

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
CAROLINE MARTIN

LES ADOLESCENTS AUTEURS D'AGRESSION SEXUELLE : LA PRISE EN
COMPTE DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES POUR
LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

NOVEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Julie Carpentier, Ph.D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Christian Joyal, Ph.D., co-directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Julie Carpentier, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Dominick Gamache, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Denis Lafortune, Ph.D.

Université de Montréal

Sommaire

Cet essai théorique vise à effectuer une recension de la littérature scientifique sur les adolescents auteurs d'agressions sexuelles (AAAS), afin de présenter un portrait global des connaissances actuelles sur cette population clinique et d'émettre des propositions et hypothèses pour des pistes futures d'interventions et de recherches. Dans un premier temps, les caractéristiques développementales, psychologiques, cognitives et sociales sont présentées afin de dresser un portrait des AAAS. De plus, les principales typologies proposées jusqu'à présent pour catégoriser ces jeunes en fonction de caractéristiques semblables sont abordées, étant donné la grande hétérogénéité de ce groupe. Par la suite, les taux de récidives et facteurs de risque sont exposés afin de permettre une meilleure compréhension de la problématique et ajuster les interventions cliniques selon les caractéristiques et besoins spécifiques des AAAS. Ainsi, les différentes modalités thérapeutiques et leur efficacité sont présentées afin de mettre en lumière ce qui est actuellement reconnu au sein de la pratique. Finalement, afin d'assurer une meilleure prise en charge thérapeutique et diminuer les risques de récidives, la prise en considération de certains éléments est proposée afin de bonifier les interventions actuelles, telles que l'alliance thérapeutique, l'intégration des traumatismes, les enjeux d'attachement et la prévention.

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements	vii
Introduction	1
Contexte théorique	4
Délinquance sexuelle à l'adolescence	5
Définition de l'agression sexuelle	7
Prévalence et incidence	8
Caractéristiques des AAAS	9
Victimisation sexuelle	10
Difficultés d'attachement	13
Habilités sociales	16
Régulation des émotions	18
Développement sexuel	19
Intérêts sexuels atypiques	21
Psychopathologies	23
Habilités cognitives	26
Typologies	29
Précocité des agirs sexuels déviants	29
Âge de la victime et lien familial	32
Spécificité des agirs délinquants	37
Taux de récurrence et facteurs de risque	40

Taux de récidive.....	42
Les facteurs de risque de récidive	44
Récidive sexuelle	44
Récidive non sexuelle	47
Récidive générale.....	47
Le traitement des AAAS	50
Approches thérapeutiques.....	51
Thérapie de groupe	51
Thérapie individuelle	52
Thérapie familiale	53
Thérapie multisystémique.....	53
Cognitivo-comportementale	54
Psychodynamique	56
Good Lives Model	57
Pharmacologie	59
Autres traitements.....	59
Efficacité du traitement.....	60
Synthèse critique	64
Alliance thérapeutique	66
L'intégration des traumatismes	69
L'intégration des enjeux d'attachement.....	73
La prévention	76

Conclusion	82
Références	86

Remerciements

Je souhaite tout d'abord exprimer ma gratitude à mes directeurs de recherche, soit Mme Julie Carpentier, Ph.D., professeure au Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), ainsi qu'à M. Christian Joyal, Ph.D., professeur au Département de psychologie de l'UQTR pour leur support et leur confiance tout au long de mon parcours doctoral. Leur appui, leur écoute et leurs critiques constructives ont grandement contribué à la réalisation de cet essai, et ce, dans un environnement positif et stimulant. De plus, je vous remercie pour votre confiance et les multiples opportunités que vous m'avez offertes. Cela a certainement contribué à mon épanouissement professionnel et mon désir d'approfondir mes connaissances quant à ce sujet.

Je tiens également à remercier le Centre international de criminologie comparée de l'UQTR. Les bourses octroyées m'ont aidé à diffuser mes résultats de recherches et m'ont permis de participer à des congrès internationaux.

Finalement, merci à ma famille, mon conjoint et mes collègues pour leur présence et support tout au long de mes études. Vos encouragements furent très appréciés!

Introduction

Depuis le début des années 2000, de nombreux chercheurs se sont intéressés aux agressions sexuelles commises par des adolescents. Loin d'être des cas isolés, les abus sexuels commis à l'adolescence sont reconnus au sein de la littérature scientifique et ils sont également une problématique bien présente au sein de la société québécoise. En effet, 23,6 % des infractions à caractère sexuel déclarées à la police annuellement au Québec sont commises par des adolescents (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2014), alors que ceux-ci ne représentent qu'environ 5,7 % de la population québécoise. De plus, les adolescents seraient responsables de 30 % des délits sexuels commis envers des mineurs (Statistique Canada, 2014). Les taux d'abus sexuels commis par des adolescents sont donc non négligeables et entraînent plusieurs conséquences. Étant une population hétérogène et ayant des particularités qui les distinguent des adultes agresseurs sexuels (AAS), une attention particulière doit être portée aux adolescents auteurs d'agressions sexuelles (AAAS) afin de mieux comprendre ce phénomène et proposer, par la suite, des interventions adaptées à leurs besoins et réalité.

Cet essai théorique a pour but, par le biais d'une recension des écrits non systématique, de mettre en lumière les connaissances actuelles portant sur les AAAS de sexe masculin et de proposer une synthèse critique et cohérente avec la littérature actuelle. Pour ce faire, la première partie de cet ouvrage présentera la délinquance sexuelle à l'adolescence (définition, incidence et prévalence), les caractéristiques associées aux

AAAS, les taux de récurrence et les facteurs de risques, ainsi que les traitements offerts actuellement à cette clientèle. En deuxième partie, une synthèse critique et des hypothèses seront proposées afin d'approfondir le sujet et amener des pistes de réflexion cliniques et de recherche.

Contexte théorique

Cette section a pour objectif de présenter une recension non systématique des écrits scientifiques sur la problématique de la délinquance sexuelle à l'adolescence. Elle exposera d'abord une définition de l'agression sexuelle, ainsi que la prévalence et incidence de cette problématique. Viendront par la suite les caractéristiques des AAAS, les taux de récidive et facteurs de risque associés à la délinquance sexuelle à l'adolescence. Finalement, les traitements spécialisés pour cette clientèle seront présentés.

Pour étayer cette section, environ 150 références scientifiques ou chapitres de livre ont été consultés et choisis en fonction des thèmes qui avaient été prédéterminés pour la rédaction de cette section, soit : 1) caractéristiques des AAAS; 2) taux de récidives et facteurs de risques; et 3) traitement. De plus, ces références ont été identifiées à partir de deux principaux moteurs de recherche (PubMed et PsycInfo) et par une recherche par mots clés et leurs synonymes (« *juvenile sexual offender* », « *recidivism* », « *treatment* »).

Délinquance sexuelle à l'adolescence

Les recherches scientifiques en lien avec la délinquance sexuelle à l'adolescence sont relativement récentes. En effet, avant les années 1990, il existait moins d'une trentaine de publications scientifiques concernant cette population. Cette « carence » empirique peut être expliquée par le fait que ces comportements étaient généralement considérés comme des comportements passagers d'exploration sexuelle. Dès lors, peu d'abus sexuels

commis par des adolescents étaient sanctionnés et étudiés (Tardif, Jacob, Quenneville, & Proulx, 2012). Des études effectuées auprès d'adultes auteurs d'agressions sexuelles ont cependant révélé qu'une proportion importante d'entre eux avait commencé à commettre des abus sexuels dès l'adolescence (Abel, Osborn, & Twigg, 1993; Abel & Rouleau, 1990; Groth, Longo, & McFadin, 1982) avec, possiblement, une aggravation des conduites délictuelles (Groth et al., 1982). Les données statistiques portant sur la prévalence des délits sexuels à l'adolescence ont également permis de mettre de l'avant son importance, et ainsi, d'ajuster l'application des lois et des interventions pour ce sous-groupe d'adolescents. Depuis 2003, les infractions criminelles commises au Québec par les adolescents de 12 ans et plus sont encadrées par la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Ce système de justice a pour objectif général la protection du public, mais accorde une importance particulière à la réadaptation et la réinsertion sociale des adolescents. De plus, ce système diffère de celui des adultes au sujet des procédures et des peines (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016). Bien que les connaissances théoriques et empiriques associées aux adultes auteurs d'agression sexuelle aient pendant longtemps été généralisées aux AAAS, il est maintenant reconnu qu'ils présentent une étiologie, des caractéristiques et des facteurs de risque spécifiques. Ainsi, la prise en charge judiciaire et thérapeutique des adolescents diffère considérablement de celle des adultes.

Définition de l'agression sexuelle

Il existe plusieurs définitions de l'agression sexuelle. La plus répandue est celle établie par le gouvernement du Québec :

Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée, ou dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique, et à la sécurité de la personne (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, p. 22)

Selon le Code criminel canadien, il existe trois niveaux d'agression sexuelle. La première est l'agression sexuelle simple (art. 271) et elle se définit par une agression sexuelle qui ne cause pas ou presque pas de blessures corporelles à la victime. La deuxième est l'agression sexuelle armée, menaces à une tierce personne ou infliction de lésions corporelles (art. 272). Finalement, le dernier niveau est l'agression sexuelle grave (art. 273) qui se définit par une agression qui blesse, mutilé ou défigure la victime ou met sa vie en danger.

La définition de l'agression sexuelle ne comprend pas seulement les comportements abusifs avec contacts physiques, mais aussi tout autre acte de nature sexuelle qui porte également préjudice à la personne. En effet, plusieurs autres infractions criminelles à caractère sexuel sont également comprises dans la définition de l'agression sexuelle, soit les contacts sexuels, les incitations à des contacts sexuels, l'exploitation sexuelle, l'inceste, le voyeurisme, l'exhibitionnisme, le frotteurisme, la production, distribution,

possession ou l'accès à la pornographie juvénile, la bestialité et le harcèlement sexuel (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2012).

Prévalence et incidence

Sur la totalité des infractions à caractère sexuel déclarées à la police au Québec, 23,6 % des auteurs présumés sont des adolescents (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2014). Ce taux grimpe à 35 % lorsque la victime est mineure (du moins aux États-Unis; Finkelhor, Ormrod, & Chaffin, 2009) et de 40 à 50 % lorsque la victime est un enfant de moins de 13 ans (Association des Centres Jeunesse du Québec [ACJQ], 2008). En 2012, les taux d'auteurs présumés d'infractions sexuelles à l'endroit des enfants et des jeunes étaient les plus élevés chez les jeunes de 13 et de 14 ans (respectivement 117 et 115 pour 100 000 habitants). Les taux d'agression sexuelle diminueraient cependant à mesure que l'âge de l'auteur présumé augmente.

Les taux véritables d'agressions sexuelles (connus et inconnus des autorités) sont difficiles à établir, mais environ la moitié des agresseurs sexuels appréhendés à l'âge adulte rapportent avoir commis leur premier délit sexuel à l'adolescence (Abel et al., 1993; Groth et al., 1982; Seto, 2008). De plus, selon les données de la *National Crime Victimization Survey*, seulement 30 % des filles et 15 % des garçons victimes d'infractions sexuelles ont signalé le crime à la police ou à d'autres autorités (Weiss, 2008). Une hypothèse est que la divulgation tardive, chez les victimes des deux sexes, pourrait servir de stratégie d'adaptation à la suite d'un abus afin de vouloir oublier le traumatisme

(Easton, 2013). De plus, la non-divulgarion aux autorités peut s'expliquer par le fait que certaines victimes sont incapables de le faire (trop jeune, handicapée, etc.) ou qu'elles craignent de le faire. Dans d'autres cas, particulièrement lorsque l'enfant est plus jeune, il revient à la famille de faire le signalement, ce qui est parfois omis (Statistique Canada, 2014). Il est également possible que l'enfant n'ait pas conscience que les gestes commis constituent des délits criminels. Somme toute, les données relatent que malgré le nombre important d'agressions sexuelles auprès des enfants, un nombre non négligeable de ces abus ne sont pas signalés aux autorités, ce qui nuit à dresser un portrait représentatif (Statistique Canada, 2014; Tourigny & Baril, 2011).

Les agressions sexuelles sont lourdes de conséquences tant sur le plan individuel que pour la société. Depuis les vingt dernières années, les études se sont particulièrement intéressées aux AAAS afin d'obtenir une meilleure compréhension de ce sous-groupe d'adolescents pour ainsi mettre de l'avant leurs caractéristiques communes et permettre une prise en charge thérapeutique adaptée et optimale.

Caractéristiques des AAAS

De nombreuses études cliniques et empiriques ont tenté de relever certaines caractéristiques psychologiques, comportementales et développementales afin de pouvoir arriver à une certaine classification des types d'AAAS (Lussier, Van Den Berg, Bijleveld, & Hendriks, 2012). Plus précisément, les études se sont intéressées au potentiel discriminant de certaines variables chez les AAAS afin de les différencier des autres

adolescents délinquants non sexuels (ADNS), telles que la victimisation sexuelle, les difficultés d'attachement, l'isolement social, le développement sexuel, la présence d'intérêts sexuels atypiques, les psychopathologies et les habiletés cognitives (Seto & Lalumière, 2010).

Victimisation sexuelle

Il est reconnu que les agresseurs sexuels ont davantage vécu de victimisation sexuelle que les agresseurs non sexuels ou les individus n'ayant pas commis de délits (Maniglio, 2009; Seto & Lalumière, 2010), d'où l'importance d'aborder ce sujet lors de la prise en charge. Selon la littérature scientifique, entre 0 et 80 % des AAAS ont rapporté avoir été sexuellement abusés (Hunter & Figueredo, 2000; Jespersen, Lalumière, & Seto, 2009; Ryan, Miyoshi, Metzner, Krugman, & Fryer, 1996; Worling, 1995). Toutefois, le pourcentage moyen habituellement reconnu dans la littérature se situe entre 32 et 46 %. Plusieurs limites peuvent expliquer la variabilité entre les études, telles que l'absence d'un consensus dans la définition d'un abus sexuel et les différentes sources d'informations utilisées pour les antécédents de victimisation sexuelle (Seto & Lalumière, 2010). Ces données doivent alors être interprétées avec prudence.

Parmi les explications possibles de l'abus sexuel commis par les AAAS, les théories de l'apprentissage social suggèrent que les jeunes sexuellement victimisés auraient plus tendance à répéter les mêmes comportements abusifs appris pendant leur propre victimisation (Ryan, 1989). Certains affirment également que l'agression sexuelle pourrait

se comprendre par l'actualisation d'un comportement appris, ou encore comme une façon pour les AAAS de reprendre le contrôle de leur propre victimisation et d'adopter le rôle de dominant plutôt que celui de dominé (Veneziano & Veneziano, 2002). D'ailleurs, les résultats de Burton (2003) démontrent que les AAAS ont tendance à abuser des victimes ayant des caractéristiques semblables à leur propre agresseur, telles que le genre de l'agresseur, le lien avec sa victime (p. ex., inconnu, lien familial, etc.) et à adopter le même *modus operandi* pour arriver à ses fins (p. ex., menaces, par le jeu, etc.). Ainsi, la victimisation sexuelle des AAAS a longtemps été présentée comme étant l'une des principales explications de leurs propres abus sexuels (Marshall & Barbaree, 1990). En effet, plusieurs auteurs ont postulé qu'il y avait une association entre le fait d'être abusé à l'enfance et de commettre à son tour un abus sexuel plus tard, soit l'hypothèse de l'abusé-agresseur (Lee, Jackson, Pattison, & Ward, 2002; Seto, 2008) ou encore le « syndrome du vampire » (Worling, 1995). Dans leur étude, Aebi et ses collaborateurs (2015) ont effectivement trouvé, à partir de données recueillies par sondage auprès de 6628 étudiants (âge moyen de 15,5 ans) provenant d'écoles publiques de la Suisse, que les adolescents ayant été victimisés sexuellement à l'enfance étaient plus susceptibles d'adopter des comportements sexuels coercitifs que ceux n'ayant pas vécu d'abus sexuel. Or, de récentes études démontrent que le lien entre la victimisation sexuelle et l'abus sexuel est davantage indirect que causal. En effet, un abus sexuel à l'enfance peut être corrélé à une trajectoire de développement atypique, notamment par rapport aux relations avec les pairs et aux comportements sexuels. Il est alors possible que la victimisation sexuelle à l'enfance ait un impact sur d'autres facteurs de risque de l'abus sexuel, tels que l'isolement social et

les intérêts sexuels déviants (Seto & Lalumière, 2010). Bien que la victimisation sexuelle ne soit pas un facteur explicatif unique des abus sexuels, il demeure néanmoins un facteur important à prendre en considération lors des interventions thérapeutiques puisqu'il permet de comprendre certaines dynamiques de l'adolescent (Auclair, Carpentier, Proulx, Jacob, & Quenneville, 2012; Tourigny & Baril, 2011).

De plus, dans une recherche ayant pour but de comprendre la différence entre les enfants victimisés sexuellement devenus à leur tour agresseur et ceux n'ayant pas abusé sexuellement, Hunter et Figueredo (2000) ont conclu, à partir de données recueillies à l'aide d'entrevues dirigées et de questionnaires auprès de 235 adolescents (13 à 17 ans) provenant de divers milieux aux États-Unis (programmes de traitement spécialisé, centre de réadaptation, programmes sociaux, communauté), que plus l'enfant est jeune lors de l'abus sexuel et plus la fréquence des abus est élevée, plus il y aura de conséquences négatives sur son développement psychosocial et psychosexuel. Les résultats suggèrent également que la détection et la dénonciation d'un abus sexuel peuvent être plus tardives lorsque la victimisation est vécue en bas âge. La perception d'être peu soutenu par l'entourage à la suite du dévoilement des abus sexuels augmente également le risque de développer une problématique d'agression sexuelle à l'adolescence (Hunter & Figueredo, 2000).

Somme toute, il est reconnu que les abus sexuels vécus à l'enfance sont lourds de conséquences (troubles de l'humeur, troubles de personnalité, problèmes interpersonnels,

engagement dans des comportements sexuels à risques, etc.) et ce trauma vient également perturber le développement sexuel de l'enfant (Hébert, Cyr, & Tourigny, 2011). De plus, les abus physiques, psychologiques et sexuels vécus à l'enfance sont des facteurs de risques développementaux qui peuvent mener à des comportements sexuels abusifs plus tard à l'adolescence ou à l'âge adulte (Lee et al., 2002; Rich, 2011). Bien qu'il soit nécessaire d'aborder la victimisation sexuelle lors de l'évaluation et le traitement des AAAS afin de voir ses impacts et ses liens avec les agirs sexuels déviants, il est également important de s'attarder aux autres facteurs explicatifs (p. ex., abandon précoce, pertes traumatiques précoces, accès à du matériel pornographique, climat familial intrusif, etc.) afin d'avoir une compréhension globale de l'adolescent (Lafortune, 2002).

Difficultés d'attachement

Malgré l'attention portée aux difficultés d'attachement chez les AAAS depuis les dernières années, il existe seulement quelques recherches empiriques pour soutenir le lien entre les comportements sexuels abusifs et le type d'attachement. Bien qu'il puisse apparaître logique et intuitif d'expliquer et de comprendre le développement des comportements sexuels abusifs par les problématiques d'attachement, tout lien causal demeure purement théorique (Rich, 2011). Il existe cependant des appuis substantiels quant au fait que les vulnérabilités liées aux difficultés d'attachement sont des facteurs prédisposants significatifs dans le développement des comportements sexuels abusifs chez les adultes et adolescents (Smallbone, 2005). En effet, des problèmes d'attachement peuvent réduire la capacité à ressentir de l'empathie, à réguler ses émotions et à résoudre

des problèmes en situations sociales, ce qui peut augmenter les risques d'adopter un comportement coercitif dans les relations interpersonnelles (Seto & Lalumière, 2010; Smallbone, 2006).

De plus, d'autres études portant sur les adultes auteurs d'agression sexuelle ont remarqué que cette population différait des adultes ayant des comportements criminels non sexuels par leur plus grande probabilité de présenter un style d'attachement insécurisé. L'étude de Marsa et ses collaborateurs (2004) ont notamment fait ce constat, en comparant ces deux groupes ($n = 29$ et 30 respectivement, provenant de prisons irlandaises) à un groupe contrôle ($n = 30$ provenant de la population générale) en mesurant l'attachement à partir de questionnaires. Le style d'attachement insécurisé à l'âge adulte se caractérise par une incapacité à créer et maintenir des relations amoureuses stables et satisfaisantes, en plus d'être associé à plusieurs déficits psychosociaux (p. ex., isolement, sentiment d'impuissance, conflits interpersonnels et difficulté quant à la gestion de la colère; Lyn & Burton, 2004; Marsa et al., 2004). En s'appuyant sur de nombreuses études ayant documenté les liens entre l'attachement insécurisé et l'agression sexuelle, Grady, Levenson et Bolder (2017) ont proposé un modèle étiologique de l'agression sexuelle basé sur la théorie de l'attachement. Selon eux, des expériences adverses (maltraitance, trauma) durant l'enfance mèneraient à un style d'attachement insécurisé, qui à son tour pourrait mener au développement de difficultés d'ordre psychosociales et comportementales, incluant l'agression sexuelle. Comme le type d'attachement demeure relativement stable et présent au cours de la vie, il est possible de penser que l'adulte présentant un

attachement insécurisé était alors auparavant lui-même un adolescent ayant les mêmes problèmes d'attachement (Rich, 2011).

