

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>IÈME</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
JACINTHE TOURIGNY

IDENTIFICATION ET ÉVOLUTION DES STRATÉGIES D'ADAPTATION  
D'ENFANTS PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS  
PROBLÉMATIQUES SUITE À UNE THÉRAPIE DE GROUPE

JUILLET 2009

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.

## Sommaire

Le présent essai porte sur les stratégies d'adaptation des enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Il vise à mieux comprendre leur façon de s'adapter. Le premier objectif de la recherche est d'identifier les stratégies d'adaptation chez les enfants participant à l'étude avec comme hypothèse qu'ils utilisent des stratégies d'adaptation non efficaces. Le deuxième objectif est de vérifier l'évolution des stratégies d'adaptation des enfants participant au programme avec comme hypothèse que le traitement auquel ils participent amène le développement de nouvelles stratégies d'adaptation ou une augmentation de l'utilisation des stratégies efficaces déjà employées par l'enfant. Les participants retenus pour la recherche sont deux garçons faisant partie du groupe des six-neuf ans de la cohorte 2006-2007 du programme d'intervention *À la croisée des chemins* du Centre jeunesse de Lanaudière. La cueillette de données s'est faite à l'aide du *Questionnaire sur les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants* (adaptation du *Kidcope Checklist* de Spirito, Stark et Williams paru en 1988), de la *Grille d'observation des stratégies d'adaptation utilisées par les enfants* (conçue pour la présente étude) ainsi que de diverses sources (observations, protocole d'évaluation du programme d'intervention, etc.). L'analyse des résultats, à la fois quantitative et qualitative, amène une meilleure compréhension de la façon de s'adapter des deux enfants à l'étude, comme le voulait la recherche. Concernant le premier objectif, un des enfants utilisait en effet avant le traitement des stratégies d'adaptation non efficaces. Par contre, l'autre enfant avait déjà recours à des stratégies efficaces. En ce qui a trait au second objectif, une évolution positive de la façon de s'adapter a été observée chez les

deux enfants, ce qui confirme la deuxième hypothèse. Il apparaît donc que la recherche a des retombées intéressantes d'un point de vue clinique et social par la compréhension qu'elle apporte de cette problématique ainsi par les nouvelles pistes d'intervention qu'elle propose pour les enfants présentant des comportements sexuels problématiques et leur famille.

## Table des matières

Liste des figures .....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Contexte théorique .....	5
Développement sexuel normal.....	6
Comportements sexuels problématiques.....	8
Stratégies d'adaptation.....	26
Stratégies d'adaptation, comportements sexuels problématiques, agression sexuelle.....	39
Hypothèses et objectifs de la recherche .....	42
Méthode.....	44
Participants.....	45
Programme d'intervention <i>À la croisée des chemins</i> .....	54
Instruments de mesure.....	57
Lieu d'expérimentation .....	62
Déroulement.....	63
Analyse des résultats.....	67
Analyse des résultats au pré-test .....	68
Résultats de Maurice au pré-test.....	69
Résultats de Jules au pré-test.....	72
Analyse comparative des résultats au pré et au post-test .....	76
Résultats de Maurice au pré et au post-test.....	77
Résultats de Jules au pré et au post-test .....	81
Données qualitatives .....	87
Données qualitatives concernant Maurice .....	88
Données qualitatives concernant Jules.....	95
Discussion .....	103
Identification des stratégies d'adaptation.....	105
Évolution des stratégies d'adaptation.....	108
Limites, forces et retombées de la recherche .....	112
Recommandations concernant le programme d'intervention .....	116
Conclusion .....	121
Références.....	124

Appendices.....	136
Appendice A : Liste des comportements sexuels des enfants de 5 à 10 ans.....	137
Appendice B : Continuum des comportements sexuels.....	141
Appendice C : Résumé du programme d'intervention <i>À la croisée des chemins</i> .....	143
Appendice D : Parallèle programme et stratégies d'adaptation .....	147
Appendice E : Questionnaire stratégies d'adaptation – enfant .....	149
Appendice F : Questionnaire stratégies d'adaptation – parent.....	152
Appendice G : Questionnaire stratégies d'adaptation – intervenant/animateur.....	155
Appendice H : Grille d'observation des stratégies d'adaptation – enfants .....	158

*Liste des figures*

Figure 1 : Continuum des comportements sexuels chez l'enfant .....	14
Figure 2 : Local d'expérimentation .....	63
Figure 3 : Résultats de Maurice au pré-test – enfant .....	70
Figure 4 : Résultats de Maurice au pré-test – parent .....	71
Figure 5 : Résultats de Maurice au pré-test – animatrices et chercheure .....	72
Figure 6 : Résultats de Jules au pré-test – enfant .....	73
Figure 7 : Résultats de Jules au pré-test – parent .....	74
Figure 8 : Résultats de Jules au pré-test – animatrices et chercheure.....	75
Figure 9 : Résultats de Maurice au pré et au post-test – enfant.....	77
Figure 10 : Résultats de Maurice au pré et au post-test – parent.....	78
Figure 11 : Résultats de Maurice au pré et au post-test – animatrice Mme J.....	79
Figure 12 : Résultats de Maurice au pré et au post-test – animatrice Mme P. ....	80
Figure 13 : Résultats de Maurice au pré et au post-test – chercheure .....	81
Figure 14 : Résultats de Jules au pré et au post-test – enfant .....	82
Figure 15 : Résultats de Jules au pré et au post-test – parent .....	83
Figure 16 : Résultats de Jules au pré et au post-test – animatrice Mme J. ....	84
Figure 17 : Résultats de Jules au pré et au post-test – animatrice Mme P.....	85
Figure 18 : Résultats de Jules au pré et au post-test – chercheure.....	86
Figure 19 : Résultats de Maurice au pré-test concernant l'efficacité .....	94
Figure 20 : Résultats de Maurice au post-test concernant l'efficacité.....	95
Figure 21 : Résultats de Jules au pré-test concernant l'efficacité.....	100
Figure 22 : Résultats de Jules au post-test concernant l'efficacité .....	101

### *Remerciements*

J'aimerais d'abord remercier ma directrice de doctorat, Mme Colette Jourdan-Ionescu, pour son support et sa disponibilité tout au long de mes études doctorales, et plus spécifiquement pour la réalisation du présent essai. Je souhaite aussi remercier les membres de mon comité doctoral, M. Jean-Pierre Gagnier et M. Alain Perron, pour leur temps et leurs commentaires constructifs lors de la correction.

J'aimerais également souligner combien ont été appréciés le soutien et les encouragements de ma famille, plus spécialement de la part de mes parents, de mon frère ainsi que de mon conjoint et ce, depuis le début de mes études. Je me dois aussi de remercier mes collègues de classe, amies et complices, Mme Catherine Bernier, Mme Marie-Lisa Chagnon et Mme Sylvie Morin.

En outre, je remercie l'équipe du programme d'intervention *À la croisée des chemins* : les animatrices du groupe Mme Isabelle Joly et Mme Manon Pichette, les responsables du programme Mme Isabelle Beaulieu et Mme Claudia Tremblay, qui ont ouvert la porte à la réalisation de ce projet, ainsi qu'aux évaluatrices qui ont participé à l'expérimentation, Mme Anne-Marie Houle et Mme Lysane Robitaille. Finalement, un merci tout particulier aux enfants et aux parents qui sont le cœur de cette recherche.

## *Introduction*

En étudiant le comportement humain, les chercheurs en psychologie tentent, entre autres, de comprendre comment l'être humain s'adapte à son environnement. C'est d'une part en cherchant à répondre à cette question que le présent essai a pris naissance. D'autre part, les enfants ont rapidement été au centre des intérêts en psychologie parce qu'ils sont en apprentissage et en expérimentation de façons de s'adapter à leur environnement et qu'ils sont souvent surprenants, fascinants et résilients dans la manière qu'ils ont de composer avec les difficultés qu'ils rencontrent.

Le développement de l'enfant, que ce soit le développement physique ou psychologique, vise à permettre à l'enfant de s'adapter à son environnement. Ceci est aussi vrai pour le développement sexuel, même s'il peut paraître peu habituel, pour les enfants, de parler de sexualité. Pourtant, le développement sexuel – au même titre que le développement moteur, cognitif, affectif et psychologique – fait partie de l'enfance. Il débute dès la naissance de l'enfant et progresse avec l'âge, en même temps que les autres composantes développementales (Thanasiu, 2004). L'exploration sexuelle tient en effet une place importante dans le développement de l'enfant puisqu'elle y participe activement. Comme le rapportent Tremblay et Gagnon (2005), la sexualité se révèle être un processus d'apprentissage normal à travers lequel les enfants explorent les diverses

dimensions de la sexualité (affective, cognitive, psychologique, biologique, sociale et morale) et ce, en fonction de leur évolution développementale.

Par contre, pour certains enfants et pour différentes raisons, le développement sexuel ne suit pas le développement normal. Des comportements sexuels problématiques peuvent alors apparaître, avec des conséquences plus ou moins graves pour l'enfant lui-même, les autres enfants impliqués et leur famille respective. Il pourrait être facile de juger ces enfants, sans chercher à comprendre ce qui amène ces jeunes à adopter de tels comportements. Pourtant, la manifestation de comportements sexuels problématiques par un enfant représente, selon plusieurs auteurs ayant travaillé sur ce sujet, dont Johnson et Feldmeth (1993), une façon pour lui de s'adapter à son environnement. C'est dans cette idée que se trouve l'essence de ce travail.

La présente recherche se veut d'abord exploratoire. Elle vise à mieux connaître certaines caractéristiques des enfants présentant des comportements sexuels problématiques, mais surtout à mettre en avant-plan leurs forces à travers leurs stratégies d'adaptation. Elle se base sur la croyance qu'en identifiant et en amplifiant l'utilisation des stratégies d'adaptation efficaces, il est possible d'augmenter l'efficacité du traitement auquel ils participent et donc leur bien-être psychologique. Le premier objectif de la recherche sera d'identifier quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par ces enfants avec comme hypothèse qu'ils utilisent des stratégies non efficaces. Le deuxième objectif sera de vérifier si, comme l'avance la deuxième hypothèse, le

traitement auquel ils participent amène le développement de nouvelles stratégies d'adaptation ou une augmentation de l'utilisation des stratégies efficaces déjà employées par l'enfant.

La première partie de ce travail se veut une mise en contexte des thèmes à l'étude, soient les caractéristiques des enfants présentant des comportements sexuels problématiques et les stratégies d'adaptation. Les hypothèses de la recherche sont également rappelées. Par la suite, la méthode décrit les participants, le programme d'intervention qu'ils ont reçu, les instruments de mesure utilisés pour la recherche, le local d'expérimentation ainsi que le déroulement de celle-ci. L'analyse des résultats, à la fois quantitative et qualitative, est ensuite présentée. La discussion commente les résultats et présente les limites, les forces, les retombées cliniques et sociales de la recherche ainsi que des recommandations pour le programme d'intervention à partir duquel l'étude a eu lieu. Finalement, les principales conclusions de la recherche constituent la dernière partie de cet essai doctoral.

*Contexte théorique*

Cette première partie fait état des connaissances concernant les comportements sexuels problématiques et les stratégies d'adaptation. Ces thèmes seront d'abord explorés séparément puis ensemble afin de voir quels liens peuvent être faits entre eux. Les hypothèses et objectifs de recherche seront finalement présentés.

### Développement sexuel normal

Afin de pouvoir établir si un comportement sexuel est problématique, il faut d'abord être en mesure de savoir ce qui est sain et adapté en termes de développement sexuel.

Tremblay et Gagnon (2005, p. 3-4), s'inspirant des écrits de plusieurs auteurs sur le sujet, et plus particulièrement de ceux de Johnson (1999)<sup>1</sup>, font ressortir les éléments suivants qui caractérisent l'exploration sexuelle normale :

---

<sup>1</sup> Le présent essai se réfère à plusieurs reprises à Mme Toni Cavanagh Johnson car elle est une auteure-clé sur le sujet des enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Mme Johnson détient un Ph.D. en psychologie clinique et pratique en privé en Californie. Depuis plus de vingt ans, elle travaille avec des enfants agressés sexuellement et ce, tant à titre de chercheuse, de formatrice que de clinicienne. Elle a de plus développé une spécialisation dans le traitement des enfants présentant des comportements sexuels problématiques, écrit cinq livres sur le sujet et publié de nombreux articles dans des revues spécialisées et reconnues.

- L'exploration sexuelle chez les enfants répond à une curiosité et se réalise par un processus de cueillette d'informations. Le comportement sexuel se produit spontanément et dans une atmosphère de gaieté.

Johnson (1999) ajoute que l'exploration sexuelle normale comporte des sentiments positifs et sains et qu'il est inhabituel qu'elle soit associée à la colère, la honte, la peur ou l'anxiété.

- Elle signifie l'exploration du corps de façon visuelle et tactile ainsi que l'adoption de comportements et de rôles identifiés à un sexe en particulier (comportements et rôles de genre, par exemple : jouer au papa et à la maman).
- Elle se caractérise par des comportements adaptés aux stades développementaux des enfants de moins de douze ans, par exemple : la masturbation, les baisers, la curiosité (regarder quelqu'un à son insu), regarder et toucher les parties génitales des autres enfants et, parfois, simuler des relations sexuelles.
- Elle se produit entre enfants du même âge. L'exploration sexuelle a lieu entre amis et membres de la fratrie.
- Elle se déroule toujours sur une base volontaire. De plus, en dehors du comportement sexuel, les enfants sont des amis.
- Elle n'est pas entourée de secret même si les enfants démontrent parfois un peu de gêne lorsqu'ils sont pris sur le fait.
- Certains comportements diminuent ou cessent lorsque les adultes les interdisent. Par ailleurs, l'enfant peut adopter d'autres comportements durant une autre période développementale.

De plus, comme le dit Johnson (1999), il existe un certain équilibre entre la curiosité et l'exploration sexuelle et les autres aspects de la vie de l'enfant. Cela signifie que la sexualité ne prend pas toute la place et que l'enfant se développe dans d'autres domaines.

- L'exploration sexuelle est ponctuelle et survient aux différents stades du développement psychosexuel des enfants.

Il arrive par contre, à cause de divers facteurs qui seront décrits plus tard, que l'exploration de la sexualité d'un enfant ne se fasse pas de façon saine et adaptée. L'enfant peut alors adopter des comportements sexuels problématiques. Suite à de nombreuses recherches sur le sujet, Johnson (1999) a établi une liste des comportements sexuels sains et naturels, des comportements sexuels inquiétants et des comportements sexuels nécessitant l'aide d'un professionnel. Cette liste, intitulée *Liste des comportements sexuels des enfants de 5 à 10 ans*, a été traduite en français (traduction libre) et fait l'objet de l'Appendice A.

### Comportements sexuels problématiques

#### *Terminologie et définition*

Ce que l'on nomme actuellement « comportements sexuels problématiques » a porté plusieurs noms selon l'auteur et le moment de publication. Les termes « enfant sexuellement agressif », « agresseur sexuel », « *children who molest*<sup>1</sup> » ou comportements sexuels « agressifs », « intrusifs », « abusifs », « déviants » ont parfois été utilisés dans la littérature pour désigner ces comportements (Gagnon, Bégin, & Tremblay, 2005, 2006; LeVay, 2005; Silovsky & Niec, 2002). Aujourd'hui, les auteurs écrivant sur ce sujet utilisent pour la plupart l'expression « comportements sexuels problématiques » car elle décrit plus clairement ce dont il est question. Elle porte également l'attention sur le

---

<sup>1</sup> Enfant qui attente à la pudeur (traduction libre).

problème de comportement et non sur l'enfant lui-même, diminuant ainsi le risque de l'identifier négativement (LeVay, 2005; Silovsky & Niec, 2002).

Même si les auteurs s'entendent en général sur l'expression « comportements sexuels problématiques », il n'existe pas de consensus clair quant à sa définition (Gray, Busconi, Houchens, & Pithers, 1997; Hall, Mathews, & Pearce, 1998; Hutton & White, 2006; Johnson & Aoki, 1993). Gagnon et al. (2006, p. 96) proposent tout de même cette définition :

des comportements qui (a) sont plus fréquents que ceux attendus selon l'âge développemental, (b) interfèrent avec le développement de l'enfant, (c) persistent à travers le temps et les situations, (d) comprennent divers types d'activités sexuelles et (e) se poursuivent en dépit de la surveillance et de l'intervention des adultes.

Par ailleurs, Gagnon, Lévesque et Tourigny (2008, p. 46) définissent les comportements sexuels problématiques comme :

des comportements impliquant des parties sexuelles du corps, qui sont initiés par des enfants de 12 ans et moins et qui sont inappropriés d'un point de vue développemental ou qui sont potentiellement néfastes pour l'enfant lui-même ou pour les autres.

En fait, lorsque les caractéristiques de l'exploration sexuelle normale énumérées précédemment ne sont pas présentes, il y a lieu de penser que l'on est en présence d'un enfant démontrant des comportements sexuels problématiques. Par exemple, le fait que l'exploration sexuelle se passe entre enfants ayant un âge

développemental différent, que ce ne soient pas des partenaires de jeu habituel ou que des sentiments de honte, de colère, de peur ou d'anxiété y soient associés, représentent de bons indices que l'exploration sexuelle ne se passe pas de manière normale et saine (Johnson, 1999).

Selon Gagnon et al. (2005), ces comportements peuvent se manifester par des attouchements sexuels (geste commis par l'enfant dans deux cas sur trois), de la masturbation, des fellations, des pénétrations, de la sodomie, du voyeurisme ou de l'exhibitionnisme. En fait, on voit que tous les comportements sexuels adultes peuvent être faits par ces enfants. Par ailleurs, selon les mêmes auteurs, certains peuvent avoir recours à de l'intimidation (dans 54 % à 60 % des cas) et, moins souvent, à l'utilisation de la force physique (dans 23 % à 38 % des cas) lors de leur comportement.

#### *Prévalence et incidence de la problématique*

Si on reconnaît actuellement la problématique, cela n'a pas toujours été le cas. En effet, ce sujet a longtemps été tabou, minimisé, voire ignoré. Peut-être est-ce en lien avec la remise en question de nos valeurs qu'implique la reconnaissance que des enfants peuvent avoir une sexualité, et encore davantage, peuvent encourager, initier ou contraindre d'autres enfants à s'engager dans une activité sexuelle (Gagnon et al., 2006, 2008). Ce n'est que depuis la fin des années 80 que l'on reconnaît que les enfants peuvent avoir des comportements sexuels inadaptés,

voire violents, à l'endroit d'autres enfants. Effectivement, c'est à ce moment que les professionnels de la santé mentale ont commencé à se pencher sérieusement sur les comportements sexuels des adolescents – et donc pas encore sur ceux des enfants – envers les enfants (Johnson, 1988). Plusieurs chercheurs avant cette époque minimisaient la gravité des gestes sexuels posés par des adolescents en les décrivant comme des jeux sexuels ou de l'expérimentation : « tout geste sexuel posé par des enfants était perçu comme un geste d'exploration, et par conséquent, inoffensif » (Gagnon et al., 2006, p. 96).

L'incidence des comportements sexuels problématiques dans l'enfance retient de plus en plus l'attention des chercheurs et des professionnels travaillant avec des problématiques de maltraitance et de santé mentale des enfants et plus récemment, dans le système judiciaire juvénile (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999; Araji, 1997; Burton, Nesmith, & Badten, 1997; Gagnon et al., 2008; Hutton & White, 2006; Silovsky & Niec, 2002). Les écrits sur le sujet restent malgré tout peu nombreux (Gagnon et al., 2008; Hutton & White, 2006). Toutefois, chercheurs et cliniciens reconnaissent maintenant davantage l'importance du rôle des enfants dans la violence sexuelle perpétrée à l'endroit d'autres enfants. Ils insistent sur la nécessité de dépister rapidement et d'intervenir auprès de ces jeunes car cette problématique a une influence sur le développement des enfants au plan des habiletés interpersonnelles, sociales et scolaires (Carpentier, Silovsky, & Chaffin, 2006; Gagnon et al., 2006).

Longtemps présente, cette difficulté à reconnaître la problématique fait en sorte qu'il est difficile de connaître la prévalence et l'incidence des comportements sexuels problématiques chez les enfants. Par contre, il est actuellement reconnu que les chercheurs et les cliniciens doivent accorder de l'importance à cette problématique. D'après Pithers, Gray, Bousconi et Houchens (1998), aux États-Unis, en 1998, on notait que 13 à 18 % des gestes sexuels de nature agressive posés à l'endroit d'enfants l'ont été par d'autres jeunes âgés entre six et douze ans. En outre, une étude menée en 2000 par la Direction de la protection de la jeunesse de Montréal portant sur l'incidence de l'agression sexuelle par des mineurs montre que 11 % des agresseurs étaient des enfants âgés de huit à onze ans (Gagnon et al., 2005). Des études s'intéressant aux adolescents et aux adultes ayant agressé sexuellement rapportent que la majorité d'entre eux ont commis leur premier geste dans l'enfance, c'est-à-dire avant l'âge de 12 ans (Ajari, 1997; Shaw, 1999). De plus, plusieurs situations ne sont sans doute pas rapportées ou dénoncées, ce qui laisse à penser que l'incidence de tels comportements est plus élevée en réalité que ce que les chiffres ne démontrent (Gagnon et al., 2008; Gray et al., 1997; Hall et al., 1998).

### *Continuum des comportements sexuels*

Johnson (1999, 2002) présente un continuum de comportements sexuels chez les enfants allant d'une sexualité saine et naturelle à une sexualité inadaptée et agressive. Ce modèle est reconnu dans la littérature puisque plusieurs auteurs

s'y réfèrent ou s'en inspirent lorsqu'il est question de comportements sexuels problématiques (Hall, Mathews, & Pearce, 2002; Rasmussen, 2004)<sup>1</sup>. Par ailleurs, même si d'autres auteurs présentent des classifications des comportements sexuels qui diffèrent de celle de Johnson, la majorité des typologies prennent la forme de continuum et les comportements sexuels agressifs (avec coercition et violence) représentent le type de comportement sexuel le plus pathologique (Hall et al., 2002; Pithers et al., 1998).

Le continuum de Johnson situe donc les enfants selon leurs comportements sexuels. Un premier groupe correspond aux enfants présentant des comportements sexuels naturels et sains. Trois groupes font ensuite référence aux enfants ayant des comportements sexuels problématiques : comportements sexuels réactifs, comportements sexuels mutuels et comportements sexuels agressifs. L'auteure ne fait pas mention dans ses écrits du nombre d'enfants faisant en moyenne partie de chacun des groupes. Elle précise cependant que la majeure partie des enfants adoptent des comportements sexuels naturels et sains et que, plus le continuum évolue vers le pathologique, moins il y a d'enfants qui présentent ce type de comportements sexuels. Elle ajoute, concernant les enfants présentant des comportements sexuels problématiques, qu'il est essentiel de bien les situer dans un des trois groupes puisque l'intervention sera différente selon le groupe. Ce continuum est illustré par la Figure 1 (adaptation de Tremblay & Gagnon, 2004) et

---

<sup>1</sup> De plus, le programme d'intervention *À la croisée des chemins*, qui fait l'objet de cette recherche, a été construit entre autres à partir du continuum de Johnson.

est repris dans l'Appendice B, qui présente plus en détails les caractéristiques de chacun des groupes.

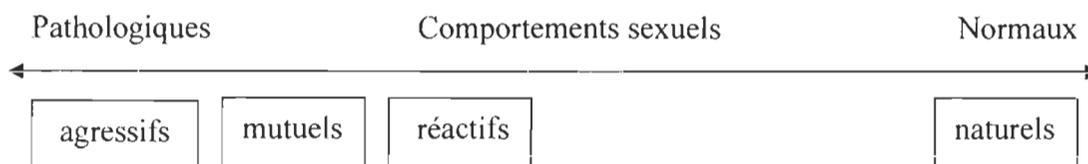


Figure 1. Continuum des comportements sexuels chez l'enfant.

Tremblay et Gagnon (2004) reprennent les éléments essentiels amenés par Johnson concernant les trois groupes de comportements sexuels problématiques. Le premier groupe est composé des enfants présentant des *comportements sexuels réactifs*. Ces enfants présentent davantage de comportements sexuels que les enfants tout venant du même groupe d'âge et leur intérêt pour la sexualité semble supérieur. Ils s'engagent dans des comportements d'autostimulation (masturbation compulsive), d'exhibitionnisme et de voyeurisme. Ils peuvent, de plus, avoir des comportements sexuels, des attouchements notamment, envers d'autres enfants et parfois même avec des adultes. La différence d'âge avec les autres enfants n'est généralement pas grande et ils n'utilisent pas la coercition. La manifestation de ce type de comportements sexuels apparaît souvent en réaction à une agression sexuelle dont ces enfants sont victimes, à un traumatisme ou à une éducation sexuelle inadéquate ou absente. Les comportements sexuels peuvent être perçus comme une façon de s'adapter à un surplus d'émotions ou à des sentiments contradictoires. La compulsivité du comportement sexuel est utilisée pour réduire

une tension, de la colère, de l'anxiété ou de la confusion. Ces enfants sont généralement honteux et se sentent coupables face à leurs comportements sexuels. Par ailleurs, lorsqu'une intervention est faite pour interdire un comportement sexuel, l'enfant de ce groupe a de la difficulté à interrompre son comportement. Il ne comprend pas vraiment sa sexualité et n'est pas conscient de ses droits en regard de son corps et de son intégrité et, par conséquent, de ceux des autres. L'intervention avec ces enfants doit être cohérente et active, non seulement pour arrêter les comportements inadéquats mais aussi pour éviter leur aggravation vers le deuxième ou même troisième groupe de comportements sexuels problématiques. On privilégie une intervention familiale qui est généralement facilitée par le fait que les comportements de l'enfant ne font pas partie d'un processus d'agression planifié, comme c'est le cas pour les enfants des deux autres groupes.

Le deuxième groupe concerne les enfants présentant des *comportements sexuels mutuels*. La sexualité est encore plus présente chez les enfants de ce groupe que pour ceux du premier groupe. Ils peuvent manifester tous les comportements sexuels adultes. Ici aussi, les enfants se tournent vers d'autres enfants du même groupe d'âge. Ils n'utilisent pas non plus la coercition physique mais peuvent parfois employer la persuasion pour convaincre les autres enfants de participer aux actes sexuels. Contrairement aux enfants du premier groupe, les enfants ayant des comportements sexuels mutuels ne ressentent pas de sentiment de honte ou de culpabilité face à leurs gestes. Lorsqu'il y a interdiction du

comportement, ces enfants sont incapables d'y mettre fin car ils utilisent leurs comportements sexuels pour être en relation avec d'autres enfants. Ici aussi, la sexualité est utilisée comme moyen pour s'adapter au sentiment d'abandon, de tristesse, d'anxiété et de désespoir. Le milieu familial est souvent chaotique et sexualisé et les enfants peuvent reproduire certains comportements dont ils ont été témoins (par ex., avoir surpris ses parents lors d'une relation sexuelle). Ils peuvent avoir été préalablement des enfants sexuellement réactifs et éventuellement devenir des enfants sexuellement agressifs (troisième groupe). L'intervention doit composer avec le fait que les comportements sexuels s'inscrivent davantage dans un processus d'agression planifié puisque le secret entoure la sexualité. Le traitement doit donc être intensif et comporter une sphère individuelle et familiale.

Le dernier groupe correspond aux enfants présentant des *comportements sexuels agressifs*. La sexualité et l'agressivité sont très proches dans leurs pensées et leurs actions. Ils éprouvent un sentiment de confusion face à la sexualité et ce sont des enfants impulsifs. Les victimes des enfants de ce groupe, contrairement aux autres groupes, sont généralement d'âge et de grandeur différents : ils sont en fait plus vulnérables parce qu'ils sont plus jeunes, qu'ils présentent une déficience intellectuelle ou sont isolés socialement. Sans nécessairement utiliser la force physique lors des agressions, les enfants sexuellement agressifs utilisent la coercition pour arriver à leurs fins (chantage, intimidation, menaces, etc.). Ces enfants n'éprouvent pas de honte ou de culpabilité face à leurs gestes, ne sont pas

empathiques à leur victime et peuvent même nier leurs gestes mais on peut tout de même penser qu'ils n'en éprouvent pas moins un sentiment de détresse. L'agression est pour eux un moyen d'exprimer leur colère, leur rage, leur peur ou leur confusion. L'interdiction d'un adulte ne fait pas en sorte de diminuer leurs comportements. Ceux-ci s'inscrivent plutôt dans un mode de fonctionnement et augmentent avec le temps. Les enfants peuvent être témoins de violence entre les parents qui ont eux-mêmes fréquemment une histoire d'abus physiques, sexuels et d'abus de substances. Par ailleurs, ces enfants ont habituellement des problèmes dans presque toutes les sphères de leur vie. Ils ont souvent été des enfants sexuellement réactifs ou ayant des comportements sexuels mutuels auparavant. Les comportements des enfants de ce groupe s'inscrivent dans un processus d'agression planifié; l'intervention doit donc être intensive et spécialisée, tant au niveau individuel que familial.

#### *Caractéristiques des enfants présentant des comportements sexuels problématiques*

Les auteurs s'entendent pour dire que les enfants présentant des comportements sexuels problématiques constituent un groupe hétérogène (Ajari, 1997; Cantwell, 1995; Gagnon et al., 2008; Johnson & Feldmeth, 1993; Pithers et al., 1998; St-Amand, Bard, & Silovsky, 2008). Par contre, ils sont aussi d'accord pour dire que certains facteurs individuels, familiaux et environnementaux caractérisent les enfants adoptant ce genre de comportement, les différenciant ainsi

des autres enfants (Ajari, 1997; Chaffin, Letourneau, & Silovsky, 2002; Johnson & Feldmeth, 1993).

Une étude menée par Gagnon et al. (2005) avait pour but de tracer le profil psychosocial des enfants présentant des comportements sexuels problématiques participant au programme d'intervention *À la croisée des chemins* du Centre jeunesse de Lanaudière. Cette étude a porté sur cinquante-cinq sujets âgés entre six et treize ans, dont quarante-deux garçons et treize filles. Ces enfants, provenant de trois régions du Québec (Lanaudière, Outaouais et Montérégie), ont été référés par des Centres jeunesse, des CLSC (aujourd'hui CSSS) ou des programmes communautaires pour des comportements sexuels problématiques.

