

**EFFICACITÉ DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE
TRAITEMENT DES ABUS SEXUELS (PÉTAS) SUR LE TERRITOIRE
MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC**

Par

Yvan Lussier, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Alain Perron, M.A., Jean-Pierre Paradis, B.A.

Centres Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Yvan Turcotte, M. Ps.

Audrey Brassard, M. A.

Université du Québec à Trois-Rivières

**Rapport final de recherche soumis à la
Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec**

Sommaire

Ce rapport de recherche se penche sur la problématique de l'abus sexuel intra-familial et vise deux principaux objectifs. D'abord, il dresse un profil psychosocial d'un échantillon de pères incestueux et de mères de victimes d'abus sexuels. Dans un second temps, il examine l'efficacité d'un programme de traitement des abus sexuels intra-familiaux (PÉTAS) mis sur pied par l'équipe d'intervenants des Centres Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Au total, 78 pères incestueux et 58 mères de victimes ont répondu à une série de questionnaires visant à évaluer des dimensions psychologiques de leur fonctionnement, telle la personnalité, la détresse psychologique, l'estime de soi, l'attachement, l'empathie, les attributions, l'adaptation conjugale, ainsi que la satisfaction sexuelle. Certains des participants ont été évalués à plusieurs reprises au cours de leur cheminement dans le programme de traitement. Globalement, les résultats démontrent une diminution des symptômes psychologiques et des changements dans le fonctionnement de la personnalité à mesure que les gens avancent dans le processus de traitement du PÉTAS. Une discussion sur l'efficacité et les retombées cliniques de ce programme de traitement termine ce rapport de recherche.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	3
Abus sexuel.....	3
Définition.....	4
Incidence.....	6
Profil de l'homme incestueux.....	8
Enfance et expériences vécues.....	8
Caractéristiques psychologiques.....	8
Sexualité et rôles sexuels.....	9
Profil de la mère non-abuseuse.....	10
Enfance et expériences vécues.....	10
Caractéristiques psychologiques.....	11
Impacts à long terme de l'abus sexuel sur les variables de la personnalité.....	12
Traitement de l'abus sexuel.....	15
Description de différents programmes de traitement en abus sexuel.....	17
Techniques utilisées avec les agresseurs sexuels.....	20
Description du programme PÉTAS.....	26
Groupe d'orientation.....	27
Groupe de sensibilisation voilée.....	28
Groupe de prévention de la récidive.....	29
Groupe de femmes.....	29
Groupe de communication.....	30
Évaluation des programmes de traitement en abus sexuel.....	30
Hypothèses.....	34
Méthode.....	35
Participants et procédure.....	35
Caractéristiques sociodémographiques.....	36
Manifestations de violence physique, verbale ou d'abus au sein de la famille d'origine.....	37

Instruments de Mesure	42
Inventaire de la personnalité NÉO	43
Index des symptômes psychologiques	47
Échelle d'estime de soi.....	48
Questionnaire d'empathie	48
Échelle d'ajustement dyadique.....	52
Questionnaire de satisfaction sexuelle	53
Questionnaire d'attachement.....	53
Questionnaire d'attributions	55
Échelle des conflits.....	56
Résultats	56
Profil psychosocial des participants	57
Évaluation de l'efficacité du PÉTAS.....	68
Groupe d'orientation	68
Groupe de sensibilisation voilée	75
Groupe de prévention de la récidive	77
Groupe de communication	78
Discussion	81
Conclusion.....	91
Références	92
Appendice	101
Questionnaire sociodémographique	101
Questionnaire sur l'histoire d'abus sexuel	102

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	36
2	Statut des participants	36
3	Histoire amoureuse et conjugale des participants	38
4	Violence verbale et physique subie par les participants lors de l'enfance....	38
5	Caractéristiques de l'abus sexuel vécu durant l'enfance	38
6	Types d'abus subis par les participants durant l'enfance	40
7	Fréquences des abus sexuels subis durant l'enfance	40
8	Durée des abus sexuels subis durant l'enfance	41
9	Moyens utilisés par les abuseurs des participants pour parvenir à leurs fins.....	41
10	Lien de parenté des individus ayant abusé des participants durant leur enfance	42
11	Moyennes des participants aux différentes variables de la personnalité et d'adaptation psychologique et relationnelle selon le sexe	59
12	Distribution des participants en fonction des différents styles d'attachement	60
13	Analyses de variance des variables de personnalité, de symptômes psychologiques, d'ajustement dyadique et de satisfaction sexuelle selon les styles d'attachement	61
14	Analyses de variance des dimensions de la personnalité en fonction du sexe des participants et de la présence d'abus sexuel durant l'enfance	62
15	Analyses de variance de l'empathie, des attributions et de l'intensité des conflits en fonction du sexe des participants et de la présence d'abus sexuel durant l'enfance.....	63
16	Corrélations des variables sociodémographiques avec la personnalité, les symptômes psychologiques, l'empathie et l'ajustement dyadique	64

17	Corrélations des variables de personnalité avec les symptômes psychologiques et l'ajustement dyadique	66
18	Corrélations des symptômes psychologiques avec l'empathie et l'ajustement dyadique	67
19	Analyses de variance à mesures répétées des symptômes psychologiques, de l'estime de soi et de la satisfaction sexuelle des hommes et des femmes suivant leur participation au groupe d'orientation	70
20	Analyses de variance à mesures répétées des variables d'empathie et de personnalité des hommes et des femmes suivant leur participation au groupe d'orientation.....	73
21	Analyses de variance à mesures répétées des variables de personnalité entre la fin du groupe d'orientation et la fin du groupe de sensibilisation voilée des hommes	76
22	Analyses de variance à mesures répétées des variables d'empathie, de personnalité et de symptômes psychologiques entre le début du traitement et à la suite du groupe de sensibilisation voilée.....	76
23	Analyses de variance à mesures répétées des variables de personnalité entre la fin du groupe de sensibilisation voilée et la fin du groupe de prévention de la récidive	78
24	Analyses de variance à mesures répétées des variables de personnalité et de symptômes psychologiques entre le début du traitement et à la suite du groupe de prévention de la récidive	79
25	Analyses de variance à mesures répétées des variables de personnalité entre la fin du groupe de prévention de la récidive et la fin du groupe de communication	79
26	Analyses de variance à mesures répétées des variables de personnalité et de symptômes psychologiques entre le début du traitement et à la suite du groupe de communication	80

Remerciements

La réalisation de cette étude¹ a été rendue possible grâce à des subsides octroyés par la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Mauricie-Bois-Francs, échelonnés une période de deux ans (1995-1997). De plus, nous tenons à exprimer notre gratitude aux dirigeants des Centres Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour leur appui constant. Ceux-ci ont cru à la nécessité et à la pertinence de maintenir sur le territoire des programmes d'évaluation et de traitement en abus sexuels. Nous désirons également remercier tous les professionnels qui sont intervenus directement auprès des participants, en animant les divers groupes de traitement du programme PÉTAS. Leur précieuse collaboration et leur ouverture ont grandement aidé à l'application de notre protocole de recherche. Les mêmes remerciements s'adressent aux mères et aux pères qui ont accepté volontairement de répondre plusieurs fois à nos questionnaires au cours de leur traitement. Enfin, nos assistants de recherche, et plus particulièrement Yvan Turcotte, ont grandement contribué à la coordination et à la réalisation de cette étude.

¹Pour avoir accès aux données de cette recherche, veuillez vous adresser au professeur Yvan Lussier au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, CP 500, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7. Tél. 819-376-5011 poste 3511. Courriel : yvan_lussier@uqtr.ca

Introduction

Le présent rapport de recherche, soumis à l'attention de la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec, se penche sur la problématique de l'abus sexuel intra-familial. Il trace le portrait psychosocial des abuseurs et des mères non abuseuses qui ont participé à notre étude. Il met aussi l'accent sur l'évaluation de l'efficacité du traitement des pères incestueux et des mères de victimes d'abus sexuel.

Un consensus partagé par les cliniciens en psychologie est que l'abus sexuel représente un des sévices les plus dévastateurs au niveau de la santé psychologique d'un enfant. L'abus sexuel fait aussi vivre beaucoup de colère, de frustration et de révolte chez la population en général, mais surtout chez les proches des victimes (bien que cela ne soit pas toujours le cas). Les cas d'abus sexuel et de mauvais traitements infligés aux enfants reçoivent de plus en plus une couverture médiatique importante au Québec. Les émissions télévisées traitant de ce sujet se multiplient. Certains parents apeurés et révoltés, en signe de prévention de futurs abus ou de moyens de vengeance, prônent l'affichage de portraits des personnes étant reconnues comme abusives sexuellement envers les enfants. D'autres dénoncent parfois l'inaction des politiciens, des services policiers ainsi que des centres de la protection de la jeunesse pour faire cesser ces gestes d'abus dégradants et traumatisants.

Depuis quelques années, les intervenants en matière d'abus sexuel auprès des enfants au Québec sont confrontés à des politiques de changements des structures organisationnelles et des pratiques, ainsi qu'à des réductions du financement (Wright, Oxman-Martinez, Sabourin, Lebeau, Perron, & Cyr, 1996) qui réduisent considérablement leur efficacité. Le territoire de la Mauricie-Centre-du-Québec n'a pas échappé à ces

transformations du réseau des services sociaux et de l'aide à la famille. Par contre, les efforts des intervenants et la volonté des dirigeants ont permis de conserver presque en totalité les équipes d'intervenants et les programmes d'évaluation et de traitement spécialisés en matière d'abus sexuel. Fort de cet appui, nous avons pu mettre sur pied et réaliser cette recherche descriptive et évaluative sur l'efficacité de notre programme de traitement des abus sexuels.

Sur le plan de la recherche, la problématique de l'abus sexuel a été initialement étudiée et abordée simultanément avec celle des enfants maltraités, l'abus sexuel n'étant pas distingué de la maltraitance. C'est seulement depuis le début des années 70 qu'une documentation plus spécialisée s'est développée. Des recherches ont tenté d'établir un profil psychologique et social des personnes commettant ces abus. D'autres études ont proposé différents modes de traitement. Par contre, très peu d'études québécoises ont examiné l'efficacité de programmes de traitement en abus sexuel. Le présent rapport de recherche vise à présenter les résultats d'une étude que nous avons réalisée depuis 1995 sur l'abus sexuel. Il se donne deux mandats. Premièrement, il dégagera le profil psychologique des hommes impliqués dans une situation d'abus sexuel intra-familial et des mères de victimes d'abus sexuel dans la région Mauricie et du Centre-du-Québec. Deuxièmement, ce rapport présentera une évaluation de l'efficacité d'un programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels intra-familiaux (PÉTAS) dispensé par les Centres Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ce programme solidement établi affiche un des taux de rétention les plus élevés en Amérique du Nord en comparaison avec les données publiées.

Ce rapport de recherche se divise en quatre chapitres. Dans le premier chapitre, nous traitons de l'incidence de l'abus sexuel et tentons de faire ressortir de la

documentation consultée les caractéristiques de la personnalité et du fonctionnement des pères incestueux et des mères de victimes d'abus sexuel. Par la suite, nous présentons quelques programmes et méthodes de traitement des parents incestueux et nous décrivons en détail le Programme d'Évaluation et de Traitement des Abus Sexuels Intra-Familiaux (PÉTAS) mis sur pied par l'équipe d'intervenants des Centres Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. L'évaluation de l'efficacité des programmes existants est également abordée. L'énoncé des hypothèses de recherche vient compléter le contexte théorique. Le deuxième chapitre présente les éléments méthodologiques utilisés lors de la réalisation de cette étude. Les participants et les instruments de mesure utilisés y sont décrits. Le troisième chapitre est consacré à l'analyse statistique des données. Enfin, une discussion des différents résultats obtenus est présentée dans le quatrième chapitre.

Contexte théorique

Ce chapitre permettra de bien situer la problématique de l'abus sexuel. Également, il y aura une description de différents programmes de traitement en abus sexuel. Enfin, des hypothèses de recherche seront formulées.

Abus sexuel

Pour bien comprendre la problématique de l'abus sexuel, il y a lieu de la définir et d'examiner son incidence. Également, à la lumière des études existantes, nous tracerons un profil psychosocial des hommes incestueux et des mères non-abuseuses. Enfin, les impacts à long terme de l'abus sexuel sur les variables de la personnalité seront décrits.

Définition

Selon la table des Directeurs de la Protection de la Jeunesse, l'abus sexuel se définit comme suit :

Geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non-appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent, portant ainsi une atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle (Directeurs de la protection de la jeunesse, 1991, cité dans Paradis & Perron, 1990, p. 3)

Pour d'autres auteurs (Maddock & Larson, 1995), l'abus sexuel d'enfant consiste en un :

Contact du corps (incluant le baiser, le toucher, attouchement des parties génitales, la pénétration de la bouche, du vagin, ou de l'anus) ou comportements (p. ex., s'exhiber, photographier, parler vulgairement de sexualité) avec l'intention pour un adulte de s'exciter sexuellement sans porter attention aux réactions, choix, ou effets de ce comportement sur l'enfant (traduction libre, p.2).

Ces deux définitions se complètent, puisque la première décrit les personnes impliquées dans l'abus sexuel et précise la position d'autorité de l'abuseur, alors que la deuxième spécifie la nature des gestes pouvant être commis par l'abuseur. Ainsi, certains gestes ne comprenant aucun contact physique, tel que l'exhibitionnisme et le voyeurisme, ni sollicitation verbale, sont aussi considérés comme de l'abus sexuel, puisque ceux-ci peuvent provoquer certaines réactions traumatisantes chez l'enfant (Finkelhor, 1994).

Ainsi, les orientations gouvernementales actuelles en matière d'agression sexuelle reposent sur une définition reconnaissant qu'il s'agit d'un acte de pouvoir et de domination de nature criminelle. L'agression sexuelle y est définie de la façon suivante :

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

Typiquement, les comportements abusifs ou les contacts intrusifs prennent place entre un enfant ou un adolescent et une personne plus âgée sur le plan développemental ou chronologique. Des abus sexuels peuvent également survenir entre des enfants du même groupe d'âge ou ayant peu de différence d'âge. L'âge de consentement légal au Canada est de quatorze ans lorsqu'il n'y a pas de liens d'autorité entre les partenaires. Sous cet âge, les relations sexuelles ne sont pas légales s'il y a plus de cinq ans de différence entre les partenaires ou s'il y a lien d'autorité. Cet écart d'âge est souvent considéré comme une différence significative sur le plan développemental et met en jeu une relation d'inégalité donnant lieu à un abus sexuel

Les abus sexuels peuvent être jugés incestueux dans la mesure où ils se produisent entre deux membres de la même famille, c'est-à-dire lorsqu'il existe un lien de consanguinité entre l'abuseur et la victime. L'abus sexuel est considéré comme étant intra-familial lorsqu'il se produit à l'intérieur de la famille, de la famille reconstituée ou entre un enfant et quelqu'un étant considéré comme en charge de l'enfant. Il est considéré comme étant extra-familial, lorsqu'il n'y a pas de lien de parenté entre l'abuseur et l'enfant. Par ailleurs, en raison de nombreuses similitudes au plan dynamique entre l'abus sexuel intra-familial et les rapports incestueux (Maddock & Larson, 1995), ceux-ci sont regroupés sous la même étiquette. Ce travail se penchera uniquement sur ces types d'abus.

Incidence

Il est très difficile d'obtenir un portrait exact du nombre d'enfants victimes d'abus par année dans une région donnée, puisque l'abus sexuel d'un enfant est presque toujours un événement qui n'implique aucun autre témoin que l'agresseur (qui peut nier l'événement) et la victime (qui est hésitante à dénoncer l'abus pour de multiples raisons ou qui encore n'est simplement pas crue) (Finkelhor, 1990). Une enquête nationale américaine (Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990) effectuée auprès d'un échantillon aléatoire d'adultes (18 ans et plus) mentionne que 27% des femmes et 16% des hommes ont subi des abus sexuels durant leur enfance. Dans 49% de ces cas, les abus sexuels sont commis par une figure d'autorité (p. ex., parents, professeur, entraîneur, gardien d'enfant, etc.). Parmi les victimes d'abus sexuel, la proportion d'abus intra-familial (commis par le parent naturel, le beau-parent, un des grands-parents, la fratrie, l'oncle, la tante et le cousin) est de 11% chez les garçons et de 29% chez les filles.

Une enquête canadienne arrive à la conclusion que près de 22% des femmes adultes et 9% des hommes adultes ont vécu au moins une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans (Badgley et al., 1984). Pour sa part, Russell (1986) en vient à la conclusion qu'une femme sur vingt aurait été abusée par une personne de la famille ou de la famille élargie. L'incidence de l'inceste subi par les garçons est moins de la moitié de celle subi par les filles à cause en partie de la plus grande proportion de garçons abusés par quelqu'un d'extérieur à la famille (Vander Mey, 1988). Dans plus de 90% des cas d'incestes, le père (ou beau-père) s'avère le parent abusif identifié; la mère et surtout la fratrie peuvent combler l'autre 10% (Williams & Finkelhor, 1990). Les dernières estimations de l'incidence d'abus sexuel sont de 1,6 sur 1000 aux États-Unis (Jones & Finkelhor, 2000),

de 0,8 sur 1000 en Ontario (Trocmé et al., 2000) et de 0,8 sur 1000 au Québec (Wright et al., 2000).

Au Québec, l'incidence est celle du nombre d'agressions sexuelles confirmées par la Direction de la protection de la jeunesse (Finkelhor, 1994). L'estimation récente de cette incidence, au Québec, oscille entre 0,87 et 1,37 enfants abusés par 1000 enfants pour un taux moyen de 1,10 pour 1000 enfants (Wright et al., 1998). Majoritairement, les femmes et les enfants sont les plus souvent victimes d'agressions sexuelles. En effet, sur l'ensemble des abus sexuels déclarés en 1997 aux services policiers canadiens, 82% des victimes étaient des femmes et 62% étaient des enfants âgés de moins de 18 ans (Statistique Canada, 1999). Par ailleurs, certaines études nord-américaines affirment qu'une fille sur trois et un garçon sur six seraient abusés sexuellement avant l'âge de 18 ans (Tourigny & Guillot, 1999).

Pour ce qui est du nombre de cas d'abus sexuels pris en charge par les services de la protection de la jeunesse, ils étaient en constante progression à la fin de la dernière décennie. La proportion de ces cas a presque doublé en cinq ans au Québec (CPDJ, 1990), tandis que ce taux a quintuplé en trois ans au Canada (Badgley et al., 1984). Aux États-Unis, le nombre de cas signalés a presque décuplé sur une période de dix ans (Eckenrode, Powers, Doris, Munsch, & Bolger, 1988). Malgré ces statistiques alarmantes, on enregistre une baisse de l'incidence de dévoilement d'abus sexuels fait aux différents Centres Jeunesse du Québec depuis 1993. Les coupures massives de financement des Centres Jeunesse sont souvent perçues comme responsable de cette baisse. Ainsi, depuis les cinq dernières années, les équipes spécialisées en matière d'abus sexuel des Centres Jeunesse voient leurs services réduits significativement, quand elles ne sont pas tout simplement démantelées; ce qui aurait un impact direct sur cette baisse de prévalence.

Profil de l'homme incestueux

Il n'existe pas de configuration spécifique du père abusif, mais il est tout de même possible de constater que certaines caractéristiques sont plus communes à cette catégorie d'hommes (Williams & Finkelhor, 1990). De façon à enrichir notre conception éclectique de l'abus, Williams et Finkelhor (1990) regroupent en trois catégories les données recensées concernant les pères incestueux: 1) leur enfance et les expériences vécues, 2) les caractéristiques psychologiques, et 3) le développement de leur sexualité ainsi que l'intégration des rôles sexuels.

Enfance et expériences vécues. Les études indiquent qu'en moyenne seulement 20% des pères incestueux ont été abusés sexuellement dans leur enfance (Williams & Finkelhor, 1990). La thèse de la transmission intergénérationnelle de l'inceste n'est donc pas soutenue par ces études et cela signifie que l'abus est l'intégration d'un nouveau comportement et que cette transmission est un facteur qui prévaut pour certains hommes seulement (Brandon, 1985; Lee, 1982).

Caractéristiques psychologiques. Contrairement à la pensée populaire, les hommes incestueux ne présentent pas de désordres psychiatriques sérieux. Seulement 10% en seraient atteints. Ces hommes ont souvent tendance à exploiter les autres personnes, mais ils n'ont généralement pas d'autres histoires de délinquance, ce qui laisse croire à une psychopathie modérée. La passivité, l'inadéquation (sociale) et la dépendance sont trois aspects significativement reliés à ce groupe d'individus. Williams et Finkelhor (1990) rapportent que ces hommes reçoivent souvent un diagnostic de personnalité immature et qu'ils présentent une faible estime d'eux-mêmes. Ces auteurs identifient également un style de pensée paranoïde, un haut niveau d'anxiété et un état dépressif. On peut cependant se

demander si ces réactions sont des réponses associées au stress causé par le dévoilement. Des difficultés à résoudre des conflits, une tendance à la méfiance et une faible capacité d'autonomie seraient aussi des caractéristiques retrouvées chez ces hommes. Enfin, on peut observer chez ces hommes de faibles capacités à établir des relations interpersonnelles, un haut niveau d'introversion et peu d'activités sociales. Pour ces raisons, ils ont aussi beaucoup plus de facilité à établir des contacts avec les enfants qu'avec les personnes adultes car ces enfants sont perçus de façon moins menaçante.

Cormier, Kennedy et Sangovics (1962) proposent deux types de pères incestueux. Premièrement, nous retrouvons le père dominateur et autoritaire qui satisfait ses besoins sexuels auprès d'une cible impuissante qui a confiance en lui, ses valeurs morales strictes l'empêchant d'entretenir des relations extra-conjugales. Il aura recours à son autorité paternelle (menaces, force physique) et à la séduction amoureuse et sexuelle (cadeaux et argent) pour arriver à ses fins. L'autre type, moins fréquent, est le père soumis. Il est passif et dépendant (Herman, 1981). Celui-ci est dominé par sa conjointe. Son besoin de recourir à une alliée contre sa femme et ses besoins de gratifications affectives et sexuelles l'incitent à abuser sexuellement de sa fille. Certains auteurs affirment que les pères incestueux présenteraient les deux tendances.

