



Centre jeunesse  
de Montréal  
Institut universitaire

## Guide de soutien à la pratique



En **abus sexuels** et en **comportements sexuels problématiques**  
chez les enfants âgés de 0 à 11 ans



## **Guide de soutien à la pratique**

En **abus sexuels** et en **comportements sexuels  
problématiques** chez les enfants âgés de 0 à 11 ans



**Centre jeunesse  
de Montréal  
Institut universitaire**

**Rédigé par:**

Suzanne Young, agente de planification, de programmation et de recherche  
Lise Durocher, sexologue et agente de planification, de programmation et de recherche  
Coordination développement et suivi des programmes et activités cliniques  
Direction des services professionnels et des affaires universitaires

Adopté au comité des directions clientèle le 12 janvier 2010

Présenté au comité de direction le 25 mai 2010

Version du 14 juin 2010

Dépôt légal, 2<sup>e</sup> trimestre 2010

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

**ISBN: 978-2-89218-229-3**

© Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2010

Tous droits réservés

Distribué par la bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Téléphone: (514) 896-3396; Télécopieur: (514) 896-3483

Courriel: bibliotheque@cjm-iu.qc.ca

**Mandants:**

Ginette Denis, directrice, DSTSE

Sylvie Constantineau, directrice, DSPAU

Michel Malenfant, directeur, DSTNO

Michelle Dionne, directrice, DPJ

**Mandataires:**

Christiane Motard, adjointe au directeur, DSTNO

Suzanne Young, APPR, CPAC, DSPAU

**Membres du comité:**

Carole Bédard, réviseure, DPJ

Hélène Bourret, intervenante ressources, DRSI

Nancy Bussière, chef de service enfance, DSTSE

Michèle Caron, DRH (formation) (jusqu'en décembre 2008)

Alain Dalpé, adjoint, DSREA

Lise Durocher, sexologue et APPR, CPAC, DSPAU

Anne-Marie Fournier, chef de service ressources, DRSI (à partir de février 2009)

Marie-Noëlle Gagnon, CSCS, DSPAU (jusqu'en décembre 2008)

Marjerie Lacroix, intervenante ressources, DRSI (à partir de février 2009)

Nathalie Lamothe, chef de service É/O, équipe abus sexuel et abus physique, DPJ

Nathalie Mainville, chef de service enfance, DSTNO

Catherine Odermatt, CSCS, DSPAU (à partir de février 2009)

Nancy Ste-Croix, conseillère-cadre aux affaires universitaires, DSPAU

**Comité de lecture:**

Marc Tourigny, professeur, Université de Sherbrooke

Chantal Lavergne, chercheure, CJM-IU

Équipe Évaluation-Orientation en abus sexuel, CJM-IU

Isabelle Beaulieu, sexologue et conseillère, Les Centres jeunesse de Lanaudière

Centre d'expertise Marie-Vincent

Certains membres du Regroupement des personnes relais « sexe », CJM-IU: Valérie Allain, Véronique Bélisle, Marie-Eve Émard,

Vanessa Legault, Mélanie Rioux, Jimmy Rémillard, Benoit St-Jean

# Table des matières

Remerciements.....	VI
Introduction .....	1
But et objectifs du guide .....	3

## **PARTIE 1**

### L'intervention éducative en matière de sexualité

1. L'intervention éducative.....	5
1.1 Pourquoi une intervention éducative?.....	5
1.2 Principes directeurs du CJM-IU en matière de sexualité .....	7
1.3 Valeurs affirmées à transmettre et l'accompagnement .....	8
1.4 Rôles de chacun.....	10
1.5 Attitudes à privilégier .....	12
1.6 Développement psychosexuel de l'enfant .....	14
1.7 Outil à privilégier : « Haut les voiles ! » : Programme d'éducation à la sexualité destiné aux enfants en difficulté de 6 à 12 ans .....	20
1.8 Accompagnement dans les milieux de vie .....	22

## **PARTIE 1**

### Les abus sexuels

1. La problématique des abus sexuels.....	23
1.1 Définition des abus sexuels.....	23
1.2 Formes d'abus .....	25
1.3 Quelques données sur les abus sexuels .....	26
1.4 Facteurs de risque et de protection.....	27
1.5 Pistes d'observations en vue du dépistage des abus sexuels.....	30
1.6 Conséquences: réactions et séquelles.....	33
1.7 Sexualité, abus sexuel et communautés culturelles .....	38
1.8 Mythes et réalités .....	40
1.9 Pourquoi les abus sexuels ne sont pas toujours dévoilés ou sont difficiles à dévoiler? .....	43
1.10 Conditions préalables à l'abus sexuel .....	44
1.11 Valeurs et principes d'intervention.....	45

2.	L'intervention en abus sexuel et dans les situations de risques d'abus .....	<b>48</b>
2.1	Aperçu de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuel, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique .....	<b>48</b>
2.2	Obligation de signaler et la Loi sur la protection de la jeunesse ....	<b>49</b>
2.3	Notion de consentement pour les enfants de 12 ans et plus .....	<b>50</b>
2.4	Évaluation et identification des besoins.....	<b>52</b>
2.5	Généralités sur l'intervention spécialisée et le traitement spécialisé.....	<b>55</b>
2.6	Intervention spécialisée de l'intervenant psychosocial et de réadaptation par le CJM-IU .....	<b>57</b>
2.7	Traitement spécialisé.....	<b>64</b>

## **PARTIE 3** | Les comportements sexuels problématiques

1.	Généralités.....	<b>67</b>
1.1	Définition des comportements sexuels problématiques.....	<b>70</b>
1.2	Incidence et prévalence des comportements sexuels problématiques .....	<b>71</b>
1.3	Facteurs de risque et de protection.....	<b>71</b>
2.	Une classification des comportements sexuels.....	<b>73</b>
2.1	Exploration sexuelle saine .....	<b>75</b>
2.2	Comportements sexuels réactifs .....	<b>76</b>
2.3	Comportements sexuels mutuels .....	<b>78</b>
2.4	Comportements sexuels agressifs.....	<b>79</b>
2.5	Évaluation et identification des besoins.....	<b>83</b>
3.	L'intervention spécialisée de l'intervenant psychosocial et de réadaptation .....	<b>85</b>
3.1	Transmission de valeurs en lien avec la sexualité.....	<b>86</b>
3.2	Aider l'enfant à adopter des comportements alternatifs .....	<b>86</b>
3.3	Supervision et encadrement de l'enfant.....	<b>87</b>
3.4	Développer des habiletés sociales .....	<b>88</b>
3.5	Référence et collaboration avec les services de traitement spécialisé .....	<b>88</b>

4. Le traitement spécialisé au Centre d'expertise Marie-Vincent.....	<b>89</b>
Conclusion .....	<b>90</b>
ANNEXE 1	
Tableau synthèse du développement global des enfants .....	<b>91</b>
ANNEXE 2	
État de stress post-traumatique .....	<b>92</b>
ANNEXE 3	
Partenaires .....	<b>94</b>
Références bibliographiques.....	<b>101</b>

## Remerciements

---

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes ayant participé à cette démarche, pour leur engagement, leur professionnalisme et leurs commentaires constructifs.

Nous remercions tout particulièrement madame Isabelle Beaulieu pour sa contribution à la rédaction, entre autres de la partie 3 sur les comportements sexuels problématiques et madame Carole Bédard pour sa contribution à l'ensemble de la démarche et à la rédaction du document.

# Introduction

---

Les abus sexuels existent depuis le début des temps et demeurent l'un des interdits universels à ne pas transgresser. Autrefois, les gestes d'abus sexuel étaient très peu reconnus, notamment l'abus intrafamilial. Aujourd'hui, cette forme d'agression contre la personne est de plus en plus reconnue comme socialement inacceptable et criminelle. Il a fallu le courage de plusieurs personnes victimes pour témoigner de leurs expériences et obliger divers cliniciens et chercheurs à s'attarder à cette problématique qui engendre de graves conséquences pour le développement et le bien-être de ces personnes. Un dévoilement d'abus sexuel vient ébranler fortement la victime et son entourage pouvant même provoquer l'éclatement du système familial.

Bien qu'un travail énorme a été accompli par plusieurs professionnels pour venir en aide aux personnes victimes, il importe de poursuivre les efforts afin de répondre adéquatement aux différents besoins de toutes les personnes concernées autant de l'enfant victime, du parent non-abuseur, de la fratrie que du parent abuseur ou de l'agresseur.

Il n'est pas toujours facile d'intervenir en lien avec cette problématique puisqu'elle touche à nos croyances, nos valeurs, notre éducation, nos propres expériences de vie et que la sexualité est un sujet plutôt délicat. L'abus sexuel demeure un sujet encore trop souvent tabou et amène de nombreux préjugés. Aider les personnes victimes d'abus sexuel et leur entourage ou encore traiter les agresseurs sexuels posent des défis importants qui commandent un travail de collaboration entre divers professionnels de différents réseaux (intervenants, policiers, intervenants judiciaires, intervenants communautaires, thérapeutes, etc.) pour offrir les services d'aide et de protection nécessaires. L'application de l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique* permet entre autres ce travail de concertation.

À cet effet, ce guide permettra d'assurer une compréhension commune non seulement de la problématique de l'abus sexuel, mais également de cette entente et des rôles et responsabilités attendus de chacun des partenaires, notamment la contribution des intervenants de notre établissement œuvrant auprès des enfants.

D'autre part, ce guide traitera d'une autre problématique très préoccupante en lien avec la sexualité qui suscite beaucoup d'incompréhension et d'impuissance chez un bon nombre d'intervenants, soit les « comportements sexuels problématiques ». Bien que la plupart

des enfants présentent des comportements sexuels communs pour leur âge, et ce, à titre d'exploration sexuelle normale, certains autres manifestent des comportements sexualisés peu appropriés et parfois même graves. Les comportements sexuels problématiques sont davantage observés chez les enfants en besoin de protection, issus de contextes familiaux dysfonctionnels en raison de plusieurs facteurs de risque.

Il nous apparaît essentiel de traiter d'abord de l'intervention éducative en matière de sexualité en première partie de ce document. En effet, cette intervention au niveau de la sexualité s'avère essentielle pour favoriser un développement psychosexuel harmonieux chez tous les jeunes référés au centre jeunesse et encore plus particulièrement auprès de ceux qui sont touchés par une problématique d'abus sexuel ou de comportements sexuels problématiques.

Nous espérons que les repères et les pistes d'intervention proposés dans ce guide permettront à l'intervenant d'offrir aux enfants et leur famille un accompagnement en matière d'éducation à la sexualité favorisant le développement d'une sexualité saine, d'agir rapidement et le plus adéquatement possible pour protéger les enfants, atténuer les conséquences néfastes de l'abus sexuel et enfin, prévenir l'adoption de comportements sexuels problématiques ou en limiter l'aggravation.

Pour de plus amples informations, nous vous suggérons de vous référer au document de l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) qui constitue notre cadre de référence :

③ *Le Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants* (ACJQ, 2000).

D'autres documents nous ont grandement été utiles pour l'élaboration de ce guide :

③ *Le Guide d'intervention médicosociale. Les agressions sexuelles : Stop* (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2001).