Les résultats de cette étude montrent que les enfants présentant ce type de comportements ont en moyenne neuf ans et sept mois; 76,4 % d'entre eux sont des garçons et 23,6 % sont des filles. La majorité d'entre eux (65,4 %) vivent dans des milieux substituts (famille d'accueil, foyer de groupe, centre de réadaptation, maison d'accueil). Ils ont vécu en moyenne 2,6 placements et plus de la moitié ont été placés avant l'âge de six ans. Par ailleurs, ils ont fait en moyenne 2,3 victimes réparties sur trois incidents. Les victimes sont le plus souvent des garçons, font partie de la fratrie et sont plus jeunes. Les gestes se produisent en général au domicile de l'enfant ou de sa victime. Ces derniers éléments laissent voir qu'une relation de confiance semble exister entre l'enfant ayant des comportements

sexuels problématiques et sa victime. Les comportements sexuels manifestés chez ces enfants comprennent tous les comportements sexuels adultes; les attouchements sexuels semblent les plus fréquents. On note aussi que 26 % des enfants ont fait preuve de contrainte verbale et 12 % de contrainte physique. Les caractéristiques des enfants de cette étude correspondent aux caractéristiques des participants d'une étude faite en 1988 par Johnson.

De manière très surprenante, les auteurs relatent la présence de comportements sexuels problématiques chez des enfants dès l'âge de trois ans (Bonner, Walker, & Berliner, 1999; Friedrich & Lueke, 1988; Gray, Pithers, Busconi, & Houchens, 1999; Silovski & Niec, 2002). Concernant le genre des enfants, Bonner et al. (1999) ainsi que Silvosky et Niec (2002) écrivent qu'autant les garçons que les filles peuvent démontrer des comportements sexuels problématiques mais que les recherches semblent suggérer une prévalence chez les filles durant la période pré-scolaire alors que ce serait une plus grande prévalence chez les garçons durant la période scolaire.

Par ailleurs, en ce qui a trait à la santé mentale des enfants ayant des comportements sexuels problématiques, ils peuvent présenter un retard de développement, des problèmes psychiatriques (trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles du sommeil, troubles alimentaires, comportements d'automutilation, tentatives de suicide) et

prendre au moins un médicament (surtout du Ritalin) (Gagnon et al., 2005; Tremblay & Bégin, 2008). Gray et al. (1997) ont par ailleurs mené une étude auprès de soixante-douze enfants âgés entre 6 et 12 ans (47 garçons et 25 filles) et présentant des comportements sexuels problématiques. Ils ont trouvé que 93 % des enfants de leur échantillon pour lesquels l'information concernant la santé mentale était disponible – c'est-à-dire cinquante-neuf enfants – répondaient aux critères diagnostiques de certains troubles du DSM-IV (Trouble des conduites, 73 %; Déficit de l'attention avec hyperactivité, 41 %; Trouble de l'opposition, 27 %; État de stress post-traumatique, 17 % et Trouble de l'adaptation, 8 %). L'*American Psychiatric Association* (2000) mentionne, dans le DSM-IV, que les comportements sexuels problématiques sont en lien avec d'autres troubles de comportement et que les comportements sexuels agressifs représentent un symptôme d'un trouble des conduites.

Au niveau comportemental, certains des enfants ont des comportements agressifs, des crises de rage incontrôlées, mentent, fuguent et peuvent mettre le feu (Hoyle, 2000). Les relations avec les autres sont difficiles, empreintes d'agressivité, de conflits, de disputes. Ils peuvent de plus vivre de l'isolement (Gagnon et al., 2005). Araji (1997), ainsi que Gil et Johnson (1993), ajoutent les problèmes d'adaptation et de développement, incluant des difficultés de socialisation, et les difficultés relationnelles avec les personnes prenant soin de l'enfant (parent ou tuteur).

Sur le plan scolaire, des difficultés peuvent aussi être présentes : difficultés d'attention et de concentration, problèmes d'apprentissage, redoublement. Ces enfants se retrouvent souvent dans des classes spécialisées (Gagnon et al., 2005). Gil (1994) ajoute que ces enfants tendent à avoir des problèmes de comportements à la maison, une faible estime de soi, de l'immaturation, peu d'intérêt pour les activités extérieures et peu ou pas d'amis. Ils ont, de plus, peu d'habiletés dans la résolution de problèmes et démontrent une faible capacité de contrôle (Johnson & Berry, 1989).

#### *Facteurs de risque et hypothèses étiologiques*

L'étiologie des comportements sexuels problématiques chez les enfants est encore mal connue. Plusieurs facteurs de risque développementaux, familiaux, sociaux et environnementaux ont par contre été identifiés comme pouvant augmenter le risque qu'un enfant en vienne à poser ce genre de comportement (Gagnon et al., 2008). Ils sont présentés ici.

*Victimisation (traumatisme antérieur).* La violence physique (dans 64,3 % des cas), l'agression sexuelle (dans 60,4 % des cas), la violence psychologique (dans 61,2 % des cas) et la négligence (dans 55,1 % des cas) font partie de l'histoire de vie de la majorité de ces enfants (Gagnon et al., 2005). Par ailleurs, de nombreuses recherches font ressortir le lien entre les comportements sexuels problématiques et l'agression sexuelle (Bonner et al., 1999; Friedrich, 1993;

Friedrich, Fisher, Broughton, Houston, & Shafran, 1998; Gray et al., 1997; Johnson, 1988; Letourneau, Schoenwald, & Sheidow, 2004; Silovsky & Niec, 2002; Thanasiu, 2004), ainsi qu'avec l'abus physique et psychologique et la négligence (Browne & Finkelhor, 1986; Friedrich, Jaworski, Huxsahl, & Bengtson, 1997; Johnson, 1999; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; McClellan, McCurry, Ronnei, Adams, Eisner, & Storck, 1996; Thanasiu, 2004). Dans l'étude de Johnson (1988), 19 % de l'échantillon avaient vécu de l'abus physique et 49 % avaient été agressés sexuellement. En effet, les comportements sexuels problématiques dans l'enfance peuvent être vus comme un indicateur de traumatisme sexuel (Cunningham & McFarlane, 1991; Finkelhor & Browne, 1985; Friedrich, 1993; Silovsky & Niec, 2002). Bonner et al. (1999), Friedrich et Lueke (1988) ainsi que Johnson (1989) précisent que davantage de filles présentant des comportements sexuels problématiques ont une histoire de victimisation sexuelle que de garçons.

Par contre, même si plusieurs recherches montrent que certains enfants présentant des comportements sexuels ont été agressés sexuellement, d'autres études font ressortir que ces mêmes comportements sont relevés chez des enfants ne présentant pas d'histoire de victimisation sexuelle (Bonner et al., 1999; Johnson, 1999; Silovsky & Niec, 2002; Widom & Ames, 1994). Toutefois, même s'ils n'ont pas été victimes d'agression sexuelle, il ressort généralement de ces recherches qu'ils ont vécu d'autres formes d'abus (Gagnon et al., 2005), ont un

modèle parental déviant (Hoyle, 2000) ou que les comportements sexuels problématiques représentent une partie seulement d'un trouble de comportement plus général (Friedrich, 1993; Gray et al., 1997). Gagnon et al. (2008) précisent par ailleurs que, même si les gestes posés sont de nature sexuelle, les motivations sous-jacentes ne sont pas nécessairement sexuelles mais peuvent plutôt être liées à de la curiosité, de l'anxiété, de l'imitation, de la recherche d'attention ou à un besoin d'apaisement.

*Contexte familial.* D'autres facteurs de risque, surtout familiaux, augmentent la possibilité chez un enfant d'avoir des comportements sexuels problématiques. Comme le disent Berliner, Mamanois et Monastersky (1986), les valeurs familiales et les comportements des parents ont un impact majeur sur le développement et l'expression des comportements sexuels dans l'enfance. Dans leur étude, Gagnon et al. (2005) font ressortir une inconstance au niveau des frontières et des limites par rapport à l'intimité et la sexualité ainsi qu'une absence d'encadrement et de supervision. L'accès à du matériel pornographique et le fait que les enfants soient témoins de comportements sexuels observables entre adultes en constituent des exemples et peuvent augmenter la possibilité qu'un enfant adopte des comportements sexuels problématiques. Plusieurs chercheurs affirment même que le facteur le plus corrélé avec les comportements sexuels problématiques chez les enfants est la présence de sexualité et de nudité dans la famille qui sont des occasions pour l'enfant d'être exposé à une sexualité (Bonner

et al., 1999; Friedrich, Fisher, Dittner, Acton, Berliner, Butler et al., 2001; Letourneau et al., 2004).

Johnson (1999) ajoute comme facteurs contribuant au développement de comportements sexuels problématiques le fait que les enfants soient exposés à des distorsions ou des idées confuses sur la sexualité, par exemple à travers des paroles de chansons, à la télévision ou sur Internet. Le fait que les adultes parlent entre eux de façon négative de l'homme ou de la femme, que les enfants soient témoins de l'utilisation par un parent du sexe pour se procurer de l'argent ou de la drogue, que les enfants soient témoins de violence verbale entre les parents, particulièrement lorsqu'un langage sexuel est utilisé, représentent aussi des facteurs de risque. La violence, même si elle n'est pas dirigée vers l'enfant, comme la violence conjugale, contribue au développement de comportements sexuels problématiques par la confusion qu'elle amène chez l'enfant.

En outre, il peut arriver qu'un enfant vivant avec un seul parent soit placé dans le rôle de partenaire de vie et en vienne à développer ce type de comportement (Johnson, 1999). Qu'il y ait une sexualité ou non entre le parent et l'enfant, ce dernier est placé dans un contexte où l'intimité se rapproche de celle qu'il devrait y avoir entre deux adultes. Il devient alors difficile pour l'enfant d'avoir une idée claire de la sexualité et de tout ce qui l'entoure, les rôles n'étant pas bien définis. Tous ces éléments font en sorte que la sexualité devient confuse

pour l'enfant et peuvent le mener à adopter des comportements sexuels problématiques.

Dans l'étude présentée précédemment, Gray et al. (1997) ont mis en évidence les caractéristiques des personnes qui prennent soin des enfants qui présentent des comportements sexuels problématiques (parent biologique, parent adoptif ou tuteur). Leurs résultats faisaient état que la moitié des parents ou tuteurs étaient mariés et les autres étaient monoparentaux. Plus de la moitié avaient un niveau socio-économique faible. La moitié d'entre eux ont affirmé avoir été violent avec leur conjoint ou avoir été victime de violence conjugale. En outre, 32 % des parents ou tuteurs rapportent avoir été arrêtés étant adulte. Par ailleurs, dans 72 % des familles élargies de ces enfants, il y avait au moins une autre personne victime d'agression sexuelle. De plus, dans 62 % de ces familles, au moins un autre membre de la famille a admis ou a été dénoncé pour avoir eu un comportement sexuel abusif à l'endroit d'une autre personne.

D'autres auteurs font aussi ressortir l'abus de substance et une histoire de victimisation physique ou sexuelle chez les parents des enfants présentant des comportements sexuels problématiques (Burton et al., 1997; Johnson, 1988). En outre, les parents décrivent leur relation avec leur enfant de façon négative (Friedrich & Luecke, 1988). Il semble également que les parents d'enfants ayant

des comportements sexuels problématiques présentent un niveau de stress parental plus élevé que les autres parents (Friedrich et al., 1998).

*Contexte environnemental.* L'environnement de l'enfant affecte grandement ses comportements sexuels. Par exemple, un quartier où la prostitution et l'abus de substance sont présents peut faire en sorte que les enfants reçoivent des messages confus à propos de la sexualité et développent ainsi des comportements sexuels problématiques (Johnson, 1999).

Les enfants présentant des comportements sexuels problématiques ainsi que leur famille démontrent donc d'importantes difficultés, que ce soit sur le plan personnel, familial, scolaire ou social. L'étude de leur façon de composer avec ces difficultés, et de s'adapter à leur environnement, trouve ici toute son importance.

## Stratégies d'adaptation

### *Historique et définition*

La recherche sur les stratégies d'adaptation, expression mieux connue sous le vocable anglais *coping* (terme accepté dans la langue française, voir Le petit Larousse illustré 2009, p. 248), a commencé à apparaître dans les écrits scientifiques après les publications de Lazarus en 1966 (Ionescu, Jacquet, & Lhote, 2001). Ce concept a par la suite gagné en popularité dans les années 80 grâce aux

publications de Pearlin et Schooler en 1978 et, plus certainement, celles de Lazarus et Folkman, en 1984 (Dumont & Pancherel, 2001). Ces auteurs ont défini le coping comme étant « *constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person* » (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). Paulhan (1992, p. 545) propose cette traduction : « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ».

#### *Modèles théoriques concernant les stratégies d'adaptation*

Dumont et Pancherel (2001) décrivent les deux modèles théoriques les plus répandus en ce qui concerne le coping. Il s'agit de l'approche contextuelle et de l'approche psychodynamique. Par ailleurs, ces mêmes auteurs, se référant aux travaux de Schwarzer et Schwarzer (1996), suggèrent une approche intégrative de ces deux modèles.

*L'approche contextuelle.* Cette approche fut d'abord proposée par Lazarus en 1966 sous le nom de théorie transactionnelle du stress « personne-environnement ». Elle fut ensuite développée en collaboration avec Folkman en 1984. Cette théorie présente les stratégies d'adaptation comme étant conscientes et diversifiées et visant l'adaptation psychosociale. Elles sont vues comme un processus dynamique qui varie dans le temps et en fonction des demandes

endogènes (comme la puberté) ou exogènes (comme le divorce des parents) ainsi que l'évaluation cognitive que la personne fait de la situation stressante (comment la personne définit le problème). Cette approche implique donc une variabilité individuelle dans les stratégies d'adaptation puisque celles-ci varient en fonction des circonstances de la situation stressante, de l'évaluation cognitive que fait la personne de la situation et de ses propres ressources pour y faire face.

*L'approche psychodynamique.* Cette approche est à l'opposé de celle de Lazarus et Folkman. Elle tire ses origines de la théorie des mécanismes de défense développée par S. Freud en 1933 qui a été le premier à s'intéresser aux réactions face au stress par le biais des mécanismes de défense. Cette théorie « vise à mieux décrire les processus inconscients dans la réduction des tensions et la gestion des conflits (menaces internes) » (Dumont & Pancherel, 2001, p. 57). Selon Vaillant (1977), cette approche met l'accent sur des préférences individuelles relativement stables pour certains mécanismes de défense ou styles de coping, semblable à un trait de personnalité. Ceci est en contradiction avec l'approche contextuelle qui décrivait le coping comme un processus dynamique, donc variable dans le temps et selon la situation stressante, l'évaluation cognitive et les ressources de la personne.

Dumont et Pancherel (2001) expliquent bien la grande différence entre ces deux approches. Ils rapportent que, dans l'approche contextuelle, l'individu utilise un répertoire d'options (pensées, comportements, émotions), *les stratégies*

*d'adaptation*, en fonction de l'efficacité qu'il croit avoir face à la situation qui se présente, de ses ressources personnelles, familiales et environnementales et de la signification qu'il accorde à la situation stressante (menace, perte ou défi). Dans l'approche psychodynamique, on considère que l'individu utilise une manière constante de s'adapter, *un style de coping*, peu importe la nature de la situation stressante.

*L'approche intégrative.* Comme le rapportent Paulhan et Bourgeois (1995), l'approche psychodynamique fait davantage référence à la réduction des tensions (régulation émotionnelle) qu'à la résolution d'un problème ou d'une situation stressante. Par contre, tant la régulation émotionnelle que la résolution de problèmes sont présentes dans l'approche contextuelle par la classification dichotomique que présentent Lazarus et Folkman (coping centré les émotions et coping centré sur le problème). Toujours selon Paulhan et Bourgeois (1995), cette définition semble plus complète puisqu'elle décrit mieux la séquence d'adaptation d'une personne à un événement stressant. Effectivement, « la réponse comportementale se présente souvent en même temps que la réponse émotionnelle » (Dumont & Pancherel, 2001, p. 58). Schwarzer et Schwarzer (1996) optent pour une approche intégrative qui suppose qu'une personne adopte différentes stratégies selon la situation stressante même si cette personne peut avoir tendance à se référer à un style de coping évitant ou affrontant. Par ailleurs, même si la façon de voir le coping diffère d'une école de pensée à une autre, les

chercheurs s'entendent généralement pour dire que le coping « vise à maintenir l'adaptation psychosociale pendant les périodes de stress » (Dumont & Pancherel, 2001, p. 58).

Comme on l'a vu, il existe parfois une certaine confusion entre les stratégies d'adaptation et les mécanismes de défense. Anna Freud (1936/1985) a repris la théorie de son père et a défini les mécanismes de défense comme étant la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions. La différence importante à faire entre ces deux concepts réside dans le fait que les mécanismes de défense sont inconscients et donc involontaires et non intentionnels, tandis que les stratégies d'adaptation sont conscientes et donc volontaires et intentionnelles. Il ne sera question dans cette recherche que des stratégies d'adaptation, plus facilement observables.

#### *Catégorisation des stratégies d'adaptation*

Selon Lazarus et Folkman (1984), les modes d'adaptation se distribuent en deux groupes : le coping centré sur le problème et le coping centré sur les émotions. Le *coping centré sur le problème* « vise à contrôler ou à modifier la source de stress, comme un coping d'affrontement, et à remédier à une situation menaçante ou nuisible par des efforts de résolution et de reconceptualisation (par ex., faire des plans, chercher des informations, développer de nouvelles habiletés, générer des solutions de rechange) » (Dumont & Pancherel, 2001, p. 60).

Le *coping centré sur les émotions* « vise à ventiler, à gérer ou à pallier à une situation par une réponse émotionnelle adaptative ou non adaptative (par ex., stratégies d'auto-préoccupation, fantaisies, régulation consciente de l'affect, recherche de soutien émotionnel) » (Dumont & Pancherel, 2001, p. 60). Selon Schwarzer et Schwarzer (1996), ce sont des stratégies cognitives qui n'influencent pas directement la situation ou ne règlent pas de façon définitive le problème mais elles permettent de développer une nouvelle façon d'évaluer et de percevoir la situation et ainsi de diminuer le stress vécu par la personne. Elles demandent malgré tout beaucoup d'efforts, même si ce sont des stratégies passives, car elles peuvent nécessiter une restructuration interne. Holahan, Moos et Schaefer (1996) reprennent l'idée de Lazarus et Folkman et mentionnent qu'en situation stressante, le problème peut être solutionné par des efforts actifs (*coping centré sur le problème*) ou évité par la gestion des émotions (*coping centré sur les émotions*).

Roth et Cohen (1986) présentent une autre catégorisation des stratégies d'adaptation. Ils parlent de *coping* de type *approche* ou de type *évitement*. Ces deux types de *coping* sont comparables à ceux de Lazarus et Folkman. En effet, le *coping de type approche* se compare au *coping centré sur le problème* puisqu'il « implique l'investissement actif d'efforts dans le processus de *coping* (par ex., la résolution de problèmes, la recherche d'informations et le soutien social) » (Dumont & Pancherel, 2001, p. 60). Dans le même sens, le *coping de type évitement* se compare au *coping centré sur les émotions*. Il renvoie à « des efforts

cognitifs, comportementaux ou émotionnels visant à s'éloigner du stresser (par ex., le déni, la distraction, la rêverie, la ventilation des émotions négatives, l'acceptation, la résignation ou l'abus de substances) » (Dumont & Pancherel, 2001, p. 60).

### *Efficacité des stratégies d'adaptation*

Une fois les stratégies d'adaptation définies, il apparaît important de voir dans quelle mesure elles permettent à l'individu de s'adapter. Certains auteurs parleront en ce sens de stratégies d'adaptation positives ou adaptatives versus des stratégies d'adaptation négatives ou mal adaptatives. Par contre, comme la plupart des auteurs, Zeidner et Saklofske (1996) pensent qu'on ne devrait pas établir une telle distinction entre les différentes stratégies d'adaptation, mais plutôt voir que, selon les circonstances, le choix d'un mode spécifique de coping favorise ou non des conséquences adaptatives. Kohn (1996) indique qu'autant le coping centré sur le problème que le coping centré sur les émotions constituent des modes efficaces d'adaptation. Effectivement, les gens adoptent généralement des stratégies centrées sur le problème lorsqu'ils sentent que quelque chose de constructif peut être fait et des stratégies centrées sur les émotions quand ils ne se sentent pas en mesure de mettre fin au problème (Ebata & Moos, 1991). En ce sens, on peut dire que les stratégies centrées sur le problème sont plus efficaces dans une situation où il y a un potentiel de contrôle et que les stratégies centrées sur les émotions sont

plus adaptées dans une situation perçue comme incontrôlable (Roth & Cohen, 1986; Terry, 1994; Zeidner & Salofske, 1996).

Il est tout de même possible de penser que, de façon générale, certaines stratégies de coping sont plus efficaces que d'autres. Par exemple, la résolution de problèmes, la recherche de soutien social, la régulation émotionnelle/la ventilation et la restructuration cognitive mènent généralement à une meilleure adaptation. Dans l'autre sens, la pensée magique/le déni, la distraction/la rêverie, le retrait social, l'autocritique (le fait de se blâmer) ou le fait de blâmer les autres et la résignation constituent en général des stratégies moins adaptatives (Spirito, Francis, Overholser, & Frank, 1996).

De fait, l'efficacité du coping varie en fonction de la situation et, la plupart du temps, la personne choisit un mode de coping actif dans des situations perçues comme contrôlables qui suscitent un faible niveau de détresse émotionnelle et un coping passif dans les situations générant un haut niveau de détresse émotionnelle et perçues comme incontrôlables (Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988). Dumont et Pancherel (2001) ajoutent que l'efficacité d'une stratégie d'adaptation dépend, en plus de la situation, de la nature du stressor, de la perception du groupe social et culturel auquel on appartient ainsi que de la maturité des ressources bio-psycho-sociales d'un individu.

### *Stratégies d'adaptation chez l'enfant*

Dumont et Pancherel (2001) écrivent qu'encore aujourd'hui, la façon dont les enfants réagissent aux situations stressantes et comment ils s'adaptent à ces situations est mal connue. Pourtant, le quotidien des enfants représente une série de défis requérant plusieurs réponses adaptatives (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus (1999) rapporte que les processus impliqués dans la gestion du stress et des émotions ainsi que le coping diffèrent selon la période du développement dans laquelle l'individu se trouve. Il précise qu'il existe des différences certaines entre les enfants, les adolescents et les adultes dans l'utilisation des stratégies d'adaptation mais que ces différences ne sont pas encore claires.

Puisque la façon dont s'adaptent les enfants est mal connue, les chercheurs se basent souvent sur la documentation portant sur les stratégies d'adaptation des adultes pour décrire les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants (Compas, Conner-Smith, Salzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001; Moreland & Dumas, 2008). L'utilisation de modèles de compréhension adulte est évidemment un bon point de départ mais le coping des enfants diffère inévitablement de celui des adultes. Premièrement, parce qu'il existe des différences de maturité socioémotionnelle et cognitive qui font varier la perception du stress et la réponse de coping, mais également à cause des influences familiales et environnementales habituellement plus grandes chez l'enfant que chez l'adulte (Dumont & Pancherel, 2001).

En outre, l'étude des stratégies d'adaptation durant l'enfance s'avère très importante puisque, comme le rapportent encore une fois Dumont et Pancherel (2001, p. 55), elle permet de « mieux comprendre leur rôle potentiel dans le développement de la personnalité et l'apparition des troubles psychologiques et physiques qui pourraient se manifester plus tard par suite d'une mauvaise adaptation à une ou plusieurs situations de stress ».

Compas (1987, 1998) explique que l'acquisition de nouveaux modes de coping est en lien direct avec le niveau de maturité de l'enfant. Cet aspect est très important puisqu'il implique que lorsque des stratégies d'adaptation seront enseignées à un enfant, il faudra tenir compte de son niveau développemental. Par ailleurs, il indique que les réactions d'attachement jouent un rôle dans l'élaboration du coping. Comme les réactions d'attachement des enfants restent souvent les mêmes durant plusieurs années, elles représentent de bons prédicteurs des relations interpersonnelles, des patrons émotionnels, du tempérament et des stratégies d'adaptation.

Dumont et Pancherel (2001) présentent une approche développementale des stratégies d'adaptation. Ils exposent en fait les différences développementales de trois types de coping souvent adoptés dans l'enfance, soient le coping cognitif, le coping social et le coping émotionnel. Le *coping cognitif* est évidemment lié au développement du fonctionnement cognitif de l'enfant. Plus l'enfant vieillit et se

développe, plus il acquiert des habiletés intellectuelles qui l'aident à faire face aux difficultés de la vie. Il devient par le fait même de plus en plus conscient des menaces qui l'entourent, est en mesure d'anticiper des difficultés et de fournir des réponses adaptatives. En outre, le développement intellectuel et donc de la pensée abstraite lui permet d'acquérir des stratégies d'adaptation cognitives de plus en plus complexes, comme la résolution de problèmes. Comme Spivack et Shure (1982) le rapportent, l'enfant développe les processus cognitifs nécessaires à la résolution de problèmes seulement vers huit-dix ans.

*Le coping social* est directement lié à l'entourage de l'enfant (famille, amis) et il est défini comme un « coping basé sur l'attachement et, dans certains cas, comme une stratégie moins avancée au plan développemental, étant donné la dépendance qu'elle implique parfois envers les autres, surtout dans l'enfance » (Dumont & Pancherel, 2001, p. 66). Les enfants en bas âge auraient donc davantage tendance à recourir à ce type de stratégies d'adaptation et leur utilisation diminueraient avec l'âge (Prinstein, La Greca, Vernberg, & Silverman, 1996). Le coping social favorise l'adaptation lorsque le contexte familial ou l'entourage est adéquat et, dans le cas contraire, son utilisation peut augmenter la détresse personnelle. Par ailleurs, selon Cartwright et Cooper (1996), la recherche d'approbation et de soutien social fait référence autant au coping centré sur les émotions (recherche de réconfort) qu'au coping centré sur le problème (aller vers une personne pour demander de l'aide et résolution de problèmes).

Quant au *coping émotionnel*, il renvoie à la gestion des émotions mais on sait encore peu de choses sur ce type de coping durant l'enfance.

Moreland et Dumas (2008) reprennent des concepts semblables dans leur théorie de la compétence concernant le coping<sup>1</sup>. Ce modèle théorique classe les défis ou stressseurs auxquels les enfants ont à faire face en trois domaines, soient affectif, social ou de réussite. Les défis affectifs font référence aux situations requérant une gestion des émotions; les défis sociaux sont en lien avec les situations interpersonnelles et les défis de réussite concernent des situations demandant des habiletés physiques, scolaires ou de prise de responsabilités. Dans le même sens, les stratégies auxquelles recourent les enfants se classent en trois domaines de compétence : affectif, social et de réussite.

Par ailleurs, Moreland et Dumas (2008) avancent que les enfants peuvent répondre à des stressseurs par des stratégies d'adaptation prosociales, antisociales ou asociales. Le *coping prosocial* implique que l'enfant tente de résoudre le problème ou du moins de surpasser les difficultés posées par la situation stressante et ce, de manière constructive, en utilisant ses propres ressources ou en demandant l'aide d'un proche. Le *coping antisocial* renvoie au fait de répondre à une situation stressante de manière agressive ou même destructrice ou encore par le déni de sa responsabilité dans la recherche de solution, souvent avec comme impacts de se

---

<sup>1</sup> Traduction libre de « *coping competence theory* ».

blessé ou de blesser les gens autour. Finalement, le *coping asocial* suggère que l'enfant répond à un stressor par le retrait social ou l'évitement. Le coping prosocial est évidemment encouragé mais les auteurs apportent une nuance importante. Ils précisent en effet que les jeunes enfants, au cours de leur développement, démontrent des tendances à utiliser des stratégies d'adaptation antisociales et asociales mais que celles-ci jouent un rôle important pour leur survie et leur attachement. Par exemple, l'évitement des personnes non familières présent chez presque tous les jeunes enfants est en fait une façon de se protéger même si, à première vue, cette conduite peut paraître asociale. Par contre, plus l'enfant vieillit, plus le recours à des stratégies d'adaptation prosociales devrait être important afin que son adaptation générale soit favorable et qu'il soit moins à risque de vivre une détresse, que ce soit sur le plan personnel, interpersonnel ou scolaire.

Certains travaux sont de plus venus confirmer l'importance du soutien social dans la gestion du stress et dans l'efficacité des stratégies d'adaptation aussi bien chez l'enfant, l'adolescent que chez l'adulte. Par exemple, une étude rapportée par Lazarus (1999), conduite dans un hôpital pour enfants, fait ressortir une corrélation entre la façon dont le parent s'adapte à la souffrance de son enfant, le climat familial et la façon dont l'enfant s'adapte.

On voit donc que l'étude des stratégies d'adaptation chez les enfants est importante, non seulement pour arriver à une meilleure compréhension de la façon de s'adapter de cette population mais aussi parce que le coping a un rôle à jouer dans différents aspects de la vie des enfants, comme l'attachement, les relations interpersonnelles et les réactions émotionnelles. L'intervention sur le coping devra donc tenir compte du développement de l'enfant.

Stratégies d'adaptation, comportements sexuels problématiques, agression sexuelle

Les chercheurs se sont peu penchés sur les stratégies d'adaptation des enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Il est, par contre, possible de tirer certaines pistes de compréhension des écrits concernant la façon de s'adapter des agresseurs sexuels adultes. Kear-Colwell et Sawle (2001) ont comparé les stratégies d'adaptation des pédophiles, des victimes d'agression sexuelle qui n'ont pas agressé sexuellement et d'un groupe contrôle. Leurs résultats suggèrent que les pédophiles utilisent autant de stratégies d'adaptation que les autres. Par contre, ils utilisent significativement plus de stratégies de fuite et d'évitement en comparaison aux deux autres groupes.