De récentes études se sont intéressées à l'attachement chez les AAAS d'enfants (Miner et al., 2010; Miner, Romine, Robinson, Berg, & Knight, 2016). Les auteurs ont comparé, à partir de données recueillies par entrevues semi-structurées et par questionnaires, des AAAS d'enfants ($n = 107$) avec des adolescents qui ont commis des crimes non sexuels ($n = 122$; Miner et al., 2010) et des adolescents en traitement pour des problèmes de santé mentale ou d'abus de substance ($n = 93$) qui provenaient de plusieurs établissements (centre de traitement spécialisé, centre d'hébergement ou de réadaptation; Miner et al., 2016). Leurs résultats indiquent qu'un attachement insécurisé est significativement associé, mais de manière indirecte, à la perpétration d'un abus sexuel. Ainsi, les adolescents ayant un attachement davantage insécurisé sont plus susceptibles de commettre des actes de violence sexuelle à l'égard des enfants que ceux ayant un attachement moins insécurisé. De plus, toujours selon leurs résultats, l'implication sociale (avoir des relations sociales versus isolement social) expliquerait l'association entre l'attachement insécurisé et le fait de commettre des abus sexuels.

Selon Marshall et Marshall (2000), lorsque l'enfant développe un attachement insécurisé, il n'est pas en mesure de faire les apprentissages nécessaires (p. ex., habiletés, confiance en soi et envers les autres) pour le développement de relations intimes. Ainsi, l'isolement social n'est pas rare chez ces individus et il en résulte un sentiment de solitude

émotionnelle et d'inadéquation (Marshall, 2010; Miner et al., 2016). Ce processus, soit le fait qu'un attachement insécurisé mène à l'isolement, serait un des principaux facteurs de vulnérabilité pour la perpétration d'un abus sexuel, et ce, particulièrement envers les enfants (Marshall, 2010; Miner et al., 2016). La question de l'isolement social sera discutée dans la section suivante.

Dès lors, la prise en compte de l'attachement comme étant un facteur contributif aux abus sexuels apparaît primordial lors de l'évaluation et le traitement des AAAS. En effet, cela permet de reconnaître le style d'attachement de l'adolescent et les déficits relationnels associés, pour ensuite cibler des objectifs de traitement adaptés, tels que le développement de nouvelles relations, le rétablissement de certaines relations et l'amélioration des compétences sociales (Miner et al., 2016; Rich, 2011).

Habiletés sociales

Les études portant sur les caractéristiques en lien avec la socialisation des AAAS suggèrent qu'ils présentent des déficits quant à leurs habiletés relationnelles et sociales (Auclair et al., 2012; Joyal, Carpentier, & Martin, 2016; Knight & Prentky, 1993; Marshall & Barbaree, 1990). En effet, de nombreuses recherches ont constaté que les AAAS avaient de la difficulté à initier et maintenir un contact relationnel avec des pairs de leur âge, car ils ont des déficits sur le plan des habiletés sociales, tels qu'entrer en relation, s'engager dans une conversation et décoder adéquatement les états émotifs de l'autre pendant les interactions (Knight & Prentky, 1993; Seto & Lalumière, 2010; Worling, 2001). En 1986,

une étude américaine devenue célèbre révélait que près de 65 % des AAAS (N = 305) présentaient un déficit des habiletés sociales, des relations interpersonnelles insatisfaisantes et un isolement social (Fehrenbach, Smith, Monastersky, & Deisher, 1986). Dans une étude plus récente, Joyal et ses collaborateurs (2016) ont trouvé, suite à une analyse des dossiers de 351 AAAS évalués en clinique externe spécialisée au Québec, que plus de la moitié des AAAS de leur échantillon (54,1 %) vivaient de l'isolement social avant de commettre le délit sexuel et que cette caractéristique touchait particulièrement les AAAS d'enfants (65,4 %) comparativement aux AAAS de pairs et d'adultes (31,8 %).

Les AAAS d'enfants auraient alors un profil plus sombre que les AAAS de pairs ou d'adultes quant à la socialisation. En effet, ils seraient moins habiles sur le plan des relations interpersonnelles et vivraient davantage d'intimidation et de rejet de la part de leurs pairs, ce qui entraînerait un isolement social plus important (Hendriks & Bijleveld, 2004). De plus, les AAAS d'enfants rechercheraient des contacts avec des enfants beaucoup plus jeunes qu'eux, car cela leur permettrait de diminuer leur isolement social, tout en se sentant plus compétents, appréciés et valorisés. L'abus sexuel d'enfant leur permet également de combler leur besoin relationnel et d'intimité sans faire face à un potentiel rejet de leur part (Auclair et al., 2012; Marshall, Hudson, & Hodgkinson, 1993).

Les AAAS de pairs ou d'adultes, quant à eux, utiliseraient de la coercition dans leurs rapports sexuels, car ils n'auraient pas les habiletés sociales pour combler leurs besoins sexuels et émotionnels avec des pairs et ainsi, avoir des relations consensuelles (Marshall

& Barbaree, 1990). Bien que les AAAS de pairs ou d'adultes présentent moins d'isolement social, leurs relations sociales semblent être souvent problématiques et sources de frustration, principalement en lien avec des difficultés à maintenir ces relations (Auclair et al., 2012). De plus, malgré que certains AAAS possèdent certaines habiletés sociales, ils présentent souvent des difficultés ou des déficits, sur le plan de la résolution de conflit, l'affirmation de soi, la gestion de la colère, du stress, du rejet et de la critique, l'écoute, la prise de décision, etc. (Tardif, Quenneville, Jacob & Auclair, 2012). Les difficultés interpersonnelles associées à un trouble d'attachement peuvent également nuire au développement d'habiletés sociales nécessaires à l'établissement et au maintien de relations intimes (Ward & Siegert, 2002).

Régulation des émotions

Il est avancé par certains auteurs que l'isolement social et les difficultés d'adaptation favorisent l'émergence d'émotions négatives et le besoin d'évacuer cette tension (Cortoni & Marshall, 2001; Tardif, 2015). Cependant, il n'est pas rare que les AAAS aient une problématique quant à la régulation des émotions (identifier l'émotion, capacité à moduler les émotions négatives, stratégies de gestion des émotions) et plusieurs sont également dans l'incapacité d'aller chercher un soutien social lorsqu'ils vivent une détresse émotionnelle. Dès lors, le fait de ressentir ces émotions peut résulter en une perte de contrôle et, associé à des intérêts sexuels, mener l'adolescent à abuser sexuellement. Ainsi, le passage à l'acte peut, en partie, être expliqué par les déficits quant à la gestion des émotions et du contrôle des pulsions (Ward & Siegert, 2002).

De plus, l'utilisation de la sexualité à l'adolescence, telle que la masturbation compulsive, et l'absence d'autres moyens ou expériences positives pour améliorer l'humeur et l'estime de soi, peuvent mener l'adolescent à faire un lien entre la sexualité et le bien-être émotionnel (Cortoni & Marshall, 2001). Chez ces jeunes, le début de la masturbation est plus hâtif et le fait d'avoir des comportements masturbatoires compulsifs augmente les probabilités d'utiliser la sexualité comme stratégie d'adaptation afin de contrer le stress et les émotions négatives vécues notamment par l'isolement social (Marshall & Marshall, 2000). Une étude rétrospective menée auprès de délinquants sexuels adultes ($n = 59$), provenant de prisons fédérales canadiennes, a permis d'estimer, à partir de données recueillies par questionnaires, que ces derniers utilisaient davantage les activités sexuelles, qu'elles soient déviantes ou non, pour faire face à leurs problèmes et détresse émotionnelle à l'adolescence, comparativement aux délinquants non sexuels ($n = 30$). Selon les résultats de cette étude, il y aurait une relation linéaire entre l'isolement social et la sexualité. En effet, plus les déficits relationnels étaient importants, plus la sexualité était utilisée comme une stratégie d'adaptation pour contrer la détresse émotionnelle (Cortoni & Marshall, 2001).

Développement sexuel

Plusieurs recherches suggèrent que les AAAS diffèrent des autres adolescents en ce qui a trait au développement sexuel (Knight & Sims-Knight, 2003; Marshall & Barbaree, 1990). À ce sujet, la littérature fait état d'une plus grande exposition, et ce, de manière plus précoce, à la sexualité chez les AAS, soit par l'exposition à des modèles sexuels

inadéquats ou par la consommation de pornographie (Beauregard, Lussier, & Proulx, 2004; Seto, Maric, & Barbaree, 2001). Par exemple, dans leur échantillon de 293 AAAS provenant du Centre de psychiatrie légale de Montréal, Auclair et ses collaborateurs (2012) ont trouvé, à partir de données recueillies par analyse de dossier, que plus d'un adolescent sur quatre a été témoin de scènes sexuelles déviantes dans le milieu familial (exposition à la sexualité de manière répétée en bas âge, exposition à la pornographie en bas âge, violence sexuelle, prostitution de la mère, actes sexuels déviants d'un parent, témoin d'exhibitionnisme) et que près de 15 % des AAAS rapportaient des périodes de masturbations compulsives. De plus, puisque les AAAS présentent la plupart du temps des déficits quant aux habiletés sociales, il est possible de s'attendre à ce qu'ils aient davantage de difficultés à vivre des expériences sexuelles consentantes avec des pairs de leur âge (Seto & Lalumière, 2010), et ce, particulièrement pour les AAAS d'enfants. En effet, Joyal et ses collaborateurs (2016) relatent que les AAAS d'enfants ont eu significativement moins d'expériences sexuelles avec des filles de leur âge, comparativement à ceux qui ont agressé des pairs ou des adultes (22,9 % contre 64,3 %).

Aussi, il n'est pas rare d'observer la présence de préoccupations sexuelles chez les AAAS qui peuvent se traduire par des idéations (obsessionnelle et compulsive) et comportements sexuels (p. ex., masturbation compulsive, consommation de pornographie déviante, etc.). Ce déséquilibre peut alors avoir plusieurs effets délétères sur la vie du jeune, tel qu'un surinvestissement de la sexualité au détriment des autres sphères de sa vie. En effet, ces jeunes semblent immergés dans leur monde fantasmatique au quotidien,

nuisant ainsi à leur développement sexuel et personnel, tel que l'établissement de relations sociales, l'engagement dans des loisirs, etc. (Tardif, Quenneville, et al., 2012). Les résultats d'une étude stipulent que plus du tiers des AAAS de leur échantillon avaient adopté d'autres types de comportements sexuels déviants que ceux pour lesquels ils étaient traités, soit des actes de fétichisme, de frotteurisme et de consommation de pornographie déviante (Auclair et al., 2012), ce qui démontre l'importance de la place qu'occupe la sexualité chez ces jeunes.

Intérêts sexuels atypiques

La littérature portant sur les AAAS suggère que ceux-ci diffèrent des autres adolescents sur le plan des intérêts sexuels. En effet, les recherches stipulent que les AAAS auraient davantage d'intérêts sexuels atypiques, soit envers les enfants et par le biais de l'utilisation de coercition dans leurs relations sexuelles avec des pairs ou des adultes. Bien que les processus de conditionnement jouent un rôle prédominant dans l'acquisition d'intérêts sexuels atypiques, ils peuvent également provenir d'un apprentissage social (Laws & Marshall, 1990). Comme mentionné dans la section précédente, les AAAS ont souvent connu une perturbation de leur développement sexuel pour diverses raisons, telles qu'une victimisation sexuelle, l'exposition à de la violence sexuelle (apprentissage vicariant), etc. Il a été rapporté que ces éléments sont liés à la propension à commettre un abus sexuel (Beauregard et al., 2004). Les intérêts sexuels atypiques seraient également un incitatif pour le passage à l'acte d'un abus sexuel (Marshall & Barbaree, 1990; Rice & Harris, 2002; Rich, 2011; Seto & Lalumière, 2010;

Ward & Siegert, 2002). En effet, Auclair et ses collaborateurs (2012) ont remarqué que la majorité des AAAS avaient eu des fantasmes sexuelles déviantes dans la période prédélictuelle. De plus, les fantasmes sexuelles étaient généralement en lien avec la victime, particulièrement lorsqu'il s'agissait d'un enfant avec qui ils étaient fréquemment en contact (Auclair et al., 2012). Les AAAS, comparativement aux adolescents qui n'ont pas commis d'abus sexuels, rapporteraient également un taux significativement plus élevé de fantasmes, de comportements et d'intérêts sexuels atypiques en plus d'avoir davantage eu un diagnostic de paraphilie (Seto & Lalumière, 2010).

Bien qu'une majorité des AAAS reconnaisse avoir des fantasmes sexuelles déviantes avant le passage à l'acte, une minorité rapporte une fantasmagorie sexuelle déviante exclusive. Cette minorité présenterait habituellement une problématique sexuelle plus sévère (précocité des agissements déviants, fréquence des gestes abusifs, nombres de victimes) et elle aurait plus souvent été victimisée sexuellement dans l'enfance (Auclair et al., 2012; Murphy, DiLillo, Haynes, & Steere, 2001).

Finalement, il est important de préciser que l'adolescence est une période de vie où les intérêts sexuels ne sont, pour la plupart, pas encore fixés et où la recherche d'une identité propre est importante (Bereiter & Mullen, 2012). Il est cependant important de prendre en considération ces intérêts lors de la prise en charge thérapeutique, afin d'amener l'adolescent à reprendre un développement sain de sa sexualité.

Psychopathologies

Depuis les dernières années, la littérature s'est penchée sur la prévalence des psychopathologies chez les AAAS. En effet, différentes théories ont amené l'hypothèse que les troubles de l'humeur et les troubles de personnalité peuvent expliquer en partie les abus sexuels (Ward & Siegert, 2002). Il existe cependant peu de données empiriques quant aux troubles de personnalité chez les AAAS, mais il est estimé qu'entre 60 et 90 % des adultes auteurs d'agressions sexuelles en présentent au moins un (Sheerin, 2004). Plusieurs études ont toutefois fait état du nombre important de problèmes de santé mentale chez ces jeunes, en plus de la présence prédominante de comorbidités (Colins, Vermeiren, Schuyten, & Broekaert, 2009; Fazel, Doll, & Långström, 2008). Les psychopathologies les plus fréquemment rapportées parmi les AAAS sont les problèmes externalisés tels que les troubles de la conduite, les troubles du déficit de l'attention et d'hyperactivité (TDA/H) et la consommation de substances. Pour ce qui est des troubles internalisés, les études font mention de troubles dépressifs et anxieux (Fazel et al., 2008; Kafka & Hennen, 2002; Rich, 2011; Vizard, Hickey, French, & McCrory, 2007).

En ce qui a trait aux distinctions entre les AAAS et les ADNS quant à la prédominance de certaines psychopathologies, les études actuelles ne font pas consensus. En effet, selon la méta-analyse de Seto et Lalumière (2010) effectuée à partir de 59 études indépendantes, la prévalence de psychopathologie chez les AAAS ($n = 3855$) est plus élevée que celle des adolescents délinquants n'ayant pas commis d'abus sexuels ($n = 13\,393$). Les différences significatives entre les deux groupes concernent les troubles en lien avec l'anxiété et la

faible estime de soi. Les auteurs n'ont cependant pas trouvé de différences significatives pour les psychopathologies générales, la dépression, les symptômes psychotiques et les tendances suicidaires. Dans une méta-analyse regroupant 21 études ($n = 2951$ AAAS), Boonmann et ses collaborateurs (2015) ont cependant trouvé que, malgré la présence importante de psychopathologies chez les AAAS, ils répondent moins souvent aux critères diagnostiques pour un ou plusieurs troubles de santé mentale que les ADNS ($n = 18\ 688$). Les AAAS avaient moins de diagnostic de TDAH, de trouble de la conduite et de consommation de substances que les ADNS. Plus précisément chez les AAAS, ils ont trouvé que 69 % remplissaient les critères pour au moins un diagnostic de trouble mental et 44 % pour au moins deux. Leurs résultats concordent également avec la littérature antérieure puisqu'ils mentionnent que les troubles extériorisés sont les plus prévalents chez les AAAS (51 % pour le trouble de la conduite), mais qu'un nombre non négligeable de ces adolescents présentent également des troubles internalisés tel que des troubles anxieux (18 %), en plus de présenter des paraphilies et des troubles de consommation de substances (Boonmann et al., 2015). Il est toutefois important de noter que les critères diagnostiques de cette méta-analyse se basaient sur les catégories du DSM et de l'ICD, comparativement aux autres études (p. ex., Seto & Lalumière, 2010) qui utilisaient la plupart du temps une échelle dimensionnelle de symptômes. Cette différence méthodologique peut ainsi expliquer en partie l'hétérogénéité retrouvée dans les résultats.

En ce qui a trait aux psychopathologies au sein même du groupe d'AAAS, les AAAS d'enfants auraient davantage de risques de présenter des troubles affectifs et un niveau de

fonctionnement global plus faible que les AAAS de pairs et/ou d'adultes qui ont commis un abus sexuel en groupe ou de manière individuelle (Hart-Kerkhoffs, Boonmann, Doreleijers, Jansen, van Wijk, & Vermeiren, 2015).

Certaines associations ont également été proposées entre les caractéristiques du délit et l'organisation de la personnalité chez les AAAS. En effet, les résultats de l'étude de Gamache, Diguier, Laverdière et Rousseau (2014) font état qu'une pathologie sexuelle plus grave, soit un degré élevé d'intrusion et de violence utilisée, est observée chez les AAAS qui présentent une organisation de la personnalité de nature plus archaïque. Cette organisation se traduit par une identité moins bien intégrée, des relations interpersonnelles plus pauvres et clivées, des mécanismes de défense primitifs, ainsi qu'une difficulté à intégrer les pulsions agressives et libidinales. Ainsi, ces résultats mettent en lumière la relation entre les pathologies des conduites sexuelles et de la personnalité.

Somme toute, bien que les troubles de santé mentale soient communs chez les AAAS, ils ne peuvent expliquer à eux seuls l'adoption de comportements sexuels abusifs. Les psychopathologies que présentent les AAAS consistent alors en des facteurs contributifs à l'abus sexuel, où leurs influences varient selon chaque cas (Rich, 2011). C'est pourquoi il est primordial d'évaluer les AAAS cas par cas afin de mieux comprendre la contribution de la psychopathologie dans le passage à l'acte. La présence de psychopathologie est alors un facteur essentiel à prendre en considération lors l'établissement d'un plan thérapeutique afin qu'il soit adapté aux besoins de l'adolescent.

Habiletés cognitives

Il est reconnu que les dysfonctions neuronales, qu'elles soient d'origine génétique ou environnementale, augmentent les probabilités de développer une problématique sexuelle chez les individus masculins, et ce, particulièrement pour la pédophilie (Blanchard, Cantor, & Robichaud, 2006). Certaines théories ont même postulé un lien causal entre les déficits neuropsychologiques et la déviance sexuelle (Ward, Polaschek, & Beech, 2006). Il est cependant important de noter qu'une grande proportion des études appuie leurs résultats sur une population adulte auteur d'agression sexuelle et donc, il est actuellement impossible de généraliser ses résultats aux AAAS puisque cela n'a pas été démontré chez cette population. De plus, les résultats d'une récente étude indiquent qu'un trouble des fonctions exécutives prédirait la délinquance générale et non les délits sexuels chez les adolescents (Burton, Demuynck, & Yoder, 2014).

Il est connu que la période de l'adolescence se différencie de celle de l'enfance et de l'âge adulte au niveau neurologique puisque le cerveau est en plein changement. Par exemple, le stress est vécu différemment à cette période puisque les adolescents ont une plus grande sensibilité neuronale aux émotions négatives et humeurs dépressives (Spear, 2008). Leur développement neuronal est également immature en ce qui a trait à la capacité à prendre des décisions et ils ont tendance à répondre de manière plus impulsive aux stressors. De plus, les adolescents fonctionnent davantage sous un mode récompense, sans anticiper nécessairement les conséquences. Ils sont aussi plus susceptibles d'être influencés par les pairs, d'avoir une attitude et une perception plus immature du risque et

une capacité plus limitée d'autorégulation (Rich, 2011; Steinberg & Scott, 2003). Bien que ces éléments soient pertinents dans la compréhension des AAAS, ils caractérisent l'adolescence en général et donc, ne peuvent expliquer à eux seuls les abus sexuels.

