

ÉVALUATION DES EFFETS D'UNE THÉRAPIE DE GROUPE POUR ADOLESCENTS AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES^{1, 2}

Sarah Viens, Marc Tourigny, Fabienne Lagueux et Étienne Loméga

Résumé

Cette étude évalue les effets d'une thérapie de groupe pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles. Un devis quasi expérimental de type pré-test – post-test avec groupe contrôle non équivalent a été utilisé. Les sujets du groupe contrôle ($n = 22$) reçoivent des services traditionnels d'un centre jeunesse du Québec. Les sujets du groupe expérimental ($n = 29$) ont participé à une thérapie de groupe spécialisée pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles d'une durée de 22 semaines, en plus de recevoir les services traditionnels. Tous les participants ont été rencontrés pour une entrevue semi-structurée et ont rempli huit questionnaires de type auto-rapporté. Une première série d'analyses visant à explorer l'équivalence des deux groupes sur les 33 variables dépendantes démontre que les deux groupes diffèrent sur seulement quatre variables. Des analyses de variance à mesures répétées ont démontré que le groupe expérimental ne s'améliore pas davantage que le groupe contrôle sur la grande majorité des variables testées. Diverses hypothèses, liées à la thérapie, aux caractéristiques des adolescents et à la méthodologie de l'étude sont discutées pour expliquer le peu d'effets associés à la thérapie.

Abstract

This study evaluates the effectiveness of a group therapy for juvenile sex offenders. A quasi experimental pre-test/post-test research design including a comparison group has been conducted. The subjects of the control group ($n = 22$) received traditional services from a Quebec Youth Center. The subjects of the experimental group ($n = 29$) participated in a 22 weeks group specialized treatment and also received services from the Youth Centers. All of the participants completed a semi-structured interview and 8 questionnaires of the self-assessment type. A first series of analyses aiming to explore the differences between the two groups has been conducted. It shows that the

1. Pour citer ce chapitre : Viens, S., Tourigny, M., Lagueux, F., & Étienne, L. (2011). Évaluation des effets d'une thérapie de groupe pour adolescents auteurs d'agression sexuelle. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, (pp. 307-327). Montréal: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

2. Cette recherche a bénéficié d'un soutien financier du Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS) et du Partenariat de recherche et d'intervention en matière d'abus sexuel à l'endroit des enfants (PRIMASE).

two groups are similar on all but 4 of the 33 dependent variables. Repeated measures analyses of variances have then showed that the experimental group did no better than the control group on the majority of the tested variables. Hypothesis concerning the therapy itself, the subjects and the design of the study are discussed regarding the results of the evaluation.

Introduction

Les adolescents auteurs d'agressions sexuelles (AAAS) constituent un sujet de recherche plutôt récent résultant du développement de l'étude des adultes agresseurs sexuels. En effet, des recherches ont démontré que plus de la moitié des agresseurs sexuels adultes reconnaissent avoir développé une fantasmagorie sexuelle déviante dès l'adolescence (Fanniff & Becker, 2006) et que de 50 à 80 % de ceux-ci auraient commis leurs premiers gestes sexuels abusifs à l'adolescence (Reitzel & Carbonnell, 2006). De plus, une étude pancanadienne ayant recueilli des données auprès d'un échantillon représentatif des corps policiers démontre que sur cinq agressions sexuelles déclarées, une est commise par un adolescent, bien que ce groupe d'âge ne représente que 10 % de la population canadienne (Statistique Canada, 2003). Dans la plus récente enquête longitudinale auprès d'un échantillon représentatif d'adolescents canadiens, près de 4 % des garçons de 12 à 15 ans affirment avoir commis des gestes d'agressions sexuelles. Ainsi, 3,3 % d'entre eux ont « fait des attouchements sexuels à quelqu'un contre son gré » et 1,3 % reconnaissent avoir « forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles ». Ce taux représente quelque 26 800 garçons ayant commis une infraction sexuelle (Statistique Canada, 2003).

L'intervention précoce, dès l'adolescence, est ainsi devenue une préoccupation importante des praticiens du domaine des agressions sexuelles. Ce changement d'attitude de la part des professionnels – qui considéraient traditionnellement ces gestes comme une exploration normale de leur sexualité émergente, ou encore comme des problèmes de comportements liés à la crise d'adolescence – a amené l'élaboration et la mise sur pied de divers programmes d'intervention auprès des adolescents ayant commis une agression sexuelle, tant au Québec (Lafortune, Tourigny, Proulx, & Metz, 2007) qu'ailleurs dans le monde occidental (Moore, Crumpton Franey, & Geffner, 2004).

En 1999, il existait au Canada plus de 60 milieux d'intervention offrant des traitements spécialisés aux AAAS (Lagueux & Tourigny, 1999). Au Québec, les AAAS sont admis dans le système des centres jeunesse sous la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) ou la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA). Des services psychosociaux et de réadaptation leur sont généralement offerts, sur une base individuelle. Selon Lafortune et al. (2007), il existerait au Québec neuf centres de thérapie offrant des interventions de groupe et individuelles à cette population. Trois sont à vocation pédopsychiatrique ; les six autres centres opèrent dans des organismes com-

munautaires ou des centres jeunesse et offrent de l'intervention de groupe basée sur un modèle psychoéducatif ou sexologique.

Les interventions de groupe pour cette clientèle sont préconisées par la plupart des cliniciens du domaine (Efta-Breitbach & Freeman, 2004; McGarvey & Lenaghan, 1998). En effet, par rapport à la thérapie individuelle, ce type de thérapie présente certains avantages pour la clientèle adolescente. Ainsi, les adolescents seraient plus sensibles aux pressions manifestées par les pairs et plus ouverts à la confrontation en compagnie des gens dans la même situation qu'eux. Enfin, ce type de thérapie réduirait l'isolement social et serait favorable à l'amélioration de la communication et des habiletés sociales déficientes chez cette population (McGarvey & Lenaghan, 1998; Newbauer & Blanks, 2001).

La plupart des thérapies destinées aux AAAS sont offertes en milieu communautaire; un seul milieu propose un traitement de type résidentiel à des adolescents hébergés au centre (Lafortune et al, 2007). D'un point de vue sociétal, les thérapies en milieu externe offrent un avantage économique indéniable, puisqu'elles coûtent moins du dixième du prix d'une thérapie résidentielle (Kahn & Chambers, 1992). Les thérapies résidentielles, plus rares, sont réservées à une clientèle dont les difficultés sont jugées plus sévères. Dans le cadre de cet article, l'expression « en milieu communautaire » sera utilisée afin de désigner une thérapie offerte en dehors d'un milieu résidentiel.