Neidigh et Tomiko (1991) ont mené une étude auprès de quarante hommes adultes. La moitié des hommes (âge moyen : 37 ans; nombre d'années de scolarité en moyenne : 12,5 ans) ont été recrutés dans un organisme communautaire et

étaient en attente de traitement suite à des agressions sexuelles envers des enfants. L'autre moitié (âge moyen : 26 ans et nombre d'années de scolarité en moyenne : 13,6 ans) n'avait commis aucun geste de nature sexuelle, n'avait jamais été victime d'agression sexuelle et ont été recrutés dans la population générale par le biais de services communautaires. Les auteurs ont trouvé que les agresseurs sexuels utilisaient davantage d'autodépréciation et d'évitement que les hommes non agresseurs. Marshall, Serran et Cortoni (2000) ont, pour leur part, étudié les styles d'attachement et les stratégies d'adaptation de trente hommes incarcérés pour avoir commis des agressions sexuelles extrafamiliales envers des enfants et vingt-quatre hommes non abuseurs incarcérés dans diverses prisons canadiennes pour d'autres motifs (pénitenciers à sécurité moyenne et maximale). Leurs résultats ont démontré que le groupe d'hommes agresseurs utilisait significativement plus de stratégies centrées sur les émotions, comparativement aux stratégies centrées sur le problème, que le groupe d'hommes incarcérés pour des crimes non sexuels. Plus précisément, ce sont les stratégies distraction/rêverie/fantaisie et préoccupation de soi qui étaient les plus utilisées par les agresseurs sexuels.

Les cliniciens et les chercheurs s'intéressant au traitement des agresseurs sexuels s'entendent pour dire qu'avant de poser leur geste, les agresseurs vivaient des difficultés et ressentaient des émotions négatives (Marques, Nelson, Alarcon, & Day, 2000). Cortoni et Marshall (2001) complètent cette idée en émettant

comme hypothèse que les agresseurs sexuels adultes (violeurs et agresseurs d'enfants) utilisent la sexualité comme stratégie d'adaptation. Ceci implique qu'un adulte agresseur sexuel peut répondre à une situation stressante ou à des émotions négatives par une activité sexuelle comme les fantasmes sexuelles, la masturbation, la pornographie ou les relations sexuelles avec un/une partenaire. Leurs résultats confirment cette hypothèse à savoir que les violeurs et les agresseurs d'enfants utilisent davantage la sexualité comme stratégie d'adaptation que les non abuseurs.

Marshall, Fernandez, Marshall et Serran (2006) permettent de résumer en indiquant que les recherches portant sur les stratégies d'adaptation des agresseurs sexuels adultes suggèrent qu'ils utilisent davantage des stratégies non efficaces. Cortoni et Marshall (2001) complètent en écrivant que l'agresseur sexuel va continuer à utiliser la sexualité comme stratégie d'adaptation tant qu'il n'en apprendra pas d'autres plus efficaces. Ceci a des implications importantes pour l'intervention auprès de cette population car, comme l'indiquent Marques et al. (2000), la plupart des traitements concernant les agresseurs sexuels adultes visent à prévenir les facteurs de risque de passage à l'acte comme le recours à des fantasmes sexuelles déviantes, la consommation de pornographie ou l'abus de substances. Bien que ce soit une partie importante du traitement, les auteurs insistent pour dire que le développement de stratégies d'adaptation efficaces pour faire face à ces facteurs de risque est encore plus important et critique pour la réussite du traitement et donc, la non récurrence. En effet, à un moment ou un autre,

l'agresseur va se retrouver dans une situation à risque de passage à l'acte et c'est à ce moment qu'il devra connaître et mettre en pratique des stratégies d'adaptation efficaces. Ceci démontre la pertinence d'intégrer le développement des stratégies d'adaptation efficaces dans le traitement des agresseurs sexuels et, par conséquent, dans l'intervention auprès des enfants présentant des comportements sexuels problématiques.

#### Hypothèses et objectifs de la recherche

En parcourant les rares publications concernant les enfants présentant des comportements sexuels problématiques, il est apparu qu'il serait pertinent de s'intéresser à la part de résilience dont peuvent faire preuve ces enfants. L'exploration de l'évolution des stratégies d'adaptation s'avère alors pertinente dans l'optique où l'on croit qu'en identifiant et en améliorant l'utilisation des stratégies de coping efficaces des enfants présentant des comportements sexuels problématiques, on augmentera l'efficacité du traitement et donc leur bien-être psychologique. La documentation sur la façon de s'adapter de ces enfants étant absente, la première hypothèse s'est basée sur ce que l'on connaît de la façon de s'adapter des adultes agresseurs sexuels. La *première hypothèse* énonce donc que les enfants présentant des comportements sexuels problématiques utilisent des stratégies d'adaptation non efficaces et le *premier objectif* de l'étude est d'identifier quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par les participants

avant le traitement. La *deuxième hypothèse* stipule que l'intervention à laquelle ces enfants participent amène le développement de nouvelles stratégies d'adaptation ou une augmentation de l'utilisation des stratégies efficaces déjà employées par l'enfant. Le *deuxième objectif* de la recherche est ainsi de vérifier si les scores après l'intervention montrent une augmentation de l'utilisation des stratégies efficaces. Les *variables étudiées* seront donc les stratégies d'adaptation utilisées par l'enfant en début de traitement et celles utilisées en fin de traitement.

## *Méthode*

Cette partie présente d'abord les participants ainsi que le programme d'intervention sur lequel la recherche porte. Par la suite, les instruments de mesure, le local d'expérimentation et enfin le déroulement de la recherche sont abordés.

### *Participants*

Les participants à ce projet de recherche sont les enfants composant le groupe des six-neuf ans de la cohorte 2006-2007 du programme d'intervention *À la croisée des chemins*. Ils ont été référés au Centre jeunesse de Lanaudière pour des comportements sexuels problématiques. Le nombre d'enfants participant à ce groupe était de quatre (trois garçons et une fille). Par contre, à cause d'un manque de données concernant deux enfants (l'évaluatrice ayant appliqué le protocole du programme d'intervention a omis certaines parties de l'évaluation), seuls deux d'entre eux ont été retenus pour l'analyse des résultats. La description des participants portera donc sur les deux enfants retenus : il s'agit de deux garçons, Maurice et Jules<sup>1</sup>. Ils ont participé à dix-neuf rencontres sur vingt. Jules s'est absenté à la septième rencontre car il était malade. Maurice, quant à lui, n'était pas présent à la dernière rencontre car il avait une activité scolaire. Notons que, même si le programme de traitement est donné par le Centre jeunesse, ni Maurice ni Jules ne faisait l'objet de suivi de la part de la Direction de la protection de la jeunesse

---

<sup>1</sup> Les noms des participants ont été changés afin de préserver leur anonymat.

(DPJ) au moment de leur participation au groupe de traitement. La DPJ était par contre brièvement intervenue dans la famille de Jules il y a environ deux ans puisque, comme on le verra plus loin, il a été agressé sexuellement. Un signalement avait alors été fait mais le dossier avait rapidement été fermé étant donné que la mère avait mis en place des mesures pour protéger son fils et ainsi mettre fin aux abus.

Avant d'aller plus loin dans la présentation des participants, il apparaît important de préciser comment les informations les concernant ont été recueillies. En fait, le programme d'intervention prévoit une évaluation pré et post-traitement. Ce protocole a été élaboré par Gagnon en 1999 et il vise à recueillir de l'information sur les caractéristiques sociodémographiques et sur les divers aspects de la vie personnelle, sociale et familiale de l'enfant ainsi que sur l'histoire des comportements sexuels problématiques en plus de tracer un portrait clinique de l'enfant. Les informations sont recueillies deux semaines à un mois avant le début des rencontres de groupe par les évaluatrices du programme d'intervention auprès du parent ou tuteur et de l'enfant. Ce dernier complète l'*Échelle post-traumatique pour enfants* (Saintonge, 1996; traduction française du *Trauma Symptom Checklist for Children* de Briere paru en 1995), ainsi que le *Système d'évaluation des habiletés sociales* (Gagné, 1993; traduction française du *Social Skills Rating System* de Gresham & Elliot paru en 1990). Les parents ou tuteurs répondent à l'entrevue semi-structurée *Informations relatives à l'enfant et à son milieu de vie* (Gagnon, 2005), ainsi qu'à la *Liste de vérification des comportements des jeunes de 4 à 18 ans* (Achenbach, 1991). Ils complètent de plus l'*Inventaire des comportements*

*sexuels de l'enfant* (Wright, Sabourin, & Lussier, 1994; traduction française du *Children's Sexual Behavior Inventory* de Friedrich paru en 1992) en plus du *Questionnaire des comportements et attitudes des parents* (Bergeron, Valla, Breton, Gaudet, & Berthiaume, 1993).

Voici maintenant le portrait, au pré-test, des enfants qui font l'objet de la présente étude.

### Maurice

Maurice est un garçon âgé de sept ans au début du groupe de traitement. Il provient d'une famille composée de la mère, du père et d'un demi-frère. Ce dernier est né d'une première union du père et a 12 ans. Les parents sont séparés depuis environ six ans. Après la séparation, Maurice visitait son père une fin de semaine sur deux mais depuis quelques temps, il le voit de façon irrégulière. Selon la mère, il ne désire plus y aller. Elle affirme que Maurice manque d'encadrement et de supervision lorsqu'il est chez son père et que ce serait le demi-frère qui s'occuperait de lui. La mère a eu deux conjoints depuis la séparation et est actuellement célibataire. Le niveau socio-économique de la famille est faible.

En ce qui a trait au fonctionnement de l'enfant, la mère rapporte qu'il fait des crises de rage lorsqu'il fait face à un refus. Il peut claquer les portes et crier. Il lui est de plus arrivé de parler de suicide et ce, dès l'âge de cinq ans. Il disait « je veux me tuer »,

« je ne veux plus vivre » et demandait à sa mère de le tuer. Depuis quelques temps, il n'a pas fait allusion au suicide. Maurice présenterait de plus des difficultés d'attention et de concentration et manifesterait de l'hyperactivité (non diagnostiquées). De plus, il lui arrive souvent de mentir. En outre, la mère rapporte avoir souffert d'anxiété lorsqu'elle était adolescente. Par ailleurs, Maurice entretient des relations positives avec des jeunes de son âge et avec des jeunes plus vieux; il a plusieurs amis.

La mère affirme que Maurice a été victime d'agression sexuelle par un homme inconnu lorsqu'il avait trois ans et demi (sans que les agressions n'aient été démontrées). Les agressions auraient été commises chez le père. Les comportements sexuels problématiques auraient débuté suite à ces agressions. La mère se questionne sur la possibilité que le demi-frère de Maurice ait pu l'agresser sexuellement, sans que cela n'ait été confirmé ou dévoilé. Les deux garçons ont longtemps pris leur bain ensemble, selon la mère. Par ailleurs, elle rapporte que Maurice a été témoin de violence conjugale entre elle et le père.

Les comportements sexuels problématiques manifestés par Maurice sont de l'ordre d'attouchement, d'exhibitionnisme et de fellation. Il y a eu environ cinq incidents. Deux autres enfants de sexe masculin, un du même âge et un autre plus jeune, étaient impliqués. Les enfants étaient des amis de Maurice. Les incidents se sont produits chez lui, chez un des enfants impliqués et à l'école. Maurice a utilisé des contraintes verbales. L'enfant reconnaît les comportements sexuels problématiques et dit

ressentir de la honte lorsqu'il y pense. La mère affirme avoir ressenti de la tristesse et de la colère lorsque les comportements ont été dévoilés. Elle a tout de même été en mesure d'offrir du soutien et du réconfort à son fils. Actuellement, selon elle, Maurice démontre par excès des comportements sexuels. Elle juge donc que son fils adopte davantage de comportements sexuels que ne le font en général les enfants de son âge. Les gestes sexuels posés par Maurice sont de type *sexuel agressif*, selon l'évaluatrice du programme d'intervention. Il semble par contre que cette évaluation soit quelque peu sévère puisque, même si Maurice a utilisé la coercition verbale, il ressent de la honte qui, habituellement, n'est pas présente chez les enfants ayant eu des comportements sexuels agressifs.

Les résultats à l'évaluation clinique indiquent que la mère donne, la plupart du temps, des soins et du soutien à son enfant. La mère rapporte également adopter quelquefois des conduites punitives à l'égard de son enfant. Elle observe davantage de problèmes de comportement chez son enfant que les parents en observent généralement chez leurs enfants. Les plaintes somatiques et les comportements délinquants observés par la mère indiquent la présence probable de problèmes ou, à tout le moins, une fragilité de l'enfant à ces niveaux. Par ailleurs, selon les réponses données par Maurice, il présente moins d'habiletés sociales, de comportements d'affirmation et d'empathie que la moyenne des enfants de son âge. Il démontre, par contre, autant de comportements de coopération et de comportements de contrôle de soi que la moyenne de ses pairs. Finalement, le profil à l'*Échelle de stress post-traumatique* de Maurice est invalide car

l'enfant a possiblement répondu de façon trop élevée aux questions et ce, sans discrimination (il a sur-rapporté des problèmes). Par contre, il est possible de faire ressortir certains énoncés auxquels Maurice s'identifie *presque tout le temps* : « vouloir faire mal aux autres », « me méfier des gens parce qu'ils pourraient vouloir du sexe », « me bagarrer » et « vouloir me tuer ». Il s'identifie aussi *parfois* à cet énoncé : « avoir peur que quelqu'un me tue ».

### Jules

Jules est un garçon de huit ans au début du groupe de traitement. Il a une demi-sœur de 18 ans et un demi-frère de 16 ans qui sont nés d'une première union de la mère. Jules est né d'une seconde union de la mère mais le père l'a quittée avant la naissance de l'enfant. Jules n'a vu son père qu'à quelques reprises. La mère a par la suite eu une fille, qui est âgée d'un an et demi, avec un autre homme mais cette relation s'est terminée peu après la naissance de la fillette. La mère a actuellement un nouveau conjoint et ils attendent un autre enfant (prévu pour janvier 2007). La mère, son conjoint actuel ainsi que les quatre enfants habitent ensemble. Jules a vécu quatre déménagements depuis sa naissance. Le niveau socio-économique de la famille est faible.

En lien avec le fonctionnement de l'enfant, la mère rapporte que Jules peut avoir des comportements agressifs envers les autres. Par contre, elle attribue ces comportements à la présence de son ex-conjoint (père de la demi-sœur d'un an et demi) puisque, depuis le départ de ce dernier, Jules ne démontre plus d'agressivité. Par ailleurs,

il a déjà menacé de tuer son demi-frère. Il a déjà été agressif avec le chien de la famille (coups de poing) mais n'a plus manifesté de tels comportements depuis deux ans. Il faisait aussi des crises de rage et détruisait des objets lorsqu'il était plus jeune. De même, il a déjà menacé de se suicider à trois ou quatre reprises. De plus, l'entrée à la pré-maternelle et à la maternelle ont été difficiles. La mère rapporte qu'elle devait le cajoler et s'en occuper durant une heure tous les matins avant qu'il n'accepte d'aller à l'école. Depuis l'entrée au primaire, il ne démontre cependant plus de résistance. Enfin, la mère l'a déjà surpris alors qu'il tentait de la voler. Elle rapporte qu'il a trois amis du même âge, qu'il a de bonnes habiletés manuelles, qu'il sait faire plaisir aux autres et les faire rire et qu'il est un garçon affectueux. La mère affirme avoir fait une dépression il y a quelques années et avoir vécu de la violence conjugale avant la naissance de l'enfant.

Par ailleurs, l'enfant a été témoin de comportements sexuels explicites à une ou deux reprises alors qu'il a surpris sa mère lors de relations sexuelles. En outre, la mère rapporte que Jules a été victime d'agressions sexuelles entre l'âge de 6 ans et 8 ans par un garçon plus vieux de cinq ans. Ce dernier est le fils de la cousine de la mère. Les agressions ont duré environ deux ans et se sont produites sur une base régulière et répétée. De même, la nature des agressions est importante à cause de la gravité des gestes posés et des menaces verbales utilisées par l'agresseur. Jules a dévoilé les agressions à sa mère et depuis, elles ont cessé. Il ressent de la peur et de la honte en lien avec cette victimisation. Jules a de plus subi de la violence physique et émotionnelle de

la part de l'ancien conjoint de la mère (père de la demi-sœur d'un an et demi). Elle affirme de plus punir son fils en lui donnant des tapes sur les fesses lorsqu'il désobéit.

Les comportements sexuels problématiques manifestés par Jules sont de l'ordre d'attouchement et d'exhibitionnisme sans aucune contrainte et font suite à sa propre victimisation sexuelle. Il a de plus utilisé un langage sexualisé à l'école. Deux enfants sont impliqués soient la jeune demi-sœur de Jules et son cousin du même âge que lui. Les événements se sont produits chez lui et chez la grand-mère maternelle. L'enfant reconnaît les comportements sexuels problématiques et dit ressentir de la gêne. La mère affirme avoir ressenti de la colère lorsqu'elle a appris les gestes de son fils mais avoir tout de même été en mesure de lui offrir du soutien et du réconfort. Elle a consulté la psychologue de l'école et une intervenante du Centre jeunesse. Actuellement, selon la mère, Jules démontre par excès des comportements sexuels. Elle juge donc, tout comme la mère de Maurice, que son fils adopte davantage de comportements sexuels que ne le font en général les enfants de son âge. Les gestes sexuels posés par Jules sont de type *sexuel réactif* selon l'évaluatrice du programme d'intervention.

Les résultats aux tests cliniques indiquent que la mère donne souvent des soins et du soutien à son enfant. Par ailleurs, elle adopte quelquefois des conduites punitives à l'égard de son fils. Elle observe de plus chez son enfant une quantité importante de problèmes de comportement qui laissent croire que l'enfant présente des problèmes très sérieux. Les comportements de retrait, les problèmes sociaux et les comportements

délinquants observés par la mère indiquent la présence probable de problèmes ou, à tout le moins, une fragilité chez l'enfant à ces niveaux. Elle observe de plus chez son enfant de l'anxiété, des affects dépressifs et des comportements agressifs qui sont de même nature que ceux que l'on observe chez des enfants qui sont suivis par des ressources spécialisées. Par contre, les observations cliniques de la chercheuse ne concordent pas avec les observations de la mère, particulièrement au niveau comportemental. Jules a, en effet, fait preuve d'un comportement exemplaire tout au long du traitement. Des affects dépressifs ont par contre aussi été observés.

Par ailleurs, selon les réponses données par l'enfant, il présente autant d'habiletés sociales, de comportements de coopération, de comportements d'affirmation, d'empathie et de comportements de contrôle de soi que la moyenne des enfants de son âge. Au niveau de l'*Échelle de stress post-traumatique*, Jules a probablement fait ressortir une fréquence plus élevée de symptômes que la réalité. Ceci ne rend pas les résultats invalides mais demande une prudence dans l'interprétation. Le profil suggère que Jules est à risque de présenter des symptômes de dépression. En outre, il s'identifie à ces énoncés : « vouloir me faire mal » (parfois), « me méfier des gens parce qu'ils pourraient vouloir du sexe » (presque tout le temps) et « vouloir me tuer » (parfois).

*Programme d'intervention À la croisée des chemins (Tremblay & Gagnon, 2005)*

Ce programme s'adresse à des enfants âgés entre six et douze ans, garçons et filles, qui manifestent des comportements sexuels problématiques, ainsi qu'à leurs parents<sup>1</sup>. Il comporte plusieurs cibles d'intervention tant au niveau personnel, familial que social. Il a vu le jour en 1999 et a été utilisé dans divers milieux au Québec. Au cours des années, il a été enrichi et une évaluation de l'implantation a permis des améliorations tant en ce qui a trait au programme lui-même que pour ce qui est des activités et du matériel de soutien. Deux groupes mixtes sont formés selon l'âge développemental des enfants, soit les six-neuf ans et les dix-douze ans.

Ce programme vise la prévention et le traitement des comportements sexuels problématiques à l'endroit d'autres enfants. Il comporte trois objectifs majeurs :

- 1) Comprendre la séquence de sentiments, de pensées et d'actions impliqués dans les comportements sexuels problématiques;
- 2) Sensibiliser les enfants et les parents à l'expression saine de la sexualité;
- 3) Atténuer l'apparition des comportements sexuels problématiques en favorisant l'acquisition de nouvelles habiletés personnelles, familiales et sociales.

---

<sup>1</sup> Le terme *parent* désigne toute personne prenant soin de l'enfant, soit un parent biologique, un tuteur, un parent de famille d'accueil, un adulte significatif, etc.

Le programme comporte un ensemble intégré d'activités éducatives regroupées en deux volets, soit un volet enfants (groupe thérapeutique) et un volet parents (groupe de soutien). Le cadre théorique à la base du programme réside dans les approches cognitivo-comportementale et systémique. L'intervention est donc teintée des techniques de ces approches bien que les auteures rapportent que les intervenants aient une approche plutôt éclectique. L'intervention de groupe est privilégiée puisqu'elle permet de briser l'isolement et favorise un sentiment d'appartenance menant à un désir de changement. Le groupe permet de plus le développement de nouvelles habiletés sociales, un des buts visés par le programme. Les auteures affirment également que le groupe facilite les changements tant aux niveaux cognitif (modification de la perception de la réalité), émotif (mobilisation de sentiments appropriés) et comportemental (choix réaliste dans les décisions à prendre et soutien dans les changements de comportements).

Le nombre de rencontres est de vingt, à raison d'une heure et quarante-cinq minutes par semaine. Les rencontres ont lieu durant la semaine et donc les enfants doivent s'absenter de l'école et les parents qui travaillent doivent prendre congé. Les enfants et les parents participent à leur groupe respectif de façon parallèle, soit au même moment, sauf lors de quatre rencontres où parents et enfants sont réunis pour des activités en dyade. La taille du groupe est variable selon le nombre de références au programme, mais les auteures recommandent un minimum de quatre participants et un maximum de sept pour le volet enfants. Pour le volet parents, le minimum recommandé est de quatre et le maximum est de quatorze. Un groupe fermé est évidemment privilégié

vu la nature de la problématique et le besoin d'engagement des participants. Les intervenants sont au nombre de deux afin de faciliter l'animation et la gestion du groupe. Un cadre structuré, donc des règles claires et explicites, est suggéré afin de fournir un environnement sécurisant autant aux enfants qu'aux parents.

Chacun des volets, soit pour enfants et pour parents, comporte cinq modules. L'accueil, les comportements sexuels problématiques, l'éducation à la sexualité, les habiletés personnelles et sociales (pour les enfants) et parentales (pour les parents) ainsi que le bilan représentent les thèmes des modules. Un guide d'animation (volet enfants et volet parents) est disponible et présente ces modules ainsi que les activités reliées à chacun des thèmes. Le dessin, l'écriture, le jeu, l'art, le partage de ses pensées et émotions font partie des différentes activités proposées tant aux enfants qu'aux parents. Le contenu du programme a été résumé (modules, objectifs et activités) et fait l'objet de l'Appendice C.

Par ailleurs, lorsque l'on fait un parallèle entre certaines activités du programme d'intervention et les stratégies d'adaptation (Appendice D), on remarque que, même si le programme ne vise pas comme telles les stratégies d'adaptation, certaines activités y font référence. En effet, à travers diverses activités, le programme touche à la résolution de problèmes, à la régulation émotionnelle, à la restructuration cognitive et au soutien social.

### *Instruments de mesure*

Les instruments décrits dans cette section sont ceux qui ont été utilisés pour répondre aux objectifs de la présente recherche concernant les stratégies d'adaptation des enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Les instruments de mesure du protocole d'évaluation du programme d'intervention *À la Croisée des chemins* qui ont été utilisés pour présenter les participants et leurs résultats seront repris dans l'analyse des résultats à titre qualitatif.

Pour ce qui est des instruments de mesure utilisés dans la présente recherche, deux modalités, soient un questionnaire et une grille d'observation, ont été utilisées afin de répondre à l'objectif principal de la recherche, soit d'avoir une meilleure compréhension de la façon de s'adapter des enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Une évaluation pré-test, à l'aide d'un questionnaire mesurant les stratégies d'adaptation utilisées par l'enfant, a été réalisée avec l'enfant, le parent, les animatrices du groupe de traitement et la responsable de la recherche. Cette première évaluation a permis de répondre au premier objectif spécifique, soit l'identification des stratégies d'adaptation chez les deux enfants participants.

En outre, une évaluation post-test, à l'aide du même questionnaire, a été faite avec l'enfant et le parent ainsi qu'avec les animatrices et la responsable de la recherche, afin de répondre au deuxième objectif spécifique, soit de voir l'évolution des stratégies d'adaptation suite au programme d'intervention.

Il existe peu d'instruments d'évaluation mesurant les stratégies d'adaptation qui soient valides et traduits en français pour une population aussi jeune. Il y a tout de même le *Kidcope Checklist* de Spirito, Stark et Williams (1988) qui mesure les stratégies d'adaptation des enfants. Dumont et Pancherel (2001) rapportent que le *Kidcope Checklist* a été développé pour évaluer des stratégies d'adaptation cognitives et comportementales. Ils ajoutent que les auteurs ont prévu une forme brève afin de maximiser son utilisation dans un contexte clinique. Par ailleurs, comme le rapportent Pretzlik et Sylva (1999), la construction de cet instrument se base sur la catégorisation des stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman.

Le *Kidcope Checklist* comporte quinze énoncés générant dix stratégies d'adaptation :

1. Distraction/rêverie : énoncés #2 et #8
2. Retrait social : énoncés #4 et #10
3. Restructuration cognitive : énoncé #7
4. Autocritique (se blâmer) : énoncé #1
5. Blâmer les autres : énoncé #5
6. Résolution de problèmes : énoncés #9 et #11
7. Régulation émotionnelle/ventilation : énoncés #3 et #14
8. Pensée magique/déni : énoncés #12 et #15
9. Soutien social : énoncé #13
10. Résignation/acceptation : énoncé #6

L'outil fait ressortir non seulement la fréquence de l'utilisation de la stratégie par l'enfant (« pas du tout », « parfois », « assez », « très ») mais également son efficacité (« pas du tout », « un peu », « plutôt », « assez », « très »).

Il existe une version pour les jeunes enfants (7 à 12 ans) : le *Kidcope for younger children*; et une autre pour les enfants plus vieux (13 à 18 ans) : le *Kidcope for older children*. La fidélité ainsi que la validité du *Kidcope Checklist* sont reconnues (Pretzlik & Sylva, 1999; Spirito, Stark, Grace, & Stamoulis, 1991). Pour ce qui est de la présente recherche, comme il ne semble pas exister de traduction française pour les plus jeunes, une traduction libre du *Kidcope Checklist* ainsi que de légères modifications<sup>1</sup> ont été faites, en plus de la construction d'une version pour le parent et pour les animatrices. En outre, dans plusieurs recherches utilisant le *Kidcope Checklist*, les chercheurs ajoutaient une première partie qualitative à l'instrument, ce qui a été fait pour la présente recherche. Ainsi a été développé le *Questionnaire sur les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants*, présenté en Appendice E (version enfant), F (version parent) et G (version intervenant/animateur).

Ce questionnaire a été utilisé en pré- et post-test afin d'identifier les stratégies d'adaptation présentes chez l'enfant et d'en voir l'évolution suite à l'intervention de groupe. Il a été rempli avec l'enfant, le parent, par les animatrices du groupe et la responsable de la recherche dans le but d'avoir un maximum d'informations et de

---

<sup>1</sup> Formulation de la consigne de la partie qualitative; précision quant à la cotation de l'efficacité pour la version parent et animatrice; formulation des choix de réponse.

pouvoir comparer les perceptions. Les versions enfant, parent et animateur (version utilisée par la chercheure) sont semblables<sup>1</sup> sauf en ce qui concerne la formulation des consignes selon que l'on s'adresse à l'enfant, au parent ou à l'animatrice. Tout comme dans la version originale, le questionnaire comporte quinze énoncés faisant référence aux dix catégories des stratégies d'adaptation. Une première partie qualitative consiste à décrire une situation stressante ou difficile vécue par l'enfant et a pour but d'avoir un exemple concret de difficulté vécue par cet enfant. Elle peut aussi servir de référence pour répondre aux énoncés dans la deuxième partie. Celle-ci consiste à évaluer, à l'aide d'une échelle de type Likert en quatre points (0=pas du tout, 1=parfois, 2=souvent, 3=tout le temps), la fréquence d'utilisation de la stratégie ainsi que la perception de l'efficacité de celle-ci (0=pas aidante, 1=un peu aidante, 2=assez aidante et 3=très aidante). Pour les versions parent et animateur, il est précisé que la personne doit juger de l'efficacité selon ce qu'elle a pu observer et non selon sa propre opinion. La passation a duré en moyenne entre quinze et trente minutes.

Concernant la cotation du questionnaire, la littérature ne fournit pas de guide clair quand à la cotation du *Kidcope Checklist*. En effet, les auteurs ayant développé cet instrument ne présentent pas de manière détaillée la façon de coter leur outil, que ce soit dans leur article paru en 1988 où ils décrivent son développement ou dans d'autres publications (Spirito, 1996; Spirito et al., 1991; Spirito et al., 1996; Stark, Spirito, Williams, & Guevremont, 1989). Certains articles décrivent tout de même une façon de

---

<sup>1</sup> Exception faite de la première partie qui porte – pour les animatrices et la chercheure – sur un exemple tiré des observations faites dans le groupe.

coter l'outil mais dans ces rares cas, la version utilisée ne correspond pas à la version originale à partir de laquelle le questionnaire utilisé pour la présente recherche a été créé (choix de réponse « oui » ou « non » quant à l'utilisation des stratégies d'adaptation au lieu d'une échelle de type Likert en quatre points). D'autres chercheurs ayant utilisé cet outil dans leur étude ne décrivent pas non plus la cotation (Dumont & Pancherel, 2001; Fickova, 1998; Pretzlik & Sylva, 1999).

Une méthode de correction a donc été créée spécifiquement pour cette étude et est expliquée ici. Comme mentionné précédemment, chacun des quinze énoncés des différentes versions du questionnaire (enfant, parent, animateur) fait référence à une stratégie d'adaptation. Certaines stratégies d'adaptation sont représentées par deux énoncés et d'autres, par un seul. Des scores de fréquence d'utilisation et d'efficacité ont été calculés pour chacune des stratégies d'adaptation à partir de la réponse du répondant (correspondant à un chiffre de 0 à 3)<sup>1</sup> à chaque énoncé. Pour les stratégies ayant deux énoncés correspondants, une moyenne des deux énoncés a été calculée afin de s'assurer que toutes les stratégies soient représentées de façon équivalente.