③ *Grandir en paix, sans crainte ni coups. Programme d'intervention en violence familiale, Module 3 : Abus sexuels* (Centre jeunesse de la Montérégie, 2007).

③ Le contenu de formation sur les abus sexuels élaboré par madame Carole Bédard, réviseure (Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire [CJM-IU], 1991).

③ *Le Module 203, Abus sexuels : évaluation et orientation* (Programme National de Formation [PNF], 2008).

- ④ Le *Guide de réflexion et d'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention* (CJM-IU, 2001).
- ④ « *Haut les voiles!* » : *Programme d'éducation à la sexualité destiné aux enfants en difficulté de 6 à 12 ans* (Les Centres jeunesse de Lanaudière, 2007).

## But et objectifs du guide

Le guide de soutien à la pratique a pour but d'offrir aux intervenants un outil pratique à partir duquel ils pourront facilement retrouver des repères pour mieux comprendre la problématique d'abus sexuel ainsi que celle liée aux comportements sexuels problématiques et pour les guider dans les interventions à déployer auprès des enfants âgés de 0 à 11 ans, touchés par ces problématiques et leur entourage.





# L'intervention éducative en matière de sexualité

## Partie 1

### 1. L'intervention éducative

*La sexualité est une des composantes importantes du développement.*

Cette partie permet d'expliquer l'importance et la nécessité de l'intervention éducative en matière de sexualité auprès des enfants en difficulté et de bien situer le développement dit « normal » de la sexualité chez l'enfant.

Les principes directeurs du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), tels que présentés dans le *Guide de réflexion et d'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention*, seront repris dans cette section ainsi que les valeurs à transmettre, les rôles de chacun, les attitudes à privilégier et le développement psychosexuel de l'enfant. Quelques éléments du programme « Haut les voiles! » et quelques repères sur l'accompagnement dans les milieux de vie seront présentés.

#### 1.1 Pourquoi une intervention éducative ?

Dans la société actuelle, les enfants sont envahis d'une multitude de messages, de conduites et de modèles liés à la sexualité qui sont de plus en plus confus et dont certains sont même teintés de violence. La plupart des enfants peuvent compter sur leurs parents pour recevoir une éducation sexuelle qui leur permettra de décoder ces messages et développer malgré tout une vision saine et positive de la sexualité.

*L'éducation sexuelle de l'enfant ne se limite pas à la dimension de la génitalité. Au contraire, elle vise le développement harmonieux de l'enfant face à lui-même, aux autres et à ses relations avec les autres.*

Dans ce contexte, l'intervention éducative en matière d'éducation sexuelle permet ainsi d'aider les enfants à mieux se comprendre, se réaliser et s'affirmer comme garçon ou comme fille.

« L'éducation sexuelle est conçue comme un service d'accompagnement de l'enfant: affirmation de son identité sexuée et sexuelle, apprentissage de sa féminité ou de sa masculinité, démarche d'autonomie et de responsabilisation, capacité de relations avec autrui et quête de valeurs qui orientent ses choix et comportements<sup>1</sup>. »

Le fait d'intégrer la dimension de la sexualité dans l'intervention appuie la vision que nous avons à tenir compte de cette dimension au même titre que les sphères affective, cognitive, familiale et sociale. Les aspects affectifs et relationnels sont d'ailleurs au centre de l'univers de la sexualité tels que l'identité sexuelle, la relation à l'autre, l'épanouissement et le bien-être d'une personne.

*Selon Jenson et al. (2005), la majorité des dévoilements ont été faits suite à des activités de sensibilisation où l'agression sexuelle avait été abordée.*

Les enfants référés en centre jeunesse présentent souvent des fragilités personnelles, des relations parents-enfant problématiques et proviennent pour la plupart de milieux de vie perturbés où il y a peu d'éducation sexuelle de transmise de façon formelle et adéquate. En plus, certaines expériences vécues au sein de leur famille et le manque de frontières sexuelles amènent certains enfants à adopter des comportements sexualisés qui ne sont pas toujours appropriés à leur niveau de développement. Selon plusieurs auteurs, ces facteurs de risque et d'autres tels que la victimisation sexuelle permettent de croire que les enfants en besoin de protection sont plus à risque de manifester des comportements sexuels problématiques (Hoyle, 2000 ; Pithers et Gray, 1998 ; Ryan, 1989 ; Thompson *et al.*, 1994).

En plus d'un nombre significatif d'enfants abusés sexuellement et présentant des comportements sexuels problématiques, d'autres peuvent également vivre des difficultés au plan de leur développement psychosexuel les empêchant de vivre un bien-être en regard de la sexualité et de s'épanouir comme fille et comme garçon.

Ainsi, pour tout enfant quel qu'il soit, l'éducation sexuelle concerne à la fois le bien-être dans l'expression de sa sexualité et la prévention ou l'aggravation de problèmes liés à la sexualité. Il est d'ailleurs reconnu que l'éducation à la sexualité est un moyen fort pertinent, voire indispensable à toute démarche de prévention ou de traite-

1. J. ROBERT, *Parlez-leur d'amour et de sexualité*, Montréal, Les Éditions de l'Homme, 1999.

ment concernant les abus sexuels et les comportements sexuels problématiques.

## 1.2 Principes directeurs du CJM-IU en matière de sexualité<sup>2</sup>

La sexualité est une des composantes importantes du développement de l'individu, être unique, placé au centre de nos interventions. Le centre jeunesse a la préoccupation d'avoir une approche cohérente et conséquente en matière de sexualité.

Le CJM-IU :

- ☞ Soutient la promotion, l'actualisation et le maintien des interventions en matière de sexualité.
- ☞ Affirme que chacun des intervenants, de par son rôle, est appelé à favoriser le plus possible le développement psychosexuel harmonieux, de façon formelle ou informelle.
- ☞ Affirme que, suite à l'évaluation des besoins, des moyens concrets sont prévus au plan d'intervention (PII, PIFA, PIRI, PSI). Ce qui ne limite en rien les interventions pertinentes faites au quotidien.
- ☞ Affirme que, peu importe le milieu de vie du jeune (famille naturelle, famille d'accueil, foyer de groupe, unité de réadaptation, etc.), les intervenants ont à se préoccuper de son vécu sexuel dans leur accompagnement. L'objectif, l'intensité et le contenu de cet accompagnement se définiront entre autres, à partir de l'implication des parents et des adultes qui entourent l'enfant.
- ☞ Soutient les intervenants dans leur démarche visant à fournir un accompagnement de qualité en encourageant notamment la formation et le soutien en matière de sexualité.
- ☞ Travaille en partenariat avec les différentes ressources du milieu, en ce qui a trait à l'éducation et à la santé sexuelle.

2. L. DUROCHER et S. YOUNG, *Guide de réflexion et d'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention*, Montréal, CJM-IU, 2001, p. 14.

### 1.3 Valeurs affirmées à transmettre et l'accompagnement<sup>3</sup>

*Les jeunes, les parents et les intervenants eux-mêmes peuvent avoir fait des choix différents au niveau des valeurs, mais il apparaît important que l'intervenant se situe en fonction des besoins de la clientèle.*

Tout en respectant les valeurs de chacun, il est important que l'intervenant se situe d'abord par rapport aux siennes, mais qu'il se réfère également à un choix de valeurs précisées par l'établissement, lorsqu'il est question d'éducation sexuelle.

« Sans valeurs, l'éducation sexuelle se transforme soit en conformisme social, soit en simple transmission de connaissances à propos de la sexualité, c'est-à-dire en information sexuelle<sup>4</sup>. »

Voici les principales valeurs à prôner lorsque nous intervenons auprès des enfants en difficulté. Ces valeurs nous semblent importantes afin de développer une philosophie d'intervention commune en matière de sexualité. Elles sauront également alimenter votre réflexion et orienter vos interventions.

- ⑤ **Amour.** L'amour englobe l'amour de soi, de son corps, l'attachement, la tendresse et l'affectivité : appréciation de ses qualités et de celles des autres, source d'épanouissement physique et spirituel.



« Le lourd passé de certains enfants fait malheureusement en sorte qu'ils éprouvent de la difficulté à s'attacher, à comprendre la signification et l'importance qu'ils donnent à l'amour et aux marques d'affection<sup>5</sup>. »

*La démonstration d'affection par les caresses physiques doit être dosée en fonction de l'âge, du développement, des besoins et des réactions de l'enfant (besoin de sécurité, de distance, de développer de nouveaux intérêts, etc.).*

- ⑤ **Responsabilisation.** Cela implique le respect des engagements, de la prise en charge petit à petit de sa destinée (selon ses possibilités et expériences antérieures), la responsabilité des conséquences à ses gestes en leur apprenant d'abord les conséquences possibles de certains comportements.

3. *Ibid.*

4. M.-P. DESAULNIERS, « La place des valeurs en éducation sexuelle », *Apprentissage et socialisation*, vol. 11, n° 1. 1998, p. 39-46.

5. C. TREMBLAY *et al.*, « Haut les voiles ! » : *Programme d'éducation à la sexualité destiné aux enfants en difficulté de 6 à 12 ans, Guide de formation destiné aux éducateurs et aux psychoéducateurs*, Québec, Les Centres jeunesse de Lanaudière. 2007, p. 19.

**Attention**

Les messages de l'adulte porteront davantage s'ils se reflètent dans ses attitudes.

« Cette valeur est essentielle, puisqu'elle permettra à l'enfant devenu adolescent d'adopter des comportements responsables et sécuritaires lors de ses expériences sexuelles pour éviter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) ou une grossesse non désirée<sup>6</sup>. »

- ⑤ **Épanouissement de la personne.** L'épanouissement personnel englobe le bien-être et le mieux-être de soi et de l'autre en tant qu'être sexué, l'affirmation et l'expression de soi, le sens du plaisir, l'appréciation de la beauté et de la fragilité de l'être humain.

**Attention**

« Cette valeur est essentielle chez les enfants en difficulté, car plusieurs sont dévalorisés ou carencés et nous devons les aider à intégrer des valeurs qui pourront favoriser leur épanouissement psychosexuel<sup>7</sup>. »

- ⑤ **Respect de soi et des autres.** Cela signifie l'honnêteté, le respect de son intégrité et de celle des autres, l'égalité des sexes, le respect de l'intimité, le respect du cheminement de l'autre, le respect des différences physiques, ethnoculturelles, religieuses et de l'orientation sexuelle. C'est aussi le respect de la liberté des choix basés sur des décisions éclairées.

**Attention**

« Cette valeur est essentielle en raison des difficultés liées à l'établissement des frontières personnelles chez les enfants en difficulté et du manque d'estime de soi. Elle se situe au cœur de la prévention des agressions sexuelles<sup>8</sup>. »

6. *Ibid.*, p. 19.

7. *Ibid.*, p. 19.

8. *Ibid.*, p. 19.

Le défi de la démarche d'accompagnement est de proposer des valeurs plutôt que de les imposer. Les intervenants peuvent<sup>9</sup> :

**Servir de modèle d'identification** donnant le goût aux enfants de vivre une sexualité teintée de respect et d'attitudes saines et encourager les parents à accompagner leur enfant dans ce sens.