Efficacité des thérapies de groupe en milieu communautaire

Malgré la prolifération des programmes thérapeutiques destinés aux AAAS depuis les années 1980, il existe encore peu d'études évaluant les thérapies en regard de leur efficacité (Reitzel & Carbonnell, 2006). Trois recensions et une méta-analyse portant sur les thérapies destinées aux AAAS ont été dénombrées : Fanniff et Becker (2006) ont recensé 15 études; Lagueux (2006) a recensé 16 études; Walker, McGovern, Poey et Otis (2004) ont recensé 10 études; Worling et Curwen (2000) ont recensé 10 études pour leur méta-analyse. Ces recensions n'ont toutefois pas fait de distinctions entre les thérapies individuelles et de groupe, ni entre les différents milieux offrant les thérapies (résidentiel comparativement à milieu communautaire).

Afin de déterminer l'efficacité spécifique des thérapies de groupe pour AAAS en milieu communautaire, nous avons effectué une recension de 16 études ayant évalué les effets de ce type de thérapie. Le tableau 1 présente les principaux résultats de cette recension.

TABLEAU 1
Caractéristiques des études évaluatives recensées portant sur les thérapies de groupe pour AAAS en milieu communautaire

Étude #	ÉCHANTILLON			INTERVENTION				RÉSULTATS		
	N étude Exp-Comp	Âge	Viol %	Taux abandon %	Déni	Recrutement	Durée moyenne (semaines)	Source de mesure de la récurrence	Taux récurrence sexuelle (%) Suivi (mois)	Taux récurrence criminelle (%) Suivi (mois)
DEVIS EXPÉRIMENTAUX										
1	16 8-8	14	63	38	NS	2	4-30	2	13; 37 75	25; 37 50
2	30 18-12	16	NS	10	0	1+2	10	NS	NS	NS
DEVIS QUASI EXPÉRIMENTAUX										
3	155 46-109	14	24	22	NS	2	20	2	2; 0-36 4	24; 0-36 18
4	73 54-19	14	28	2	0	2	30	NS	NS	NS
5	119 50-69	NS	NS	NS	0	1+ 2	4+	2	0; 168-288 8	8; 168-288 17
6	148 58-90	16	NS	31	NS	1+ 2	104	2	5; 72 18	19-21; 72 32-50
DEVIS PRÉ-EXPÉRIMENTAUX										
7	24	16	NS	0	95	2	NS	NS	NS	NS
8	52	13- 18	NS	55	NS	NS	NS	1+ 2	10; 12	NS
9	220	12- 18	NS	NS	NS	2	NS	2	15; 7-106	51; 7-106
10	221	15	33	NS	4	NS	10-110 md=27	2	8; 20	45; 20
11	6	14-20	NS	0	NS	2	12	NS	NS	NS
12	10	13-17	50	0	0	1+2	16	1	0; 6	NS
13	21	15	NS	NS	NS	NS	25	1+ 2	14; 12-57	NS
14	21	14-21	NS	NS	0	1+ 2	39-52	1	0; 12-48	NS
15	21	13-18	NS	NS	NS	2	12	NS	5; 36	NS
16	112	14	42	NS	NS	1+2	NS	2	14; 17-49	35; 17-49

NS : non spécifié

Recrutement : 1= auto-références, 2=références professionnelles

Mesure d'efficacité : 1 =auto-rapportée, 2= dossiers criminels ou de protection

Le tableau 1 souligne certaines limites méthodologiques menaçant la validité interne et externe des études, ce qui rend difficile de tirer des conclusions définitives sur leur efficacité. Ces limites concernent d'abord la faiblesse des devis, car seulement le tiers des études ont recours à un groupe contrôle, puis le petit nombre de sujets, ce qui diminue notamment la puissance statistique des analyses. L'examen de ces études permet d'identifier d'autres limites : des périodes de suivi très courtes, un manque d'uniformité dans la mesure de la récurrence, un manque d'informations sur les taux d'abandon et de participation à l'étude, un manque d'informations sur le niveau d'implantation de la thérapie (niveau de participation et durée).

Les taux de récurrence sexuelle ou non sexuelle constituent les mesures d'efficacité utilisées dans la majorité des études (11 études) et proviennent pour la plupart de données officielles (9 études). Les taux de récurrence sexuelle varient de 0 à 15 % chez les groupes ayant reçu de la thérapie de groupe, pour des périodes de suivi allant de 0 à 24 ans. Le taux de récurrence criminelle non sexuelle des groupes ayant reçu la thérapie varie pour sa part de 8 à 51 % dans les sept études l'ayant mesurée.

Trois des quatre études comparant le groupe expérimental à un groupe contrôle en regard de la récurrence sexuelle et non sexuelle démontrent que la thérapie diminue de façon statistiquement significative le taux de récurrence sexuelle et non sexuelle comparativement au groupe ne recevant pas de thérapie (Borduïn & Henggeler, 1990; Seabloom, Seabloom, Seabloom, Barron & Hendrickson, 2003; Worling & Curwen, 2000).

Les études qui s'intéressent à d'autres effets que les taux de récurrence sont au nombre de quatre. En 1992, Graves, Openshaw et Adams ont effectué une étude comportant un devis expérimental auprès de 30 AAAS. Les 18 participants du groupe expérimental recevaient, en plus du traitement individuel traditionnel dont bénéficiaient les participants du groupe contrôle, un programme de groupe d'entraînement aux habiletés sociales. Les chercheurs concluent à des améliorations plus importantes aux plans des habiletés sociales, de la communication parent-enfant, des problèmes comportementaux et du concept de soi chez les participants à la thérapie de groupe comparativement au groupe contrôle.

L'étude quasi expérimentale de Lagueux (2006) a permis d'évaluer auprès de 54 adolescents les effets d'une thérapie de groupe spécialisée à cibles multiples qui s'ajoutait aux services traditionnellement offerts par les centres jeunesse aux AAAS. Les cibles d'intervention de la thérapie ont été mesurées avant et après la thérapie à l'aide de 13 instruments. L'étude conclut que la thérapie de groupe n'apporte pas d'avantages additionnels aux participants, puisque le groupe expérimental ne se distingue du groupe contrôle que sur deux sous-échelles du Questionnaire de compréhension des gestes (Perron, Lagueux & Wright, 1999). De plus, les sujets du groupe contrôle s'améliorent davantage que ceux du groupe expérimental en ce qui concerne l'attitude de l'adolescent dans sa perception de sa relation avec son père.

Dans une étude utilisant un devis pré-expérimental (pré et post traitement) auprès de six AAAS, Laforest et Paradis (1990) ont pour leur part évalué trois composantes d'un traitement spécialisé de groupe, soit les connaissances sexuelles, l'éducation (attitudes relativement à la sexualité et aux relations interpersonnelles) et la croissance personnelle. À l'aide de questionnaires non standardisés et d'entrevues avec les intervenants ayant offert la thérapie de groupe, les chercheurs ont conclu à des améliorations sur les trois composantes étudiées.

