. (1976). The development and validation of a French form of the state-trait anxiety inventory. In C.D. Spielberger & R. Diaz-Guerrero (Eds). *Cross-cultural anxiety* (pp. 41-50). Washington DC: Hemisphere Publishing.
- Bernard, S., & Rousseau, J.P. (2001). *Devrait-on obliger les parents à s'impliquer dans le processus thérapeutique lorsque l'on intervient auprès des adolescents agresseurs sexuels?* Premier Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle. Québec, 2001.
- Bonner, B., Marx, B.P., Thompson, J.M., & Michaelson, P. (1998). Assessment of adolescent sexual offenders. *Child Maltreatment*, 3 (4):374383.
- Borduin, C.M., Henggeler, S.W., Blaske, D.M., & Stein, R.J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34 (2), 105113.
- Bourke, M.L., & Donohue, B. (1996). Assessment and treatment of juvenile sex offenders: An empirical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5(1), 4770.
- Brannon, J.M., & Troyer, R. (1991). Peer group counseling: A normalized residential alternative to the specialized treatment of adolescent sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35 (3), 225-234.
- Brownell, P., & Aylward, J. (2005). Contemporary gestalt therapy theory: Organizing perspective for juvenile sex offender treatment. *Gestalt Review*, 9(2), 175-190.
- Bumby, K.M. (1996). Assessing cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE Scales. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment*, 8(1), 37-54.
- Buros Institute of Mental Measurement (2006). Jesness Inventory-Revised; Test Review Online. Disponible en ligne: <http://www.unl.edu/buros/bimm/html/index00.html>. Consulté le 20 mai juin 2006.
- Carich, M.A., & Adkerson, D.L. (1995). *Adult Sexual Offender Assessment Packet*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Conners, K. (1989). *Conners' Parent Rating Scale*. North Tonawanda, NY: Multi Health Systems.
- Denzin, N., & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: National Computer Systems Inc.

- Dubé, R., & Hébert, M. (1988). Sexual abuse of children under 12 years of age: A review of 511 cases. *Child Abuse and Neglect*, 12, 321-330.
- Dubé, R., & St-Jules, M. (1987). *Protection de l'enfance, réalité de l'intervention*. Chicoutimi : Gaëtan Morin.
- Duclos, G., Laporte, D., & Ross, J (2002). *L'estime de soi des adolescents*. Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Elliott, D.M., & Briere, J. (1994). Forensic sexual abuse evaluations of older children: Disclosures and symptomatology. *Behavioral Sciences and the Law*, 12(3), 261-277.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A(1990). *CISS : Coping Inventory for Stressful Situations. Manual*. Toronto: Multi Health Systems.
- Gerber, J. (1994). The use of art therapy in juvenile sex offender specific treatment. *Arts in Psychotherapy*, 21(5), 367-374.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1978). *Les enquêtes sociologiques: théories et pratiques*. Paris: A. Collin.
- Glasser, W. (1971). *La "reality therapy", nouvelle approche thérapeutique par le réel*. Paris: Epi.
- Goocher, B.E. (1994). Some comments on the residential treatment of juvenile sex offenders. *Child and Youth Care Forum*, 23(4), 243-250.
- Graves, R.B., Openshaw, D.K., & Adams, G.R. (1992). Adolescent sex offenders and social skills training. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36 (2), 139-153.
- Gudjonsson, G.H., & Singh, K.K. (1989). The revised Gudjonsson Blame Attribution Inventory. *Personality and Individual Differences*, 10(1), 67-70.
- Hagood, M.M. (1994). Group art therapy with adolescent sex offenders: An American experience. In M. Liebmann (Ed), *Art therapy with offenders* (pp. 197-219). Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Harter, S. (1985). *The Self-Perception Profile for Children: Revision of the Perceived Competence Scale for Children*. Manual. University of Denver.
- Henggeler, S.W., Schoewald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D. & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Hoghugh, M.S., Bhate, S.R., & Graham, F. (1997). *Working with sexually abusive adolescents*. London: Sage.
- Hudson, W.W. (1982). *A clinical measurement package: A field manual*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Institut de la statistique du Québec (2000). Page web consultée de 9 janvier 2005.
- Jacobs, E. (1994). *Impact Therapy*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Jacob, M. (1999). Le traitement des adolescents agresseurs sexuels en clinique externe. *Forensic, revue de psychiatrie et de psychologie légale*, 21, 19-22.
- Knight, R.A., & Cerce, D.D. (1999). Validation and revision of the Multidimensional Assessment of Sex and Aggression. *Psychologica Belgica*, 39 (2/3), 135-161.
- Knight, R.A., Prentky, R.A., & Cerce, D.D. (1994). The development, reliability, and validity of an inventory for the multidimensional assessment of sex and aggression. *Criminal Justice and Behavior*, 21(1), 729-740.
- Kraemer, B.D., Spielman, C.R., & Salisbury, S.B. (1995). Juvenile sex offending psychometric assessment. In B.K. Schwartz & H.R. Cellini (Eds) *The Sex Offender: Vol. 1. Corrections, Treatment and Legal Practice* (pp. 11-111.13). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Lagueux, F., & Tourigny, M. (1999). *État des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuel*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Levine, J. B., Green, C. J., & Millon, T. (1986). The Separation-Individuation Test of Adolescence. *Journal of Personality Assessment*, 50, 123-137.
- Lief, H.I., Fullard, W., & Devlin, S.J. (1990) A new measure of adolescent sexuality: SKAT-A. *Journal of Sex Education and Therapy*, 16(2), 79-91.