Par ailleurs, tout au long du traitement, une grille d'observation des stratégies d'adaptation de l'enfant a été remplie par la responsable de la recherche. Cette grille a permis de mettre en lumière de façon plus précise le contexte dans lequel les participants recourent aux différentes stratégies d'adaptation et de voir leur évolution. Il s'agit de la

---

<sup>1</sup> Pour la fréquence d'utilisation : 0=pas du tout, 1=parfois, 2=souvent et 3=tout le temps.  
Pour l'efficacité : 0=pas aidante, 1=un peu aidante, 2=assez aidante et 3=très aidante.

*Grille d'observation des stratégies d'adaptation utilisées par les enfants*, présentée en Appendice H, aussi créée pour la présente recherche et inspirée du *Kidcope Checklist*. Cette grille comporte une première partie qui permet de décrire la situation dans laquelle s'est manifestée la stratégie. Une deuxième partie est prévue pour la classification de la stratégie d'adaptation, toujours d'après la classification de Lazarus et Folkman. Une dernière partie permet d'évaluer l'efficacité de cette stratégie à l'aide d'une échelle de type Likert en 4 points (0=pas aidante, 1=un peu aidante, 2=assez aidante et 3=très aidante). Des notes évolutives ont été prises durant les rencontres de groupe et ont permis de compléter les grilles d'observation après les séances.

#### *Lieu d'expérimentation*

Les rencontres de groupe avaient lieu au Centre jeunesse de Lanaudière, point de service de Joliette. La Figure 2, à la page suivante, présente la disposition du local où se sont déroulées les séances de groupe ainsi que les personnes présentes.

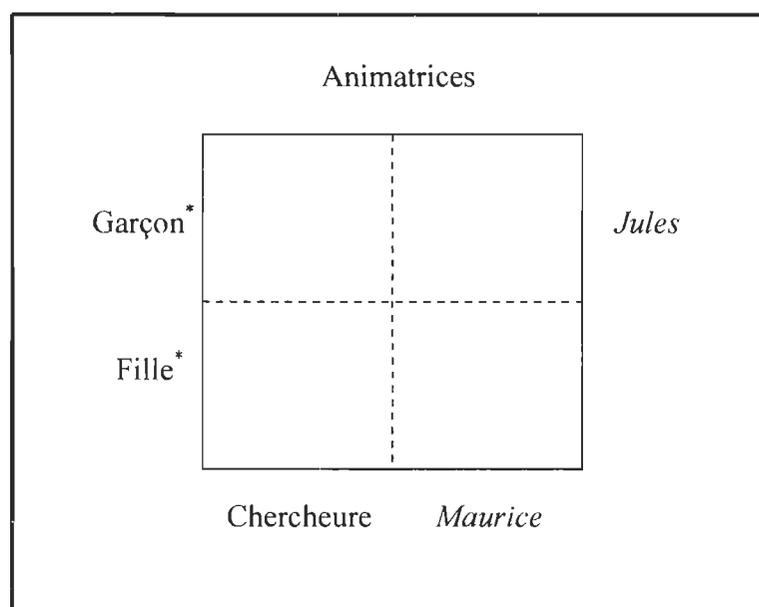


Figure 2. Local d'expérimentation.

### Déroulement

Préalablement au projet de recherche, une demande a été faite en avril 2006 au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières afin d'obtenir un certificat d'éthique authentifiant que le protocole utilisé est conforme aux normes éthiques des recherches auprès des humains. Ce certificat (CER-06-112-07.13) a été émis le 22 juin 2006 et renouvelé jusqu'au 22 mai 2009. Au même moment, une demande a été faite auprès du Comité d'éthique de la recherche du Centre jeunesse de Québec (qui évalue les projets de recherche pour le Centre jeunesse de Lanaudière) et un certificat d'éthique (2006-10) a été émis le 10 novembre 2006 et renouvelé jusqu'au 14 novembre 2009.

---

\* Enfants dont des informations manquaient et qui n'ont donc pas été retenus pour l'étude.

Au moment de l'étude, la chercheure réalisait un stage au Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec et a été mise en contact Mme Claudia Tremblay, conseillère clinique au Centre jeunesse de Lanaudière, à qui le projet a été présenté et qui a accepté sa réalisation. Par la suite, la responsable du programme d'intervention, Mme Isabelle Beaulieu, a elle aussi accepté le projet, tout comme les animatrices du groupe de traitement. Il a à ce moment été convenu que la responsable de la recherche participerait, à leur demande, à l'animation du groupe, tout en réalisant la présente recherche.

Mme Beaulieu a communiqué avec les parents afin d'avoir leur accord pour que la responsable de la recherche entre en contact avec eux. Les parents, dans les deux cas, la mère, ont donc été contactés par téléphone et ont accepté de participer à la recherche après une brève présentation de celle-ci et de ses implications. Le projet a ensuite été présenté aux enfants lors de la première rencontre de groupe, qui ont eux aussi accepté de participer à la recherche. Après avoir reçu le certificat d'éthique du Centre jeunesse de Québec, une rencontre à la maison a été organisée avec le parent et l'enfant afin de procéder à la signature du formulaire de consentement à l'évaluation et à l'évaluation pré-traitement. Une évaluatrice externe au programme d'intervention (aussi étudiante au doctorat en psychologie) a administré le *Questionnaire sur les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants* à l'enfant pendant que la chercheure administrait ce même questionnaire au parent.

Cette évaluation pré-traitement n'a eu lieu qu'entre les quatrième et cinquième rencontres de groupe étant donné les délais encourus par l'évaluation du projet de recherche par le comité éthique du Centre jeunesse de Québec. Il ne semble pas que ceci ait influencé les résultats puisque le traitement n'avait pas pour objectif direct de travailler sur les stratégies d'adaptation. De plus, les enfants ont été évalués par une évaluatrice externe au programme et les parents par la responsable de la recherche, qui n'avaient pas rencontré ces derniers avant l'évaluation. L'évaluation post-traitement s'est déroulée entre la dix-huitième et la dix-neuvième rencontre (en fonction de la disponibilité des parents) et le même déroulement a été observé mais cette fois, l'évaluation s'est faite au Centre jeunesse. La chercheuse a à nouveau rencontré les parents pendant qu'une évaluatrice, cette fois étudiante au baccalauréat en sexologie, a rencontré l'enfant.

À la quatrième rencontre de groupe, les animatrices ont reçu le *Questionnaire sur les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants* ainsi que des explications sur la façon de le compléter pour chacun des enfants ciblés et l'ont remis à la cinquième rencontre (pré-test). Elles ont à nouveau rempli le questionnaire pour chacun des enfants entre la dix-huitième et la dix-neuvième rencontre (post-test). Concernant l'utilisation du questionnaire, elles ont émis comme commentaire qu'il était difficile de répondre aux questions étant donné qu'en début de traitement, elles connaissaient peu l'enfant. Au post-test, elles ont souligné qu'il était plus facile de répondre étant donné qu'elles avaient maintenant une meilleure connaissance de l'enfant. La chercheuse va dans le même sens

à savoir qu'on doit avoir une assez bonne connaissance de l'enfant pour être en mesure de bien identifier ses stratégies d'adaptation.

Par ailleurs, la participation hebdomadaire de la chercheuse au groupe de traitement lui a permis de noter ses observations et ainsi de remplir la *Grille d'observation des stratégies d'adaptation utilisées par les enfants*.

En outre, une remise des résultats par téléphone avait été convenue avec les parents mais dans les deux cas, les numéros de téléphone n'étaient plus en service. Finalement, les responsables du programme d'intervention ainsi que les animatrices se sont montrées intéressées à ce que les résultats du projet de recherche leur soient présentés, une fois l'essai terminé.

*Analyse des résultats*

Cette section vise à présenter les résultats de la recherche. Comme il a déjà été mentionné, plusieurs données cliniques étant manquantes (protocole d'évaluation du programme d'intervention incomplet), les résultats seront analysés sous forme d'études de cas pour deux des enfants (Maurice et Jules) dont les informations sont complètes et ce, tant pour les données quantitatives que qualitatives. Rappelons d'abord les objectifs de la recherche. Le *premier objectif* est d'identifier quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants présentant des comportements sexuels problématiques et fera l'objet de la première partie. Le *deuxième objectif* est de vérifier si le traitement auquel participent les enfants amène le développement de nouvelles stratégies d'adaptation ou une augmentation de l'utilisation des stratégies efficaces déjà employées par l'enfant et constitue la deuxième partie de ce chapitre. La troisième partie regroupera les informations qualitatives recueillies par la chercheuse afin d'enrichir l'analyse quantitative des résultats.

#### Analyse des résultats au pré-test

En ce qui a trait au premier objectif, il s'agissait d'identifier les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants, donc avant le traitement. En ce sens, seuls les

résultats au pré-test concernant la fréquence d'utilisation des stratégies d'adaptation par l'enfant seront analysés dans cette première partie.

Les résultats seront illustrés par des graphiques et commentés. Ceux des enfants seront d'abord présentés, puis ceux du parent et enfin, ceux des animatrices et de la chercheuse qui seront traités ensemble puisqu'elles représentent les personnes extérieures à la famille.

#### *Résultats de Maurice au pré-test*

Voici donc maintenant les résultats au pré-test concernant l'enfant Maurice (Figure 2, 3 et 4) ainsi que l'analyse que l'on peut faire de ces données, en commençant par les résultats de l'enfant.

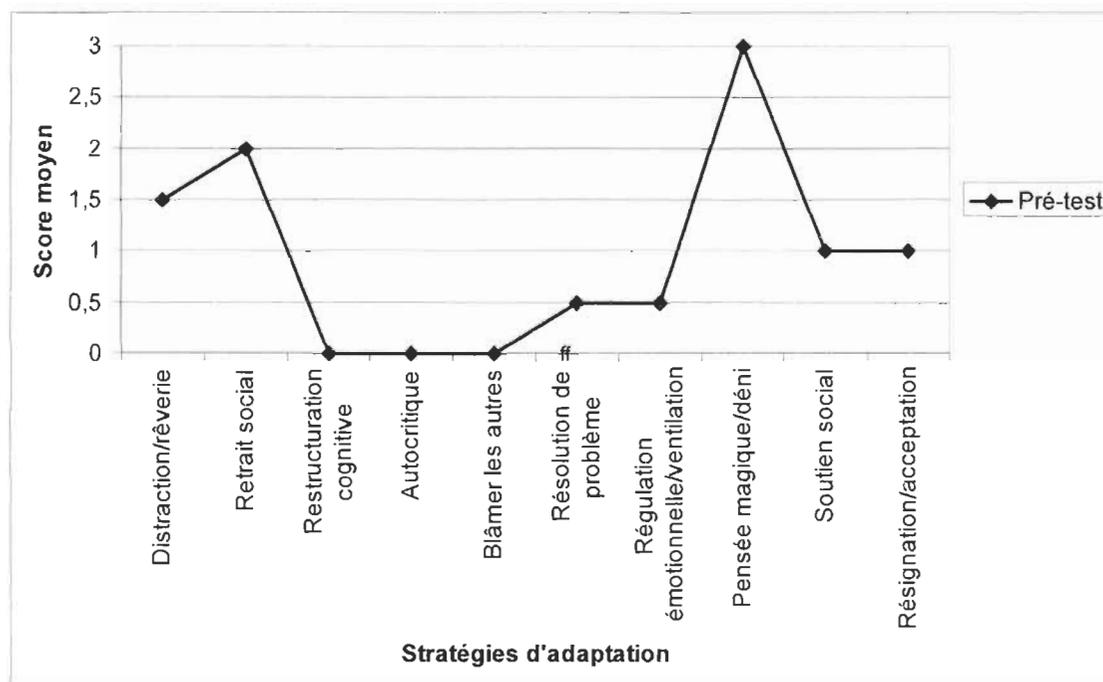


Figure 3. Résultats de Maurice au pré-test – enfant.

Comme on le voit dans la Figure 3, Maurice fait ressortir les stratégies de pensée magique/déni, de retrait social et de distraction/rêverie comme étant celles qu'il utilise le plus fréquemment.

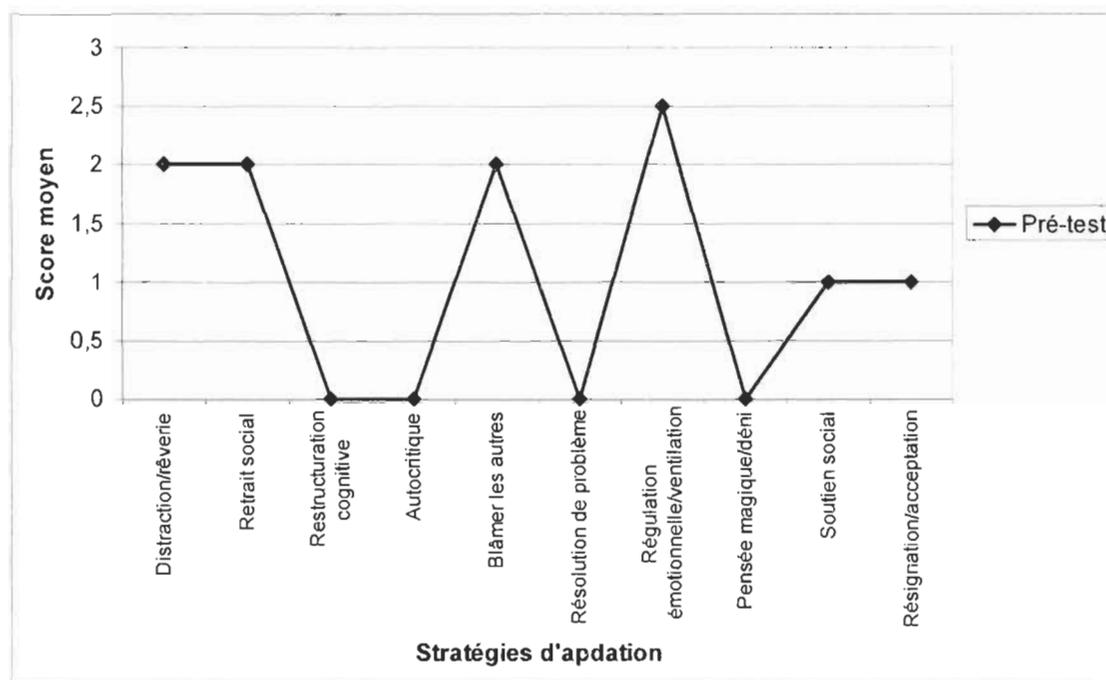


Figure 4. Résultats de Maurice au pré-test – parent.

La mère (Figure 4) observe aussi la distraction/rêverie et le retrait social comme étant parmi les stratégies d'adaptation les plus utilisées par son fils. Elle ajoute la régulation émotionnelle et le fait de blâmer les autres. Enfin, la mère ne voit pas du tout d'utilisation de la pensée magique/déni alors que Maurice rapporte l'utiliser préférentiellement.

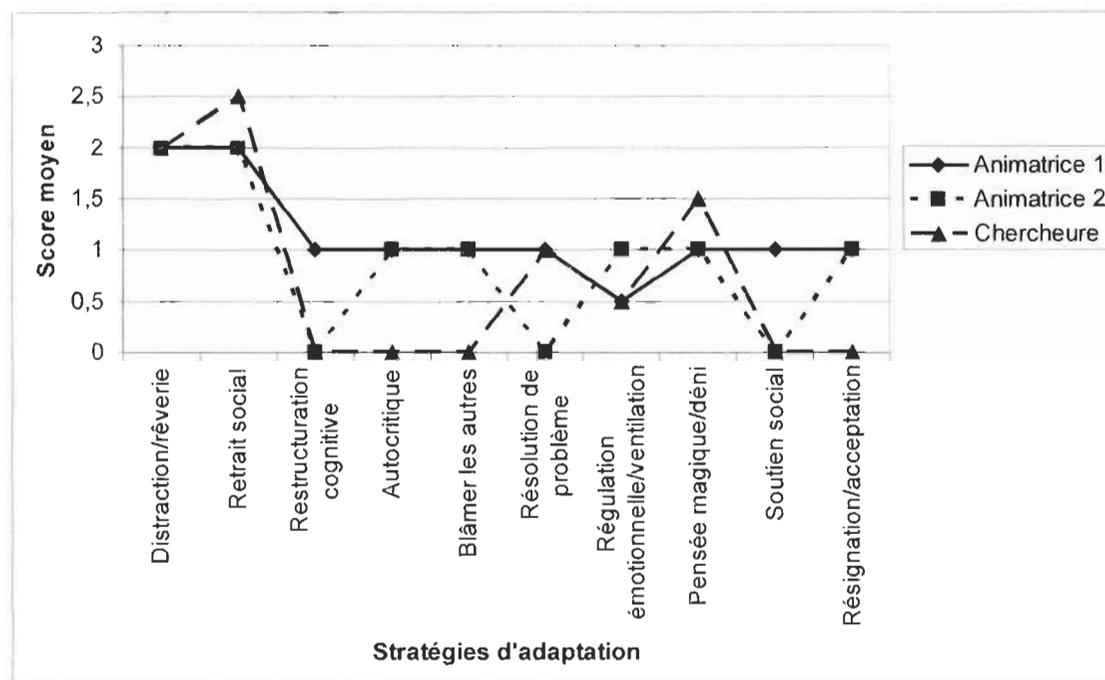


Figure 5. Résultats de Maurice au pré-test – animatrices et chercheure.

Les observations des animatrices et de la chercheure vont sensiblement dans le même sens (Figure 5). En effet, ce sont les stratégies de retrait social et de distraction/rêverie qui ressortent dans les résultats de ces trois répondantes comme étant les stratégies les plus utilisées par Maurice. La chercheure fait aussi ressortir la pensée magique/déni comme étant parmi les stratégies d'adaptation les plus utilisées par l'enfant.

#### *Résultats de Jules au pré-test*

Voyons maintenant, dans les Figures 6, 7 et 8, les résultats au pré-test concernant l'enfant Jules.

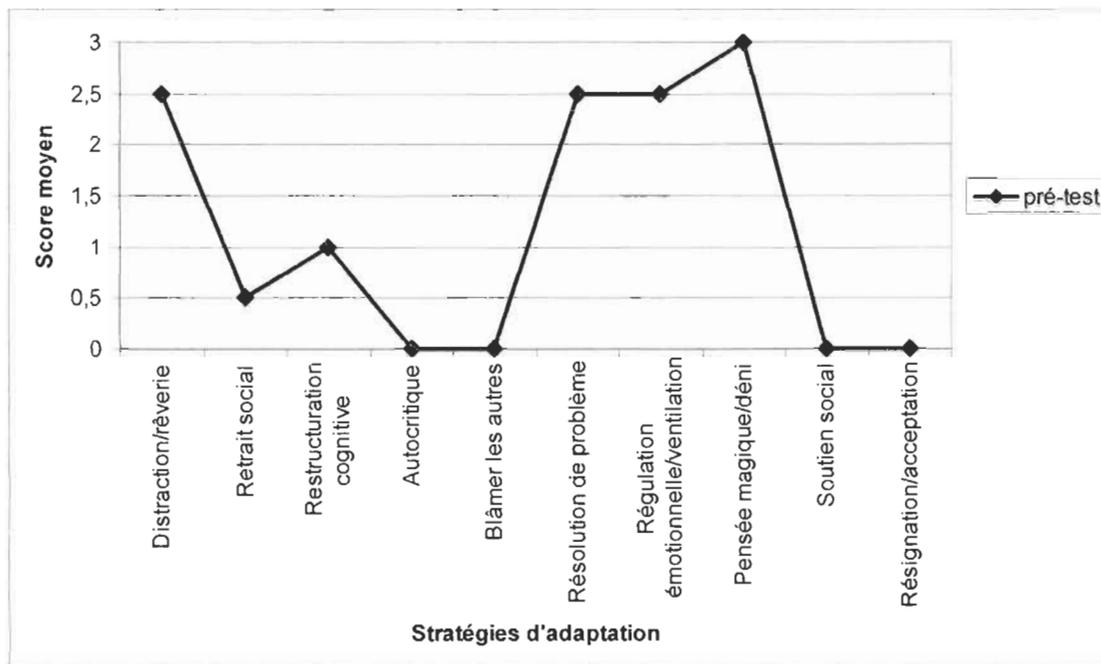


Figure 6. Résultats de Jules au pré-test – enfant.

Jules (Figure 6) fait ressortir des stratégies d'adaptation telles que la pensée magique/déni, la distraction/rêverie, la résolution de problèmes et la régulation émotionnelle/ventilation comme étant celles qu'il utilise le plus.

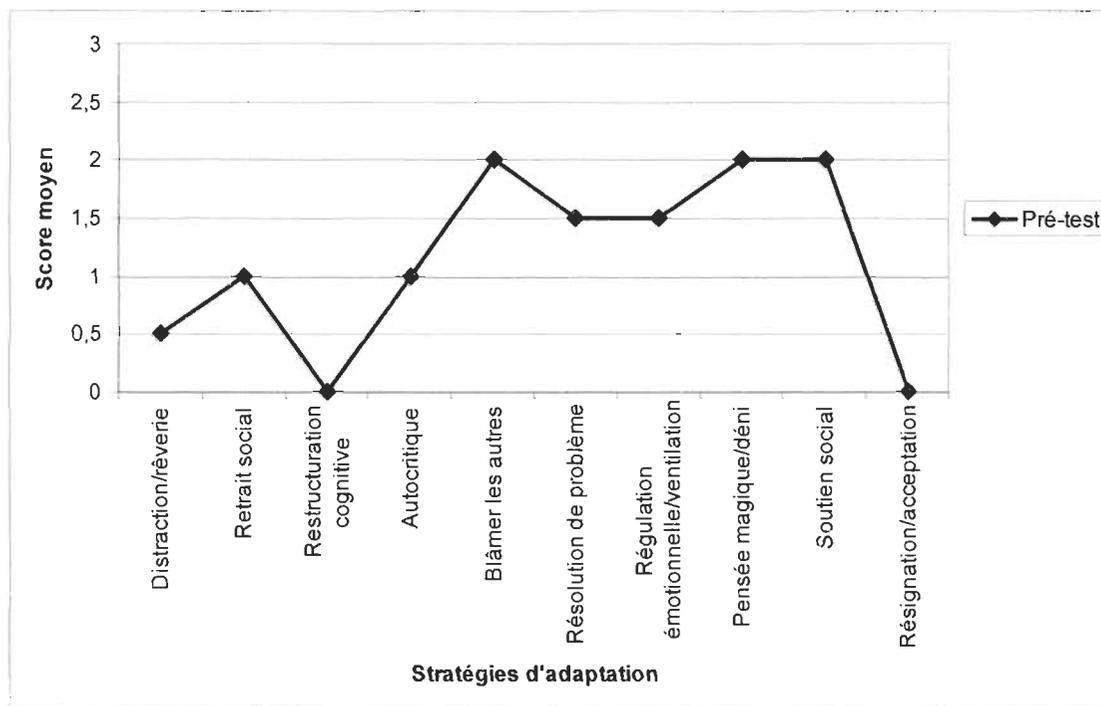


Figure 7. Résultats de Jules au pré-test – parent.

La mère (Figure 7) fait aussi ressortir la pensée magique/déni mais ajoute le fait de blâmer les autres et le soutien social. Avec des scores moins élevés mais tout de même au deuxième rang de fréquence d'utilisation, la mère fait ressortir, tout comme son fils, la résolution de problèmes et la régulation émotionnelle/ventilation.

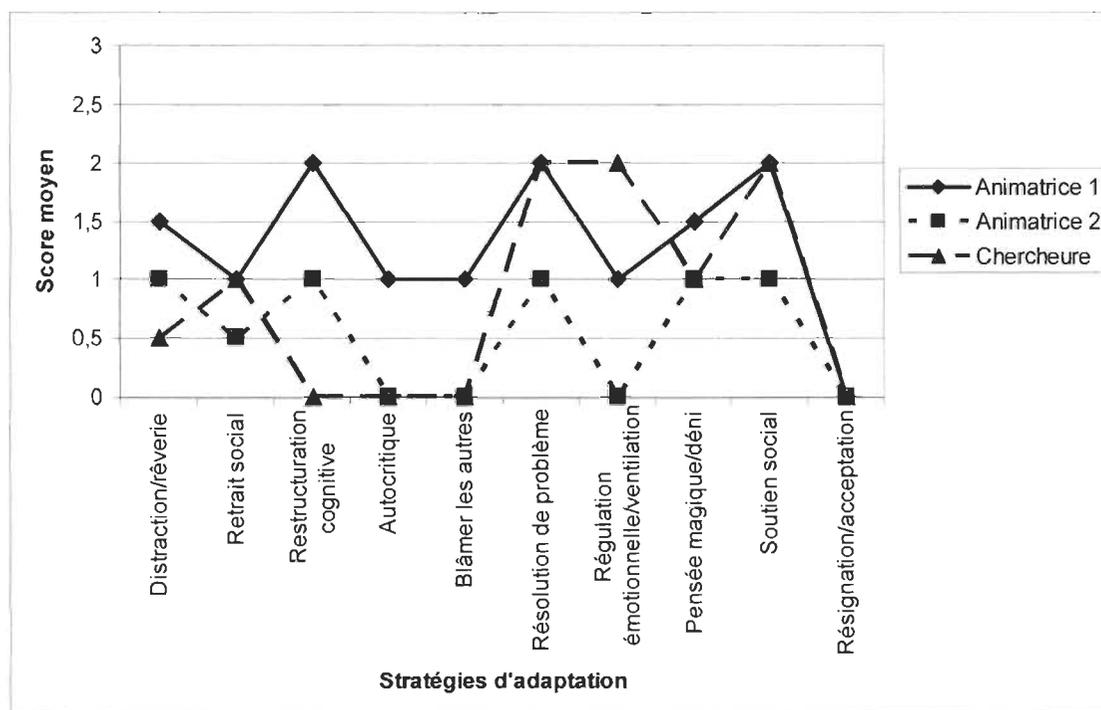


Figure 8. Résultats de Jules au pré-test – animatrices et chercheur.

Les résultats suivent sensiblement la même courbe mais avec des fréquences plus ou moins élevées selon la répondante (Figure 8). De façon générale, on peut voir que la résolution de problèmes et le soutien social sont ressortis chez les trois répondantes externes comme étant parmi les plus utilisées par Jules. La régulation émotionnelle/ventilation a aussi retenu l'attention de l'animatrice 1 et de la chercheur. La restructuration cognitive a été notée par les deux animatrices. La pensée magique/déni et la distraction/rêverie ont été moins observées que par la mère et Jules lui-même mais avec tout de même des scores assez élevés en comparaison avec d'autres stratégies.

En conclusion de cette première partie, les résultats permettent de répondre au premier objectif de la recherche en identifiant quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants participant à l'étude. En regroupant les perceptions de tous les répondants au questionnaire, on se rend compte que Maurice utilise préférentiellement la distraction/rêverie et le retrait social, stratégies généralement reconnues comme étant non efficaces. Jules, quant à lui, utilise davantage la pensée magique/déni (stratégie généralement reconnue comme non efficace), la résolution de problèmes, la régulation émotionnelle/ventilation et le soutien social (stratégies généralement reconnues comme efficaces).

#### Analyse comparative des résultats au pré et au post-test

Le deuxième objectif de la recherche consistait à vérifier si le traitement auquel participent les enfants amène le développement de nouvelles stratégies d'adaptation ou une augmentation de l'utilisation des stratégies efficaces déjà employées par l'enfant. Pour y répondre, les résultats au pré-test ainsi qu'au post-test seront comparés afin mettre en évidence l'évolution de l'utilisation des stratégies d'adaptation par les enfants. Les Figures 9, 10, 11, 12 et 13 présentent les résultats pour Maurice et les Figures 14, 15, 16, 17 et 18 pour Jules. Les résultats de la version enfant sont d'abord illustrés, puis ceux de la version parent et enfin, ceux des répondantes externes (animatrices et chercheure) mais, cette fois-ci, séparément, par souci de clarté.

### Résultats de Maurice au pré et au post-test

Voici, illustrés par les Figures 9 à 13, les résultats pré et post-test concernant l'enfant Maurice.

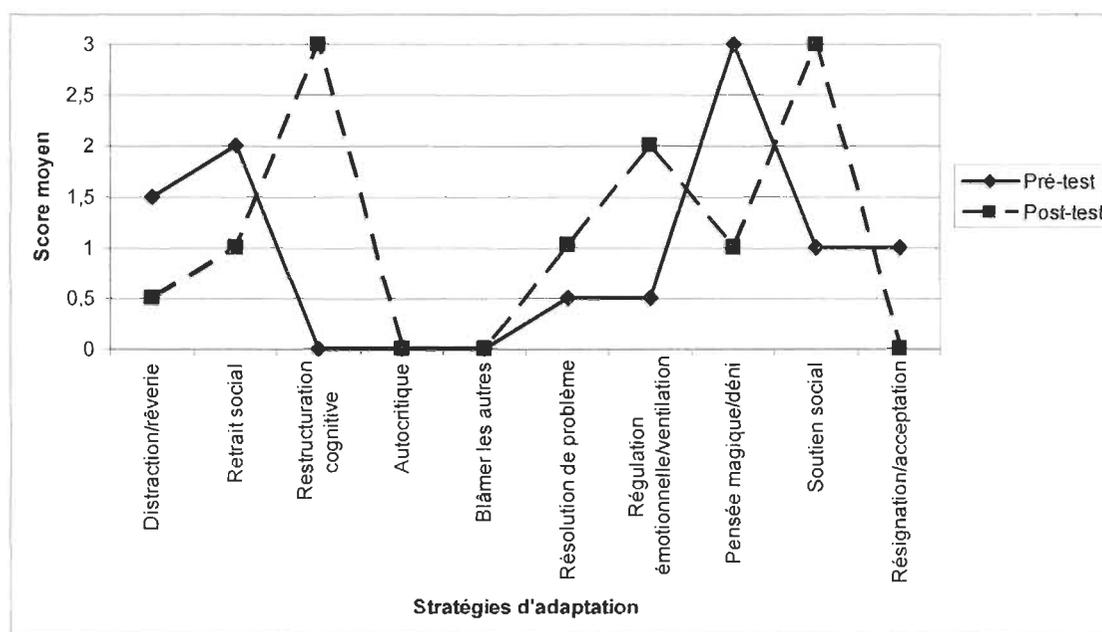


Figure 9. Résultats de Maurice au pré et au post-test – enfant.