Enfin, l'équipe de Becker, Kaplan et Kavoussi (1988) s'est intéressée à l'étude des intérêts sexuels déviants chez 24 AAAS. Dans cette étude comportant un devis pré-expérimental, une évaluation plétysmographique a été effectuée avant et après la thérapie éclectique, dont une des composantes était une thérapie de groupe. L'étude démontre une diminution statistiquement significative des intérêts sexuels déviants entre les deux temps de mesure, mais seulement auprès des AAAS ayant commis des agressions sexuelles à l'encontre de victimes masculines.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les effets d'une thérapie de groupe pour des adolescents ayant commis des agressions sexuelles. En fonction des limites méthodologiques identifiées lors de notre recension, cette étude propose d'inclure un groupe contrôle, d'utiliser des instruments standardisés mesurant les objectifs spécifiques de la thérapie, de documenter le niveau de participation à la thérapie et de mesurer les effets proximaux de la thérapie plutôt que la récidive.

Deux objectifs secondaires s'ajoutent à l'évaluation des effets de la thérapie. Il s'agit tout d'abord de dresser le portrait des participants à l'étude, des gestes commis et de leurs victimes, puis de documenter l'implantation de la thérapie de groupe.

Méthodologie

Devis de recherche

Un devis quasi expérimental avec un plan de type pré-test – post-test avec un groupe traitement et un groupe contrôle non équivalent a été utilisé. Les sujets des deux groupes ont été répartis selon leur région d'origine, mais ils ont tous bénéficié d'un suivi psychosocial traditionnel en centre jeunesse relativement aux agressions sexuelles commises. Seul le groupe expérimental participe à une thérapie de groupe spécialisée pour AAAS offerte dans sa région.

Échantillon

Pour être admissibles à l'étude, les adolescents devaient répondre aux quatre critères suivants : a) être de sexe masculin et être âgé de 11 à 18 ans ; b) ne pas présenter de déficience intellectuelle moyenne ou sévère ; c) être pris en charge par la protection

de la jeunesse ou soumis à la Loi des jeunes contrevenants à la suite d'une agression sexuelle qui a été jugée fondée ; et d) reconnaître minimalement les agressions sexuelles commises. En plus de ces critères, les adolescents du groupe contrôle ne devaient pas recevoir de services de thérapie de groupe. La participation à la recherche était volontaire, et tous les adolescents étaient informés de leur possibilité de participer ou non, sans préjudice quant aux services futurs à recevoir. Les participants recevaient un chèque-cadeau de 15 dollars d'un magasin de musique pour leur participation à l'étude.

Le groupe expérimental comptait un total de 42 sujets au départ (pré-test), répartis dans cinq cohortes de traitement. Le taux d'abandon pour le groupe expérimental est de 31 %, 13 des 42 sujets ayant débuté l'étude ont abandonné ou n'ont pu être recontactés lors du post-test. Le groupe expérimental compte donc un nombre final de 29 sujets ayant complété le pré et le post-test.

Le groupe contrôle comptait pour sa part 34 sujets ayant été évalués lors du pré-test. Par la suite, 12 d'entre eux ont abandonné avant le deuxième temps de mesure. Le taux d'abandon à l'étude est donc de 35 % (12/34) pour le groupe contrôle.

Procédure

Tous les participants ont été rencontrés pour une entrevue semi-structurée, et ils ont rempli huit questionnaires de type auto-rapporté dans les deux semaines précédant le début de la thérapie. L'intervieweur a déterminé, selon les capacités de l'adolescent, s'il lui permettait de répondre seul aux questions ou s'il devait lire les questionnaires avec lui. En tout temps, l'intervieweur était présent avec le participant et disponible pour lui expliquer les consignes et répondre à ses questions. Une deuxième collecte de données, constituée seulement des huit mêmes questionnaires, a été réalisée dans un délai maximal de deux semaines suivant la fin de la thérapie. Ce temps de suivi a été choisi pour standardiser les moments de passation entre les deux groupes. À la suite de l'entrevue initiale, un rapport complet d'évaluation réalisé par l'équipe de recherche a été remis aux intervenants responsables du suivi psychosocial de l'adolescent, donnant ainsi un portrait détaillé de la problématique du jeune et pouvant servir à identifier des cibles spécifiques d'intervention.

Les données d'implantation ont été consignées par écrit par les intervenants, et ce, à la fin de chaque rencontre de groupe. Les taux d'abandon et de participation, les présences et la qualité de la participation des AAAS ont été documentés.

Variables dépendantes – effets de la thérapie

Les instruments retenus dans le cadre de cette étude sont une entrevue semi-structurée et huit questionnaires destinés aux adolescents, qui mesurent des dimensions étroitement liées aux cibles d'intervention et dont les qualités psychométriques sont adéquates. Tous les instruments, sauf l'entrevue semi-structurée, ont été administrés

aux deux temps de mesure et sont de type auto-rapporté, les sujets devant répondre à l'aide d'échelles de type Likert variant de 4 à 7 points.

L'entrevue semi-structurée (Madrigrano, Rouleau, & Robinson, 1997) comporte 101 questions et vise à recueillir des informations sur plusieurs dimensions de la vie de l'adolescent : données sociodémographiques, informations sur la situation juridique, histoire personnelle et familiale, histoire de victimisation psychologique, physique et sexuelle, histoire de délinquance, histoire sexuelle (déviante et non déviante), consommation d'alcool, de drogues et de pornographie, cheminement académique, habiletés sociales et délit sexuel.

Le *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS; Endler, Norman, & Parker, 1990) mesure les stratégies d'adaptation mises en œuvre lors de situations de stress chez les jeunes de 13 à 18 ans. L'instrument de base possède trois échelles classifiant les réponses aux différentes situations, soit : a) celles orientées vers la tâche (16 items), b) celles orientées vers l'émotion (16 items), et c) celles orientées vers l'évitement (16 items). Cette version adaptée par Lagueux (2006) contient deux échelles additionnelles, évaluant le recours à des réponses agressives (4 items) et sexuelles (4 items). Le score brut par sous-échelle varie de 16 à 80, et un score plus élevé indique une utilisation plus fréquente de ce type de réponse. Le coefficient alpha de Cronbach varie de 0,83 à 0,92 selon les échelles (Lagueux, 2006³).

Le *Dating Questionnaire* permet d'évaluer le confort dans diverses situations liées à la sexualité. Il s'agit d'une sous-échelle de 18 items de la section Behaviour de l'instrument *Mattech Questions on Comfort* (MQC; Kirby, 1990). Le répondant doit indiquer son degré de confort dans une situation sociale liée à la sexualité. Le score varie de 18 à 72, et plus le score est élevé, plus l'inconfort est grand. Le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument est de 0,89 (Pagé, 2004⁴).

Le *Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters* (MESSY; Matson, 1983) permet de mesurer les habiletés sociales chez des enfants de moins de 18 ans. L'instrument comporte 62 items répartis en six sous-échelles, soit : a) les habiletés sociales appropriées; b) l'affirmation de soi inappropriée; c) les traits impulsifs et récalcitrants; d) la confiance en soi excessive; e) la jalousie et f) le score global. Le score global peut varier de 62 à 310, et plus le score est élevé, plus les habiletés sociales sont appropriées. Le coefficient alpha de Cronbach de la version française du questionnaire est de 0,82 (Pagé, 2004).

