

Les adolescents agresseurs sexuels

Martine Jacob, Criminologue

André McKibben, sexologue

Programme pour adolescents abuseurs sexuels

Centre de psychiatrie légale de Montréal

Institut Pinel

Introduction

Au cours des deux dernières décennies, le phénomène des agressions sexuelles commises par des adolescents a acquis une forte visibilité. On note une hausse considérable du nombre de publications scientifiques sur les agresseurs sexuels adolescents au cours de la même période. Aux Etats-Unis, les programmes de traitement spécialisés ont été multipliés afin d'accueillir cette clientèle dont on a longtemps méconnu les comportements.

De l'ensemble des données ainsi rendues disponibles, se dégagent un certain nombre d'évidences sur l'ampleur du phénomène et sur la pertinence d'élaborer des stratégies d'intervention.

Au Québec, malgré ces évidences, le consensus social est encore loin d'être fait face à cette question. Les préoccupations et les initiatives récentes ne se sont pas encore traduites sous forme de politiques d'intervention. On note aussi une certaine insuffisance de ressources spécialisées pour évaluer et prendre en charge ces jeunes ou guider les intervenants vers des plans d'action appropriés.

Les intervenants sont ainsi souvent laissés à eux-mêmes, partagés entre la crainte de stigmatiser un jeune et celle de passer outre l'occasion de lui fournir les soins adaptés à sa problématique.

Ce chapitre a été inséré dans la section relative aux aspects sociaux de la délinquance sexuelle parce qu'il importe de clarifier ce débat social.

Il a comme objectifs de faire le point sur la question, de fournir quelques points de repère impartiaux, de présenter les grandes lignes de l'intervention auprès de cette clientèle et, enfin, de définir un ordre des priorités quant à la situation québécoise.

La revue de la documentation

Tout comme les agressions sexuelles commises par des adultes, celles perpétrées par des adolescents ne constituent pas un phénomène nouveau. C'est plutôt l'intérêt que la documentation scientifique porte à cette question qui est récent. Les études sur ce thème se sont multipliées depuis 15 ans environ, au point qu'on en oublie les études antérieures qui ont tracé la voie des études contemporaines. Un bref historique s'impose donc.

Les premières études publiées sur la question (Doshay, 1943 ; Apfelberg, Sugar et Pfeffer, 1944 ; Markey, 1950 ; Atcheson et Williams, 1954) présentent un intérêt certain, car elles reflètent un niveau de préoccupations encore actuel. Il s'agit du débat entre la banalisation de

ces comportements à l'adolescence et la pertinence d'effectuer une intervention spécifique auprès de ces jeunes, dès le début de la carrière criminelle afin de la contenir et d'en diminuer les conséquences.

La façon dont on considère ces comportements influence évidemment la quantité et la qualité des ressources mises en place pour y répondre. S'ils sont considérés comme un épiphénomène de l'adolescence, comme des comportements d'exploration de la part d'adolescents en voie de maturation, ils peuvent apparaître comme étant voués de toute façon à l'extinction à l'âge adulte. S'ils sont considérés comme un début de carrière, une étape dans l'acquisition de modèles d'intérêt sexuel déviant, comme ceux qu'on retrouve chez les agresseurs sexuels adultes, la situation est tout autre.

Dans l'ensemble, c'est la clarification de cette dualité qu'a sous-tendu les travaux qui ont été réalisés pour décrire cette population. Elle fut au cœur des conclusions de presque tous les auteurs qui se sont penchés sur la question.

L'un des premiers auteurs, Doshay (1943), pourrait être présenté comme l'un des tenants de la banalisation de ces comportements. Dans les conclusions d'une étude menée auprès de 256 sujets, il insiste sur leur faible taux de récurrence et décrit un mécanisme d'auto-guérison (self-curing process) mis en marche par la gêne et la culpabilité liées à la dénonciation publique.

Il se contredit cependant lorsqu'il insiste sur la nécessité d'intervenir rapidement et de façon spécialisée auprès de ces jeunes pour éviter d'éventuelles récurrences.

Les études de Apfelberg et al. (1944), de Markey (1950), et de Atcheson et Williams (1954) ont démontré une plus grande rigueur. Tout comme Doshay, ces auteurs se sont penchés sur l'importance d'intervenir rapidement au début de la carrière criminelle. Aussi, ils statuèrent clairement sur la nécessité de traiter ces jeunes et de mettre au point des interventions spécifiques à leur égard, car la solution à leurs problèmes ne saurait passer uniquement par les méthodes habituellement employées auprès de jeunes en difficulté. Ils eurent aussi unanimes à déclarer que ces délits ne devaient pas être banalisés ni passés sous silence.

Sur le plan étiologique, ils émettent une hypothèse qui a ensuite été avancée à de multiples reprises, ces jeunes proviennent souvent de famille qui sont incapables de leur fournir un encadrement et un soutien émotionnels adéquats (foyers brisés, modèles parentaux inadéquats, etc.).

La description qu'ils firent de ces jeunes amena aussi à la connaissance de certaines données de base, notamment le fait que ces clients ne soient pas aux prises avec des maladies psychiatriques classiques (par exemple, une psychose). Ils utilisèrent plutôt des termes comme désordre émotionnel et difficultés d'adaptation, pour les décrire. Leurs descriptions rappellent bien plus celles qu'on connaît aujourd'hui des troubles de la personnalité, que celles des maladies psychiatriques majeures.

Dans l'ensemble, ces auteurs ont fait œuvre de pionniers, mais ce sont les années 60 qui ont vu l'arrivée d'hypothèses plus spécifiques et de descriptions plus étoffées de ces jeunes. Ainsi, Shoor, Speed et Bartelt (1966) ont présenté une étude menée auprès de 80 adolescents qui avaient agressé sexuellement des enfants âgés de moins de 10 ans. Ils ont, eux aussi, mis en garde les praticiens contre la banalisation trop rapide de ces comportements, mais le plus grand intérêt de leur étude tient à la description qu'ils en ont fait.