Certaines études se sont aussi intéressées aux habiletés cognitives des AAAS afin de déterminer si ces adolescents différaient réellement des autres jeunes sur le plan neurologique. Une étude a comparé les AAAS ($n = 30$, provenant d'un centre de traitement spécialisé) à des adolescents non délinquants ($n = 20$, provenant de milieux défavorisés) et ils ont trouvé que les AAAS présentaient davantage de déficits sur le plan des fonctions exécutives, suite à la passation de l'échelle d'intelligence de Wechsler (WISC-III; Kelly, Richardson, Hunter, & Knapp, 2002).

Cependant, de telles différences n'ont pas été observées lorsqu'on comparait les AAAS à un groupe d'ADNS (Morais, Joyal, Alexander, Fix, & Burkhart, 2015; Veneziano, Veneziano, LeGrand, & Richards, 2004), bien que les AAAS aient tendance à avoir des scores plus faibles d'intelligence (Cantor, Blanchard, Robichaud, & Christensen, 2005). Les AAAS et ADNS auraient plutôt tendance à présenter des caractéristiques semblables quant à l'impulsivité, aux capacités de planification et au score de QI (Salat, 2009; Seto & Lalumière, 2010). Les AAAS auraient cependant davantage de problèmes d'apprentissage et d'incapacité que les ADNS (Seto & Lalumière, 2010). Morais et ses collaborateurs (2015) se sont également intéressés aux différences entre les ADNS ($n = 56$) et les AAAS ($n = 127$) provenant de centre de réadaptation des États-Unis,

selon l'âge de leur victime et ils ont utilisées des entrevues semi-structurées et divers instruments de mesure afin d'obtenir leurs données. Les AAAS d'enfants ont obtenu des scores significativement plus élevés aux tests évaluant les fonctions exécutives supérieures (capacité de résolution de problèmes, formation conceptuelle, raisonnement déductif et flexibilité cognitive) comparativement aux ADNS, tandis qu'aucune différence significative n'a été observée pour les AAAS de pairs ou d'adultes (Morais et al., 2015).

Somme toute, bien que les déficits cognitifs soient présents chez une proportion considérable d'AAAS, ils ne sont ni spécifiques ni caractéristiques aux abus sexuels (Morais et al., 2015; Seto & Lalumière, 2010). La prise en considération des problématiques neurologiques permet toutefois de contextualiser et de mieux comprendre le fonctionnement de ces adolescents. En effet, une hypothèse serait que les adolescents ayant de faibles habiletés cognitives peuvent avoir davantage de difficulté sur le plan du jugement et du contrôle des pulsions, ce qui peut augmenter les risques de commettre un abus sexuel de manière opportuniste. Une seconde hypothèse serait qu'il est possible que les adolescents ayant des déficits cognitifs aient davantage de risque de vivre de multiples rejets, ce qui peut avoir comme effet de se tourner vers les enfants ou d'utiliser la coercition envers les pairs ou les adultes pour vivre une expérience sexuelle (Seto & Lalumière, 2010). De plus amples études sont cependant nécessaires afin de comprendre la contribution des déficits cognitifs dans la perpétration d'abus sexuels à l'adolescence.

Typologies

Les recherches portant sur les caractéristiques des AAAS ont permis de dénoter la présence d'une grande hétérogénéité au sein même de ce groupe. Plusieurs catégorisations ont alors été proposées afin d'obtenir des sous-groupes d'AAAS présentant des caractéristiques et des besoins semblables pour un traitement donné. Les typologies basées sur la précocité des agirs sexuels déviants (Pullman, Leroux, Motayne, & Seto, 2014), sur l'âge de la victime et son lien familial avec l'agresseur (Seto & Lalumière, 2010) ainsi que la spécificité des agirs délinquants (Zeng, Chu, Koh, & Teoh, 2014) sont celles qui ont retenu le plus d'attention parmi la littérature scientifique.

Précocité des agirs sexuels déviants. Les délinquants avec début précoce (*early-onset*) réfèrent aux jeunes qui commencent à adopter d'importants problèmes de conduite durant l'enfance et qui souvent, développent des comportements antisociaux et criminels à l'adolescence qui perdurent jusqu'à l'âge adulte. Pour ce qui est des délinquants avec début tardif (*late-onset*), il s'agit de jeunes qui n'ont pas eu de sérieux problèmes de comportements à l'enfance et qui ont plutôt commencé leur carrière criminelle à l'adolescence. Ces jeunes ont également moins tendance à poursuivre leur carrière criminelle à l'âge adulte que les délinquants à début précoce (Pullman et al., 2014).

Malgré les différences méthodologiques, les études en lien avec les trajectoires développementales suggèrent que les AAAS et les ADNS partagent plusieurs caractéristiques en lien avec la précocité des agirs déviants. En effet, ceux commençant

leurs activités criminelles plus tôt ont tendance à avoir un taux plus élevé d'anomalies neurocognitives (Moffitt & Caspi, 2001), d'hyperactivité (Jeglum Bartusch, Lynam, Moffitt, & Silva, 1997), d'historique de maltraitance (Klevens, 2000), un développement moteur plus tardif (Moffitt, 1990), des antécédents psychiatriques liés à des déficits d'inhibition (Taylor, Iacono, & McGue, 2000) et un environnement familial antisocial (Klevens, 2000; Knight & Prentky, 1993). De leur côté, les délinquants (sexuels ou non) ayant un début tardif diffèrent très peu des adolescents de la population générale (Moffitt & Caspi, 2001; Pullman et al., 2014).

Il est reconnu qu'un début précoce de comportements antisociaux est un facteur de risque et de prédiction pour la délinquance chronique. Plusieurs auteurs se sont donc intéressés à cette variable afin d'étudier la carrière criminelle des AAAS (Cale, Lussier, & Proulx, 2009; Carpentier & Proulx, 2011; Fergusson & Horwood, 2002; Pullman et al., 2014).

L'étude de Vizard et ses collaborateurs (2007) s'est particulièrement intéressée aux facteurs développementaux associés à la précocité des conduites sexuelles abusives chez les enfants et les adolescents ($N = 280$). Les auteurs ont obtenu leurs données à partir de l'analyse de 280 dossiers provenant d'une clinique de traitement spécialisée en Angleterre. Les résultats ont montré que les jeunes à début précoce (avant l'âge de 11 ans) ont des comportements antisociaux et agressifs tôt à l'enfance (entre 0 et 6 ans) et que ceux-ci tendent à accroître avec les années. Il est plus probable qu'ils aient vécu dans un

environnement familial dysfonctionnel, c'est-à-dire un manque de supervision parentale, de l'inconsistance parentale, un manque de frontière familiale (exposition précoce à la sexualité) et vécu un nombre élevé de placements en famille d'accueil (six et plus; Vizard et al., 2007). L'enfant internalise alors sa relation avec son parent comme étant instable et cela peut mener à un type d'attachement insécurisé, ce qui favorise l'émergence de comportements agressifs et antisociaux à un jeune âge (Smallbone, 2005).

Les AAAS à début précoce sont également plus à risque d'avoir vécu des traumatismes, comme des abus sexuels à l'enfance, des abus physiques et psychologiques et de la négligence physique. Ces jeunes semblent également montrer plus de déficits neurocognitifs ($QI \leq 84$). Pour ce qui est des AAAS à début tardif, ils semblent présenter un profil moins sombre à la petite enfance, mais ceux-ci ont une plus grande consommation d'alcool et de drogue. Les deux groupes tendent cependant à se ressembler davantage lors de l'adolescence (Vizard et al., 2007). Carpentier, Leclerc et Proulx (2011) ajoutent également que la présence de comportements sexuels déviants à l'enfance (p. ex., voyeurisme, frotteurisme, masturbation compulsive) augmenterait considérablement les risques de développer un profil d'agression sexuelle avant l'âge de 12 ans (début précoce). De plus, les adolescents qui démontraient à la fois des comportements sexuels déviants et agressifs pendant leur enfance étaient plus à risque de commettre leur première agression sexuelle avant l'âge de 12 ans.

D'autres auteurs (Knight & Prentky, 1993) ont plutôt étudié, de manière rétrospective à partir d'analyse de dossier et d'entrevue dirigée, la relation entre la précocité des agirs sexuels déviants et le développement de la délinquance juvénile auprès de 564 AAS provenant d'un centre de traitement spécialisé au Massachusetts. Les résultats ne font pas état de différences significatives entre deux des trois groupes (moins de 15 ans et entre 15 et 18 ans) sous l'angle des différentes variables (isolement social, impulsivité, comportement délinquant et antisocial, agressivité physique, etc.). Toutefois, chez les AAS ayant un passé de victimisation sexuelle à l'enfance, le groupe à début précoce (moins de 15 ans) avait été victimisé à un plus jeune âge et plus sévèrement que le groupe ayant commis leur premier délit sexuel après l'âge de 18 ans. Les auteurs s'entendent sur le fait que l'hétérogénéité des résultats en lien avec la précocité des agirs déviants pourrait résider dans l'absence de consensus quant au choix de l'âge pour définir un début précoce (*age of onset*). Par exemple, certains auteurs proposent 15 ans (Knight & Prentky, 1993; Wieckowski, Hartsoe, Mayer, & Shortz, 1998), d'autres 12 ans (Burton, 2000; Carpentier et al., 2011) et finalement 11 ans (Vizard et al., 2007). Il est donc difficile de généraliser les résultats dus à l'absence d'homogénéité dans la méthodologie des études antérieures.

Âge de la victime et lien familial. La typologie en lien avec l'âge de la victime a été utilisée à maintes reprises dans la littérature afin de mettre en lumière les différences entre les sous-groupes d'AAAS, soit les adolescents ayant abusé un enfant (12 ans et moins), un pair ou un adulte (12 ans et plus), et ceux ayant les deux types de victimes (mixte). Selon Seto et Lalumière (2010), il y aurait plusieurs éléments théoriques qui portent à

croire que les AAAS d'enfants diffèrent des AAAS de pairs ou d'adultes sur plusieurs variables cliniques (p. ex., victimisation sexuelle, compétence sociale, etc.). Les auteurs ont seulement pu conclure, dû à un manque de données dans les études, que les AAAS d'enfants présentaient significativement moins de comportements antisociaux et qu'ils avaient, de manière significative, davantage vécu de victimisation sexuelle que les AAAS de pairs.

Un nombre important de recherches ont pris en considération l'âge de la victime comme facteur discriminant chez les AAAS, et certaines tendances ont pu être remarquées. En effet, il est maintenant reconnu que les AAAS de pairs présentent davantage de comportements antisociaux que les AAAS d'enfants (utilisation et abus de substance, antécédents criminels, trouble des conduites; Aebi, Vogt, Plattner, Steinhausen, & Bessler, 2012; Fanniff & Kolko, 2012; Leroux, Pullman, Motayne, & Seto, 2014) et que les AAAS d'enfants abusent, de manière significativement plus élevée que les AAAS de pairs, des victimes de sexe masculin et avec lesquelles ils ont un lien familial (Aebi et al., 2012; Fanniff & Kolko, 2012; Hart-Kerkhoffs, Doreleijers, Jansen, van Wijk, & Bullens, 2009; Hunter, Figueredo, Malamuth, & Becker, 2003; Kemper & Kistner, 2007; Leroux et al., 2014). Dans leur revue de littérature, Keelan et Fremouw (2013) se sont également intéressés à cette typologie et ils ont répertorié 21 études portant sur le sujet. Ils ont constaté une homogénéité entre les résultats des études en ce qui a trait à l'utilisation plus fréquente de la force et de la violence physique chez les AAAS de pairs,

comparativement aux AAAS d'enfants (Hart-Kerkhoffs et al., 2009; Hendriks & Bijleveld, 2004; Hunter, Hazelwood, & Slesinger, 2000).

Pour ce qui est des autres variables discriminantes (intérêts sexuels atypiques, habiletés sociales, habiletés cognitives, psychopathologies, développement psychosexuel), les différences entre les AAAS d'enfants et de pairs sont minimales, inexistantes (Fanniff & Kolko, 2012; Leroux et al., 2014; Zeng et al., 2014), ou hétérogènes à travers la littérature scientifique (Keelan & Fremouw, 2013). En effet, bien que certaines variables (victimisation sexuelle à l'enfance, habiletés sociales et les intérêts sexuels atypiques) aient été associées aux AAAS d'enfants, les études confirmant cette association sont plutôt rares et les résultats divergent. Contrairement aux hypothèses suggérées antérieurement, les études plus récentes n'ont pas été en mesure de trouver des proportions plus élevées de victimisation sexuelle à l'enfance chez les AAAS d'enfants comparativement aux AAAS de pairs (Aebi et al., 2012; Fanniff & Kolko, 2012; Hendriks & Bijleveld, 2004; Leroux et al., 2014; Zeng et al., 2014). Concernant les habiletés sociales, les résultats divergent dans la littérature puisque certains auteurs ont noté des déficits significativement plus élevés pour les habiletés sociales chez les AAAS d'enfants comparativement aux AAAS de pairs (Hendriks & Bijleveld, 2004; Hunter et al., 2003) alors que d'autres études ne sont pas arrivées à de telles conclusions (Fanniff & Kolko, 2012; Leroux et al., 2014; Zeng et al., 2014). Pour ce qui est des intérêts sexuels atypiques, les études sont rares et les résultats divergent également (Hart-Kerkhoffs et al., 2009; Leroux et al., 2014).

Un problème avec la typologie basée sur l'âge de la victime (AAAS d'enfants et AAAS de pairs/adultes), est qu'il y a davantage de similarités que de différences observées entre les deux groupes (Fanniff & Kolko, 2012; Leroux et al., 2014, Zeng et al., 2014). Le lien qui unit l'auteur de l'abus sexuel et sa victime (familial ou non) comme variable discriminante a alors récemment été exploré afin d'amener une meilleure catégorisation des AAAS. En effet, même si les abus sexuels à l'intérieur d'une fratrie ne sont pas rares, voire même prédominants pour les abus sexuels intrafamiliaux, très peu d'études se sont attardées à ce sujet par le passé. En effet, considérés pendant longtemps comme de simples jeux d'enfants inoffensifs, ce n'est qu'à partir des années 80 que ces gestes ont été pris plus au sérieux (Krienert & Walsh, 2011; O'Brien, 1991). Les données étudiées à ce jour suggèrent cependant que les adolescents incestueux présenteraient des caractéristiques différentes des autres AAAS (Tidefors, Arvidsson, Ingevaldson, & Larsson, 2010). D'abord, les AAAS incestueux auraient davantage vécu de victimisation sexuelle que les AAAS non incestueux (Joyal et al., 2016; Latzman, Viljoen, Scalora & Ullman, 2011; O'Brien, 1991; Tidefors et al., 2010). Deuxièmement, la majorité des AAAS incestueux aurait grandi dans un environnement familial dysfonctionnel (violence physique, exposition à de la violence conjugale, exposition à de la pornographie, manque de frontières familiales, etc.; Joyal et al., 2016; Latzman et al., 2011; O'Brien, 1991). Troisièmement, on note une plus grande sévérité des actes (pénétration anale ou vaginale avec utilisation de force) lors des abus sexuels commis par les AAAS incestueux (Joyal et al., 2016; Krienert & Walsh, 2011). À partir de données recueillies par questionnaires et entrevues structurées auprès de 170 AAAS provenant d'une clinique spécialisée du

Minnesota, O'Brien (1991) a trouvé que les abus sexuels incestueux ($n = 50$) étaient perpétrés sur une plus longue période de temps que les abus extrafamiliaux ($n = 120$) et qu'il y aurait davantage de passage à l'acte, possiblement parce que la victime est plus disponible. Finalement, les résultats d'une récente étude soutiennent la pertinence de considérer les AAAS incestueux comme un sous-groupe particulier puisque sa prise en compte permet de mieux cerner les différences entre les AAAS d'enfants extra-familiaux et les AAAS de pairs/adultes extra-familiaux. Cette étude suggère alors qu'il serait pertinent de prendre en considération à la fois l'âge de la victime et son lien familial afin d'obtenir une meilleure idée de son profil et de ses besoins (Joyal et al., 2016).

De plus amples études sont donc nécessaires afin d'éclaircir les différences réelles entre ces sous-groupes. D'ailleurs, l'hétérogénéité des résultats peut être en partie expliquée par des différences méthodologiques entre les études. En effet, la revue de littérature de Keelan et Fremouw (2013) observe qu'une limite commune aux études est le manque de consensus dans la définition même des AAAS d'enfants (11 ans ou moins, 12 ans ou moins et au minimum quatre ans de plus que la victime, au moins cinq ans de plus que la victime, etc.) et des AAAS de pairs. Cette tendance se remarque également pour les AAAS incestueux où les définitions sont diverses (habiter dans la même résidence, enfants de la belle-mère ou du beau-père, lien de sang, enfants adoptés, etc.; Joyal et al., 2016; Latzman et al., 2011; O'Brien, 1991). Il y a également parfois absence de définition, ce qui rend difficiles la comparaison et la généralisation des résultats. Aussi, plusieurs études ne font pas de comparaison avec le groupe d'AAAS mixte, bien que les

données de certaines études suggèrent des différences significatives entre ce groupe et les AAAS de pairs et d'enfants (Kemper & Kistner, 2007; Parks & Bard, 2006). Finalement, la faible taille des échantillons, la présence d'erreurs de type I¹ dues à un trop grand nombre d'analyses statistiques versus la grosseur de l'échantillon, le manque de fiabilité des mesures, les différents choix de critères légaux (p. ex., prise en compte des accusations versus condamnations) ainsi que la non-divulgence des tailles d'effets constituent des limites importantes qui affectent les résultats (Keelan & Fremouw, 2013).

Spécificité des agirs délinquants. Une des typologies largement répandue est celle basée sur la spécificité des agirs délinquants, opposant les adolescents ayant commis des délits seulement sexuels (*sex-only*) à ceux ayant commis des délits de type sexuels et non sexuels (*sex-plus*; Butler & Seto, 2002). Cette catégorisation revient également à la perspective de généralisation versus spécialisation des actes délinquants des adolescents. Selon cette théorie, les adolescents généralistes (*sex-plus*) ressembleraient davantage aux ADNS et ils présenteraient des facteurs de risque et des besoins semblables pour la prise en charge thérapeutique. Les abus sexuels perpétrés par ces adolescents seraient principalement des manifestations d'une tendance de délinquance générale où les délits sexuels feraient partie de leurs comportements délinquants et antisociaux (Coutu, Meilleur, & Lafortune, 2015; France & Hudson, 1993). Pour ce qui est de la perspective des adolescents spécialistes (*sex-only*), ils se distingueraient des autres délinquants

¹ Erreur de type I : Erreur statistique où l'analyse relève une différence significative, lorsqu'en réalité, il y en a pas. Cette erreur peut être contrôlée par la correction de Bonferroni.

généraux par leur étiologie et des facteurs de risque propres à eux. Les abus sexuels commis auraient également une explication différente des autres types de délits non sexuels, ce qui nécessiterait alors une évaluation et un traitement spécialisé (Pullman et al., 2014). L'identification d'une tendance antisociale auprès des AAAS s'avère alors importante sur le plan clinique et théorique, en plus d'expliquer une partie des divergences entre les adolescents délinquants sexuels et non sexuels (Seto & Lalumière, 2010).

Plusieurs études se sont intéressées à cette typologie afin de mettre en lumière les similarités et différences au sein même des AAAS. Par exemple, il est maintenant reconnu que les adolescents généralistes sont plus susceptibles de présenter des caractéristiques antisociales, telles que des troubles de la conduite, de la consommation d'alcool et de substances, de l'impulsivité, des comportements violents, fréquentation de pairs délinquants et des risques plus élevés de récidive non sexuelle associés à des risques moins élevés de récidive sexuelle, comparativement aux adolescents spécialistes (Carpentier et al., 2011; Chu & Thomas, 2010; Zeng et al., 2014). Les adolescents généralistes seraient davantage enclins à commencer une carrière criminelle à un plus jeune âge, à commettre un nombre plus important de délits, et ce, sur une plus longue période que les adolescents spécialistes (van Wijk, Mali, & Bullens, 2007).