**Accompagner l'enfant selon son âge et ses possibilités ainsi que ses parents** à découvrir, à choisir et à vivre des valeurs qui favorisent l'épanouissement psychosexuel. L'adulte peut contribuer à l'amélioration de l'estime de soi de l'enfant en tant qu'être sexué en se permettant des remarques attentionnées et appropriées à son égard, en affirmant ses malaises, en apprenant à l'enfant à dire non aux gestes et paroles qui rendent mal à l'aise, en frappant à la porte avant d'entrer dans la chambre de l'enfant, etc.

À travers une multitude de simples petits gestes au quotidien, le parent de même que l'intervenant ont maintes occasions de transmettre des valeurs positives aux enfants et ainsi contribuer à promouvoir une éducation sexuelle de qualité.

## 1.4 Rôles de chacun<sup>10</sup>

*Une bonne connaissance du développement, un souci d'être à l'écoute, le « gros bon sens » et quelques repères permettent de mieux accompagner les jeunes.*

Une démarche en matière d'éducation sexuelle doit nécessairement s'inscrire dans un contexte plus global d'intervention et c'est dès le début de l'enfance qu'il importe d'amener l'enfant à réfléchir sur certaines notions liées à la sexualité et de prévenir des situations plus difficiles dans l'expression de sa sexualité. Il va sans dire qu'une telle démarche exige l'apport de tous les acteurs concernés : l'enfant, les parents, les parents d'accueil, les intervenants et les partenaires.

### L'enfant

L'acteur principal au centre de la démarche d'éducation à la sexualité est bien entendu l'enfant lui-même, premier touché par les changements qu'il vit comme garçon ou comme fille et les interrogations et préoccupations soulevées par son développement psychosexuel et ses expériences de vie.

Selon son âge, ses capacités, ses expériences, ses besoins, il lui appartient, en étant accompagné, de faire en sorte que sa sexualité soit une source de bien-être puisqu'elle est d'abord une relation à soi-même. Il accepte le soutien et l'aide nécessaires pour assurer

9. L. DUROCHER et S. YOUNG, *Op. Cit.*, p. 17-18.

10. *Ibid.*, p. 18 à 21.

son développement vers l'autonomie et un mieux-être comme fille ou comme garçon.

### Les parents

Ils sont les premiers responsables de l'éducation sexuelle de leur enfant. Ils accompagnent leur enfant avec la préoccupation de son intérêt et de ses droits et en tenant compte de ses besoins, de son âge, de sa santé, de son caractère, de son milieu familial et des autres aspects de la situation. Ils s'assurent que leur enfant a les moyens de se développer le plus harmonieusement possible et s'ouvrent à toute réflexion pouvant améliorer leur façon d'exercer leur rôle de parents en matière d'éducation à la sexualité.

Lorsque plusieurs personnes contribuent à l'éducation sexuelle, les parents doivent s'assurer d'une complémentarité de l'accompagnement et d'une cohérence au niveau des messages. Lorsque les parents ne peuvent ou ne s'acquittent pas de cette responsabilité pour différentes raisons, ils peuvent demander de l'aide ou être accompagnés pour y parvenir. À la limite, l'intervenant pourra intervenir directement auprès de l'enfant.

Lorsque l'enfant est hébergé en dehors de sa famille, les parents doivent s'assurer que l'enfant reçoive une éducation sexuelle et ils doivent savoir ce qui se fait comme accompagnement auprès de leur enfant pour poursuivre l'éducation sexuelle à la maison lorsque la situation le permet.

### La famille d'accueil ou les personnes qui tiennent lieu de parents

Tout comme les parents, ces personnes doivent offrir à l'enfant un accompagnement qui favorisera son épanouissement en tant que fille ou garçon, et ce, dès le plus jeune âge. Ces personnes peuvent être supportées par les intervenants pour mieux assumer ce rôle.

### Les intervenants cliniques

Le rôle de l'intervenant est d'aider et d'outiller les parents, de les guider, de les supporter, de recadrer leurs valeurs et leur accompagnement auprès de l'enfant et au besoin de les référer à une intervention plus spécialisée.

Son intervention doit permettre de décoder aussi les demandes non explicites de l'enfant. Il doit tenter de détecter la présence de difficultés au plan du comportement sexuel. Il doit supporter l'enfant en intégrant un caractère préventif à son action curative.

## Les partenaires

L'éducation sexuelle ne doit pas reposer uniquement sur un seul intervenant. Elle doit devenir la responsabilité de tous les intervenants du centre jeunesse et des partenaires qui ont à collaborer ensemble pour le mieux-être de l'enfant à l'égard de l'éducation à la sexualité. Chacun a la responsabilité d'assurer la communication et la coordination entre les différents acteurs afin d'assurer la cohérence dans les messages transmis et la pertinence des actions posées.

Enfin, bien que nous convenions tous que les parents sont les premiers éducateurs de leur enfant, il faut se rappeler que chaque adulte significatif présent dans l'entourage de l'enfant joue un rôle concernant son éducation sexuelle et par conséquent, celle-ci devient la responsabilité d'un ensemble d'acteurs.

## 1.5 Attitudes à privilégier

*Pour que la démarche d'éducation sexuelle ait un sens pour l'enfant, on doit connaître ses besoins, ses attentes, ses préoccupations, ses questionnements et le guider dans son désir d'apprendre, plutôt que de lui imposer des contenus.*

Notre éducation, nos préjugés, nos valeurs, notre personnalité, nos interactions avec l'enfant façonnent notre façon d'aborder la sexualité. Il ne suffit pas d'avoir de bons outils, il faut aussi avoir développé des attitudes qui favoriseront le mieux-être de l'enfant face à la sexualité. En fait, la force d'une démarche d'éducation à la sexualité repose principalement sur la qualité de l'attitude éducative des adultes.

③ **Perception positive de la sexualité.** Présenter une vision positive de la sexualité humaine : aspect de la vie qui est stimulant, épanouissant et en constante évolution. L'intervenant reconnaît l'enfant et l'amène à se reconnaître comme une belle personne en tant que fille ou garçon. Il parle de sensations, d'émotions, de sentiments plutôt qu'uniquement d'aspects techniques reliés par exemple à la maladie ou aux dangers.

### Pour votre réflexion !

- Quel bilan puis-je faire de l'éducation sexuelle que j'ai reçue ?
- Quelles sont mes compétences pour guider le jeune et ses parents dans la clarification de leurs valeurs par rapport à la sexualité ?

11. Vous pouvez vous référer à L. DUROCHER et S. YOUNG, *Op. Cit.*, pour avoir un outil de réflexion plus complet.

🌀 **Aisance et honnêteté.** Être capable d'identifier ses propres limites, parler de ses malaises et partager ceux-ci avec d'autres professionnels. L'intervenant est honnête, franc et simple dans la façon d'aborder les sujets liés à la sexualité. Il se permet de prendre ouvertement position dans les situations qui vont à l'encontre de l'épanouissement de l'enfant.

#### Pour votre réflexion !

- Suis-je à l'aise intellectuellement et affectivement pour parler de sexualité de façon explicite ?
- Suis-je capable de faire la part des choses entre mon vécu et celui de la clientèle ?
- Suis-je conscient de l'influence et du pouvoir de mes valeurs dans mes interventions ?

🌀 **Disponibilité et ouverture.** Considérer la réalité parfois troublante des enfants sans tout associer à leur vécu difficile. Ils sont encore des enfants ayant des besoins affectifs et sexuels reliés à leur âge. Accepter l'imprévisibilité des questions et commentaires des enfants même si ceux-ci peuvent parfois être embarrassants pour l'intervenant. Il suffit de nommer son malaise ou son ignorance et donner suite.

#### Pour votre réflexion !

- Quels sont les événements qui me préoccupent ou me bouleversent et suis-je capable d'en parler à des collègues ?
- Quelles sont ma perception et ma compréhension de certains comportements sexuels des enfants : est-ce des réactions normales liées à leur âge, des stratégies d'adaptation ou encore des gestes irresponsables ou déviants ?

🌀 **Respect de l'intimité.** Promouvoir les limites, les frontières en regard de l'intimité personnelle et les appliquer pour soi et pour les autres. Traiter avec respect les confidences des enfants et des parents et éviter de divulguer celles inutiles cliniquement.

#### Pour votre réflexion !

- Est-ce que je reconnais le droit au respect et à l'intimité des jeunes et de leurs parents ?
- Suis-je au clair avec les frontières que je dois établir en regard de ma situation personnelle et celle de la clientèle ?

- ⑤ **Croire au potentiel de la personne.** Bien évaluer le potentiel, utiliser les forces et les compétences des enfants et de leurs parents. Chercher à comprendre les enjeux en fonction de l'histoire de l'individu, saisir le sens de certains comportements. Tenir compte des limites des enfants ainsi que de leurs parents et s'assurer de respecter le niveau de développement de l'enfant. Éviter de se maintenir dans une vision défaitiste de la clientèle.

#### Pour votre réflexion !

- Suis-je en mesure d'identifier, de reconnaître et d'utiliser les forces de l'enfant et des parents ?
- Ai-je identifié mes idées préconçues ou mes propres préjugés face au potentiel de l'enfant, des parents et puis-je les questionner ?

Bref, les attitudes personnelles et professionnelles de l'intervenant se traduisent par sa façon d'être avec le jeune et son milieu et ont une grande influence sur le déroulement d'une intervention. Des attitudes inspirées d'une approche humaniste dont le respect du développement psychosexuel de l'enfant aide à une intégration plus harmonieuse de la dimension sexuelle.

## 1.6 Développement psychosexuel de l'enfant

À tout âge, l'enfant aura besoin d'être sécurisé, valorisé et informé. Les adultes l'entourant devront être sensibles aux effets des changements qui s'opèrent chez lui, tant au niveau physique, cognitif, qu'émotionnel. Bien que nous présentions brièvement dans cette partie le développement sexuel, il est important de considérer l'ensemble des sphères de développement pour bien accompagner l'enfant pour favoriser son épanouissement comme personne entière. À cet effet, vous trouverez en annexe quelques repères sur le développement global de l'enfant.

Il faut se rappeler que chaque enfant évolue à son rythme de développement, ce qui influence entre autres l'acquisition de ses habiletés. Cependant, il est utile de connaître les différentes séquences du développement psychosexuel afin de suivre l'évolution de l'enfant et d'assurer une réponse adéquate à ses besoins. Pour chacun des stades de développement, quelques compétences attendues des parents seront présentées, celles-ci peuvent être utiles dans l'accompagnement auprès des parents.

## De la naissance à 18 mois<sup>12</sup>

*L'enfant a besoin d'être cajolé, touché, d'avoir un environnement stimulant et des repères stables par les routines de vie.*

Les contacts physiques lui procurent du plaisir et sont réconfortants. Il explore son environnement par les lèvres, la langue et la bouche. Cette zone demeurera une zone de plaisir et d'érotisme à l'âge adulte.

- ☺ Il suce ses doigts, ses orteils.
- ☺ Il aime toucher les objets texturés.
- ☺ Il explore les parties de son corps, dont ses organes génitaux.
- ☺ Le toucher ou l'effleurement de la région génitale peut susciter des réactions (érection, lubrification vaginale) qui sont des « réflexes sexuels ».