Le Figure 9 rappelle que les stratégies utilisées par Maurice au pré-test (version enfant) étaient la pensée magique/déni, la distraction/rêverie et le retrait social. Au post-test, la distraction/rêverie, le retrait social et la pensée magique/déni ont toutes diminué. En outre, on remarque une nette augmentation de l'utilisation de la restructuration cognitive et du soutien social, en plus d'une augmentation de la résolution de problèmes et de la régulation émotionnelle/ventilation.

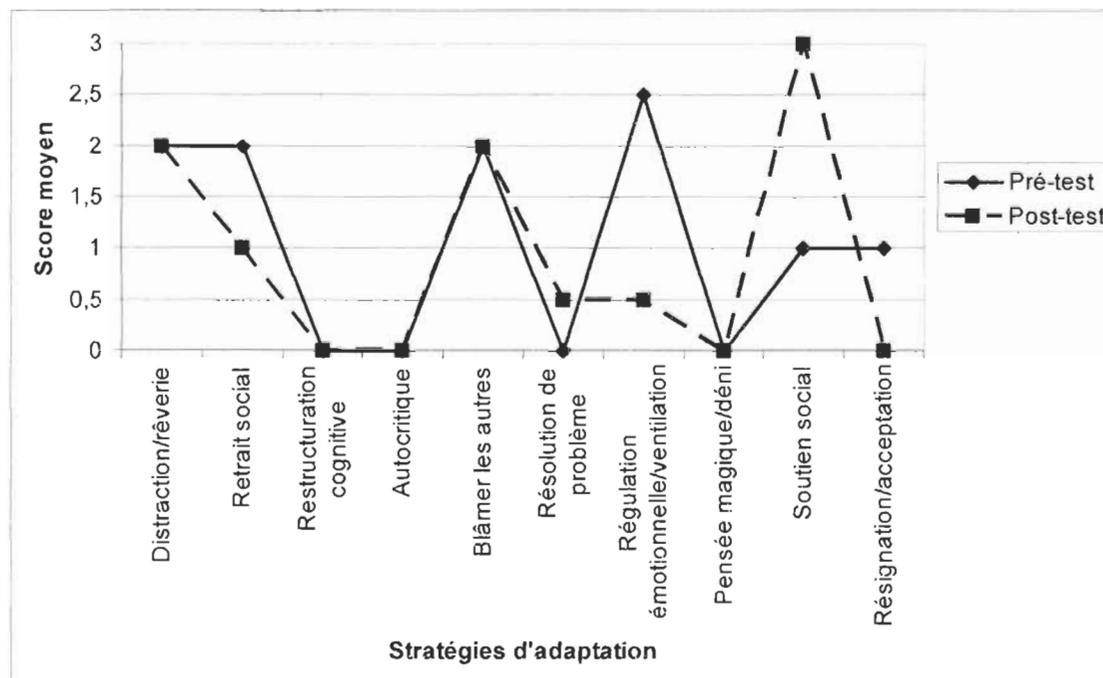


Figure 10. Résultats de Maurice au pré et au post-test – parent.

Comme l'illustre la Figure 10, la mère avait fait ressortir au pré-test la régulation émotionnelle, la distraction/rêverie, le retrait social et le fait de blâmer les autres comme étant les stratégies les plus utilisées par son fils. Au post-test, elle n'observe pas de changement quant à la distraction/rêverie et au fait de blâmer les autres. Toutefois, elle fait ressortir une diminution du recours au retrait social et à la régulation émotionnelle/ventilation ainsi qu'une augmentation du soutien social. Notons enfin, que la mère a fait ressortir une légère augmentation de l'utilisation par Maurice de la résolution de problèmes.

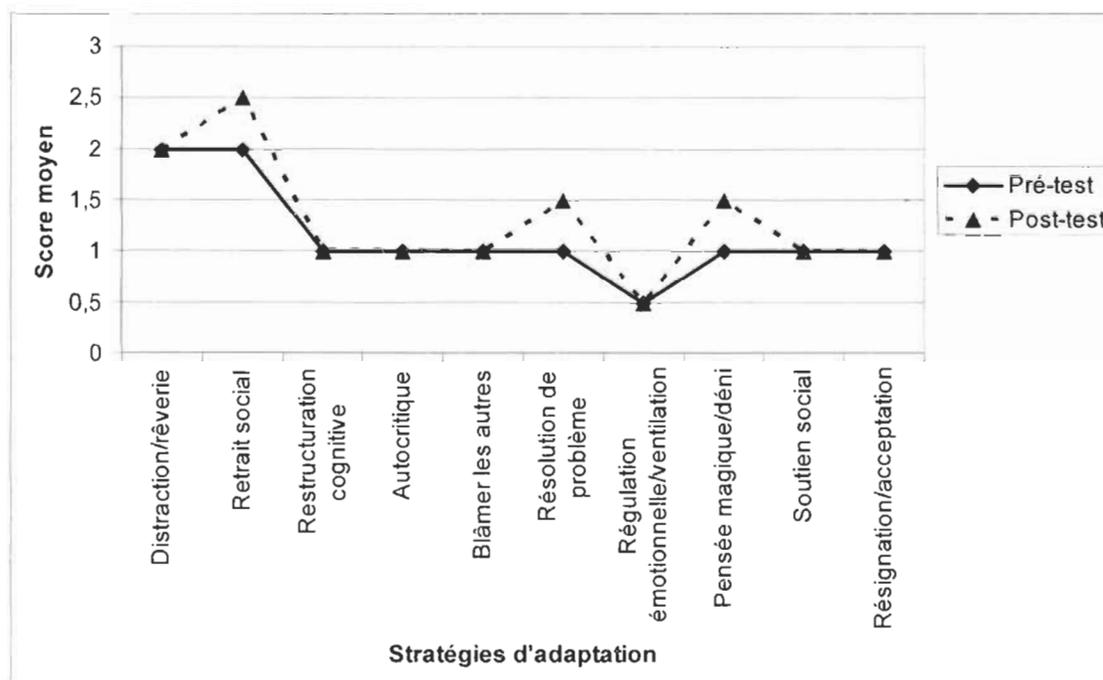


Figure 11. Résultats de Maurice au pré et au post-test – animatrice 1.

L'animatrice 1 ne fait pas ressortir une grande évolution entre le pré et le post-test (Figure 11). Elle remarque tout de même une légère augmentation du recours à la résolution de problèmes, au retrait social et à la pensée magique/déni.

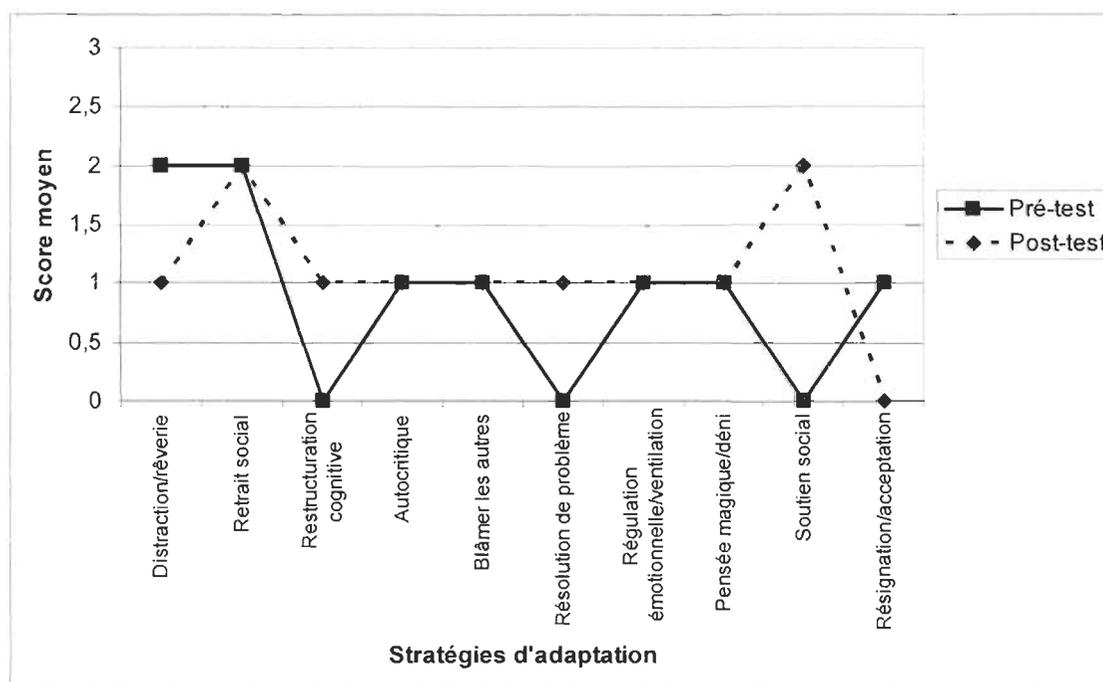


Figure 12. Résultats de Maurice au pré et au post-test – animatrice 2.

L'animatrice 2 (Figure 12) a observé, entre le pré et le post-test, une diminution de l'utilisation de la distraction/rêverie et une augmentation du recours à la restructuration cognitive, à la résolution de problèmes et au soutien social.

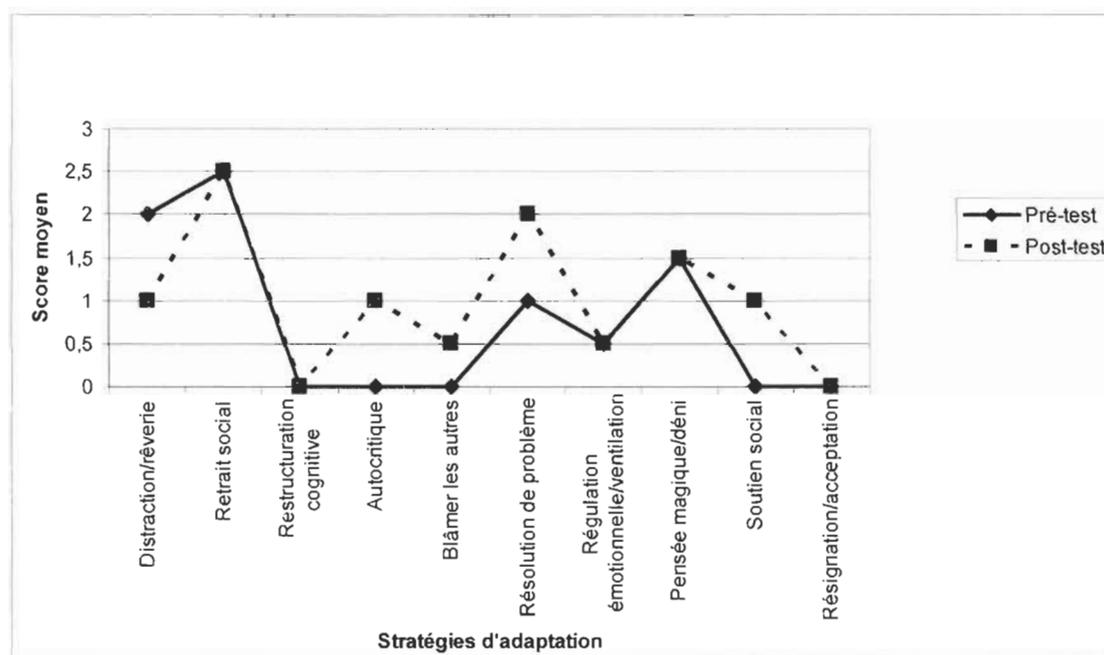


Figure 13. Résultats de Maurice au pré et au post-test – chercheur.

Enfin, la chercheuse (Figure 13) note une diminution de la fréquence d'utilisation de la distraction/rêverie et une augmentation de l'autocritique, du fait de blâmer les autres, de la résolution de problèmes et du soutien social. Par ailleurs, même s'il n'a pas changé en termes de fréquence, le retrait social demeure tout de même une des stratégies d'adaptation les plus utilisées par Maurice, selon la chercheuse.

#### Résultats de Jules au pré et au post-test

Voici maintenant les résultats concernant l'enfant Jules et ce, au pré et au post-test (Figures 14 à 18), en débutant par l'enfant.

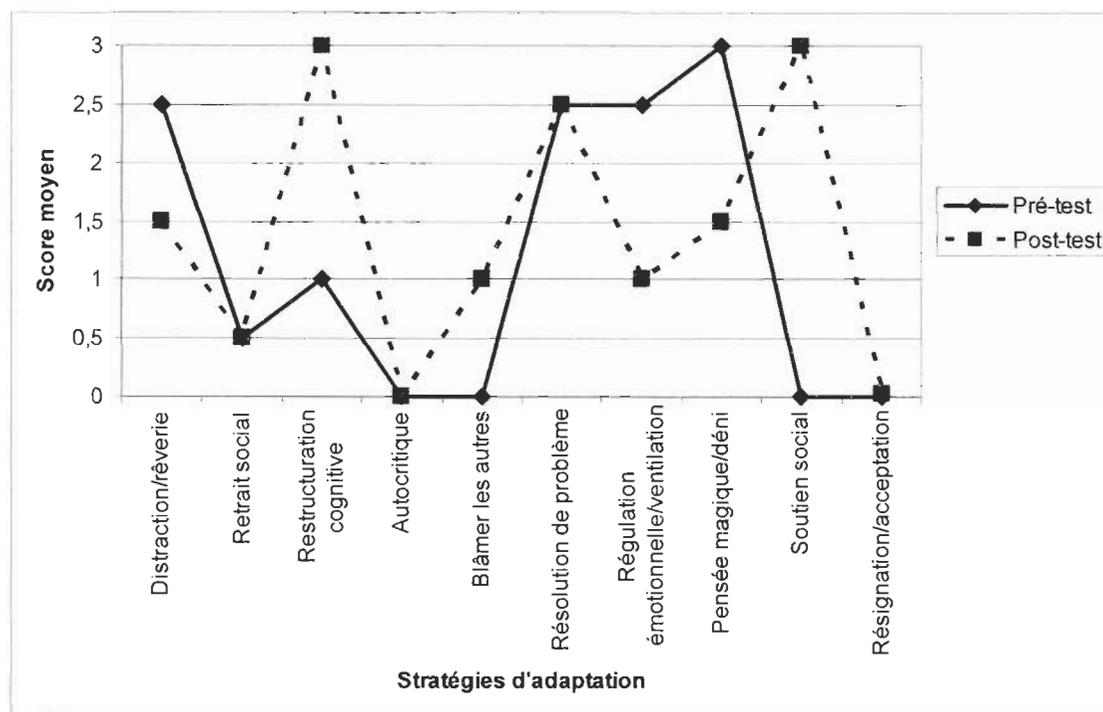


Figure 14. Résultats de Jules au pré et au post-test – enfant.

Jules avait fait ressortir les stratégies d'adaptation pensée magique/déni, distraction/rêverie, résolution de problèmes et régulation émotionnelle/ventilation au pré-test. Au post-test, il est possible de constater que la distraction/rêverie et la pensée magique ont diminué, laissant voir qu'il utilise moins ces stratégies en fin de traitement. Il en est de même pour la régulation émotionnelle/ventilation. En outre, le recours à la restructuration cognitive, au fait de blâmer les autres et au soutien social a augmenté. Enfin, il n'y a pas eu de changement quant à la résolution de problèmes mais cette stratégie demeure tout de même parmi les plus utilisées par Jules.

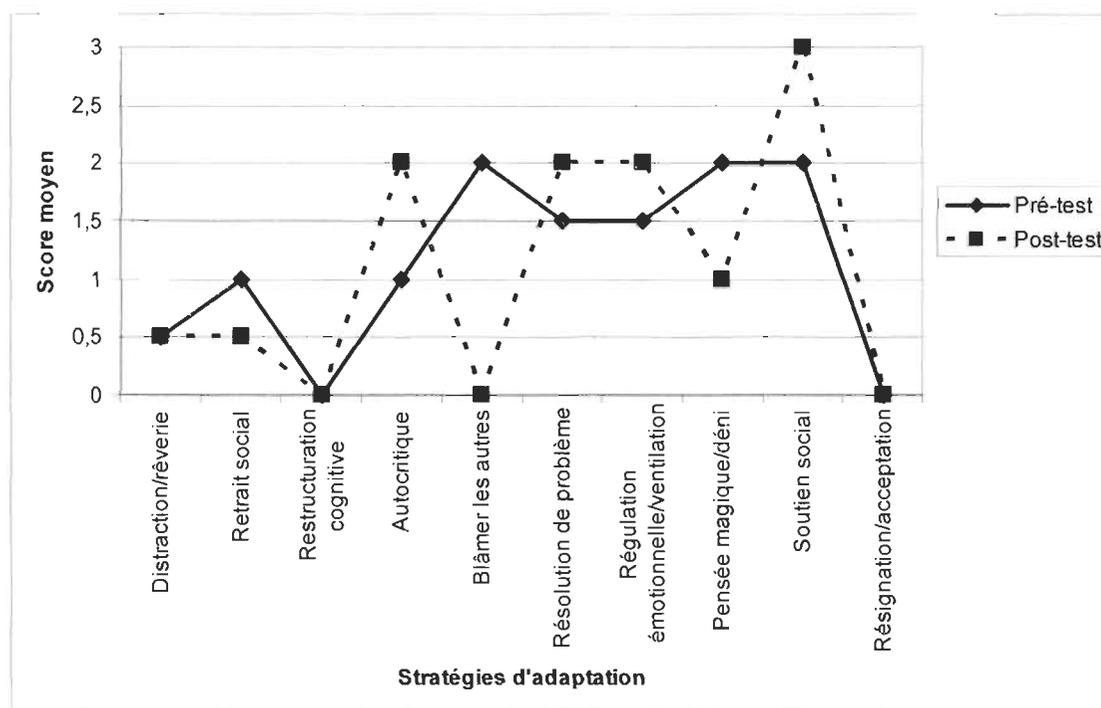


Figure 15. Résultats de Jules au pré et au post-test – parent.

La mère (Figure 15), quant à elle, note une diminution du retrait social, du fait de blâmer des autres et de la pensée magique/déni au post-test. Elle fait également ressortir une augmentation du recours par Jules à l'autocritique, à la résolution de problèmes, à la régulation émotionnelle/ventilation ainsi qu'au soutien social qui, selon elle, se trouve à être la stratégie d'adaptation la plus utilisée par son fils au post-test.

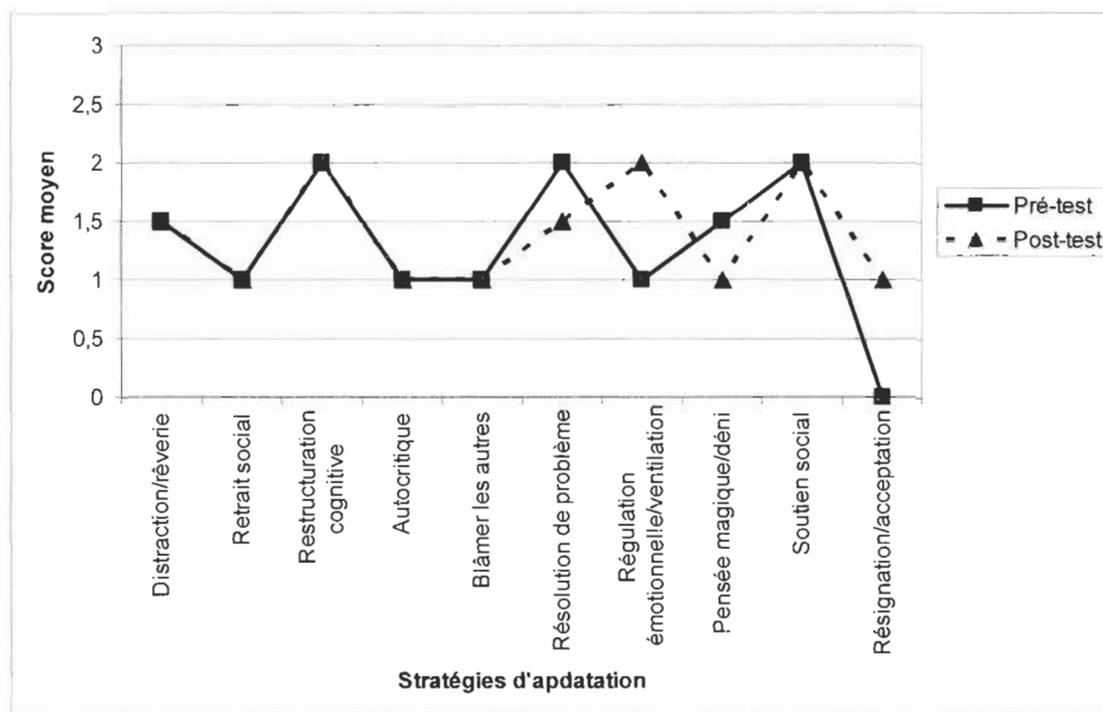


Figure 16. Résultats de Jules au pré et au post-test – animatrice 1.

Tout comme c'était le cas pour l'enfant Maurice, l'animatrice 1 ne fait pas ressortir de grande différence entre le pré et le post-test (Figure 16). Ce qui semble le plus marquant pour elle est l'augmentation du recours à la régulation émotionnelle/ventilation en fin de traitement. Cette stratégie, tout comme la restructuration cognitive et le soutien social, demeurent parmi les plus utilisées par Jules, selon elle.

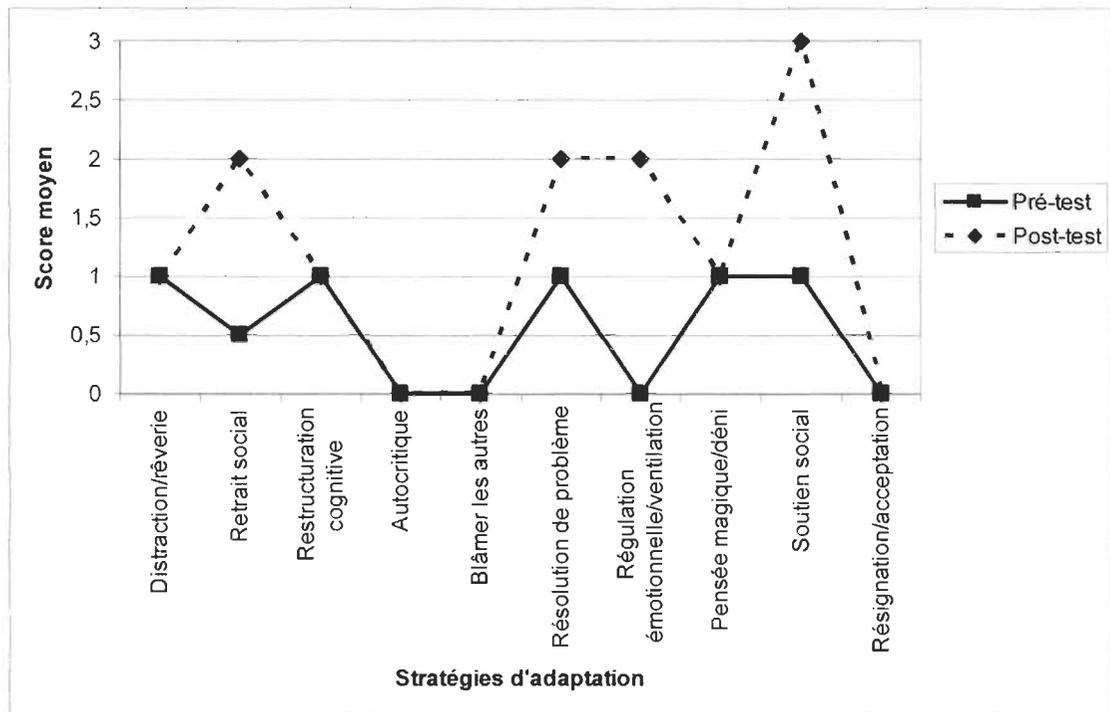


Figure 17. Résultats de Jules au pré et au post-test – animatrice 2.

La seconde animatrice (Figure 17) remarque chez Jules une augmentation du retrait social, de la résolution de problèmes, de la régulation émotionnelle/ventilation et du soutien social, les autres stratégies n'ayant pas changé en termes de fréquence selon elle.

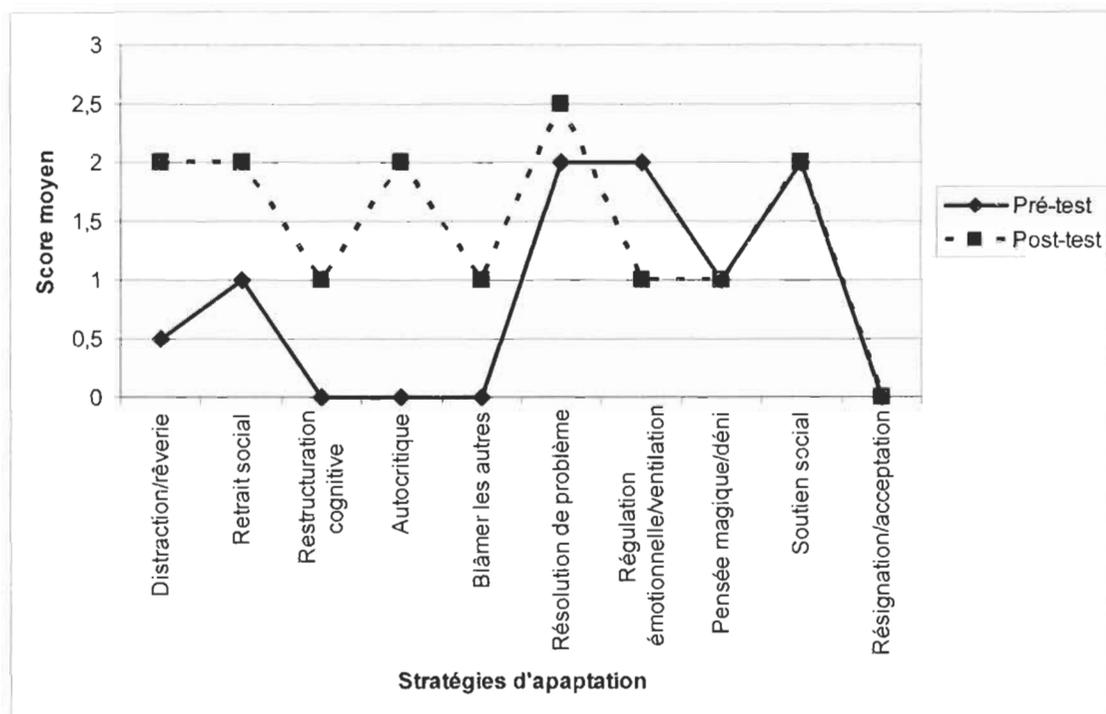


Figure 18. Résultats de Jules au pré et au post-test -- chercheure.

Enfin, la chercheure note une augmentation de la fréquence d'utilisation de la distraction/rêverie, du retrait social, de l'autocritique et du fait de blâmer les autres (Figure 18). Une augmentation est aussi rapportée pour la restructuration cognitive et la résolution de problèmes. Cette dernière demeure parmi les stratégies d'adaptation les plus utilisées par cet enfant. Une diminution de la régulation émotionnelle/ventilation est notée également par la chercheure.

Lorsque l'on met ensemble les résultats à cette deuxième partie, premièrement concernant Maurice, on voit que les stratégies ayant le plus évolué au cours du traitement sont la résolution de problèmes et le soutien social (ont augmenté) ainsi que

la distraction/rêverie (a diminué). Pour ce qui est de Jules, les résultats sont plus hétérogènes mais les stratégies qui retiennent l'attention sont la résolution de problèmes (qui demeure parmi les plus utilisées), le soutien social (qui a augmenté ou demeure parmi les plus utilisées, selon les répondants) et la pensée magique/déni (qui a diminué).

### Données qualitatives

Les analyses en première et deuxième parties ont permis de répondre aux objectifs de la recherche. Par contre, en réalisant cette étude, beaucoup d'informations ont été recueillies concernant les enfants et méritent d'être considérées de manière qualitative. Cette troisième partie regroupe donc toutes les données recueillies pour chacun des enfants en fonction de quatre sphères. Les données qualitatives proviennent de différentes sources :

*Observations* : observations de la chercheure durant les rencontres de groupes; notes évolutives; grilles d'observation; commentaires des évaluatrices concernant le comportement des participants lors de l'administration des questionnaires pré et post-test

*Données cliniques* : protocole d'évaluation post-test du programme d'intervention (le pré-test ayant servi à la description des participants)

*Données qualitatives sur l'évolution des stratégies d'adaptation* : observations de la chercheuse durant les rencontres de groupe; notes évolutives; grilles d'observation, questionnaires pré et post-test (partie qualitative)

*Donnée sur l'efficacité des stratégies d'adaptation* : questionnaires pré et post-test.

L'analyse des données qualitatives devrait permettre de tracer un portrait plus complet de chacun des enfants ainsi que de nuancer les données quantitatives mais surtout de les enrichir et de comprendre encore mieux comment s'adaptent Maurice et Jules.

#### *Données qualitatives concernant Maurice*

*Observations.* Concernant la collaboration de Maurice lors de l'évaluation pré-traitement, il ne collabore que très peu au processus (rappelons que l'évaluation a eu lieu à la maison). En effet, il ne réussit pas, peut-être par manque d'intérêt, à s'affairer à la tâche demandée plus d'une minute. Il cherche à plaire en offrant à l'évaluatrice des bonbons et en la questionnant sur ses goûts en matière de films. On le sent de plus en recherche d'attention : il montre ses jouets, ses capacités physiques et sa collection de films. Néanmoins, le contact avec l'enfant est positif. Le post-test a lieu dans un local du Centre jeunesse. Sa collaboration est meilleure bien qu'il bouge beaucoup et qu'il ait

tendance à se laisser distraire. Quant à la mère, elle offre une bonne collaboration au pré-test. Elle semble légèrement nerveuse. Elle s'assure de bien comprendre les énoncés et demande des explications supplémentaires. À la fin de l'évaluation, elle résume en disant qu'en situation de stress, Maurice a tendance à devenir agressif (faire des crises, grogner, claquer les portes, etc.). Au post-test, sa collaboration est aussi bonne. Elle apporte des nuances à ses réponses et fournit des exemples.