Pour ce qui est des caractéristiques associées aux adolescents spécialistes, les résultats sont davantage mitigés. En effet, les résultats, obtenus à partir d'analyse de dossier clinique, de la récente étude de Pullman et ses collaborateurs (2014) s'avèrent surprenants,

puisque contrairement aux recherches précédentes, les adolescents spécialistes ($n = 71$) de leur échantillon présentaient moins de difficultés sociales avec les pairs que les adolescents généralistes ($n = 87$). Les auteurs ont cependant remarqué que les adolescents spécialistes exprimaient davantage de problématiques sociales sur le plan des relations intimes. Par exemple, ils étaient moins susceptibles d'avoir eu un partenaire amoureux et d'avoir une expérience sexuelle consensuelle comparativement aux adolescents généralistes, qui eux, avaient davantage une problématique générale de compétence sociale. De plus, les adolescents spécialistes avaient significativement moins d'hospitalisations et de diagnostics psychiatriques, d'expériences d'abus physiques et de difficultés sociales avec les pairs que les AAAS généralistes. Les taux de victimisation sexuelle étaient également semblables entre les deux sous-groupes (Pullman et al., 2014), ce qui contredit les résultats d'études précédentes, qui avaient trouvé des taux significativement plus élevés de victimisation sexuelle chez les adolescents spécialistes (Pullman & Seto, 2012; Seto & Lalumière, 2010). Certaines recherches ont également constaté que les AAAS spécialistes étaient davantage portés à abuser des victimes enfants, de sexe masculin, de leur entourage ou de leur famille (Chu & Thomas, 2010; Pullman et al., 2014).

Malgré la présence d'une certaine variance entre les résultats des études, il est possible de conclure qu'il semble y avoir plusieurs groupes distincts au sein même des AAAS. De plus amples études sont donc nécessaires afin de peaufiner les connaissances à ce sujet, et ainsi, amener une meilleure catégorisation des AAAS. Les typologies

actuelles présentent toutefois certaines limites, tel que le fait de se baser uniquement sur les caractéristiques du délit, ce qui entraîne une compréhension limitée du jeune. Ainsi, certains auteurs ont proposé une catégorisation des AAAS basée sur le modèle de personnalité de Kernberg, afin d'identifier les zones problématiques de fonctionnement (en plus de la sexualité) et obtenir une vision plus spécifique et globale de l'AAAS (Gamache, Diguier, Laverdière, & Rousseau, 2012). Ces connaissances théoriques auraient alors un impact important sur le volet clinique puisque cela permettrait d'affiner les évaluations en plus d'offrir un traitement axé sur leurs besoins et leurs facteurs de risque (Pullman et al., 2014). De plus, il serait pertinent d'étudier davantage les variables discriminantes entre les AAAS, les ADNS et les adolescents non délinquants, afin de mettre en lumière les caractéristiques spécifiques aux AAAS. Ainsi, il serait peut-être possible de détecter les variables qui contribuent significativement au passage à l'acte d'un délit sexuel à l'adolescence, comparativement à un délit non sexuel ou à l'absence de délit (Seto & Lalumière, 2010).

Taux de récidive et facteurs de risque

La récidive chez les adolescents agresseurs sexuels a fait l'objet de nombreuses recherches dans les dernières années. En effet, plusieurs auteurs ont étudié les types de récidives et les facteurs de risque associés à celles-ci chez les AAAS afin d'obtenir une meilleure compréhension de cette population clinique. De plus, les études en lien avec la récidive s'avèrent primordiales puisqu'elles permettent, entre autres, de déterminer le pourcentage d'adolescents récidivistes dans un temps donné (*follow up*) ainsi que dresser

un profil de cette population à travers les trajectoires de délinquance sexuelle ou générale à l'âge adulte (McCann & Lussier, 2008). De plus, les facteurs qui augmentent les risques de récidive sexuelle et non sexuelle, ainsi que les taux de récidive, sont des éléments souvent pris en considération lors de décisions importantes, par exemple dans un cadre prédécisionnel, puisqu'elles sont nécessaires à l'évaluation de la dangerosité (Hanson & Bussière, 1998). Ces informations permettent également d'évaluer les besoins d'encadrement du jeune et déterminer l'intensité, ainsi que le type de traitement à offrir, en plus de cibler les objectifs prioritaires dans la prise en charge thérapeutique.

Cependant, malgré le nombre croissant d'études portant sur les taux de récidive, plusieurs différences méthodologiques rendent la comparaison de ces taux difficile. Par exemple, la définition même de la récidive diverge à travers la littérature et il arrive également que dans certaines études, il y ait absence de définitions. En effet, certains auteurs définissent la récidive en se basant sur les données officielles d'arrestations, de condamnations ou de réincarcérations, alors que d'autres la définissent seulement comme « un délit répété », sans mention de données officielles ou auto-rapportées (Fortune & Lambie, 2006; Mallie, Viljoen, Mordell, Spice, & Roesch, 2011). Il existe également plusieurs définitions de la récidive générale et sexuelle, ce qui amène une certaine disparité dans les résultats des études (Mallie et al., 2011; McCann & Lussier, 2008). De plus, il est important de noter que la grande majorité des études utilise comme critère de récidive les rapports officiels de condamnation ou d'arrestation, ce qui amène une sous-estimation du taux réel de récidive (Fortune & Lambie, 2006). La récidive semble

également souvent être mesurée de manière dichotomique, sans documenter par exemple la fréquence, la sévérité, ses caractéristiques, etc. (Worling & Långström, 2006). De plus, le temps de suivi, la taille et le type d'échantillon sont des éléments qui varient grandement d'une étude à l'autre, ce qui amène une hétérogénéité dans les taux de récidive rapportés (McCann & Lussier, 2008; Worling & Långström, 2006).

Taux de récidive

L'hétérogénéité des résultats a incité plusieurs auteurs à mener des synthèses des connaissances théoriques (revue systématique; p. ex., Gerhold, Browne, & Beckett, 2007; Worling & Långström, 2006) ou empiriques (méta-analyses¹; p. ex., Caldwell, 2010; Hanson, & Morton-Bourgon, 2005; McCann & Lussier, 2008), permettant ainsi de mettre en évidence les taux moyens et les facteurs de risque de récidive et de trouver des points de convergence entre les études.

Une première méta-analyse effectuée par Hanson et Morton-Bourgon (2005) a regroupé 82 études sur les auteurs d'agression sexuelle, dont 15 portants sur les AAAS (N = 29 450). Les résultats ont indiqué que pour un temps de suivi moyen de cinq à six ans (un à 27,5 ans), le taux de récidive sexuelle était de 14 % et que le taux de récidive générale était de 36 %. Malheureusement, les auteurs ont rapporté des taux de récidive globaux (adultes et adolescents) plutôt que spécifiques aux AAAS, ce qui constitue une

¹ La méta-analyse consiste en une méthode statistique permettant de réunir et combiner les données provenant d'études empiriques portant sur un même sujet pour en obtenir une vue synthétique.

limite pour la généralisation des résultats auprès de ce groupe. Plus récemment, dans leur méta-analyse regroupant 18 études (N = 3189 AAAS), McCann et Lussier (2008) ont trouvé des taux de récidive sexuelle de 12 %, non sexuelle de 42 % et générale de 53 % (violente et non violente de 28,5 % et 61 % respectivement) pour une période de suivi moyen de cinq à neuf ans. Caldwell (2010) a également effectué une méta-analyse portant sur 63 études (N = 11 219 AAAS) et a observé des taux moyens de récidive (condamnations ou arrestations officielles) sexuelle de 7 % et générale de 43 % avec un temps de suivi moyen d'environ cinq ans (un à 18 ans). Il s'agit de la méta-analyse la plus vaste à ce jour portant sur les taux de récidive chez les AAAS, incluant des études allant jusqu'aux années 40. Dans leur recension systématique des écrits, Gerhold et ses collaborateurs (2007) ont trouvé des taux comparables de récidive sexuelle (14 %) et un taux plus élevé de récidive générale (44 %) avec un temps de suivi moyen de cinq ans et demi (1-10 ans) à travers les 12 études analysées (N = 1 315 AAAS).

Dans une récente étude, Caldwell (2016) s'est intéressé à la fluctuation des taux de récidives sexuelles chez les AAAS au cours des dernières décennies. Les résultats, obtenus à partir de 106 études (N = 33 783 AAAS) qui ont été réalisées entre 1938 et 2014 avec un temps de suivi moyen de 59 mois, font état d'une diminution des taux de récidive sexuelle chez les AAAS. En effet, le taux moyen de récidive sexuelle rapporté entre 1980 et 1995 est d'environ 10 %, alors qu'un taux moyen d'environ 3 % est rapporté pour les années 2000 à 2015, ce qui constitue une diminution de 73 % (Caldwell, 2016). Bien que

l'auteur suggère que des traitements plus spécialisés ont pu être offerts aux AAAS au cours des dernières, les causes exactes de cette diminution demeurent inconnues.

Selon les résultats répertoriés à ce jour, il apparaît que près de la moitié des AAAS commettent un nouveau délit dans une période de suivi moyenne de cinq ans. Il est également possible de conclure que la majorité des adolescents récidivistes font face à la justice pour un délit à caractère non sexuel.

Les facteurs de risque de récidive

Afin d'évaluer la dangerosité d'un individu et gérer le risque qu'il représente, il est nécessaire de connaître les facteurs qui augmentent ces risques (Hanson & Bussière, 1996). Ces informations permettent également de déterminer le type de traitement à offrir et les objectifs qui devraient être visés dans le suivi thérapeutique.

Récidive sexuelle. Dans leurs revues systématiques, Worling et Långström (2006; N = 22 études) ainsi que Gerhold et ses collaborateurs (2007; N = 12 études) ont identifié un certain nombre de facteurs de risque empiriquement associés à la récidive sexuelle, soit la présence d'antécédents de sanction pour un délit sexuel, l'agression de plus d'une victime ou d'une victime inconnue (Gerhold et al., 2007; Worling & Långström, 2006), l'isolement social, les intérêts sexuels déviants et l'inachèvement d'un traitement spécialisé en lien avec l'agression sexuelle (Worling & Långström, 2006).

La méta-analyse d'Hanson et Morton-Bourgon (2005) mentionne que tout comme chez les adultes auteurs d'agression sexuelle, la déviance sexuelle (intérêts sexuels déviants et préoccupations sexuelles) et un profil antisocial (trouble de personnalité antisociale, psychopathie, traits antisociaux et antécédents de violation de lois) chez les AAAS sont des prédicteurs majeurs de la récidive sexuelle. La méta-analyse de McCann et Lussier (2008) corrobore également les résultats de la précédente méta-analyse en indiquant que la présence d'intérêts sexuels déviants et un profil antisocial sont des prédicteurs significatifs de la récidive sexuelle chez les AAAS. Les auteurs mentionnent cependant que les tailles d'effet de ces prédicteurs sont plutôt faibles et varient grandement d'une étude à l'autre, possiblement en lien avec des difficultés méthodologiques (p. ex., pauvre fiabilité des outils mesurant les intérêts sexuels à l'adolescence) et du faible nombre d'études portant sur ces variables. Les auteurs font état d'un lien entre les caractéristiques de la victime et la récidive sexuelle. En effet, l'agression d'un enfant ou d'un adulte (et non d'un pair), d'une victime masculine ou inconnue augmente le risque de récidive sexuelle. En ce qui a trait aux antécédents criminels, le fait d'avoir des délits antérieurs sexuels et non sexuels serait l'un des prédicteurs les plus documentés et associés avec la récidive sexuelle. De plus, l'âge du jeune à son arrestation (plus âgé) est lié positivement à la récidive sexuelle. Pour ce qui est des caractéristiques de l'abus sexuel, les AAAS qui ont utilisé des menaces ou des armes lors du délit sexuel seraient davantage enclins à récidiver. Cependant, contrairement aux études précédentes, les résultats de cette méta-analyse montrent que le nombre de victimes ne serait pas associé à la récidive sexuelle.

Les résultats d'une méta-analyse regroupant 11 études ($N = 1\,542$ AAAS) font état d'une association significative, mais faible, entre la victimisation sexuelle et la récidive sexuelle (Mallie et al., 2011). Les auteurs mentionnent que ce résultat est davantage corrélationnel que causal et que plusieurs mécanismes peuvent entrer en jeu. Par exemple, le fait d'avoir été abusé sexuellement peut conduire à des fantasmes sexuelles déviantes et violentes, ce qui augmente les probabilités d'agir. La victimisation sexuelle peut également avoir un lien indirect plutôt que direct avec la récidive sexuelle. En effet, les AAAS ayant des antécédents d'abus sexuels peuvent avoir été exposés à davantage de facteurs de risque dans leur enfance (Knight & Sims-Knight, 2005).

Bien que plusieurs études se sont intéressées aux facteurs de risque liés à la récidive sexuelle chez les AAAS (Aebi, Plattner, Steinhausen, & Bessler, 2011; Carpentier & Proulx, 2011; Christiansen & Vincent, 2013; Hendriks & Bijleveld, 2008; Letourneau & Armstrong, 2008; Mallie et al., 2011; Spice, Viljoen, Latzman, Scalora, & Ullman, 2013), il n'existe pas de consensus à l'heure actuelle. Selon les résultats de ces études, il est cependant possible d'avancer que les facteurs de risque présents chez les AAAS qui récidivent sur le plan sexuel sont différents de ceux qui commettent des récidives non sexuelles et/ou violentes. De plus, les facteurs de risque de récidive chez les AAAS semblent être distincts, en partie, de ceux présentés par les adultes auteurs d'agression sexuelle (Carpentier & Proulx, 2011; McCann & Lussier, 2008; Worling & Långström, 2006).

Récidive non sexuelle. Dans leur revue de littérature, Worling et Långström (2003) mentionnent que l'utilisation de menaces, d'armes ou de violence physique envers la victime serait une variable prédictive de la récidive non sexuelle. Le fait d'avoir déjà eu des condamnations antérieures et d'avoir un statut socioéconomique faible serait également relié à ce type de récidive. Sur le plan personnel, les auteurs mentionnent que la présence d'hostilité et d'une faible estime de soi chez les AAAS seraient des facteurs de risque pour la récidive non sexuelle. Les jeunes présentant des troubles de comportement dès un jeune âge, de la psychopathie et des conduites antisociales seraient plus à risque de récidiver (Worling & Långström, 2003) et ces variables seraient les meilleurs prédicteurs de la récidive non sexuelle (Gerhold et al., 2007). La présence de victimisation sexuelle ne serait pas associée avec ce type de récidive (Hanson & Morton-Bourgon, 2005).

Récidive générale. La récidive générale se définit comme étant toute forme de récidive (incluant récidive sexuelle et non sexuelle). Dans une méta-analyse portant sur des adolescents et adultes auteurs d'agression sexuelle (N = 29 450), les prédicteurs majeurs de la récidive générale et violente étaient les variables associées à l'orientation antisociale, soit des antécédents de violation de lois, une personnalité ou des traits antisociaux (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). De plus, tout comme pour la récidive sexuelle, des antécédents de délits sexuels ou non sexuels seraient un prédicteur significatif de la récidive générale. L'apparition de troubles de comportement à un jeune âge et la psychopathie seraient également des facteurs de risque fortement associés à la

récidive générale. De plus, des déficits dans les habiletés sociales et sur le plan des connaissances sexuelles seraient également des facteurs de risque de la récidive générale (Gerhold et al., 2007). Finalement, les résultats divergent quant à la présence ou l'absence de lien entre la victimisation sexuelle et physique vécue dans l'enfance et le risque de récidive générale chez les AAAS (Mallie et al., 2011).

Au cours des dernières décennies, les recherches ont principalement porté sur les facteurs de risque de la récidive sexuelle, et les facteurs de protections ont été peu documentés. Cependant, les recherches commencent à s'intéresser à ce sujet dans une visée thérapeutique. Récemment, Worling et Langton (2015) ont effectué une étude portant sur les facteurs de protection de la récidive sexuelle et non sexuelle chez 81 AAAS accusés ou condamnés pour une infraction sexuelle, avec un temps de suivi moyen de 3,5 ans. Les résultats montrent que l'échelle Force affective du BERS-2 (*Behavioral and Emotional Rating Scale*; Epstein, 2004) prédit significativement le désistement de la délinquance sexuelle. Cette échelle porte sur la capacité d'intimité émotionnelle du jeune, car elle met l'accent sur la capacité d'exprimer et de recevoir de l'affection, la reconnaissance des sentiments négatifs, le fait d'être concerné par les sentiments des autres et l'acceptation de proximité avec autrui. Par ailleurs, les AAAS non récidivistes sur le plan sexuel auraient un score plus élevé à l'échelle du fonctionnement scolaire du BERS-2 (Epstein, 2004). Ces auteurs soulignent cependant qu'aucune conclusion ne peut être tirée puisque l'état actuel de la littérature est limité à ce sujet (Worling & Langton, 2015).

Klein, Rettenberger, Yoon, Köhler et Briken (2015) ont évalué l'impact des facteurs de protection sur le désistement de la délinquance sexuelle chez 71 AAAS accusés de délits sexuels et provenant d'un programme de traitement spécialisé en Allemagne, avec un temps moyen de suivi d'environ quatre ans à partir d'outils structurés d'évaluation, soit le SAVRY (*Structured Assessment of Violence Risk in Youth*; Borum, Bartel, & Forth, 2003) et le SAPROF (*Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk*; de Vries Robbé, de Vogel, Koster, & Bogaerts, 2015). Les résultats indiquent qu'ensemble, les facteurs de protection du SAPROF ont obtenu une validité prédictive modérée. Cependant, aucun item n'a atteint le seuil significatif après avoir appliqué les corrections de Bonferroni. De plus, aucun facteur de protection du SAVRY n'a prédit l'absence de récidive.

À partir d'une recension des écrits, de Vries Robbé et ses collaborateurs (2015) ont rapporté huit domaines de protection, et les auteurs ont émis l'hypothèse qu'ils pourraient être associés au désistement de la délinquance sexuelle. Parmi ces domaines, on y retrouve : 1) les intérêts sexuels « sains »; 2) la capacité à développer une intimité émotionnelle dans ses relations; 3) un réseau social et professionnel prosocial; 4) des objectifs de vie précis et concrets; 5) de bonnes capacités de résolution de problèmes; 6) avoir un emploi ou des activités de loisirs constructives; 7) la sobriété; et finalement, 8) une attitude empreinte d'espoir, d'optimisme et de motivation face au désistement criminel. Il apparaît cependant que ces domaines de protection sont davantage associés à la délinquance générale puisque seulement le domaine intérêts sexuels « sains » s'est

avéré associé exclusivement aux abus sexuels. De plus, les études recensées avaient comme échantillon une population adulte, empêchant ainsi la généralisation aux AAAS. Ainsi, bien que les conclusions de cette étude marquent une avancée importante sur le plan des facteurs de protection associés au désistement de la délinquance sexuelle, de plus amples études chez les AAAS sont nécessaires.

Le traitement des AAAS

Puisqu'ils constituent une population hétérogène et qu'il n'existe pas de profil type d'AAAS, le traitement doit être adapté en fonction des facteurs de risque et de protection propres à chacun, ainsi qu'à leurs besoins particuliers (Worling & Langton, 2012). Par ailleurs, les AAAS sont à une période de leur vie où l'identité n'est pas encore consolidée. Les intérêts sexuels ne sont, pour la plupart, pas encore fixés et donc, un traitement peut aider à remplacer les intérêts sexuels déviants par des intérêts sexuels non déviants et ainsi, diminuer le risque de passage à l'acte (Bereiter & Mullen, 2012). Une prise en charge thérapeutique combinant à la fois un traitement spécialisé (qui vise principalement les facteurs de risque de la récidive sexuelle) et des interventions psychoéducatives ou réadaptatives individuelles et familiales (touchant les facteurs de risque généraux et les besoins particuliers de l'adolescent) est privilégiée auprès de cette population (Rich, 2011).

Approches thérapeutiques

À ce jour, plusieurs modalités de traitement spécialisées sont offertes aux AAAS. Bien qu'elles partagent les mêmes objectifs principaux, soit d'éviter une récurrence sexuelle en travaillant divers éléments (développer de meilleures stratégies de contrôle des pulsions, travailler les distorsions cognitives, favoriser des interactions prosociales avec des pairs, etc.), elles diffèrent quant à leur structure et des moyens utilisés pour atteindre ces objectifs de traitement (Gerardin & Thibaut, 2004).