## De 19 à 36 mois<sup>13</sup>

*Renforcer l'estime de soi liée au fait d'être une fille ou un garçon.*

L'apprentissage à la propreté est l'occasion pour l'enfant de porter davantage attention à ses organes génitaux. L'apparition du langage permet à l'enfant de nommer toutes les parties de son corps. Si l'adulte n'insiste pas ou n'évite pas de parler des organes sexuels, l'enfant construit peu à peu une identité globale et complète. Il prend conscience que les filles et les garçons sont faits différemment.

- ☺ Il aime se mettre nu, se montrer nu ou refuser de se vêtir.
- ☺ Il explore les différents orifices de son corps en y insérant des objets.
- ☺ Il va prendre plaisir à nommer les parties de corps, dont les fesses, etc.
- ☺ Il pourra avoir des réactions sexuelles en touchant à ses organes génitaux.

## Compétences attendues chez les parents d'enfant de la naissance à 3 ans<sup>14</sup>

- ☺ Prendre, étreindre, chatouiller et caresser l'enfant.
- ☺ Montrer des marques physiques d'affection envers les membres de la famille.

12. Inspiré de: L. DUROCHER et S. YOUNG, *Op. Cit.*, p. 28.

13. *Ibid.*, p. 28.

14. ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSES DU QUÉBEC (ACJQ), Plan National de formation (PNF), *Module 203: Abus sexuels: évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008.

### De 3 à 5 ans<sup>15</sup>

*Sans culpabiliser, sans tout permettre, trouver un juste milieu et démontrer qu'il y a des limites, c'est-à-dire favoriser un contexte d'intimité pour les expériences sexuelles.*

Il pose des questions sur la conception, la grossesse, l'accouchement et sa naissance. Il prend conscience de son identité sexuelle ; il est un garçon, il est une fille et l'apprécie. Il découvre les attentes liées aux rôles masculins et féminins. Il aime afficher sa différence. L'enfant commence à vivre des expériences de socialisation. Les jeux sexuels seront accrus. Vers l'âge de 5 ans, on observe des comportements de séduction. Il prend conscience de l'existence d'une relation affective d'un ordre particulier entre les adultes. Certains enfants pourront conceptualiser les relations sexuelles. La majorité des enfants ne posent pas de questions sur les relations sexuelles à moins qu'un enfant plus âgé ne lui en ait parlé ou qu'il ait été témoin de relations sexuelles. Même après une explication d'une relation sexuelle, la plupart des enfants sont incapables de comprendre que le pénis possède deux fonctions et pensent que l'homme urine dans la femme. Certains enfants sont troublés ou abasourdis par cette information.

- ③ Il aime regarder le corps des autres, jouer à des jeux de rôle qui intègrent des activités sexuelles de façon souvent spontanée (comportement non planifié) : se déshabiller, se monter nu, jouer au docteur, simuler des relations sexuelles avec des objets.
- ③ Il manifeste une plus grande curiosité lorsque les autres font leur toilette et s'habillent.
- ③ Il va jouer avec ses organes génitaux en privé ou en public. Il prend conscience de la sensibilité de ses organes génitaux en les touchant. Il se masturbe consciemment afin d'éprouver du plaisir.
- ③ La fille va aimer se faire « belle », avoir des comportements séducteurs : donner des becs, s'asseoir tout près d'un adulte, mettre les vêtements de sa mère, se maquiller, etc.
- ③ L'enfant pose des questions, il est curieux. Pourquoi un enfant a un pénis, l'autre pas. Il peut comparer les organes génitaux de son père ou de sa mère. Tenter de regarder à la dérobée. Il pose des questions sur la miction, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, les relations sexuelles et la conception.
- ③ Il fait des jeux de mots sur les parties du corps et leurs fonctions.

15. L. DUROCHER et S. YOUNG, *Op. Cit.*, p. 28 et ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008.

Compétences attendues chez les parents d'enfant de 3 à 5 ans<sup>16</sup>

Aborder calmement, de façon claire et constructive, le droit de dire non aux « baisers obligés », aux « tripotages », aux tiraillements avec des plus vieux qui collent, aux promesses, cadeaux, privilèges en échange d'une caresse, etc.

Amener l'enfant à faire le lien entre les comportements sexuels et les sentiments amoureux.

- ④ Être disponible et répondre aux interrogations de l'enfant sur les parties du corps, la miction, la grossesse, l'accouchement et les relations sexuelles, et ce, en termes concrets et simples. Le parent devrait se limiter à l'information demandée par l'enfant.
- ④ Apprendre à l'enfant que s'habiller, aller à la salle de bains et prendre son bain sont des comportements faits en privé.
- ④ Reconnaître que la stimulation des organes génitaux donne du plaisir; établir des limites à la masturbation de l'enfant en redirigeant son comportement lorsqu'il affecte ses autres activités. Le parent doit également dire à l'enfant que la masturbation se pratique en privé.
- ④ Apprendre à l'enfant à reconnaître les touchers inappropriés: lui apprendre que son corps lui appartient, qu'il ne doit pas toucher les parties intimes de quiconque, qu'il doit apprendre à refuser des touchers inappropriés de la part d'autres enfants ou d'autres adultes, que les autres enfants ont aussi droit de refuser des attouchements de sa part et qu'il devrait informer un adulte si quiconque le touche d'une façon qui lui déplaît.

De 6 à 9 ans<sup>17</sup>

Message à transmettre à l'enfant qui expérimente des jeux sexuels: « Les gestes que tu poses actuellement sont des comportements que tu auras plus tard quand tu seras amoureux de quelqu'un. »

Il devient de plus en plus curieux à l'égard des fonctions sexuelles (conception, grossesse et naissance, etc.). L'enfant accumule de plus en plus d'informations sur ces sujets et sur les rapports entre les femmes et les hommes. Son sentiment d'identité<sup>18</sup> sexuelle est défini et reste constant. Il s'intéresse à la sexualité adulte. Au début de cette période, les jeux sexuels peuvent continuer d'être l'expression de son besoin d'exploration. Cependant, il intègre peu à peu les interdits et a le désir de se conformer aux normes sociales. Selon l'énergie sexuelle de l'enfant, sa personnalité, sa curiosité, son environnement familial, celui-ci portera plus ou moins d'intérêt à la sexualité. C'est l'étape les filles avec les filles, les garçons avec les garçons. Vers 6 ans, l'enfant présente une certaine pudeur, il a besoin d'intimité. Entre 7 et 9 ans, il est plus discret sur les élans affectueux.

16. *Ibid.*

17. L. DUROCHER et S. YOUNG, *Op. Cit.*, p. 29 et ACJQ, Plan National de formation (PNF), Module 20317: Abus sexuels: évaluation et orientation, Montréal, ACJQ, 2008.

18. L'identité sexuelle, c'est le sentiment d'appartenance au sexe masculin ou féminin. Elle consiste généralement à développer une image de soi conforme à son sexe anatomique.

- ⑤ L'enfant manifeste un intérêt accru pour les rôles masculin et féminin. Il expérimente les rôles sociaux par le jeu (jouer à l'école, au magasin, au papa et à la maman, etc.).
- ⑤ Il pose des questions sur la grossesse, la naissance, les relations sexuelles.
- ⑤ Il apprend ce que sont les menstruations, l'éjaculation nocturne involontaire, le sperme.
- ⑤ Il prend part à des jeux compétitifs portant sur la sexualité et la miction, tels que le concours du plus long jet d'urine, le strip-poker, le jeu de vérité et conséquence, le déshabillage complet comme condition d'admission dans un club.
- ⑤ Même si certains enfants se masturbent souvent, ils pensent qu'ils sont les seuls à le faire.
- ⑤ Il peut paraître ambivalent face aux comportements sexuels des adultes, tantôt fasciné puis embarrassé par ce qu'il voit. Il peut vivre un malaise devant la nudité ou les références à la sexualité.
- ⑤ Il peut être dégoûté par la sexualité.
- ⑤ Il peut manifester un besoin d'intimité.
- ⑤ Il parle de sexualité avec des amis du même sexe.
- ⑤ Il trouve drôles les blagues « salées » sans toujours les comprendre.
- ⑤ Il peut utiliser un langage vulgaire dont il ne comprend pas toujours le sens.
- ⑤ Certains ont des activités de type exploratoire avec des enfants du même sexe.
- ⑤ Il participe à des attouchements interactifs (caresses, baisers prolongés; reproduire une relation sexuelle sans pénétration et sans se déshabiller).

#### Compétences attendues chez les parents d'enfant de 6 à 9 ans<sup>19</sup>

- ⑤ Fournir l'information précise au sujet des relations sexuelles et de la conception.
- ⑤ Établir des limites aux jeux sexuels.
- ⑤ Fournir de l'information exacte et non sexiste sur les rôles de la femme et de l'homme, des relations hommes-femmes ainsi que les rôles masculin et féminin dans le monde adulte.

19. ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSES DU QUÉBEC (ACJQ), Plan National de formation (PNF), *Module 203: Abus sexuels: évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008.

- ④ Être des modèles au niveau de l'intimité affective entre les hommes et les femmes.
- ④ Respecter l'intimité de l'enfant.
- ④ Apprendre à l'enfant que les gens doivent adopter des comportements sexuels responsables.

### De 10 à 12 ans<sup>20</sup>

Il s'interroge sur la sexualité adulte. Certaines transformations sont plus apparentes : transformations physiques, attitudes de rébellion, de critique, émotivité et intérêt pour les deux sexes. Il découvre les aspects mécaniques et affectifs de la sexualité adulte. Les expériences de masturbation prennent plus de place. Il commence à comprendre comment se comporter envers les membres de l'autre sexe, il y a un éveil progressif de l'attrait sexuel.

- ④ L'enfant peut montrer des signes de puberté.
- ④ Il rit et parle des changements physiques qu'il observe.
- ④ Il éprouve souvent des sentiments mitigés à l'égard des changements qui s'opèrent dans son corps et s'inquiète de son développement trop lent ou trop rapide. Il est parfois fier et tantôt préoccupé ou gêné par les changements physiques.
- ④ Il se concentre sur le développement de son corps et se compare à ses pairs du même sexe.
- ④ Il lit sur la sexualité avec beaucoup d'intérêt.
- ④ Il regarde avec grand intérêt le corps des autres.
- ④ Il se masturbe discrètement.
- ④ Certains enfants commencent à avoir des fantasmes érotiques ou romantiques.
- ④ Il commence à engager des rapports avec le sexe opposé : flirter, se tenir la main, s'embrasser, passer du temps ensemble.
- ④ Il fait l'expérience d'exploration mutuelle avec des pairs à peu près du même âge.
- ④ Il a des érections à la suite de stimulation érotique et non érotique.

20. L. DUROCHER et S. YOUNG, *Op. Cit.*, p. 29 et ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008.

### Compétences attendues chez les parents d'enfant de 10 à 12 ans<sup>21</sup>

- ④ Prévoir des activités mixtes supervisées (récréatives, parascolaires ou religieuses).
- ④ Expliquer la responsabilité inhérente à l'engagement dans une relation.
- ④ Enseigner à l'enfant la responsabilité liée au comportement sexuel (prévention des infections transmissibles sexuellement [ITS], du Sida, de la grossesse) en intégrant les aspects positifs de la sexualité pour ainsi éviter de présenter la sexualité qu'en termes de maladies, de dangers ou de difficulté.
- ④ Donner aux enfants les moyens de pouvoir vivre une sexualité saine en les rassurant, en leur donnant l'occasion de parler de leurs questionnements, de leurs craintes, etc.
- ④ Donner l'exemple d'une relation responsable entre adultes qui s'aiment.