Sexualité et rôles sexuels. En ce qui concerne la sexualité, il semble qu'une partie, mais non la majorité des individus incestueux ait un pattern d'excitation sexuelle déviant (Williams & Finkelhor, 1990). Il ne se produit pas d'arrêt dans leur développement psycho-sexuel (contrairement à certains abuseurs extra familiaux). Cela signifie qu'ils possèdent une excitation sexuelle envers les adultes et sont habituellement actifs sexuellement avec une partenaire adulte. Par ailleurs, lors de relations conjugales ou familiales conflictuelles, ils se tourneraient vers un enfant dans le but de combler leurs

besoins sexuels, affectifs, de pouvoir, etc. La capacité de posséder des intérêts sexuels adéquats améliore grandement le pronostic de la thérapie et, par le fait même, la prévention de la récurrence (Pelsser, 1989).

Les études indiquent que les hommes incestueux obtiennent des cotes faibles sur les échelles de masculinité, ce qui laisse croire à une intégration inadéquate de leur identité masculine (plutôt qu'une intégration d'attitudes fortement masculines comme pourrait le laisser penser la croyance populaire).

Profil de la mère non-abuseuse

Il est aussi possible d'élaborer un portrait de la mère de la victime d'abus sexuel. Étant donné qu'elle est très rarement la personne abusive sexuellement, les caractéristiques développementales et psychologiques qui seront décrites seront émises en tenant pour acquis que les conjointes d'hommes incestueux n'abusent pas sexuellement de leur enfant. Encore ici, nous devons mettre en lumière le fait que le dévoilement de l'inceste a pu provoquer un effet considérable sur certaines caractéristiques de la personnalité de ces femmes. L'enfance et les expériences vécues, ainsi que les caractéristiques psychologiques sont décrites.

Enfance et expériences vécues. Il arrive dans la plupart des cas que les conjointes d'abuseurs aient quitté tôt leur milieu familial d'origine et qu'elles se soient mariées jeunes à des hommes autoritaires et contrôlant. La relation avec leur propre mère aurait été difficile. Elles auraient manqué d'affection de celle-ci et n'auraient pu bénéficier d'un modèle de fonctionnement sain de la mère. Le rejet et l'hostilité vécus à travers la relation maternelle hypothéqueraient leur propre capacité à assumer un rôle de mère efficace et

bénéfique pour leurs enfants (Pelsser, 1989). En s'apercevant de la situation d'inceste, certaines de ces femmes, ayant elles-mêmes été abusées sexuellement dans leur enfance, se retrouvent souvent replongées dans le même état d'impuissance qu'elles vivaient lorsqu'elles étaient victimes.

Caractéristiques psychologiques. Il semble exister principalement deux types de mères de victimes d'inceste. Le premier type de mère possède une personnalité basée sur la dépendance (affective et monétaire) et la passivité. Cette femme serait soumise à son mari et aurait comme objectif principal de préserver l'unité familiale, étant donné son passé souvent parsemé de ruptures, d'abandons et de violence. Elle aurait un besoin infantile très intense d'affection, de chaleur humaine, de protection, d'être maternée et n'abandonnerait jamais l'espoir d'en obtenir la gratification, même au prix de ses propres enfants (Meiselman, 1978). En fait, elle est souvent déficiente dans sa capacité de protection et n'est pas à l'écoute des besoins de ses enfants. L'absence de supervision ou d'encadrement chez la mère afin de protéger adéquatement sa fille ou de prévenir l'abus retient de plus en plus l'attention des chercheurs (Cyr et al., 1999). La mère d'un enfant abusé sexuellement est prise à l'intérieur d'une confusion de rôles entre elle et sa fille. Cette dernière assumerait les rôles de mère et d'épouse et les fonctions qui y sont habituellement rattachées, incluant les fonctions sexuelles. Il n'est pas rare que cette mère soit au courant ou se doute de la situation incestueuse. Des sentiments ambivalents émergent donc entre la mère et la fille. La mère peut se sentir tantôt aimante et soucieuse, et tantôt rivale et jalouse. Cette mère peut même aller jusqu'à mettre sa fille à risque d'inceste en la poussant (consciemment ou non) vers son père. La négation est un mécanisme de défense utilisé par ces femmes dans le but de ne pas ressentir la culpabilité et la souffrance que provoquerait la réalité incestueuse (Pelsser, 1989).

Dans les familles incestueuses, le type de femme autoritaire et indépendante est moins fréquent. Dans de tels cas, le mari est habituellement soumis et il est même possible d'avancer l'image qu'elle est "la mère de son mari". Une hypothèse plausible est qu'elle aurait choisi (consciemment ou non) un conjoint plutôt timide et faible dans le but de posséder le contrôle et le pouvoir à l'intérieur de sa relation de couple et ainsi se protéger contre un éventuel abus et soumission (comme elle aurait subi durant son enfance). Cette femme éprouverait un malaise dans la sexualité et le mari timide comblerait ses besoins sexuels auprès d'une cible facilement atteinte et non menaçante, c'est-à-dire sa fille. Il arrive que ce type de mère ne soit pas disponible à son enfant, la raison étant qu'elle travaille à l'extérieur. Lors du dévoilement, ces femmes se séparent habituellement de leur mari et protègent leur enfant (Pelsser, 1989).

Généralement, le dévoilement s'avère une dure épreuve pour les femmes et celles-ci apparaissent la plupart du temps exténuées, épuisées, fragiles et en dépression (Perrone & Nannini, 1995). Ces perturbations psychologiques résulteraient davantage des effets du dévoilement de l'abus et ne seraient pas la cause de l'abus sexuel (Everson, Hunter, Runyan, Edelson, & Coulter, 1989). Toutefois, il semblerait que ces réactions de la mère suite au dévoilement d'abus seraient un des meilleurs prédicteurs de l'adaptation psychologique et de l'évolution psychosociale positive de la victime (Cyr et al., 1999).

Impacts à long terme de l'abus sexuel sur les variables de la personnalité

Cette section se concentrera sur les effets à long terme de l'abus sexuel sur la personnalité des victimes. À court terme, la recherche empirique est unanime quant au fait que davantage de perturbations s'observent et plus fréquemment chez les victimes d'abus sexuel que chez les non-victimes. Voici une énumération de quelques perturbations : les

peurs, les cauchemars, le stress post-traumatique généralisé, les comportements sexuels non appropriés, les comportements régressifs et les comportements autodestructeurs (Wright et al., 1999).

L'état de stress post-traumatique (ESPT) semble le symptôme le plus fréquemment observé chez les victimes. Selon les études, les taux varient de 21% (Deblinger, McLeer, Atkins, Ralphe, & Foa, 1989) à 53% (McLeer, Deblinger, Atkins, Foa, & Ralphe, 1988) avec une moyenne de 32% (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). Même si la majorité des victimes ne remplissent pas la totalité des six critères de l'ESPT du DSM-IV (APA, 1994), 80% d'entre elles rapportent un des symptômes ou plus (McLeer, Deblinger, Henry & Orvaschel, 1992). Par ailleurs, chaque enfant ne présente pas le même type ni la même intensité de perturbation (Wright et al., 1999). Certains vont jusqu'à affirmer que l'inceste n'est pas dommageable pour la victime (Pomeroy, 1976) et que l'inceste impliquant des enfants pré pubères ne cause aucun dommage émotionnel particulier (Yates, 1978).

Les conséquences à long terme de l'abus sexuel peuvent apparaître deux ans suivant l'arrêt de l'abus sexuel et demeurer présentes à l'âge adulte. Ces séquelles peuvent apparaître de façon aléatoire ou être chroniques (Paradis & Perron, 1990). Des résultats impressionnants se dégagent de l'étude de Roland, Zelhart et Dubes (1989). Cette étude établit des différences de profils de personnalité entre les femmes adultes abusées sexuellement durant l'enfance par leur père ou beau-père, celles abusées par une autre personne et celles non abusées (groupe contrôle). En utilisant le test de personnalité MMPI, il ressort que les femmes abusées par leur père/beau-père rapportent des scores plus élevés sur certaines échelles, telles les traits défensifs, les tendances hypocondriaques, la dépression, la paranoïa, l'asthénie psychologique (psychasthenia), la

schizophrénie et l'introversion sociale, comparativement aux femmes abusées par une autre personne. Également, ces dernières ont des scores plus élevés que les femmes du groupe contrôle. Ainsi, plusieurs caractéristiques de la personnalité semblent liées aux abus sexuels subis durant l'enfance par les femmes et le lien entre la victime et l'abuseur semble jouer pour beaucoup dans le type de séquelles manifestées. Ces résultats semblent corroborer les observations associant des séquelles sévères de l'abus à une relation de confiance et de pouvoir (Wright et al., 1999).

D'autres résultats surprenants ressortent aussi de l'étude de Carson, Gertz, Donaldson et Wonderlich (1990). Les survivantes d'inceste font preuve d'aliénation, de non-conformité sociale et d'inconfort. Enfin, elles démontrent un manque de confiance, d'empathie et de respect des autres. Des problèmes dans l'expression des émotions et l'utilisation de mauvaises habiletés dans les domaines de résolution de conflits sont aussi des caractéristiques associées à l'abus sexuel subi durant l'enfance.

Des études (Badgley & Ramsay, 1986; Brière & Elliot, 1994) identifient chez les adultes d'autres caractéristiques associées à des gestes d'abus sexuel subis durant l'enfance. On dénote des crises d'anxiété et des réactions phobiques diverses. Des sentiments d'être isolé et stigmatisé sont aussi présents. La dépression peut à son tour causer des hospitalisations répétées, des traitements en psychiatrie, des tentatives de suicides, de l'automutilation et une consommation excessive de drogue, alcool ou médicaments. Ces caractéristiques concernent aussi bien les femmes que les hommes ayant subi l'inceste. Selon Jungiohann (1990), les troubles psychosomatiques sont aussi fréquents chez les victimes d'abus sexuel. Ce serait un moyen pour elles d'exprimer ce qu'elles ne se permettent pas d'exprimer de façon explicite (ce qu'elles ressentent par rapport à l'abus sexuel subi).

En comparant les victimes masculines et féminines, la documentation considère que les garçons sont davantage susceptibles d'extérioriser leurs sentiments en réaction à l'abus sexuel subi. Ils seront plus susceptibles de développer des comportements sociaux problématiques (délinquance, contravention aux mœurs sexuelles, agressions) et auront tendance à s'adonner à des comportements nocifs pour leur santé (fumer, se droguer, fuguer, se faire expulser de l'école). Cette propension à l'extériorisation des sentiments chez les garçons peut être le résultat de l'influence de la société qui ne leur permet pas d'être vulnérables, d'avoir été victimes et de discuter de leurs sentiments (Mathews, 1996). Concernant les victimes féminines, elles vont davantage intérioriser leur réaction et seront ainsi plus enclines à développer des problèmes émotionnels, à souffrir de désordres somatiques et de sautes d'humeur, d'adopter des comportements autodestructeurs et de devenir plus vulnérables à être de nouveau victimisées (Friedrich, Beilke, & Urquiza, 1988).

En somme, il faut spécifier que ce ne sont pas toutes les victimes qui présentent les symptômes cités précédemment. Bien sûr, celles qui en souffrent ne les présentent pas tous, le nombre de symptômes, le degré d'affection et les séquelles étant variés. Certes, ces symptômes sont présents plus souvent chez les personnes ayant été abusées sexuellement à l'enfance, comparativement à un groupe normatif.

Traitement de l'abus sexuel

Lorsqu'il y a abus ou agression à l'endroit d'un enfant, les différentes lois de protection de l'enfance et de la jeunesse commandent que ces comportements déviants soient enrayés et que les victimes reçoivent une aide psychologique et sociale appropriée. Il existe différentes formes de traitement des hommes abuseurs. Jusqu'en 1988, les

services dispensés aux pères abusifs visaient presque exclusivement l'accroissement de la responsabilisation face aux comportements sexuels déviants. Depuis ce temps, le traitement de l'agir sexuel déviant a évolué et tient maintenant compte des variables physiologiques, émotives, cognitives et comportementales (Conte, 1985; Paradis & Perron, 1990) dans le but de modifier les comportements sexuels dysfonctionnels. Les techniques comportementales et cognitives fournissent un cadre d'intervention qui favorise la confrontation de cet agir sexuel déviant. Ainsi, l'accroissement des habiletés sociales et hétérosexuelles, l'autocontrôle et la modification des distorsions cognitives font maintenant partie des cibles de traitement des abus sexuels (Quinsey & Earls, 1990).

L'approche la plus recommandée dans le traitement des situations d'inceste est celle qui intervient sous plusieurs angles. Les approches thérapeutiques peuvent inclure une thérapie cognitive/behaviorale pour l'agresseur, une thérapie supportante/éducative pour le parent non abuseur, une thérapie de couple, un travail au niveau de la relation mère-fille, et une thérapie familiale. Dans les programmes existants, la thérapie de groupe est l'une des méthodes de traitement les plus utilisées avec les personnes ayant commis des abus sexuels. Elle permet de confronter les distorsions cognitives et le manque de responsabilité de l'abuseur. Elle permet à l'agresseur de modifier ses comportements par modeling et d'être supporté par les autres membres du groupe (Priest & Smith, 1992). De plus, à l'aide d'une thérapie familiale, il est possible de modifier les abus d'autorité et les frontières dysfonctionnelles. Un travail d'intervention centré sur le système familial, combiné à la thérapie pour l'abuseur et pour tous les membres de la famille semblent être privilégiés si la famille désire demeurer unie. La thérapie familiale doit être considérée seulement quand il y a assurance que l'abus sexuel est arrêté, que la victime est protégée et que l'abuseur se reconnaît l'entière responsabilité des actes sexuels posés (Cole, 1992).

Dans cette section, quelques programmes de traitement en abus sexuel sont décrits. Également, plusieurs techniques de traitement utilisées avec les agresseurs sexuels sont abordés. Ensuite, le programme PÉTAS et ses objectifs de traitement font l'objet d'une présentation détaillée. Enfin, des informations sont données concernant l'évaluation des programmes de traitement décrits auparavant.

Description de différents programmes de traitement en abus sexuel

Il existe plusieurs programmes de traitement en abus sexuel. Les objectifs visés, les modes d'intervention, les types de traitement et les clientèles cibles varient d'un programme à l'autre. À titre d'exemple, voici une description sommaire de dix de ces programmes.

Le Intra-Family Sexual Abuse Program (IFSAP) est un programme de traitement qui s'adresse à tous les membres de la famille étant aux prises avec un problème d'abus sexuel, mais qui se spécialise dans le traitement des agresseurs sexuels (Frey, 1987). Il est dispensé par le Weldon Springs Hospital dans le Montana. Quoique plusieurs hommes abuseurs soient vus en thérapie individuelle, dyadique (avec leur conjointe) et familiale, la thérapie de groupe est la pierre angulaire du traitement. En utilisant la philosophie du groupe de thérapie marathon, les intervenants tentent d'augmenter l'ouverture de soi, l'honnêteté émotionnelle et la prise de conscience des conséquences des actes des abuseurs à travers des séances de longue durée, variant de six à huit heures consécutives. Il semble que ces marathons abaissent les défenses et facilitent la responsabilité des participants.

Le Child Sexual Abuse Treatment Program (CSATP) a été conçu et popularisé par Giarretto (1982a;1982b). Il faut préciser que plusieurs programmes de traitement nord américains découlent de celui-ci. Ce programme se divise en deux segments.

L'Association de Service à la Famille prend en charge les thérapies individuelles, de couple et familiales. Les organismes Parents Unis (qui traite les parents abuseurs et non abuseurs) ainsi que Filles et Garçons Unis (qui traite les victimes d'abus sexuel), de leur côté, se chargent des groupes de traitement pour les membres de la famille (groupe des femmes, groupe des hommes: pères incestueux et abuseurs extra familiaux, groupe de couples; groupe de parents, groupe d'adultes abusés durant l'enfance, groupe de recontact, groupe pour les problèmes alcooliques). Toutes les personnes participant aux thérapies de groupes sont aussi vues en thérapies individuelles. Une approche humaniste utilisée par les intervenants semble être une des forces de ce programme (Giaretto, 1982a). La durée de traitement pour les hommes incestueux est de trois ans ou plus. La thérapie individuelle commence tout au début du traitement et se poursuivra tout au long du processus thérapeutique. *Le Metropolitan Organization to Counter Sexual Assault*. (MOCSA) offre également un programme de traitement pour les victimes d'abus sexuels et leur famille (Simkins, Ward, Bowman, & Rinck, 1990), modelé sur celui de Giaretto (1982a). Quant au programme décrit par Marshall et Barbaree (1988a), il s'adresse aux agresseurs sexuels intra-familiaux et extra familiaux. Les comportements sexuels et les compétences sociales sont traités à l'aide de diverses techniques comportementales lors de séances individuelles ou de groupe. De plus, si les patients ont des problèmes de consommations de drogues ou d'alcool, ils sont référés à un centre de traitement de toxicomanies.

Chaffin (1992) présente un autre programme de traitement en abus sexuel qui s'adresse à une clientèle judiciairisée (en protection de la jeunesse). Le traitement consiste en des psychothérapies de groupe d'une durée de deux ans. Il y a des groupes d'hommes incestueux, des groupes de victimes et des groupes de mères de victimes. Dans un autre ordre d'idées, le programme décrit par Anderson et Shafer (1979) se base sur un modèle de traitement en communauté pour les familles incestueuses. Ce traitement débute par

l'évaluation de la famille et de ses membres. Il comprend ensuite trois phases. La famille est divisée en plusieurs groupe dans la phase 1. À ce moment, les options de traitement incluent la thérapie individuelle, de groupe de victimes, la thérapie de couple, un traitement en toxicomanie (si nécessaire) et la modification des comportements de l'abuseur. La famille est réunie dans la deuxième phase dans des thérapies familiales (animées par des co-thérapeutes masculins et féminins). Dans la troisième phase, la famille est réunie à la maison avec de la supervision. L'établissement des nouveaux rôles est visé.

Par ailleurs, *le Family Sexual Abuse Treatment Program* (FSATP) est l'un des programmes de traitement qui donnent des services aux familles incestueuses dans l'Ouest canadien (Babins-Wagner, 1991). Ce programme est innovateur et diffère des programmes inspirés de celui de Giarretto (1982a) dans le sens où les victimes et leurs mères sont vues ensemble tout au début du traitement. Par contre, ce ne sont pas tous les clients qui sont sélectionnés pour ce type de thérapie. Il doit y avoir une nécessité de traitement au niveau familial. Les thérapies de groupes durent entre une et deux heures et s'échelonnent sur une durée d'environ 18 mois. *Le programme de l'hôpital d'Alberta* (Lang, Pugh, & Langevin, 1988) offre quant à lui un traitement qui a été appliqué à des agresseurs dont la majorité purgeait une sentence d'emprisonnement allant d'une à trois années. Les hommes incestueux en étaient à leur première charge criminelle dans 45% des cas. Les patients ont été soumis à un traitement multimodal qui incluait le contrôle des fantasmes sexuelles déviantes à l'aide du pléthysmographe, la psychothérapie de groupe, des rencontres communautaires quotidiennes, un entraînement aux habiletés sociales, le développement du contrôle de la colère, l'éducation sexuelle, le psychodrame (rejouer les scènes d'abus, quelquefois en utilisant des mannequins), des discussions à propos des victimes à la suite du visionnement d'un film, l'introduction aux réponses de stress. Tous les hommes

demeuraient en traitement pour un minimum de six mois. D'autres thérapies (familiales, de couple ou relationnelles) sont utilisées au besoin. *Le programme des pénitenciers régionaux de l'Ontario* (Marshall & McKnight, 1975) est un autre programme qui été administré dans les années soixante-dix à des détenus. Le programme consistait en une thérapie aversive (chocs électriques) et dans un entraînement aux habiletés sociales qui inclue une intégration progressive à des interactions sociales plus complexes et à la thérapie de groupe où les détenus pouvaient discuter de leurs difficultés et problèmes.

Plus près de nous, *le groupe Parents-unis de Repentigny* est un organisme communautaire qui offre un programme de traitement en abus sexuel. Des groupes de traitement pour les mères des victimes sont donnés (Brodeur et al., 1997). Le traitement pour les mères consiste en cinq étapes de neuf semaines. Chaque session couvre un thème différent (p. ex., réactions suite au dévoilement, relation avec les conjoint, relation mère-fille, l'affirmation de soi, l'épanouissement sensuel et sexuel). Préalablement, la plupart des mères participent à une thérapie d'accueil de neuf rencontres pour parents non abuseurs.

Techniques utilisées avec les agresseurs sexuels. La recension des divers programmes offerts en abus sexuel permet de constater que le traitement des hommes incestueux s'inspire d'écoles de pensée hétéroclites, conduisant au développement de multiples techniques d'intervention.

Les techniques behaviorales consistent à paier une réponse aversive avec l'excitation sexuelle déviante ou avec des stimuli déviants. Une de ces techniques ayant pour but d'amoinrir l'excitation sexuelle est celle de la satiatiion. Elle consiste à ce que l'homme se masturbe jusqu'à l'éjaculation en verbalisant des fantasmes non déviants.

Suite à l'éjaculation, l'agresseur doit immédiatement continuer de se masturber en verbalisant des fantasmes déviants. L'impossibilité d'avoir une autre éjaculation liée à la masturbation continue (pendant encore cinquante minutes) procure une sensation très désagréable et ennuyante. Cette sensation est donc pairée aux fantasmes déviants. Ainsi, ces derniers devraient diminuer. La pertinence clinique et les résultats positifs obtenus expliquent la popularité de cette méthode (Castonguay & Earls, 1989).

La répétition aversive et modifiée du comportement abusif consiste à faire répéter à l'abuseur la scène d'abus sexuel sur une poupée (Priest & Smith, 1992). Cette scène se fait durant une session de thérapie filmée. Elle est ensuite rejouée devant l'abuseur et les personnes qui lui sont significatives. Cette expérience est très humiliante et enlève les illusions de plaisir liées aux fantaisies déviantes.

L'utilisation du pléthysmographe est une technique utilisée pour mesurer le degré d'excitation sexuelle déviante. Des techniques comportementales découlent de l'utilisation de cet instrument pour réduire l'intensité de ces excitations sexuelles (Castonguay & Earls, 1989; Stermac & Hucker, 1988). Quand la jauge de mercure (placée autour du pénis de l'agresseur) indique des signes d'excitation sexuelle à la suite de présentations de scènes sexuelles déviantes (audio ou vidéo), une réponse aversive (chocs électriques administrés, respirer des sels d'ammoniac, etc.) vient automatiquement réduire l'excitation sexuelle. Le pairage continue affecte négativement l'intensité et la fréquence des fantaisies et excitations sexuelles déviantes. Il existe des difficultés avec cette méthode. Il semble que les clients aient la possibilité de fausser (en contrôlant leurs érections) les résultats sous les conditions de traitement. De plus, on ne sait pas si les résultats se prolongent longtemps après le traitement. Enfin, on ne sait pas si la réponse au pléthysmographe est liée à une baisse de probabilité de récurrence. La validité externe demeure donc encore à être prouvée.