Les sujets sont dépeints comme des individus solitaires ayant très peu de relations avec les gens de leur âge. Ils recherchent et préfèrent la présence d'enfants plus jeunes. Les auteurs parlent d'immaturité sociale et sexuelle. Cette méfiance face au monde leurs pairs, combinée à une idéalisation du monde des enfants, est aujourd'hui considérée comme une caractéristique fondamentale des pédophiles adultes (Finkelhor et Araj, 1986). La possibilité que ces jeunes se fixent dans des modèles d'intérêt sexuel déviant est donc ici évoquée implicitement et se reflète dans les recommandations de Shoor et al. (1966), pour que ces jeunes fassent l'objet d'une évaluation et d'un traitement spécialisés.

Curieusement, malgré l'intérêt de ces travaux, les années 60 et le début des années 70 ont vu un nombre très restreint de recherches publiées sur la question. On note bien une autre étude descriptive, celle de Maclay (1960), mais ce sont plutôt les écrits de Reiss (1960, 1964) qui semblent les plus représentatifs de la période. La publication de *Sex Offenses : The marginal status of the adolescence* (Reiss, 1960), démontre bien comment ces comportements, d'un point de vue légal, sont marginalisés. Reiss insiste surtout sur le fait que le statut particulier de l'adolescent (plus un enfant, pas encore un adulte) implique la définition d'un cadre légal qui lui soit propre pour être en mesure de rendre justice à ces jeunes et répondre à leurs besoins véritables.

La fin des années 70 est marquée par la parution de nombreux travaux importants sur la question. Plusieurs de ces études seront commentées ultérieurement, mais auparavant il convient d'expliquer cette soudaine prolifération.

Elle apparaît d'abord liée à la poussée du mouvement féministe qui suggère des interventions plus radicales dans le domaine des agressions sexuelles, notamment ce qui concerne les droits des victimes et les obligations qu'a la société d'élaborer des stratégies de prévention.

L'élaboration de plusieurs programmes de traitement pour agresseurs adolescents aux Etats-Unis durant cette période explique aussi cette prolifération scientifique. On note ainsi, entre 1977 et 1982, la création de 211 programmes de traitement (internes ou externes, fermés ou ouverts) s'adressant à cette population (Knoop, 1982). Au début des années 90, on en dénombrait environ 700 (Ryan et Lane, 1991). Par leurs publications, ces centres devaient rapidement apporter une contribution scientifique importante à la compréhension de ces comportements.

Les études rétrospectives (Roth, Longo et McFadin, 1982 ; Longo et Groth, 1983 ; Abel, Mittelman et Becker, 1985 ; Tingle, Barnard, Robbins et Newman, 1986) menées auprès d'agresseurs sexuels adultes ont aussi contribué à jeter un éclairage significatif sur la question des agresseurs adolescents, en montrant qu'une proportion importante d'entre eux commencent leur carrière criminelle à l'adolescence. Ceci soulève le problème de l'élaboration de stratégies de prévention secondaire, c'est-à-dire la pertinence d'intervenir au début de la carrière criminelle pour la contenir et réduire, du même coup, le nombre de victimes.

L'incidence

Longtemps sous-estimée, voire passée sous silence, l'incidence réelle des agressions sexuelles perpétrées par les adolescents fut examinée de façon plus rigoureuse pour y découvrir que ceux-ci constituent une proportion très importante du total des délits sexuels.

À titre d'exemple, le National Crime Survey (National Crime Survey, 1981) estimait qu'en 1979, 22,6 % des viols commis aux Etats-Unis le furent par des adolescents âgés de 12 à 19 ans.

Un nombre encore plus grand de délits sexuels sur des enfants auraient été perpétrés par des adolescents (Disher, Wenen, Paperny, Clark et Fehrenbach, 1982, Brown, Flanagan et McLeod, 1984). Ces derniers, après avoir compilé les dossiers de plus de 1000 victimes d'agressions sexuelles (enfants et adolescents) au Children's Hospital de Washington, ont établi que 42 % d'entre elles avaient été agressées par des adolescents. Les auteurs sont aussi frappés par la multiplicité des comportements (viol, attouchements, sodomie, exhibitionnisme, etc.).

Finkelhor (1979) est arrivé sensiblement aux mêmes conclusions, mais en étudiant une population différente : des étudiants et des étudiantes de collèges américains. Il a établi qu'un tiers de ceux qui, au cours de leur vie, avaient été assaillis sexuellement, le furent par des jeunes de 10 à 19 ans. Cette proportion grimpe à 40 % lorsque la victime était de sexe masculin. L'agresseur était souvent un membre de la famille immédiate ou élargie, et les comportements étaient aussi très variés.

En résumé, ces études et d'autres (Groth et Lored, 1981; Groth et al., 1982 ; Ageton, 1983 ; Fehrenbach, Smith, Monastersky et Deisher, 1986) permettent de conclure qu'entre 20 et 30 % des viols de femmes adultes et entre 40 et 50 % des agressions sexuelles commises sur des enfants le sont par des adolescents.

Un début de carrière criminelle

On pourrait toujours arguer que le fait qu'un grand nombre de délits sexuels soient commis par des adolescents ne signifie pas qu'ils vont persister dans ce comportement à l'âge adulte. L'examen des antécédents d'agresseurs sexuels adultes a cependant montré que plusieurs d'entre eux avaient débuté leurs agissements déviants à l'adolescence.

Groth et al. (19..) ont ainsi interrogé 128 délinquants sexuels adultes, violeurs et pédophiles, sur leurs antécédents criminels non officiels. Ceux-ci ont admis avoir commis de deux à cinq fois plus de délits que ce qu'on avait inscrit dans leur dossier. Près de 50 % avaient omis leur première agression à l'adolescence. L'âge au premier délit était pour certains violeurs de neuf ans, et de huit ans pour certains pédophiles. L'âge modal (âge où l'on retrouve le plus grand nombre de sujets dans une distribution) était de 16 ans.