Le Questionnaire de compréhension des gestes (QCG; Perron, Lagueux, & Wright, 1999) est un questionnaire maison de 60 items conçu pour mesurer la compréhension du processus de l'agression sexuelle chez les AAAS. Le questionnaire présente 12 sous-échelles regroupées en quatre sections. Plus le score est élevé aux différentes sous-échelles, plus la compréhension des gestes commis est grande. Lagueux (2006) rapporte des coefficients alpha de Cronbach de 0,63 à 0,95 selon les sous-échelles.

3. Au près de 54 AAAS québécois.

4. Au près de 100 adolescents québécois non-agresseurs.

Le *Sex Knowledge and Attitude Test for Adolescent* (SKAT-A; Lief, Fullard, & Devlin, 1990) s'adresse aux adolescents et aux jeunes adultes, et est composé de trois sections distinctes portant sur les connaissances, les attitudes et les comportements liés à la sexualité. Seule la section « attitude », comprenant 43 items, est utilisée pour cette étude. Le sujet doit indiquer son accord avec chacune des affirmations; le score varie de 43 à 215, un score élevé indiquant une attitude plus libérale face à la sexualité. Le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument est de 0,68 (Pagé, 2004).

Le *Survey of Heterosexual Interactions* (SHI; Twentyman & McFall, 1975) permet d'évaluer les habiletés sociales hétérosexuelles chez les adolescents en 22 items. L'instrument présente un score global variant de 20 à 140, un score élevé signifiant des habiletés élevées. La version française présente un coefficient alpha de Cronbach de 0,94 (Pagé, 2004).

Le *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSC-C; Brière, 1996) mesure l'anxiété, la dépression, le stress post-traumatique, les préoccupations sexuelles, la dissociation et la colère chez les jeunes de 8 à 17 ans. Un score clinique a été déterminé pour chacune de ces six échelles, et plus le score est élevé, plus le symptôme est présent. L'instrument mesure aussi la tendance au déni ainsi que la tendance à exagérer les symptômes. L'instrument présente 54 comportements, et le répondant doit indiquer la fréquence de chacun d'eux. Lagueux (2006) rapporte des coefficients alpha de Cronbach variant de 0,70 à 0,84 selon les échelles.

L'*UCLA Loneliness Scale*, version 3 (UCLA-3; Russell, 1996) mesure le sentiment de solitude chez les adolescents et les adultes à l'aide de 20 items. Le sujet doit inscrire la fréquence d'apparition du comportement. Le score varie de 20 à 80, et un score élevé indique un grand sentiment de solitude. Le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument est de 0,81 (Pagé, 2004).

Variable indépendante – la thérapie de groupe

La thérapie de groupe est une intervention auprès des AAAS offerte dans un organisme communautaire du Québec proposant un ensemble de services à toute personne touchée par l'agression sexuelle à l'endroit d'enfants âgés de 0 à 17 ans. Cette thérapie est répartie en 22 rencontres hebdomadaires, d'une durée moyenne de deux heures. Les thèmes de chacune des rencontres sont regroupés sous trois volets principaux : l'éducation sexuelle, les habiletés sociales et la prévention de la récidive. Chaque cohorte de thérapie est composée de cinq à 10 participants. Une fois la thérapie démarrée, le groupe n'admet pas de nouveaux participants. Quant à l'équipe d'animation, elle est formée de deux hommes, un travailleur social et un psychoéducateur.

La thérapie de groupe auprès des AAAS propose huit objectifs distincts. Ces objectifs sont les suivants : a) comprendre et corriger les erreurs de pensée au sujet du cycle de l'agression sexuelle; b) contrôler la sexualité déviante; c) améliorer le contrôle du stress et de la colère; d) augmenter les habiletés sociales; e) augmenter l'empathie;

f) améliorer la qualité des relations avec les parents et les pairs; g) augmenter les connaissances en matière de sexualité; et h) prévenir la récurrence.

Les AAAS référés à la thérapie proviennent des centres jeunesse et reçoivent des services en vertu de la LPJ ou de la LSJPA. Une entrevue d'évaluation clinique est effectuée au préalable par un des intervenants, afin de déterminer les besoins individuels de chaque adolescent et de vérifier s'il correspond aux critères d'admission, soit : a) avoir un minimum de motivation à participer; b) reconnaître au moins partiellement les agressions sexuelles qui lui sont reprochées; c) reconnaître que la victime a subi un préjudice quelconque; d) accepter de participer à la totalité de la thérapie et signer un engagement à cet effet; e) ne pas présenter de trouble psychiatrique sévère (psychose, schizophrénie ou autres désordres de la personnalité); et f) ne pas avoir commis d'agressions sexuelles graves impliquant des voies de fait avec lésions corporelles, un meurtre ou du sadisme.

Les participants s'engagent par écrit à respecter les règles de la thérapie, c'est-à-dire : a) participer activement, tant dans les discussions de groupe qu'au niveau des exercices durant la thérapie ou à l'extérieur; b) justifier toute absence le jour même de la rencontre et reprendre le contenu manqué lors d'une rencontre individuelle; c) se présenter sans avoir consommé ni drogue ni alcool; et d) chaque semaine, compléter le journal de bord et les devoirs qui leur ont été assignés.

Stratégie d'analyse

En ce qui concerne l'objectif principal d'évaluer les effets de la thérapie, une première série d'analyses bivariées vise à s'assurer de l'équivalence des groupes au pré-test sur l'ensemble des variables dépendantes. Des test-t pour échantillons appariés ont ensuite été réalisés pour mesurer les changements survenus dans chacun des groupes entre les deux temps de mesure. Enfin, des analyses de variances à mesures répétées ont été effectuées afin de distinguer l'évolution des deux groupes entre les deux temps de mesure. Les variables dépendantes présentant des différences entre les groupes au pré-test ont été testées à l'aide d'analyses de type GLM (General Linear Model) à mesures répétées dans le but de contrôler le score au pré-test. Les résultats sont introduits dans l'équation en tant que covariables, et le test est réalisé et interprété comme une analyse de régression.

Pour ce qui est du premier objectif secondaire de cette recherche, des analyses descriptives ont été menées sur les variables sociodémographiques recueillies lors de l'entrevue semi-structurée.

Afin de répondre au deuxième objectif secondaire de cette étude, une description des données d'implantation recueillies auprès des intervenants a été effectuée.

Résultats

Premier objectif secondaire : description des participants à l'étude, des gestes commis et des victimes.

Le tableau 2 démontre que les deux groupes ne diffèrent pas quant aux variables sociodémographiques testées. Il s'agit d'adolescents masculins, de race blanche, ayant en moyenne 12,3 ans lors du premier délit. Très peu de ces jeunes habitent avec leurs deux parents (13 %).