## 1.7 Outil à privilégier : « Haut les voiles ! » : Programme d'éducation à la sexualité destiné aux enfants en difficulté de 6 à 12 ans<sup>22</sup>

Se référer aux personnes relais « sexo » du CJM-IU pour plus d'informations.

Une démarche d'éducation sexuelle ne se limite pas au fait de répondre aux questions spontanées des enfants ou encore de réagir uniquement lorsque des situations sexuelles sont vécues, mais doit faire également appel à une intervention structurée et de qualité.

L'utilisation d'un programme d'éducation sexuelle conçu pour les enfants en difficulté est un moyen efficace d'assurer la qualité des interventions. Un programme d'éducation sexuelle permet notamment de livrer des messages clairs et non ambigus, qui tiennent compte à la fois de l'âge de l'enfant, de son développement psychosexuel et de ses besoins.

Pour soutenir l'intervenant dans son rôle d'éducateur à la sexualité, nous recommandons le programme d'éducation à la sexualité « Haut les voiles ! » destiné aux enfants en difficulté de 6 à 12 ans. Ce programme développé par les Centres jeunesse de Lanaudière peut être offert dans le cadre d'une animation de groupe ou d'un accompagnement individuel.

21. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008.

22. C. TREMBLAY *et al.*, *Op. Cit.*, p. 57-59.



Il est important d'être attentif aux réactions de chacun des enfants pendant et après l'animation afin de les utiliser cliniquement.

L'intervention en matière de sexualité offerte dans le cadre de ce programme accompagne l'enfant dans son développement. Elle permet à l'enfant de :

- ③ Se situer face à ses apprentissages antérieurs concernant la sexualité.
- ③ Se situer face à ses nouveaux apprentissages concernant la sexualité.
- ③ Concilier l'acquisition de savoirs et de savoir être relativement à la sexualité.

De plus, cette activité aide à prévenir l'adoption de comportements sexuels problématiques chez les enfants et leur permet également de mieux se protéger des agressions sexuelles.

Les activités du programme relatives à chaque thème ont été conçues en fonction de trois groupes d'âge, soit pour les enfants âgés de 6 à 8 ans, de 9 à 10 ans et de 11 à 12 ans. Le programme comporte 8 rencontres pour les enfants âgés de 6 à 8 ans, 11 rencontres pour les enfants âgés de 9 à 10 ans et 13 rencontres pour les enfants âgés de 11 à 12 ans.

Les thèmes abordés sont : les organes génitaux, la puberté, la conception, la grossesse, la naissance, l'image corporelle, l'éveil amoureux et sexuel, l'orientation sexuelle, les relations égalitaires, les frontières personnelles et sexuelles, les relations sexuelles, la sexualité responsable et la prévention des abus sexuels. Ces thèmes sont abordés en fonction du groupe d'âge des enfants.

L'approche de la pédagogie interactive a été privilégiée. Cette approche pédagogique centrée sur l'enfant est basée sur les interactions entre l'enfant, l'animateur et l'environnement. Il est à noter qu'une formation de trois jours est offerte aux intervenants avant l'implantation du programme.

## 1.8 Accompagnement dans les milieux de vie<sup>23</sup>

Les intervenants sont appelés à intervenir dans différents milieux de vie : famille naturelle, famille d'accueil spécifique, famille d'accueil régulière, foyer de groupe, unité de réadaptation, etc. Peu importe le milieu de vie, une certaine démarche avec les parents ou les personnes significatives pour l'enfant devient nécessaire pour que chacun se préoccupe du développement psychosexuel de l'enfant et puisse intégrer la dimension de la sexualité dans ses interventions éducatives.

Pour ce faire, voici quelques pistes d'accompagnement :

- ③ Avoir une démarche de réflexion sur les valeurs de chacun.
- ③ Préciser les valeurs à privilégier et les façons de les transmettre au quotidien.
- ③ Élaborer des règles de vie qui s'appuient sur ces valeurs.
- ③ Donner un sens aux pratiques éducatives.
- ③ Utiliser de façon éducative les situations telles qu'elles se présentent pour discuter de ce qui est considéré « normal » et de ce qui est sain.
- ③ Profiter de toute occasion pour transmettre des valeurs à l'enfant et pour échanger sur celles-ci avec les parents et autres personnes significatives.
- ③ Adapter les règles de vie en fonction des besoins et des capacités de chacun.
- ③ Adapter les règles de vie en fonction du contexte d'intervention et des normes sociales.
- ③ Viser des « zones de compromis » et des « zones de confort » puisque chacun a ses propres valeurs, d'où la nécessité de prendre le temps d'échanger pour arriver à un certain consensus.

23. L. DUROCHER et S. YOUNG, *Op. Cit.*

## 1. La problématique des abus sexuels

Cette partie présentera, dans un premier temps, les connaissances actuelles au niveau de la problématique des abus sexuels. Dans un deuxième temps, des pistes d'intervention sont proposées.

Afin de mieux différencier la contribution des différents partenaires dans l'intervention, nous utiliserons les concepts d'**intervention spécialisée** et de **traitement spécialisé**. L'intervention spécialisée concerne l'intervention dispensée au CJM-IU par les intervenants psychosociaux et de réadaptation tandis que le traitement spécialisé est dispensé par des partenaires ayant développé une expertise en matière d'abus sexuel. Le Centre d'expertise Marie-Vincent est d'ailleurs un partenaire privilégié pour la dispensation des services à la clientèle.

### 1.1 Définition des abus sexuels

*Viol, infractions sexuelles, contacts sexuels, inceste, prostitution, pornographie juvénile sont en lien avec les définitions d'abus sexuel et d'agression sexuelle.*

Le manuel de référence sur la protection de la jeunesse (1998) définit l'abus sexuel 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 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<sup>1</sup>. »

Bien que nous retenions la définition ci-haut, nous considérons aussi la définition suivante sur l'agression sexuelle, car elle offre des repères plus concrets.

Le document *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* (2001) définit l'agression sexuelle comme suit :

« 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, et à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne<sup>2</sup>. »

Par ailleurs, d'un point de vue légal, l'article 38D de la Loi sur la protection de la jeunesse stipule que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abus sexuel. On entend par abus sexuel :

- « 1. Lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation.
2. Lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation<sup>3</sup>. »

Bien que le fait d'encourir un risque sérieux de subir des abus sexuels ne soit pas formellement une forme d'abus sexuel, la loi

---

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, Québec, MSSS, 1998, p. 385  
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec, MSSS, 2001, p.22.  
3. QUÉBEC. *Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1, art. 38d, à jour au 12 janvier 2010*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, c2007.

l'inclut lorsqu'il y a une forte probabilité que l'enfant subisse un abus sexuel.

« Les abus sexuels sont des gestes d'ordre sexuel inappropriés parce qu'ils sont imposés à un individu qui ne possède ni le développement affectif, ni la maturité, ni les connaissances nécessaires pour réagir adéquatement et librement à l'égard de tels gestes<sup>4</sup>. »

Les situations suivantes<sup>5</sup> constituent des situations à **risque élevé d'abus sexuel** parce que l'enfant est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique :

- ③ sollicitation verbale;
- ③ climat de promiscuité sexuelle;
- ③ parent qui refuse ou ne prend pas les moyens de protéger son enfant qui est à risque d'abus par des tiers abuseurs. Par exemple : présence d'un nouveau conjoint pédophile laissé seul dans un milieu familial en présence d'enfants, présence fréquente de l'enfant auprès d'une personne ayant déjà été condamnée pour abus sexuels.

## 1.2 Formes d'abus<sup>6</sup>

*Très souvent l'abuseur est connu et généralement, il n'y a pas de traces de violence apparentes.*

- ③ Baisers à caractère sexuel.
- ③ Attouchements sexuels et caresses : seins, cuisses, fesses, organes génitaux, anus.
- ③ Masturbation de la victime par l'agresseur et vice-versa.
- ③ Contact oral-génital : fellation (intromission du pénis de l'agresseur dans la bouche de la victime ou du pénis de la victime dans la bouche de l'agresseur), cunnilingus (contact avec la bouche des organes génitaux féminins).
- ③ Pénétration ou tentative de pénétration vaginale ou anale, par le pénis, les doigts ou des objets.

4. ACJQ, *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*, Montréal, ACJQ, 2000, p. 15.

5. Centre jeunesse de la Montérégie, *Grandir en paix, sans crainte ni coups. Programme d'intervention en violence familiale*. Longueuil, Centre jeunesse de la Montérégie, 2007, p. 139.

6. Centre jeunesse de la Montérégie, *Ibid.* et J.-S. RYCUS et R.-C. HUGHES, *Guide terrain pour le bien-être des enfants*, tome 1, Montréal, Éditions Sciences et culture, 2005, p. 182.

- ③ Frotteurisme, frottement des organes génitaux contre les fesses, les cuisses, l'abdomen, la vulve, l'anus, etc.
- ③ Participation à des scènes à visée érotique pour l'obtention de gains financiers, prostitution, films pornographiques, images sur le net, etc.
- ③ Exhibitionnisme/voyeurisme.
- ③ Harcèlement sexuel.
- ③ Sollicitation.
- ③ Propos sexuels.
- ③ Incitation à la bestialité.
- ③ Activités sexuelles non consenties.
- ③ Abus sexuels poursuivis au sein de rituels à l'intérieur d'un gang de rue ou d'une secte.

#### Types d'agresseurs<sup>7</sup>

- ③ Inceste : père, mère, grands-parents, fratrie (frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, enfants adoptés, enfants d'une famille reconstituée).
- ③ Autre abus sexuel intrafamilial : parent de famille reconstituée, parent d'une famille d'accueil, famille élargie (ex. : oncle, etc.).
- ③ Abus sexuel par un tiers ou abus extrafamilial : personne en autorité (professeur, professionnel, entraîneur, etc.), ami ou amie de la famille, gardien(ne), voisin(e), connaissance, personne inconnue, gang de rue, secte, etc.

### 1.3 Quelques données sur les abus sexuels

- ③ Un adulte québécois sur 6 (16 %) rapporte avoir vécu de la violence sexuelle durant son enfance (entre 0 et 18 ans)<sup>8</sup>.
- ③ Une étude effectuée auprès des adolescents québécois révèle que 18,6 % des filles et 3,3 % des garçons ont vécu des situations de violence sexuelle<sup>9</sup>.

7. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Guide d'intervention médicosociale. Les agressions sexuelles : Stop*, 2<sup>e</sup> partie : généralités, Agression sexuelle, Québec, MSSS, 2001, p. 7.

8. Site Internet de la Fondation Marie-Vincent, [En ligne], [www.marie-vincent.org](http://www.marie-vincent.org)

9. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008.

- ⊗ 25 % des viols et entre 40 % et 50 % des agressions commises sur les enfants le sont par des adolescents<sup>10</sup>.