L'étude de Quinsey et al. (1980) démontre toutefois une amélioration significative de 13 patients sur 18. Le coût élevé du matériel nécessaire pour ce traitement le rend quelquefois inaccessible par les équipes de traitement.

La thérapie olfactive consiste à ce que l'agresseur respire des vapeurs d'ammoniac lorsqu'il a des fantaisies déviantes. L'avantage de cette technique est qu'elle est peu coûteuse. De plus, elle peut être administrée en clinique ou à l'extérieur des séances de thérapie. L'agresseur peut donc s'auto-administrer ce traitement tout au long de la semaine entre les séances de thérapie. Ainsi, la réponse aversive est administrée chaque fois que cela est nécessaire (Abel & Rouleau, 1990). La motivation du client se doit d'être présente car aucun contrôle n'existe sur la véracité de la déviance ou non des fantaisies des clients.

Les techniques behaviorales-cognitives sont aussi très populaires dans le traitement des agresseurs sexuels. Une première technique est celle de sensibilisation voilée. Elle permet d'identifier la planification, les manipulations et les distorsions cognitives utilisées par l'abuseur pour passer à l'acte. De plus, cette technique permet de paier une scène aversive (se faire arrêter par la police, se faire prendre par sa conjointe, etc.) aux fantaisies déviantes, ce qui les empêche de devenir plus intenses et intrusives. L'excitation sexuelle déviante s'en trouve donc amoindrie. Cette technique est expliquée plus en détail dans une section subséquente.

La restructuration cognitive consiste à confronter les dénis, rationalisations, minimisations, justifications et autres cognitions fautives qui ont amené les abuseurs à commettre leurs abus sexuels (Priest & Smith, 1992). La thérapie de groupe facilite ces confrontations.

Le jeu de rôles est un outil intéressant pour accroître le niveau d'empathie de l'agresseur envers sa victime. Le client est amené à jouer le rôle d'un enfant qui a été abusé sexuellement. Avec l'aide des thérapeutes, il doit arriver à imaginer et à vivre l'expérience traumatisante d'être une victime d'abus sexuel (Priest & Smith, 1992). Selon certains auteurs (Turcotte, Lussier, Bertrand, & Perron, 1997), l'utilisation de la propre expérience de victimisation de l'abuseur pourrait être un outil thérapeutique non négligeable pour accroître le niveau d'empathie de celui-ci. Il pourra ainsi identifier et ressentir les émotions qu'une victime d'abus sexuel pourrait ressentir. L'utilisation de films, le témoignage de victimes et la lettre d'excuse à la victime sont d'autres moyens utilisés pour augmenter l'empathie des agresseurs envers leurs victimes.

L'art-thérapie est aussi utilisée avec les pères incestueux. La peinture, la poésie, le collage et d'autres médiums donnent aux thérapeutes une alternative pour travailler avec des abuseurs qui nient l'abus, qui sont répressifs ou résistants. La nature concrète du travail créatif permet au thérapeute et au client de progresser et donne à l'abuseur un sentiment d'achèvement. L'expression non-verbale est très utile pour faire émerger les souvenirs refoulés de l'abus sexuel, des abus sexuels et traumatismes vécus par l'abuseur. L'empathie envers la victime peut aussi être augmentée par ce genre de travail (Taylor, 1990).

Une combinaison de quelques-unes de ces techniques est souvent utilisée dans les programmes de traitement des abuseurs. Par exemple, pour Pithers et ses collaborateurs (1988), le processus de prévention de la récidive doit tenir compte des rechutes et des stratégies d'adaptation. Ainsi, trois techniques sont utilisées pour prévenir les rechutes. D'abord, les procédures de contrôle des stimuli consistent à déplacer ou à éliminer les stimuli (p. ex., la pornographie infantile) pouvant faire émerger les fantasmes déviantes.

Deuxièmement, il y a les stratégies d'évitement (comme éviter de passer près d'une cours d'école si cette action fait émerger des fantasmes déviantes). Enfin, il y a les stratégies de fuite qui consistent à quitter une situation qui pourrait entraîner le passage à l'acte. La rapidité de la réponse de fuite est très importante, surtout au début du traitement lorsque les stratégies d'adaptation dans les situations à haut risque ne sont pas maîtrisées. Cette réponse de fuite peut avoir été préprogrammée en ayant été répétée de multiples fois dans plusieurs situations. La modification des déterminants de la rechute s'accomplit à travers diverses techniques comportementales telles la satiété, le reconditionnement orgasmique, la thérapie olfactive aversive, etc. D'autres techniques peuvent être utilisées pour modifier les prédispositions à la rechute, comme des sessions d'informations sur la sexualité, la confrontation de l'abuseur par la victime, la restructuration cognitive et les groupes de rééducation.

Dans un autre programme de traitement des abuseurs, Marshall et Barbaree (1988a) utilisent des techniques comportementales, telles le conditionnement électrique aversif (qui diminue l'excitation envers les stimuli déviantes visuels et verbaux), la satiété (qui réduit les fantasmes déviantes durant la masturbation) et la thérapie olfactive (qui a pour but surtout d'éliminer les fantasmes déviantes à la vue des enfants ou dans l'imaginaire) en vue d'éliminer les préférences sexuelles envers les enfants. Les auteurs utilisent aussi des programmes d'éducation sexuelle (mettant l'accent sur les pratiques sexuelles communes et sur des attitudes positives envers la sexualité) pour donner une autre vision de la sexualité. Les distorsions cognitives (liées à la sexualité) et les fausses attributions (en lien avec les abus sexuels commis) font également l'objet de modifications. Les compétences sociales sont traitées en augmentant l'efficacité des habiletés de communication, du contrôle de la colère, de la réduction de l'anxiété au cours d'une conversation, de la capacité d'empathie et de la résolution de conflits.

En ce qui a trait aux stratégies d'adaptation spécifiques, Pithers et al. (1988) précisent qu'elles sont accrues premièrement par des réponses d'adaptation programmées. Des sessions d'entraînement à la résolution de problèmes permettent de donner une réaction presque immédiate aux différentes situations et humeurs. Ensuite, les habiletés interpersonnelles des clients sont améliorées en leur enseignant une façon adéquate de communiquer leurs sentiments et émotions et en leur permettant de bien interpréter les messages qu'ils peuvent recevoir dans différentes situations. Le contrôle du stress et de la colère est une autre cible du traitement qui est travaillée par un entraînement visant l'inoculation du stress. Enfin, l'évitement des situations à risque impliquera l'apprentissage nécessaire pour régler les problèmes de gratifications immédiates. L'abuseur doit ainsi reconnaître que des affects négatifs (culpabilité, honte) suivront la gratification immédiate. Un langage interne aversif peut aussi aider à faire face à l'urgence.

Enfin, trois techniques médicales peuvent être utilisées dans le traitement des abuseurs sexuel. Les interventions pharmacologiques (la castration chimique) impliquent l'utilisation d'antiandrogène ou de progestogène (le medroxyprogestérone et le cyprotérone sont les plus populaires) pour diminuer les besoins et désirs sexuels (Cooper, 1984). Ce type de traitement est indiqué pour les personnes ne pouvant contrôler leurs activités sexuelles et mettant ainsi la société à risque (Cole, 1992). Les pédophiles récidivistes sont plus souvent traités par cette méthode, alors qu'elle est rarement utilisée dans le traitement d'hommes incestueux. La castration physique consiste en l'ablation des testicules. Elle vise les mêmes objectifs que les interventions pharmacologiques mais est beaucoup moins employée (Marshall, Jones, Ward, Johnston, & Barbaree, 1991). Elle démontre toutefois un taux de récurrence sexuelle très bas (de 0% à 7.4%). Pour des raisons éthiques, il semble que la castration physique ne soit pas vraiment adoptée à l'extérieur de

l'Europe. La plupart des pays Européens l'ont même déjà abandonnée. Un dernier traitement physique est la neurochirurgie. L'ablation de certaines parties du cerveau (typiquement l'hypothalamus) est très questionnable au niveau éthique puisqu'on ne comprend pas encore bien les fonctions spécifiques du système nerveux central touché par cette procédure et qu'elle est difficilement justifiable. De plus, l'efficacité de ce traitement n'est pas convaincante. Il semble diminuer en effet le désir sexuel, mais ne change rien à l'orientation sexuelle privilégiée par la personne sexuellement déviante. Il ne semble pas que cette technique sera à nouveau étudiée dans le futur (Marshall et al., 1991).

Description du programme PÉTAS

Au Québec, un des programmes de traitement des situations incestueuses solidement établis est le Programme d'Évaluation et de Traitement des Abus Sexuels Intra-familiaux (PÉTAS) dispensé par les Centres Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ce programme a été mis sur pied en 1987 par Paradis et Perron. Le programme utilise un cadre socio-judiciaire et s'inspire principalement de la théorie sociale cognitive, complétée par des considérations systémiques et familiales. Le PÉTAS vise toutes les personnes impliquées dans une situation d'abus sexuel intra-familial, soit la mère de la victime, la victime, l'homme ou l'adolescent abuseur sexuel intra-familial et la conjointe de l'abuseur (si elle diffère de la mère). L'abuseur adulte doit être un membre de la famille (de la famille élargie ou est une figure parentale de substitution). Par contre, l'adolescent agresseur sexuel intra-familial et/ou extra familial est traité par ce programme. Les abus sexuels commis par les hommes qui adhèrent au programme ont été reconnus comme étant des faits fondés par les évaluateurs des Centres Jeunesse. La thérapie de groupe est la stratégie d'intervention privilégiée pour les hommes incestueux et les mères de victimes d'abus sexuel. Elle consiste en un minimum de 54 rencontres de groupe, dont la durée est

de deux heures à deux heures et demie chacune, s'échelonnant sur deux ans. Pour certains individus, des thérapies individuelles, dyadiques et familiales seront nécessaires et ajoutées à la thérapie de groupe. Pour faire partie de ce programme, les hommes doivent répondre à deux critères minimaux. Ils présentent un minimum de reconnaissance des faits et du caractère sexuel des gestes posés et un minimum d'acceptation de la responsabilité de l'abus sexuel. L'encadrement socio-judiciaire permet une meilleure implication des abuseurs sexuels intra-familiaux en thérapie (Paradis, Perron, & Dubé, 1992). Les groupes de thérapie sont au nombre de quatre et correspondent à quatre niveaux: 1) orientation, 2) sensibilisation voilée, 3) prévention de la récidive, et 4) communication. Les objectifs de chaque groupe doivent être atteints avant d'accéder au suivant.

Le groupe d'orientation et le groupe de communication s'adressent à la fois aux femmes et aux hommes. Pendant que les hommes participent au groupe de sensibilisation voilée et de prévention de la récidive, les femmes participent au groupe de femmes.

Groupe d'orientation. Ce groupe mixte a pour but d'accueillir les hommes abuseurs et les mères de victimes lors du dévoilement de l'abus sexuel. Il a une durée d'environ neuf semaines. Chez les hommes, les objectifs spécifiques visés par leur participation à ce groupe sont: 1) nommer minimalement les gestes d'abus posés et envers qui ceux-ci ont été posés; 2) reconnaître un besoin de traitement; 3) restreindre les distorsions cognitives et les minimisations; 4) resituer la responsabilité; 5) briser leur isolement; 6) favoriser le début de l'expression des émotions et une meilleure gestion de celles-ci; 7) améliorer les habiletés de communication et les compétences interpersonnelles et enfin 8) comprendre les conséquences de l'abus chez leurs victimes et chez les mères des victimes.

Concernant les femmes, leur participation à ce groupe leur permettra de : 1) commencer à résoudre leur sentiment d'impuissance et la perte de confiance en soi; 2) gérer leur état dépressif et leur sentiment de culpabilité; 3) resituer la responsabilité de l'abus; 4) briser leur isolement (réseau de soutien) et de se sentir comprise par les autres femmes du groupe; 5) favoriser l'expression de leurs émotions (parfois confuses) sans être jugées; 6) comprendre leur sentiment de confusion envers leur conjoint, leur enfant et elle-même; 7) recevoir des conseils sur l'attitude à adopter envers leur enfant; 8) commencer à s'affirmer adéquatement; et 9) résoudre l'émergence éventuelle des symptômes liés à leur propre victimisation.

Groupe de sensibilisation voilée. Suite à leur participation au groupe d'orientation, les hommes accèdent au groupe de sensibilisation voilée qui est basé sur une technique behaviorale-cognitive de type aversif. Ce groupe d'une durée de neuf semaines a pour but d'associer des stimuli aversifs aux fantasmes déviantes. Voici une description sommaire de cette stratégie d'intervention. Les hommes doivent raconter sur cassettes audio quelles étaient leur planification, manipulation, état émotif et contexte familial, conjugal et social avant d'abuser sexuellement. Toutefois, avant de raconter leur scène d'abus, ils doivent introduire une scène aversive (p. ex., s'imaginer qu'il se font prendre par leur conjointe, se font arrêter par les policiers, se font jeter en prison, que la victime se suicide, etc.). Suite à cette scène aversive (l'abus comme tel n'est pas décrit), une scène normale est introduite dans le but de favoriser l'émergence de fantasmes sexuelles adéquates (c'est-à-dire avec un partenaire sexuel adulte sans violence). Les objectifs visés sont : 1) une diminution de l'excitation sexuelle déviante; 2) une augmentation de l'excitation sexuelle appropriée; 3) un meilleur contrôle cognitif permettant un arrêt de la pensée et des fantasmes déviantes; 4) la mise à jour des distorsions cognitives; et 5) un début d'intégration d'une connaissance sexuelle appropriée.

Groupe de prévention de la récidive. La troisième étape du processus de traitement des hommes abuseurs se nomme “Prévention de la récidive” qui a une durée de 18 semaines. À l’intérieur de ce groupe, trois objectifs sont visés. D’abord, les hommes identifient les différents aspects de leur motivation ayant favorisé l’agir sexuel déviant. Le travail thérapeutique porte sur l’excitation sexuelle déviante, les besoins sexuels, affectifs, de contrôle et de pouvoir ainsi que leur difficulté à régler adéquatement les conflits. Les signes précurseurs de l’abus seront identifiés. Deuxièmement, un travail est effectué au niveau des barrières internes. C’est à ce moment que seront confrontées les distorsions cognitives. Un travail important est effectué au niveau d’une sensibilisation des conséquences physiques et psychologiques de l’agir de l’homme sur sa(ses) victime(s) et les autres gens impliqués (augmentation de l'empathie). Troisièmement, un travail au niveau des barrières externes permet de comprendre en détail les enjeux de manipulation, ainsi que les diverses stratégies de planification utilisée pour s’isoler avec leur victime et les soumettre à des contacts sexuels. Ce travail permet d’identifier les situations à risque pour chaque homme. À ce stade-ci, les hommes doivent être en mesure de donner en détail une description de tous les éléments impliqués dans leurs gestes d’abus sexuel. Ils doivent comprendre leur cycle d’abus et apprendre des moyens concrets pour éviter toutes récidives. Un plan de prévention de récidive est développé et est partagé avec leur conjointe et les intervenants impliqués (thérapeutes, DPJ, agent de probation).

Groupe de femmes. Parallèlement au groupe de sensibilisation voilée et de prévention de la récidive, les femmes participent à un autre groupe s’adressant uniquement à des mères d’enfants victimes. Le nombre de semaine est équivalent à celui du groupe des hommes bien qu’il n’y a pas de nombre limité de sessions. Habituellement, les femmes dont le conjoint est aussi en traitement participent à ce groupe jusqu’à ce que leur conjoint soit prêt à intégrer le groupe de communication. Dans ce groupe, elles auront

l'opportunité : 1) de briser davantage leur isolement; 2) de se resituer dans leur rôle de femme (conjointe ou non); 3) d'effectuer un travail au niveau de leur estime d'elle-même et de leur affirmation de soi; 4) d'apprendre à reconnaître les indices d'une relation incestueuse et à la confronter; 5) d'identifier des besoins affectifs et les stratégies efficaces pour les combler; 6) de reconnaître et développer leur relation avec leur enfant ainsi que leur rôle de mère (pouvoir les protéger); et 7) de travailler la résolution des conflits liés à leur propre victimisation de violence physique et/ou sexuel si tel est le cas.

Groupe de communication. Finalement, les hommes et les femmes sont réunis dans le groupe de communication qui a une durée de 18 semaines. Le but principal de ce groupe est de développer et d'augmenter leurs capacités de vivre des relations interpersonnelles avec des adultes, et plus particulièrement d'accroître l'intimité et l'interdépendance dans le couple. Pour ce faire, les conjoints développeront leurs habiletés d'écoute et d'expression des sentiments positifs. Ils identifieront leurs besoins et apprendront à comment les exprimer. De plus, ils apprendront à mieux résoudre les problèmes et conflits conjugaux et à mieux gérer leur colère. L'ensemble de ces apprentissages permettra de développer des relations conjugales et familiales plus satisfaisantes (règles, rôles et frontières adéquates).

Évaluation des programmes de traitement en abus sexuel

Suite à ce survol des divers programmes de traitement des abus sexuel, le lecteur aguerri peut se demander si un traitement donné entraîne les modifications, les apprentissages et les améliorations escomptés auprès de la clientèle visée. Cette section consiste à présenter les résultats de l'évaluation de certains programmes de traitement.

Le *Child Sexual Abuse Treatment Program* est l'un des programmes de traitement pour les familles aux prises avec un problème d'abus sexuel les mieux établis. Depuis 1971, ce programme a procuré des services de thérapie à plus de 4000 enfants et à leur famille (environ 14 000 personnes). Dans le but d'évaluer l'efficacité de ce programme de traitement, le progrès des participants a été examiné à la mi-traitement et à la fin du traitement par Kroth (1979). L'échantillon des pères incestueux se compose de 127 pères. Ceux-ci sont évalués au début, au milieu et à la fin du traitement. Un but important du traitement est d'amener les abuseurs à distinguer la responsabilité (qui amène les participants à se prendre en main) de la culpabilité (qui réduit l'individu à une attitude défaitiste). Les résultats montrent que 89% de ceux-ci acceptent en grande partie ou l'entière responsabilité de l'abus à la fin du traitement, alors que les participants ayant des sentiments de culpabilité passent de 65% au début du traitement à 24% à la fin du traitement. La relation entre le père et sa victime a aussi été influencée par le traitement. Celles qui se détérioraient sont passées de 17% pendant le traitement à 4% à la fin du traitement, alors que celles qui se sont améliorées sont passées de 22% à 50%.

Concernant les mères, il est intéressant de constater que pendant que leurs sentiments de culpabilité diminuaient au cours du traitement, elles apprenaient à prendre la responsabilité de leurs difficultés conjugales et de leur inhabileté à protéger leur fille. À la fin du traitement, 50% des mères se disent "très responsable" de l'abus, alors qu'aucune ne se percevait responsable au début du traitement. Les mères semblent avoir compris qu'un mariage en difficulté est un des précurseurs de l'inceste.

Face au mariage et à la famille, chaque parent (père et mère) démontre un changement d'attitude. Vers la fin du traitement, 82% des participants sont en accord avec l'énoncé "Je me sens maintenant plus ouvert, honnête et en contrôle de moi-même" et

100% affirment que “les choses sont bien meilleures qu’elles étaient”. De même, 100% des membres se disaient dévastés émotionnellement au début du traitement comparés à 24% à la fin. L’évaluation a déterminé que 76% des mariages ont été sauvés et que 14% se sont brisés. Dans plusieurs cas, les conjoints affirment que leur relation est meilleure maintenant qu’avant la crise provoquée suite au dévoilement de l’abus. Vers la fin du traitement, 59% des répondants affirment que leur relation conjugale s’est améliorée, tandis que 6% affirment que leur relation s’est détériorée. Les relations sexuelles se sont améliorées en termes de fréquence et de qualité. Les conjoints qui argumentaient “beaucoup” ont passé de 38% au début du traitement à 0% à la fin du traitement. En dépit du fait que quatre hommes sur cinq retournent vivre dans leur famille, seulement trois récidives ont eu lieu pour un total de 1500 familles. Il semble qu’environ 90% des enfants aient été rendus à leur famille.

Les résultats de l’évaluation du programme de traitement pour abuseurs sexuels intra-familiaux de Chaffin (1992) permettent de constater à la fin du traitement d’une durée de deux ans une augmentation de 82% de la responsabilité et de l’empathie, une amélioration de 13% des relations affectives avec les adultes et une amélioration de 30% à 45% pour les variables du contrôle de l’impulsivité, du concept de soi sexuel et d’une plus faible attirance sexuelle envers les enfants. Les variables étaient cependant mesurées de façon qualitative par six thérapeutes. De plus, les analyses portaient sur 23 participants (sur un total de 36) ayant complété les deux années de traitement.

L’évaluation du programme de traitement en abus sexuel dispensé à l’hôpital d’Alberta à Edmonton (Lang, Pugh, & Langevin, 1988) démontre un changement au niveau de 18 des 20 variables mesurées chez les hommes agresseurs. Ainsi, les chercheurs enregistrent une baisse des traits d’anxiété, de la peur d’être évalué négativement, de

l'anxiété morale, des difficultés dans les relations familiales, du négativisme, du ressentiment, de l'hostilité indirecte, de la propension à l'agression physique, de la suspicion, de l'irritabilité, de l'hostilité (cote globale), du psychoticisme, du névrotisme et des sentiments de colère. Les variables ayant augmenté sont la fréquence d'affirmation, l'aisance au niveau de l'affirmation, les habiletés sociales et l'extraversion. Les clients n'ont démontré aucun changement significatif sur les échelles d'hostilité verbale et de mensonge.

En ce qui a trait à l'évaluation de l'efficacité du programme de Marshall et Barbaree (1988a), des données concernant 53 patients non traités et 64 patients traités révèlent que 32% des non traités ont récidivé (une moyenne de 42.13 mois après le délit) et 14% des individus traités ont récidivé (une moyenne de 44.31 mois après la fin du traitement). De plus, le groupe d'abuseurs traités agressent moins de victimes que le groupe contrôle (abuseurs non traités) et ce, pour les différentes durées d'évaluation post-traitement (follow-up). Marshall et Barbaree (1988b) démontrent que le degré de déviance sexuelle a diminué pour les trois groupes d'agresseurs (fille/extra-familial, garçon/extra-familial et hommes incestueux) après le traitement. Cette étude démontre une bonne validité à cause de l'existence du groupe contrôle, de la période de suivi et du nombre adéquat de participants.