TABLEAU 2
Caractéristiques sociodémographiques des AAAS

	ÉCHANTILLON TOTAL <i>n=45</i>	GROUPE EXPÉRIMENTAL <i>n=23</i>	GROUPE CONTRÔLE <i>n=22</i>	ANALYSES STATISTIQUES
Variables	%	%	%	Chi ² /Test T
Âge moyen premier délit (ans)	12,3	12,5	11,8	0,534
Caucasien	100	100	100	NA
Études/travail	98	96	100	1,023
Dossier LSJPA/LPJ	22	27	17	0,635
Consommation drogue	18	17	18	0,005
Consommation alcool	27	26	27	0,008
<i>Lieu de résidence¹</i>				
Deux parents	13	9	18	
Un parent	53	57	50	
Placement	27	30	23	
Autre	7	4	9	
Parents séparés/divorcés	77	83	80	0,580

* $p < 0,05$

1. Le test de Chi carré est invalide considérant le nombre de cellules avec $n < 5$.

Le tableau 3 présente l'historique de victimisation des AAAS. On constate qu'un tiers des jeunes affirme avoir été victime d'agression sexuelle, un quart d'agression psychologique et un cinquième d'agression physique. La moitié des jeunes n'a subi aucune forme de violence.

TABLEAU 3
Prévalence et cooccurrence des mauvais traitements dans l'enfance chez les AAAS

	ÉCHANTILLON TOTAL <i>n=45</i>	GROUPE EXPÉRIMENTAL <i>n=23</i>	GROUPE CONTRÔLE <i>n=22</i>	ANALYSES STATISTIQUES
Variables	%	%	%	Chi ² /Test T
VICTIMISATION				
Sexuelle	36	35	36	0,012
Physique	22	13	32	2,293
Psychologique	29	22	36	1,171
Deux formes	9	5	13	NA
Trois formes	13	13	14	NA

* $p < 0,05$

Le tableau 4 résume les principales caractéristiques des 62 victimes d'agression sexuelle des adolescents de notre échantillon total, telles que décrites par les AAAS. Le tiers des AAAS a fait plus d'une victime, connue dans tous les cas. Les trois quarts des victimes sont de sexe féminin, et il s'agit d'enfants dans 90 % des cas. La plupart des gestes commis étaient des attouchements, et très peu d'agressions sexuelles impliquaient de la contrainte physique ou verbale.

TABLEAU 4
Description des agressions commises par les AAAS et de leurs victimes

	ÉCHANTILLON TOTAL	GROUPE EXPÉRIMENTAL	GROUPE CONTRÔLE	ANALYSES STATISTIQUES
Variables	%	%	%	Chi ² /Test T
Victimes (nombre admis)	<i>n</i> =62	<i>n</i> =43	<i>n</i> =19	
Féminine	74	70	84	1.436
Enfant	90	91	90	0.009
Connue	100	100	100	NA
Intrafamiliale	100	100	100	NA
Plus d'une victime	32	35	29	0.195
Caractéristiques des agressions				
Attouchements	90	91	82	0.716
Avec pénétration	8	9	6	0.112
Avec contrainte	13	13	13	NA

* $p < 0.05$

Lorsqu'on compare les deux groupes au pré-test sur l'ensemble des variables dépendantes, à l'aide d'analyses bivariées, on constate peu de différences. Les deux groupes se distinguent sur seulement quatre sous-échelles du QCG. Le groupe expérimental possède une moins grande compréhension des concepts de base liés à l'agression sexuelle que le groupe contrôle. Par contre, les participants du groupe expérimental reconnaissent davantage leur responsabilité globale quant à l'agression sexuelle, leur responsabilité quant aux gestes posés et leur responsabilité quant aux risques de réciproque.

Deuxième objectif secondaire : description des données d'implantation

L'échantillon de départ comptait 42 participants dans le groupe expérimental, répartis en cinq cohortes. De ce nombre, six ont abandonné avant même de commencer la thérapie. Parmi les 36 ayant amorcé la thérapie, sept ont abandonné en cours de traitement. Le taux d'abandon à la thérapie est donc de 20 %.

Bien que la thérapie prévoyait en théorie 22 rencontres, celles-ci ont plutôt varié de 21 à 24 selon la cohorte. Le nombre moyen de rencontres par adolescent, toutes cohortes confondues, est de 21 rencontres.

Les adolescents qui ont complété la thérapie ont démontré une bonne participation, puisque la plupart d'entre eux se sont peu ou pas absentes (35 % aucune absence, 26 % une absence, 17 % deux absences et 22 % trois ou quatre absences). Au total, les adolescents ont participé à 94 % des rencontres prévues. Enfin, notons que les adolescents ont aussi été évalués en fonction de leur implication active dans le groupe. À plus de 98 %, les intervenants ont jugé que les adolescents participaient spontanément dans le groupe.

Changements entre les deux temps de mesure

Les modifications survenues entre les deux temps ont été mesurées pour chacun des groupes séparément. Les tableaux 5 à 8 démontrent que le groupe contrôle s'est amélioré de façon statistiquement significative sur trois variables, alors que le groupe expérimental s'est amélioré sur 20 variables dépendantes. Les participants à la thérapie ont amélioré leurs attitudes face à la sexualité (SKAT-A). De plus, ils ont montré une amélioration significative sur les 12 échelles du *Questionnaire de Compréhension des Gestes*, alors qu'en parallèle, le groupe contrôle n'a démontré aucune amélioration significative sur cet instrument. La participation à la thérapie de groupe a aussi permis de diminuer les symptômes de traumatismes, abaissant les niveaux de dépression, de colère et de préoccupations sexuelles tels que mesurés par le TSC-C. Les symptômes dissociatifs ont quant à eux diminué pour les deux groupes. Les habiletés sociales et les interactions hétérosexuelles se sont aussi améliorées chez les participants des deux groupes, comme l'indiquent les résultats obtenus au MESSY et au SHI.

Comparaison entre les deux groupes

Les analyses de variance à mesures répétées ont démontré que les deux groupes se distinguent significativement pour quatre des variables. Les participants du groupe expérimental se sont améliorés davantage que ceux du groupe contrôle quant à leur compréhension du processus de l'agression sexuelle, dans la reconnaissance de la planification de leurs gestes et dans la reconnaissance de leur intérêt sexuel inapproprié. Le groupe expérimental a aussi connu une amélioration plus marquée de ses attitudes par rapport à la sexualité comparativement au groupe contrôle. Toutefois, aucune différence statistique n'est constatée entre les deux groupes pour les autres variables, suggérant que les deux groupes ont évolué dans le temps de façon semblable.

Les analyses à mesures répétées de type GLM (*General Linear Model*) effectuées sur les quatre variables présentant des différences au pré-test ont démontré une amélioration plus importante du groupe expérimental au niveau de la reconnaissance par l'adolescent de sa responsabilité globale, de sa responsabilité quant aux gestes posés et de sa responsabilité en ce qui concerne les risques de récidive.