Au CJM-IU, le rapport annuel 2008-2009 indique :

- ⊗ Que les abus sexuels représentent 11 % (407 cas) des signalements retenus, et de ce nombre, 248 cas sont retenus en fonction du motif présumé et 159 cas le sont en vertu d'un risque sérieux.
- ⊗ Que les signalements retenus (à RTS) pour les 0-5 ans représentent 9,5 %, les 6-11 ans, 12,1 % et les 12-17 ans, 11,6 %.



Pour diverses raisons, l'incidence des signalements ne rend pas réellement compte de l'ampleur du phénomène puisque la plupart des agressions sexuelles ne sont pas dénoncées aux autorités. Les cas confirmés, c'est-à-dire ceux portés à l'intention des professionnels, le sont dans moins de 30 % des cas seulement<sup>11</sup>.

## 1.4 Facteurs de risque et de protection

*L'abus sexuel n'implique pas forcément la présence d'un trouble mental démontrable.*

*L'abus sexuel n'est ni impulsif ni accidentel. Il s'agit d'un comportement compulsif, répétitif et planifié.*

Les intervenants doivent connaître les facteurs de risque les plus significatifs et être à l'écoute des différents indices comportementaux, symptômes et signes physiques pour améliorer le dépistage des abus sexuels et les prévenir. Par ailleurs, les indices d'abus sexuels peuvent aussi être observés par rapport à d'autres problématiques. Il faut donc qualifier ces indices.

Selon Tourigny (1991)<sup>12</sup>, un facteur de risque est défini comme étant un événement, une situation, un état, un contexte qui, de par sa présence et en juxtaposition avec d'autres facteurs de risque, peut augmenter les probabilités d'une situation possible d'abus sexuel. En voici les plus significatifs selon la communauté scientifique.

10. *Ibid.*, p. 86.

11. *Ibid.*, p. 20.

12. TOURIGNY, M. (1991), « Rapport concernant la littérature scientifique sur l'incidence, les facteurs de risque et les programmes de prévention des abus sexuels envers les enfants », dans *Ibid.*, p.29

### Facteurs de risque reliés aux abus sexuels<sup>13</sup>

- ⑤ Le sexe de la victime : Les filles sont plus souvent victimes que les garçons (75 à 80 %). Toutefois, les abus chez les garçons seraient sous-rapportés.
- ⑤ L'âge de la victime : Le groupe le plus à risque serait les 7 à 13 ans. Toutefois, les abus chez les moins de 7 ans seraient sous-estimés car plus difficiles à prouver.
- ⑤ Le lien avec l'abuseur : L'abuseur est connu dans 70 % des cas. Les filles sont davantage abusées par un membre de la famille, tandis que les garçons le sont davantage par un tiers.
- ⑤ Le sexe de l'abuseur : La très grande majorité des agresseurs sont des hommes. 90 % des abus sont commis par des hommes. Toutefois, il est possible que le taux d'abus par les femmes soit sous-estimé.
- ⑤ L'environnement familial : Le type d'environnement familial est le facteur de risque le plus souvent associé à l'abus (Filkelhor, 1994); séparation de longue durée d'avec un des parents, faible compétence parentale, violence psychologique, violence physique, faible disponibilité des parents, haut niveau de conflit, abus de substances, problèmes de santé mentale chez les parents, relation parent-enfant pauvre, manque de supervision de l'enfant, etc.
- ⑤ La présence d'un père adoptif ou d'un ami de la mère<sup>14</sup>.
- ⑤ Des antécédents d'abus chez les parents : Les parents qui ont été victimes d'abus physiques, de négligence, de mauvais traitements psychologiques ou d'abus sexuel sont beaucoup plus à risque d'abuser sexuellement un enfant.
- ⑤ La personnalité, les connaissances et les compétences sociales de l'enfant : Une personnalité passive, une faible estime de soi, une dépendance affective, une incapacité à percevoir la différence entre des touchers affectueux et des touchers sexuels-agressifs, une peur de contrarier une personne en autorité qui fait des avances sexuelles, une incapacité de générer des solutions de défense, que ce soit sur le plan cognitif ou sur celui des compétences sociales.

13. J. WRIGHT *et al.*, « L'abus sexuel à l'endroit des enfants », dans E. HABIMANA *et al.* (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative*, Gaëtan Morin Éditeur, 1999 et ACJQ, Plan National de formation (PNF), Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation, Montréal, ACJQ, 2008, p. 29.

14. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008, p.29.

- ⊗ Une attirance sexuelle déviante pour les enfants: L'individu présente des fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements impliquant un enfant.
- ⊗ La pauvreté, le chômage, les classes sociales...<sup>15</sup>: Entre autres, 65 % à 80 % des enfants victimes suivis en centre jeunesse vivent dans des familles à faible revenu (Wright *et al.*, 2000)<sup>16</sup>.

### Facteurs de protection reliés aux abus sexuels

Les facteurs de protection sont un ensemble de caractéristiques qui augmente les probabilités que l'enfant soit protégé contre les abus et les mauvais traitements en général<sup>17</sup>.

#### Facteurs individuels

- ⊗ Être un adolescent (13 à 17 ans), parce qu'il est moins vulnérable.
- ⊗ Être sociable, de bonne humeur, être optimiste, avoir une bonne estime de soi, avoir des habiletés intellectuelles, avoir un bon rendement scolaire, avoir des compétences sociales.
- ⊗ Avoir reçu une éducation sexuelle saine et adaptée.

#### Facteurs familiaux

- ⊗ Être une famille biparentale biologique.
- ⊗ Présenter une qualité dans la relation parents-enfant; climat harmonieux, soutien aux enfants, relation d'attachement, modèles d'adultes adéquats, etc.
- ⊗ Avoir une qualité de communication dans la famille.
- ⊗ Avoir des règles, des frontières bien établies.
- ⊗ Reconnaître et traiter les situations antérieures de maltraitance et d'abus.

#### Facteurs environnementaux et communautaires

- ⊗ Avoir un réseau d'amis et d'adultes dans l'entourage.
- ⊗ Participer à des activités de loisir.
- ⊗ Utiliser les ressources du quartier: services, activités collectives, groupes de soutien, d'entraide, etc.
- ⊗ Avoir un faible taux de tolérance à la violence dans la société.

15. *Ibid.*, p. 29.

16. *Ibid.*, p. 21.

17. Centre jeunesse de la Montérégie, *Op. Cit.*, p. 143.

## 1.5 Pistes d'observations en vue du dépistage des abus sexuels<sup>18</sup>

*L'indice le plus révélateur est somme toute le dévoilement.*

Les enfants peuvent utiliser différentes façons pour faire connaître leur situation aux adultes. Il faut être à l'écoute d'indices comportementaux, de symptômes et de signes physiques. Par ailleurs, des indices en lien avec les éléments de l'histoire des parents, la dynamique familiale, les compétences parentales, les interactions de la famille avec l'environnement sont aussi des pistes d'observation importantes.

L'intervenant qui ne veut pas voir ne verra pas; celui ou celle qui doute trop ne peut dépister.



- La plupart des indices ne sont ni très sensibles ni très spécifiques.
- Certains indices sont plus importants que d'autres.
- Le cumul d'indices est important.
- Parfois, il n'y a pas d'indices ou encore ceux-ci ne sont pas apparents au premier abord.

*Il est important d'aller chercher de l'aide et d'objectiver ses propres malaises comme intervenant avec un tiers.*

### Éléments de l'histoire des parents

- ⊗ Passé familial où l'abus sexuel était présent.
- ⊗ Parent abuseur : manque de contrôle interne, besoin de contrôler, de manipuler, narcissisme, égocentrisme, insécurité psychosexuelle, comportement sexuel déviant, incapacité d'établir des relations significatives avec les adultes, mode de fonctionnement rigide, dysfonctionnel, dépendance aux substances (alcool, drogue).
- ⊗ Parent non-abuseur : négation de l'abus, colère contre l'agresseur ou rejet de l'enfant, dépendance, carence affective, victime d'abus sexuel, difficulté à s'affirmer, difficultés conjugales (relations sexuelles inexistantes ou insatisfaisantes).
- ⊗ Violence conjugale, négligence.
- ⊗ Stress : endettement, séparation, etc.
- ⊗ Promiscuité des lieux physiques.
- ⊗ Etc.

18. S. YOUNG, *Du plus petit au plus grand! Outil de soutien à l'observation et à l'accompagnement des enfants de 0 à 18 ans*, Montréal, CJM-IU, 2004; MSSS. *Op. Cit.*; Centre jeunesse de la Montérégie, *Op. Cit.*

## Dynamique de la famille

- ⊗ Cycle intergénérationnel d'abus (physique, psychologique, sexuel) et de victimisation.
- ⊗ Inversion des rôles.
- ⊗ Communication absente ou déficitaire.
- ⊗ Équilibre du système familial dysfonctionnel est maintenu par le secret ; sentiment d'allégeance.
- ⊗ Lacunes reliées à l'éducation sexuelle.
- ⊗ Etc.

## Compétences parentales

- ⊗ Surveillance inadéquate. Absence physique et psychologique du parent non-abuseur.
- ⊗ Difficulté à faire respecter les frontières : respect de soi, de son corps, de celui de l'autre.
- ⊗ Difficulté à accompagner l'enfant dans une démarche d'éducation sexuelle.
- ⊗ Difficulté à favoriser des rapports égalitaires, des relations harmonieuses.
- ⊗ Difficulté à assumer un rôle de parent.
- ⊗ Etc.

## Caractéristiques et développement de l'enfant<sup>19</sup>

- ⊗ Signes physiques : désordres gastro-intestinaux, difficulté à marcher ou s'asseoir, douleur, inflammation ou saignement des parties génitales, douleurs excrétoires, présence de sang dans l'urine ou les excréments, présence d'une ITS, présence d'une grossesse, peur excessive de subir un examen des organes génitaux ou sans gêne excessive, etc.
- ⊗ Symptômes post-traumatiques<sup>20</sup> (dépression, anxiété, dissociation, oubli ou confusion de choses évidentes, terreur, méfiance, difficulté à réguler les émotions, plaintes somatiques, etc.).
- ⊗ Automutilation.
- ⊗ Comportements sexuels problématiques<sup>21</sup>.
- ⊗ Refus de se dévêtir ou exhibition.

*Souvent les indices s'observent à partir des séquelles de l'abus sexuel.*

*Même si l'examen médical est normal, on ne peut conclure avec certitude qu'il n'y a pas eu d'abus sexuel.*

19. J.-S. RYCUS et R.-C. HUGHES, *Op. Cit.*, p. 190-192 et I. IASENZA, *Guide de soutien à la pratique en abus physique*, Montréal, CJM-IU, 2008.

20. Voir annexe sur les symptômes post-traumatiques.

21. Voir section sur les comportements sexuels problématiques, p. 67.

- ⊗ Refus de côtoyer certaines personnes.
- ⊗ Comportements régressifs (parle en bébé, énurésie, encoprésie, se balance, s'accroche aux adultes, etc.).
- ⊗ Troubles du sommeil, de l'alimentation.
- ⊗ Endormissement à l'école.
- ⊗ Faible estime de soi, culpabilité, sentiment d'impuissance, isolement, etc.
- ⊗ Problème de réactivité sensorielle: hyposensibilité ou hypersensibilité (au froid et à la chaleur, au bruit, au toucher, à la lumière, etc.).
- ⊗ Apparence physique négligée, porte plusieurs épaisseurs de vêtements, cache des vêtements souillés ou habillement sexualisé.
- ⊗ Chute du rendement scolaire, difficulté à se concentrer.
- ⊗ Crainte des contacts physiques.
- ⊗ Peur du noir, de l'école, d'aller dehors, de rentrer à la maison, d'être laissé seul.
- ⊗ Etc.