Ils notèrent, chez plusieurs de ces sujets ayant débuté leur carrière à l'adolescence, un profil d'aggravation, ceux-ci passant d'infractions comme de l'exhibitionnisme, des attouchements, etc. à des offenses plus sérieuses, notamment plus violentes.

Le processus à la base de ce profil d'aggravation fut décrit par Longo et Groth (1983). À partir d'entretiens avec 231 violeurs et pédophiles adultes ils notèrent l'utilisation compulsive de scénarios masturbatoires déviants chez leurs sujets à l'adolescence. Ces comportements masturbatoires précèdent l'actualisation de comportements déviants (exhibitionnisme, voyeurisme, attouchements, viol, etc.). Cette étude fit aussi ressortir le fait que certains sujets avaient commis plusieurs agressions à l'adolescence avant d'être arrêtés. Pour plusieurs d'entre eux on peut donc parler d'agressions multiples dès l'adolescence.

Longo et McFad... (1981) précisèrent que 37 % de leurs sujets s'étaient rendus coupables d'exhibitionnisme à l'adolescence, 45 %, de voyeurisme et 62 %, de l'une ou l'autre de ces infractions ou des deux. Plus encore, un tiers de leurs sujets avaient été impliqués dans une forme ou une autre de comportements paraphiles (fétichisme, bestialité, transvestisme, appels obscènes, etc.) avant l'âge de 10 ans, ces activités générant chez eux une excitation sexuelle. La précocité de ces agissements explique peut-être le fait que les intérêts sexuels déviants apparaissent fixés dès l'adolescence chez plusieurs sujets.

Ces chiffres furent corroborés par nombre d'autres études par la suite, notamment celles de Tingle et al. (1986), et de Abel et al. (1985). Ces derniers rapportent que 58,4 % des 411 agresseurs sexuels adultes étudiés avaient vu apparaître leur intérêt sexuel déviant avant l'âge de 18 ans. Abel et Rouleau (1990) fournissent les précisions suivantes : chez 53,6 % des 561 sujets étudiés, l'intérêt sexuel déviant était apparu avant 18 ans. Les adolescents de leur échantillon présentaient en moyenne 1,9 paraphilie par sujet et avaient commis 6,8 agressions. En outre, 54,1 % de ces délits étaient des viols ou des actes pédophiles.

Enfin, Becker, Kaplan, Cunningham-Rathner et Kaboussi (1986) ont fait état de résultats analogues, mais ils ont aussi démontré que ces jeunes sont expérimentés sexuellement et qu'en plus, les comportements sexuels génitaux non déviants précèdent souvent l'apparition des intérêts sexuels déviants. D'autres études avaient déjà précisé ces faits. Ainsi, plus de 80 % des sujets de Groth (1977) avaient déjà eu des contacts sexuels génitaux avec des personnes consentantes avant le délit, tandis que 75 % des sujets de Longo (1982) avaient eu des relations sexuelles complètes avec des personnes consentantes, toujours avant l'agression.

Il est donc permis de tirer les conclusions suivantes.

- 1) Une proportion importante de délinquants sexuels adultes, soit environ 60 %, commencent leur carrière criminelle à l'adolescence.
- 2) Sur le plan délictuel, plusieurs agresseurs sexuels sont actifs dès l'adolescence et commettent un nombre important d'agressions.
- 3) Chez ces sujets, les intérêts sexuels déviants (fantaisies, agressions, comportements masturbatoires associés aux fantaisies déviantes) s'installent dès le début ou avant l'adolescence. Ils semblent précéder l'actualisation des comportements déviants.
- 4) La thèse de l'exploration vue de l'expérimentation à l'adolescence est peu plausible. Ces jeunes sont déjà expérimentés. L'hypothèse la plus vraisemblable est qu'en fait, par leurs comportements masturbatoires et délictueux déviants, ils sont en train d'élaborer et de renforcer des modèles d'intérêt sexuel déviant, comme ceux qu'on retrouve chez les agresseurs sexuels adultes chez qui la pathologie est bien installée.

Ceci étant dit, la plupart des auteurs qui sont parvenus à ce genre de constatations ont aussi procédé à une série de mises en garde. Il est vrai qu'une proportion respectable d'adolescents qui commettent ce genre d'actes risquent de persister dans leur conduite déviante à l'âge adulte. Leur cas mérite qu'on envisage des mesures spéciales d'encadrement et d'intervention, sans pour autant adopter des lois plus punitives ou une attitude surinterventionnelle face à tous les adolescents qui commettent de tels gestes. Un problème aussi complexe nécessite des solutions nuancées.

Il importe de se donner les moyens de procéder à un diagnostic différentiel. Les données citées plus haut sont consternantes à plusieurs égards mais il est aussi vrai que, parmi les

jeunes qui commettent des agressions sexuelles durant l'adolescence, plusieurs ne répéteront pas ces comportements. On peut imaginer que pour un certain sous-groupe, la délinquance sexuelle est un épiphénomène de l'adolescence.

Néanmoins, il demeure nécessaire d'offrir des services spécialisés à ceux qui en ont besoin, d'identifier les risques inhérents à chaque cas et de continuer à approfondir les connaissances face à cette problématique.

Les programmes spécialisés

Devant l'ampleur du phénomène des agressions sexuelles commises par des adolescents, plusieurs centres spécialisés ont été mis sur pied, dont voici une liste partielle :

- **Programmes externes, ouverts** : The Juvenile Sexual Offender Program (Seattle), Personal Socio-Awareness Program (Minneapolis), Program for Healthy Adolescent Sexual Expression (Minnesota), Male Adolescent Sexual Offender Group (Richfield, Minnesota), Juvenile Abuser Treatment Program (Washington) (Knoop, 1982), Sexual Behavior Clinic (New York) (Becker, 1985).
- **Programmes internes, fermés** : Sexuality Therapy Group (Minnetonka, Minnesota), Sex Offender Therapy Program (Washington, D.C.), Intensive Change Sex Offenders' Program (Maine), The Sex Offender Group (Denver, Colorado) (Knoop, 1982).