TABLEAU 5
 Résultats des analyses statistiques pour les variables liées à des dimensions sociales
 et attitudes face à la sexualité

	GROUPE EXPÉRIMENTAL					GROUPE CONTRÔLE					EFFET
	T0		T1		Test-t	T0		T1		Test-t	TxGr
Résultats	M	ÉT	M	ÉT		M	ÉT	M	ÉT		Test-t
<i>UCLA-3</i>											
Score total	41.1	6.1	39.3	9.1	1.2	40.8	10.1	37.5	10.7	1.4	0.3
<i>MESSY</i>											
Score total	134.7	19.1	125.5	24.3	3.0**	138.8	28.3	127.8	30.4	3.1**	0.1
Habiletés sociales appropriées	83.8	14.0	91.0	11.7	-3.1**	82.6	20.5	87.2	18.7	-1.7	0.5
Affirmation de soi inappropriée	29.9	8.3	28.7	10.4	0.8	32.3	10.1	29.7	9.2	1.5	0.4
Traits impulsifs	11.1	3.2	10.8	4.0	0.5	12.6	4.9	11.1	4.8	1.4	0.8
Confiance excessive	10.7	3.4	10.9	3.0	-0.3	10.2	3.3	10.2	4.3	0.0	0.0
Jalousie	7.2	2.2	7.1	3.2	0.3	7.6	2.7	6.8	3.2	1.3	0.1
<i>MQC</i>											
Score total	3.1	0.5	3.3	0.5	-1.9	3.1	0.7	3.1	0.6	0.0	0.9
<i>SHI</i>											
Score total	88.2	20.8	100.6	23.6	-4.1***	88.3	24.8	99.6	23.9	-2.3*	0.0
<i>SKAT-A</i>											
Score total	144.5	18.4	162.4	14.4	-5.7***	151.7	20.7	151.4	24.0	-0.4	6.2**

* p < 0.05, ** p < 0.01, ***p < 0.001

TABLEAU 6
 Résultats des analyses statistiques pour les symptômes post-traumatiques

	GROUPE EXPÉRIMENTAL					GROUPE CONTRÔLE					EFFET
	T0		T1		Test-t	T0		T1		Test-t	TxGr
Résultats	M	ÉT	M	ÉT		M	ÉT	M	ÉT		Test-t
<i>TSC-C</i>											
Anxiété	52.8	8.1	52.7	9.5	0.1	56.9	14.7	52.7	14.6	1.0	0.1
Dépression	56.4	7.4	51.4	6.8	2.6*	59.5	17.7	53.3	15.5	1.3	0.5
Dissociation	53.8	8.1	51.5	9.6	2.1*	56.7	14.7	50.2	13.4	2.2*	2.1
Stress post-traumatique	54.3	9.1	51.3	7.5	1.7	58.4	12.9	51.5	11.3	2.0	1.1
Colère	49.0	6.6	44.9	7.2	-4.3***	49.7	8.7	45.7	8.9	1.4	0.0
Préoccupations sexuelles	61.2	9.5	56.5	7.3	3.2**	59.4	17.0	57.8	22.8	0.4	0.7

* p < 0.05, ** p < 0.01, ***p < 0.001

TABLEAU 7
Résultats des analyses statistiques pour les variables liées à l'agression sexuelle

	GROUPE EXPÉRIMENTAL				GROUPE CONTRÔLE				EFFET TxGr F (1,40)	
	T0		T1		T0		T1			
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT		
Résultats										Test-t
<i>QCG</i>										
Comprend concepts ¹	25.6	3.2	27.2	1.8	27.1	1.8	26.1	4.6	0.9	1.1
Reconnaît respons- abilité ¹	24.2	3.9	27.5	1.1	20.3	4.8***	22.0	5.2	-1.1	20.5***
Reconnaît responsabi- lité gestes ¹	11.6	2.5	13.7	0.8	9.3	-4.9***	10.6	3.6	-1.0	11.3***
Responsabilité risques récidive ¹	12.6	2.1	13.7	0.6	10.5	-2.9**	11.5	3.9	-0.5	5.5**
Empathie pour victimes	161.3	32.1	196.1	32.5	167.7	-4.2***	181.0	43.0	-1.3	1.6
Reconnaît con- séquences pour victimes	98.6	22.4	113.1	12.1	96.1	-3.5**	106.0	21.2	-1.6	0.4
Reconnaît sentiments des victimes	62.8	18.5	82.9	27.2	72.4	-3.8**	74.9	34.2	-0.3	3.8
Comprend processus agression sexuelle	53.8	11.3	79.0	13.4	55.3	-8.3***	57.5	13.2	-1.2	14.8***
Reconnaît planifica- tion	16.1	7.5	28.6	7.9	16.0	-8.2***	17.2	8.6	-1.4	30.7***
Reconnaît intérêt sexuel	8.4	6.3	16.6	6.5	9.4	-6.1***	8.4	5.9	0.8	22.5***
Reconnaît remords	21.3	6.4	24.2	3.9	22.5	-2.5*	23.5	5.1	-0.7	1.0
Reconnaît être à risque	8.1	1.9	9.8	2.0	7.4	-3.0**	8.4	1.4	-1.5	0.7

¹ Ces quatre variables ont été soumises à des analyses de type GLM afin de prendre en considération les différences inter-groupes au pré-test.
 * p < 0.05, ** p < 0.01, ***p < 0.001

TABLEAU 8
Résultats des analyses statistiques pour les variables liées à la réponse au stress

	GROUPE EXPÉRIMENTAL					GROUPE CONTRÔLE					EFFET
	T0		T1		t	T0		T1		t	TxGr
Résultats	M	ÉT	M	ÉT		M	ÉT	M	ÉT		F (1,40)
<i>CISS</i>											
Tâche	54.7	12.8	56.6	15.3	-1.0	49.2	11.7	55.1	13.1	-2.0	1.4
Émotion	45.2	8.3	43.0	11.6	0.9	2.9	8.3	39.0	11.8	1.5	0.0
Évitement	50.1	9.9	51.8	12.2	-1.2	50.1	10.9	51.3	14.5	-0.5	0.0
Réponse agressive	8.0	3.4	7.0	3.9	1.5	7.9	4.0	6.8	2.6	1.1	0.0
Réponse sexuelle	6.8	3.4	6.2	2.2	1.0	6.9	4.2	7.0	4.7	0.2	0.5

* p < 0.05, ** p < 0.01, ***p < 0.001

Discussion

Efficacité de la thérapie

Il appert que la thérapie spécialisée de groupe pour AAAS n'est pas plus efficace que le traitement traditionnel, puisque le groupe expérimental ne s'améliore pas plus que le groupe contrôle sur la grande majorité des variables testées. On ne peut conclure à une atteinte des objectifs de la thérapie, bien qu'une amélioration significative soit notée sur 7 des 33 variables testées. Ces résultats rejoignent ceux de Lagueux (2006), qui concluait, lors d'une étude similaire, que la thérapie de groupe apporte peu de bénéfices supplémentaires au traitement traditionnel des centres jeunesse. Diverses hypothèses pourraient expliquer le peu d'effets décelés lors de la présente étude.