#### **Interactions famille/environnement**

- ⊗ Isolement.
- ⊗ Imperméabilité à l'influence de l'extérieur.
- ⊗ Etc.

## 1.6 Conséquences : réactions et séquelles

Bien que les différentes études identifient une liste de séquelles suite à un abus sexuel et à plus long terme, il faut savoir que :

- ③ Chaque enfant réagit différemment à l'abus sexuel, aucun ne présente le même type ni la même intensité de perturbation. Les symptômes varient grandement (de totalement asymptomatiques à de sévères difficultés d'adaptation).
- ③ Certains enfants sont asymptomatiques. Le pourcentage varie de 15 % à 45 % selon les différentes études.
- ③ Les séquelles associées à l'abus sexuel sont assez similaires à celles associées à d'autres formes d'abus ou de négligence à l'exception des comportements sexuels problématiques et des symptômes de stress post-traumatique plus répandus chez les victimes d'abus sexuels.
- ③ La variation des séquelles est liée à de multiples facteurs : l'âge au moment de l'abus, le sexe de la victime, le type d'abus, l'identité de l'abuseur, son sexe, sa proximité relationnelle avec la victime, la présence ou non d'abuseurs multiples, la présence ou non de violence, le nombre, la fréquence et la durée de l'abus.

### Les réactions initiales de l'enfant suite au dévoilement<sup>22</sup>

*La perception qu'a l'enfant du support qu'il reçoit et la qualité du climat familial (expression affective des parents, cohésion familiale, conflits, violence familiale) prédisent davantage la manifestation de séquelles<sup>23</sup>.*

Elles sont généralement immédiates, prévisibles et limitées dans le temps :

- ③ Perte d'appétit, insomnie dans les semaines qui suivent l'abus.
- ③ Pleurs.
- ③ Peurs.
- ③ Cauchemars.
- ③ Méfiance.
- ③ Problèmes de comportements dont problèmes de comportements sexualisés.

Ces réactions peuvent entraîner des dysfonctionnements temporaires (si plus d'un mois, état de stress post-traumatique).

22. MSSS, *Guide d'intervention médicosociale, Les agressions sexuelles Stop, 2<sup>e</sup> partie : généralités, agressions sexuelles*, 2001, p. 15-16.

23. M. HÉBERT *et al.*, *Synthèse de la revue de littérature « Les interventions offertes aux enfants victimes d'agression sexuelle : identification des pratiques exemplaires »*, Montréal, CJM-IU, 2007. (Extrait du rapport du mandat 4.7 du CJM-IU adopté le 11 décembre 2007.)

## Les réactions initiales du parent non-abuseur suite au dévoilement

La majorité des mères (87 % dans l'étude de Wright *et al.*, 1997) croit en la véracité des faits rapportés par leur enfant, et à court terme, 75 % d'entre elles entreprennent des démarches concrètes contre l'abuseur (Wright *et al.*, 1997)<sup>24</sup>. Certains parents pourraient présenter les réactions suivantes :

- ☹ Hostilité envers l'abuseur.
- ☹ Doute ou parfois hostilité envers l'enfant.
- ☹ Dénî.
- ☹ Détresse psychologique ; dépression, anxiété, sentiment d'échec, etc.

## Nature du traumatisme<sup>25</sup>

Selon Finkelhor et Browne (1985), quatre sources de traumatismes sont associées à l'abus sexuel.

**La sexualisation traumatique.** Plusieurs victimes associent des souvenirs bouleversants aux activités sexuelles qui ont pour effet de développer une image de soi sexualisée chez l'enfant.

Conséquences :

Hypersexualisation, comportement séducteur envers les adultes, comportements sexuels répétitifs, comportement sexuel précoce, agirs sexuels sur d'autres enfants, pudeur anormale, crainte des contacts physiques, confusion par rapport à l'identité sexuelle, crainte d'une grossesse, haut risque d'être agressé de nouveau, craintes excessives face aux futures relations sexuelles, etc.

**Le sentiment d'être trahi.** À partir du moment où l'enfant découvre que la personne en qui il avait confiance lui a causé du tort (manipulation, mensonge), il se sent trahi. Cette expérience atteindra sa capacité à faire confiance et à se faire confiance.

Conséquences :

Réaction dépressive, évitement des relations intimes, grande dépendance, vulnérabilité à l'abus, incapacité à protéger leurs

*Le dévoilement d'un abus sexuel survenu plusieurs mois ou plusieurs années auparavant risque de provoquer les mêmes réactions à court terme que le dévoilement d'un abus récent.*

24. J. WRIGHT, J. BOUCHER, J.-Y. FRAPPIER, T. LEBEAU, T. et S. SABOURIN. The incidence of child sexual abuse in Quebec, conférence présenté à la 4th International Family Violence Research Conference, Durham, NH : University of the New Hampshire, 1997, dans ACJQ, *Op. Cit.*, p. 38.

25. D. FINKELHOR et A. BROWNE, « The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization », *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541, 1985, dans *Ibid*, p. 33-34.

enfants plus tard, colère, hostilité, irritabilité, comportements antisociaux.

**L'impuissance.** Lorsque la volonté, les désirs et les perceptions de compétence personnelle sont violés, l'enfant se sent coincé, pris au piège et incapable d'éviter les situations abusives et il développe une prédisposition à la victimisation.

Conséquences :

Peurs, cauchemars, anxiété, phobies, hypervigilance, problèmes somatiques, désespoir, automutilation, idéations ou tentatives de suicide, problèmes d'adaptation, problèmes d'apprentissage, besoin de contrôler, de dominer, etc.

**La stigmatisation.** Cette forme de traumatisme est associée aux remarques ou aux connotations négatives communiquées à l'enfant qui suscitent la gêne, la culpabilité et le sentiment d'être inadéquat et façonnent insidieusement une pitoyable image de soi. Ces effets peuvent aussi bien être produits par l'abuseur ou par les réactions des autorités lors d'un dévoilement d'abus sexuel.

Conséquences :

Sentiment d'être isolé, inadéquat, différent, crainte du rejet, honte, culpabilité, faible estime de soi, comportements autodestructeurs, alliance à des groupes marginaux.

### Les séquelles de l'abus sexuel

Lorsque différents types d'abus sont combinés, l'effet à long terme est encore plus dévastateur. Comme il est souvent difficile d'identifier les séquelles propres à l'abus sexuel, il faut donc **demeurer alerte dans nos observations et prudents dans nos hypothèses.**

Selon les études, **l'effet le plus remarqué et le plus spécifique est l'adoption d'un comportement sexualisé chez la victime et des symptômes de stress post-traumatique.**



À cet effet, nous avons consacré une section complète aux comportements sexuels problématiques.

En somme, les études démontrent que les enfants abusés sexuellement connaissent plus de problèmes physiques et psychologiques que ceux qui n'ont pas été soumis à cette forme de mauvais traitements.



Bien que plusieurs enfants abusés ne présentent pas de symptômes, l'évaluation des séquelles doit s'effectuer tout au long du processus d'intervention. Les séquelles sont parfois très évidentes, mais parfois elles apparaissent plus tard.

### Tableau des séquelles possibles de l'abus sexuel

Les tableaux<sup>26</sup> sur les séquelles possibles de l'abus sexuel sont donnés à titre indicatif pour guider l'observation de l'enfant victime selon son groupe d'âge et ainsi déterminer les interventions spécifiques requises pour traiter ces séquelles. À noter, les séquelles proposées pour l'abus sexuel peuvent aussi se présenter chez des enfants ayant subi d'autres types de mauvais traitements ou parfois même, chez des enfants n'ayant pas vécu de mauvais traitements.

**Tableau 1** Séquelles possibles de l'abus sexuel par groupe d'âge

Nourrissons			
Développement physique	Développement cognitif/neuropsychologique	Développement psychoaffectif	Développement social
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lésions ou traumatismes à la bouche, aux organes génitaux, lésions infectieuses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Retard au plan du développement sensori-moteur</li> <li>➤ Trouble de l'alimentation (ex. : refus de s'alimenter ou besoin insatiable de manger)</li> <li>➤ Trouble du sommeil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfant qui pleure peu ou pleure excessivement</li> <li>➤ Apathie marquée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Développement de l'attachement compromis</li> <li>➤ Évitement du regard</li> </ul>

### Enfants d'âge préscolaire et scolaire

Les symptômes des enfants d'âge préscolaire et scolaire sont souvent de nature similaire. Cependant, à l'âge scolaire, les symptômes sont souvent plus apparents et dérangeants.

26. Ces tableaux ont été élaborés à partir d'observations cliniques et de données provenant de I. IASENZA, *Programme en abus physique. Volet 0-11 ans*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2008.

Enfants d'âge préscolaire et scolaire			
Développement physique	Développement cognitif/ neuropsychologique	Développement psychoaffectif	Développement social
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lésions ou traumatismes à la bouche, aux organes génitaux, lésions infectieuses</li> <li>➤ Hyposensibilité ou hypersensibilité sensorielle</li> <li>➤ Présence de ITSS</li> <li>➤ Besoin d'exciter le corps</li> <li>➤ Blessure physique fréquente</li> <li>➤ Apparence physique négligée ou surinvestie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Régression au niveau du développement langagier, mais moins importante que chez les enfants négligés</li> <li>➤ Déficits dans le fonctionnement cognitif général chez les enfants négligés et abusés</li> <li>➤ Régression dans l'apprentissage de la propreté</li> <li>➤ Trouble du sommeil (cauchemars, réveils fréquents), endormissement en classe</li> <li>➤ Non-disponibilité aux apprentissages, faible rendement académique et davantage de retards scolaires</li> <li>➤ Distorsion cognitive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Problèmes internalisés (dépression, anxiété, peur, phobies et somatisation, etc.)</li> <li>➤ Problèmes externalisés (colère, crises, agressivité, agitation, irritabilité)</li> <li>➤ Comportements sexualisés, image de soi sexualisée</li> <li>➤ Comportements régressifs</li> <li>➤ Symptômes post-traumatiques</li> <li>➤ Retrait/mutisme</li> <li>➤ Difficulté dans la gestion des émotions</li> <li>➤ Hypervigilance</li> <li>➤ Dissociation (absences, déconnecté des émotions, écart entre le discours et les réactions observées, etc.)</li> <li>➤ Développement déficitaire de la symbolisation (capacité d'imaginer, jouer, faire semblant)</li> <li>➤ Immaturité affective</li> <li>➤ Difficulté à se faire confiance et à faire confiance à l'autre</li> <li>➤ Compromission au niveau du développement de l'identité</li> <li>➤ Représentations négatives de soi, de la sexualité</li> <li>➤ Idéation du parent abuseur ou peur et agressivité vs abuseur</li> <li>➤ Recherche support du parent non-abuseur ou colère à son égard</li> <li>➤ Attitudes ou comportements de victimisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Problèmes d'obéissance aux adultes ou attitude de soumission</li> <li>➤ Comportements exagérés : soumission/ surconformisme ou opposition/agression</li> <li>➤ Manque d'habiletés sociales avec les pairs (agressivité, retrait, séduction, etc.)</li> <li>➤ Rejet par les pairs</li> <li>➤ Peu ou pas coopératif</li> <li>➤ Recherche contacts avec enfants fragiles</li> <li>➤ Comportements à risque</li> </ul>