En ce qui a trait uniquement au traitement de pères incestueux, les résultats de trois études (Marshall & Barbaree, 1988a; Lang et al., 1988; Chaffin, 1992) démontrent que le taux de rechute est plus élevé chez les abuseurs non traités que chez ceux qui le sont. En effet, seulement 8% des pères incestueux traités récidivent, tandis que les pères abuseurs non traités récidivent dans une proportion de 22%. La récurrence semble associée à l'attirance éprouvée envers les enfants telle que mesurée par le pléthysmographe, le

nombre de victimes abusées, l'abus simultané de garçons et de filles, la pauvre motivation à vouloir modifier son style de communication avec les adultes et le divorce.

Le taux de récurrence est l'une des variables les plus souvent étudiées dans les recherches s'intéressant à l'efficacité des programmes de traitement, tandis que les variables de personnalité et de symptômes psychologiques y sont peu étudiées. Pour sa part, la présente étude considérera la modification des symptômes psychologiques et des caractéristiques de la personnalité comme étant des indicateurs de changement. L'objectif principal de la présente étude consiste à évaluer l'efficacité d'un programme québécois de traitement des abus sexuels communément appelé PÉTAS. Les hypothèses suivantes sont émises.

Hypothèses

Deux hypothèses sont formulées concernant le profil psychologique des personnes impliquées dans le dévoilement d'une situation d'abus sexuel.

1- Les hommes incestueux et les mères de victimes présenteront des indices importants de détresse psychologique.

2- Les participants (hommes et femmes) abusés sexuellement durant l'enfance présenteront plus de difficultés d'adaptation psychologique que les personnes non abusés.

La présente recherche a pour but de vérifier la présence de changements au niveau des cotes des variables de personnalité et de symptômes psychologiques chez les individus qui ont participé au Pétas en fonction de leur progression à l'intérieur des différentes

étapes du programme de traitement. Une amélioration générale du profil psychologique des participants est attendue. Les variables de la personnalité étant plus stables que les symptômes psychologiques, les cotes de celles-ci devraient varier plus tardivement que celles des symptômes psychologiques. L'hypothèse s'énonce de la façon suivante:

3- Il y aura une baisse des symptômes psychologiques et une amélioration de différentes dimensions de la personnalité à mesure que les participants (hommes et femmes) progresseront à travers les phases de traitement en groupe.

Méthode

Les éléments méthodologiques utilisés lors de la réalisation de la présente étude sont regroupés dans deux sections. Premièrement, les participants et la procédure seront décrits. Ensuite, il y aura une description des différents instruments de mesure utilisés lors des différentes passations.

Participants et procédure

L'échantillon initial est composé de 78 pères incestueux et de 58 mères de victimes d'abus sexuel faisant partie de la région Mauricie et du Centre-du-Québec. Ces personnes ont été recrutées entre janvier 1996 et mars 1998. En ce qui a trait à la première phase de l'expérimentation, les mères des victimes d'inceste ont répondu aux divers instruments de mesure lors d'une évaluation suivant le dévoilement de l'abus. Les pères incestueux ont complété les questionnaires lors d'une évaluation précédant leur entrée en thérapie de groupe. Les autres phases d'administration des questionnaires se sont déroulées au début et à la fin d'une nouvelle étape du traitement.

Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont regroupées dans les Tableaux 1 et 2. Ceux-ci indiquent que les hommes ont une moyenne d'âge de 40 ans et ont 9.5 années de scolarité. Ils sont mariés dans 37.2% des cas et la moyenne d'années de cohabitation est de 13.5 ans. Ils ont en moyenne 2 enfants et leur revenu moyen est de 22 379\$. Les 58 mères de victimes d'inceste ont une moyenne d'âge de 40.6 ans et elles ont 10.0 années de scolarité. Elles sont mariées dans 51.7% des cas et la moyenne d'années de cohabitation est de 17.7 ans. Elles ont en moyenne 2.6 enfants et leur revenu moyen est de 18 177\$.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Caractéristiques sociodémographiques	Hommes	Femmes
Nombre	78	58
Âge (en années)	40.0	40.6
Nombres d'années de scolarité	9.5	10.0
Années de cohabitation avec un conjoint	13.5	17.7
Nombres d'enfants	2.1	2.6
Revenu moyen	22 379\$	18 177\$

Tableau 2

Statut des participants

Statut	Hommes	Femmes
Marié (e)	29/78 (37.2%)	30/58 (51.7%)
Célibataire / conjoint de fait	49/78 (62.8%)	28/58 (48.3%)

Le Tableau 3 indique que les hommes ont déjà vécu une rupture amoureuse dans 55.4% des cas. Ils ont cohabité avec en moyenne une partenaire et ont vécu en moyenne près de trois relations amoureuses sérieuses. Concernant les femmes, elles ont déjà vécu une rupture amoureuse dans 58.3% des cas. Elles ont cohabité avec en moyenne un partenaire et ont vécu en moyenne près de deux relations amoureuses sérieuses.

Manifestations de violence physique, verbale ou d'abus au sein de la famille d'origine. Le Tableau 4 laisse voir que 69.7% des hommes incestueux ont été témoins ou ont subi de la violence verbale dans leur milieu familial lors de leur enfance, tandis que 51.5% ont été témoins ou ont subi de la violence physique. Aussi, il y avait de la violence verbale chez 68.2% des familles des femmes lors de leur enfance, tandis que 50.0% rapportent qu'il y avait de la violence physique. Les données qui se retrouvent dans le Tableau 5 montrent que la proportion des hommes ayant été abusés sexuellement durant l'enfance est de 39.7%. Parmi les 31 hommes incestueux abusés sexuellement durant l'enfance, 30.5 années en moyenne séparent le premier abus sexuel subi et la date de la passation des tests. L'âge moyen au début de l'abus chez les hommes est de 8.7 ans, tandis que l'âge à la fin de l'abus est de 12.6 ans. Chez les femmes, le taux d'abus sexuel subi durant l'enfance est de 37.9%. Parmi les 22 mères abusées sexuellement durant l'enfance, 27.3 années en moyenne séparent le premier abus sexuel subi et la date de la passation. L'âge moyen au début de l'abus chez les femmes est de 8.0 ans, tandis que l'âge à la fin de l'abus est de 12.7 ans.

Tableau 3

Histoire amoureuse et conjugale des participants

Caractéristiques	Hommes	Femmes
A déjà vécu une rupture amoureuse	54.4%	58.3%
A cohabité avec combien de partenaires	1.12	1.09
A vécu combien de relations amoureuses sérieuses	2.63	1.79

Tableau 4

Violence verbale et physique vécue au sein de la famille d'origine

	Hommes	Femmes
Violence verbale à la maison lors de l'enfance	69.7%	68.2%
Violence physique à la maison lors de l'enfance	51.5%	50.0%

Tableau 5

Caractéristiques de l'abus sexuel vécu durant l'enfance

	Hommes	Femmes
Abus sexuel vécu à l'enfance		
Nombre	31	22
(%)	39.7	37.9
Nombre d'années depuis l'abus	30.5	27.3
Âge au début de l'abus	8.7	8.0
Âge à la fin de l'abus	12.6	12.7

En reprenant le sous-échantillon constitué des 31 hommes et 22 femmes abusés sexuellement durant l'enfance, nous pouvons rapporter d'autres statistiques en lien avec la victimisation sexuelle à l'enfance. Le Tableau 6 regroupe les informations sur les types d'abus sexuel subis par les participants durant leur enfance. Les attouchements sexuels subis ou pratiqués sur l'abuseur sont le type d'abus le plus fréquemment par les participants (hommes et femmes). On constate que 18.2% des femmes rapportent avoir été dans l'obligation de regarder des scènes sexuelles ou des scènes d'abus sexuels, alors que ce pourcentage est nul chez les hommes. Les données sur la fréquence des abus sexuels subis durant l'enfance pour les hommes et les femmes sont compilées au Tableau 7. Chez les hommes, 34.4% d'entre eux rapportent avoir été abusés entre deux et cinq fois. Cette fréquence est la plus élevée. Chez les femmes, la fréquence d'abus sexuel la plus élevée correspond à un nombre trop élevé pour être comptée et cette fréquence est rapportée par 38.1% des participantes.

Pour ce qui est de la durée de l'abus subi, le Tableau 8 laissent voir que pour la plus grande proportion des hommes (34.5%), la durée de l'abus s'est échelonnée entre 0 et 1 mois. Chez les femmes, 61.9% d'entre elles ont été victimes d'abus pendant plus d'un an. Pour 38.1% des femmes, ces abus ont duré plus de cinq ans.

Les moyens utilisés par les abuseurs des participants pour parvenir à leurs fins sont décrits dans le Tableau 9. Parmi les participants ayant été abusés sexuellement durant l'enfance, 6.3% des hommes ont été forcés sans violence, 37.5% ont été forcés avec violence, 28.1% disent que leur abuseur a utilisé la séduction et 67.7% affirment que leur abuseur a utilisé le lien de confiance développé entre eux. Pour les femmes, 40.9% ont été forcées sans violence, 54.5% ont été forcées avec violence, 18.2% rapportent que leur abuseur a utilisé la séduction et 45.5% prétendent que leur abuseur a utilisé le lien de confiance qu'il avait avec elles.

Tableau 6

Types d'abus sexuel subis par les participants durant l'enfance

Types d'abus subis	Hommes (%)	Femmes (%)
Propositions verbales pour des actes sexuels	21.9	27.3
Obligation de regarder des scènes sexuelles ou des scènes d'abus sexuels	0.0	18.2
Victime de voyeurisme ou d'exhibitionnisme	12.5	13.6
Attouchements sexuels subis ou forcés de pratiquer chez l'abuseur (avec les mains ou la bouche)	90.6	95.5
Relations sexuelles complètes	21.9	18.2
Viol	3.2	9.1

Tableau 7

Fréquence des abus sexuels subis durant l'enfance

Nb de fois abusé(e)	Hommes (%)	Femmes (%)
1 fois	18.8	19.0
Entre 2 et 5 fois	34.4	9.5
Entre 5 et 10 fois	6.3	14.3
Entre 10 et 20 fois	12.5	9.5
Entre 20 et 50 fois	18.8	9.5
Trop pour être compté	9.4	38.1

Tableau 8

Durée des abus sexuels subis durant l'enfance

Durée de l'abus	Hommes (%)	Femmes (%)
De 0 à 1 mois	34.5	19.0
De 1 à 3 mois	10.3	4.8
De 3 à 6 mois	0.0	9.5
De 6 mois à 1 an	6.9	4.8
De 1 à 3 ans	17.2	4.8
De 3 à 5 ans	13.8	19.0
5 ans et plus	17.2	38.1

Tableau 9

Moyens utilisés par les abuseurs des participants pour parvenir à leurs fins

	Hommes (%)	Femmes (%)
Forcé(e) sans violence	6.3	40.9
Forcé(e) avec violence	37.5	54.5
A utilisé la séduction	28.1	18.2
A utilisé le lien de confiance	67.7	45.5

Le Tableau 10 présente les informations sur le lien unissant l'abuseur et sa victime. La plus grande proportion des hommes (46.9%) ont été abusés par un ami de la famille, une connaissance ou un inconnu, tandis que près de la moitié (45.5%) des femmes ont été victimes de cette catégorie d'abuseurs. Parmi les répondants, 37.5% des hommes et 50.0% des femmes affirment avoir été abusés par un membre de la famille étendue (oncle, cousin, grand-père, etc.). Les agressions sexuelles du père affectent 22.7% des femmes et 6.3% des hommes. Il y a 6.3% des hommes qui ont été abusés sexuellement par leur mère,

Tableau 10

Lien de parenté des individus ayant abusé des participants
durant leur enfance

Abusé par	Hommes (%)	Femmes (%)
Père	6.3	22.7
Mère	6.3	0.0
Frère	15.6	36.4
Sœur	9.4	0.0
Autres membres de la famille (oncle, tante cousin, grand-père, etc.)	37.5	50.0
Ami de la famille, connaissance, inconnu, etc.	46.9	45.5

alors que ce type d'abus n'a pas été rapporté par les femmes. Les pourcentages totaux dépassent le 100% car certains hommes et femmes ont été abusés par plus d'une personne.

Instruments de mesure

Les participants ont complété une batterie de questionnaires de type papier-crayon à chacune des étapes du programme Pétas. Ces instruments sont : l'Inventaire de la Personnalité NEO, l'Index des symptômes psychologiques, L'Échelle d'estime de soi, le Questionnaire d'empathie, l'Échelle d'ajustement dyadique, le Questionnaire de satisfaction sexuelle, le Questionnaire d'attachement et le Questionnaire d'attributions. Voici une description de chacun de ces questionnaires.

Inventaire de la personnalité NEO

L'inventaire de la personnalité NEO (Costa & McCrae, 1985) comporte deux versions (originale et abrégée). La présente étude utilise la version abrégée (NEO-FFI) de 60 items (accompagnés d'une échelle de réponse en cinq points, allant de *en total désaccord* à *en total accord*) traduite par Sabourin et Lussier (1991). Le NEO permet de mesurer cinq dimensions de la personnalité, soit le névrotisme (N), l'extraversion (E), l'ouverture (O), l'amabilité (A) et la conscience (C). Cet inventaire a été retenu dans cette étude pour diverses raisons dont sa rapidité d'administration, son contenu non-pathologique et son cadre théorique multidimensionnel.

Le NEO a été développé afin de permettre une meilleure compréhension des cinq principaux traits de personnalité. McCrae et Costa (1982) présentent une définition de ces cinq composantes de la personnalité. La dimension de *névrotisme* (neurotism), qui peut également s'appeler "niveau général d'anxiété", décrit principalement un continuum allant de la détresse (score élevé) au bien-être psychologique (score faible). Elle peut être associée à un diagnostic de névrose (tel que reconnu par la psychopathologie), bien que le trait dont il s'agit concerne une personnalité normale. En effet, même si les patients traditionnellement diagnostiqués comme souffrant de névrose ont des scores élevés sur l'échelle de névrotisme et que les hauts scores soient plus à risque pour certains types de problèmes psychiatriques, l'échelle de névrotisme ne doit pas être considérée comme une mesure de psychopathologie. Il est possible d'obtenir un score élevé sur cette échelle sans avoir aucun désordre psychiatrique diagnostiqué. Inversement, toutes les catégories psychiatriques n'impliquent pas nécessairement un haut niveau de névrotisme. Par exemple, les désordres psychotiques et sociopathiques ne sont pas reliés à l'échelle de névrotisme. Les composantes de cette échelle sont la vulnérabilité, l'anxiété, l'hostilité, la

dépression et l'impulsivité. Cette dimension influence l'intensité et la persistance de la détresse du patient, parce que les émotions perturbées interfèrent avec l'adaptation. Les hommes et les femmes ayant un score élevé sont moins capables de contrôler leurs désirs et de composer avec leur stress.

La composante d'*extraversion* (extraversion) couvre certains aspects de la sociabilité; cependant ce trait ne représente que l'un de ceux qui composent cette dimension. Les personnes ayant un score élevé à cette échelle sont sociables, assurées, énergiques et elles aiment les occupations nécessitant un sens de la hardiesse. Le type "vendeur" illustre bien ce profil. Les individus présentant un score faible à cette échelle, donc les introvertis, font preuve d'une réserve au plan social, mais ils ne sont pas forcément inamicaux. De plus, ils peuvent être indépendants plutôt que soumis. Ils ne souffrent pas nécessairement d'anxiété sociale et ne sont pas obligatoirement malheureux ou déprimés même s'ils ne manifestent pas l'exubérance de l'extraverti. Les composantes de cette dimension sont la chaleur, le grégairisme, l'affirmation, l'activité, la recherche de stimulation et les émotions positives.

La dimension *ouverture* (openness) ne doit pas être jugée en dehors de son contexte. L'ouverture (score élevé) et la fermeture (score bas) représentent les deux aspects de cette dimension et sont, l'un comme l'autre, utiles et sains. Les personnes ouvertes, au sens où on l'entend ici, possèdent une imagination active et sont curieuses de connaître leur monde intérieur, ainsi que leur environnement extérieur. Elles aiment la variété et ont une vive curiosité intellectuelle. Leur vie se révèle riche en expériences diverses et elles possèdent des dispositions pour la créativité. Un score très élevé à cette échelle pourrait cependant signifier une succession d'intérêts peu intégrés (p. ex., touche à tout ne maîtrisant rien). Un score bas indique une attitude conservatrice et un certain

conventionnalisme. Cependant, cette fermeture ne signifie pas nécessairement une attitude hostile ou autoritaire. Les champs couverts par l'échelle ouverture sont la fantaisie, l'esthétique, les sentiments, l'action, les idées et les valeurs. Ce trait ne s'associe pas nécessairement avec une bonne santé mentale.

La composante d'*amabilité* (agreeableness) représente les dispositions négatives ou positives d'une personne à l'égard des autres. Ainsi, l'altruisme et une attitude sympathique et bienveillante s'associent à une cote élevée. À l'inverse, un score bas évoque le scepticisme, l'hostilité, l'égoïsme et l'antagonisme. Toutefois, un score élevé ne représente pas obligatoirement une qualité et un score faible, un défaut, puisqu'on peut être fonctionnel (ou non), bien que de manière différente, aux deux pôles de cette échelle. En fait, la dimension pathologique d'un score élevé est la dépendance et celle d'un score faible est l'hostilité.

La dimension de personnalité représentée par la *conscience* (conscientiousness) mesure la capacité de contrôle, les degrés individuels d'organisation, de persistance et de motivation vers la réalisation d'un but. Les personnes présentant un score élevé se caractérisent par des adjectifs comme persévérantes, entreprenantes, scrupuleuses, dignes de confiance (fiables), sérieuses, disciplinées, ambitieuses. Elles sont déterminées et bien organisées, elles voient leur vie en termes de tâches à accomplir. Plusieurs de ces personnes deviennent de grands musiciens ou des athlètes. De plus, ces personnes sont puritaines dans leurs attitudes et leurs valeurs. Il est probable que cet aspect corrèle à un lieu de contrôle interne. Les individus dont le score est bas se révèlent négligents, hédonistes, relâchés, désœuvrés et sans but. Ils recherchent le plaisir et ont un grand intérêt pour la sexualité. Aux extrêmes, cette échelle peut illustrer un continuum entre

l'hédonisme et le puritanisme. Cette dimension est reliée aux désordres de la personnalité compulsive.

Bien que le NEO n'ait pas été créé en vue d'effectuer des diagnostics psychopathologiques, ses échelles permettent de mesurer des désordres de personnalité. Ainsi, des scores élevés à certaines dimensions peuvent suggérer d'effectuer une évaluation diagnostique additionnelle. Par exemple, un score élevé à l'échelle d'extraversion est associé avec des traits histrioniques, alors qu'un faible score à cette même échelle peut indiquer des traits schizoïdes. Toutefois, même si ces caractéristiques ne constituent pas un diagnostic de désordre de la personnalité, elles indiquent la possibilité d'éventuels problèmes à ce niveau.

L'addition des réponses des participants fournit une cote pour chacune des cinq dimensions de la personnalité. Les scores des échelles du NEO sont convertis en score T. La moyenne est de 50 et l'écart-type est de 5. Les scores variant de 45 à 55 sont donc considérés comme non différents de la moyenne. Les scores au dessus de 55 sont considérés comme étant supérieurs à la moyenne et les scores en dessous de 45 sont considérés comme étant inférieurs à la moyenne. Au plan des qualités psychométriques de l'instrument, les coefficients de cohérence interne varient de .74 à .89 (Costa & McCrae, 1985; Martin & Sher, 1992). À l'intérieur de la présente recherche, les alpha de Cronbach varient de .63 à .84 (névrotisme = .84, extraversion = .70, ouverture = .63, amabilité = .69, conscience = .78). Selon Costa et McCrae (1985), ce questionnaire possède une bonne validité convergente et discriminante. Dans sa forme originale, les échelles du NEO-PI présentent de bonnes corrélations avec les échelles correspondantes des autres instruments (Costa & McCrae, 1985). Par exemple, une étude démontre que l'échelle d'extraversion du NEO-PI corrèle à .65 avec l'échelle d'initiative (enterprising) et à .50 avec l'échelle sociale

(social scale) du "Self-Directed Search" (Dolliver, 1987). Des corrélations effectuées entre, d'une part, le NEO-PI et, d'autre part, le MMPI et le MCMI ont démontré que les traits schizophréniques, que l'anxiété et que l'état limite (borderline) sont fortement reliés à l'échelle de névrotisme; que la manie est reliée à l'échelle d'extraversion; que la paranoïa et les traits antisociaux sont négativement reliés à l'échelle d'amabilité et qu'aucune de ces échelles n'est fortement reliée aux échelles d'ouverture et de conscience du NEO-PI (Costa & McCrae, 1992). D'autres corrélations significatives avec le Jackson's BPI et le Morey's Personality Assessment Inventory (PAI) ont également été retrouvées (Costa & McCrae, 1992).

Index des symptômes psychologiques

L'Index des symptômes psychologiques "ISP" (Ilfeld, 1976) est une version abrégée et adaptée du Hopkins Checklist développé par Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth et Covi (1974). Ce questionnaire a été traduit en français par Kovess, Murphy, Tousignant et Fournier (1985). Vingt-neuf items, cotés sur une échelle en quatre points, composent le questionnaire. Les individus doivent indiquer la réponse qui décrit le mieux leur état psychologique au cours des sept derniers jours. Une cote globale (addition des réponses à tous les items), ainsi qu'une cote des quatre sous-échelles de santé mentale (dépression, anxiété, agressivité et problèmes cognitifs) peuvent être obtenues par ce test. Les coefficients de cohérence interne obtenus par Martin, Sabourin et Gendreau (1989) sont adéquats: dépression (.82), anxiété (.72), agressivité (.72) et problèmes cognitifs (.73). Le coefficient alpha de la cote globale s'élève à .89. À l'intérieur de la présente recherche, les coefficients de cohérence interne sont de .84 pour l'hostilité, .76 pour les problèmes cognitifs, .88 pour l'anxiété et de .90 pour la dépression. L'alpha de Cronbach

de l'échelle globale s'élève à .95. Une cote plus élevée que 30 suggère la présence de problèmes significatifs pour cette dimension.

Échelle d'estime de soi

L'Échelle d'estime de soi, développée par Rosenberg (1965), contient 10 items. La version utilisée dans cette étude est une traduction de Vallière et Vallerand (1990). Les auteurs rapportent un coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) variant entre .83 et .88. Le test-retest est de .84 sur une période de trois semaines. Ces qualités psychométriques se comparent favorablement à la version anglaise. Au niveau de sa validité concomitante, ce questionnaire est relié positivement à la satisfaction de vie et négativement à la dépression (Vallière & Vallerand, 1990). À l'intérieur de la présente recherche, le coefficient de cohérence interne est de .87. Le score moyen varie entre 30 et 32. De 23 à 27, le score est considéré comme faible, et un score inférieur à 23 est considéré très faible.