Les contenus des programmes, les objectifs thérapeutiques, les conditions et les diverses préoccupations relatives au traitement de ces adolescents ont déjà été décrits (Margolin, 1983 ; Abbott, 1987 ; Ryan, Lane, Davis et Isaac, 1987 ; Smets et Cebula, 1987 ; Stenson et Anderson, 1987 ; Saunders et Awd, 1988 ; Rowe, 1989).

La plupart comprennent une combinaison variable de cinq grandes modalités :

- 1- *groupes à vocation introspective ;*
- 2- *interventions familiales ;*
- 3- *groupes à vocation éducative ;*
- 4- *thérapies comportementales ;*
- 5- *prévention de la récidive.*

Les groupes à vocation introspective

Les agresseurs adolescents sont souvent décrits comme des clients particulièrement résistants au traitement (Margolin, 1983 ; Groth, 1986 ; Breer, 1987 ; French, 1988). Le groupe des pairs est perçu comme le moyen le plus efficace pour contrer les mécanismes de défense, notamment le déni et la minimisation. C'est, de loin, la modalité de traitement la plus fréquemment utilisée.

Le groupe maintient une pression sur le jeune, mais le fait que les pairs aient aussi commis un délit le sécurise. Les plus avancés dans le traitement peuvent devenir des modèles d'émulation pour les nouveaux arrivés. Les auteurs ont défini un certain nombre de niveaux que le jeune doit franchir. Breer présente ainsi ces niveaux :

Niveau 1 : Dénî, minimisation, provocation. L'adolescent se cache et se dit victime.

Niveau 2 : L'adolescent commence à admettre, à discuter et à présenter les faits de l'agression ouvertement. Les fantasmes sexuelles sont-elles aussi dévoilées. Il se montre sensible au rôle des sentiments et des émotions vécus lors du délit.

Niveau 3 : S'il y a lieu, l'adolescent révèle des agressions portées contre lui au moment de son développement sexuel. Les peurs, les fantasmes, les angoisses sexuelles peuvent aussi apparaître. Le jeune fait montre de plus d'affirmation de soi : désaccord, insatisfactions face aux pairs. Les conflits ou l'anxiété précédant l'agression sont identifiés par le jeune qui peut en discuter.

Niveau 4 : L'adolescent comprend mieux les facteurs associés au délit (solitude, colère, besoin d'affection, quête d'attention, etc.). L'affirmation adéquate dans le groupe est de plus en plus évidente (dévoilement des sentiments ou des pulsions envers les autres membres du groupe).

Niveau 5 : Le jeune ne minimise plus ses actes ni sa responsabilité. Il en connaît les conséquences sur sa victime. La compréhension de l'agression est complète : rôle des affects et des conflits, solutions de rechange au passage à l'acte devant une situation à risque. Le leadership "positif" du jeune dans le groupe est reconnu : il doit être un modèle pour les autres.

On note donc **trois principaux objectifs** à ce type d'intervention :

- a- *Diminuer le déni et augmenter la responsabilisation du jeune face à son délit.*
- b- *Susciter une prise de conscience de l'impact de l'agression sur la victime. Cette notion peut être étendue aux proches de la victime et de l'agresseur.*
- c- *Conscientiser le jeune sur ses motivations réelles et sur les enjeux psychoaffectifs de l'agression.*

Généralement, ce type de groupe utilisé au début du traitement. Le jeune y est conscientisé et sensibilisé, mais on ne s'attaque pas vraiment à ses déficits spécifiques. À cet égard, d'autres types d'intervention sont prévus.

L'intervention familiale : le soutien et l'information de la famille

La majorité des programmes font état d'une attention particulière envers les familles de ces jeunes (parents biologiques, substituts ou familles reconstituées). Cette attention est attribuable à diverses considérations, notamment aux faits que :

- ▶ Une forte proportion des agressions commises par ces jeunes le sont sur des membres de la famille immédiate ou élargie (réactions affectives des membres de la famille, restructuration familiale, etc.).
- ▶ Compte tenu de leur âge, ces jeunes sont encore plus tributaires de la dynamique familiale. Plusieurs de leurs actes semblent avoir des enjeux familiaux (agressions commises de manière impulsive après une dispute familiale, colère et révolte face à certaines impasses familiales, déplacement e l'agressivité, besoin d'attention, etc.).

▸ Plusieurs de ces familles ont besoin d'être supervisées pour assurer une meilleure définition des rôles et des limites dans la famille, les modalités de contrôle du jeune, la communication et l'expression des attentes réciproques, etc.

▸ Plusieurs de ces familles nécessitent un soutien et de l'information pour comprendre la nature des actes commis et désamorcer une culpabilité induite ou paralysante.

▸ Les mécanismes de défense privilégiés de ces jeunes sont la minimisation et le déni. La famille est plus ou moins manipulée par le jeune qui tente de s'y rallier face au "système", aux intervenants, etc. Les familles gagnent donc à être informées des faits et des difficultés de leurs enfants afin d'être associées au processus thérapeutique.

La position des différents auteurs est claire : il existe bien sûr certaines familles hautement dysfonctionnelles, mais plusieurs d'entre elles présentent des forces qui peuvent être mobilisées. La plupart des programmes permettent de miser sur ces forces.