La collaboration de Maurice aux rencontres de groupe est variable mais le plus souvent faible. Il a tendance à déranger, se plaindre et est peu à l'écoute. Il respecte difficilement les règles (tour de parole, rester assis à sa place, etc.) et démontre des signes d'impulsivité et de déficit d'attention. Malgré cela, il offre une bonne compréhension du contenu expliqué car lorsqu'il est questionné, il arrive à répondre adéquatement aux questions. De plus, lorsque les activités demandent une participation active (par ex., lors de mises en situation), il participe facilement et prend plaisir à l'activité. Son humeur est généralement mauvaise en début de rencontre; il refuse de parler et boude. Par contre, au fur et à mesure que la rencontre avance, il devient plus joyeux et agréable. Maurice présente un niveau de langage adéquat en fonction de son âge et démontre un bon niveau intellectuel. Par contre, il exprime difficilement ses émotions et donne peu accès à ce qu'il pense ou ressent et peut même inventer des histoires (souvent invraisemblables) pour recevoir de l'attention.

Malgré sa difficulté à collaborer et à respecter un cadre, c'est un jeune qui entre facilement en relation avec l'adulte et qui devient rapidement attaché (apporte des cadeaux à la chercheuse, complimente les animatrices, etc.). Il recherche de plus le contact physique. Avec les autres enfants du groupe, il est également à l'aise assez rapidement (cherche à jouer avec eux, entame la conversation) et est généralement bien accepté par eux, bien qu'ils le trouvent déranger à certains moments. Par contre, lors des retours sur la semaine en début de séance, il rapporte souvent être en conflit avec ses pairs, s'être battu à l'école ou encore ne pas avoir d'amis. Concernant la relation avec sa mère, elle semble généralement positive bien que superficielle. Ils ont beaucoup de contacts physiques mais ils communiquent peu. Maurice peut de plus être très irrespectueux à son égard, sans que celle-ci n'intervienne.

Au niveau du contre-transfert de la chercheuse envers cet enfant, il est plutôt positif. Maurice est un garçon très attachant et qui entre rapidement en relation. Il demande par contre beaucoup d'attention et la recherche souvent de manière négative (en déranger, en se plaignant) mais peut aussi être très chaleureux. Il donne envie de s'occuper de lui, de lui donner de l'affection. Peut-être que ceci laisse transparaître une carence affective. Concernant la mère, elle dégage de la gentillesse mais surtout un manque évident de confiance en soi. Elle prend peu d'initiative et a de la difficulté à exercer son autorité parentale. De toute évidence, elle est attachée à son fils. Les facteurs de protection observés pour Maurice sont le fait qu'il soit un enfant attachant,

qu'il crée facilement des liens avec les adultes, l'attachement de sa mère envers lui ainsi que son bon niveau de fonctionnement intellectuel.

*Données cliniques.* Au niveau des comportements sexuels, la mère ne fait pas ressortir de problème à ce niveau, comme c'était le cas au pré-test. Elle observe par contre toujours davantage de problèmes de comportement chez son enfant que les parents en observent généralement chez leurs enfants. Plus précisément, les plaintes somatiques et les comportements agressifs observés par la mère indiquent la présence probable de problème, ou à tout le moins, d'une fragilité de l'enfant quant à ces aspects. En outre, les résultats font ressortir que Maurice présente moins d'habiletés sociales, de comportements d'affirmation, d'empathie et de comportements de coopération que la moyenne des enfants de son âge. Par contre, il présente autant de comportements de contrôle de soi. En comparaison avec les résultats au pré-test, il ressort que Maurice n'a pas fait de progrès au niveau des habiletés sociales. Cet aspect doit par contre être nuancé car les observations cliniques ont mis en évidence une amélioration à ce niveau chez cet enfant. Par ailleurs, tout comme au pré-test, le profil de l'échelle de stress post-traumatique de Maurice est invalide car il a possiblement répondu de façon trop élevée aux questions et ce, sans discrimination (a sur-rapporté des symptômes). Il est quand même pertinent de porter attention à certains énoncés endossés par Maurice. Il s'identifie à ceux-ci *presque tout le temps* : « vouloir me faire mal » et « avoir peur des hommes ». Il s'identifie aussi *parfois* à cet énoncé : « vouloir me tuer ». Les résultats au post-test indiquent entre autre que la mère donne souvent des soins et du soutien à son

enfant mais aussi qu'elle adopte quelquefois des conduites punitives à l'égard de Maurice et crie souvent après lui. Ce dernier point n'était pas ressorti à l'évaluation pré-traitement. Nous pouvons penser que la mère, au fil des rencontres avec les intervenants, a créé une relation de confiance lui permettant de nommer des aspects plus difficiles à nommer en début de traitement, lorsque le lien thérapeutique n'est pas établi, ou encore qu'elle a pris conscience de ce comportement grâce à sa participation au groupe.

*Données qualitatives sur l'évolution des stratégies d'adaptation.* Les résultats correspondent de façon générale à ce qui a été observé par la chercheuse lors des rencontres de groupe, particulièrement en ce qui concerne la distraction/rêverie qui est ressortie parmi les stratégies les plus utilisées par Maurice. On le voyait souvent, en effet, tenter de se distraire par divers moyens (prendre un jouet, taquiner les autres enfants ou les animatrices, etc.), particulièrement lorsque les thèmes abordés étaient difficiles ou encore pouvaient créer un malaise chez les participants (gestes sexuels posés, émotions liées aux comportements sexuels problématiques, éducation à la sexualité, etc.). Une diminution du recours à cette stratégie a cependant été observée, tout comme les résultats l'ont fait ressortir à l'analyse quantitative. Le retrait social, aussi noté de manière assez élevée dans l'analyse quantitative, a été grandement observé en cours de traitement. Dans le même sens que la distraction/rêverie, Maurice avait recours au retrait social lorsqu'il était en malaise. Il pouvait alors se fermer en refusant de parler, en boudant ou en se cachant sous la table. Cette stratégie est

demeurée présente tout au long du traitement. Les résultats quantitatifs indiquaient également une augmentation générale du recours au soutien social. Les observations vont dans le même sens à savoir que cette stratégie a davantage été observée lors des rencontres en fin de traitement qu'au début. Par exemple, suite à la suggestion des animatrices, Maurice s'est référé à une enseignante concernant une situation de conflit avec des pairs. Somme toute, les observations permettent d'aller dans le même sens que l'analyse quantitative des résultats, à savoir que ce sont les stratégies résolution de problèmes et soutien social (qui ont augmenté) ainsi que distraction/rêverie (qui a diminué) qui ressortent comme ayant subi une évolution au cours de l'intervention.

*Données sur l'efficacité.* Notons que, même si chaque répondant a coté l'efficacité des stratégies lorsqu'il a répondu au questionnaire, seuls les scores de la version enfant seront considérés. D'une part, autant les parents, les animatrices que la chercheuse ont trouvé difficile de juger de l'efficacité d'une stratégie d'adaptation utilisée par les enfants, rendant ainsi difficilement interprétables les résultats. D'autre part, après réflexion, une stratégie ne saurait être jugée efficace que par celui ou celle qui la met en pratique. La Figure 19 présente donc les résultats de Maurice concernant l'efficacité au pré-test et la Figure 20, au post-test. Notons que certaines stratégies n'apparaissent pas dans les figures. Cela s'explique par le fait que certaines stratégies ne doivent pas être considérées dans l'analyse de l'efficacité car elles ont obtenues un score de 0 à la fréquence d'utilisation, ce qui signifie que l'enfant n'utilisait pas cette stratégie et donc ne pouvait se prononcer sur son efficacité. Pour Maurice, au pré-test,

les stratégies ne devant pas être prises en compte sont donc : la restructuration cognitive, l'autocritique et le fait de blâmer les autres. Au post-test, ce sont l'autocritique, le fait de blâmer les autres et la résignation/acceptation qui ne doivent pas être considérés dans l'analyse.

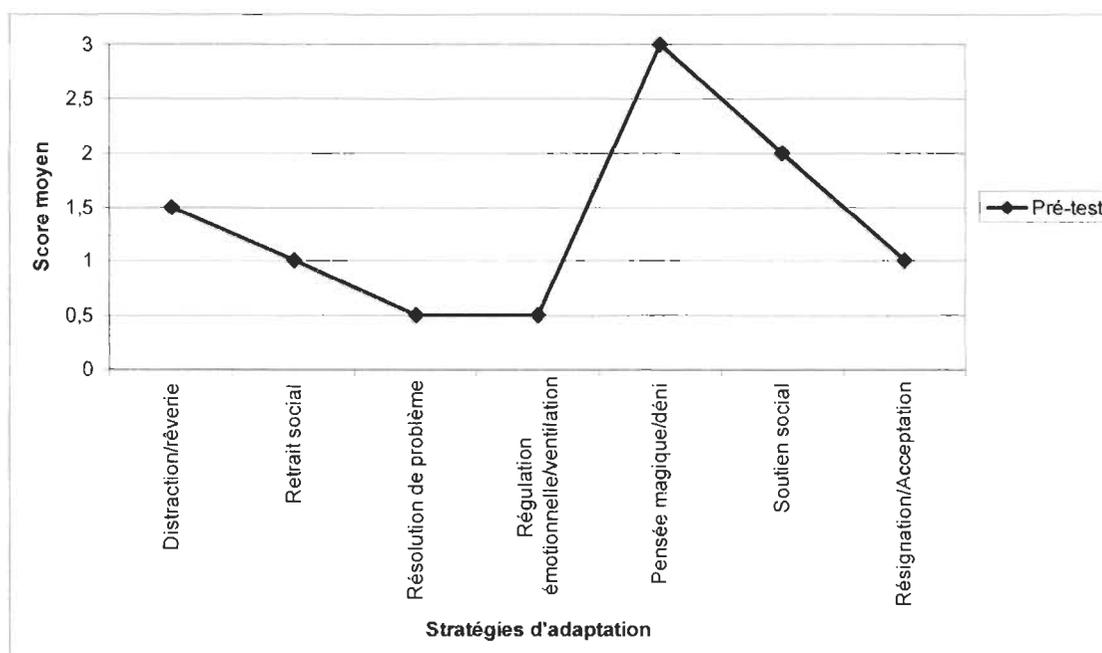


Figure 19. Résultats de Maurice au pré-test concernant l'efficacité.

Au pré-test, Maurice juge que la stratégie d'adaptation la plus efficace est la pensée magique/déni, suivie du soutien social.

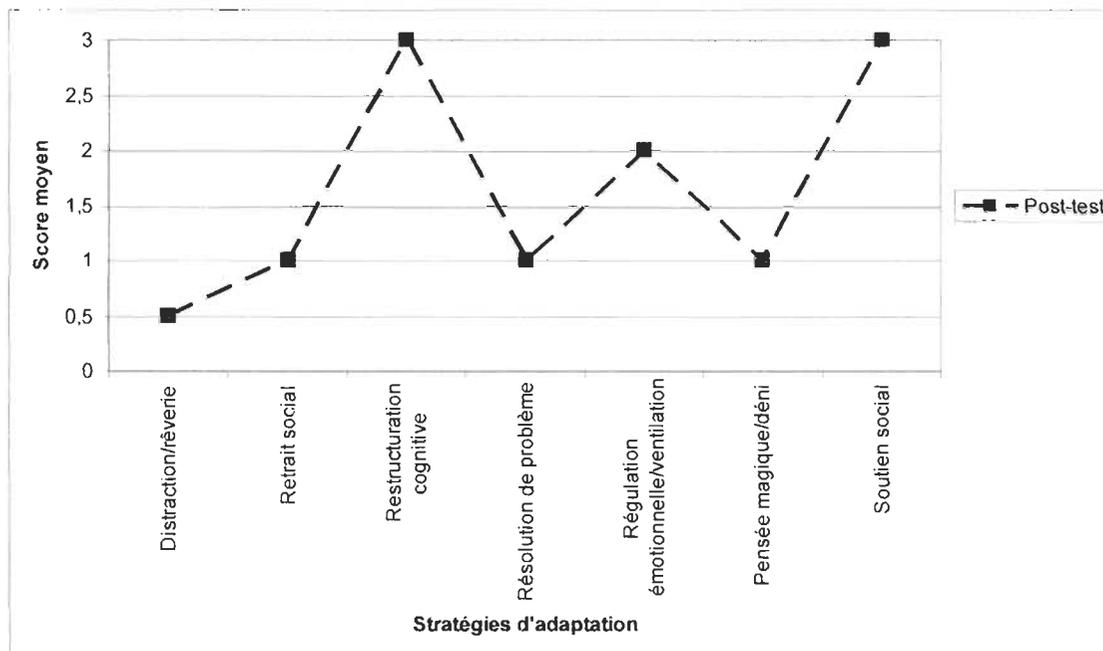


Figure 20. Résultats de Maurice au post-test concernant l'efficacité.

Au post-test, il est possible de constater que les stratégies jugées les plus efficaces par Maurice sont maintenant la restructuration cognitive, le soutien social et la régulation émotionnelle/ventilation et que la pensée magique/déni est maintenant jugée moins efficace.

#### *Donnes qualitatives concernant Jules*

*Observations.* En ce qui concerne la collaboration de Jules à l'évaluation pré-traitement, il collabore très bien au processus. Il se montre attentif, calme et intéressé. Il réfléchit aux questions et présente des réponses nuancées. À la fin de l'évaluation, il affirme qu'il aurait apprécié avoir un autre questionnaire à remplir, parce qu'il aime

répondre à des questions. Au post-test, sa collaboration est la même, soit très bonne. Il est en mesure de faire des liens entre les différents énoncés et est à l'aise en rencontre. Le contact avec l'évaluatrice est positif. Pour sa part, la mère offre une bonne collaboration en apparence mais semble trouver difficile de répondre. Elle répond rapidement, peut-être pour se débarrasser, et ne semble pas comprendre pourquoi on s'intéresse à ce sujet (les stratégies d'adaptation). Il faut dire que la rencontre a lieu à la maison et que les frères et sœurs de Jules sont présents et demandent beaucoup d'attention. Madame répond quand même aux questions et apporte des nuances. Au post-test, sa participation est somme toute assez bonne mais on sent encore une fois que le processus est lourd pour elle.

La collaboration de Jules à la démarche de groupe est très bonne. Il participe activement aux activités, est attentif, partage son opinion et répond avec pertinence aux questions. Il présente un niveau de langage élevé pour un jeune de son âge (beaucoup de vocabulaire) ainsi qu'une bonne capacité à exprimer ses émotions. Son niveau de compréhension des thèmes explorés est aussi adéquat. Son humeur est généralement bonne, même s'il semble parfois un peu triste (sans pour autant que ce soit de la dépression). Bien que de nature un peu réservée, Jules entre facilement en relation, que ce soit avec les adultes ou les autres enfants du groupe. Il rapporte avoir beaucoup d'amis mais se faire parfois intimider à l'école. La relation avec la mère semble assez bonne et ils peuvent être complices. Par contre, on le sent réticent à partager avec elle

ce qui le met en colère ou le rend triste et il indique qu'il communique plus facilement avec sa grande sœur.

Le contre-transfert de la chercheuse envers cet enfant est positif. Il dégage une certaine maturité, est aimable et généreux. On le sent par contre vouloir être valorisé par les adultes et rechercher leur approbation. Il dégage en outre une certaine tristesse même s'il affiche généralement une humeur positive. Il donne envie de l'encourager pour sa gentillesse et sa générosité et de le traiter en plus vieux. Au niveau de la mère, elle dégage un caractère fort, n'est pas chaleureuse et semble dépassée. Il est difficile d'entrer en relation avec elle au début mais au fil des rencontres, elle devient plus accessible et les animateurs du groupe de parents la décrivent même comme une leader dans le groupe. En outre, elle est de toute évidence attachée à Jules mais sa charge de travail (plusieurs enfants à charge, peu de support du conjoint, est enceinte) la rend moins disponible pour son fils. Les facteurs de protection identifiés pour cet enfant sont ses bonnes habiletés sociales, son tempérament agréable, son bon niveau de fonctionnement intellectuel, sa complicité avec la mère ainsi que la présence d'une grande sœur supportante.

*Données cliniques.* Au niveau des comportements sexuels, la mère mentionne, au post-test, que Jules n'en présente pas plus que les autres enfants de son âge. Il y a donc une amélioration à ce niveau en comparaison avec l'évaluation pré-traitement où il présentait des comportements sexuels en excès. Les informations concernant les

problèmes de comportements ne sont pas disponibles car le questionnaire n'a pas été complété lors de l'évaluation post-traitement. Au niveau des habiletés sociales, les résultats font ressortir que Jules présente plus d'habiletés sociales, de comportements de coopération, de comportements d'affirmation, d'empathie et de comportements de contrôle de soi que la moyenne des enfants de son âge. Une amélioration est donc notée en comparaison avec le pré-test et ce, à tous les niveaux. Au niveau de l'échelle de stress post-traumatique, le profil de Jules ne fait ressortir aucun symptôme. Il y a donc ici aussi une évolution positive en comparaison avec le pré-test où Jules démontrait un risque de présenter des symptômes dépressifs. Il fait tout de même ressortir les énoncés suivants : « avoir peur des hommes » (parfois), « me méfier des gens parce qu'ils pourraient vouloir du sexe » (souvent), « me bagarrer » (souvent), « avoir peur que quelqu'un me tue » (parfois) et « vouloir me tuer » (parfois). La mère mentionne donner quelquefois des soins et du soutien à son enfant. Elle indique en outre adopter quelquefois des conduites punitives à l'égard de son fils, dont crier après lui.

*Données qualitatives sur l'évolution des stratégies d'adaptation.* À la lecture de l'analyse quantitative des résultats, on se rend compte que les résultats concernant Jules sont plutôt hétérogènes. Les répondants semblent en effet avoir une compréhension différente de la façon de s'adapter de cet enfant. Les observations en cours de traitement permettent d'émettre l'hypothèse que Jules ne faisait pas face aux difficultés de la même façon dans le groupe de traitement qu'à la maison ou à l'école. Les répondants ont donc pu répondre seulement en fonction de ce qu'ils ont perçu de lui

dans le groupe ou en fonction de son discours sur son vécu à la maison et à l'école. Jules était le plus vieux des participants, le plus sage et présentait une facilité à s'exprimer, peu commune chez un enfant de son âge. Il attirait ainsi la sympathie et était valorisé par les animatrices, ce qui faisait du groupe un endroit confortable et sécurisant pour lui. Par contre, son contexte familial (conflits conjugaux, violence verbale du conjoint envers la mère, famille nombreuse, nouveau bébé) ne semblait pas lui permettre d'être aussi épanoui et considéré que dans le groupe. Dans ce contexte, il semblait davantage en détresse et utilisait des stratégies d'adaptation moins efficaces telles que la pensée magique/déni. Par exemple, en parlant des conflits conjugaux de sa mère, il pouvait dire « ce n'est pas si grave que ça, ça va s'arranger, ça me dérange pas... », alors qu'il était clairement ébranlé par la situation. Par contre, dans le groupe, lorsqu'une activité demandait de résoudre un problème théorique, il était très créatif, proposait de bonnes solutions et était capable de demander de l'aide. On peut donc penser que des stratégies comme la résolution de problèmes ou le soutien social sont des stratégies qu'il connaît et reconnaît comme étant efficaces mais qu'il ne les maîtrise pas suffisamment pour y avoir recours en situation de malaise ou de stress comme il vit à la maison. Dans une telle situation, où il n'a pas de pouvoir, il recourt plus facilement à des stratégies comme la pensée magique/déni ou le retrait social, stratégies qui demandent moins d'efforts émotionnels ou cognitifs et qui sont davantage accessibles à un enfant de son âge. Malgré tout, de façon générale, il est possible de considérer que, comme le démontrait l'analyse quantitative, ce sont la résolution de problèmes, le

soutien social (ont augmenté ou demeurent parmi les plus utilisées) et la pensée magique/déni (a diminué) qui ont subis la plus grande évolution au cours du traitement.

*Données sur l'efficacité.* Les Figures 21 et 22 illustrent les résultats de Jules au pré-test et au post-test concernant l'efficacité. Au pré-test, les stratégies autocritique, blâmer les autres, soutien social et résignation/acceptation ne sont pas considérées. Au post-test, ce sont l'autocritique et la résignation/acceptation qui ne sont pas représentées.

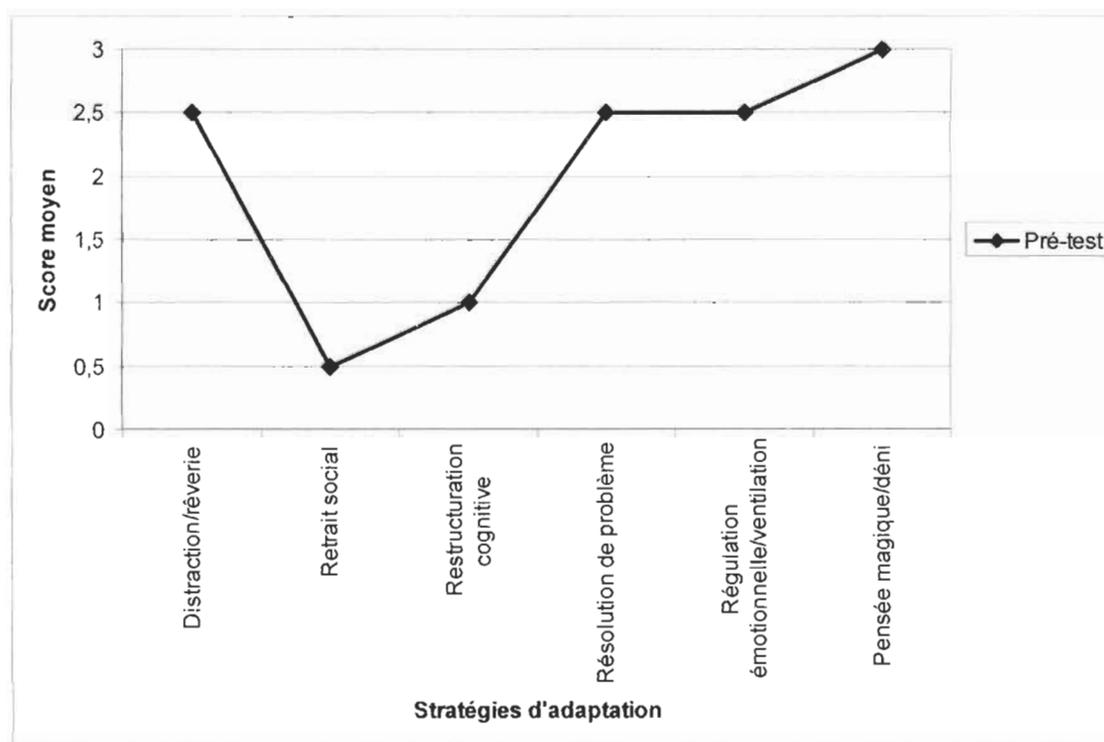


Figure 21. Résultats de Jules au pré-test concernant l'efficacité.

Jules, au pré-test (Figure 21), considère la pensée magique/déni comme étant la stratégie d'adaptation la plus efficace. Il fait aussi ressortir la distraction/rêverie, la résolution de problèmes et la régulation émotionnelle/ventilation comme étant efficaces.

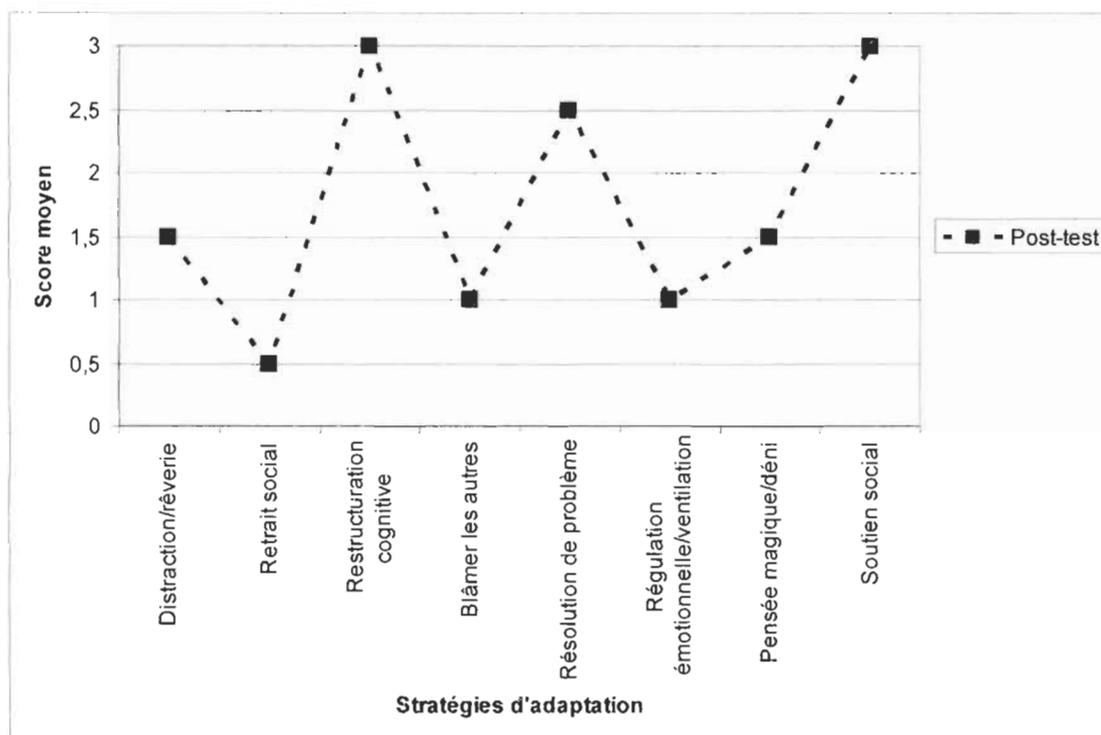


Figure 22. Résultats de Jules au post-test concernant l'efficacité.

Au post-test, la restructuration cognitive, le soutien social ainsi que la résolution de problèmes sont maintenant jugées efficaces tandis que la pensée magique/déni et la distraction/rêverie obtiennent des scores plus faibles.

Somme toute, la présente section du travail a permis de répondre aux objectifs de la recherche et même d'aller plus loin avec l'analyse des données qualitatives. La prochaine partie, la discussion, viendra commenter ces analyses.

## *Discussion*

Dans cette section, les résultats seront d'abord discutés en fonction des deux objectifs de la recherche. L'analyse qualitative des résultats sera aussi commentée. Par ailleurs, les limites, forces et retombées de la recherche seront passées en revue et des recommandations concernant le programme d'intervention seront enfin proposées.

Avant de discuter des résultats en fonction des objectifs, il apparaît important de rappeler quelles sont les stratégies d'adaptation généralement reconnues comme efficaces et moins efficaces (Tableau 1) (Spirito et al., 1996).

Tableau 1

Classification des stratégies d'adaptation en fonction de leur efficacité

Stratégies d'adaptation efficaces	Stratégies d'adaptation non efficaces
Régulation émotionnelle/ventilation	Autocritique (se blâmer)
Résolution de problèmes	Blâmer les autres
Restructuration cognitive	Distraction/rêverie
Soutien social	Pensée magique/déni
	Résignation/acceptation
	Retrait social

### Identification des stratégies d'adaptation

L'analyse des résultats, en première partie, avait mis en évidence chez Maurice l'utilisation préférentielle des stratégies d'adaptation de distraction/rêverie et de retrait social. Ces stratégies sont de l'ordre de coping de type évitement ou centrée sur les émotions. Il semble donc que Maurice, pour s'adapter, avait tendance, en début de traitement, à fournir des efforts cognitifs, comportementaux ou émotionnels afin de s'éloigner de la source du stress (Roth & Cohen, 1986) ou, dans le même sens, à avoir une réponse émotionnelle (ventiler, gérer ses émotions) face à une situation stressante (Lazarus & Folkman, 1984). Rappelons que, même si ce type de coping peut être efficace dans certaines situations, des stratégies telles que la distraction/rêverie et le retrait social sont généralement jugées moins efficaces ou moins adaptatives que ne le sont par exemple la résolution de problèmes ou la recherche de soutien social. En même temps, rappelons que la maturité cognitive nécessaire à l'apprentissage de la résolution de problèmes ne s'acquiert que vers huit-dix ans (Spivack & Shure, 1982) et que l'enfant n'avait que sept ans au début du processus de groupe. D'un autre côté, les jeunes enfants utilisent généralement le coping social (Dumont & Pancherel, 2001), tel que le soutien social, alors que Maurice préconise le retrait social. Cette stratégie se classe d'ailleurs dans le coping asocial selon Moreland et Dumas (2008), ce qui implique que l'enfant répond à un stresser par l'évitement.

De façon générale, on peut donc avancer que Maurice, en début de traitement, présente des difficultés sur le plan adaptatif, comme le supposait la première hypothèse.

On ne peut comparer Maurice à un agresseur sexuel ne serait-ce que parce que c'est un enfant, mais on peut faire un rapprochement entre sa façon de s'adapter et celle des adultes agresseurs sexuels. Comme rapporté dans le contexte théorique, des recherches auprès de ces adultes ont mis en évidence qu'ils utilisaient davantage de stratégies de fuite et d'évitement que les non agresseurs (Kear-Colwell & Sawle, 2001; Marshall et al., 2000; Neidigh & Tomiko, 1991) ou des stratégies généralement non efficaces (Marshall et al., 2006).

Concernant Jules, l'analyse des résultats au pré-test a fait ressortir qu'il utilisait surtout la pensée magique/déni, la résolution de problèmes, le soutien social et la régulation émotionnelle/ventilation. Cette dernière fait partie des stratégies centrées sur les émotions ou de type évitement mais, contrairement à la distraction/rêverie ou au retrait social, elle est considérée comme généralement efficace. La pensée magique/déni fait aussi partie de ce type de coping mais est considérée comme moins efficace car elle ne vise pas la gestion des émotions mais plutôt leur déni (Spirito et al., 1996). La résolution de problèmes et le soutien social sont des stratégies centrées sur le problème ou de type approche, qui consiste à contrôler ou à modifier la source de stress par des efforts de résolution et de reconceptualisation afin de mettre fin à la situation stressante (Lazarus et Folkman, 1984) et sont donc généralement efficaces. La plupart des stratégies présentées par Jules en début de traitement se classent en outre dans le coping de type prosocial et sont encouragées (Moreland & Dumas, 2008). Jules présentait donc déjà en début de traitement une façon généralement efficace de s'adapter, ce qui infirme

la première hypothèse et qui diffère de Maurice. Jules était par contre un peu plus vieux (huit ans). On peut alors penser qu'il avait la maturité cognitive nécessaire pour utiliser la résolution de problèmes.