Questionnaire d'empathie

Le questionnaire d'empathie est une traduction et une adaptation (Lussier, 1996) du Interpersonal Reactivity Index (IRI), élaboré par Davis (1980). Il comprend 28 items qui se répondent sur une échelle allant de 0 (ne me décrit pas bien) à 4 (me décrit très bien). Les quatre sous-échelles (de sept items chacune) de l'instrument sont les suivantes: Adaptation contextuelle ("Perspective Taking"), Souci empathique ("Empathic Concern"), Détresse personnelle ("Personal Distress") et Fantaisie ("Fantasy"). Tel que conceptualisé par Davis (1980; 1983a; 1983b; 1994), ces quatre sous-échelles peuvent être regroupées en deux grandes catégories d'empathie: cognitive (adaptation contextuelle) et émotionnelle

(souci empathique, fantaisie et détresse personnelle). Voici une description de chacune des quatre sous-échelles d'empathie.

La sous-échelle de l'*Adaptation contextuelle* (“perspective taking”) mesure la tendance à adopter le point de vue psychologique des autres dans la vie de tous les jours. Les termes “adaptation contextuelle” sont ici une traduction libre signifiant la capacité de s’adapter à l’état interne (contexte) d’autres personnes. Cette dimension de l'empathie est davantage cognitive qu’émotionnelle et les items mesurent la tendance à utiliser cette habileté plutôt que l'habileté elle-même. Un haut score d'adaptation contextuelle est associé à un meilleur fonctionnement interpersonnel, une plus grande extraversion et une plus grande estime de soi. Cette tendance devrait permettre aux individus d'anticiper les comportements et les réactions des autres et ainsi faciliter des relations interpersonnelles plus chaleureuses et satisfaisantes. Une forte tendance à l'adaptation contextuelle est aussi associée à une plus faible nervosité, anxiété et insécurité. Ainsi, un individu ayant une haute adaptation contextuelle démontre une plus grande sensibilité aux autres, mais cette sensibilité est qualifiée d'orientée vers les autres. Il ne se laisserait pas submerger par des réactions affectives (donc serait empathique de façon cognitive seulement), et ce dans le but de conserver le contrôle de la situation afin d’être prêt à offrir son aide (Richendoller & Weaver, 1994). Enfin, bien que cognitive, l'adaptation contextuelle n'est pas liée aux mesures connues de l'intelligence (Davis, 1983a). Les personnes présentant un haut niveau d'adaptation contextuelle seraient davantage affectées à la vue d'affects positifs (joie, rire, etc.) et le seraient moins à la vue d'affects négatifs (peur, peine, détresse, etc.) chez autrui (Davis, Hull, Young, & Warren, 1987).

La sous-échelle du *Souci empathique* (“empathic concern”) mesure les sentiments “orientés vers les autres” de sympathie, de compassion et de souci envers les personnes

vivant de la souffrance. Le souci empathique génère un type de réponse réactive. Il s'agit d'une réaction émotionnelle suscitée par une émotion différente observée chez une autre personne. Par exemple, une personne peut ressentir soit de la peine, de la culpabilité ou de la colère à la vue d'une personne qui souffre injustement (Staub, 1987). Ce type de réponse, aussi appelé sympathie, est perçu comme étant plus avancé au niveau développemental que la détresse personnelle car il requiert un plus haut niveau d'activité cognitive de la part de l'observateur (Eisenberg, Shea, Carlo, & Knight, 1991). Ainsi, le souci empathique touche à la fois aux dimensions émotionnelle et cognitive de l'empathie.

L'aide apportée à autrui provoquée par le souci empathique correspond à l'aide altruiste dans le but d'améliorer le bien-être de l'autre personne (Batson, Duncan, Ackerman, Buckley, & Birtch, 1981). Selon l'étude de Davis (1983a), il n'existe pas de lien entre le score du souci empathique et les mesures de fonctionnement interpersonnel et d'estime de soi. Par contre, contrairement à l'adaptation contextuelle, les personnes présentant un haut souci empathique seraient davantage affectées à la vue d'affects négatifs chez autrui qu'à la vue d'affects positifs (Davis et al., 1987).

La sous-échelle de *Fantaisie* ("Fantasy") correspond aux tendances des individus à se projeter à l'intérieur des sentiments et actions de personnages fictifs de livres, de films et de pièces de théâtre. La logique sous-jacente à cette sous-échelle est que si une personne peut être touchée émotionnellement ou avoir tendance à se mettre à la place de personnages de romans et de films, elle aurait tendance à faire de même avec des personnes réelles. Il existerait un lien entre un haut score sur cette échelle et une tendance, pour les hommes, à la gêne, à la solitude et à l'anxiété sociale. Aussi, la vulnérabilité émotionnelle et la peur seraient des caractéristiques des personnes utilisant fortement la fantaisie. Ils sont ainsi plus susceptibles de répondre de façon émotionnelle. La tendance à

la fantaisie serait liée aux mesures de sensibilité envers les autres (qui incluent un souci pour les sentiments des autres et un souci d'être évalué par les autres). Cette relation serait plus puissante pour les hommes que pour les femmes. De plus, il y a un lien modéré entre, d'une part, une haute tendance à la fantaisie et, d'autre part, l'intelligence verbale et la réactivité émotionnelle (Davis, 1983a).

Selon une étude s'intéressant à la complexité du narcissisme (Watson, Little, Sawrie, & Biderman, 1992), les corrélations entre la fantaisie et les caractéristiques de la personnalité narcissique (supériorité, instabilité, montrer une forte estime de soi pour fuir la réalité d'une très faible estime de soi) démontrent que ces personnes peuvent se servir de la fantaisie dans le but de se créer un monde de toute puissance et ainsi fuir leur réalité. Utilisée de cette façon, la fantaisie est un indice négatif du bon fonctionnement social ou psychologique.

La sous-échelle de *Détresse personnelle* ("Personal distress") réfère aux sentiments "orientés vers soi" d'anxiété personnelle et de difficulté face à une personne qui éprouve de la détresse ou de l'inconfort. On peut qualifier cette dimension de l'empathie émotionnelle comme étant négative ou nuisible au bon fonctionnement psychologique. Le type de réponse associé à la détresse personnelle est une réponse parallèle parce qu'elle est une reproduction de l'émotion observée. Par exemple, une personne pleure à la vue d'une autre personne qui pleure sans nécessairement comprendre pourquoi cette autre personne pleure. C'est en fait une sorte de contagion d'émotions que l'on retrouve chez les personnes présentant une plus faible différenciation du soi (Corcoran, 1982). Cette affirmation s'illustre bien par l'exemple d'un bébé (non différencié) qui reproduit les états émotionnels de sa mère.

Les comportements d'aide engendrés par ce type de réponse sont alors qualifiés d'égoïste car ils servent à réduire la propre détresse de l'aidant. De plus, il existe une relation modeste ($r = .21$) entre cette dimension de l'empathie et le souci d'être évalué par les autres. Ces personnes ne se préoccuperaient pas d'autrui car elles seraient submergées par leurs propres émotions et auraient peu d'énergie à consacrer au sort d'autrui (Richendoller & Weaver, 1994). Aussi, la détresse personnelle est fortement associée à une faible estime de soi, une faible extraversion, un faible niveau de compétence sociale et un pauvre fonctionnement interpersonnel incluant la gêne et l'anxiété sociale. Des corrélations significatives ressortent entre la détresse personnelle et la réactivité émotionnelle. L'échelle de détresse personnelle est de cette façon fortement associée à un ensemble complexe d'émotions telles la peur, l'incertitude et la vulnérabilité. Enfin, il existe une faible relation négative entre la détresse personnelle et les mesures d'intelligence chez les femmes (Davis, 1983a).

En ce qui a trait aux qualités psychométriques du questionnaire d'empathie, les coefficients de consistance interne obtenus par Davis (1980) se situent entre .71 et .77. La fidélité de l'instrument est aussi acceptable car le test-retest varie de .62 à .80 sur une période de huit à dix semaines (Davis, 1980). Sur une période de deux ans, le test-retest varie de .50 à .62 (Davis & Franzoi, 1991). Les alpha de Cronbach obtenus à l'intérieur de la présente recherche sont de .58 pour l'adaptation contextuelle, de .64 pour le souci empathique, de .67 pour la détresse personnelle et de .55 pour l'échelle de fantaisie.

Échelle d'ajustement dyadique

L'Échelle d'ajustement dyadique "EAD", développé par Spanier (1976), permet de mesurer le niveau d'adaptation des partenaires à la vie de couple. Il comprend 32 items qui

évaluent quatre dimensions de la vie conjugale: consensus, cohésion, satisfaction conjugale et expression affective. La traduction et l'adaptation au contexte québécois ont été effectuées par Baillargeon, Dubois et Marineau (1986). Les coefficients alpha obtenus oscillent entre .86 et .96 (Bouchard, Sabourin, Lussier, Wright, & Boucher, 1991; Sabourin, Lussier, Laplante & Wright, 1990; Spanier, 1976). Le point de rupture souvent utilisé pour différencier les conjoints satisfaits des conjoints insatisfaits est 100. À l'intérieur de la présente étude, l'alpha de Cronbach atteint .94.

Questionnaire de satisfaction sexuelle

L'Échelle de Satisfaction Sexuelle, développée par Hudson (1978) et traduite par Comeau et Boivert (1985), est un instrument de 25 items qui mesure la qualité des relations sexuelles (19 items), ainsi que les facteurs antécédents ou conséquents à la satisfaction sexuelle (6 items). Le score global varie entre 0 et 100; un score de 30 et plus indique la présence de difficultés sexuelles. Les qualités psychométriques des versions anglaise et française sont excellentes. Saunders et ses collaborateurs (1986) ont trouvé que les couples qui ont fait subir l'inceste à leurs enfants se différencient de la population normale sur l'échelle de Hudson (1982).

Questionnaire d'attachement

Le questionnaire d'attachement est inspiré des travaux de Hazan et Shaver (1987) et a été développé par Bartholomew et Horowitz (1991). Cet instrument consiste en un item comportant quatre descriptions mesurant les styles d'attachement sécurisant, préoccupé (ou anxieux/ambivalent) et deux styles évitant: craintif et détaché (ou autosuffisant). Les participants ont pour consigne de choisir le prototype qui les décrit le mieux. Voici une description de ces quatre styles d'attachement. Les individus qui

s'identifient au style d'attachement *sécurisant* se sentent confortables avec l'intimité et font preuve d'autonomie (Bartholomew & Horowitz, 1991). Ils ont une image positive d'eux-mêmes et des autres. Les individus du style *préoccupé* ont une image négative d'eux-mêmes qui s'illustre par le sentiment d'être indigne d'amour et de manquer de mérite (Bartholomew, 1990). L'image qu'ils ont des autres est cependant positive, ce qui les amène sans cesse à rechercher leur approbation. Ils éprouvent un grand besoin d'attention et ont tendance à se montrer intrusif dans leurs relations avec les autres.

Quant aux deux styles évitant le premier, le style d'attachement *crainitif*, se caractérise par une peur de l'intimité et de l'évitement social malgré le désir d'être en contact intime avec les autres. Les individus de ce style ont une image négative d'eux-mêmes et des autres. Ils se perçoivent comme n'étant pas aimables, n'ayant pas de mérite et ils anticipent constamment le rejet des autres qu'ils considèrent comme indignes de confiance. La peur que les autres les fassent souffrir est très présente chez ces individus qui manquent d'affirmation dans leurs interactions sociales et qui sont introvertis. Le deuxième style évitant est le style *détaché*. Les individus qui affichent ce style évitent l'intimité et démontrent une autosuffisance marquée qui relève d'une négation défensive face au désir d'un contact social enrichissant. Leur modèle de soi est positif contrairement à celui qu'ils ont des autres. Ils évitent les relations intimes afin de se protéger contre la déception et maintiennent une attitude d'indépendance et d'invulnérabilité. Les personnes de ce style autosuffisant se dévoilent peu et leurs interactions sociales sont empreintes de froideur et de compétition (Bartholomew & Horowitz, 1991).

La méthode d'évaluation par questionnaire des styles d'attachement a été largement utilisée dans d'autres études (Brennan et al., 1991; Hazan & Shaver, 1987; Pistole & Tarrant, 1993; Shaver et al., 1996). Une étude de Kirkpatrick et Hazan (1994) démontre

que 70% des répondants s'identifient au même style d'attachement après quatre ans. Scharfe et Bartholomew (1994) observent que 63% des femmes et 73% des hommes démontrent les mêmes patrons prédominants d'attachement suite à une période de huit mois. Finalement, une étude de Fuller et Fincham (1995) révèle qu'approximativement 65% des participants s'identifient au même style d'attachement après deux ans.

Questionnaire d'attributions

Les attributions ont été mesurées à l'aide du questionnaire sur le style attributionnel des abuseurs. Ce questionnaire constitue une version adaptée de l'Attributional Style Questionnaire (ASQ, Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky, & Seligman, 1982). Le présent questionnaire se distingue de l'ASQ par son application plus spécifique au contexte de l'abus sexuel et par sa référence à une situation réelle. Il permet de solliciter les attributions du répondant concernant l'abus sexuel. Cette mesure consiste en six items dont cinq se répondant sur une échelle de 1 à 7. Après avoir écrit la principale cause de l'abus sexuel, le répondant doit répondre à trois autres questions qui portent sur la nature de cette cause (interne/externe, stable/instable, globale/spécifique). Un indice d'attribution de la causalité est formé par l'addition de ces questions. Un indice d'attribution de la responsabilité est également constitué. Enfin, un indice de perception de contrôle concernant l'arrêt des abus sexuels futurs est créé.

La valeur psychométrique de l'ASQ a été vérifiée par Peterson et al. (1982). Ces derniers rapportent des coefficients de cohérence interne satisfaisants, oscillant entre .72 et .75. La fidélité fût évaluée par un coefficient de stabilité test-retest qui varie de .57 à .69 après une période de cinq semaines (Peterson et al., 1982). D'autres auteurs utilisent des versions modifiées de l'ASQ. Par exemple, Dutton (1992) utilise un tel questionnaire pour explorer les attributions des conjoints violents. Ces versions se comportent de façon

acceptable d'un point de vue psychométrique. À cet effet, le Marital Attributional Style Questionnaire (MASQ, Fincham & Bradbury, 1987), version adaptée de l'ASQ à la vie de couple obtient des coefficients de cohérence interne de .66 pour l'indice de causalité et de .88 pour l'indice de responsabilité (Fincham & Bradbury, 1987). En utilisant le MASQ, la recherche de Dulude et al. (1990) rapporte des coefficients acceptables.

Échelle des conflits

Une échelle d'évaluation des conflits de couple a été créée pour les fins de la présente étude. Elle est constituée de quatre items se répondant sur une échelle en quatre points. Ces items évaluent la présence et la sévérité des conflits qui surviennent entre les conjoints.

Résultats

La présentation des résultats obtenue dans la présente étude se fera en deux étapes. La première section présente des analyses descriptives ayant pour but de dresser un profil psychologique et social des participants en fonction des différents instruments qu'ils ont complétés. Ces participants ont été évalués après le dévoilement de l'abus sexuel, mais précédant le début du traitement. La deuxième section porte sur l'évaluation de l'efficacité du PÉTAS et examine l'évolution des participants à travers les diverses étapes de ce programme de traitement. Puisque ce n'est pas tous les participants qui ont complété les cinq étapes du programme PÉTAS au cours de la présente étude, des sous-échantillons ont été formés pour réaliser les analyses statistiques nécessaires à l'évaluation de ces différentes étapes du programme.

Profil psychosocial des participants

Des moyennes ont été calculées pour les hommes et les femmes ayant complété les questionnaires d'empathie, de symptômes psychologiques, de personnalité, d'estime de soi, d'adaptation conjugale et de satisfaction sexuelle. Ces résultats se retrouvent au Tableau 11. Chez les femmes, l'adaptation contextuelle, la fantaisie, le souci empathique et la détresse personnelle se situent dans la moyenne des gens. Toutefois, la cote globale de symptômes psychologiques, ainsi que celles de l'ensemble de ses sous-échelles sont plus élevées que le point de rupture de 30, constituant des indications cliniques de présence de symptômes psychologiques. Par ailleurs, ces femmes présentent des scores comparables à la moyenne des gens en ce qui concerne le névrotisme, l'extraversion, la conscience, l'ouverture, l'amabilité, l'estime de soi et l'ajustement dyadique. Enfin, elles présentent un niveau moyen de satisfaction sexuelle supérieur à 30, ce qui indique la présence de difficultés sexuelles.

Chez les hommes, les cotes d'adaptation contextuelle, de souci empathique, de fantaisie et de détresse personnelle se situent dans la normale. Par contre, les résultats supérieurs à 30 à l'échelle globale de symptômes psychologiques, ainsi qu'à toutes ses sous-échelles, à l'exception de l'hostilité, indiquent que les hommes du présent échantillon vivent des difficultés sur le plan psychologique. Ils présentent toutefois des niveaux de névrotisme, d'extraversion, d'ouverture, d'amabilité, de conscience, d'estime de soi et de satisfaction sexuelle comparable à la moyenne des gens. Enfin, il semble que les hommes du présent échantillon présentent un niveau de satisfaction conjugale supérieur à la moyenne.

Tel que présenté au Tableau 11, les comparaisons de moyennes des questionnaires effectuées en fonction du sexe révèlent qu'il existe peu de différences significatives entre les scores des hommes et des femmes. En effet, les femmes démontrent significativement plus de souci empathique que les hommes. Ces derniers sont significativement plus satisfaits que les femmes de leur relation conjugale, telle qu'évaluée par l'Échelle d'Ajustement Dyadique. En somme, l'hypothèse voulant que les participants du présent échantillon présente des indices de détresse psychologique importante semble être vérifiée. De plus, les faibles différences de sexe relevées auprès de l'échantillon démontrent que les femmes sont aussi affectées que les hommes au niveau psychologique.

La distribution des participants selon les différents styles d'attachement est présentée au Tableau 12. Dans l'ensemble, 29.5% des hommes et 43.6% des femmes identifient leur style d'attachement comme étant sécurisant. Le style d'attachement préoccupé est endossé par plus d'hommes (31.1%) que de femmes (12.8%), alors que des résultats contraires sont obtenus pour le style craintif. Quant au style d'attachement détaché, seulement 16.4% des hommes et 15.4% des femmes l'utilisent pour se décrire. En somme, 70.5% des hommes et 56.4% des femmes décrivent leur style d'attachement comme étant non sécurisant. Ces résultats sont différents de ceux rapportés dans d'autres études réalisées auprès d'échantillon non clinique. Habituellement, on retrouve entre 55 et 60%, d'individus dans le style d'attachement sécurisant, entre 10 et 15% dans le style détaché, entre 15 et 20% dans le style préoccupé et entre 15 et 20% dans le style craintif. Les analyses ($\chi^2(3) = 4.96$, n.s.) laissent voir que les hommes et les femmes ne diffèrent pas quant à leur répartition à l'intérieur des différents styles d'attachement.

Tableau 11

Moyennes des participants aux différentes variables de la personnalité et d'adaptation psychologique et relationnelle selon le sexe

	Hommes	Femmes	<i>t</i>
Empathie			
Adaptation contextuelle	16.69	17.51	0.95
Souci empathique	19.56	21.71	2.29*
Fantaisie	13.10	13.29	0.18
Détresse personnelle	12.27	13.91	1.52
Symptômes psychologiques			
Cote globale	37.45 ^a	40.56 ^a	0.74
Dépression	44.15 ^a	47.49 ^a	0.64
Problèmes cognitifs	36.78 ^a	37.43 ^a	0.13
Hostilité	29.69	35.10 ^a	1.08
Anxiété	34.53 ^a	37.30 ^a	0.61
Personnalité			
Névrotisme	57.38 ^a	54.46	1.14
Extraversion	51.00	49.09	0.80
Ouverture	46.45	47.83	0.61
Amabilité	47.84	48.82	0.40
Conscience	53.09	52.50	0.25
Estime de soi	28.87	29.22	0.30
Ajustement dyadique	110.95 ^a	100.42	2.31*
Satisfaction sexuelle ¹	25.52	30.53 ^a	1.19

^a Au-dessus de la moyenne

¹ Un score élevé reflète une faible satisfaction sexuelle

* $p < .05$.

Tableau 12

Distribution des participants en fonction des différents styles d'attachement

Styles d'attachement	Hommes (<i>n</i> = 61)		Femmes (<i>n</i> = 39)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sécurisant	18	29.5	17	43.6
Détaché	10	16.4	6	15.4
Préoccupé	19	31.1	5	12.8
Craintif	14	23.0	11	28.2

Des analyses de variance univariées ont été réalisées pour vérifier si les individus regroupés dans les quatre styles d'attachement diffèrent au niveau des variables d'estime, de personnalité, de symptômes psychologiques, d'ajustement dyadique et de satisfaction sexuelle. Le Tableau 13 montre que les personnes du groupe sécurisant présentent une cote de névrotisme inférieure aux personnes préoccupées et craintives. Les individus détachés présentent également une cote de névrotisme inférieure aux individus préoccupés. Les répondants dont le style d'attachement est sécurisant affichent une plus grande amabilité que les répondants du style préoccupé et un meilleur ajustement dyadique que les individus de type craintif. Les personnes se décrivant comme sécurisantes présentent une meilleure estime et moins de difficultés sexuelles que les individus des types préoccupé et craintif. Au niveau des symptômes psychologiques, les participants du style préoccupé affichent un score global et un niveau d'anxiété supérieurs à tous les autres groupes. Ils présentent plus de problèmes cognitifs et d'agressivité que les participants de type sécurisant et souffrent davantage de dépression que les personnes ayant un style sécurisant ou détaché. Une série d'analyses de variance multivariées a été effectuée dans le but de vérifier la possibilité de divergences dans les cotes de

personnalité, de symptômes psychologiques, d'empathie et d'attribution en fonction du sexe des participants et de la présence d'abus sexuel durant l'enfance. Le Tableau 14 présente les résultats significatifs des différentes échelles de personnalité. Toutefois, en raison d'un nombre d'individus limité dans chacun des groupes, une seule différence s'est avérée significative. En effet, les individus ayant été victimes d'abus durant l'enfance présentent des cotes d'ouverture supérieures aux personnes qui n'ont pas subi l'abus.