Au début, la culpabilité vécue par les parents sera identifiée, pour ensuite être nuancée. La responsabilisation première du geste revient au jeune lui-même. Tout au long du traitement, un soutien et de l'information sont fournis aux familles. Les intervenants tentent donc de s'allier aux familles. Ils se démarquent et cela radicalement des différentes hypothèses étiologiques qui font porter aux familles une responsabilité induite. Leur attitude a aussi le mérite d'être plus productive. Les interventions et les conseils sont reçus plus facilement par les familles, lorsqu'elles perçoivent une aide au lieu d'un blâme. Elles demandent des conseils au lieu de les craindre. Les progrès éventuels du jeune leur sont bénéfiques. Les familles peuvent, à leur tour, le soutenir et l'encadrer efficacement.

Les groupes à vocation éducative

La restructuration cognitive

La restructuration cognitive est une modalité très communément utilisée. Plusieurs adolescents présenteraient des croyances et des attitudes face aux agressions sexuelles qui pourraient conduire au passage à l'acte. Ils croient, par exemple, que les femmes apprécient l'expérience d'un viol, que les enfants ne sont pas marqués par des contacts sexuels, qu'il est normal qu'un homme insiste fortement si une femme refuse une première demande, etc.

Il est impossible de savoir si les agresseurs adolescents présentent plus souvent de telles distorsions cognitives que les agresseurs sexuels adultes, mais le fait demeure qu'elles font l'objet d'interventions systématiques. Les techniques par lesquelles les distorsions sont remplacées par des pensées plus appropriées ont déjà été présentées dans ce volume (voir le chapitre 11, "les traitements behavioro-cognitifs"). Elles ne diffèrent pas dans leur application auprès des adolescents.

L'éducation sexuelle

Les déficits des connaissances sexuelles sont perçus, chez ces adolescents, comme contribuant aux agressions sexuelles. Ces déficits créeraient une gêne et un sentiment d'aliénation par rapport à la sexualité qui expliquerait, en partie, les actes sur des enfants peu menaçants ou sur des partenaires soumis, neutralisés par la force.

Des connaissances formelles sur un fonctionnement sexuel adéquat sont donc transmises, mais on s'adresse aussi aux valeurs et aux attitudes des jeunes face à la sexualité. Ces groupes veulent informer et favoriser l'adhésion à une sexualité "saine", "positive", "libre pour soi et les autres", cette sexualité étant définie sur la base de valeurs allant du respect de soi et des autres jusqu'à l'apprentissage d'une sensualité plus générale, une qualité de vie érotique basée sur l'harmonie, etc.

Là encore, les modalités d'application de l'éducation sexuelle diffèrent assez peu de celles déjà présentées pour les adultes.

L'apprentissage des habiletés sociales

Depuis longtemps, la documentation scientifique a fait état de déficits dans le domaine des habiletés sociales chez plusieurs agresseurs sexuels. Le même constat a été établi pour les agresseurs adolescents. Il apparaît que plusieurs d'entre eux ne possèdent pas les outils nécessaires pour initier des interactions sociales avec leurs pairs. Ils ne sont donc pas "disponibles" à d'éventuelles relations plus intimes avec des partenaires adéquats. Les différents programmes tentent, par diverses techniques d'entraînement aux habiletés sociales, de leur faire acquérir des outils pour développer et maintenir un réseau social adéquat. L'affirmation de soi (expression des émotions, des insatisfactions, des désaccords, des satisfactions) fait aussi l'objet d'interventions spécifiques. Encore là, les modalités diffèrent assez ... de celles utilisées auprès des adultes.

Les thérapies comportementales

Les thérapies comportementales visent à aider l'adolescent à diminuer ses intérêts sexuels déviants, essentiellement ses fantaisies envers des objets sexuels inadéquats (par exemple, les enfants) ou des scénarios sexuels inadéquats (comme le viol). Même si tous les programmes ne font pas état d'interventions spécifiques à cet égard, tous les auteurs mentionnent la nécessité de le faire. On peut d'ailleurs facilement comprendre que l'altération, dès l'adolescence, de ces modèles déviants au profit de schémas non déviants est un objectif souhaitable.

En pratique, les programmes qui s'appuient sur ces thérapies comportementales utilisent surtout la sensibilisation voilée et la technique de satiété (voir dans le chapitre 11 : "La modification des préférences sexuelles"). Ce sont les techniques qui n'exigent pas l'usage constant d'une technologie imposante (pléthysmographe, polygraphe, etc.) comme la technique de la punition signalée.

La prévention de la récurrence

Comme chez les adultes, la prévention de la récurrence est un modèle d'intervention qui s'est imposé auprès des agresseurs adolescents. Les méthodes d'intervention ne diffèrent pas radicalement de celles qui sont mises en place auprès des adultes (voir dans le chapitre 11 : "La prévention de la récurrence").

Les programmes spécialisés : un apport diversifié

Les programmes spécialisés dans l'évaluation et le traitement des agresseurs adolescents se sont développés et multipliés, surtout aux Etats-Unis.

Cette tendance au regroupement des clients et à la mise sur pied de traitements spécifiques présente, théoriquement, plusieurs avantages qu'il convient de détailler ici.

La technologie et l'expertise

Les praticiens des services sociaux rencontrent une très grande variété de problématiques, et souvent, les cas d'agressions sexuelles commises par les adolescents ne constituent qu'un faible pourcentage de ceux soumis à leur attention. La présence de centres spécialisés leur permet d'y recourir pour certains de ces cas et d'améliorer leur propre évaluation.

Par exemple, l'évaluation pléthysmographique est très rarement utilisée au Québec avec ces jeunes parce qu'elle est peu accessible. Elle n'en reste pas moins une modalité d'évaluation spécifique tout à fait susceptible d'apporter de l'information pertinente pour le diagnostic et le traitement. Il en va de même avec les évaluations cliniques, psychométrique et familiale.

La collaboration et la concertation

Les programmes spécialisés tentent de répondre aux besoins spécifiques des jeunes. Toutefois, ils ne peuvent satisfaire l'ensemble des besoins de ces jeunes et de leurs familles.