Une première hypothèse est que les AAAS de notre étude ne présenteraient pas le profil type décrit dans la littérature. Dans une récente recension sur le sujet, les AAAS sont décrits comme manquant d'habiletés sociales, étant isolés de leurs pairs, souffrant de symptômes dépressifs, provenant d'une cellule familiale dysfonctionnelle et d'un milieu socioéconomique problématique (Nelson, 2007). Au pré-test, les sujets des deux groupes ne présentaient pas de graves problèmes sur ces différentes dimensions de leur fonctionnement. Le faible niveau de difficulté rend difficile l'obtention de grandes améliorations à la suite des interventions. Leurs scores se situent dans les moyennes normales pour tous les instruments testés. Les AAAS de notre échantillon présentent peu de difficultés fonctionnelles, sont aux études ou au travail à temps plein et consomment peu. Les seules caractéristiques qui les distinguent sont la grande prévalence des mauvais traitements et le fait qu'ils proviennent davantage de milieux familiaux éclatés. Ces résultats, ajoutés aux caractéristiques des agressions commises, semblent appuyer la thèse de l'accident de parcours pour notre échantillon. L'agression typique de notre étude implique des attouchements sans contrainte sur une seule victime, intrafamiliale. Cette constatation rejoint les résultats d'une étude québécoise

comparant des AAAS et des adolescents normaux (Pagé, 2004), qui conclut que les AAAS présenteraient très peu de différences avec les adolescents normaux.

Une deuxième hypothèse pourrait être liée à un biais de sélection des participants au groupe contrôle. En effet, comme le recrutement des AAAS du groupe contrôle s'est effectué auprès des intervenants sociaux des jeunes, il est possible que les intervenants plus intéressés à la problématique se soient manifestés. Ces intervenants seraient donc plus motivés et, par le fait même, plus compétents dans le domaine, rehaussant du coup la qualité de l'intervention dite traditionnelle. De plus, un rapport d'évaluation dressant un portrait détaillé de la problématique de l'adolescent a été remis aux intervenants à la suite du pré-test. Ces rapports ont pu influencer les interventions subséquentes. Les AAAS des deux groupes auraient ainsi reçu un traitement plus similaire que ce qui avait été planifié, et le fait de documenter le suivi individuel reçu par les participants des deux groupes aurait permis d'étudier davantage cette hypothèse.

La troisième de ces hypothèses, que nous ne pouvons écarter, est que les objectifs de la thérapie seraient mal adaptés aux besoins des participants. Les thérapies pour AAAS sont inspirées de modèles de traitements pour adultes et sont basées sur un portrait incomplet des AAAS (Becker, 1990). Lab et ses collaborateurs (1993) soulignent d'ailleurs le manque de connaissances sur l'étiologie des AAAS pour offrir des thérapies efficaces et adaptées à cette population. Les traitements à cibles multiples, ou éclectiques, seraient la preuve de l'insuffisance des connaissances. De plus, les participants de la présente étude ne correspondaient pas au portrait typique des AAAS dans la littérature et sur lequel les interventions sont habituellement basées.

Enfin, les résultats pourraient être expliqués par les limites méthodologiques de l'étude. D'abord, au plan statistique, la taille des échantillons est assez restreinte, ce qui affecte la puissance statistique et la capacité à détecter des différences statistiques. D'ailleurs, lorsqu'on mesure seulement les modifications respectives survenues entre les deux temps, celles-ci varient considérablement. Les participants du groupe contrôle s'améliorent significativement sur trois variables, alors que ceux du groupe expérimental démontrent une amélioration sur 20 variables. Les analyses de variance, reprises avec des échantillons plus grands, permettraient d'éviter des erreurs de type II. Ces résultats suggèrent que malgré l'absence d'améliorations marquées en faveur du traitement de groupe, la prise en charge des AAAS par des intervenants serait bénéfique pour eux, et particulièrement la modalité de groupe, comme le suggéraient Walker et ses collaborateurs (2004).

Données d'implantation

La prise en compte de données d'implantation de la thérapie est une avancée importante par rapport aux recherches précédentes, car ces données ont été chroniquement ignorées à ce jour. Ces données fournissent des indications selon lesquelles la thérapie de groupe a été implantée comme prévu (Chen, 2005). En effet, les AAAS ayant parti-

cipé à la thérapie de groupe ont démontré un bon niveau de présence, puisqu'ils ont assisté à 94 % des rencontres planifiées. Les intervenants ont aussi jugé la qualité de leur participation comme étant excellente dans plus de 99 % des cas.

Le taux d'abandon témoigne aussi du niveau d'adaptation du programme à la clientèle visée. Dans le cas présent, 31 % des participants ont abandonné avant ou pendant la thérapie. Sheridan et ses collaborateurs (1998) suggèrent qu'une ordonnance de participation pourrait aider au démarrage d'une thérapie non sollicitée. Les chercheurs doivent cependant tenir compte des critères de sélection des participants, de leur provenance et du caractère de la participation (volontaire ou non). Dans les cas de présence ordonnée, un taux de participation élevé ne traduira pas automatiquement une thérapie adaptée aux besoins de la clientèle, ni une participation réelle.

Limites méthodologiques et recommandations

En terminant, rappelons les apports et limites de la présente étude. D'abord, comme en témoigne notre recension des écrits, les études évaluatives sur les thérapies pour AAAS ayant recours à des instruments standardisés sont encore peu nombreuses. Cette étude est l'une des rares à s'intéresser à d'autres effets que la récurrence comme indice d'efficacité. De plus, certaines données d'implantation ont été prises en compte dans l'évaluation de cette thérapie, contrairement aux études antérieures. Cette étude a aussi comme particularité l'utilisation d'un groupe contrôle pour cerner les effets attribuables à la thérapie.

L'étude présente toutefois certaines limites méthodologiques. Notons d'abord une puissance statistique modeste, le grand nombre de tests statistiques effectués – qui augmentent la probabilité d'une erreur de type I – et l'utilisation d'un devis quasi expérimental plutôt qu'un devis expérimental qui aurait pu éliminer certaines menaces à la validité interne. Certaines variables comme les services externes et l'alliance thérapeutique n'ont pu être contrôlées, et le suivi psychosocial traditionnel reçu par les participants des deux groupes n'a pas été documenté. L'utilisation de mesures auto-rapportées infère une possibilité de biais, car elles présentent seulement la perception du jeune, qui pourrait être influencée par la désirabilité sociale. L'ajout d'autres sources de données, par exemple d'un parent ou d'un intervenant, pourrait donner un meilleur portrait de l'efficacité de la thérapie. Il pourrait être intéressant, lors de recherches futures, d'ajouter une mesure de la récurrence sexuelle et non sexuelle pour compléter le portrait de l'efficacité de cette thérapie.