Tableau 13

Analyses de variance des variables de personnalité, de symptômes psychologiques, d'estime, d'ajustement dyadique et de satisfaction sexuelle selon les styles d'attachement

Variables	Styles d'attachement				F
	Sécurisant	Détaché	Préoccupé	Craintif	
Personnalité					
Névrotisme	48.48a	53.86ac	65.48bd	58.91cd	12.63***
Amabilité	52.55a	44.77ab	42.76b	48.77ab	3.83*
Symptômes psychologiques					
Cote globale	29.31a	35.44a	54.04b	39.04a	8.10***
Dépression	35.17a	41.13a	62.96b	47.30ab	6.59***
Agressivité	23.46a	28.13ab	46.38b	31.50ab	4.68**
Anxiété	27.09a	30.94a	52.00b	34.79a	7.30***
Problèmes cognitifs	26.83a	40.63ab	49.91b	37.17ab	5.19*
Estime de soi	32.27a	29.33ab	26.25b	27.04b	7.96***
Ajustement dyadique	115.24a	106.46ab	101.00ab	99.13b	3.29*
Satisfaction sexuelle	19.27a	25.82ab	33.80b	35.90b	4.67**

Note. Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre sont significativement différentes entre elles au test Tuckey ($p < .05$).

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 14

Analyses de variance des dimensions de la personnalité en fonction du sexe des participants et de la présence d'abus sexuel dans l'enfance

Source de Variations	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>
Ouverture				
Sexe	1	3.799	0.037	ns
Abus	1	501.643	4.917	*
Sexe × Abus	1	46.749	0.458	ns
Résiduel	63	102.012		
Total	67	654.203		

* $p < .05$.

Le Tableau 15 présente les résultats de l'analyse de variance multivariée en ce qui concerne les divers types d'attribution en fonction du sexe des répondants et de la présence d'abus dans leur enfance. Les résultats démontrent la présence d'un effet principal du sexe sur les diverses attributions. Les hommes ($M = 11.55$) se perçoivent plus à l'origine de l'abus que les femmes ($M = 8.86$) et ils ($M = 13.11$) s'attribuent moins de responsabilité pour ces gestes que les femmes ($M = 4.01$). De plus, ceux-ci ($M = 17.58$) s'attribuent un contrôle plus grand face à l'abus que les femmes ($M = 13.46$). Enfin, les individus ayant été abusés dans l'enfance ($M = 15.41$) s'attribuent moins de contrôle que les gens non abusés ($M = 16.17$).

Des corrélations ont été calculées afin de déterminer la nature des liens entre les variables sociodémographiques et celles de personnalité et de symptômes psychologiques (Tableau 16). Il apparaît que plus le nombre d'années de scolarité est élevé, plus les participants font preuve d'ouverture et moins ils présentent un bon ajustement dyadique.

Tableau 15

Analyses de variance de l'empathie, des attributions et de l'intensité des conflits en fonction du sexe des participants et de la présence d'abus sexuel dans l'enfance

Source de Variations	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>
Attributions				
Causalité				
Sexe	1	176.712	10.471	**
Abus	1	27.220	1.613	
Sexe × Abus	1	0.000	0.003	
Résiduel	58	16.876		
Total	62	220.808		
Responsabilité				
Sexe	1	1194.772	161.299	***
Abus	1	1.053	0.142	
Sexe × Abus	1	11.749	1.586	
Résiduel	58	7.407		
Total	62	1214.981		
Contrôle				
Sexe	1	153.759	10.187	**
Abus	1	70.521	4.672	*
Sexe × Abus	1	4.814	0.319	
Résiduel	58	15.093		
Total	62	244.187		

p* < .05. *p* < .01. ****p* < .001.

Tableau 16

Corrélations des variables sociodémographiques avec la personnalité,
les symptômes psychologiques, l'empathie et l'ajustement dyadique

	Âge	Scolarité	Revenu	Durée de la relation	Nombre d'enfants	Âge de l'abus ¹
Personnalité						
Névrotisme	-.03	.04	-.04	-.06	-.31*	-.05
Ouverture	-.04	.26*	.04	-.32*	-.12	-.08
Conscience	-.09	.00	.02	-.07	.06	.11
Extraversion	.11	.07	.24	.05	.11	.17
Amabilité	.09	.03	.08	-.02	.16	.37*
Estime de soi	-.03	.06	.29*	-.01	.15	.05
Déresse psychologique						
Dépression	.05	.17	.00	.01	-.20	-.01
Anxiété	.04	.15	-.08	.00	-.18	-.08
Hostilité	-.07	.07	-.05	-.11	-.18	-.02
Problèmes cognitifs	-.10	.16	-.09	-.05	-.26*	.00
Empathie						
Fantaisie	-.05	.09	-.04	-.15	-.09	.05
Adaptation contextuelle	.06	.00	-.06	-.13	.05	.35*
Souci empathique	.01	.09	-.18	-.13	.09	.12
Déresse personnelle	.08	-.12	-.07	.07	-.01	-.20
Ajustement dyadique	.07	-.25*	.08	.03	.26*	.14

* $p < .05$.

¹ Âge des participants au début des abus sexuels qu'ils ont subis au cours de leur enfance

Les répondants qui bénéficient d'un revenu élevé ont pour leur part une meilleure estime personnelle. Par ailleurs, la durée de la relation est liée négativement à l'ouverture. Le nombre d'enfants est quant à lui lié négativement au névrotisme et aux problèmes cognitifs, alors qu'il est en lien positif avec l'ajustement dyadique. Enfin, plus les participants étaient âgés au moment où ils ont subi des abus sexuels, plus ils font preuve d'amabilité et plus ils sont capables de comprendre le point de vue d'autrui (adaptation contextuelle).

Les différentes variables de la personnalité ont été mises en relation avec les symptômes psychologiques et l'ajustement dyadique. Les résultats présentés au Tableau 17 démontrent que plus les participants ont des cotes de névrotisme élevées, plus ils présentent de symptômes psychologiques et plus ils utilisent la fantaisie et la détresse personnelle comme type d'empathie. De plus, le névrotisme est relié négativement à l'ajustement dyadique. Il semble que l'ouverture soit positivement liée à l'anxiété, à l'adaptation contextuelle, ainsi qu'au souci empathique. Des niveaux de conscience et d'amabilité élevés sont en lien négatif avec l'ensemble des symptômes psychologiques ainsi qu'à l'échelle de détresse personnelle de l'empathie. Plus les participants présentent des scores élevés de conscience et d'amabilité, plus ils font preuve d'adaptation contextuelle et d'ajustement dyadique. Les individus plus aimables sont également plus portés à démontrer du souci empathique envers autrui. Quant aux répondants qui présentent des scores élevés à l'échelle d'extraversion, ils souffrent moins de symptômes psychologiques et sont plus enclins à tenir compte du point de vue d'autrui (évalué par

Tableau 17

Corrélations des variables de personnalité avec les symptômes psychologiques
et l'ajustement dyadique

	Névrotisme	Ouverture	Conscience	Extraversion	Amabilité	Estime de soi
Symptômes psychologiques						
Cote globale	.62***	.21	-.27**	-.35**	-.30**	-.48***
Dépression	.58***	.16	-.24*	-.32**	-.29**	-.48***
Anxiété	.58***	.28**	-.25*	-.27*	-.18	-.42***
Hostilité	.50***	.11	-.20	-.27*	-.44***	-.38***
Problèmes cognitifs	.47***	.11	-.35**	-.36**	-.29**	-.38***
Empathie						
Fantaisie	.29*	.12	-.22	.00	-.01	-.19
Adaptation contextuelle	-.22	.39**	.24*	.23*	.50***	.14
Souci empathique	-.11	.23*	.29*	.18	.43***	.14
Détresse personnelle	.43***	-.05	-.36**	-.22	-.31**	-.48***
Ajustement dyadique	-.47***	-.17	.30**	.15	.29**	.42***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Tableau 18
Corrélations des symptômes psychologiques avec
l'empathie et l'ajustement dyadique

	Symptômes psychologiques				
	Cote globale	Dépression	Anxiété	Hostilité	Problèmes cognitifs
Empathie					
Fantaisie	.09	.07	.11	.04	.10
Adaptation contextuelle	-.03	-.07	.02	-.05	-.03
Souci empathique	-.02	-.04	-.01	-.06	-.02
Détresse personnelle	.28**	.23*	.24*	.32**	.22*
Ajustement dyadique	-.38***	-.44***	-.36***	-.23*	-.19

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

l'adaptation contextuelle). Enfin, il semble que les individus ayant une faible estime d'eux-mêmes rapportent davantage de difficultés sur le plan psychologique et conjugal. Ces individus ressentent aussi un inconfort face aux émotions d'autrui (tel que mesuré par la détresse personnelle).

Les corrélations entre les symptômes psychologiques, l'empathie et l'ajustement conjugal sont présentées au Tableau 18. D'une part, il apparaît que plus les individus éprouvent de la détresse personnelle face à celle des autres (échelle négative d'empathie), plus ils présentent des scores élevés à l'ensemble des symptômes psychologiques. D'autre part, plus les participants affichent des symptômes psychologiques (à l'exception de la sous-échelle problèmes cognitifs), plus ils éprouvent des difficultés conjugales.

Évaluation de l'efficacité du PÉTAS

Cette partie des résultats porte sur l'évaluation des indices de changement des participants selon leur progression dans les différents groupes de traitement du PÉTAS. Les variables de changement qui ont été retenues pour les fins d'analyses à l'intérieur de cette étude sont les variables de personnalité, d'empathie, de symptômes psychologiques, d'estime de soi, ainsi que de satisfaction sexuelle et conjugale. Les participants ont complété ces instruments de mesure à la fin de chacune des étapes du traitement. Le niveau initial de fonctionnement des participants correspond à celui évalué avant leur entrée dans le programme PÉTAS, suivant ainsi de près le dévoilement de l'abus. Puisqu'il est question d'évaluer les indices de changement des individus à la suite de leur participation à l'un des groupes de traitement, les analyses effectuées portent seulement sur ceux qui ont complété les questionnaires à deux reprises. De plus, comme les participants au PÉTAS n'ont pas complété le même cheminement et en raison de l'abandon de certains participants au cours du processus de thérapie, les analyses de variance à mesures répétées qui ont été réalisées ne comportent pas toujours le même nombre de sujets. De plus, seulement les résultats significatifs seront présentés. Enfin, quelques analyses de variance n'ont pu être effectuées, par exemple chez les femmes, en raison du faible nombre de participantes dans certaines catégories (moins de cinq participantes).

Groupe d'orientation

Tel qu'énoncé précédemment, le groupe d'orientation correspond à la première phase du programme PÉTAS. Puisque cette étape s'adresse à la fois aux pères incestueux et aux mères des victimes, des analyses de variance 2×2 , tenant compte du sexe des répondants (homme - femme) et du moment d'évaluation (pré-test – post-test) ont été

réalisées en fonction de l'ensemble des variables dépendantes (personnalité, empathie, symptômes psychologiques, estime, ajustement conjugal et satisfaction sexuelle). Les questionnaires utilisés ont été complétés au début du traitement et la fin de ce groupe d'orientation. Les analyses portent sur un maximum de 32 femmes et 43 hommes.

Les résultats significatifs présentés au Tableau 19 montrent la présence d'un effet principal du moment d'évaluation chez les participants sur les différents indices de santé mentale, d'estime de soi et de satisfaction sexuelle. Des diminutions significatives sont observées au post-test au niveau de la cote globale de symptômes psychologiques et de l'ensemble de ses sous-échelles (dépression, anxiété, problèmes cognitifs et hostilité). Par contre, les femmes rapportent un score moyen d'hostilité supérieur à celui des hommes. De plus, les hommes et les femmes présentent une augmentation de leur estime personnelle et de leur satisfaction sexuelle (un score plus bas reflète une meilleure satisfaction conjugale) entre le début et la fin du groupe d'orientation. Ainsi, l'ensemble des participants rapportent une diminution de leurs symptômes psychologiques et semblent être plus satisfaits de leur relation de couple à la fin de cette étape de traitement.

D'autres résultats présentés au Tableau 20 indiquent la présence d'un effet du traitement sur différentes sous-échelles d'empathie et de personnalité. En effet, les hommes et les femmes ont vu leur niveau de fantaisie et de détresse personnelle diminuer entre la première et la seconde passation, de même que leur score à la sous-échelle de névrotisme du questionnaire de personnalité. Ils présentent également une augmentation de leur score d'amabilité. Par ailleurs, un effet d'interaction entre le sexe des participants et le moment d'évaluation est observé sur la sous-échelle souci empathique. Plus spécifiquement, les analyses des effets simples ($F(1, 44) = 3.58, p = .065$) montrent que

Tableau 19

Analyses de variance à mesures répétées des symptômes psychologiques, de l'estime de soi et de la satisfaction sexuelle des hommes et des femmes suivant leur participation au groupe d'orientation

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>	Éta-carré
Symptômes psychologiques							
Cote globale							
Hommes (<i>n</i> = 35)	37.71	24.74					
Femmes (<i>n</i> = 18)	45.39	35.00					
Échantillon total	40.32	28.23					
Source de variation							
Sexe			1	1911.08	3.14	ns	
Résiduel			51	608.68.			
Évaluation			1	3243.34	23.19	***	.31
Sexe × Évaluation			1	39.64	0.28	ns	
Résiduel			51	139.88			
Dépression							
Hommes (<i>n</i> = 33)	44.91	28.88					
Femmes (<i>n</i> = 17)	51.64	44.00					
Échantillon total	47.20	34.02					
Source de variation							
Sexe			1	2680.59	2.76	ns	
Résiduel			48	971.14			
Évaluation			1	3145.06	15.35	***	.24
Sexe × Évaluation			1	394.26	1.93	ns	
Résiduel			48	204.86			

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 19

Analyses de variance à mesures répétées des symptômes psychologiques, de l'estime de soi et de la satisfaction sexuelle des hommes et des femmes suivant leur participation au groupe d'orientation (suite)

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>	Éta-carré
Anxiété							
Hommes (<i>n</i> = 33)	35.61	20.15					
Femmes (<i>n</i> = 17)	40.53	29.94					
Échantillon total	37.28	23.48					
Source de variation							
Sexe			1	1214.41	2.20	ns	
Résiduel			48	552.69			
Évaluation			1	3804.85	17.11	***	.26
Sexe × Évaluation			1	132.85	0.60	ns	
Résiduel			48	222.42			
Problèmes cognitifs							
Hommes (<i>n</i> = 33)	37.88	27.45					
Femmes (<i>n</i> = 17)	43.59	37.18					
Échantillon total	39.82	30.76					
Source de variation							
Sexe			1	1335.89	1.69	ns	
Résiduel			48	790.42			
Évaluation			1	1590.16	8.07	**	.14
Sexe × Évaluation			1	90.32	0.46	ns	
Résiduel			48	197.00			
Hostilité							
Hommes (<i>n</i> = 34)	26.56	25.12					
Femmes (<i>n</i> = 17)	47.41	35.18					
Échantillon total	33.51	28.47					
Source de variation							
Sexe			1	5414.71	6.95	*	.12
Résiduel			49	778.85			
Évaluation			1	1059.93	4.96	*	.09
Sexe × Évaluation			1	660.24	3.09	ns	
Résiduel			49	213.61			

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 19

Analyses de variance à mesures répétées des symptômes psychologiques, de l'estime de soi et de la satisfaction sexuelle des hommes et des femmes suivant leur participation au groupe d'orientation (suite)

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>	Éta- carré
Estime de soi							
Hommes (<i>n</i> = 34)	28.07	29.80					
Femmes (<i>n</i> = 17)	28.13	29.69					
Échantillon total	28.09	29.76					
Source de variation							
Sexe				1	0.00	.00	ns
Résiduel			44	54.86			
Évaluation			1	56.67	4.67	*	.10
Sexe × Évaluation			1	.15	0.01	ns	
Résiduel			44	12.13			
Satisfaction sexuelle							
Hommes (<i>n</i> = 25)	29.24	23.36					
Femmes (<i>n</i> = 13)	36.77	32.62					
Échantillon total	31.82	26.53					
Source de variation							
Sexe				1	1204.74	1.37	
Résiduel			36	879.35			
Évaluation			1	430.53	4.37	*	.11
Sexe × Évaluation			1	12.74	0.13	ns	
Résiduel			36	98.59			

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 20

Analyses de variance à mesures répétées des variables d'empathie et de personnalité des hommes et des femmes suivant leur participation au groupe d'orientation

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>	Éta- Carré
Empathie							
Fantaisie							
Hommes (<i>n</i> = 32)	13.47	12.06					
Femmes (<i>n</i> = 17)	13.41	10.82					
Source de variation							
Sexe			1	9.32	0.17	ns	
Résiduel			47	13748.3			
Évaluation			1	88.57	9.38	**	.17
Sexe × Évaluation			1	7.76	0.82	ns	
Résiduel			47	9.45			
Souci empathique							
Hommes (<i>n</i> = 32)	19.75	21.09					
Femmes (<i>n</i> = 17)	21.71	20.59					
Source de variation							
Sexe			1	11.68	0.37	ns	
Résiduel			47	31.59			
Évaluation			1	.28	0.04	ns	
Sexe × Évaluation			1	33.63	4.17	*	.08
Résiduel			47	8.07			
Détresse personnelle							
Hommes (<i>n</i> = 32)	12.47	11.03					
Femmes (<i>n</i> = 17)	13.65	11.06					
Source de variation							
Sexe			1	8.07	0.26	ns	
Résiduel			47	30.85			
Évaluation			1	89.96	9.52	**	.17
Sexe × Évaluation			1	7.35	0.78	ns	
Résiduel			47	9.45			

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 20

Analyses de variance à mesures répétées des variables d'empathie et de personnalité des hommes et des femmes suivant leur participation au groupe d'orientation (suite)

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>	Éta- Carré
Personnalité							
Névrotisme							
Hommes (<i>n</i> = 28)	58.25	53.21					
Femmes (<i>n</i> = 14)	56.07	52.71					
Source de variation							
Sexe			1	33.48	0.11	ns	
Résiduel			40	304.27			
Évaluation			1	328.72	8.30	**	.17
Sexe × Évaluation			1	13.15	0.33	ns	
Résiduel			40	39.63			
Amabilité							
Hommes (<i>n</i> = 24)	47.17	51.21					
Femmes (<i>n</i> = 16)	45.44	47.00					
Source de variation							
Sexe			1	169.22	0.69	ns	
Résiduel			38	244.76			
Évaluation			1	150.75	5.44	*	.13
Sexe × Évaluation			1	29.50	1.07	ns	
Résiduel			38	27.70			
Conscience							
Hommes (<i>n</i> = 30)	51.27	54.53					
Femmes (<i>n</i> = 17)	53.88	53.47					
Source de variation							
Sexe			1	13.08	0.05	ns	
Résiduel			45	241.41			
Évaluation			1	44.22	2.54	ns	
Sexe × Évaluation			1	73.41	4.21	*	
Résiduel			45	17.42			

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

l'augmentation de la cote moyenne des hommes atteint presque le seuil de signification requis (.05). Ces derniers tendent à ressentir plus de sympathie et de compassion envers autrui à la fin du groupe d'orientation qu'au début de celui-ci. En outre, le Tableau 20 indique la présence d'un effet d'interaction *Sexe X Évaluation* au niveau de la sous-échelle conscience. L'analyse des effets simples montre d'ailleurs une hausse du niveau de conscience chez les hommes à la fin du groupe d'orientation ($F(1, 45) = 9.19, p < .01$), mais pas chez les femmes.

Groupe de sensibilisation voilée

Les hommes ont été évalués suite à leur participation au groupe de sensibilisation voilée. D'abord, les résultats des analyses visant à évaluer les indices de changement du fonctionnement des individus entre la fin du groupe d'orientation et celui de sensibilisation voilée sont présentés. Ensuite, les résultats des analyses visant à comparer le fonctionnement initial des participants (au début du programme PÉTAS) et celui observé à la fin de cette étape de traitement seront décrits. Les analyses sont réalisées auprès de 33 hommes qui ont dûment complété cette phase du traitement et répondu aux questionnaires. Le Tableau 21 montre le changement observé au niveau de la personnalité entre la fin du groupe d'orientation et la fin du groupe de sensibilisation voilée pour les hommes. Ces derniers présentent une diminution de leur niveau d'amabilité à la suite de leur participation à ce groupe.

Le Tableau 22 présente les résultats des changements observés au niveau des variables de personnalité et de symptômes psychologiques entre le moment où les hommes ont débuté leur traitement au PÉTAS (temps 1) et la fin du groupe de sensibilisation voilée (temps 3). L'échantillon est composé de 22 hommes. D'abord, en ce

Tableau 21

Analyses de variance à mesures répétées des variables de personnalité entre la fin du groupe d'orientation et la fin du groupe de sensibilisation voilée des hommes

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>	État- carré
Personnalité							
Amabilité							
Hommes (<i>n</i> =14)	49.29	42.86					
Évaluation			1	289.29	4.79	*	.27
Résiduel			13	60.44			

* $p < .05$.

Tableau 22

Analyses de variance à mesures répétées des variables d'empathie, de personnalité et de symptômes psychologiques entre le début du traitement et à la suite du groupe de sensibilisation voilée

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>	État- carré
Empathie							
Adaptation contextuelle	15.72	18.33	1	61.36	5.46	*	.24
Résiduel			17	11.24			
Personnalité							
Névrotisme	59.35	50.53	1	661.77	17.35	**	.52
Résiduel			16	38.14			
Symptômes psychologiques							
Cote globale	32.86	20.09	1	1794.57	24.21	***	.54
Résiduel			21	74.14			
Dépression	40.00	20.55	1	3783.03	13.59	**	.42
Résiduel			19	278.34			
Anxiété	29.25	18.65	1	1123.60	16.67	**	.47
Résiduel			19	67.39			
Hostilité	27.95	19	1	841.52	14.42	**	.42
Résiduel			20	58.37			

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

qui a trait à l'empathie, on observe une hausse de l'empathie cognitive, c'est-à-dire la capacité à comprendre le point de vue de l'autre (la dimension adaptation contextuelle). Ce résultat signifie qu'en présence d'autrui, ces participants ont tendance à être plus sensible au point de vue psychologique des autres et à l'adopter. Une diminution significative de la cote de névrotisme est également observée. Donc, ces hommes présentent moins de vulnérabilité et d'impulsivité. Le score total ainsi que les différents indices de symptômes psychologiques ont également diminué entre le début du traitement et la fin du groupe de sensibilisation voilée. Plus spécifiquement, les hommes rapportent moins de symptômes de dépression, d'anxiété et d'hostilité à la fin du groupe de sensibilisation voilée, comparativement à ceux mesurés au début du traitement.