En matière d'efficacité, le rôle d'un thérapeute spécialisé n'est pas de veiller à ce que ces familles gèrent bien leur budget, que leurs membres soient informés et motivés pour la recherche d'emploi, qu'elles fassent appel à une personne adéquate en cas de toxicomanie, etc. La prise en charge organisationnelle, la structuration du mode de vie, l'encadrement un peu plus immédiat doivent être assumés par les ressources communautaires de pair avec les services spécialisés qui, pour leur part, assument la portion spécifique de l'intervention. Aucune des deux parties, de toute façon, ne peut répondre à l'ensemble des besoins du jeune et de sa famille. C'est là un partage des responsabilités parfois difficile, souvent fructueux, mais toujours nécessaire.

Le recueil et l'emmagasinage des données

Chez certains adolescents, les comportements sexuels déviants dès l'adolescence persistent à l'âge adulte. Le regroupement de ces jeunes dans des services spécialisés permettrait un suivi à long terme efficace qui, après quelques années amènerait des réponses plus objectives à certaines questions fondamentales, notamment : quelles sont les caractéristiques des jeunes qui persistent dans leur conduite déviante par rapport à ceux qui ne persistent pas ? Quels sont les facteurs associés à une récurrence à l'âge adulte ? Quel est l'impact des interventions ? Quelles interventions sont les plus susceptibles de modifier ces carrières criminelles ? Etc.

C'est là que le regroupement de ces jeunes prend tout son sens, car il génère une évaluation plus spécialisée de la problématique, et, sur cette base, un suivi à long terme permet d'élaborer une vision longitudinale de ces diverses carrières criminelles. En ce sens,

l'emmagasinage systématique de telles données mène à des stratégies de prévention de la délinquance sexuelle adulte, par le biais d'une réduction, d'une contention de ces carrières criminelles.

La formation : le rassemblement et le partage des expériences

La délinquance sexuelle est une problématique à laquelle plusieurs intervenants sont confrontés régulièrement, mais à laquelle ils sont souvent peu préparés. Les diverses facultés ou écoles universitaires ne proposent pas encore aux étudiants des cours axés sur le traitement de cette clientèle. Le sujet n'est qu'effleuré et n'est jamais réellement approfondi.

Les intervenants apprennent donc sur le tas. Ils souffrent aussi d'isolement et rencontrent de difficultés pour prendre contact avec des personnes qui leur permettraient d'échanger et de confronter leurs perceptions. Ils doivent ainsi composer avec les besoins et résistances du client, leurs obligations quant à la protection de la société, les attentes des familles, etc.

Les services spécialisés, par les compétences qu'ils développent, jouent un rôle central dans la résolution de ces problèmes. Ils peuvent être des lieux de rassemblement et de partage des expériences où les intervenants peuvent recueillir de nouvelles connaissances sur l'évaluation, le traitement et l'encadrement de ces jeunes. Ces services peuvent s'associer aux universités pour proposer aux étudiants des stages pertinents, de façon à maximiser la propagation des compétences et préparer les futurs intervenants à ces problématiques.

La situation québécoise actuelle : les enjeux

Il nous apparaît clairement que l'ensemble des observations sur l'apport des programmes spécialisés pourrait facilement s'appliquer à la réalité québécoise. D'ailleurs, le regroupement des jeunes a commencé au Québec. Ainsi, dans au moins quatre centres de services sociaux (Laurentides-Lanaudière, Montréal métropolitain, Richelieu et Québec), ces jeunes ont été réunis. D'autres initiatives sont probablement en cours.

On ne développe pas de compétences face à ces problématiques en y travaillant occasionnellement. Les intervenants et les administrations confrontés à cette situation l'ont bien compris mais, à l'échelle du Québec, beaucoup de choses restent à organiser.

En effet, le pourcentage réel de jeunes qui peuvent bénéficier d'une intervention par le biais de ces programmes est encore très restreint. Il est difficile d'avoir des données précises au Québec, de sorte que l'on apprécie la situation, encore une fois, à partir de données américaines. Ainsi, une étude publiée par le Boston Globe en 1987 (citée dans French, 1988) estimait à une chance sur 66, la probabilité qu'un adolescent agresseur reçoive un traitement jugé approprié par un spécialiste. C'est un chiffre consternant, mais qui correspond probablement d'assez près à la réalité québécoise.

Même si les programmes existants permettent un travail très utile, on peut affirmer que leur nombre est plutôt restreint. En outre, leur programme de traitement ne comporte qu'une ou deux modalités de groupe, le plus souvent à vocation introspective et (ou) éducative. Aucun de ces programmes ne bénéficie de ressources suffisantes pour mettre en place un arsenal thérapeutique diversifié afin d'individualiser le traitement et de répondre complètement aux besoins spécifiques de ces jeunes.

Il convient aussi de souligner que les jeunes présentant une telle problématique et séjournant en centre d'accueil ne peuvent bénéficier d'une intervention spécialisée, car aucune unité de ces centres n'a pour vocation de les accueillir et de leur offrir les interventions spécifiques. En fait, c'est probablement à l'unité des adolescents de l'Institut Philippe Pinel de Montréal qu'on retrouve au Québec la plus grande concentration de ces jeunes. Depuis les cinq dernières années, bon an, mal an, près de 50 % des résidents de cette unité étaient des agresseurs adolescents. Ils y font l'objet d'interventions spécialisées (évaluation pléthysmographiques, prévention de la rechute, éducation sexuelle, habiletés sociales, thérapies comportementales). Les résultats sont encourageants et démontrent la possibilité d'intégrer ces jeunes dans un traitement, mais la vocation première de cette unité, d'abord psychiatrique, est de répondre aux besoins de l'ensemble du réseau.

La convergence de tous ces facteurs conduit à affirmer que la statistique citée précédemment (1 chance sur 66) est probablement assez proche de la réalité et, qu'effectivement, une très faible proportion des agresseurs adolescents connus reçoivent un traitement pouvant être jugé approprié à leur problématique.