Thérapie de groupe. La thérapie de groupe est l'approche la plus souvent utilisée et préconisée chez les AAAS (Rich, 2011). En effet, elle est considérée comme étant l'une des plus efficaces selon plusieurs cliniciens, et ses nombreux avantages poussent à promouvoir cette modalité de prise en charge (Rich, 2011; Sion & Blondeau, 2012). L'adolescence est une étape de la vie où l'opinion des pairs est très importante, voire même plus importante que celle des adultes. De plus, une proportion non négligeable d'AAAS présente des déficits relationnels où l'échange avec l'autre est régi par un mode conflictuel. La thérapie de groupe permet donc de bâtir avec les autres membres et le thérapeute des liens authentiques qui lui permettront d'expérimenter de nouveaux modes relationnels plus sains et plus respectueux (Tardif et al., 2012), tout en acquérant des apprentissages sur le plan de la gestion des émotions et des habiletés sociales (écoute, empathie, relation à l'autre) qui sont déficitaires. Ainsi, la modalité de groupe permet de bâtir un environnement thérapeutique dans lequel les membres peuvent partager et explorer entre eux leurs pensées, émotions et expériences personnelles. La discussion

peut, entre autres, permettre de confronter le déni et la rationalisation de certains (Sion & Blondeau, 2012). Les groupes mixtes, c'est-à-dire contenant des jeunes ayant différents types d'antécédents délictuels, sont à préconiser puisqu'ils augmentent la capacité du groupe à confronter le déni et la rationalisation de l'autre et diminuent la probabilité que les membres du groupe aggravent mutuellement leur comportement (Dishion & Dodge, 2005). Il s'agit donc d'une force de la thérapie de groupe, mais cela peut également paraître intimidant pour certains (Bereiter & Mullen, 2012).

Thérapie individuelle. La thérapie individuelle s'inscrit habituellement dans un programme de traitement multimodal. Ce type de thérapie offre à l'adolescent l'opportunité de se connaître davantage, de développer de l'introspection, d'explorer et de consolider les acquis thérapeutiques des autres modalités de traitement et de mettre l'accent sur soi et ses besoins. Elle permet l'utilisation de techniques personnalisées aux besoins du jeune et adaptées sur le plan cognitif et émotif (Rich, 2011). L'intervention individuelle peut également être utilisée afin de préparer l'adolescent à la thérapie de groupe et ainsi, maximiser le potentiel du groupe. La prudence et une supervision sont de mise avec ce type de modalité, car la relation duelle peut être très mobilisante et mettre à jour des mécanismes de séduction ou de manipulation chez l'adolescent. Il est également recommandé que la prise en charge soit effectuée par un clinicien expérimenté qui s'occupera exclusivement des problèmes de l'adolescent en lien avec son monde interne et qu'une équipe multidisciplinaire fera office de tiers et effectuera les échanges avec les agents externes concernés (Tardif et al., 2012).

Thérapie familiale. Il est reconnu que l'implication de la famille dans le processus thérapeutique est cruciale et qu'un soutien familial adéquat peut aider à réduire le risque de récidive chez le jeune et favoriser un meilleur fonctionnement général (Worling & Curwen, 2000). Pour plusieurs adolescents, une thérapie familiale en parallèle au suivi individuel ou de groupe offert est donc indiquée. Cependant, il n'est pas rare d'observer des résistances de la part de la famille face à l'implication thérapeutique, souhaitant que l'attention soit davantage portée sur le jeune contrevenant. Les objectifs de la thérapie familiale sont de promouvoir les comportements parentaux positifs et la réintégration du jeune au sein de sa famille (Bereiter & Mullen, 2012; Gerardin & Thibault, 2004). De plus, ce type de thérapie aide la famille à développer une structure plus adéquate, des limites et frontières plus adaptées et vise également d'autres éléments familiaux qui peuvent précipiter un agir sexuel abusif, comme le manque de supervision (Bereiter & Mullen, 2012).

Thérapie multisystémique. L'approche multisystémique ou écosystémique est une approche globalisante qui vise à travailler avec la famille, mais aussi avec les systèmes entourant l'adolescent (p. ex., école, quartier, réseau social) afin de diminuer les facteurs de risque de la récidive sexuelle et non sexuelle sur le plan individuel, familial et social, et réduire les opportunités criminelles par la mise en place de mesures de surveillance et de supervision adéquates (Bereiter & Mullen, 2012; Kim, Benekos, & Merlo, 2015). Par exemple, si l'adolescent présente des déficits quant à ses habiletés sociales ou qu'il est isolé socialement, l'intervenant peut travailler conjointement avec la famille et l'école afin

d'encourager l'implication de l'adolescent dans des activités parascolaires structurées avec des pairs de son âge. L'approche multisystémique favorise la généralisation des acquis puisqu'elle est offerte en communauté et de façon soutenue. Bien que ce type d'intervention soit couramment utilisé en Amérique du Nord pour intervenir auprès des AAAS, l'approche multisystémique est actuellement moins répandue au Québec (Lafortune, Tourigny, Proulx, & Metz, 2007).

Cognitivo-comportementale. L'approche thérapeutique cognitivo-comportementale (TCC) est largement utilisée et est considérée comme étant le traitement de choix pour les AAAS, que ce soit en groupe ou en individuel (Bereiter & Mullen, 2012; Kim et al., 2015). La TCC s'intéresse en premier lieu aux cognitions, c'est-à-dire les croyances et pensées qui contribuent aux distorsions cognitives et qui renforcent les modèles de comportement inappropriés. La composante comportementale met l'accent sur les actions qui contribuent aux modèles de comportement inadaptés. La TCC a pour objectif d'apprendre à l'adolescent à identifier et modifier ses cognitions erronées et les émotions qui sous-tendent ou précipitent les comportements sexuels abusifs (Kim et al., 2015). Pour ce faire, l'approche vise le développement des capacités d'autorégulation émotionnelles et comportementales du jeune, en plus du développement d'habiletés sociales (Rich, 2011).

Chez l'AAAS, l'intervention implique un travail de responsabilisation face aux comportements abusifs, le développement de l'empathie, la restructuration cognitive, l'exploration de sa propre victimisation sexuelle s'il y a lieu, la diminution des intérêts

sexuels déviants, le développement d'habiletés sociales, de l'éducation sexuelle et plusieurs autres interventions selon les besoins de l'adolescent (Center for Sex Offender Management, 2006). L'une des interventions centrales de la TCC est la restructuration cognitive. Cette technique est particulièrement importante auprès des AAAS puisqu'elle cible les distorsions cognitives qui alimentent les abus sexuels, tels que le fait de penser qu'aucun mal n'a été fait à la victime et qu'elle a aimé cela. L'adolescent est alors amené à verbaliser ses pensées et croyances erronées qui justifient les abus. Le travail du thérapeute est ensuite de remettre en question ces pensées, afin de les déconstruire et de l'amener à adopter une vision plus juste de la réalité (Ertl & McNamara, 1997).

Généralement, la TCC comprend une modalité de prévention de la récidive (ou de la rechute) conçue pour enseigner à l'adolescent à anticiper et gérer le problème de la rechute. Ce modèle aide l'adolescent à opérationnaliser son apprentissage sur le cycle de l'agression sexuelle, les erreurs de pensées, les difficultés d'adaptation et les alternatives possibles à l'agression (Rich, 2011). Cela permet l'apprentissage et le maintien de nouveaux comportements plus adaptés (Sion & Blondeau, 2012). La mise en place d'un plan de prévention de la rechute a pour but d'assurer une compréhension des concepts clés de l'abus sexuel et de la récidive, d'identifier les situations et relations à risque et d'apprendre des méthodes d'autosurveillance et de contrôle efficaces. De plus, ce modèle a pour objectif d'apprendre au jeune à utiliser les interventions spécifiques destinées à l'interruption du processus menant à la récidive et d'informer l'entourage du plan de la prévention de la récidive afin que l'adolescent puisse être soutenu. Afin de maximiser

l'efficacité du traitement, il est primordial de réaliser le plan avec le jeune pour que celui-ci soit adapté à ses propres besoins et pour que l'adolescent attribue les changements et les réussites à ses propres efforts. Avec l'éducation sexuelle, la prévention de la rechute est la méthode la plus couramment utilisée dans les programmes de traitement.

Psychodynamique. Il existe également les psychothérapies individuelles d'approche psychodynamique. L'utilisation de l'approche psychodynamique permet au thérapeute d'obtenir une compréhension plus approfondie du fonctionnement psychoaffectif du jeune (p. ex., mécanismes de défense/protection, angoisses, contrôle et gestion des affects, etc.). En étant conscient de la dynamique du jeune, le thérapeute peut ainsi adapter ses interventions et les objectifs du suivi afin de modifier peu à peu son fonctionnement interne. De plus, la prise en considération de la dynamique relationnelle tout au long de la thérapie est essentielle. En effet, la capacité du clinicien à repérer les mouvements de régression, de séduction, de haine et d'emprise dans le transfert/contre-transfert est un élément-clé du travail thérapeutique. Ainsi, une attitude et des interventions (p. ex., travailler les processus d'élaboration, de mentalisation, etc.) qui suscitent la compréhension du fonctionnement psychique du jeune sont importantes, puisqu'elles sont thérapeutiques en soi (Lemire & Tardif, 2012). En effet, les thérapies de type psychodynamique visent la conscience de soi, qui mènent aux changements cognitifs et comportementaux recherchés (Rich, 2011). Elles visent davantage la relation thérapeutique, le rôle du thérapeute en tant que soutien et guide. L'adolescent est alors amené à reconnaître comment les expériences vécues l'atteignent et comment celles-ci

modulent ses cognitions, émotions et comportements. Le thérapeute peut ensuite l'amener à comprendre son impact sur les autres, la nature de ses relations, ses objectifs personnels et comment il peut les atteindre (Rich, 2011). Actuellement, il est difficile de se positionner quant à l'efficacité de ce type de traitement, puisqu'aucune donnée précise n'a été recensée dans les études consultées s'intéressant spécifiquement à la clientèle des AAAS.

Au final, les thérapies d'approche psychodynamique s'intéressent aux mêmes cibles que la TCC, mais le processus diffère. En effet, la TCC est davantage axée sur la psychoéducation et la gestion des comportements, tandis que la psychodynamique est axée sur la conscience de soi et l'exploration.

Good Lives Model. Récemment, d'autres modèles de traitement ont été développés, mais leur efficacité n'a pas encore été testée empiriquement. Par exemple, le *Good Lives Model* (GLM; Print, Fisher, & Beech, 2013) est une approche thérapeutique qui prend actuellement de l'ampleur. Il s'agit d'un modèle de traitement pour les jeunes délinquants qui s'inspire de la pensée humaniste et intègre plusieurs éléments de l'approche cognitivo-comportementale afin de mettre en place un plan de traitement adapté aux besoins et difficultés du jeune, favorisant ainsi le changement. Ce modèle vise l'identification des besoins auxquels répond l'agir délictuel sexuel. Il permet la mise en place d'un plan de traitement en collaboration avec l'adolescent et son entourage, qui cible des stratégies et des moyens plus adaptés pour répondre à ces besoins. Le modèle se base sur le concept

de résilience et la prévention de la rechute en amplifiant les ressources de la personne et en diminuant les risques criminels par le renforcement du locus de contrôle interne. Il s'avère prometteur pour une population adolescente puisqu'il propose de s'intéresser aux forces (facteurs de protection) et aux besoins plutôt que d'intervenir uniquement sur les déficits (facteurs de risque), ceci afin de favoriser un développement de soi optimal et l'adoption d'un mode de vie sain. Ce modèle peut également être jumelé à d'autres modalités de traitement ou remplacer le module de prévention de la rechute (Willis, Ward, & Levenson, 2014).

Bien que ce modèle s'avère récent et peu testé empiriquement, quelques expériences d'application du GLM auprès des adolescents sont recensées dans la littérature. L'étude de Wainwright et Nee (2014) s'est intéressée à l'application de ce modèle sur sept adolescents du Royaume-Uni ayant commis des délits non sexuels et étant impliqué dans un projet de prévention de délits (*Preventing Youth Offending Project*). Les données ont été obtenues à partir d'entrevues semi-structurées. Les auteurs proposent que les principes du GLM puissent servir de bases essentielles pour les interventions préventives, mais aussi comme mesures rééducatrices pour les adolescents qui commettent de multiples délits (Wainwright & Nee, 2014). De plus, dans une étude de cas qualitative auprès d'un AAAS provenant d'un centre de traitement spécialisé (G-Map) en Angleterre, les auteurs relatent les impacts positifs que peut avoir ce modèle, tel qu'une augmentation de la motivation, de l'honnêteté et de la réponse au traitement. De plus, ils mentionnent que ce modèle basé sur les forces de l'adolescent aurait des impacts positifs sur l'alliance thérapeutique,

l'auto-efficacité et la capacité du jeune à aborder la question du risque (Wylie & Griffin, 2013).

Pharmacologie. La pharmacothérapie peut aussi être utilisée afin de diminuer les pulsions sexuelles chez les AAAS, bien que l'utilisation de certains traitements comme les anti-androgènes puisse nuire au développement normal et à la puberté. Quatre formes de traitement pharmacologique existent auprès des AAAS, soit les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS), le Naltrexone, les anti-androgènes et les agonistes de l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (GNRH; Gerardin & Thibault, 2004). Les traitements pharmacologiques hormonaux ne sont pas recommandés pour les adolescents et ne sont administrés qu'à de rares exceptions aux adolescents plus âgés qui présentent des paraphilies et un risque élevé de récédive (Bereiter & Mullen, 2012). Une évaluation psychiatrique peut également être de mise si l'adolescent présente des comorbidités (p. ex., TDAH) nécessitant une pharmacothérapie.

Autres traitements. Diverses modalités de traitement peuvent également être dispensées en complément afin de travailler les comorbidités et les déficits associés à l'agression sexuelle chez l'adolescent, comme l'entraînement aux habiletés sociales et à la gestion des émotions (Madrigano & Barsetti, 2012), l'éducation psychosexuelle (Dallaire, 2012), la psychoéducation (Walker, McGovern, Poey, & Otis, 2005) et des interventions liées à l'abus de substances (Bereiter & Mullen, 2012).

Au final, une approche multimodale est habituellement préconisée dans le traitement des AAAS et la relation avec le thérapeute est également un élément garant de l'adhésion au traitement. Les pratiques thérapeutiques en délinquance sexuelle ont pendant longtemps mis l'accent sur le développement des procédures thérapeutiques (p. ex., réduction du risque, prévention de la rechute) au détriment des processus thérapeutiques (p. ex., alliance thérapeutique). Il est maintenant reconnu que lorsque le thérapeute adopte une position empathique, flexible, chaleureuse et renforçatrice, l'efficacité du traitement avec cette clientèle est améliorée. En effet, l'alliance thérapeutique serait l'un des prédicteurs les plus forts quant aux résultats de la thérapie, que ce soit chez les adolescents ou les adultes (voir Worling & Langton, 2012).

Efficacité du traitement

À ce jour, bien que plusieurs recherches aient été publiées sur l'efficacité des traitements chez les auteurs d'agression sexuelle, très peu d'entre elles portent uniquement sur les AAAS. De plus, la présence de certaines limites méthodologiques rend difficile l'évaluation de l'efficacité réelle de ces traitements, telles que le manque de groupe contrôle ou de groupes de comparaison, l'absence d'assignation aléatoire des participants dans les études avec groupe contrôle et les temps de suivi souvent courts (Fortune & Lambie, 2006; Letourneau & Borduin, 2008). De plus, l'évolution clinique de l'adolescent, en regard des facteurs de risque et des autres objectifs de traitement, est rarement prise en considération lors de l'évaluation de l'efficacité d'un traitement, misant plutôt sur les taux de récidive officiels comme mesure d'efficacité (Walker et al., 2005).

Finalement, il est difficile de cibler l'impact réel du traitement des autres variables, tel que le contexte social (p.ex. groupe de pairs, dynamique familiale, activités sociales, emploi, etc.), qui peuvent avoir joué un rôle dans le désistement des comportements délictuels (Henggeler, Smith, & Sahloenwald, 1994; Vitacco & Caldwell, 2009).

Bien qu'il y ait présence de limites méthodologiques, les méta-analyses portant sur l'efficacité des traitements s'entendent sur le fait que la participation à un traitement spécialisé quelconque (p. ex., TCC, groupe, etc.) chez les AAAS entraîne des taux de récidive sexuelle et générale plus faibles que ceux ne participant à aucun traitement (Reitzel & Carbonell, 2006; Walker et al., 2005). En effet, dans leur méta-analyse regroupant neuf études ($N = 2986$), Reitzel et Carbonell (2006) dénotent que les AAAS ayant reçu un traitement spécialisé ont obtenu un taux significativement plus bas de récidive sexuelle (environ 7 %) que ceux n'ayant pas reçu de traitement (environ 19 %), et ce, avec un temps de suivi moyen de cinq ans. Lors de leur recension systématique (11 méta-analyses publiées depuis 2002) portant sur l'efficacité du traitement chez les AAAS, Kim et ses collaborateurs (2015) ont trouvé que le traitement était davantage efficace chez les adolescents que chez les adultes (taille d'effet 3,8 fois plus élevée) et qu'il réduisait la récidive sexuelle de manière significative de 24 %. Worling et Curwen (2000) ont également observé qu'un traitement spécialisé chez les AAAS ($n = 58$) réduisait également les risques de récidives non sexuelles violentes de 41 % et non violentes de 59 %, lorsque comparé à un groupe d'AAAS ($n = 90$) n'ayant pas reçu ce traitement. Contrairement aux adultes, les adolescents n'ont pas terminé leur

développement et sont toujours en croissance tant sur le plan psychique que physique. En conséquence, une plus grande réponse au traitement serait possible, par exemple, lors de thérapies portant sur la restructuration cognitive et le développement des habiletés (Kim et al., 2015). De plus, les auteurs ont trouvé que le traitement offert en communauté était plus efficace que celui offert en institution. De leur côté, Walker et ses collaborateurs (2005) rapportent que le traitement chez les AAAS est efficient et que la TCC serait l'approche la plus efficace, alors que les résultats de la méta-analyse de Reitzel et Carbonell (2006) n'ont pas permis de départager une approche plus efficace qu'une autre. Pour ce qui est de l'approche multisystémique, plusieurs études ont relevé son efficacité (Borduin, Henggeler, Blaske, & Stein, 1990; Borduin, Schaeffer, & Heiblum, 2009; Letourneau et al., 2013). Notamment, l'étude de Borduin et ses collaborateurs (2009) a démontré que les AAAS ($n = 24$) ayant reçu ce type d'intervention présentaient des taux de récidive sexuelle (8 %) et non sexuelle (29 %) inférieurs à ceux ayant reçu un suivi spécialisé de type cognitivo-comportemental en groupe et en individuel (46 % et 58 % respectivement), après une période de suivi moyenne de huit à neuf ans. Actuellement, les données empiriques semblent suggérer que les approches cognitivo-comportementale et multisystémique sont les plus efficaces pour réduire la récidive (Fanniff & Becker, 2006; Kim et al., 2015).

Finalement, de plus amples études sur le traitement des AAAS sont nécessaires afin d'identifier quels types de traitements sont les plus efficaces. En effet, plusieurs modèles de traitement développés récemment n'ont pas encore été testés empiriquement, par

exemple le GLM. De plus, considérant que les AAAS représentent une population hétérogène, il serait pertinent d'offrir une prise en charge multimodale qui tient compte des besoins particuliers de certains types d'AAAS.

Synthèse critique

Compte tenu des importantes conséquences qu'engendrent les abus sexuels, il est important d'offrir des services et des traitements qui sont adaptés et reconnus comme étant efficaces pour les AAAS. Comme vu précédemment, les recherches actuelles tentent de répondre à ce besoin en départageant quelles sont les modalités d'interventions les plus efficaces. Cependant, dans la majeure partie des études, certaines variables ne semblent pas avoir été prises en considération dans l'évaluation de l'efficacité des traitements. En effet, certains éléments (p. ex., alliance thérapeutique) font d'emblée partie du processus thérapeutique et ont nécessairement des impacts majeurs sur la réponse au traitement et son efficacité. D'autres éléments inhérents au jeune doivent également être pris en considération lors de la prise en charge thérapeutique de l'AAAS. Par exemple, l'intégration des caractéristiques de son développement et de son histoire de vie (p. ex., traumas, style d'attachement) peut être très utile lorsque les différents professionnels tentent d'avoir une compréhension globale de l'individu. Cela permet par la suite de mieux cerner ses besoins et cibler les zones à travailler, en plus de trouver les meilleurs moyens pour y parvenir. Dans un but d'amélioration de la compréhension du jeune et de la prise en charge thérapeutique, cette section proposera l'ajout de ces éléments, soit 1) l'alliance thérapeutique; 2) l'intégration des traumas; 3) le style d'attachement; et 4) la prévention comme moyen d'intervention.

Alliance thérapeutique

Même si l'alliance thérapeutique est, depuis longtemps, connue et évoquée au sein de l'histoire de la psychologie (p. ex., Freud, 1937/1964), elle demeure néanmoins complexe et difficile à définir. La proposition la plus complète sur l'alliance thérapeutique a été développée par Bordin (1979) et présente ce concept comme reposant sur trois caractéristiques de la relation entre le thérapeute et son client, soit le lien émotionnel établi dans la dyade thérapeutique, l'entente sur les objectifs du traitement et les tâches nécessaires pour les atteindre.