Lorsque l'on compare les deux enfants, il est intéressant de constater que les comportements sexuels problématiques commis par Jules sont de moins grande gravité en comparaison aux gestes posés par Maurice, en termes de type de comportements sexuels, de nombre d'incidents et d'utilisation de contrainte, et que c'est Jules qui présente une meilleure adaptation. Rappelons que les comportements sexuels commis par Jules étaient de l'ordre d'attouchement et d'exhibitionnisme, qu'aucune contrainte n'avait été utilisée et que ces comportements avaient été classés comme *sexuellement réactifs* sur le continuum de Johnson. Les comportements de Maurice étaient de l'ordre d'exhibitionnisme, d'attouchement et de fellation, il avait utilisé des contraintes verbales et les comportements étaient classés dans la catégorie *sexuellement agressifs*, catégorie se rapprochant davantage de la pathologie. On ne peut bien sûr généraliser mais il est possible d'émettre l'hypothèse, en regard de cette constatation, qu'un enfant ayant développé des stratégies d'adaptation efficaces aura recours à des comportements sexuels de nature moins importante et donc avec généralement moins d'impacts pour l'enfant lui-même, sa famille et l'autre enfant impliqué (bien que l'impact ne soit pas seulement lié à la nature du comportement mais à l'âge des enfants, à leur maturité, au soutien qu'ils reçoivent après le dévoilement, etc.). Par ailleurs, on le verra plus loin, il est possible que l'orientation des services concernant Jules n'ait pas été la meilleure.

### Évolution des stratégies d'adaptation

Concernant Maurice, en regard des résultats obtenus dans l'analyse, il est possible de conclure à une amélioration de la façon de s'adapter de cet enfant. En effet, certaines stratégies jugées moins efficaces, comme la distraction/rêverie, présente au pré-test, ont diminué ou en tout cas ne se retrouvent plus parmi les stratégies les plus utilisées par l'enfant lors de l'évaluation post-test. De plus, l'utilisation de stratégies d'adaptation jugées efficaces pour faire face à une difficulté ou encore résoudre un problème, comme la résolution de problèmes ou la recherche de soutien social, a augmenté et, selon certains répondants, se retrouvent même parmi les plus utilisées par l'enfant.

Pour ce qui est de Jules, les résultats étaient hétérogènes mais ont malgré tout fait ressortir une augmentation ou le maintien de l'utilisation de stratégies jugées généralement efficaces, telles que la résolution de problèmes et le soutien social, ainsi qu'une diminution de la pensée magique/déni qui est en général moins efficace. Ainsi, tout comme Maurice, on note une amélioration de la façon de s'adapter de Jules après sa participation au programme de traitement.

Il est donc intéressant de constater que, suite à leur participation au programme d'intervention, les deux enfants ont connu une évolution positive quant à des stratégies d'adaptation jugées efficaces telles que la résolution de problèmes et le soutien social, même si ce programme n'a pas d'objectif précis en lien avec les stratégies d'adaptation.

Il semble donc que la participation de Maurice et de Jules au programme de traitement leur a été bénéfique au point de vue adaptatif, comme le stipulait la deuxième hypothèse.

Même si l'efficacité ne faisait pas partie des objectifs de la recherche, il est aussi intéressant de constater que, suite à leur participation au programme, les deux enfants ont jugé efficaces des stratégies qu'ils ne reconnaissaient pas comme efficaces en début de traitement, d'autant que ces stratégies sont reconnues comme étant efficaces et adaptatives. Ils ont également jugé moins efficaces des stratégies reconnues comme moins adaptatives. Rappelons en effet que Maurice, en début de traitement, jugeait que la stratégie d'adaptation la plus efficace était la pensée magique/déni alors qu'au post-test, cette stratégie était jugée moins efficace. En outre, il reconnaissait une plus grande efficacité à la restructuration cognitive, au soutien social et à la régulation émotionnelle/ventilation suite aux rencontres de groupe. Dans le même sens, Jules attribuait au pré-test un statut d'efficacité à la pensée magique/déni et faisait également ressortir la distraction/rêverie comme étant efficace alors qu'au post-test, il les reconnaissait comme moins efficaces. Par ailleurs, la restructuration cognitive, le soutien social ainsi que la résolution de problèmes étaient maintenant jugées efficaces par Jules en fin de traitement. On peut donc penser que le programme d'intervention, par certaines activités, a fait découvrir aux enfants des stratégies d'adaptation efficaces et leur a permis de les développer, ce qui va dans le sens de la deuxième hypothèse de la recherche.

Bien sûr, le fait que le programme d'intervention n'avait pas d'objectif spécifique en lien avec les stratégies d'adaptation fait en sorte qu'il est difficile d'établir dans quelle mesure le traitement a eu une réelle influence sur les stratégies d'adaptation des participants. Il est évident que d'autres éléments sont entrés en ligne de compte comme le soutien familial, le fonctionnement antérieur de l'enfant ou tout simplement le passage du temps. Par contre, il est intéressant de constater que le programme, sans que ce soit fait de façon explicite, touche à des stratégies telles que la régulation émotionnelle/ventilation, la résolution de problème, le soutien social et, de façon moindre, la restructuration cognitive (Appendice D) et que deux de ces stratégies, la résolution de problème et le soutien social, ont évolué de manière positive pour les deux enfants. Ainsi, même si on ne peut avancer hors de tout doute que le programme a eu un effet positif direct sur les stratégies d'adaptation des enfants, il est possible de conclure qu'il n'a en tout cas pas nuit à leur adaptation, étant donné qu'il ressort de cette recherche une évolution positive au niveau des stratégies d'adaptation.

#### Analyse qualitative

Premièrement concernant Maurice, l'analyse qualitative a tracé le portrait d'un enfant présentant des traits de déficit de l'attention, d'hyperactivité, d'opposition, de difficultés à respecter les règles, de difficultés relationnelles avec les pairs, de recherche d'attention ainsi qu'un désir de plaire. Maurice présente en outre de la difficulté à exprimer ses émotions et à se confier. Notons que ces traits font partie des caractéristiques généralement présentes chez les enfants ayant manifesté des

comportements sexuels problématiques (se référer au contexte théorique dans la partie *Caractéristiques des enfants présentant des comportements sexuels problématiques*). En regard de tous ces éléments, il n'est pas surprenant que l'analyse des résultats ait fait ressortir des stratégies telles que la distraction/rêverie et le retrait social au pré-test. Malgré cela, Maurice est un enfant attachant, intelligent et qui entre facilement en relation et ces qualités ne sont certainement sans lien avec l'évolution positive de la façon de s'adapter de cet enfant au cours du programme d'intervention.

Ensuite, l'analyse qualitative a révélé que Jules est un enfant collaborant, attentif, calme et agréable. Il présente un bon niveau intellectuel et de bonnes habiletés sociales. Il est de plus en mesure de faire des liens et exprime adéquatement ses émotions. Il entre assez facilement en relation, malgré une certaine timidité en début de relation, et démontre un désir de plaire. Même s'il peut afficher à certains moments des sentiments de tristesse, son humeur est généralement bonne. Il est ainsi facile de comprendre pourquoi déjà, en début de traitement, Jules démontrait surtout des stratégies d'adaptation efficaces et qu'une évolution positive (ou un maintien) de ces stratégies a été observée au cours du traitement. Soulevons, par contre, que ce portrait ne cadre pas avec les caractéristiques généralement rapportées chez les enfants présentant des comportements sexuels problématiques, ce qui, encore une fois, remet en question l'orientation des services concernant cet enfant.

### Limites, forces et retombées de la recherche

La première limite de cette recherche est évidemment son petit échantillon. Il ne permet pas de tirer des conclusions concernant l'ensemble des enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Par contre, même si la problématique est importante en termes de conséquences et d'impacts sur le développement des enfants, relativement peu d'enfants présentent ce genre de problème. D'autre part, plusieurs recherches portant sur le sujet présentent cette limite (Gray et al., 1999; Hall et al., 2002; Tremblay & Bégin, 2008). Le fait que seuls deux participants aient été retenus pour la recherche a, par contre, permis une analyse plus en profondeur qui n'aurait pas été possible dans une étude de plus grande envergure. Il ne faut oublier non plus que cet essai s'inscrit dans un doctorat clinique et donc que les retombées souhaitées doivent être davantage en lien avec l'intervention auprès de ces jeunes et de leur famille.

Une autre limite de la recherche est le fait que des variables ayant pu elles aussi influencer l'adaptation de l'enfant, outre le programme d'intervention, n'aient pas été contrôlées (passage du temps, fonctionnement antérieur de l'enfant, soutien familial, niveau intellectuel, etc.), rendant ainsi difficile de conclure à un lien direct entre la participation au programme d'intervention et une amélioration de la façon de s'adapter de l'enfant. Rappelons, par contre, que cette recherche se voulait en tout premier lieu exploratoire et que le sujet a été peu étudié. Ainsi, cette démarche, bien qu'incomplète, constitue un premier pas vers une meilleure compréhension de la façon de s'adapter de ces enfants.

Également le choix de l'instrument de mesure pour évaluer les stratégies d'adaptation (le *Questionnaire sur les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants*) représente une limite car, ayant été modifié à partir du *Kidcope Checklist*, il n'est pas validé. Notons, par contre, que les modifications effectuées sont mineures et que l'instrument original a, lui, été validé (Pretzlik & Sylva, 1999; Spirito et al., 1991). D'autres outils mesurant le coping auraient tout de même pu être choisis mais demandaient tous des modifications parce qu'ils n'étaient pas traduits en français ou qu'ils ne s'adressaient pas à des enfants aussi jeunes que les participants à l'étude. Par exemple, l'instrument de mesure *Tes stratégies pour faire face à une dispute avec un ami* (Hébert, Desbiens, & Parent, 1995), qui est la traduction française du *Self-Report Coping Style* de Causey & Dubow paru en 1992, s'adresse à des enfants de la quatrième à la sixième année (10-12 ans) ou encore le *Schoolagers' Coping Strategies Inventory – II* (Ryan-Wenger, 2004) ne semble pas avoir été traduit en français. Les autres instruments portant sur le coping qui ont été répertoriés s'adressent aux adolescents ou encore aux adultes.

Par ailleurs, l'administration pré-test du questionnaire a eu lieu entre la quatrième et la cinquième rencontre, ce qui peut représenter une lacune étant donné que le traitement était commencé et donc avait déjà pu avoir une influence sur les stratégies d'adaptation des enfants. Par contre, comme il a été dit préalablement, il n'a pas été du ressort de la chercheuse que l'administration ait lieu à ce moment étant donné qu'elle devait attendre les conclusions de l'évaluation du projet de recherche par le comité

d'éthique de la recherche du Centre jeunesse de Québec. D'autre part, les animatrices, ainsi que la chercheuse, ont constaté qu'il était difficile de répondre au questionnaire avec une connaissance minimale de l'enfant, ce qui aurait été amplifié si la passation avait eu lieu avant le traitement. On peut même penser que les résultats de ces versions n'auraient pu être analysés étant donné que les répondantes ne connaissaient pas les enfants. De plus, ce délai a permis d'établir un minimum de relation de confiance avec les enfants, ce qui, généralement, facilite l'accès au répertoire comportemental et affectif des personnes évaluées.

Concernant la *Grille d'observation des stratégies d'adaptation utilisées par les enfants*, qui a été construite pour la présente recherche, elle s'est révélée un outil efficace pour regrouper les observations sur les stratégies d'adaptation et faire l'analyse des différentes situations pour ainsi dégager une façon générale de s'adapter de l'enfant.

Malgré les limites énumérées précédemment, cette recherche présente de nombreuses forces. Elle traite d'abord d'une problématique qui été peu étudiée, soit les enfants présentant des comportements sexuels problématiques (Gagnon et al., 2008; Hutton & White, 2006), en plus de s'intéresser au coping chez l'enfant qui a aussi été peu étudié (Dumont & Pancherel, 2001). Elle a donc le mérite d'avoir mis en lien deux aspects peu étudiés en psychologie et est ainsi tout à fait originale. L'étude est d'autant plus pertinente que les chercheurs s'intéressant aux enfants présentant des

comportements sexuels problématiques traitent généralement des caractéristiques de ces enfants ou de leur famille alors que la présente étude s'est attardée à l'intervention.

Une autre force de cette recherche réside dans son analyse des résultats à la fois quantitative et qualitative. L'analyse quantitative est importante car elle permet d'objectiver les résultats et de comparer les participants entre eux mais, jumelée à une analyse qualitative, elle devient encore plus riche par les nuances que cette dernière apporte. En outre, une force se trouve dans le fait que l'analyse des résultats est systémique étant donné que les informations recueillies proviennent de différentes personnes, c'est-à-dire l'enfant, le parent, les animatrices et la chercheure, en plus de provenir de diverses sources, soient les questionnaires, les grilles d'observation, les observations de la chercheure, les commentaires des évaluatrices, etc. En effet, aucune information n'a été négligée afin d'avoir un portrait le plus complet possible de l'enfant pour ainsi mettre en évidence sa façon de s'adapter.

À la lumière des forces qui viennent d'être discutées, il apparaît que la recherche a de nombreuses retombées cliniques et sociales. D'abord, parce qu'elle informe sur une problématique encore peu étudiée mais aussi parce qu'elle apporte des informations et de nouvelles pistes d'intervention. Les conclusions de la recherche ayant permis de voir qu'un des participants utilisait des stratégies d'adaptation non efficaces et que, suite à la participation à un programme d'intervention de groupe, les deux participants avaient évolué positivement en ce qui a trait à leur façon de s'adapter, il est permis de croire que

de mettre l'accent sur les stratégies d'adaptation lorsque l'on intervient auprès de ces jeunes leur est bénéfique. Plus encore, on peut penser que d'enseigner aux enfants, avant même qu'ils ne manifestent des comportements sexuels problématiques, l'utilisation de stratégies d'adaptation efficaces, diminuent le recours à de tels comportements, protégeant ainsi non seulement l'enfant lui-même et sa famille des impacts de tels gestes mais aussi les autres enfants qui pourraient être impliqués dans les incidents.

#### Recommandations concernant le programme d'intervention

Avant d'entrer dans les recommandations comme telles, il apparaît important d'émettre un commentaire général sur le programme d'intervention et son animation. Après avoir assisté aux vingt rencontres de groupe, l'impression générale qui se dégage de ce programme est positive. Les animatrices connaissaient le programme et étaient en mesure de bien transmettre les informations importantes aux enfants. En outre, elles ont su créer un climat de groupe agréable ainsi qu'un lien de confiance avec chacun des enfants. Le programme comme tel est apparu convivial et les thèmes abordés centrés sur les besoins des enfants présentant des comportements sexuels problématiques.

Certaines suggestions apparaissent tout de même pertinentes afin d'améliorer davantage le programme. Voici donc quelques recommandations portant sur le cadre et le matériel, l'animation, les activités et le thème des agressions sexuelles subies par l'enfant.

Concernant le cadre des rencontres (respect des règles, matériel, etc.), il est suggéré de ne pas disposer le matériel sur la table avant le début de l'activité car cela devient un élément de distraction. Par exemple, chaque rencontre débute par un bref retour sur la semaine puis par une activité sur les émotions (comment ils arrivent, comment ils se sentent en début de rencontre). Des cartes avec les différentes émotions sont alors utilisées pour aider l'enfant à identifier l'émotion qu'il ressent. Par contre, elles étaient disposées sur la table avant même leur arrivée dans le local ce qui faisait en sorte que, durant le retour sur la semaine, les enfants avaient tendance à jouer avec ces cartes, dérangeant ainsi l'enfant qui parlait et nécessitant des interventions de la part des animatrices. Ceci pourrait être évité en sortant les cartes seulement au moment de leur utilisation, soit après le retour sur la semaine.

Par ailleurs, en ce qui a trait au respect des règles, il a été remarqué que le renforcement négatif était souvent utilisé (retrait du groupe pendant un court moment, crochet au tableau menant à la privation de la surprise prévue à la fin de la rencontre, etc.). Ce type de renforcement n'est pas reconnu comme étant aussi efficace que le renforcement positif. Il est plutôt suggéré d'ignorer les comportements négatifs et de nommer et d'encourager les comportements positifs.

En outre, des cadeaux-surprises étaient donnés à chaque fin de rencontre. Il est recommandé de remettre un seul cadeau, à la fin de la thérapie, pour souligner les efforts de l'enfant au processus de groupe. Le fait de remettre une surprise à chaque rencontre

est superflu et enlève le côté sérieux du motif d'intervention, à savoir que l'enfant a commis des gestes à caractère sexuel qui ont des conséquences importantes. Cette activité pourrait être remplacée par un bref retour sur la rencontre où les bons coups des enfants sont nommés. Par ailleurs, concernant la fin des rencontres, il n'y avait pas comme tel de retour sur la séance. Afin de faciliter la rétention des informations et de s'assurer que les enfants ne repartent pas avec des pensées ou des émotions négatives, il apparaît important de faire un retour sur la séance. Des questions telles que : « Qu'est-ce que vous retenez de la rencontre ? » et « Comment vous repartez, comment vous sentez-vous ? » sont généralement utilisées lors d'un retour sur une rencontre.

Concernant l'animation, on sentait parfois un désir de parcourir l'ensemble des thèmes prévus pour la rencontre alors que le rythme des enfants demandaient un ajustement. Il est donc recommandé, même si cela doit se faire à l'encontre de certains thèmes ou activités, d'être davantage flexible dans l'application du programme et de respecter le rythme des enfants. Il est par ailleurs recommandé d'utiliser, lors des interventions, une approche non suggestive. Il pouvait arriver que, dans leur discours, les animatrices suggéraient des réponses à l'enfant. On perd ainsi toute la richesse de ce que l'enfant aurait pu partager, en plus de risquer de passer outre certaines informations que l'enfant aurait voulu dire ou de se tromper dans ce que l'enfant voulait exprimer. Des questions ouvertes permettent de rester dans la non suggestion.

Comme il existe également un lien avec les comportements sexuels problématiques et les agressions sexuelles, il apparaît essentiel que ce thème ne soit pas mis de côté. D'abord, les enfants font parfois mal la différence entre les deux, ce qui crée une confusion chez eux. De plus, ils peuvent ressentir de l'injustice, de la frustration, de la colère, de la tristesse ou de la culpabilité parce qu'on ne prend pas soin de leur souffrance et qu'on s'attarde seulement à ce qu'ils ont fait et non à ce qu'ils ont subi. Par ailleurs, même si certains participants n'ont pas été victime, le fait d'aborder le thème des agressions sexuelles pourrait leur être bénéfique s'il est traité sous l'angle de la prévention.

Pour appuyer ce qui vient d'être dit concernant l'agression sexuelle, voici un dernier commentaire qui consiste moins en une recommandation qu'en une opinion clinique. Jules, participant à la présente étude, aurait davantage bénéficié, à notre avis, d'une intervention individuelle portant d'abord sur sa propre victimisation, puis sur ses comportements sexuels. Rappelons que cet enfant a vécu des agressions sexuelles sévères de la part d'un garçon de douze ans alors qu'il en avait six. Les agressions étaient de l'ordre d'attouchement, de masturbation, de fellation et même de sodomie et ont perduré sur une période d'environ deux ans. Par ailleurs, les comportements sexuels qu'on a reprochés à Jules étaient de l'ordre d'attouchement et d'exhibitionnisme et pouvait s'inscrire dans le développement normal. Ainsi, au cours du traitement, Jules était souvent confus quand il s'agissait par exemple de décrire les sentiments vécus après les gestes et avait tendance à répondre en fonction des agressions subies et non des

comportements sexuels qu'il a commis. Il a même exprimé à quelques reprises qu'il trouvait injuste de devoir parler de ses comportements sexuels alors qu'on ne parlait pas de ce que lui avait subi. En outre, comme il a été mentionné précédemment, il ne cadre pas avec les caractéristiques généralement observées chez les enfants présentant des comportements sexuels problématiques (difficultés à respecter les règles, opposition, agressivité, etc.) et présentait déjà en début de traitement une façon générale de s'adapter qui est efficace. Son vécu d'agression sexuelle reste donc non exploré et, après s'être investis pendant vingt semaines dans une thérapie de groupe, sa mère et lui, on peut le comprendre, n'avait pas la motivation pour s'impliquer dans une nouvelle démarche pour résoudre ce traumatisme. Malgré tout, il est certain que Jules a bénéficié de la thérapie de groupe. Il y a fait plusieurs apprentissages pertinents et a évolué positivement.

Cet exemple de cas met en lumière qu'une vérification du diagnostic concernant les comportements sexuels devrait être faite avant d'inclure un participant au groupe de traitement et que l'ajout au programme d'un module sur le thème des agressions sexuelles est souhaitable.

*Conclusion*

Le présent essai se voulait une démarche exploratoire afin de mieux comprendre comment s'adaptent les enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Plus précisément, cet essai visait à identifier quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par ces enfants et à vérifier si une évolution positive des stratégies efficaces serait observée suite à une thérapie de groupe. Ces objectifs ont été atteints et il est ressorti, pour le premier participant, que des stratégies non efficaces étaient utilisées en début de traitement, comme il avait été prédit, mais que suite à l'intervention, une évolution positive de la façon de s'adapter de cet enfant a été observée. Il en a été de même pour le deuxième participant qui lui, par contre, présentait déjà une majorité de stratégies efficaces en début de traitement.

La recherche est même allée plus loin que les objectifs prévus au départ par l'analyse qualitative des données qui est venue compléter l'analyse quantitative. Il en est ressorti une meilleure compréhension de la façon de s'adapter des deux participants. Une autre constatation intéressante de cette partie de l'analyse est que, non seulement les enfants adoptaient en fin de thérapie des stratégies d'adaptation reconnues comme efficaces mais, en plus, ils reconnaissaient maintenant des stratégies d'adaptation efficaces qu'ils n'avaient pas identifiées en début de traitement comme étant aidantes.

Dans le même sens, ils jugeaient moins efficaces, que ce n'était le cas en début de traitement, des stratégies qui sont effectivement moins adaptatives.

Il apparaît donc que ce projet de recherche, qui a constitué une nouvelle façon d'étudier cette population, a mis en évidence l'importance de s'intéresser à la façon de s'adapter des enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Bien que non exhaustive, cette étude représente une première démarche importante et pertinente pour une meilleure connaissance du phénomène et de l'intervention offerte aux enfants présentant des comportements sexuels problématiques ainsi qu'à leur famille. Elle présente en outre de nouvelles pistes de recherches et d'intervention, notamment le fait de mettre l'accent sur les stratégies d'adaptation lors de l'intervention auprès de ces enfants. Les futures recherches sur le sujet devraient s'intéresser à un plus grand échantillon en plus de contrôler les variables entrant en ligne de compte dans l'évolution de l'adaptation d'un enfant (âge, soutien social, lien thérapeutique, etc.) afin de valider, nous l'espérons, ces premières conclusions et ainsi poursuivre la présente démarche.

## *Références*

- Achenbach, T. M. (1991). *Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans*. Toronto : Nelson Assessment.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 55-76.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd.-rév.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Ajari, S. K. (1997). *Sexually aggressive children : Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Bergeron, L., Valla, J.-P., Breton, J.-J., Gaudet, N., & Berthiaume, C. (1993). *Questionnaire des comportements et attitudes des parents*. Montréal : Université de Montréal.
- Berliner, L., Mamanois, O., & Monastersky, C. (1986). *Child sexual behavior disturbance : An assessment and treatment model*. Seattle, WA : Sexual Assault Center, University of Washington.
- Bonner, B. I., Walker, C. E., & Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems : Assessment and treatment*. Washington, DC : Administration of Children, Youth and Families, Department of Health and Human Services.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse : A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.

- Burton, D. L., Nesmith, A., & Badten, L. (1997). Clinician's views on sexually aggressive children and their family : A theoretical exploration. *Child Abuse and Neglect, 21*, 157-170.
- Cantwell, H. B. (1995). Sexually aggressive children and societal response. Dans M. Hunter (Ed.), *Child survivors and perpetrators of sexual abuse : Treatment innovations* (pp. 79-107). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Carpentier, M. Y., Silvosky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems : Ten-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 482-488.
- Cartwright, S., & Cooper, C. L. (1996). Coping in occupational settings. Dans M. Zeidner & N. M. Endler (Éds), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 202-220). Oxford : John Wiley & Sons Inc.
- Chaffin, M., Letourneau, E. J., & Silovsky, J. F. (2002). Adults, adolescents, and children who sexually abuse children : A developmental perspective. Dans J. Myers (Ed.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 205-232). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
- Compas, B. E. (1998). An agenda for coping research and theory: Basic and applied developmental issues. *International Journal of Behavioral Development, 22*, 231-237.
- Compas, B. E., Conner-Smith, J. K., Salzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence : Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*, 87-127.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 405-411.

- Cortoni, F., & Marshall, W. L. (2001). Sex as coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 13, 27-43.
- Cunningham, C., & MacFarlane, K. (1991). *When children molest children*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Dumont, M., & Pancherel, B. (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant*. Sainte-Foy : Presses de l'université du Québec.
- Ebata, A. T., & Moos, R. H. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12, 33-54.
- Fickova, E. (1998). Coping scales for children and adolescents : Psychometric relationships. *Studia Psychologica*, 40, 291-296.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse : A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- Freud, A. (1933/1985). *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1933). *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris : Gallimard.
- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children : A review of recent literature. *Child Abuse and Neglect*, 17, 59-66.
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Broughton, D., Houston, M., & Shafran, C. R. (1998). Normative sexual behavior in children : A Contemporary sample. *Pediatrics*, 101, 1-8.
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Hobart Davies, W., Gray, A., & Wright, J. (2001). Child sexual behavior

- inventory : Normative, psychiatric, and sexual abuse comparaisons. *Child Maltreatment*, 6, 37-49.
- Friedrich, W. N., Jaworski, T. M., Huxsahl, J. E., & Bengtson, B. S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 155-171.
- Friedrich, W. N., & Luecke, W. (1988). Young school-age sexually aggressive children : Professionnal psychology. *Research and Practice*, 19, 155-164.
- Gagné, R. (1993). *Traduction en français du Social skills system rating system* (Gresham, F. M., & Elliott, S., 1990). Document inédit, Montréal.
- Gagnon, M. M. (2005). *Protocole d'entrevue : Informations relatives à l'enfant et à son milieu de vie*. Document inédit, Les Centres jeunesse de Lanaudière.
- Gagnon, M. M., Bégin, H., & Tremblay, C. (2005). Profil psychosocial d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : étude descriptive. *Revue québécoise de psychologie*, 26, 223-241.
- Gagnon, M. M., Bégin, H., & Tremblay, C. (2006). Émergence des comportements sexuels problématiques chez les enfants : éléments de compréhension. *Revue de psychoéducation*, 35, 95-120.
- Gagnon, M. M., Lévesque, M., & Tourigny, M. (2008). Enfant présentant des comportements sexuels problématiques : Lignes directrices en matière d'évaluation et de traitement. *Revue québécoise de psychologie*, 29, 45-57.
- Gil, E. (1994). Out-of-home care for children who molest. Dans J. McNamera (Ed.), *Sexually reactive children in adoption and foster care* (pp. 129-133). Greensboro, NC : Family Resources.
- Gil, E., & Johnson, T. C. (1993). *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest children*. Rockville, MD : Launch Press.

- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P., & Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers : Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 9, 267-290.
- Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, A., & Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behaviour problems : Treatment implications. *Child Abuse and Neglect*, 23, 601-621.
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 22, 1045-1063.
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (2002). Sexual behaviour problems in sexually abused children : A preliminary typology. *Child Abuse and Neglect*, 26, 289-312.
- Hébert, M., Desbiens, N., & Parent, N. (1995). *Tes stratégies pour faire face à une dispute avec un ami*. Document inédit, Université Laval.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth : Conceptualizing adaptive functioning. Dans M. Zeidner et N. M. Endler (Eds), *Handbook of coping : Theory, research, applications* (pp. 24-43). Toronto : John Wiley & Sons Inc.
- Hoyle, S. G. (2000). *The sexualized child in foster care*. Washington, DC : CWLA Press.
- Hutton, L., & White, B. (2006). Children and young people with harmful sexual behaviours : First analysis of data from a scottish sample. *Journal of Sexual Aggression*, 12, 115-125.
- Ionescu, S., Jacquet, M.- M., & Lhote, C. (2001). *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*. Paris : Éditions Nathan.
- Johnson, T. C. (1988). Child perpetrators – Children who molest other children : Preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 12, 219-229.

- Johnson, T. C. (1989). Female child perpetrators – children who molest other children. *Child Abuse and Neglect, 13*, 571-585.
- Johnson, T. C. (1999). *Understanding your child's sexual behavior : What's natural and healthy*. New York, NY : New Harbinger.
- Johnson, T. C. (2002). Some considerations about sexual abuse and children with sexual behavior problems. *Journal of Trauma and Dissociation, 3*, 83-105.
- Johnson, T. C., & Aoki, W. T. (1993). Sexual behaviors of latency age children in residential treatment. *Residential Treatment for Children and Youth, 11*, 1-22.
- Johnson, T. C., & Berry, C. (1989). Children who molest : A treatment program. *Journal of Interpersonal Violence, 4*, 185-203.
- Johnson, T. C., & Feldmeth, J. R. (1993). Sexual Behaviors : a continuum. Dans E. Gil, & T. C. Johnson (Eds), *Sexualized Children : assessment of sexualized children and children who molest* (pp. 41-52). Rockville, MD : Launch Press.
- Kear-Colwell, J., & Sawle, G. A. (2001). Coping strategies and attachment in pedophiles : Implications for treatment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 45*, 171-182.
- Kendall-Tackett, K., Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.
- Kohn, P. M. (1996). On coping adaptively with daily hassles. Dans M. Zeidner et N. M. Endler (Eds), *Handbook of coping : Theory, research, applications* (pp. 181-201). Toronto : John Wiley & Sons Inc.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY : McGraw-Hill.

- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion : A new system*. New York, NY : Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY : Springer Publishing Company.
- Le Petit Larousse illustré 2009*. (2008). Paris : Larousse.
- Letourneau, E. J., Schoenwald, S. K., & Sheidow, A. J. (2004). Children and adolescents with sexual behavior problems. *Child Maltreatment, 9*, 49-61.
- LeVay, D. (2005). Little monsters ? Play therapy for children with sexually problematic behavior. Dans C. Schaefer, J. McCormick, & A. Ohnogi (Eds), *International handbook of play therapy: Advances in assessment, theory, research, and practice* (pp. 243-262). Lanham, MD : Jason Aronson.
- Marques, J. K., Nelson, C., Alarcon, J.-M., & Day, D. M. (2000). Preventing relapse in sex offenders. Dans D. R. Laws, S. M. Judson, & T. Ward (Eds), *Remaking relapse prevention with sex offenders* (pp. 321-340). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Marshall, L. E., & Serran, G. A. (2006). *Sexual offender treatment : Controversial issues*. West Sussex : John Wiley & Sons Inc.
- Marshall, W. L., Serran, G. A., & Cortoni, F. A. (2000). Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in child molesters. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 12*, 17-26.
- McClellan, J., McCurry, C., Ronnei, M., Adams, J., Eisner, A., & Storck, M. (1996). Age of onset of sexual abuse : Relationship of sexually inappropriate behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1375-1383.
- Moreland, A. D., & Dumas, J. E. (2008). Evaluating child coping competence : Theory and measurement. *Journal of Child and Family Studies, 17*, 437-454.

- Neidigh, L., & Tomiko, R. (1991). The coping strategies of child sexual abusers. *Journal of Sex Education and Therapy, 17*, 103-110.
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique, 92*, 545-557.
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1995). *Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : Presses universitaires de France.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 2-21.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998). Five empirically-derived subtypes of children with sexual behaviour problems : Characteristics potentially related to juvenile delinquency and adult criminality. *The Irish Journal of Psychology, 19*, 49-67.
- Pretzlik, U., & Sylva, K. (1999). Paediatric patients' distress and coping during medical treatment : A self report measure. *Archives of Disease in childhood, 81*, 525-527.
- Prinstein, M. J., La Greca, A. M., Vernberg, E. M., & Silverman, W. K. (1996). Children's coping assistance : How parents, teachers, and friends help children cope after natural disaster. *Journal of Clinical Psychology, 25*, 463-475.
- Rasmussen, L. A. (2004). Differentiating youth who sexually abuse : Applying a multidimensional framework when assessing and treating subtypes. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*, 57-82.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist, 41*, 813-819.
- Ryan-Wenger, N. M. (2004). *Schoolagers' Coping Strategies Inventory – II*. Document inédit, The Ohio State University.

- Saintonge, S. (1996). *Traduction française du Trauma symptom checklist for children*. (Briere, J., 1995). Document inédit, Montréal.
- Schwarzer, R., & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. Dans M. Zeidner et N. M. Endler (Eds), *Handbook of coping : Theory, research, applications* (pp. 107-132). Toronto : John Wiley & Sons Inc.
- Shaw, J. A. (1999). Practice parameters for assessment and treatment of children and adolescent who are sexually abusive of others. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 55-76.
- Silovsky, J. F., & Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems : A pilot study. *Child Maltreatment*, 7, 187-197.
- Spirito, A. (1996). Commentary : Pitfalls in the use of brief screening measures of coping. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 573-575.
- Spirito, A., Francis, G., Overholser, J., & Frank, N. (1996). Coping, depression, and adolescent suicide attempts. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 147-155.
- Spirito, A., Stark, L. J., Grace, N., & Stamoulis, D. (1991). Common problems and coping strategies reported in childhood and early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 531-544.
- Spirito, A., Stark, L. J., & Williams, C. (1988). Development of a brief checklist to assess coping in pediatric patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 555-574.
- Spivack, G., & Shure, M. B. (1982). The cognition of social adjustment : Interpersonal cognitive problem-solving thinking. Dans B. B. Lahey, & A. E. Kazdin (Eds), *Advances in clinical child psychology* (pp. 323-372). New York, NY : Plenum.
- St-Amand, A., Bard, D. E., & Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems : Practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13, 145-166.

- Stark, L. J., Spirito, A., Williams, C., & Guevremont, D. C. (1989). Common problems and coping strategies I : Findings with normal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *17*, 203-212.
- Terry, D. J. (1994). Determinants of coping : The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*, 895-910.
- Thanasiu, P. L. (2004). Childhood sexuality : discerning healthy from abnormal behaviors. *Journal of Mental Health Counseling*, *26*, 309-319.
- Tremblay, C., & Bégin. H. (2008). Impact de l'intervention auprès d'enfants qui ont des comportements sexuels problématiques. *Revue québécoise de psychologie*, *29*, 15-26.
- Tremblay, C., & Gagnon, M. M. (2004). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Formation destinée aux animateurs. Cahier du participant*. Document inédit, Les Centres jeunesse de Lanaudière.
- Tremblay, C., & Gagnon, M. M. (2005). *À la croisée des chemins : Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Guide d'animation*. Document inédit, Les Centres jeunesse de Lanaudière.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston, MA : Little Brown.
- Widom, C. P., & Ames, M. (1994). Criminal consequences of childhood sexual victimization. *Child Abuse and Neglect*, *18*, 303-318.
- Wright, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (1994). *Traduction française du Children's Sexual Behavior Inventory* (Friedrich, 1992). Montréal : Département de psychologie, Université de Montréal.

Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. Dans M. Zeidner, & N. S. Endler (Éds), *Handbook of coping : Theory, research, applications* (pp. 505-531). Toronto : John Wiley & Sons Inc.

## *Appendices*

*Appendice A*

Liste des comportements sexuels des enfants de 5 à 10 ans

(Tourigny, 2006, traduction libre de Johnson, 1999)

Naturels et attendus	Inquiétants	Demandant l'aide d'un professionnel
Pose des questions sur les organes génitaux, les seins et les fesses, les rapports sexuels et les bébés	Manifeste de la peur ou de l'anxiété par rapport aux questions sur la sexualité	Pose des questions interminables au sujet de la sexualité, a une trop grande connaissance de la sexualité pour son âge
S'intéresse à l'évacuation de l'urine et à la défécation	Joue avec ses excréments, urine délibérément à l'extérieur de la toilette	Joue ou se salit très souvent avec ses excréments, urine délibérément par terre ou sur des objets ou meubles
Regarde des photos de personnes nues	Regarde très souvent, est fasciné par des photos de personnes nues	Veut se masturber à la vue de photos de personnes nues ou veut montrer ces photos
Est intéressé à observer et regarder furtivement les personnes lorsqu'elles sont aux toilettes	Continue d'épier, d'observer, de regarder furtivement les autres lorsqu'ils sont aux toilettes (malgré une interdiction)	Refuse de laisser les gens seul dans la salle de bain
Utilise des mots vulgaires pour décrire les fonctions d'excrétion, les organes génitaux, les seins, les fesses et le sexe	Continue d'utiliser des mots vulgaires en présence d'adultes (malgré une interdiction)	Continue d'utiliser des mots vulgaires même après avoir été puni
Joue au docteur, inspecte le corps des autres	Joue souvent au docteur (malgré une interdiction)	Oblige un autre enfant à jouer au docteur ou à enlever ses vêtements
Veux donner naissance à un bébé	Continue de faire croire qu'il attend un bébé depuis des mois	Manifeste de la peur ou de la colère au sujet des bébés ou des rapports sexuels
Montre ses organes génitaux, ses seins et ses fesses aux autres	Veut se montrer nu en public (malgré une interdiction)	Refuse de s'habiller, s'expose en public même après avoir été puni
Se touche et se frotte les organes génitaux quand il va au lit, quand il est tendu, excité ou qu'il a peur	Continue de se toucher et de se frotter les organes génitaux, se masturbe sur les meubles ou avec des objets (malgré une interdiction)	Se touche et se frotte souvent les organes génitaux en public ou en privé, se masturbe sur les gens (malgré une interdiction)

**Naturels et attendus**

Joue à papa et maman (imite les rôles)

Pense que les enfants de l'autre sexe sont grossiers, les chasse

Parle de sexe avec les amis, parle d'avoir un ou une petite amie

Désire avoir son intimité quand il est dans le bain ou quand il se change

Aime entendre et dire des blagues sur le sexe

Se livre à des jeux liés au sexe avec des enfants du même âge

Dessine des organes génitaux aux personnages humains

Explore les différences entre les garçons et les filles

Profite des occasions qui s'offrent à lui pour regarder un enfant ou un adulte nu

Prétend être une personne du sexe opposé

**Inquiétants**

Imite des rapports sexuels avec d'autres enfants, reproduit un comportement sexuel avec des poupées ou des toutous

Dit des mots vulgaires aux enfants de l'autre sexe

S'attire des ennuis parce qu'il parle de sexe, romance toutes les relations

Deviens très irrité quand quelqu'un le regarde dans le bain ou se changer

Continue de se faire prendre en train de raconter des blagues sur le sexe, émet des sons à connotations sexuelles (malgré une interdiction)

Désire se livrer à des jeux liés au sexe avec des enfants plus jeunes ou plus vieux

Dessine des organes génitaux à un personnage et pas à un autre, les représentent de façon disproportionnée par rapport au corps

Toujours confus au sujet des différences entre les hommes et les femmes même après avoir posé toutes les questions nécessaires

Regarde fixement ou se cache pour regarder des personnes nues (malgré une interdiction)

Veut être une personne du sexe opposé

**Demandant l'aide d'un professionnel**

Imite ou a des rapports sexuels, nus, avec d'autres enfants, contraint un autre enfant à avoir des rapports sexuels

Utilise un mauvais langage lorsqu'il parle des enfants de l'autre sexe, blesse les enfants de l'autre sexe

Parle beaucoup de sexe et d'actes sexuels, a très souvent des problèmes à cause de son comportement sexuel

Exige son intimité de façon agressive ou en pleurant

Persiste à raconter des blagues sur le sexe même après avoir été puni

Contraint d'autres enfants à se livrer à des jeux sexuels

Dessine des organes génitaux, qui sont l'aspect prédominant du dessin, représente des rapports sexuels

Joue les rôles de l'homme et de la femme avec tristesse, colère ou agressivité, déteste son sexe et l'autre sexe

Demande aux personnes de se déshabiller, essaie de déshabiller les gens de force

Déteste être une personne de son sexe, tient ses organes génitaux en horreur

### Naturels et attendus

Veut comparer ses organes génitaux avec ceux de ses amis du même âge

Veut toucher les organes génitaux, les seins et les fesses des enfants de son âge ou se faire toucher par eux

Embrasse les adultes et les enfants qu'il connaît, se laisse embrasser par les adultes et les enfants qu'il connaît

Regarde les organes génitaux, les seins et les fesses des adultes

A des érections

Introduit des objets dans ses organes génitaux ou son anus par curiosité

Est intéressé par l'accouplement des animaux

### Inquiétants

Veut comparer ses organes génitaux avec ceux des enfants beaucoup plus jeunes ou plus âgés ou avec ceux des adultes

Veut continuellement toucher les organes génitaux, les seins et les fesses des autres enfants, essaie de s'engager dans des relations sexuelles avec d'autres enfants

Embrasse les enfants et les adultes, tient des propos à caractère sexuel, a peur de se faire étreindre et embrasser par des adultes, est dérangé par les démonstrations d'affection en public

Touche et regarde fixement les organes génitaux, les seins et les fesses des adultes, demande que l'adulte touche ses organes génitaux

A des érections continuelles

Introduit des objets dans ses organes génitaux ou son anus quand il est mal à l'aise, introduit des objets dans les organes génitaux ou l'anus des autres enfants

Touche les organes génitaux des animaux

### Demandant l'aide d'un professionnel

Demande à voir les organes génitaux des enfants ou des adultes

Manipule ou force un autre enfant à se laisser toucher les organes génitaux, les seins ou les fesses, activités sexuelles forcées ou consenties

Est trop familier avec les inconnus, tient des propos et des actes sexualisés en présence d'adultes inconnus, devient agité lors de contact physique avec un adulte

Touche sournoisement ou agressivement les organes génitaux, les seins ou les fesses des adultes, essaie de se faire toucher par un adulte

A des érections douloureuses

Introduit de force ou de façon coercitive un objet dans les organes génitaux ou l'anus d'un autre enfant, pénétration anale ou vaginale, porte atteinte à ses organes génitaux ou son anus ou ceux des autres

A des activités sexuelles avec des animaux

*Appendice B*

Continuum des comportements sexuels

(Tourigny, 2006, adaptation de Tremblay & Gagnon, 2004)

Pathologique

Normal

<b>Enfants présentant des comportements sexuels agressifs</b>	<b>Enfants présentant des comportements sexuels mutuels</b>	<b>Enfants présentant des comportements sexuels réactifs</b>	<b>Enfants présentant des comportements sexuels naturels</b>
La sexualité et l'agressivité sont très proches dans leurs pensées et leurs actions; sont impulsifs	Utilisent leurs comportements sexuels pour être en relation avec d'autres enfants	S'engagent dans des comportements d'autostimulation ou avec d'autres enfants et parfois des adultes	Exploration des différences physiques entre les garçons et les filles, entre les rôles et les comportements liés au genre
Comportements sexuels fréquents et non limités dans le temps	Comportements sexuels fréquents et non limités dans le temps	Comportements sexuels fréquents et non limités dans le temps	Comportements sexuels limités dans le temps et selon le type de comportement sexuel
Généralement des enfants abusés sexuellement, sentiment de confusion face à la sexualité; violence, négligence; problèmes dans presque toutes les sphères de leur vie	Généralement des enfants en détresse psychologique, blessures chroniques, abandonnés, abusés psychologiquement ou sexuellement, négligés	Généralement en réaction à un environnement surstimulant sur le plan sexuel, en réaction à un abus ou un traumatisme, à des messages non clairs à propos de la sexualité	Apparaissent à différentes périodes du développement
Utilisent la sexualité et l'agressivité de façon impulsive	Utilisent la sexualité pour s'adapter au sentiment d'abandon, de blessures, de tristesse, d'anxiété et de désespoir; pour avoir un contact physique	Façon de s'adapter à un surplus d'émotions ou à des sentiments sans sens; compulsivité pour réduire une tension, anxiété ou confusion	Peut amener un sentiment d'embarras mais en général, sentiments positifs; spontanéité et plaisir
Utilisent la coercition; s'en prennent à des enfants vulnérables (isolés socialement, retard de développement, en détresse émotionnelle)	N'utilisent pas la coercition mais se tournent vers des enfants vulnérables	N'utilisent pas la coercition	N'utilisent pas la coercition
Étaient préalablement des enfants sexuellement réactifs ou ayant des comportements sexuels mutuels importants	Étaient préalablement des enfants sexuellement réactifs	Ne comprennent pas ou ne sont pas conscients de leurs droits en regard de leur corps et de leur intégrité	Si une demande est faite pour arrêter le comportement, il finira par disparaître

*Appendice C*

Résumé du programme d'intervention *À la croisée des chemins*

(Tourigny, 2007, d'après Tremblay & Gagnon, 2005)

Module et rencontres <sup>1</sup>	Objectif général	Activités	Objectif de l'activité
<b>MODULE I : ACCUEIL</b>			
<b>Instaurer un climat de confiance et de respect de groupe</b>			
Rencontre 1 : Un nouveau départ	Prendre connaissance des objectifs, des thèmes et du fonctionnement du groupe	On fait connaissance	Créer l'alliance et le sentiment d'appartenance
		Température du groupe <sup>2</sup>	Favoriser l'expression des émotions
		Contrat de groupe	Favoriser le bon fonctionnement du groupe
		Pédalons ensemble	Créer l'alliance et le sentiment d'appartenance
		Aujourd'hui, je retiens <sup>2</sup>	Encourager la ventilation et permettre de conclure
Rencontre 2 : À la rencontre des autres	Apprendre à connaître les membres du groupe	Un petit retour <sup>2</sup>	Favoriser la rétention des apprentissages et vérifier la compréhension
		J'apprends à connaître mon groupe	Créer l'alliance et le sentiment d'appartenance
		Mon dessin personnel	Créer l'alliance et le sentiment d'appartenance
		Visualisation du chemin <sup>2</sup>	Visualiser le cheminement fait et qui reste à faire
<b>MODULE II : COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES</b>			
<b>Identifier la séquence des comportements sexuels problématiques et les moyens pour y mettre fin</b>			
Rencontre 3 : À la découverte des sentiments	Prendre connaissance des diverses expressions de sentiments	J'identifie les sentiments	Favoriser l'expression des émotions
		Lors du dévoilement, je me suis senti...	Favoriser l'expression des émotions
Rencontre 4 : Comportements sexuels problématiques, parlons-en	Comprendre comment les comportements sexuels problématiques font partie d'une séquence de sentiments, de pensées et d'actions	Je m'ouvre sur mon comportement	Favoriser la « catharsis »
		Ma piste cyclable	Comprendre la séquence du comportement sexuel problématique
Rencontre 5 : Les mécanismes déclencheurs	Prendre connaissance des moyens pour freiner les comportements sexuels problématiques	Mes pensées et mes sentiments	Favoriser l'identification des émotions et des pensées
		Je peux mettre des freins	Identifier des moyens pour ne pas avoir à nouveau des comportements sexuels problématiques

<sup>1</sup> Le *Guide d'animation du programme de traitement À la croisée des chemins* (Tremblay et Gagnon, 2005) présente en détail le contenu du programme.

<sup>2</sup> Ces activités sont reprises à chacune des rencontres et ne seront donc pas répétées dans le tableau.

Module et rencontres	Objectif général	Activités	Objectif de l'activité
Rencontre 6 : Les erreurs de pensée	Comprendre comment les erreurs de pensée sont utilisées pour justifier sa progression dans cette séquence	Mes pensées qui me trompent	Identifier les erreurs de pensées et les corriger
Rencontre 7 : Les conséquences	Prendre conscience des conséquences des comportements sexuels problématiques	Les conséquences pour moi et les autres	Développer la capacité à anticiper et l'empathie
		Ma piste cyclable dans son ensemble	Comprendre la séquence du comportement sexuel problématique
Rencontre 8 : Le cycle de comportement sexuel problématique	Comprendre comment les comportements sexuels problématiques font partie d'une séquence de sentiments, de pensées et d'actions qui forment un cycle	Mon cycle	Comprendre la séquence du comportement sexuel problématique
Rencontre 9 : Savoir prévenir	Comprendre le plan de prévention	Mon plan de prévention	Prévenir les comportements sexuels problématiques en identifiant des moyens pour ne pas recommencer
		Je me prépare pour la dyade	Favoriser l'échange avec le parent
Rencontre 10 : Dyade parent-enfant	Prendre conscience des apprentissages et du cheminement faits de puis le début des rencontres et favoriser un moment de discussion entre les enfants et les parents	Mon cheminement	Favoriser l'échange avec le parent
<b>MODULE III : ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ</b>			
<b>Fournir aux enfants des informations exactes et nuancées sur les différents aspects de la sexualité</b>			
Rencontre 11 : La sexualité	Reconnaître les différentes dimensions de la sexualité et prendre conscience des expressions positives de la sexualité	Les dimensions de la sexualité	Faire l'éducation sexuelle
		L'expression positive de la sexualité	Faire l'éducation sexuelle
Rencontre 12 : Quelques notions d'éducation à la sexualité	Reconnaître les organes sexuels des filles et des garçons et prendre conscience du processus de la conception, de la grossesse et de la naissance	Les organes sexuels	Faire l'éducation sexuelle
		L'histoire de la naissance	Faire l'éducation sexuelle

<b>Module et rencontres</b>	<b>Objectif général</b>	<b>Activités</b>	<b>Objectif de l'activité</b>
Rencontre 13 : L'orientation sexuelle	Réfléchir sur les différentes orientations sexuelles et préparer un échange avec les parents sur la sexualité	Je découvre les différences	Faire l'éducation sexuelle
		Les questions que je me pose	Favoriser l'échange avec le parent
Rencontre 14 : Les frontières personnelles	Prendre conscience des frontières émotionnelles, physiques et sexuelles	Ma bulle à moi	Prendre conscience de ses frontières personnelles et de celles des autres
Rencontre 15 : Dyade parent-enfant	Favoriser un moment de discussion sur l'éducation à la sexualité entre les enfants et les parents	Je parle de sexualité avec l'adulte qui m'accompagne	Favoriser l'échange avec le parent
<b>MODULE IV : HABILITÉS PERSONNELLES ET SOCIALES</b>			
<b>Développement des habiletés personnelles et sociales</b>			
Rencontre 16 : Apprendre à bien communiquer	Développer des habiletés de communication	J'apprends à m'exprimer	Favoriser une communication efficace
Rencontre 17 : Gérer la colère et les conflits	Développer des stratégies de résolution de conflits interpersonnels	J'apprends à calmer ma colère	Favoriser une gestion efficace de la colère
		J'apprends à résoudre mes conflits	Favoriser la résolution de problèmes
Rencontre 18 : En relation avec les autres	Développer de bonnes relations avec les autres	L'amitié	Prendre conscience de ses frontières personnelles et de celles des autres
		Mes qualités et celles des autres	Développer l'estime de soi
		Je me prépare pour la dyade	Favoriser l'échange avec le parent
Rencontre 19 : Dyade parent-enfant	Prendre conscience des qualités des enfants et des parents	Tout le monde a des qualités	Développer l'estime de soi
Rencontre 20 : Bilan	Prendre connaissance du progrès des enfants	Évaluation des progrès de l'enfant	Mesurer le cheminement parcouru par l'enfant

*Appendice D*

Stratégies d'adaptation évoquées lors du programme d'intervention *À la croisée des chemins*

(Tourigny, 2009)

Stratégies d'adaptation	Activités (module, rencontre) <sup>1</sup>	Objectifs
Régulation émotionnelle/ ventilation	Température du groupe (1,1)	Favoriser l'expression des émotions; Encourager la ventilation et permettre de conclure; Favoriser l'identification des émotions et des pensées; Favoriser une gestion efficace de la colère
	Aujourd'hui, je retiens (1,1)	
	J'identifie les sentiments (2,3)	
	Lors du dévoilement, je me suis senti... (2,3)	
	Je m'ouvre sur mon comportement (2,4)	
	Mes pensées et mes sentiments (2,5)	
Résolution de problèmes	J'apprends à calmer ma colère (4,17)	Comprendre la séquence du comportement sexuel problématique; Identifier des moyens pour ne pas avoir à nouveau des comportements sexuels problématiques; Favoriser la résolution de problèmes
	Ma piste cyclable (2,4)	
	Je peux mettre des freins (2,5)	
	Ma piste cyclable dans son ensemble (2,7)	
	Mon cycle (2,8)	
	Mon plan de prévention (2,9)	
Soutien social	J'apprends à résoudre mes conflits (4,17)	Favoriser l'échange avec le parent Favoriser une communication efficace
	Je me prépare pour la dyade (2,9)	
	Mon cheminement (2,10)	
	Les questions que je me pose (3,13)	
	Je parle de sexualité avec l'adulte qui m'accompagne (3,15)	
	J'apprends à m'exprimer (4,16)	
Restructuration cognitive	Je me prépare pour la dyade (4,18)	Mes pensées qui me trompent (2,6)
		Identifier les erreurs de pensées et les corriger

<sup>1</sup> Se référer à l'Appendice C pour la présentation complète du programme d'intervention.

*Appendice E*

Questionnaire sur les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants – version enfant

(Tourigny, 2006, adaptation de Spirito et al., 1988)

**QUESTIONNAIRE SUR LES STRATÉGIES D'ADAPTATION UTILISÉES PAR LES ENFANTS  
- VERSION ENFANT -**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Âge de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Évaluateur : \_\_\_\_\_

Qualité de la participation à l'évaluation : 0=pauvre, 1=moyenne, 2=bonne, 3=très bonne

---

**Consignes**

1) Parle-moi d'une situation stressante ou difficile que tu as vécue récemment (par ex., une prise de sang).

---

---

---

---

2) Parle-moi davantage de la situation (demander des détails à l'enfant, de façon ouverte).

---

---

---

---

3) Parle-moi de ce que tu as fait avec cette situation (évaluer comment il s'est adapté à la situation).

---

---

---

---

4) Lorsque tu vis une situation semblable à celle que tu as décrite, une situation difficile ou stressante :

4.1) Est-ce qu'il t'arrive... ?

4.2) Est-ce aidant ?

Énoncés	Fréquence				Efficacité			
	Pas du tout	Parfois	Souvent	Tout le temps	Pas aidant	Un peu aidant	Assez aidant	Très aidant
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. De te blâmer pour ce qui est arrivé?								
2. De faire quelque chose comme regarder la TV ou jouer pour ne plus penser au problème?								
3. D'essayer de te calmer?								
4. De demeurer seul, te retirer?								
5. De blâmer quelqu'un d'autre pour ce qui est arrivé?								
6. De ne rien faire parce que le problème ne peut se résoudre de toute façon?								
7. D'essayer de voir le bon côté des choses?								
8. D'essayer d'oublier ce qui s'est passé?								
9. D'essayer de résoudre le problème en pensant à des solutions?								
10. De garder ce que tu ressens pour toi?								
11. D'essayer de régler le problème en faisant quelque chose ou en en parlant à quelqu'un?								
12. De souhaiter que tu puisses changer ce qui est arrivé?								
13. D'essayer de te sentir mieux en passant du temps avec ta famille ou tes amis?								
14. De crier, hurler, pleurer?								
15. De souhaiter que le problème ne soit jamais arrivé?								

*Appendice F*

Questionnaire sur les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants – version parent

(Tourigny, 2006, adaptation de Spirito et al., 1988)

**QUESTIONNAIRE SUR LES STRATÉGIES D'ADAPTATION UTILISÉES PAR LES ENFANTS  
- VERSION PARENT -**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Âge de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom du parent ou tuteur et lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Évaluateur : \_\_\_\_\_

Qualité de la participation à l'évaluation : 0=pauvre, 1=moyenne, 2=bonne, 3=très bonne

---

**Consignes**

1) Parlez-moi d'une situation stressante ou difficile que votre enfant a vécue récemment (ex. prise de sang).

---

---

---

---

2) Parlez-moi davantage de la situation (demander des détails au parent ou tuteur, de façon ouverte).

---

---

---

---

3) Qu'est-ce qu'a fait votre enfant avec cette situation?

---

---

---

---

4) Lorsque votre enfant vit une situation semblable à celle que vous avez décrite, une situation difficile ou stressante :

4.1) Est-ce qu'il lui arrive...?

4.2) Est-ce aidant (selon ce que vous percevez de la situation suite à l'utilisation de cette stratégie par l'enfant et non selon votre propre opinion) ?

Énoncés	Fréquence				Efficacité			
	Pas du tout	Parfois	Souvent	Tout le temps	Pas aidant	Un peu aidant	Assez aidant	Très aidant
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. De se blâmer pour ce qui est arrivé?								
2. De faire quelque chose comme regarder la TV ou jouer pour ne plus penser au problème?								
3. D'essayer de se calmer?								
4. De demeurer seul, se retirer?								
5. De blâmer quelqu'un d'autre pour ce qui est arrivé?								
6. De ne rien faire parce que le problème ne peut se résoudre de toute façon?								
7. D'essayer de voir le bon côté des choses?								
8. D'essayer d'oublier ce qui s'est passé?								
9. D'essayer de résoudre le problème en pensant à des solutions?								
10. De garder ce qu'il ressent pour lui?								
11. D'essayer de régler le problème en faisant quelque chose ou en en parlant à quelqu'un?								
12. De souhaiter qu'il puisse changer ce qui est arrivé?								
13. D'essayer de se sentir mieux en passant du temps avec sa famille ou ses amis?								
14. De crier, hurler, pleurer?								
15. De souhaiter que le problème ne soit jamais arrivé?								

*Appendice G*

Questionnaire sur les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants  
– version intervenant/animateur

(Tourigny, 2006, adaptation de Spirito et al., 1988)



4) Selon vous, lorsque l'enfant vit une situation semblable à celle décrite, une situation difficile ou stressante :

4.1) Est-ce qu'il lui arrive...?

4.2) Est-ce aidant (selon ce que vous percevez de la situation suite à l'utilisation de cette stratégie par l'enfant et non selon votre propre opinion) ?

Énoncés	Fréquence				Efficacité			
	Pas du tout	Parfois	Souvent	Tout le temps	Pas aidant	Un peu aidant	Assez aidant	Très aidant
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. De se blâmer pour ce qui est arrivé?								
2. De faire quelque chose comme regarder la TV ou jouer pour ne plus penser au problème?								
3. D'essayer de se calmer?								
4. De demeurer seul, se retirer?								
5. De blâmer quelqu'un d'autre pour ce qui est arrivé?								
6. De ne rien faire parce que le problème ne peut se résoudre de toute façon?								
7. D'essayer de voir le bon côté des choses?								
8. D'essayer d'oublier ce qui s'est passé?								
9. D'essayer de résoudre le problème en pensant à des solutions?								
10. De garder ce qu'il ressent pour lui?								
11. D'essayer de régler le problème en faisant quelque chose ou en en parlant à quelqu'un?								
12. De souhaiter qu'il puisse changer ce qui est arrivé?								
13. D'essayer de se sentir mieux en passant du temps avec sa famille ou ses amis?								
14. De crier, hurler, pleurer?								
15. De souhaiter que le problème ne soit jamais arrivé?								

*Appendice H*

Grille d'observation des stratégies d'adaptation utilisées par les enfants

(Tourigny, 2006)

## GRILLE D'OBSERVATION DES STRATÉGIES D'ADAPTATION UTILISÉES PAR L'ENFANT

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Âge de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de la rencontre : \_\_\_\_\_

Observateur : \_\_\_\_\_

Humeur de l'enfant au début de la rencontre :



Humeur de l'enfant à la fin de la rencontre :



Participation à la rencontre : \_\_\_\_\_

0= S'oppose (refuse une activité, ne veut pas répondre, dérange le groupe, etc.)

1= Participe peu, semble distrait (joue avec un objet, regarde ailleurs, regarde sa montre, parle au voisin d'autre chose, etc.)

2= Participe mais de façon non verbale (démontre de l'écoute, fait des signes d'assentiment, a un regard intéressé, etc.)

3= Participe bien, de façon non verbale et verbale (fait des commentaires appropriés, pose des questions, donne des exemples, etc.)

Identification de la situation où l'enfant a utilisé une stratégie d'adaptation	Stratégies utilisées*	Efficacité			
		Pas aidant	Un peu aidant	Assez aidant	Très aidant
		0	1	2	3
1.					
2.					
3.					
4.					