- Lock, S.E., & Vincent, M.L. (1995). Sexual decision making among rural adolescent females. *Health Values, 19*, 47-58.
- Madrigano, G. (1999). *Vers la validation d'un protocole d'évaluation pour les adolescents ayant commis des crimes sexuels: entrevue et questionnaire*. Thèse doctorale non publiée, Université de Montréal.
- 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). *Behaviour Research and Therapy, 21*(4), 335-340
- McCann, J.T. (1999). *Assessing adolescents with the MACI: Using the Millon Adolescent Clinical Inventory*. New York: John Wiley.
- McKibben, A., & Jacob, M. (1993). Les adolescents. In J. Aubut (Ed.), *Les agresseurs sexuels, théorie, évaluation et traitement* (pp. 267-279). Montréal: Chenelière.
- Morenz, B., & Becker, J.V. (1995). The treatment of youthful sexual offenders. *Applied and Preventive Psychology, 4*(4), 247-256.
- O'Brien, M. (1982). Program for Healthy Adolescent Sexual Expression. In F.H. Knopp (Ed), *Remedial intervention in adolescent sex offenses: Nine program descriptions* (pp. 64-72). Syracuse, NY: Safer Society Press.
- Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pirès, A.P. (1997). *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Prentky, R., & Edmunds, S.B. (1997). *Assessing sexual abuse: A resource guide for practitioners*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Prentky, R., & Righthand, S. (2003). *Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II) Manual*. Document NCJ 202316. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention's Juvenile Justice Clearinghouse. <http://www.csom.org/pubs/JSOAP.pdf>. Consulté le 15 juin 2004.
- Prentky, R., Harris, B., Frizzell, K., & Righthand, S. (2000). An actuarial procedure for assessing risk in juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 12*(2):7193.
- Proulx, J., & Lafortune, D. (2003). La diversité des agresseurs sexuels: implications théoriques et pratiques. In M. LeBlanc, M. Ouimet, (Éds.), *Traité de criminologie empirique* (3e édition) (pp. 469-502). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Richard-Bessette, S. (1996). Les habiletés hétérosociales des adolescents agresseurs sexuels: Une recension des écrits. *Revue sexologique, 4*(1), 55-76.
- Righthand, S., & Welch, C (2001). *Juveniles who have sexually offended: A review of the professional literature*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Ross, J.E., & Villier, M.P. (1993). Safety considerations in developing an adolescent sex offender program in residential treatment. In W.C. Braga & R. Shimmer (Eds.), *Sexual abuse and residential treatment* (pp. 3747). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Russell, D. (1996). The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment, 66*, 20-40.
- Ryan, G., & Lane, S. (1997). *Juvenile sexual offending*. San Francisco: Jossey Bass.
- Statistiques Canada (1999). Sex offender: analysis and integration program. *Juristat, 19*, 3.
- Stewart, I. (1992). *La pratique de l'analyse transactionnelle*, Ottawa. ON: Les Éditions Saint-Yves.
- Stickrod-Gray A., & Wallace, R. (1984). *Adolescent Sexual Offender Assessment Packet*. Brandon VT: The Safer Society Foundation.
- Swenson, C.C., Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Kaufman, K.L., & Randall, J. (1998). Changing the social ecologies of adolescent sexual offenders: Implications of the success of multisystemic therapy in treating serious antisocial behavior in adolescents. *Child Maltreatment, 3*(4), 330-338.

- Tourigny, M., Péladeau, N., & Bouchard, C. (1993). Abus sexuel et dévoilement chez les jeunes Québécois. *Revue Sexologique*, 1(2), 13-34.
- Weinrott, M., Riggan, M., & Frothingham, S. (1997). Reducing deviant arousal in juvenile sex offenders using vicarious sensitization. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(5), 704-728.
- Worling, J. R., & Curwen, T. (2001). *Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR) Version 2.0*. Toronto: SAFE-T Program, Thistletown Regional Centre.
- Young, J.E., & Klosko, J.S. (1993). *Reinventing your life*. New York: Plume Books.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.