Groupe de prévention de la récidive

Les pères incestueux ont été évalués suite à leur participation au groupe de prévention de la récidive. Les analyses ont porté sur 16 hommes seulement. D'abord, les résultats des analyses comparant les questionnaires entre la fin du groupe de sensibilisation voilée (temps 3) et la fin du groupe de prévention de la récidive (temps 4) ne font état que d'une seule différence significative. En effet, à la suite de leur participation au groupe de prévention de la récidive, les hommes présentent une cote d'extraversion significativement plus élevée qu'à la fin du groupe de sensibilisation voilée (voir Tableau 23).

En deuxième lieu, les analyses visant à examiner la présence de changement au niveau du fonctionnement des hommes entre le début du traitement (temps 1) et la fin du groupe de prévention de la récidive (temps 4) font ressortir quelques résultats significatifs

Tableau 23

Analyse de variance à mesures répétées des variables de personnalité entre la fin du groupe de sensibilisation voilée et celle du groupe de prévention de la récidive

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>	État-carré
Personnalité							
Extraversion	50.25	56.25	1	288.00	9.11	**	.38
Résiduel			15	31.60			

** $p < .01$.

(voir Tableau 24). Dix-neuf hommes du programme ont complété les questionnaires. Les résultats des analyses de variance à mesures répétées montrent qu'il y a une augmentation significative de la cote de conscience, ce qui signifie une plus grande capacité de contrôle, de persistance et de motivation vers la réalisation d'un but. Les participants ayant terminé le groupe de prévention de la récidive obtiennent également des scores inférieurs à l'échelle de névrotisme par rapport au début du traitement, ainsi qu'un niveau d'estime de soi significativement supérieur. Enfin, ces hommes présentent également une diminution significative de la majorité des indices de symptômes psychologiques (cote globale, dépression, anxiété et problèmes cognitifs).

Groupe de communication

Le dernier groupe de traitement du programme PÉTAS est celui portant sur l'apprentissage des habiletés de communication dans le couple. Les analyses réalisées auprès des 15 hommes qui ont complété les questionnaires à la fin du groupe de prévention de la récidive (temps 4) et à la fin de celui de communication (temps 5) ne présentent qu'un seul changement significatif. En effet, les hommes ayant complété le groupe de communication démontrent un niveau de névrotisme significativement plus bas que celui observé à la fin du groupe de prévention de la récidive (voir Tableau 25).

Tableau 24

Analyses de variance à mesures répétées des variables de personnalité et de symptômes psychologiques entre le début du traitement et à la suite du groupe de prévention de la récidive

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>	État-carré
Personnalité							
Névrotisme	59.18	50.00	1	715.77	10.22	**	.39
Résiduel			16	70.02			
Conscience	52.06	56.94	1	215.11	4.94	*	.23
Résiduel			17	43.58			
Estime de soi	28.53	32.18	1	113.06	9.78	**	.38
Résiduel			16	11.56			
Symptômes psychologiques							
Cote globale	34.79	13.68	1	4231.61	53.19	***	.75
Résiduel			18	79.55			
Dépression	40.78	15.22	1	5877.78	34.26	***	.67
Résiduel			17	171.54			
Anxiété	34.11	12.67	1	4138.78	44.36	***	.72
Résiduel			17	93.31			
Problèmes cognitifs	32.83	13.78	1	3268.03	11.90	**	.42
Résiduel			17	274.62			

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 25

Analyse de variance à mesures répétées des variables de personnalité entre la fin du groupe de prévention de la récidive et la fin du groupe de communication

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>	État-carré
Personnalité							
Névrotisme	51.54	45.08	1	271.39	15.32	**	.56
Résiduel			12	17.72			

** $p < .01$.

Enfin, les analyses de variance à mesures répétées portant sur les changements observés chez les hommes entre le début du traitement (temps 1) et la fin du groupe de communication (temps 5) sont présentées au Tableau 26. Les analyses ont porté sur 14 hommes. Les analyses démontrent des diminutions significatives de la cote globale de symptômes psychologiques, ainsi que celles des sous-échelles dépression, anxiété et problèmes cognitifs entre le début du programme de traitement PÉTAS et la fin du dernier groupe de thérapie. Ainsi, les participants vivent moins de problèmes psychologiques à la suite de leur participation au programme PÉTAS, comparativement à ce qu'ils vivaient avant de recevoir de l'aide. Plus spécifiquement, ces derniers se sentent moins déprimés, vivent moins d'anxiété et présentent moins de problèmes cognitifs.

Tableau 26

Analyses de variance à mesures répétées des variables de personnalité et de symptômes psychologiques entre le début du traitement et à la suite du groupe de communication

Variables	<i>M</i> avant	<i>M</i> après	<i>df</i>	Carré moyen	<i>F</i>	<i>p</i>	État- carré
Symptômes psychologiques							
Cote globale	32.64	12.79	1	2760.14	21.13	**	.62
Résiduel			13	130.60			
Dépression	37.27	12.45	1	3387.62	31.23	***	.76
Résiduel			10	108.48			
Anxiété	31.75	13.00	1	2109.38	9.90	**	.47
Résiduel			11	213.10			
Problèmes cognitifs	33.33	15.08	1	1998.38	6.34	*	.37
Résiduel			11	315.38			

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Discussion

Les résultats présentés dans la section précédente seront maintenant discutés de façon systématique afin de bien en saisir la portée. Cette discussion portera dans un premier temps sur les caractéristiques sociodémographiques des participants de notre échantillon pour ensuite s'attarder à l'évaluation de l'efficacité du programme PÉTAS.

Certaines observations du profil sociodémographique de notre échantillon sont en accord avec celles présentées dans la documentation scientifique sur les abus sexuels intrafamiliaux, alors que d'autres y divergent significativement. En ce qui a trait aux similitudes, on remarque, qu'avant le traitement, les hommes incestueux et les mères de victimes affichent en général un état que l'on peut qualifier de détresse psychologique. Ainsi, ces résultats confirment l'hypothèse de départ. En effet, les cotes obtenues sont supérieures au point de rupture utilisé pour distinguer dans la population normale les individus ayant une bonne santé mentale de ceux démontrant des problèmes d'ordre psychologique. Les effets résultant du dévoilement de l'abus sexuel constituent une explication plausible à l'augmentation des symptômes de dépression, d'anxiété, d'agressivité et de problèmes de nature cognitive. Également, l'angoisse de la sentence judiciaire pour certains, la relation de couple qui est ébranlée ou terminée, la peur du jugement, le bris de contact avec la victime, etc. sont des facteurs prédisposant à l'apparition des symptômes psychologiques.

Une des caractéristiques de l'échantillon qui diffère de celles rapportées dans les études est le pourcentage élevé de participants ayant été abusés sexuellement durant l'enfance. Williams et Finkelhor (1990) indiquent que 20% des hommes incestueux ont été abusés sexuellement durant leur enfance. Ces auteurs rapportent également que 16%

des individus de la population générale auraient subi de tels abus. Dans la présente étude, ce pourcentage est plus élevé, se situant à 39%. De même, chez les femmes de l'échantillon, le taux d'abus sexuel subi durant l'enfance s'élève à 38.4%, ce qui est plus élevé que celui retrouvé par Finkelhor et al. (1990) dans la population normale (27%). À l'intérieur de l'échantillon, il est donc possible de supposer que l'abus sexuel subi durant l'enfance est un des facteurs ayant pu favoriser une transmission intergénérationnelle de l'inceste.

Par ailleurs, les individus ayant été abusés sexuellement durant leur enfance ne présentent pas plus de symptômes de détresse psychologique que ceux n'ayant pas subi d'abus. Ainsi, l'hypothèse de départ n'est pas validée. Par contre, notons que les individus abusés sexuellement durant l'enfance semblent avoir développé une plus grande ouverture d'esprit que les personnes qui n'ont pas subi l'abus. Les personnes ouvertes, telles que définies par l'échelle d'ouverture, possèdent une imagination active, sont curieuses de connaître le monde, aiment la variété et leur vie se révèle riche en expériences diverses. Un score très élevé à cette échelle pourrait cependant signifier une succession d'intérêts peu intégrés (p. ex., touche à tout ne maîtrisant rien). Ainsi, il est possible que les personnes qui ont été victimes d'abus sexuels lors de leur enfance aient été amenées à développer dans leur enfance une ouverture d'esprit plus grande que les individus n'ayant pas vécu cette réalité.

Les pourcentages d'hommes ayant été témoins de violence physique (51.5%) et verbale (69.7%) dans leur famille d'origine sont aussi impressionnants. Ces résultats sont sensiblement les mêmes que ceux obtenus par les femmes dont les taux sont respectivement de 50.0% et de 68.2%. Ces caractéristiques concordent avec les données rapportées par Williams et Finkelhor (1990) et il semble opportun de prétendre que de

telles expériences peuvent avoir une influence sur le développement de comportement incestueux.

Par ailleurs, il faut porter une attention particulière à la fréquence des abus sexuels subis durant l'enfance par les participants qui en ont fait mention, ainsi qu'à la durée de ces abus. Les hommes ont été abusés moins de fois que les femmes (28.2% des hommes ayant été abusés l'ont été plus de 20 fois, comparativement à 47.6% des femmes) et pendant une moins longue période de temps (44.8% des hommes ont subi des abus pendant moins de trois mois, comparativement à 23.8% des femmes). De plus, les femmes ont été davantage victimes d'abus intra-familiaux (59.1% des femmes rapportent avoir subi au moins un abus sexuel au sein de la famille nucléaire) que les hommes (37.6% ont subi au moins un abus intra-familial). De tels résultats contribuent à dépeindre une réalité fort différente des abus subis par les hommes et les femmes au cours de leur enfance. Il ne faut pas perdre de vue qu'une situation d'abus intra-familial est en quelque sorte plus stable qu'une situation d'abus extra-familial car l'abuseur peut s'isoler plus facilement avec la victime. La côtoyant plus régulièrement, il peut la convaincre plus facilement de se soumettre et de garder le secret incestueux étant donné le lien de confiance et d'autorité préétabli avec la victime. On peut se demander si le silence ainsi gardé plus longtemps par les femmes peut les amener à être moins alertes face aux signes d'abus que subissent leurs enfants et à ne pas dénoncer rapidement de tels abus. Étant en quelque sorte paralysées, ce qui s'apparente à un état de stress post-traumatique (voir Wright, Lussier, Sabourin, & Perron, 1999), ces femmes seraient incapables psychologiquement, une fois devenues adultes, de composer avec les comportements incestueux de leur conjoint. En effet, il est possible que de tels comportements les replongent dans leurs traumatismes infantiles.

Par ailleurs, nous avons mis en évidence qu'une dimension de la personnalité de nos participants s'écarte significativement des normes établies par l'instrument. En effet, au début du traitement, les hommes présentaient un niveau de névrotisme supérieur à celui de la population générale. Puisque cette dimension correspond au niveau général d'anxiété (vulnérabilité, anxiété, hostilité, dépression et impulsivité) ressenti par les individus, il apparaît normal que les pères incestueux y obtiennent des scores élevés à la suite du dévoilement de l'abus. De plus, les personnes ayant un score élevé de névrotisme sont moins capables de contrôler leurs désirs et de composer avec leur stress, ce qui pourrait être en lien avec le manque de contrôle des hommes incestueux sur leurs désirs déviants.

En ce qui a trait aux différences sexuelles, il apparaît que les hommes obtiennent des cotes de souci empathique moins élevées que les femmes. Face à un tel résultat, il semble intéressant de pousser plus loin les recherches afin de vérifier si cette caractéristique peut prédisposer ces hommes à abuser de leurs enfants. Il semble que l'homme incestueux se tournerait vers une cible sexuelle facilement manipulable pour assouvir ses besoins sexuels, de pouvoir et d'affection lorsqu'il vit des difficultés personnelles et qu'il dispose de peu de barrières internes suffisamment solides (faible souci empathique) pour l'empêcher de passer à l'acte. D'autre part, les femmes de l'échantillon présentent des scores d'ajustement dyadique inférieurs à ceux des hommes. Il est possible qu'à la suite du dévoilement de l'abus sexuel envers leurs enfants, les mères vivent un désenchantement par rapport à la qualité de leur relation conjugale, puisque leur conjoint est dans la plupart des cas l'abuseur.

Concernant les attributions émises par les participants pour expliquer les gestes d'abus, il apparaît normal que les hommes s'attribuent davantage la cause, la responsabilité et le contrôle envers l'abus commis, car ce sont eux-mêmes qui l'ont commis. Il aurait été

inquiétant de ne pas retrouver ces résultats car cela aurait suggéré une très faible responsabilisation de l'abuseur. De plus, les résultats démontrent que les personnes abusées sexuellement durant l'enfance évaluent leur contrôle face à l'abus de façon moins élevée que les personnes n'ayant pas subies l'abus.

Les résultats sur la distribution des participants selon les divers styles d'attachement constituent une contribution originale de la présente étude. Peu d'auteurs se sont penchés sur les conduites d'attachement des pères incestueux et des mères des victimes d'inceste. Cependant, plusieurs chercheurs en psychologie du couple ont démontré que les styles d'attachement non sécurisant des conjoints sont liés à la présence de détresse conjugale, ainsi qu'à des comportements dysfonctionnels, tels la violence conjugale. À l'inverse, les adultes ayant un style d'attachement sécurisant ont développé au cours des diverses expériences constructives de leur enfance des représentations positives de soi et des autres qui favorisent l'utilisation de mécanismes adaptatifs adéquats, la mise en place de liens affectifs et intimes matures et fonctionnels, ainsi qu'une gestion saine de la régulation des émotions. Nos résultats montrent que 65 % des participants du présent échantillon affichent un des styles d'attachement non sécurisant, ce qui constitue un pourcentage plus élevé que ceux obtenus auprès d'autres échantillons américains et québécois puisés dans la population générale. De tels résultats constituent donc une piste de recherche fort intéressante pour les futures études qui tenteront de dégager les diverses constellations des profils psychosociaux des pères et des mères de familles incestueuses. Également, il semblerait pertinent de vérifier s'il est possible d'isoler des types d'appariement spécifiques entre les conjoints à partir de leur style d'attachement qui seraient reliés plus fréquemment à l'abus sexuel intra-familial.

Nos résultats nous ont aussi permis de dégager des liens intéressants entre les variables sociodémographiques et les variables de personnalité et de symptômes psychologiques qui contribuent à dégager un profil psychosocial mieux articulé de nos participants. Ainsi, chez les individus qui ont été abusés sexuellement au cours de leur enfance, on constate que plus ils étaient jeunes au moment où a débuté l'abus, moins ils ont des cotes élevées d'amabilité et d'adaptation contextuelle. Une explication possible est que le jeune enfant dispose de moins de ressources psychologiques pour faire face à la situation d'abus, ce qui entraînerait des répercussions négatives qui se cristalliseraient et seraient encore présentes même à l'âge adulte. Sur le plan conjugal, plus le nombre d'années de cohabitation rapporté par les participants est élevé, plus ils affichent une attitude conservatrice et un certain conventionnalisme (ouverture faible). Au niveau familial, il semble qu'un plus grand nombre d'enfants s'avère un facteur positif chez les participants de l'étude. En effet, plus les répondants ont d'enfants, moins ils présentent des cotes de névrotisme et de problèmes cognitifs élevées, et plus il semblent satisfaits de leur relation conjugale (ajustement dyadique élevé). Enfin, les participants qui possèdent un revenu plus élevé présentent une meilleure estime d'eux-mêmes, tandis que les individus qui ont un plus grand nombre d'années de scolarité sont plus ouverts d'esprit, mais moins satisfaits de leur mariage.

Concernant l'évaluation de l'efficacité du programme PÉTAS, les résultats font ressortir des changements significatifs dans le fonctionnement des participants entre les différentes prises de mesure. Même avec un nombre peu élevé de participants, il a été possible d'obtenir des résultats significatifs quant à la diminution des symptômes psychologiques, à une augmentation de la satisfaction sexuelle et de l'estime de soi, ainsi que des changements au niveau des variables d'empathie et de personnalité dès la seconde évaluation. Ces résultats confirment l'hypothèse de départ. En effet, à la suite de leur

participation au groupe d'orientation (environ neuf semaines après le début du traitement), on rapporte une diminution significative des différents indices de détresse psychologique (score total de détresse, anxiété, dépression, irritabilité et problèmes cognitifs) chez l'ensemble des participants, peu importe le sexe. Ces derniers présentent également une meilleure estime d'eux-mêmes et rapportent une plus grande satisfaction sexuelle qu'à leur entrée dans le programme. Au niveau de la personnalité, l'ensemble des répondants ont vu leur cote de névrotisme diminuer, de même de leur score d'amabilité augmenter, tandis que le niveau de conscience des hommes seulement s'est amélioré après neuf semaines de traitement. Enfin, on constate des améliorations en ce qui concerne l'empathie chez les individus qui ont complété le groupe d'orientation : ils obtiennent des cotes de fantaisie et de détresse personnelle moindres. Une forte cote de détresse personnelle est habituellement considérée comme un indice de réactivité émotionnelle face à autrui et de mauvais ajustement psychologique (Turcotte et al., 1997). La réduction de cette cote est donc un signe positif de changement.

De plus, en lien avec les objectifs de traitement du groupe de sensibilisation voilée chez les hommes, il se produit une hausse de l'adaptation contextuelle ainsi qu'une diminution du névrotisme au terme de cette étape de traitement. Une cote élevée de névrotisme étant fortement associée à des traits dysfonctionnels (Costa et McCrae, 1992), il va sans dire qu'une réduction de celle-ci est fort importante pour pouvoir juger de la bonne adaptation des hommes incestueux. De plus, il semble que la participation au groupe ait également amélioré la tendance à comprendre et à adopter le point de vue d'autrui, tel que mesurée par la dimension adaptation contextuelle (perspective taking) du questionnaire d'empathie. Toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation des résultats car l'absence d'un groupe contrôle ne permet pas d'affirmer avec certitude que ces changements soient dus uniquement à la participation des individus aux groupes de

thérapie ou s'ils peuvent être attribuables au temps écoulé entre les moments d'évaluation. En effet, il est possible que la situation des participants soit moins problématique à la fin du groupe de sensibilisation voilée, car les craintes et les bouleversements déclenchés par le dévoilement de l'abus peuvent s'être amenuisés considérablement (p. ex., aucune sentence d'emprisonnement, jugement moins négatifs de la part d'autrui, sentiment d'être pris en charge par la thérapie, etc.). Par contre, il est aussi plausible que l'attention et la compréhension reçues lors des séances de thérapies soient des facteurs favorisant la diminution des symptômes psychologiques et un meilleur ajustement psychologique.

Les changements observés entre le début du traitement et la fin du groupe de prévention de la récidive sont également intéressants, puisqu'ils consistent en des modifications des dimensions de la personnalité (diminution du névrotisme et augmentation de la conscience). La réduction des symptômes psychologiques amorcée lors du groupe d'orientation a peut-être permis aux interventions d'atteindre leur but et de favoriser des transformations au niveau de la personnalité des hommes incestueux. Ces changements sont encourageants car les variables de la personnalité sont des variables plus stables que les symptômes psychologiques et sont donc plus difficiles à changer. Les diverses techniques thérapeutiques utilisées à l'intérieur du groupe de prévention de la récidive ont peut-être permis aux hommes de comprendre les conséquences physiques et psychologiques de leurs agissements sur leur(s) victime(s) et ainsi accroître leur sentiment de responsabilité. De même, la thérapie de groupe est un outil puissant pour permettre aux participants de s'ouvrir, de s'exprimer en public et de prendre confiance en eux, ce qui peut expliquer une hausse des cotes d'estime de soi.

En somme, il nous est possible de croire que les gains enregistrés au niveau de l'empathie cognitive, jumelés à une baisse de la détresse personnelle ressentie en présence

d'autrui (empathie émotionnelle égocentrique) entraînerait une forme plus saine d'empathie. Celle-ci serait moins centrée sur soi et serait également moins émotive. La compréhension cognitive de ce qu'une autre personne peut ressentir est une cible privilégiée dans le programme PÉTAS. Une meilleure utilisation des capacités cognitives est nécessaire pour obtenir une telle forme d'empathie. Tout porte à croire que cette forme d'empathie serait efficace pour ériger des barrières internes chez l'abuseur, ce qui l'empêcherait de rationaliser, advenant l'apparition de fantaisies déviantes. De telles barrières pourraient contrer les désirs qui provoquent habituellement la récurrence. Encore une fois, précisons que la baisse des symptômes psychologiques au cours du premier groupe de thérapie, jumelée à l'apprentissage de la technique de sensibilisation voilée sont probablement des facteurs importants ayant influencé ces changements.

Les résultats démontrent l'augmentation de la cote d'extraversion entre la fin du groupe de sensibilisation voilée et la fin du groupe de prévention de la récurrence. Il est possible que la thérapie de groupe ait encouragé les participants à apprendre à s'exprimer en public et à améliorer leur confiance en eux au niveau social, ce qui peut expliquer une hausse des cotes d'extraversion. Peu de différences significatives sont observées entre les autres groupes de thérapie. Le petit nombre de personnes constituant les échantillons de ces analyses est peut-être un facteur diminuant la possibilité d'obtenir des résultats significatifs. De plus, le fait que plusieurs changements se soient déjà produits lors des deux premiers groupes impliquent que les changements significatifs soient plus difficiles à obtenir sur les mêmes variables à mesure que les participants progressent à travers les groupes de thérapie. De plus, les cotes de symptômes psychologiques mesurées à la fin du groupe de prévention de la récurrence et à la fin du groupe de communication, continuent à être significativement différentes de celles obtenues au tout début du traitement, ce qui est un signe encourageant au niveau de la stabilité des changements.

En définitive, l'évaluation des participants au cours des différentes phases du PÉTAS nous a permis d'observer des changements importants suite à la participation aux deux premiers groupes de traitement de même qu'une consolidation des acquis au cours des deux derniers groupes. Toutefois, il serait important de tenter de reproduire les présents résultats en ayant soin d'avoir un groupe contrôle. La présence d'un groupe contrôle aurait permis d'isoler les effets du traitement sur les abuseurs et les mères de victimes. Par contre, en raison de considérations éthiques - il ne serait pas moralement permis de laisser des hommes incestueux sans traitement et risquer qu'ils recommencent à abuser d'autres enfants - il est pratiquement impensable de pouvoir former un groupe contrôle dans le cadre des recherches en abus sexuel. De plus, la petite taille des échantillons limite la portée des conclusions. Les résultats rapportés ne sont pas à toutes épreuves.