Conclusion

Les résultats de la présente étude nous amènent à nous repositionner sur l'état des connaissances actuelles concernant les AAAS. Il appert que la majorité des adolescents de notre échantillon ne correspondent pas avec le portrait habituellement tracé des agresseurs sexuels « en devenir ». Il faudra envisager les AAAS comme une population

hétérogène qui ne présente pas tous les mêmes besoins et adapter les traitements en conséquence. De plus amples recherches sur les caractéristiques des AAAS s'annoncent nécessaires pour corroborer les résultats de la présente étude. Un meilleur portrait de cette population permettra la mise sur pied de programmes de thérapie mieux adaptés, plutôt que de programmes éclectiques dérivés des connaissances sur les adultes agresseurs sexuels. Rappelons-nous que l'adolescence est une période de transition où d'importants changements s'opèrent et où transgresser les tabous fait partie de l'apprentissage de la vie en société. Il faudra peut-être considérer une partie des AAAS comme des adolescents normaux ayant commis une erreur de parcours et orienter le traitement comme tel, pour éviter qu'elle ne se reproduise.

Bibliographie

Les articles marqués d'un astérisque sont inclus dans la recension.

*Becker, J. (1990). Treating adolescent sexual offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 362-365. [Étude 8]

*Becker, J., Kaplan M. S., & Kavoussi, R. (1988). Measuring the effectiveness of treatment for the aggressive adolescent sexual offender. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 215-222. [Étude 7]

*Borduin, C. M., & Henggeler, S. W. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34(2), 105-113. [Étude 1]

Brière, J. N. (1996). *Trauma symptom checklist for children: Professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources Inc.

Chen, H-T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Pub.

Efta-Breitbach, J., & Freeman, K. A. (2004). Treatment of juveniles who sexually offend: An overview. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13 (3-4), 125-128

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *CISS: Coping inventory for stressful situations-Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

Fanniff, A. M., & Becker, J. V. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescents sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 265-282.

*Graves, R., Openshaw, K. D., & Adams, G. R. (1992). Adolescent sex offenders and social skills training. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36(2), 139-153. [Étude 2]

*Gretton, H.M., McBride, M., Hare, R.D., O'Shaughnessy, R., & Kumba, G. (2001). Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 28(4), 427-449. [Étude 9]

*Khan, T. J., & Chambers, H. J. (1991). Assessing reoffense risk with juvenile sexual offenders. *Child Welfare*, 70(3), 333-345. [Étude 10]

- Kirby, D. (1990). *Sexuality questions and scales for adolescents*. Santa Cruz, CA: Sage Pub.
- *Lab, S. P., Shields, G., & Schondel, C. (1993). Research note: An evaluation of juvenile sexual offender treatment. *Crime and Delinquency*, 39(4), 543-553. [Étude 3]
- *Laforest, S., & Paradis, R. (1990). Adolescents et délinquance sexuelle. *Criminologie*, 23(1), 95-116. [Étude 11]
- Lafortune, D., Tourigny, M., Proulx, J., & Metz, K. (2007). Les interventions pour adolescents agresseurs sexuels implantées au Québec. *Revue de psychoéducation*, 36(1), 25-56.
- *Lagueux, F. (2006). *Évaluation des effets d'un programme de traitement de groupe pour adolescents agresseurs sexuels*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Montréal, Montréal. [Étude 4]
- Lagueux, F., & Tourigny, M. (1999). *État des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Lief, H. I., Fullard, W., & Devlin, S. J. (1990). A new measure of adolescent sexuality: SKAT-A. *A Journal of Sex Education and Therapy*, 16, 79-91.
- Madrigano, G. D., Rouleau, J.-L., Robinson, M.-C. (1997). Caractéristiques sociodémographiques et cliniques d'une population d'adolescents ayant commis des crimes sexuels. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18(3), 91-110.
- Matson, J. L. (1994). *Matson evaluation of social skills with youngsters: Manual* (2nd Ed.). Worthington, OH: IDS Publishing.
- *Mazur, T., & Michael, P. M. (1992). Outpatient treatment for adolescents with sexually inappropriate behavior: program description and six month follow-up. *Journal of Offender Rehabilitation*, 3-4, 191-203. [Étude 12]
- *McGarvey, J., & Lenaghan, M. (1996). A structured group approach with adolescent perpetrators. *Child Abuse Review*, 5, 203-213. [Étude 13]
- Moore, T., Crumpton Franey, K., & Geffner, R. (2004). Introduction: Assessment and treatment of youth who sexually offend: An overview. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 1-13.
- Nelson, M. (2007). Characteristics, treatment, and practitioners perceptions of juvenile sex offenders. *Journal of Juvenile Justice Services*, 21(1-2); 7-16.
- Newbauer, J.F., & Blanks, J.W. (2001). Group work with adolescent sexual offenders. *The Journal of Individual Psychology*, 57 (1), 37-55.
- Pagé, C. (2004) *Le profil d'un groupe d'adolescents agresseurs sexuels comparé à celui d'un groupe d'adolescents n'ayant commis aucune agression sexuelle*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec en Outaouais, Gatineau.
- Perron, A., Lagueux, F., & Wright, J. (1999). *Questionnaire de Compréhension des Gestes-QCG*. Document non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Reitzel, L.R., & Carbonnell, J. L. (2006) The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: A meta-analysis. *Sex Abuse*, 18, 401-421.
- Russell, D. (1996). UCLA loneliness scale (3rd version): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality*, 66, 20-40.

*Seabloom, W., Seabloom, M. E., Seabloom, E., Barron, R., & Hendrickson, S. (2003). A 14-to-24 year longitudinal study of a comprehensive sexual health model treatment program for adolescent sex offenders: Predictors of successful completion and subsequent criminal recidivism. *Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(4), 468-481. [Étude 5]

*Sheridan, A., McKeown, K., Cherry, J., Donohoe, E., McGrath, K., O'Reilly, K., Phelan, S., & Tallon, M. (1998). Perspectives on treatment outcome in adolescent sexual offending: A study of a community-based treatment program. *The Irish Journal of Psychology*, 19, 168-180. [Étude 14]

*Smets, A. C. & Cebula, C. M. (1987). A group treatment program for adolescent sex offenders: Five steps toward resolution. *Child Abuse and Neglect: The International Journal*, 11(2), 247-254. [Étude 15]

*Smith, W. R., & Monastersky, C. (1986). Assessing juvenile sexual offenders' risk for reoffending. *Criminal Justice and Behavior*, 13(2), 113-140. [Étude 16]

Statistique Canada (2003). Les infractions sexuelles au Canada. *Juristat* no. 85-002, 23 (6). Consulté le 7 février 2007 <http://www.statcan.ca/francais/freepub/85-002-XIF/0060385-002-XIF.pdf>.

Twentyman, C., & McFall, M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 384-395.

Walker, C. E. & McCormick, D. (2004). Current practices in residential treatment for adolescent sex offenders: A survey. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3), 245-255.

Walker, D. F., McGovern, S. K., Poey, E. L., & Otis, K. E. (2004). Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: A meta-analysis and review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3), 281-293.

*Worling, J. R., & Curwen, T. (2000). Adolescent sexual offender recidivism: Success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child Abuse and Neglect*, 24 (7), 965-982. [Étude 6]