L'alliance thérapeutique consiste en un ingrédient clé pour l'obtention d'un succès thérapeutique (Zilcha-Mano, 2017). Les recherches empiriques indiquent que la qualité de l'alliance est associée aux résultats de la thérapie, soit le fait qu'une meilleure alliance est associée à de meilleurs résultats (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). En effet, l'alliance thérapeutique fait partie des quatre facteurs qui sont les plus souvent associés à l'efficacité du traitement. Le modèle de traitement et la technique ne représentent que 15 % de la variance des résultats du traitement, 40 % du succès du traitement serait attribuable aux facteurs clients, 30 % associé à l'alliance thérapeutique et finalement, 15 % à l'effet placebo qui résulte de l'attente et de l'espoir du client (Lambert, 2005). L'alliance thérapeutique serait également un important facteur pour le maintien des acquis et le changement à long terme (Hellerstein et al., 1998). Il apparaît alors surprenant que les études portant sur l'efficacité des traitements chez les AAAS se centrent, la majorité du temps, seulement sur le modèle et la méthode de traitement,

considérant que les autres facteurs, dont l'alliance thérapeutique, contribuent de manière substantielle à la réussite de l'intervention. De plus, la majorité des études actuelles utilisent la récidive sexuelle et générale pour définir l'efficacité du traitement, alors que d'autres facteurs (p. ex., implication à l'école et au travail, relations positives avec les pairs et adultes) devraient également être considérés dans les résultats (Fanniff, Schubert, Mulvey, Iselin, & Piquero, 2017). Il existe tout de même un certain nombre de recherches s'intéressant à l'alliance thérapeutique chez les adolescents en général (Everall & Paulson, 2002; Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006; Zack, Castonguay, & Boswell, 2007) et plus spécifiquement chez les jeunes délinquants (Holmqvill, Hill, & Lang, 2007; Matthews & Hubbard, 2007).

Considérant le fait qu'il existe déjà plusieurs instruments de mesure pour l'alliance thérapeutique, notamment l'Inventaire d'alliance thérapeutique (IAT; Horvath & Greenberg, 1986), il serait relativement aisé d'inclure cette dimension dans l'évaluation de l'efficacité des traitements. Comme l'alliance thérapeutique est un facteur dynamique, il serait également intéressant de le mesurer à plusieurs reprises au fil du processus thérapeutique, afin d'apprécier son évolution.

De plus, avec les AAAS, l'alliance thérapeutique est un défi, puisque, comme vu précédemment, ce sont des jeunes qui ont de multiples difficultés qui affectent leur capacité à s'ouvrir et à faire confiance à l'autre (p. ex., rejets, enjeux d'attachement, faibles habiletés sociales, etc.). Ainsi, une attention particulière doit être portée à la relation entre

l'AAAS et le thérapeute, puisque son établissement peut être thérapeutique en soi. En effet, en prenant un moment avec l'adolescent dans le suivi pour prendre en considération ses impressions, ses insatisfactions face aux interventions, etc., l'alliance peut être travaillée dans l'ici et maintenant. Cela permet alors d'ajuster les interventions et d'optimiser la réponse de l'AAAS face au traitement. De plus, en procédant ainsi, le jeune apprend à s'affirmer peu à peu et à nommer ses besoins, au lieu de les agir.

L'alliance de travail vient également s'imbriquer dans le concept de l'alliance thérapeutique. Elle se définit comme étant une disposition mentale positive face au traitement, soit une intention sincère d'y collaborer et de s'engager dans le processus, afin de se sortir d'un état de souffrance (Brillon, 2011). Le développement d'une alliance de travail avec les AAAS constitue alors un défi, puisque les demandes proviennent la majorité du temps de l'appareil judiciaire, et non du client lui-même. Ainsi, le jeune se voit contraint de suivre un traitement qui lui a été ordonné par le tribunal. Pour développer l'alliance de travail, il revient au thérapeute d'impliquer l'AAAS afin qu'il devienne un participant actif de sa thérapie, et non simplement un « élément » du processus thérapeutique (Rich, 2011). Ainsi, l'objectif est de transformer l'obligation de traitement chez l'AAAS en motivation intrinsèque, en lui redonnant un certain pouvoir sur sa vie, en instaurant chez lui une capacité de changement, etc. L'attitude du thérapeute est alors importante puisqu'un AAAS qui ressent de l'empathie et une attitude chaleureuse de la part de son thérapeute aura davantage tendance à s'engager dans une alliance de travail avec lui. Cela lui permettra également de vivre une véritable relation avec une personne

authentique plutôt que de vivre un traitement stérile effectué par un technicien (Rich, 2011).

Ainsi, considérant les éléments mentionnés précédemment, il apparaît primordial que l'alliance thérapeutique et l'alliance de travail soient davantage considérées lors de l'évaluation de l'efficacité des traitements chez les AAAS. De plus, le contre-transfert devrait également être pris en compte puisque l'ensemble des dispositions affectives du thérapeute face à l'AAAS est susceptible d'avoir un impact sur le développement, ou non, d'une alliance thérapeutique (Lemire & Tardif, 2012). Ainsi, une attention particulière pourrait être portée sur l'importance de l'établissement de ces alliances dans les guides de traitement clinique, afin d'optimiser l'implication des jeunes dans le processus thérapeutique.

L'intégration des traumatismes

Dans leur histoire de vie, un nombre non négligeable d'AAAS ont vécu différents événements qui ont pu être traumatiques. En effet, les AAAS auraient vécu de deux à cinq fois plus de traumatismes que les autres jeunes hospitalisés en psychiatrie (Friedrich et al., 2001). Comme vu précédemment, cela peut avoir un impact sur le développement de l'AAAS et entraîner des troubles affectifs (p. ex., dépression, trouble de stress post-traumatique (TSPT), etc.). Ainsi, il semble logique de se pencher sur ces événements, afin d'avoir une meilleure compréhension globale de l'individu et de ce qui a pu l'amener à commettre des gestes abusifs.

Chez les AAAS, les études se sont le plus souvent penchées sur des événements marquants qui semblent avoir un lien, direct ou indirect, avec la perpétration d'abus sexuels, soit l'exposition à la pornographie et/ou la violence dans l'enfance et les antécédents d'abus physiques et sexuels (Hunter, Figueredo, & Malamuth, 2010). L'exploration de ces éléments lors de l'évaluation permet en premier lieu de mieux comprendre l'historique du jeune et permet, en second lieu, de les prendre en considération lors de l'intervention clinique afin de mieux cerner les besoins du jeune et d'orienter les objectifs de traitement. Par exemple, un jeune qui a été exposé dans son enfance à de la pornographie et qui a développé des distorsions cognitives par la suite pourrait bénéficier d'une restructuration cognitive à l'égard des rôles masculins et féminins (p. ex., égalité, consentement mutuel, etc.) et d'une éducation à la sexualité (Hunter et al., 2010), afin qu'il reprenne un développement sexuel davantage normatif. De plus, les AAAS qui ont sexuellement ou physiquement été victimisés pourraient bénéficier d'interventions visant la construction de l'estime de soi et des compétences sociales, en plus de corriger les erreurs de pensées (p. ex., blâme et responsabilité sur la victime) et d'apprendre à mieux gérer leur colère (Hunter et al., 2010).

La prise en considération des événements marquants de l'AAAS permet également d'explorer si l'adolescent a vécu ces situations comme étant traumatiques et si le jeune a par la suite développé un trouble de santé mentale (p. ex., dépression, anxiété, TSPT). Certains adolescents qui ont vécu un abus sexuel développeront également un TSPT, qui parfois, inclut des symptômes de reviviscence (p. ex., flashbacks, souvenirs répétitifs et

envahissants, etc.). Il est possible de penser que de tels symptômes non traités peuvent contribuer à d'éventuels passages à l'acte sexuel chez certains jeunes, afin d'évacuer les tensions internes et de reprendre un certain contrôle sur les manifestations des symptômes (Hunter et al., 2010; Tardif & Quenneville, 2012). De plus, selon une récente étude, la dissociation semble avoir un rôle médiateur entre un abus sexuel subi à l'enfance et des problématiques de comportements internalisés, externalisés et sexuels (Ensink, Berthelot, Bégin, Maheux & Normandin, 2017). Ainsi, les interventions (p. ex., mentalisation, gestion des émotions, etc.) visant à diminuer la dissociation devraient être prioritaires afin d'amener le jeune à développer ses ressources internes.

De plus, lorsque des événements traumatiques (p. ex., négligence, abus physique, sexuel ou psychologique, exposition à de la violence, etc.) sont répétés ou prolongés pendant l'enfance, le concept de trauma complexe est davantage représentatif des séquelles engendrées par les divers traumatismes vécus que le TSPT. En effet, l'exposition à divers traumas entraîne une perte des capacités d'autorégulation et des compétences sociales. Les enfants exposés aux traumas complexes rencontrent souvent de multiples problèmes au long court, ce qui augmente leur risque de vivre d'autres événements traumatiques et problèmes (p. ex., troubles psychiatriques, dépendance, problèmes de santé chroniques, problèmes familiaux, professionnels, légaux, etc.). Les séquelles du trauma complexe se retrouvent sous sept principaux domaines, soit 1) l'attachement; 2) la biologie (p. ex., problèmes de santé physique, somatisation, problème quant à la coordination, etc.); 3) la régulation des affects; 4) la dissociation; 5) la gestion du

comportement (p. ex., comportements d'opposition, faible autocontrôle, etc.); 6) la cognition (p. ex., difficultés quant aux processus attentionnels et aux fonctions exécutives, difficultés d'apprentissage, etc.); et 7) le concept de soi (p. ex., faible estime de soi, honte, culpabilité, etc.). Compte tenu des multiples répercussions, et ce, dans les diverses sphères de la vie du jeune, qu'engendrent les traumatismes complexes, les méthodes systémiques sont privilégiées. La thérapie A.R.C. (Attachement, régulation et compétence), actuellement reconnue comme étant une pratique prometteuse, intervient tant au niveau de l'individu, de la famille que du système. Elle vise à diminuer les difficultés comportementales et de santé mentale des jeunes, tout en augmentant leur sentiment de sécurité dans leurs relations, leurs capacités de gestion des émotions et leurs compétences (Cook et al., 2005).

Les professionnels travaillant auprès des AAAS doivent faire preuve de prudence dans leurs interventions. En effet, chez un AAAS qui ne reconnaît pas d'éléments traumatiques dans son vécu, il n'est pas recommandé de rechercher de manière active du matériel traumatique. Une intervention suggestive, intrusive et interprétative pourrait venir contaminer les propos du jeune. À la place, une intervention d'approche plus globale et exploratoire, dans le cadre d'une thérapie, pourrait davantage permettre de faire émerger les éléments traumatiques, s'il y a lieu (Tardif & Quenneville, 2012).

Ainsi, les programmes de prévention et la prise en charge initiale (p. ex., évaluation) devraient porter une attention particulière à la détection du trauma complexe et le TSPT (et autres troubles de santé mentale) chez les AAAS. Une intervention précoce pourrait

non seulement soulager la détresse émotionnelle, mais également diminuer les risques de développer d'éventuels problèmes externalisés (p. ex., passage à l'acte). Cela pourrait également permettre de cerner les besoins du jeune et de l'orienter par la suite vers les bons services.

L'intégration des enjeux d'attachement

Plusieurs recherches se soient penchées sur les enjeux d'attachement chez les AAAS depuis les dernières années et les mesures quant à cette variable se sont raffinées. Cependant, une importante hétérogénéité demeure quant aux définitions utilisées dans la littérature. Afin d'obtenir une même compréhension, il apparaît primordial de développer une définition commune de l'attachement (Rich, 2011). Ainsi, il semble pertinent de s'y intéresser davantage puisque plusieurs AAAS présentent des difficultés d'attachement. En effet, la plupart de ces adolescents ont grandi dans des conditions défavorables diverses et dès lors, ont pu développer un style d'attachement insécurisé. Il est également reconnu que des problématiques d'attachement entraînent plusieurs difficultés, tant sur le plan fonctionnel que comportemental, en plus d'inhiber le développement de la métacognition, de l'autorégulation, du contrôle de soi et de l'empathie (Rich, 2011).

Bien qu'aucun lien direct ne puisse être émis entre les abus sexuels et les déficits d'attachement, cela constitue un facteur de risque général en contribuant au développement des difficultés psychosociales et des comportements antisociaux, criminels et dysfonctionnels, dont la perpétration d'abus sexuel (Rich, 2006). Il est donc

possible d'avancer que les problématiques d'attachement placent le jeune dans un état de vulnérabilité développementale précoce. Cette vulnérabilité peut par la suite être exacerbée par d'autres facteurs de risque (p. ex., environnementaux, personnels, etc.; Rich, 2006; Smallbone, 2005).

Actuellement, les modalités d'intervention les plus utilisées chez les AAAS se basent sur les approches cognitivo-comportementales. Comme expliqué précédemment, cette approche cible davantage la prévention de la rechute et les éléments entourant le délit. Les éléments affectifs, tels que les débordements émotionnels et les peurs, sont cependant peu inclus dans la conception de l'approche TCC (Baker, Beech & Tyson, 2006; Tardif & Forouzan, 2015). Ainsi, l'inclusion d'interventions basées sur la théorie de l'attachement au sein des programmes de traitement actuels serait profitable pour la clientèle AAAS.

En effet, l'intégration de la théorie de l'attachement sur le plan clinique permet de mettre de l'avant un modèle développemental du fonctionnement psychologique. Cela permet donc de mieux comprendre la structure par laquelle les émotions, les comportements et les pensées sont construits et mis en place (Rich, 2006). Ainsi, cette théorie amène des pistes d'intervention selon le style d'attachement du jeune, car plusieurs AAAS peuvent, à la base, avoir les mêmes difficultés et besoins, mais la manière optimale de les travailler peut être différente pour chacun.

L'objectif principal de l'intervention vise la restructuration de l'attachement afin de le rendre plus sûr. Ainsi, le thérapeute doit être une base de sécurité pour l'AAAS afin de devenir un agent actif et significatif de changement pour le jeune. Pour ce faire, le thérapeute, et éventuellement l'entourage du jeune, doit se montrer sensible, compréhensif et soutenant afin d'aider l'adolescent à créer des liens d'attachement sûrs. Cela a pour cible d'induire des changements dans la perception de soi et des autres, en plus de modifier ses attentes. Les interventions devraient également viser le développement de l'autonomie du jeune et sa capacité à vivre des expériences d'intimité. En apprenant à s'exprimer, à nommer et à surmonter ses insatisfactions, le jeune sera davantage en mesure de gérer et tolérer ses tensions internes (tristesse, stress, colère, etc.). La réponse adéquate de l'intervenant amènera graduellement le jeune à intégrer cette stratégie plus adaptée. Le fait d'expérimenter une communication empreinte de résonance émotionnelle aura également des impacts sur le lien de confiance à l'autre (Tardif & Forouzan, 2015). En travaillant le développement d'un attachement plus sûr en thérapie, le jeune sera davantage en mesure d'établir des relations plus sûres avec les pairs. De plus, il est nécessaire de travailler conjointement avec l'entourage de l'adolescent, tel que ses parents, afin de les amener à devenir le pôle de sécurité pour leur enfant et ainsi, favoriser un style d'attachement plus sécurisé. Pour ce faire, le parent est amené à développer les compétences nécessaires pour identifier, comprendre et répondre aux besoins de leur enfant. Il semble que l'amélioration de ce lien d'attachement entraîne plusieurs effets positifs, tel qu'une réduction des comportements problématiques et des problèmes de santé mentale chez l'adolescent (Moretti & Obsuth, 2009).

Ainsi, une meilleure connaissance de l'implication des problématiques d'attachement auprès de cette clientèle aiderait à mieux comprendre le développement de ces difficultés chez ces jeunes et par le fait même, des moyens pour remédier à ces manques. Il est ainsi possible d'émettre l'hypothèse que la prise en considération des enjeux d'attachement dans le processus thérapeutique pourrait entraîner plusieurs bénéfices chez les AAAS (p. ex., meilleures stratégies d'adaptation, donc moins de risque de passage à l'acte). Étant donnée la faible quantité de données empiriques à ce sujet, il serait pertinent que les recherches futures se penchent davantage sur la notion de l'attachement afin de mieux cerner et comprendre cette problématique chez les AAAS.

La prévention

Il est reconnu que les expériences précoces d'exposition à la violence et les traumatismes vécus en bas âge sont néfastes, affectent le développement et prédisposent les jeunes à adopter des attitudes et comportements déviants (Hunter et al., 2010). Au Québec, un enfant sur dix ayant au moins un incident de maltraitance ou un trouble de comportement jugé fondé présente des comportements sexuels problématiques (Hélie, Turcotte, Trocmé, & Tourigny, 2012).

Il serait donc pertinent de s'intéresser aux facteurs de risque présents dans l'enfance qui augmentent les risques de développer des comportements sexuels problématiques chez ces jeunes. Dans une étude longitudinale effectuée au Canada auprès de familles ($N = 338$) ayant un enfant (3 à 5 ans), les auteurs se sont intéressés au lien entre la violence

(psychologique, physique et sexuelle) conjugale et le développement des comportements sexuels chez les enfants ayant été exposés à cette violence. Les données ont été recueillies à partir d'entrevues cliniques et de questionnaires auprès familles provenant de divers milieux. Les résultats indiquent que les enfants ayant été témoins de coercition sexuelle conjugale ont significativement plus de risques d'adopter des comportements sexuels problématiques, et ce, dès l'âge de 3 ans (Cale & Lussier, 2017). Ainsi, il est possible d'émettre l'hypothèse que l'enfant apprend du modèle familial à un très jeune âge et développe peu à peu ses perceptions par rapport à la sexualité (les limites de ce qui est acceptable et inacceptable, les attitudes et croyances sexuelles, etc.). Différents facteurs de risque familiaux, soit la violence conjugale, le stress, un style de vie instable (p. ex., déménagements multiples) et un changement de personne qui donne les soins à un jeune âge sont également associés positivement au développement de comportements externalisés (agression physique, comportements sexuels) dès l'enfance jusqu'à l'adolescence (Cale & Lussier, 2017; Lussier & Healey, 2010).

Il apparaît donc logique de développer des programmes de prévention pour les jeunes qui sont à plus haut risque de développer des problématiques sociales et sexuelles, en lien avec leur histoire de vie. En ciblant les jeunes à risque et en intervenant de manière précoce, les avantages seraient multiples (p. ex., protection du public, diminution des coûts sociétaux). En effet, la prévention et la prise en charge thérapeutique précoces pourraient aider à diminuer le nombre de passage à l'acte, et par le fait même, diminuer le nombre de victimes (protection du public). De plus, l'investissement en fonds public

dans ce genre de programme serait rentabilisé à long terme, puisqu'en diminuant le nombre de délits perpétrés, moins de coûts seraient engendrés par la prise en charge judiciaire et thérapeutique de ces jeunes (Hunter et al., 2010).

Pour ce faire, les intervenants et professionnels des divers milieux devraient être à l'affût des facteurs de risque et être en mesure de distinguer les comportements sexuels normaux versus problématiques chez les enfants. Ainsi, il serait possible de cibler les jeunes qui pourraient bénéficier des interventions. Au Québec, certains programmes de prévention et d'intervention précoce sont présents pour les enfants, mais peu nombreux. Par exemple, le Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF) intervient auprès de jeunes de 3 à 5 ans dans un but de prévention des abus sexuels. Des interventions thérapeutiques sont également prévues pour les jeunes qui ont des comportements sexuels problématiques. En intervenant conjointement avec la famille et l'enfant sur les différents facteurs de risque (p. ex., habiletés sociales déficitaires, distorsions cognitives en lien avec la sexualité, etc.) et en amenant l'enfant à développer de nouvelles stratégies d'adaptation (p. ex., résolution de problème, régulation cognitive, émotionnelle et comportementale, etc.), une baisse significative des comportements sexuels problématiques et des taux de récurrence est observée (Boisvert, Tougas, Gamet, & Tourigny, 2017; Parisien & Drolet, 2017). Ce type d'intervention, présentement en processus d'évaluation, apparaît prometteur et novateur puisqu'il intervient en prévention ou dès les premiers signes de comportements sexuels problématiques chez les jeunes.