Pourtant, ces jeunes existent bel et bien en nombre suffisant pour qu'on se préoccupe de ce qui leur est offert. Récemment, l'association des centres d'accueil du Québec a tenté de cerner de façon plus précise le phénomène des agressions sexuelles subies et (ou) commises par la clientèle des centres d'accueil et de réadaptation (jeunes ayant moins de 18 ans). Les résultats varient selon les régions et les catégories de bénéficiaires (par exemple, les garçons de 6 à 12 ans par rapport aux filles de 6 à 12 ans ou les garçons de 12 à 18 par rapport aux filles de 12 à 18 ans), mais ils indiquent que les "agresseurs" représentent environ 5 % de la clientèle totale. Une fois ces chiffres pondérés et réattribués à chaque catégorie de bénéficiaires, il apparaît qu'environ 10 % des adolescents mâles de 12 à 18 ans séjournant en centre d'accueil et de réadaptation présentent une telle problématique (Dubois, 1990).

Dans le même ordre d'idées, pendant l'été 91, le CEJAS (Comité d'étude sur les jeunes agresseurs sexuels, un comité formé de chercheurs, de cliniciens et d'intervenants auprès de ces jeunes) a tenté de procéder à un inventaire de ces jeunes dans la région métropolitaine. C'était la première fois qu'on essayait de dresser un tableau global de la situation. Cette tentative, malgré les difficultés organisationnelles auxquelles elle fut confrontée, a permis d'en dénombrer au bas mot 60 (Boisvert et al. , en préparation). Dans la seule région métropolitaine, leur nombre réel atteint facilement le double.

Conclusion

Malgré l'existence d'une quantité appréciable d'agresseurs adolescents au Québec, il semble que ceux-ci ne bénéficient pas toujours de services appropriés. La rareté des ressources explique en partie ce fait, mais d'autres facteurs sont à considérer.

On constate que les services d'évaluation spécialisés disposant des ressources techniques (laboratoire, etc.), des ressources humaines et professionnelles nécessaires sont quasi inexistantes. On ne peut certainement pas parler de cliniques spécialisées comme celles mises au point aux États-Unis : des cliniques vers lesquelles les jeunes agresseurs sont acheminés de façon prioritaire, pour y faire l'objet d'une évaluation spécialisée et normalisée. Toutefois, en 1991, le centre de psychiatrie légale de Montréal a mis sur pied un programme externe spécialisé dans l'évaluation et le traitement des agresseurs sexuels adolescents.

Évidemment, les intervenants des centres de services sociaux que nous avons identifiés plus haut se sont donnés des moyens plus spécifiques. Ils ont testé des instruments, développé des techniques d'intervention, acquis une expérience indéniable, mais ce mouvement vers la spécialisation doit se poursuivre.

Pourtant, lorsqu'on apprend qu'un jeune a commis un délit sexuel, il est rare qu'il puisse bénéficier d'une évaluation spécialisée.

Il est plus souvent traité en vertu de la Loi sur jeunes contrevenants (LJC.) ou de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ.). Cette décision n'est pas sans importance : si le cas est traité en vertu de la LJC, l'adolescent fera l'objet d'un procès tel qu'on le conçoit généralement pour les adultes. On établit un chef d'accusation de délit est mieux analysé, le jeune est condamné à une peine qui vise à le responsabiliser face à sa problématique. Si le cas est traité selon la LPJ, le jeune fait alors l'objet d'une mesure de protection, il ne subit pas de procès proprement dit, les délits sexuels sont englobés sous le vocable plus large de troubles du comportement ; à la limite, il devient même extrêmement difficile d'identifier les dossiers de ces jeunes.

La décision de soumettre le cas à l'une ou à l'autre de ces lois est assujettie à des facteurs plutôt aléatoires : par exemple, le fait que le jeune ait déjà un dossier à la Direction de la protection de la jeunesse au moment du signalement, les perceptions plus ou moins subjectives du problème par les différents intervenants dans le dossier (praticien social, délégué à la jeunesse, procureur, policier, etc.).

Là encore, le choix du cadre légal ne repose pas sur des priorités clairement définies. Il faut donc cerner la problématique, l'analyser, identifier les déficits spécifiques du jeune pour enfin assortir le traitement du cadre légal approprié.

L'absence d'un cadre légal bien défini, la rareté des services d'évaluation spécialisés et les limites quant à la formation des intervenants sont lourdes de conséquences. Au bout du compte, la démarche pour cerner la problématique sexuelle et identifier les jeunes à risque de façon à pouvoir leur donner les soins requis apparaît bien floue.

Ces problèmes appellent des solutions sur le plan administratif, juridique et clinique, mais une partie de la solution est aussi politique. Celle-ci devra définir le problème, chercher à en connaître l'ampleur et la nature, et définir les priorités dans l'action. Actuellement, les intervenants et les administrations locales improvisent une politique sur le tas.

Ces jeunes qui requièrent des soins spécifiques existent en nombre suffisant pour qu'on s'en préoccupe. Les intervenants ont besoin d'être soutenus et de voir leur action inscrite dans un plan global : le réseau a besoin d'une structure qui redonne une efficacité et un sens des priorités à ses interventions. La réussite à ces trois niveaux passe par l'élaboration de politiques plus cohérentes.

Références bibliographiques

Abbott, B. (1987). Identification of adolescent sexual offenders appropriate for outpatient community based treatment. San Jose, É.-U. : The Institute for the Community as Extended Family.

Abel, G.G., Mittelman, M. et Becker, J.V. (1985). Sex offenders : Results of assessment and recommendations for treatment. Dans H. Ben-Aron, S. Hucker et C. Webster éditeurs, *Clinical criminology : Current concepts*. Toronto : Moral Graphics.