La réalisation de cette étude nous a permis de constater qu'il est plus difficile d'obtenir des mesures précises à intervalles réguliers pour les femmes car celles-ci ne sont pas tenues au traitement par la loi comme le sont les hommes. Puisque que les femmes ont souvent un cheminement hétérogène à l'intérieur du programme PÉTAS, il a été difficile de les regrouper pour effectuer des analyses. De plus, elles ne participent pas à plusieurs phases de traitement comme c'est le cas pour les hommes. Il n'y a qu'un groupe de femmes qui se poursuit en parallèle pendant que les hommes évoluent dans les différentes étapes du traitement. Les ruptures conjugales peuvent également conduire les femmes à l'abandon du traitement. L'ampleur de la procédure d'évaluation est un autre facteur ayant pu nuire à la cueillette des données. En effet, une évaluation en cinq passations demande davantage de coordination qu'une évaluation en deux passations. Les gens doivent être évalués à des moments bien précis, suite à la participation à un nombre précis de séances.

Conclusion

Le présent projet de recherche a permis de jeter les bases d'une procédure d'évaluation rigoureuse et systématique des indices de changements psychologiques et comportementaux chez des hommes incestueux et des mères de victimes qui ont participé au programme PÉTAS implanté sur le territoire Mauricie-Centre-du-Québec. Puisque l'efficacité de ce programme n'avait jamais été soumise à évaluation, cette étude représente une contribution originale à l'avancement des connaissances visant à évaluer l'efficacité du traitement des abus sexuels au Québec. Bien que les résultats présentés dans ce rapport soient encore préliminaires, ils font ressortir certains changements significatifs au niveau de la personnalité et de la détresse psychologique des participants. Grâce aux efforts et à la confiance des intervenants du Programme PÉTAS, ainsi qu'à une aide financière temporaire du Partenariat de Recherche et d'Intervention en Matière d'Abus Sexuel à l'endroit des Enfants (PRIMASE), ces résultats nous incitent à poursuivre la cueillette de données. Par cette action, nous désirons assurer la pérennité de ce type d'étude évaluative afin qu'elle puisse se greffer aux pratiques curatives courantes des abus sexuels à l'endroit des enfants dans les Centres Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Bien entendu, nous ne pouvons que souhaiter la mise en place d'une procédure systématique de l'évaluation des comportements des hommes incestueux, des mères des victimes d'abus sexuel et des victimes elles-mêmes. Nous espérons que les principaux administrateurs et responsables des politiques à l'égard de la famille puissent voir dans cette première étude l'importance de maintenir, d'améliorer et d'évaluer les programmes de traitement en abus sexuel comme celui du PÉTAS.

Références

- Abel, G. G. & Rouleau, J. L. (1990). Male sex offenders. Dans M. E. Thase, B. A. Edelstein, & M. Hersen (Éds.) *Handbook of Outpatient Treatment of Adults* (pp. 271-290). New York: Plenum
- Anderson, L. M., & Shafer, G. (1979). The character-disordered family: A community treatment model for family sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 436-445.
- Babins-Wagner, R. (1991). Development and evaluation of a family systems approach to the treatment of child sexual abuse. *Journal of Child and Youth Care. Special Issue*, 103-128.
- Badgley, C., & Ramsay, R. (1986). Disrupted childhood and vulnerability to sexual assault: Long-term sequels with implications for counselling. *Social Work and Human Sexuality*, 4, 33-48.
- Badgley, R., Allard, H., McCormick, N., Proudfoot, P., Fortin, D., Ogilvie, D., RaeGrant, Q., Gélinas, P., Pépin, L., & Sutherland, S. (Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes). (1984). *Infractions sexuelles à l'égard des enfants*. (Vol. 1). Ottawa
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 18 (1), 25-34.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Batson, C. D., Duncan, B.D., Ackerman, P., Buckley, T., & Birch, K. (1981). Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 290-302.
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Wright, J., & Boucher, C. (1991). La structure factorielle de la version française de l'Échelle d'ajustement dyadique. / The factorial structure of the French version of the Scale of Dyadic Adjustment. *Canadian Journal of Counselling*, 25, 4-11.

- Brandon, C. (1985). Sex role identification in incest, an empirical analysis of the feminist theories. *Dissertation Abstracts International*, 47, 3099b.
- Brennan, K.A., Shaver, P.R., & Tobey, A.E. (1991). Attachment styles, gender and parental problem drinking. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 451-466.
- Brière J. N., & Elliot, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4, 54.
- Brodeur, J., Brunet, M., Durand, Y., Fortin, M., Lemay, J., Pierret, L., & Tassé, D. (1997). Thérapies de groupe auprès de clientèles vivant une situation d'inceste ou d'abus sexuel. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 3, 229-245.
- Carson, D. K., Gertz, L. M., Donaldson, M. A., & Wonderlich, S. A. (1990). Family of origin characteristics and current family relationships of female adult incest victims. *Journal of Family Violence*, 5, 153-171.
- Castonguay, L. G., & Earls, C. (1989). La délinquance sexuelle: Technique d'intervention behavioriste. *Revue Québécoise de Psychologie*, 10, 2, 41-57.
- Chaffin, M. (1992). Factors associated with treatment completion and progress among intrafamilial sexual abusers. *Child Abuse and Neglect*, 16, 261-264.
- Cole, W. (1992). Incest perpetrators. Their assessment and treatment. *Clinical Forensic Psychiatry*, 15, 689-701.
- Comeau, S., & Boisvert, J-M. (1985). *Traduction du questionnaire de satisfaction sexuelle*. Montréal.
- Commission de Protection des Droits de la Jeunesse (CDPJ) (1990). *Rapport d'activités 1989-1990*. Québec: Publications du Québec.
- Conte, J. R. (1985). Clinical dimension of adult sexual abuse. *Behavioral Sciences and the Law*, 3, 341-354.
- Cooper, A. J. (1984). Progestogens in the treatment of male sex offenders: *A review*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 73-79.
- Corcoran, K. J. (1982) An exploratory investigation into self-differentiation: Empirical evidence for a monistic perspective on empathy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 63-68.
- Cormier, B. M., Kennedy, M., & Sangovicz, J. M. (1962). Psychodynamics of father-daughter incest. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 7, 203-217

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO personality inventory. *Psychological Assessment, 4*, 5-13.
- Cyr, M., McDuff, T., & Wright, J. (1999). Le profil des mères d'enfants abusés sexuellement : santé mentale, stress et adaptation. *Santé Mentale au Québec, XXIV*, 191-216.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Document in Psychology, 10*, 85.
- Davis, M. H. (1983a). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 113-126.
- Davis, M. H. (1983b). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. *Journal of Personality, 51*, 169-184.
- Davis, M. H. (1994). *Empathy, a social psychological approach*. Iowa: Brown & Benchmark.
- Davis, M. H., & Franzoi, S.L. (1991). Stability and change in adolescent self-consciousness and empathy. *Journal of Research in Personality, 25*, 70-87.
- Davis, M. H., Hull, J. G., Young, R. D., & Warren, G. G. (1987). Emotional reactions to dramatic film stimuli: the influence of cognitive and emotional empathy. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 126-133.
- Deblinger, E., McLeer, S.V., Atkins, M.S., Ralphe, D., & Foa, E. (1989). Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. *Child Abuse and Neglect, 13*, 403-408.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science, 19*, 1-15.
- Dolliver, R. H. (1987). A review of the NEO Personality Inventory. *Journal of Counseling Development, 66*, 107-108.
- Dulude, D., Sabourin, S., Lussier, Y., & Wright, J. (1990). Attributions, complexité attributionnelle et satisfaction conjugale. / Attributions, attributional complexity, and marital satisfaction. *International journal of Psychology, 25*, 439-454.
- Dutton, M.A. (1992). *Empowering and healing the battered woman*. New York: Springer.

- Eckenrode, J., Powers, J., Doris, J., Munsch, J., & Bolger, N. (1988). Substantiation of child abuse and neglect reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 9-17.
- Eisenberg, N., Shea, C. L., Carlo, G., & Knight, G. P. (1991). Empathy-related responding and cognition: a "chicken and the egg" dilemma. Dans W. M. Kurtines, & J. L. Gewirtz (Éds.), *Handbook of moral behavior and development. Volume 2: research* (pp. 63-88). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyan, D. K., Edelson, G. A., & Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*, 197-207.
- Fincham, F.D., & Bradbury, T.N. (1987). Cognitive processes and conflict in close relationships: An attribution-efficacy model. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 1106-1118.
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 325-330.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and woman: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect, 14*, 19-28.
- Frey, C. (1987). Minimarathon group sessions with incest offenders. *Social Work, 32*, 534-535.
- Friedrich, W.N., Beilke, R.L., & Urquiza, A.J. (1988). Behavior problems in young sexually abused boys: A comparison study. *Journal of Interpersonal Violence, 3*, 21-28.
- Fuller, T.L., & Fincham, F.D. (1995). Attachment style in married couples: Relation to current marital functioning, stability over time, and method of assessment. *Personal Relationships, 2*, 17-34.
- Giaretto, H. (1982a). *Integrating Treatment of Child Sexual Abuse. A treatment and training manual*. Californie: Science and behavior books, Inc.
- Giaretto, H. (1982b). A comprehensive child abuse treatment program. *Child Abuse and Neglect, 6*, 263-278.
- Gouvernement du Québec (2001). *Les orientations en matière d'agressions sexuelles au Québec*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Herman, J. L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hudson, W. W. (1978). *A measurement package for clinical workers*. Honolulu: University of Hawaii School of Social Work.
- Ilfield, F.W. (1976). Methodological issues in relating psychiatric symptoms to social stressor. *Psychological Report*, 39, 1251-1258.
- Jungiohann, E. E. (1990). Symptom as a message: Psychosomatic reactions as signals in sexual exploitation of the child. *Acta Paedopsychiatrica*, 53, 54-61.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kirkpatrick, L.A., & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships*, 1, 123-142.
- Kovess, V., Murphy, H. G. M., Tousignant, M., & Fournier L. (1985). *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski*. Montréal: Unité de recherche psychosociale du Centre hospitalier Douglas.
- Kroth, J. (1979). *Child sexual abuse: Analysis of a family therapy approach*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lang, R. A., Pugh, G. M., & Langevin, R. (1988). Treatment of incest and pedophilic offenders: A pilot study. *Behavioral Sciences & the Law*, 6, 239-255.
- Lee, R. N. (1982). Analysis of the characteristics of incestuous fathers. *Dissertation Abstracts International*, 47, 5, 2173B.
- Lussier, Y. (1996). *Traduction du Interpersonal Reactivity Index* de Davis (1980). Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Maddock, J.W., & Larson, N.R. (1995). *Incestuous families: an ecological approach to understanding and treatment*. New York: Northern.
- Marshall, W, L. & Barbaree, H. E. (1988a). An outpatient treatment program for child molesters. *Annals of the New-York Academy of Sciences*, 528, 205-215.
- Marshall, W. L. & Barbaree, H. E. (1988b). The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behavioral Reseach and Therapy*, 26, 499-511.

- Marshall, W. L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P., & Barbaree, H. E. (1991). Treatment outcomes with sex offenders. *Clinical Psychology Review, 11*, 465-485.
- Marshall, W. L. & McKnight, R. D. (1975). An integrated treatment program for sexual offenders. *Canadian Psychiatric Association Journal, 20*, 133-138.
- Martin, F., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique: analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. *Journal International de Psychologie 24*, 571-584.
- Martin, E. D., & Sher, K. J. (1992). Family history of alcoholism, alcohol use disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Studies on Alcohol, 2*, 81-90.
- Mathews, F. (1996). *Le Garçon Invisible: Nouveau Regard sur la Victimologie au Masculin: Enfants et Adolescents*. Canada: Santé Canada.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1982). Self-concept and the stability of personality: Cross-sectional comparisons of self-reports and ratings. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*, 1282-1292.
- McLeer, S.V., Deblinger, E.B., Atkins, M.S., Foa, E.B., & Ralphe, D.L. (1988). Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 650-654.
- McLeer, S.V., Deblinger, E.B., Henry, D., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 875-879.
- Meiselman, K. C. (1978). *Incest: A psychological study of causes and effects with treatment recommendations*. San Francisco: Josse Basse.
- Paradis, J-P., & Perron, A. (1990). *Programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels intra-familiaux*. CSS Centre du Québec.
- Paradis, J.P., Perron, A., & Dubé, J. (1992). Un programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels intrafamiliaux. *PRISME, 3*, 123-132.
- Pelsser, R. (1989). *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Perrone, R., & Nannini, M. (1995). *Violence et abus sexuels dans la famille: une approche systémique et communicationnelle*. Paris: ESF

- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Seligman, M.E.P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-299.
- Pistole, M.C., & Tarrant, N. (1993). Attachment style and aggression in male batterers. *Family Therapy*, 20, 165-173.
- Pithers, W. D., Kashima, K. M., Cumming, G. F., Beal, L. S., & Buell, M. M. (1988). Relapse prevention of sexual aggression. *Annals Of the New-York Academy of Sciences*, 528, 244-260.
- Pomeroy, W. B. (1976). A new look at incest. *Forum*, 9-13.
- Priest, R. & Smith, A. (1992). Counseling adult sex offenders: Unique challenges and treatment paradigms. *Journal of Counseling & Development*, 71, 27-32.
- Quinsey, V. L., Chaplin, T. C., & Carrigan, W. F. (1980). Biofeedback and signalled punishment in the modification of inappropriate sexual age preferences. *Behavior Therapy*, 11, 567-576.
- Quinsey, V.L. & Earls, C. M. (1990). The modification of sexual preference. Dans W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Éds.), *Handbook of Sexual Assault: Issues Theories and Treatment of the Offender*. New York: Plenum
- Richendoller, N. R., & Weaver, J. B. (1994). Exploring the links between personality and empathic response style. *Personality and Individual Difference*, 17, 303-311.
- Roland, B., Zelhart, P., & Dubes, R. (1989). MMPI correlates of college women who reported experiencing child/adult sexual contact with father, stepfather, or with other persons. *Psychological Reports*, 64, 1159-1162.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Russell, D. E. H. (1986). *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. New York: Basic.
- Sabourin, S., & Lussier, Y. (1992). Traduction française de l'inventaire de personnalité NEO-FFI. Université Laval: Document inédit.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: a hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment*, 2, 333-337.

- Saunders, B., McClure, S., & Murphy, S. (1986). *Final report: Profile of incest perpetrators indicating treatability*. Charleston: Crime Victims Research and Treatment Centre.
- Scharfe, E., & Bartholomew, K. (1995). Accommodation and attachment representations in young couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 389-401.
- Shaver, P.R., Papalia, D., Clark, C.L., & Koski, L.R. (1996). Androgyny and attachment security: Two related models of optimal personality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 582-597.
- Simkins, L., Ward, W., Bowman, S., & Rinck, C. M. (1990). Characteristics predictive of child sex abuser response to treatment: An exploratory study. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 3, 19-55.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Stermac, L. & Hucker, S. (1998). Combining Cognitive-Behavioral Therapy and pharmacotherapy in the treatment of pedophilic incest offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 6, 257-266.
- Staub, E. (1987). Commentary on part I. Dans N. Eisenberg, & J. Strayer (Éds.), *Empathy and its development* (pp.103-115). Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, J. W. (1990). The use of nonverbal expression with incestuous clients. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, December, 597-601.
- Trocmé, N., MacLaurin, B., & Fallon, B. (2000). Canadian child welfare outcomes indicator matrix: An ecological approach to tracking service outcomes. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 4, 165-190.
- Turcotte, Y., Lussier, Y., Bertrand, J., & Perron, A. (1997). Empathie des pères incestueux et des mères non abuseuses. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 3, 169-187.
- Vallière E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *Journal international de Psychologie*, 25, 305-316.
- Vander Mey, B. (1988). The sexual victimisation of male children: A review of previous research. *Child Abuse & Neglect*, 12 (1), 61-72.

- Watson, P. J., Little, T., Sawrie, S. M., & Biderman, M. D. (1992). Measures of the narcissistic personality: Complexity of relationships with self-esteem and empathy. *Journal of Personality Disorders, 6*, 434-449.
- Williams L. M., & Finkelhor, D. (1990). The characteristics of incestuous fathers, a review of recent studies. Dans W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree, (Éds.), *Handbook of sexual assault, issue theories and treatment of the offender*, (pp. 9-21). New York: Plenum.
- Wright, J., Oxman-Martinez, J., Sabourin, S., Lebeau, T., Perron, A., & Cyr, M. (1996, mai). Les défis de l'évaluation et du traitement, en Centres Jeunesse, des enfants victimes d'abus sexuel. Conférence présentée au Colloque "Les violences sexuelles" dans le cadre du 64^e congrès de l'ACFAS, Montréal.
- Wright, J., Friedrich, W.N., Cyr, M., Thériault, C., Perron, A., Lussier, Y., & Sabourin, S. (1998). The evaluation of franco-Quebec victims of child abuse and their mothers : The implementation of a standard assessment protocol. *Child Abuse and Neglect, 22*, 9-23.
- Wright, J., Lussier, Y., Sabourin, S., & Perron, A. (1999). L'abus sexuel à l'endroit des enfants. Dans E. Habimana, M. Tousignant & L. Éthier (Éds.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 615-639). Montréal: Gaëtan Morin.
- Yates, A. (1978). *Sex without shame*. William: Morrow.

Appendice

QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1. Sexe: F M 2. Date de naissance: / / 3. Nombre d'années de scolarité:

4. Emploi actuel: _____

5. État civil: Marié(e) Union de fait Séparé(e)/divorcé(e)
Célibataire

6. a) Si vous êtes en couple, depuis quand demeurez-vous avec votre partenaire?

b) Quelle a été la durée de vos fréquentations?

7. a) Si vous êtes séparé(e) ou divorcé(e), depuis combien de temps vous ne vivez plus avec votre partenaire?

b) Combien d'années a duré votre mariage ou votre union de fait ?

8. Avec combien de partenaire(s), avez-vous cohabité plus de 6 mois
(incluant votre partenaire actuel(le))?

9. Quel est votre revenu annuel personnel avant les déductions d'impôt (répondez pour vous seul(e).
N'additionnez pas votre revenu à celui de votre partenaire). Mon revenu annuel personnel est de:

10. Combien d'enfants avez-vous de votre union actuelle? Âge de chacun:

11. a) Combien d'enfants avez-vous eu d'union(s) précédente(s)? Âge de chacun :

b) Avez-vous la garde de ces enfants? oui non

12. Combien de vos enfants vivent avec vous et votre partenaire à la maison durant la semaine?

13. Avez-vous déjà purgé une peine de prison? oui non

14. Au cours de la **dernière année**, en dehors de la thérapie que vous recevez aux Centres Jeunesse, êtes-vous allés consulter un professionnel de la santé mentale (psychologue, travailleur social, psychiatre, etc.) ?

Seul(e): oui non Durée: _____
En couple oui non Durée: _____
ou en famille

15. Présentement, dans quel groupe de thérapie faites-vous parti(e) aux Centres Jeunesse?

À quelle date avez-vous débuté ce groupe? /___/___
mois année

16. Recevez-vous d'autres services des Centres Jeunesse ? oui non

Si oui, lequel ou lesquels ? _____

ABUS SEXUELS ET ÉVÉNEMENTS DE VIOLENCE SURVENUS PENDANT VOTRE ENFANCE ET ADOLESCENCE

1. Combien y avait-il d'enfants dans votre famille (en vous incluant)?
2. Quel est votre rang dans la famille?
3. Avez-vous déjà été abusé(e) sexuellement pendant votre enfance et/ou adolescence?
Oui Non

Si oui, répondez aux questions 4 à 12. Si non, passez à la question 13.

4. Quel âge aviez-vous au moment où a débuté l'abus sexuel? _____
5. Quel âge aviez-vous au moment où a cessé l'abus sexuel? _____
6. Combien de personnes ont abusé sexuellement de vous? _____

7. Cochez la ou les personnes qui ont abusé de vous et quel était l'âge de la personne qui abusait de vous à ce moment-là?

- | | âge de l'abuseur(e) |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Père naturel ou adoptif | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mère naturelle ou adoptive | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frère(s) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Soeur(s) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Autres membres de la famille (cousin, oncle, tante, grand-père, grand-mère, etc.). | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ami(e) de la famille, connaissance(ex. : voisin) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Inconnu | _____ |

8. De quel type d'abus sexuel s'agissait-il?

- Propositions verbales pour des actes sexuels
- Obligations de regarder des scènes sexuelles ou des scènes d'abus sexuels.
- Victime de voyeurisme ou d'exhibitionnisme
- Attouchements sexuels que vous avez subis ou avez été forcé de pratiquer chez l'abuseur (avec les mains et/ou la bouche ou autres)
- Relations sexuelles complètes
- Viol

9. Vous avez subi ces abus sexuels:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 fois | <input type="checkbox"/> Entre 10 et 20 fois |
| <input type="checkbox"/> Entre 2 et 5 fois | <input type="checkbox"/> Entre 20 et 50 fois |
| <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 fois | <input type="checkbox"/> Tellement de fois que je ne peux toutes les compter |

10. Pendant combien de temps les abus sexuels ont-ils duré?

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 à 1 mois | <input type="checkbox"/> 6 mois à 1 an | <input type="checkbox"/> 5 ans et plus |
| <input type="checkbox"/> 1 à 3 mois | <input type="checkbox"/> 1 à 3 ans | |
| <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois | <input type="checkbox"/> 3 à 5 ans | |

11. Comment l'abuseur(e) a-t-il(elle) réussi à procéder aux abus sexuels sur vous (vous pouvez cocher plus d'une réponse)?

- Il(elle) me forçait sans violence
 Il(elle) me forçait avec violence
 Il(elle) a utilisé la séduction
 C'était un adulte en qui j'avais confiance

12. À quel âge avez-vous dévoilé ou parlé à quelqu'un des abus dont vous avez été victime? _____

13. Y a-t-il d'autres membres de votre famille d'origine (frères, soeurs) qui auraient été victimes d'abus sexuels ou d'inceste pendant leur enfance ou leur adolescence?

- Oui Incertain, mais vous avez tendance à croire que oui
Non Je ne sais pas

14. Y avait-il de la violence verbale entre vos parents (se dire des bêtises, se crier par la tête, se rabaisser, etc.)?

- Jamais De temps en temps Assez souvent Très souvent

15. Y avait-il de la violence physique entre vos parents (se taper, se frapper avec les mains, les pieds et/ou des objets, se battre, etc.)?

- Jamais De temps en temps Assez souvent Très souvent

16. Au cours de votre enfance, est-ce que vos parents vous ont rabaisé, engueulé ou crié des bêtises?

- Jamais De temps en temps Assez souvent Très souvent

17. Au cours de votre enfance, avez-vous reçu des coups ou avez-vous été frappé ou battu par vos parents (ou l'un d'eux)?

- Jamais De temps en temps Assez souvent Très souvent