Des recherches longitudinales sont nécessaires afin de mieux comprendre le développement d'une problématique sexuelle et sa poursuite au cours de la vie. Cela permettra, sur le plan clinique, de mettre en place des programmes de prévention adaptés pour les jeunes à risque et d'offrir de meilleures interventions afin de diminuer les risques de passage à l'acte. De plus, en combinant les connaissances empiriques actuelles sur les AAAS (p. ex., caractéristiques personnelles, facteurs de risque et de protection, etc.), leurs spécificités (enjeux d'attachement, trauma, comorbidité, etc.) et les éléments de base nécessaires au succès thérapeutique (p. ex., alliance thérapeutique), il apparaît possible d'améliorer les interventions déjà en place afin de les rendre plus efficaces et adaptées à leurs besoins et difficultés.

Certains changements semblent toutefois nécessaires en ce qui a trait à l'évaluation de l'efficacité des traitements. En effet, l'efficacité du traitement, telle que mesurée jusqu'à présent dans les études empiriques, est basée uniquement sur les taux de récidive (taux officiels la plupart du temps; Caldwell, 2010), ce qui ne représente pas un portrait juste de la réalité. Ainsi, les études portant sur l'évaluation de l'efficacité des traitements sont alors biaisées à la base. De plus, en utilisant seulement les taux de récidive, l'évaluation est limitative et ne met pas en lumière l'état général du jeune. Pourtant, bien que les interventions visent la diminution du risque de récidive, les objectifs thérapeutiques visés dans le cadre du suivi incluent également l'amélioration des capacités de l'AAAS et de son bien-être général (p. ex., meilleure gestion de la colère, participation à des activités socialisantes avec des pairs prosociaux, meilleure communication au sein

de la famille, etc.), qui sont également associés au risque de récidive et peuvent être considérés comme étant des facteurs de risque ou de protection. Ainsi, ces éléments devraient aussi faire l'objet de mesures d'efficacité.

Tel que présenté en première partie, il existe plusieurs facteurs de risques reconnus (p. ex., isolement social, déficits dans les habiletés sociales et les connaissances sexuelles, préoccupations sexuelles, faible estime de soi, etc.) en lien avec la récidive générale. Dès lors, l'inclusion de ces facteurs de risque dans l'évaluation de l'efficacité de traitement est nécessaire, afin d'obtenir une vision plus juste et globale de l'effet thérapeutique. De plus, l'ajout des facteurs de protection (p. ex., capacité d'intimité émotionnelle, reconnaissance des sentiments négatifs, capacité de recevoir de l'affection, etc.) dans l'évaluation de l'efficacité du traitement serait également pertinent. Évidemment, les facteurs de risque et de protection en lien avec la récidive devraient faire l'objet de réévaluations régulières afin de permettre de mesurer les progrès en traitement et pouvoir ajuster les interventions au fil du temps, selon l'évolution du jeune.

Finalement, la mise en place d'études longitudinales pourrait permettre d'observer si les acquis thérapeutiques persistent au fil du temps et déterminer quelles sont les particularités des AAAS récidivistes à l'âge adulte. Ainsi, de telles études permettraient de dresser des trajectoires développementales, de peaufiner les typologies actuelles et d'amener une meilleure classification des AAAS. De telles connaissances pourraient

améliorer les interventions cliniques, en ciblant rapidement les jeunes à risque de récurrence au long court.

Conclusion

L'objectif principal de cet essai était d'effectuer une revue non systématique de la littérature sur les AAAS afin de dresser un portrait des connaissances actuelles et proposer des hypothèses pour les interventions cliniques et pour les recherches futures auprès de cette clientèle. La documentation consultée a permis de mettre de l'avant, malgré l'hétérogénéité de cette population, les caractéristiques développementales, sociales, psychologiques et cognitives des AAAS. Brièvement, la littérature fait état qu'une proportion importante d'AAAS ont vécu au sein d'un environnement familial problématique (p. ex., conflits conjugaux, violence psychologique, sexuelle et/ou physique, exposition à de la sexualité, etc.). De plus, un nombre non négligeable d'AAAS auraient un style d'attachement insécurisé, des difficultés relationnelles, de faibles habiletés sociales, des difficultés quant à la régulation des émotions, des déficits cognitifs et des intérêts sexuels atypiques. Il n'est également pas rare de retrouver des problèmes de santé mentale chez ces jeunes et une importante comorbidité, tels que le TDA/H, le trouble de la conduite, les troubles dépressifs et anxieux, etc.

Afin de mieux comprendre les AAAS et mettre de l'avant leurs besoins quant à l'intervention, différents profils d'AAAS, soit les typologies, ont été présentés. Les typologies basées sur la précocité des agirs déviants, sur l'âge de la victime et son lien avec l'agresseur ainsi que celle sur la spécificité des agirs déviants sont celles qui ont retenu le plus l'attention de la communauté scientifique. Cependant, les résultats

différent quant à ces profils types, possiblement en lien avec des limites méthodologiques, et de plus amples recherches sont nécessaires afin d'amener une meilleure catégorisation des typologies.

Les facteurs de risque de la récidive (sexuelle, non sexuelle et générale) ont également été présentés afin d'amener une meilleure compréhension de la problématique et des AAAS récidivistes. La prise en compte des facteurs de risque et de protection a également permis de mettre de l'avant les interventions cliniques à privilégier pour diminuer les risques de récidive. Bien que certains traitements semblent actuellement privilégiés (p. ex., approches cognitivo-comportementale et multisystémique), de plus amples études sont nécessaires pour démontrer l'efficacité de ces interventions pour diminuer la récidive, mais également pour favoriser un développement psychosexuel et social plus adapté.

En regard des éléments présentés ci-dessus et des limitations relevées dans la littérature scientifique, l'ajout de certains éléments lors de la prise en charge thérapeutique semble nécessaire. En effet, la prise en considération de l'alliance thérapeutique, des traumatismes vécus et du style d'attachement nous apparaît comme étant primordiale lors de la mise en place d'interventions. De plus, étant donné la présence de facteur de risque dans l'enfance, l'intervention préventive semble un moyen efficace, mais encore trop peu utilisé, pour cibler les jeunes à risque et diminuer le nombre de passage à l'acte. Ainsi, il serait pertinent que le secteur clinique tienne davantage compte des connaissances actuelles pour adapter leurs interventions avec les AAAS (p. ex., enjeux d'attachements).

De plus, il serait pertinent que les recherches futures incluent davantage les éléments proposés ci-dessus (p. ex., alliance thérapeutique) lors de l'évaluation de l'efficacité des traitements, afin d'avoir une vision plus globale et plus juste de la réalité.

Références

- Abel, G. G., Osborn, C. A., & Twigg, D. A. (1993). Sexual assault through the life span: Adult offenders with juvenile histories. Dans H. E. Barbaree, W. L. Marshall, & S. M. Hudson (Éds), *The juvenile sex offender* (pp. 104-117). New York, NY: Guilford Press.
- Abel, G. G., & Rouleau, J.-L. (1990). The nature and extent of sexual assault. Dans W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Éds), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 9-21). New York, NY: Plenum Press.
- Aebi, M., Landolt, M. A., Mueller-Pfeiffer, C., Schnyder, U., Maier, T., & Mohler-Kuo, M. (2015). Testing the sexually abused-abuser hypothesis in adolescents: A population-based study. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2189-2199. doi: 10.1007/s10508-014-0440-x
- Aebi, M., Plattner, B., Steinhausen, H. C., & Bessler, C. (2011). Predicting sexual and nonsexual recidivism in a consecutive sample of juveniles convicted of sexual offences. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(4), 456-473.
- Aebi, M., Vogt, G., Plattner, B., Steinhausen, H.-C., & Bessler, C. (2012). Offender types and criminality dimensions in male juveniles convicted of sexual offenses. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24(3), 265-288. doi: 10.1177/1079063211420449
- Association des Centres Jeunesse du Québec (ACJQ, 2008). *Plan national de formation. Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*. Montréal, QC : ACJQ.
- Auclair, N., Carpentier, J., Proulx, J., Jacob, M., & Quenneville, R. (2012). Étude descriptive d'un échantillon d'adolescents auteurs d'abus sexuels référés en clinique psychiatrique externe. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville, & J. Proulx (Éds), *La délinquance sexuelle des mineurs, approches cliniques* (pp. 25-57). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Baker, E., Beech, A., & Tyson, M. (2006). Attachment disorganization and its relevance to sexual offending. *Journal of Family Violence*, 21(3), 221-231. doi: 10.1007/s10896-006-9017-3

- Beauregard, E., Lussier, P., & Proulx, J. (2004). An exploration of developmental factors related to deviant sexual preferences among adult rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(2), 151-161. doi: 10.1023/B:SEBU.0000023063.94781.bd
- Bereiter, J., & Mullen, D. (2012). Treating juvenile sex offenders. Dans E. L. Grigorenko (Éd.), *Handbook of juvenile forensic psychology and psychiatry* (pp. 385-404). New York, NY: Springer Science + Business Media. doi: 10.1007/978-1-4614-0905-2
- Blanchard, R., Cantor, J. M., & Robichaud, L. K. (2006). Biological factors in the development of sexual deviance and aggression in males. Dans H. E. Barbaree & W. L. Marshall (Éds), *The juvenile sex offenders* (2^e éd., pp. 77-104). New York, NY: Guilford Press.
- Boisvert, I. Tougas, A.-M., Gamet, M.-L., & Tourigny, M. (2017). *Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins*. Dans M. Hébert, M. Fernet, & M. Blais (Éds), *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et l'adolescent* (pp. 83-136). Louvain-la-Neuve, Belgique : Éditions de Boeck.
- Boonmann, C., van Vugt, E. S., Jansen, L. M. C., Colins, O. F., Doreleijers, T. A. H., Stams, G.-J. J. M., & Vermeiren, R. R. J. M. (2015). Mental disorders in juveniles who sexually offended: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 241-249. doi: 10.1016/j.avb.2015.06.003
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- 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), 105-113. doi: 10.1177/0306624X9003400204
- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 26-37. doi: 10.1037/a0013035
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2003). *Manual for the Structured Risk Assessment of Violence in Youth, Version 1.1*. Tampa, FL: Auteur.
- Brillon, M. (2011). L'alliance thérapeutique. *Psychologie Québec*, 28(2), 20-23.
- Burton, D. L. (2000). Were adolescent sexual offenders children with sexual behavior problems? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(1), 37-48.

- Burton, D. L. (2003). Male adolescents: Sexual victimization and subsequent sexual abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(4), 277-296.
- Burton, D. L., Demuynck, S., & Yoder, J. R. (2014). Executive dysfunction predicts delinquency but not characteristics of sexual aggression among adolescent sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 28(8), 707-721. doi: 10.1177/1079063214556357
- Butler, S. M., & Seto, M. C. (2002). Distinguishing two types of adolescent sex offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(1), 83-90. doi: 10.1097/00004583-200201000-00015
- Caldwell, M. F. (2010). Study characteristics and sex offender recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(2), 197-212.
- Caldwell, M. F. (2016). Quantifying the decline in juvenile sexual recidivism rates. *Psychology, Public Policy, and Law*, 22(4), 414-426.
- Cale, J., & Lussier, P. (2017). Sexual behaviour in preschool children in the context of intra-parental violence and sexual coercion. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27(2), 176-190. doi: 10.1002/cbm.1996
- Cale, J., Lussier, P., & Proulx, J. (2009). Heterogeneity in antisocial trajectories in youth of adult sexual aggressors of women: An examination of initiation, persistence, escalation, and aggravation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 21(2), 223-248. doi: 10.1177/1079063209333134
- Cantor, J. M., Blanchard, R., Robichaud, L. K., & Christensen, B. K. (2005). Quantitative reanalysis of aggregate data on IQ in sexual offenders. *Psychological Bulletin*, 131(4), 555-568. doi: 10.1037/0033-2909.131.4.555
- Carpentier, J., Leclerc, B., & Proulx, J. (2011). Juvenile sexual offenders: Correlates of onset, variety, and desistance of criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior*, 38(8), 854-873. doi: 10.1177/0093854811407730
- Carpentier, J., & Proulx, J. (2011). Correlates of recidivism among adolescents who have sexually offended. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(4), 434-455. doi: 10.1177/1079063211409950
- Center for Sex Offender Management. (2006). *Understanding treatment for adults and juveniles who have committed sex offenses*. Repéré le 28 juillet 2015 à http://www.csom.org/pubs/treatment_brief.pdf

- Christiansen, A. K., & Vincent, J. P. (2013). Characterization and prediction of sexual and nonsexual recidivism among adjudicated juvenile sex offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, 31(4), 506-529. doi: 10.1002/bsl
- Chu, C., & Thomas, S. (2010). Adolescent sexual offenders: The relationship between typology and recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22(2), 218-233. doi: 10.1177/1079063210369011
- Colins, O., Vermeiren, R., Schuyten, G., & Broekaert, E. (2009). Psychiatric disorders in property, violent, and versatile offending detained male adolescents. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 31-38. doi: 10.1037/a0015337
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Cortoni, F., & Marshall, W. (2001). Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13(1), 27-43.
- Coutu, J., Meilleur, D., & Lafortune, D. (2015). La délinquance et la victimisation officielle caractérisant une cohorte de 1429 adolescents auteurs d'agression sexuelle. *Revue de psychoéducation*, 44(2), 405-424.
- Dallaire, A. (2012). L'éducation psychosexuelle. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville, & J. Proulx (Éds), *La délinquance sexuelle des mineurs, approches cliniques* (pp. 377-401). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Koster, K., & Bogaerts, S. (2015). Assessing protective factors for sexually violent offending with the SAPROF. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 27(1), 51-70.
- Dishion, T. J., & Dodge, K. A. (2005). Peer contagion in interventions for children and adolescents: Moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(3), 395-400.
- Easton, S. D. (2013). Disclosure of child sexual abuse among adult male survivors. *Clinical Social Work Journal*, 41(4), 344-355. doi: 10.1007/s10615-012-0420-3
- Ensink, K., Berthelot, N., Bégin, M., Maheux, J., & Normandin, L. (2017). Dissociation mediates the relationship between sexual abuse and child psychological difficulties. *Child Abuse & Neglect*, 69, 116-124. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.04.017

- Epstein, M. H. (2004). *Behavioral and Emotional Rating Scale-A strengths-based approach to assessment*. Austin, TX: PRO-ED.
- Ertl, M. A., & McNamara, J. R. (1997). Treatment of juvenile sex offenders: A review of the literature. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14(3), 199-221.
- Everall, R. D., & Paulson, B. L. (2002). The therapeutic alliance: Adolescent perspectives. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(2), 78-87. doi: 10.1080/14733140212331384857
- Fanniff, A. M., & Becker, J. V. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescent sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11(3), 265-282. doi: 10.1016/j.avb.2005.08.003
- Fanniff, A. M., & Kolko, D. J. (2012). Victim age-based subtypes of juveniles adjudicated for sexual offenses: Comparisons across domains in an outpatient sample. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24(3), 224-264. doi: 10.1177/1079063211416516
- Fanniff, A. M., Schubert, C. A., Mulvey, E. P., Iselin, A.-M. R., & Piquero, A. R. (2016). Risk and outcomes: Are adolescents charged with sex offenses different from other adolescent offenders? *Journal of Youth and Adolescence*, 46(7), 1394-1423. doi: 10.1007/s10964-016-0536-9
- Fazel, S., Doll, H., & Långström, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1010-1019. doi: 10.1097/CHI.0b013e31817eecf3
- Fehrenbach, P. A., Smith, W., Monastersky, C., & Deisher, R. W. (1986). Adolescent sexual offenders: Offender and offense characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(2), 225-233.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2002). Male and female offending trajectories. *Development and Psychopathology*, 14(1), 159-177.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Chaffin, M. (2009). *Juveniles who commit sex offenses against minors*. U.S. Department of Justice. Repéré à <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/ojjdp/227763.pdf>
- Fortune, C.-A., & Lambie, I. (2006). Sexually abusive youth: A review of recidivism studies and methodological issues for future research. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 1078-1095. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.007

- France, K. G., & Hudson, S. M. (1993). The conduct disorders and the juvenile sex offender. Dans H. E. Barbaree, W. L. Marshall, & S. M. Hudson (Éds), *The juvenile sex offender* (pp. 225-234). New York, NY: Guilford Press.
- Freud, S. (1964). Analysis terminable and interminable. Dans J. Strachey (Éd.), *The standard edition of the complete psychological work of Sigmund Freud* (pp. 209-254). London, United Kingdom: Hogarth Press. (**Ouvrage original publié en 1937**).
- Friedrich, W. N., Gerber, P. N., Koplin, B., Davis, M., Giese, J., Mykelbust, C., & Franckowiak, D. (2001). Multimodal assessment of dissociation in adolescents: Inpatients and juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13(3), 167-177.
- Gamache, D., Diguier, L., Laverdière, O., & Rousseau, J.-P. (2012). Development of an object relation-based typology of adolescent sex offenders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76(4), 329-364. doi: 10.1521/bumc.2012.76.4.329
- Gamache, D., Diguier, L., Laverdière, O., & Rousseau, J. P. (2014). Agressions sexuelles commises par des adolescents : relations entre des dimensions de l'organisation de la personnalité et des caractéristiques du délit. *Evolution psychiatrique*, 79(4), 725-738. doi: 10.1016/j.evopsy.2014.01.003
- Gerardin, P., & Thibaut, F. (2004). Epidemiology and treatment of juvenile sexual offending. *Paediatric Drugs*, 6(2), 79-91. doi: 10.2165/00148581-200406020-00002
- Gerhold, C. K., Browne, K. D., & Beckett, R. (2007). Predicting recidivism in adolescent sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 12(4), 427-438. doi: 10.1016/j.avb.2006.10.004
- Grady, M. D., Levenson, J. S., & Bolder, T. (2017). Linking adverse childhood effects and attachment: A theory of etiology for sexual offending. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18, 433-444. doi: 10.1177/1524838015627147
- Groth, A. N., Longo, R. E., & McFadin, J. B. (1982). Undetected recidivism among rapists and child molesters. *Crime & Delinquency*, 28(3), 450-458. doi: 10.1177/001112878202800305
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1996). *Les prédicteurs de la récidive chez les délinquants sexuels : une méta-analyse*. Solliciteur général Canada, Secrétariat du Ministère.
- Hanson, K., & Bussière, M. (1998). Predicting relapse: A meta analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.

- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163. doi: 10.1037/0022-006X.73.6.1154
- Hart-Kerkhoffs, L. A., Boonmann, C., Doreleijers, T. A., Jansen, L. M., van Wijk, A., & Vermeiren, R. R. J. . (2015). Mental disorders and criminal re-referrals in juveniles who sexually offended. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 1-7. doi: 10.1186/s13034-015-0035-x
- Hart-Kerkhoffs, L. T., Doreleijers, T. H., Jansen, L. M. C., van Wijk, A. P. H., & Bullens, R. A. R. (2009). Offense related characteristics and psychosexual development of juvenile sex offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 19. doi: 10.1186/1753-2000-3-19
- Hébert, M., Cyr, M., & Tourigny, M. (Éds, 2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, pp. 149-204). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N., & Tourigny, M. (2012). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2008* Repéré à http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/fr/Rapport_EIQ-2008_FINAL_23_nov.pdf
- Hellerstein, D. J., Rosenthal, R. N., Pinsker, H., Samstag, L. W., Muran, J. C., & Winston, A. (1998). A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies. Outcome and alliance. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(4), 261-271.
- Hendriks, J., & Bijleveld, C. C. J. H. (2004). Juvenile sexual delinquents: Contrasting child abusers with peer abusers. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14(4), 238-250.
- Hendriks, J., & Bijleveld, C. (2008). Recidivism among juvenile sex offenders after residential treatment. *Journal of Sexual Aggression*, 14(1), 19-32.
- Henggeler, S. W., Smith, B. H., & Sahloenwald, S. K. (1994). Key theoretical and methodological issues in conducting treatment research in the juvenile justice system. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(2), 143-150. doi: 10.1207/s15374424jccp2302
- Holmqvist, R., Hill, T., & Lang, A. (2007). Treatment alliance in residential treatment of criminal adolescents. *Child & Youth Care Forum*, 36(4), 163-178. doi: 10.1007/s10566-007-9037-z

- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Hunter, J. A., & Figueredo, A. J. (2000). The influence of personality and history of sexual victimization in the prediction of juvenile perpetrated child molestation. *Behavior Modification*, 24(2), 241-263. doi: 10.1177/0145445500242005
- Hunter, J. A., Figueredo, A. J., & Malamuth, N. M. (2010). Developmental pathways into social and sexual deviance. *Journal of Family Violence*, 25(2), 141-148. doi: 10.1007/s10896-009-9277-9
- Hunter, J. A., Figueredo, A. J., Malamuth, N. M., & Becker, J. V. (2003). Juvenile sex offenders: Toward the development of a typology. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(1), 27-48. doi: 10.1023/A:1020663723593
- Hunter, J. A., Hazelwood, R., & Slesinger, D. (2000). Juvenile-perpetrated sex crimes: Patterns of offending and predictors of violence. *Journal of Family Violence*, 15(1), 81-93. doi: 10.1023/A:1007553504805
- Jeglum Bartusch, D. R., Lynam, D. R., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1997). Is age important? Testing general versus developmental theories of antisocial behavior. *Criminology*, 35(1), 13-48.
- Jespersen, A. F., Lalumière, M. L., & Seto, M. C. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 179-192. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.07.004
- Joyal, C. C., Carpentier, J., & Martin, C. (2016). Discriminant factors for adolescent sexual offending: On the usefulness of considering both victim age and sibling incest. *Child Abuse and Neglect*, 54(2011), 10-22. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.01.006
- Kafka, M. P., & Hennen, J. (2002). A DSM-IV Axis I comorbidity study of males ($n = 120$) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(4), 349-366. doi: 10.1177/107906320201400405
- Karver, M., Handelsman, J., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65. doi: 10.1016/j.cpr.2005.09.001

- Keelan, C. M., & Fremouw, W. J. (2013). Child versus peer/adult offenders: A critical review of the juvenile sex offender literature. *Aggression and Violent Behavior, 18*(6), 732-744. doi: 10.1016/j.avb.2013.07.026
- Kelly, T., Richardson, G., Hunter, R., & Knapp, M. (2002). Attention and executive function deficits in adolescent sex offenders. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence, 8*(2), 138-143. doi: 10.1076/chin.8.2.138.8722
- Kemper, T. S., & Kistner, J. A. (2007). Offense history and recidivism in three victim-age-based groups of juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 19*(4), 409-424. doi: 10.1007/s11194-007-9061-4
- Kim, B., Benekos, P. J., & Merlo, A. V. (2015). Sex offender recidivism revisited: Review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma, Violence & Abuse, 17*(1), 105-117. doi: 10.1177/1524838014566719
- Klein, V., Rettenberger, M., Yoon, D., Köhler, N., & Briken, P. (2015). Protective factors and recidivism in accused juveniles who sexually offended. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 27*(1), 71-90. doi: 10.1177/1079063214554958
- Klevens, J. (2000). Comparison of offenders with early- and late-starting antisocial behavior in Colombia. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 44*(2), 194-203. doi: 10.1177/0306624X00442005
- Knight, R. A., & Prentky, R. (1993). Exploring characteristics for classifying juvenile sex offenders. Dans H. E. Barbaree, W. L. Marshall, & S. M. Hudson (Éds), *The juvenile sex offender* (pp. 45-79). New York, NY: Guilford Press.
- Knight, R. A., & Sims-Knight, J. E. (2003). The developmental antecedents of sexual coercion against women: Testing alternative hypotheses with structural equation modeling. *Annals of the New York Academy of Sciences, 989*, 72-85.
- Knight, R. A., & Sims-Knight, J. E. (2005). Testing an etiological model for male juvenile sexual offending against females. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*(3-4), 33-55. doi: 10.1300/J070v13n03_03
- Krienert, J. L., & Walsh, J. A. (2011). Sibling sexual abuse: An empirical analysis of offender, victim, and event characteristics in National Incident-Based Reporting System (NIBRS) data, 2000-2007. *Journal of Child Sexual Abuse, 20*(4), 353-372. doi: 10.1080/10538712.2011.588190
- Lafortune, D. (2002). Transmissions familiales dans l'abus sexuel commis par un adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 50*, 49-57.

- Lafortune, D., Proulx, J., Tourigny, M. & Metz, K. (2007). Les interventions québécoises pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles implantées au Québec. *Revue de psychoéducation*, 36(1), 25-56.
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects." *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 855-869. doi: 10.1002/jclp.20130
- Latzman, N. E., Viljoen, J. L., Scalora, M. J., & Ullman, D. (2011). Sexual offending in adolescence: A comparison of sibling offenders and nonsibling offenders across domains of risk and treatment need. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 20(3), 245-263. doi: 10.1080/10538712.2011.571233
- Laws, D. R., & Marshall, W. L. (1990). A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preference and behavior. Dans W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Éds), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. (pp. 209-229). New York, NY: Plenum Press.
- Lee, J. K. P., Jackson, H. J., Pattison, P., & Ward, T. (2002). Developmental risk factors for sexual offending. *Child Abuse & Neglect*, 26(1), 73-92.
- Lemitre, S., & Tardif, M. (2012). La psychothérapie individuelle. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville, & J. Proulx (Éds), *La délinquance sexuelle des mineurs, approches cliniques* (pp. 225-293). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Leroux, E. J., Pullman, L. E., Motayne, G., & Seto, M. C. (2014). Victim age and the generalist versus specialist distinction in adolescent sexual offending. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. [En ligne]. doi: 10.1177/1079063214535814
- Letourneau, E., & Armstrong, K. (2008). Recidivism rates for registered and nonregistered juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20(4), 393-408.
- Letourneau, E. J., & Borduin, C. M. (2008). The effective treatment of juveniles who sexually offend: An ethical imperative. *Ethics & Behavior*, 18(2-3), 286-306. doi: 10.1080/10508420802066940
- Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., McCart, M. R., Borduin, C. M., Schewe, P. A., & Armstrong, K. S. (2013). Two-year follow-up of a randomized effectiveness trial evaluating MST for juveniles who sexually offend. *Journal of Family Psychology*, 27(6), 978-985. doi: 10.1037/a0034710

- Lussier, P., & Healey, J. (2010). Searching for the developmental origins of sexual violence: Examining the co-occurrence of physical aggression and sexual behaviors in early childhood. *Behavioral Sciences & the Law*, 28(1), 1-23. doi: 10.1002/bsl.919
- Lussier, P., Van Den Berg, C., Bijleveld, C., & Hendriks, J. (2012). A developmental taxonomy of juvenile sex offenders for theory, research, and prevention: The adolescent-limited and the high-rate slow desister. *Criminal Justice and Behavior*, 39(12), 1559-1581. doi: 10.1177/0093854812455739
- Lyn, T. S., & Burton, D. L. (2004). Adult attachment and sexual offender status. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2), 150-159. doi: 10.1037/0002-9432.74.2.150
- Madrigano, G., & Barsetti, I. (2012). Les habiletés sociales et la gestion des émotions. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville, & J. Proulx (Éds), *La délinquance sexuelle des mineurs, approches cliniques* (pp. 339-375). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Mallie, A. L., Viljoen, J. L., Mordell, S., Spice, A., & Roesch, R. (2011). Childhood abuse and adolescent sexual re-offending: A meta-analysis. *Child and Youth Care Forum*, 40(5), 401-417. doi: 10.1007/s10566-010-9136-0
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.003
- Marsa, F., O'Reilly, G., Carr, A., Murphy, P., O'Sullivan, M., Cotter, A., & Hevey, D. (2004). Attachment styles and psychological profiles of child sex offenders in Ireland. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 228-251. doi: 10.1177/0886260503260328
- Marshall, W. L. (2010). The role of attachments, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(1), 73-85. doi: 10.1080/14681990903550191
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. Dans H. E. Barbaree, W. L. Marshall, & S. M. Hudson (Éds), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of offender* (pp. 257-275). New York, NY: Plenum Press.
- Marshall, W. L., Hudson, S. M., & Hodgkinson, S. (1993). The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending. Dans H. E. Barbaree, W. L. Marshall, & S. M. Hudson (Éds), *The juvenile sexual offender* (pp. 164-181). New York, NY: Guilford Press.

- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2000). The origins of sexual offending. *Trauma, Violence and Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 1, 250-263. doi: 10.1177/07399863870092005
- Matthews, B., & Hubbard, D. (2007). The helping alliance in juvenile probation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 45(1-2), 105-122. doi: 10.1300/j076v45n01_09
- McCann, K., & Lussier, P. (2008). Antisociality, sexual deviance, and sexual reoffending in juvenile sex offenders: A meta-analytical investigation. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 6(4), 363-385. doi: 10.1177/1541204008320260
- Miner, M. H., Robinson, B. E., Knight, R. A., Berg, D., Swinburne Romine, R., & Netland, J. (2010). Understanding sexual perpetration against children: Effects of attachment style, interpersonal involvement, and hypersexuality. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22(1), 58-77. doi: 10.1177/1079063209353183
- Miner, M. H., Romine, R. S., Robinson, B. E., Berg, D., & Knight, R. A. (2016). Anxious attachment, social isolation, and indicators of sex drive and compulsivity: Predictors of child sexual abuse perpetration in adolescent males? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 28(2), 132-153. doi: 10.1177/1079063214547585
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelles*. Repéré à http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/Orientations_gouv_agression_sexuelle_2001.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents - les adolescents contrevenants*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-820-01F.pdf>
- Ministère de la Sécurité publique du Québec. (2012). *Infractions sexuelles au Québec : Faits saillants*. Repéré à http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/Faits_saillants_agressions_sexuelles_2012.pdf
- Ministère de la Sécurité publique du Québec. (2014). *Infractions sexuelles au Québec : Faits saillants*. Repéré à https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/infractions_sexuelles/infractions_sexuelles_2014.pdf
- Moffitt, T. E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development*, 61(3), 893-910.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13(2), 355-375.

- Morais, H. B., Joyal, C. C., Alexander, A. A., Fix, R. L., & Burkhart, B. R. (2015). The neuropsychology of adolescent sexual offending: testing an executive dysfunction hypothesis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 1-14. doi: 10.1177/1079063215569545
- Moretti, M. M., & Obsuth, I. (2009). Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behaviour: The Connect Program. *Journal of Adolescence*, 32(6), 1347-1357. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.07.013
- Murphy, W. D., DiLillo, D., Haynes, M. R., & Steere, E. (2001). An exploration of factors related to deviant sexual arousal among juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13(2), 91-103. doi: 10.1177/107906320101300203
- O'Brien, M. J. (1991). Taking sibling incest seriously. Dans M. Q. Patton (Éd.), *Family sexual abuse: Frontline research and evaluation* (pp. 75-92). Newbury Park, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781483325613.n5
- Parks, G. A., & Bard, D. E. (2006). Risk factors for adolescent sex offender recidivism: Evaluation of predictive factors and comparison of three groups based upon victim type. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(4), 319-342. doi: 10.1007/s11194-006-9028-x
- Parisien, T., & Drolet, S. (2017, Décembre). *Les enfants au comportement sexuel intrusif*. Communication présentée aux Conférences Connexion, Québec, QC.
- Print, B., Fisher, D., & Beech, A. (2013). The development of practice with adolescents who sexually harm. Dans B. Print (Éd.), *The Good Lives Model for adolescents who sexually harm* (pp. 19-33). Brandon, VT: The Safer Society Press.
- Pullman, L. E., Leroux, E. J., Motayne, G., & Seto, M. C. (2014). Examining the developmental trajectories of adolescent sexual offenders. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1249-1258. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.03.003
- Pullman, L. E., & Seto, M. C. (2012). Assessment and treatment of adolescent sexual offenders: Implications of recent research on generalist versus specialist explanations. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 203-209. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.11.003
- Reitzel, L. R., & Carbonell, J. L. (2006). The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: A meta-analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(4), 401-421. doi: 10.1007/s11194-006-9031-2

- Rice, M. E., & Harris, G. T. (2002). Men who molest their sexually immature daughters: Is a special explanation required? *Journal of Abnormal Psychology, 111*(2), 329-339. doi: 10.1037//0021-843X.111.2.329
- Rich, P. (2006). *Attachment and sexual offending: Understanding and applying attachment theory to the treatment of juvenile sexual offenders*. West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Rich, P. (2011). *Understanding, assessing, and rehabilitating juvenile sexual offenders* (2^e éd.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ryan, G. (1989). Victim to victimizer: Rethinking victim treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 4*(3), 325-341. doi: 10.1177/088626089004003006
- Ryan, G., Miyoshi, T., Metzner, J., Krugman, R., & Fryer, G. (1996). Trends in a national sample of sexually abusive youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(1), 17-25.
- Salat, M. (2009). *Differentiating juvenile sex offenders from juvenile non-sex offenders*. Fairleigh Dickinson University. Repéré à <http://search.proquest.com.acces.bibl.ulaval.ca/pqdtglobal/docview/305040342/782CFED5AF2A40CFPQ/1?accountid=1> 2008
- Seto, M. C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children theory, assessment, and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin, 136*(4), 526-575. doi: 10.1037/a0019700
- Seto, M. C., Maric, A., & Barbaree, H. E. (2001). The role of pornography in the etiology of sexual aggression. *Aggression and Violent Behavior, 6*(1), 35-53. doi: 10.1016/S1359-1789(99)00007-5
- Sheerin, D. (2004). Psychiatric disorders and adolescent sexual offending. Dans G. O'Reilly, W. L. Marshall, A. Carr, & R. C. Beckett (Éds), *The handbook of clinical intervention with young people who sexually abuse* (pp. 129-159). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Sion, V., & Blondeau, S. (2012). La thérapie de groupe. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville, & J. Proulx (Éds), *La délinquance sexuelle des mineurs, approches cliniques* (pp. 295-301). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Smallbone, S. W. (2005). Attachment insecurity as a predisposing and precipitating factor for young people who sexually abuse. Dans M. C. Calder (Éd.), *Children and young people who sexually abuse: New theory, research and practice developments* (pp. 4-16). Dorset, UK: Russel House.
- Smallbone, S. W. (2006). Social and psychological factors in the development of delinquency and sexual deviance. Dans H. E. Barbaree & W. L. Marshall (Éds), *The juvenile sexual offender* (2^e éd., pp. 105-127). New York, NY: Guilford Press.
- Spear, L. (2008). The psychobiology of adolescence. Dans K. K. Kline (Éd.), *Authoritative communities: The scientific case for nurturing the whole child*. (pp. 263-280). New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Spice, A., Viljoen, J. L., Latzman, N. E., Scalora, M. J., & Ullman, D. (2013). Risk and protective factors for recidivism among juveniles who have offended sexually. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25(4), 347-369. doi: 10.1177/1079063212459086
- Statistique Canada. (2014). Les infractions sexuelles commises contre les enfants et les jeunes déclarées par la police au Canada. *Juristat*, 34(1), 1-33.
- Steinberg, L., & Scott, E. S. (2003). Less guilty by reason of adolescence: Developmental immaturity, diminished responsibility, and the juvenile death penalty. *The American Psychologist*, 58(12), 1009-1018. doi: 10.1037/0003-066X.58.12.1009
- Tardif, M. (2015). Processus de socialisation et délinquance sexuelle. Dans M. Tardif (Éd.), *La délinquance sexuelle des mineurs, théories et recherches* (pp. 187-307). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Tardif, M., & Forouzan, E. (2015). Un lien atypique d'attachement comme facteur étiologique à la délinquance sexuelle. Dans M. Tardif (Éd.), *La délinquance sexuelle des mineurs, théories et recherches* (pp. 49-116). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Tardif, M., Jacob, M., Quenneville, R., & Proulx, J. (2012). *La délinquance sexuelle des mineurs, approche clinique*. Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Tardif, M., & Quenneville, R., (2012). L'évaluation de la comorbidité auprès des adolescents auteurs d'abus sexuel. Dans M. Tardif, R. Quenneville, & J. Proulx (Éds), *La délinquance sexuelle des mineurs, approches cliniques* (pp. 183-221). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Tardif, M., Quenneville, R., Jacob, M., & Auclair, N. (2012). L'évaluation clinique du risque de récidive. Dans M. Tardif, R. Quenneville, & J. Proulx (Éds), *La délinquance sexuelle des mineurs, approches cliniques* (pp. 59-133). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Taylor, J., Iacono, W. G., & McGue, M. (2000). Evidence for a genetic etiology of early-onset delinquency. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(4), 634-643.
- Tidefors, I., Arvidsson, H., Ingevaldson, S., & Larsson, M. (2010). Sibling incest: A literature review and a clinical study. *Journal of Sexual Aggression, 16*(3), 347-360. doi: 10.1080/13552600903511667
- Tourigny, M., & Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance : ampleur et facteurs de risque. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Éds), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, pp. 7-50). Québec, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- van Wijk, A. P., Mali, S. R. F., & Bullens, R. A. R. (2007). Juvenile sex-only and sex-plus offenders: an exploratory study on criminal profiles. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 51*(4), 407-419. doi: 10.1177/0306624X06295436
- Veneziano, C., & Veneziano, L. (2002). Adolescent sex offenders: A review of the literature. *Trauma, Violence and Abuse, 3*(4), 247-260. doi: 10.1177/152483802237329
- Veneziano, C., Veneziano, L., LeGrand, S., & Richards, L. (2004). Neuropsychological executive functions of adolescent sex offenders and nonsex offenders. *Perceptual and Motor Skills, 98*(2), 661-674. doi: 10.2466/pms.98.2.661-674
- Vitacco, M., & Caldwell, M. (2009). Assessing risk in adolescent sexual offenders: Recommendations for clinical practice. *Behavioral Sciences & the Law, 27*(6), 929-940. doi: 10.1002/bsl
- Vizard, E., Hickey, N., French, L., & McCrory, E. (2007). Children and adolescents who present with sexually abusive behaviour: A UK descriptive study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 18*(1), 59-73. doi: 10.1080/14789940601056745
- Wainwright, L., & Nee, C. (2014). The Good Lives Model – new directions for preventative practice with children? *Psychology, Crime & Law, 20*(2), 166-182. doi: 10.1080/1068316x.2013.770851

- Walker, D. F., McGovern, S. K., Poey, E. L., & Otis, K. E. (2005). Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: A meta-analysis and review. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*(3-4), 281-293. doi: 10.1300/J070v13n03
- Ward, T., Polaschek, D., & Beech, A. R. (2006). *Theories of sexual offending*. Repéré à <https://leseprobe.buch.de/images-adb/d5/31/d53124c1-33a1-4f10-acf5-592b306bbb86.pdf>
- Ward, T., & Siegert, R. J. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime & Law, 8*(4), 319-351. doi: 10.1080/10683160208401823
- Weiss, K. G. (2008). Male sexual victimization: Examining men's experiences of rape and sexual assault. *Men and Masculinities, 12*(3), 275-298. doi: 10.1177/1097184X08322632
- Wieckowski, E., Hartsoe, P., Mayer, A., & Shortz, J. (1998). Deviant sexual behavior in children and young adolescents: Frequency and patterns. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 10*(4), 293-303.
- Willis, G. M., Ward, T., & Levenson, J. S. (2014). The Good Lives Model (GLM): An evaluation of GLM operationalization in North American treatment programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 26*(1), 58-81. doi: 10.1177/1079063213478202
- Worling, J. R. (1995). Adolescent sex offenders against females: Differences based on the age of their victims. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 39*(3), 276-293. doi: 10.1177/0306624X9503900308
- Worling, J. R. (2001). Personality-based typology of adolescent male sexual offenders: Differences in recidivism rates, victim-selection characteristics, and personal victimization histories. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13*(3), 149-166. doi: 10.1177/107906320101300301
- Worling, J. R., & Curwen, T. (2000). Adolescent sexual offender recidivism: Success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child Abuse & Neglect, 24*(7), 965-982.
- Worling, J. R., & Långström, N. (2003). Assessment of criminal recidivism risk with adolescents who have offended sexually: A review. *Trauma, Violence & Abuse, 4*(4), 341-362. doi: 10.1177/1524838003256562

- Worling, J. R., & Långström, N. (2006). Risk of sexual assault recidivism in adolescents who offend sexually: Correlates and assessment. Dans H. E. Barbaree & W. L. Marshall (Éds), *The juvenile sexual offender* (2^e éd., pp. 219-247). New York, NY: Guilford Press.
- Worling, J. R., & Langton, C. M. (2012). Assessment and treatment of adolescents who sexually offend: Clinical issues and implications for secure settings. *Criminal Justice and Behavior*, 39(6), 814-841. doi: 10.1177/0093854812439378
- Worling, J. R., & Langton, C. M. (2015). A prospective investigation of factors that predict desistance from recidivism for adolescents who have sexually offended. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 27(1), 127-142. doi: 10.1177/1079063214549260
- Wylie, L. A., & Griffin, H. L. (2013). G-map's application of the Good Lives Model to adolescent males who sexually harm: A case study. *Journal of Sexual Aggression*, 19(3), 345-356. doi: 10.1080/13552600.2011.650715
- Zack, S. E., Castonguay, L. G., & Boswell, J. F. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(6), 278-288. doi: 10.1080/10673220701803867
- Zeng, G., Chu, C. M., Koh, L. L., & Teoh, J. (2014). Risk and criminogenic needs of youth who sexually offended in Singapore: An examination of two typologies. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. [En ligne]. doi: 10.1177/1079063213520044
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311-325. doi: 10.1037/a0040435