Abel, G.G. et Rouleau, J.L. (1990). The nature and extent of sexual assault. Dans W.L. Marshall, D.R. Laws et H.E. Barbaree éditeurs, *Handbook of Sexual Assault : Issues, theories and treatment of the offender*. New York et Londres : Plenum Press.

Apfelberg, B., Sugar, C. et Pfeffer, A.Z. (1944). A psychiatric study of 250 sex offenders. *American Journal of Psychiatry*, 100, 762-770.

Atcheson, J.O. et Williams, D.C. (1954). A study of juvenile sex offenders *American Journal of Psychiatry*, 111, 366-370.

Becker, J.B. (janvier 1985). Sexual behavior clinic. New York Psychiatric Institute. Description de programme.

Becker, J.B. Cunningham-Rathner, J. et Kaplan, M.S. (décembre 1986). Adolescent sexual offenders : Demographic criminal and sexual histories, and recommendations for reducing future offenses. *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 431-445.

Becker, J.B., Kaplan, M.S., Cunningham-Rathner, J. et Kaboussi, R. (1986). Characteristics of adolescent incest sexual perpetrators : Preliminary findings. *Journal of Family Violence*, 1, 85-97.

Boisvert, Y., Dozois J., Lafortune, D., Larose, A., Maisonneuve, D. et McKibben, A. (En préparation). Étude descriptive d'un échantillon d'adolescents agresseurs sexuels. Université de Montréal.

Breer, W. (1987). *The adolescent molester*. Springfield, É.-U. : Charles C. Thomas.

Brown, E.J., Flanagan, T.J. et McLeod, M. éditeurs. (1984). *Source book of criminal justice statistic 1983*. Washington : Bureau of Justice Statistics.

Deisher, R.W., Wenet, G.A., Aperny, D.M. Clark, T.F. et Fehrenbach, P. A. (1982). Adolescent sexual offense behav... : the role of the physician. *Journal of Adolescent Health Care*, 2(4), 279-286.

Doshay, L.J. (1969 – Original publié en 1943). The boy sex offender and his later career. Dans N.G. Montclair : Patter...n Smith, 168-173.

Dubois, R. (juin 1990). Les abus sexuels : incidence, intervention, formation, ommission des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Association des Centres d'accueil du Québec.

Fehrenbach, P.A., Smith, ...R., Monastersky, C. et Deisher, R.W. (198...). Adolescent sexual offenders : Offender and offense characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58 (2), 148-151.

Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York : Free Press.

Finkelhor, D. et Arajl, S. (1986). Explanations of pedophilia : A four factor model. *Journal of Sex Research*, 22(2), 145-161.

French, D.D. (1988). Distorsion and lying as defense process in the adolescent child molester. *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation*, 13(1), 27-36.

Groth, A.N. (1977). The adolescent sexual offender and his prey. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 21(3), 249-254.

Groth, A.N. (1986). Coupable d'inceste. Dans S.M. Sgroi éditeurs, *L'agression sexuelle et l'enfant : approches et thérapies*, 245-270. New York : Éditions du Trécarré.

Groth, A.N., Longo, R.E. et McFadin, J.B. (1982) Undetected recidivism among rapists and child molesters. *Crime and Delinquency*, 28(3), 450-458.

Groth, A.N. et Loreda, C. (1981). Juvenile sexual offenders : Guidelines for assessment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 25(1), 31-39.

Knoop, F.H. (1982). Remedial intervention in adolescent sex offenses : Nine program descriptions (chap. 111, 35). Syracuse, É.-U.: Sofer Society Press.

Longo, R.E. (1982). Sexual learning and experience among adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 27(2), 150-155.

Longo, R.E. et Groth, A.N. (1983). Juvenile sexual offenses in the histories of adult rapists and child molesters. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 27(2), 150-155.

Longo, R.E. et McFadin, J.B. (1981). Sexually inappropriate behavior : Development in the sexual offender. *Law and Order*, December, 21-23.

Maclay, D.T. (1960). Boys who commit sexual misdeemeanours. *Brithish Medical Journal*, 5167, 186-190.

Margolin, L.A. (1983). A treatment for adolescent sex offender. *Journal of Offender counseling, Services and Rehabilitation*, 8(1/2), 1-12.

Markey, O.B. (1950). A study of aggressive sex misbehavior in adolescents brought to juvenile court. *American Journal of Orthopsychiatry*, 20, 731.

National Crime Survey (1981). Washington: Government Printing Office, cité ... Knoop (1982).

Reiss, A.J. (1960). Sex offenses: The marginal status of the adolescence. *Law and Contemporary Problems*, 25, 311-336.

Reiss, A.J. (1964). Sex offenses of adolescents. Dans R.S. Cavan éditeur, ...adding in juvenile delinquency, 226-237. Philadelphie : Lippincott.

Rowe, B. (1989). Practical treatment of adolescent sexual offenders. *Journal of Child Care*, 3(6), 51-58.

Ryan, G. et Lane, R.N. (1991). *Juvenile sexual offending: Causes, consequences and correction*. Lexington Books, ...exington, Massachussets.

Ryan, G., Lane, R.N., Davis, M.A. et Isaac, B.S. (1987). Juvenile sex offenders: Development and correction. *Child Abuse and Neglect*, 11, 385-395.

Saunders, E. et Awad, G.A. (1988). Assessment, management and treatment planning for male adolescent sexual offenders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(4), 571-579.

Shoor, M., Speed, M.H. et Bartelt, M.A. (1966). Syndrome of the adolescent child molester. *American Journal of Psychiatry*, 122(7), 783-789.

Smets, A. et Cebula, C. (1987). Treating juvenile sex offenders and preventing the cycle of abuse. *Journal of Child Care*, 3(2), 91-102.

Tingle, D., Barnard, G., Robbins, L. et Newman, G. (1986). Childhood and adolescent characteristics of pedophiles and rapists. *International Journal of Law and Psychiatry*, 9(1), 103-116.