## 1.7 Sexualité, abus sexuel et communautés culturelles

« Presque tous les groupes culturels ont des valeurs communes concernant la sexualité et l'abus sexuel :

- ☞ La protection de l'enfant.
- ☞ La responsabilité des parents dans l'éducation et la protection de leur enfant.
- ☞ Le rôle des hommes, des femmes et des enfants. »<sup>27</sup>

« Par ailleurs, le rôle des hommes, des femmes et des enfants peut être différent d'une culture à l'autre et même à l'intérieur de la même culture. Certaines cultures maintiennent des valeurs familiales et des traditions qui vont parfois à l'encontre des rapports égalitaires entre les hommes et les femmes : par exemple, l'homme est considéré comme le chef de famille, un membre de la famille joue un rôle de domination, il y a présence de polygamie, etc. Pour eux, cette notion d'inégalité entre les hommes et les femmes est inexistante<sup>28</sup>. »

« Le contenu et les conclusions des valeurs en elles-mêmes peuvent être très différents d'une culture à l'autre<sup>29</sup>. » Parfois, ils ont également d'autres valeurs qui peuvent rendre un enfant vulnérable à un agresseur sexuel et empêcher le dévoilement :

- ☞ Protéger la famille et la communauté de la honte.
- ☞ Ne pas exposer le groupe à une situation embarrassante.
- ☞ Protéger la réputation de l'enfant.

« Ces valeurs créent un dilemme très difficile pour plusieurs parents non-abuseurs ou autres individus qui sont aux prises avec un enfant victime d'abus sexuel<sup>30</sup>. »

Les valeurs, les croyances et les codes de conduite des groupes changent avec le temps, en réponse aux conditions environnementales, aux expériences et à l'augmentation des connaissances.

Souvent les abuseurs invoquent des raisons religieuses, ethniques ou culturelles pour justifier leur comportement abusif. Dans la plupart des cas, cela ne veut pas dire que le groupe religieux, ethnique ou culturel auquel il appartient pardonne et permet l'abus.

27. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008, p.120.

28. L. DUROCHER et S. YOUNG, *Op. Cit.*, p. 92.

29. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008, p.120.

30. *Ibid.*, p. 120.

Tous les membres d'une communauté ethnique ne partagent pas nécessairement la même vision de la sexualité. Pour bien intervenir auprès de ces personnes, il faut tenir compte de la présence des variantes intraculturelles au sein d'une même ethnie, en lien avec les expériences de vie, la religion, le niveau de scolarité, l'éducation, la classe sociale, etc. (Durocher et Stoica, 2009).

Les intervenants peuvent être confrontés à des codes de conduite dans le domaine de la sexualité qui les amènent à se questionner. Il est important de déterminer si ce qui est observé est tout simplement une façon différente de se comporter ou si c'est une pratique qui met l'enfant en danger physiquement ou psychologiquement.

« Afin d'être sensible, outillé et pertinent en regard aux groupes culturels divers, l'intervenant doit :

- ③ Connaître les valeurs, le contexte historique, le code de conduite, les traditions et la façon d'envisager la vie du groupe.
- ③ Comprendre la façon que ces facteurs peuvent affecter la réponse des individus à l'abus sexuel.
- ③ Évaluer le niveau auquel l'individu s'identifie à ces valeurs ethniques, religieuses ou culturelles et au code de conduite de ce groupe.
- ③ Utiliser cette information pour intervenir de façon sensibilisée dans le but de protéger l'enfant. Demeurer respectueux du groupe ethnique, religieux ou culturel auquel appartiennent l'enfant et sa famille. Connaître sa propre culture ainsi que ses valeurs et le code de conduite qui traduit ces valeurs<sup>31</sup>. »

Pour ce faire, l'intervenant doit toujours dans un premier temps consulter une personne familière avec la culture et utiliser son expertise dans l'approche et l'intervention auprès de l'enfant et de sa famille<sup>32</sup>. Au CJM-IU, il est possible et souhaitable de recourir à une consultation interculturelle le plus rapidement possible lorsque nous sommes confrontés à des difficultés particulières avec la clientèle (malaises, réactions, inquiétudes, incompréhension, etc.) afin de bien orienter l'intervention. De plus, le recours à des consultations avec le contentieux peut s'avérer très éclairant dans des situations où des aspects légaux sont en jeu.

31. *Ibid.*, p. 121.

32. *Ibid.*, p. 122.

## 1.8 Mythes et réalités<sup>33</sup>

*Les mythes sur les victimes ont pour but de les rendre responsables de l'événement et de limiter leur liberté d'être et d'agir.*

Plusieurs préjugés et de fausses conceptions sur le comportement des femmes en lien avec les agressions sexuelles sont encore véhiculés dans notre société actuelle. Ces fausses croyances cautionnent les différentes formes d'abus sexuels commis à l'endroit des femmes et des enfants et tentent à blâmer les victimes. Elles servent parfois à justifier ou mettre en doute la réalité des abus sexuels et même banaliser cette forme de violence. Il ne faut surtout pas oublier que les garçons peuvent également être victimes d'abus sexuel et font aussi face à de nombreux préjugés. Il devient donc important de défaire tout mythe et préjugé pouvant justifier ou encourager l'abus sexuel et minimiser ses conséquences. C'est pourquoi nous présentons certains mythes et transmettons la réalité ainsi que certaines informations importantes.

### Mythes à propos des femmes<sup>34</sup>

Mythe:

Il est pratiquement impossible d'agresser une femme non consentante.

Réalité:

Ce mythe impute à la femme la responsabilité d'avoir été agressée, alors que les agresseurs utilisent la violence ou la menace et même dans certains cas, des médicaments ou des drogues pour contraindre leur victime. Plusieurs femmes chercheront à éviter d'être blessées davantage en demeurant passives. Il est donc évident qu'il est possible d'agresser sexuellement une femme non consentante et qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait des marques physiques pour prouver une agression sexuelle.

Mythe:

Les femmes portent de fausses accusations.

Réalité:

Les statistiques démontrent qu'il n'y a pas plus de fausses accusations d'agressions sexuelles qu'il n'y en a pour d'autres crimes. Il s'agit plutôt d'exceptions que de généralités.

Mythe:

Seules les « femmes faciles » sont victimes de violence sexuelle.

*Le plus pernicieux de tous les mythes.*

33. MSSS, *Guide d'intervention médicosociale, Les agressions sexuelles Stop, 2<sup>e</sup> partie : généralités, agressions sexuelles*, 2001, p. 9 à 11.

34. *Ibid.*, p. 9 à 11.

**Réalité :**

Toutes les manifestations de cette soi-disant provocation ne peuvent être interprétées comme une invitation à une agression sexuelle et ne constituent en rien des provocations, que ce soit le fait de faire de l'autostop, de sortir tard le soir, de consommer de l'alcool ou des drogues, de s'habiller d'une manière séduisante, de vouloir établir une relation avec un homme ou d'accompagner un homme à son domicile.

**Mythes à propos des abuseurs**

*Certains abuseurs justifient leurs actes en prétendant avoir voulu faire l'éducation sexuelle de leur enfant.*

*D'autres se justifient en disant que l'enfant est trop jeune pour avoir des souvenirs, donc il ne peut être marqué par l'abus.*

**Mythe :**

Les abus sexuels sont perpétrés par des hommes inconnus de la victime, poussés par des pulsions sexuelles incontrôlables ou par des psychopathes ou sociopathes.

**Réalité :**

L'abus sexuel est un acte de violence et non de sexualité impulsive. Tout adulte est capable de contrôler ses désirs sexuels ou d'avoir des activités sexuelles sans violence ni contrainte. C'est un homme qui connaît souvent sa victime, qui partage sa vie avec un partenaire à qui il exprime sa sexualité. C'est un homme qui semble normal (la plupart du temps). Les abuseurs présentent un taux de récurrence élevé.

**Mythe :**

Les hommes qui agressent de jeunes garçons sont homosexuels.

**Réalité :**

La majorité des hommes qui agressent des garçons sont d'orientation hétérosexuelle.

**Mythes à propos des enfants****Mythe :**

Les victimes doivent détester leur abuseur.

**Réalité :**

Une des grandes difficultés dans l'inceste provient du fait que la victime est coincée entre le sentiment d'avoir été trahie et l'amour qu'elle lui porte.

**Mythe :**

Les enfants qui éprouvent une excitation sexuelle et même un orgasme pendant l'agression sexuelle sont consentants puisqu'ils y ont pris plaisir.

Réalité :

Peu importe la stimulation sexuelle ressentie, elle ne signifie pas que la victime était consentante. L'abuseur utilise d'ailleurs souvent la situation pour dire à l'enfant qu'il a souhaité et aimé les gestes et il l'enferme dans le silence.

Mythe :

Un garçon agressé sexuellement deviendra homosexuel ou a été agressé parce qu'il avait des traits féminins.

Réalité :

L'orientation sexuelle d'une personne est une réalité complexe et aucune théorie ne parvient à expliquer de manière satisfaisante ce qui amène une personne à se définir comme hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle. Cependant, l'expérience sexuelle prématurée et répétée, imposée par un homme, entraîne une confusion dans l'identité et l'orientation sexuelle de l'enfant qui la subit. Certains garçons croient à tort qu'ils attirent les hommes et qu'ils doivent donc être homosexuels. Les abuseurs qui sont attirés par les garçons le sont à cause de caractéristiques du corps d'un enfant (absence de poils et d'attributs sexuels adultes).

Mythe :

Un enfant agressé sexuellement deviendra lui-même une personne qui abuse.

Réalité :

Chez certaines victimes, le risque de devenir un agresseur sexuel constitue une inquiétude (Pauzé et Mercier, 1994). Une portion significative (de 5 à 10 %) des garçons victimes d'abus sexuel, ainsi qu'une portion minime de filles victimes commettent éventuellement des agressions sexuelles (Gil et Johnson, 1993; Friedrich, 1990; Pauzé et Mercier, 1994). La probabilité que la victime devienne agresseur varie selon le sexe (Finkelhor et Browne, 1985) et certains facteurs augmentent le risque: la sévérité des abus vécus, le conditionnement de la réponse sexuelle de la victime, etc.<sup>35</sup>

Mythe :

Un garçon ne peut être abusé parce qu'il est capable de se défendre physiquement.

35. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008, p.120

Réalité :

La force physique n'est pas en cause. L'abuseur arrive à manipuler sa victime pour arriver à ses fins. S'il estime que le jeune peut se défendre physiquement ou s'opposer ou refuser, il utilisera tous les moyens pour agresser : séduction, manipulation, menace, chantage, etc.

## 1.9 Pourquoi les abus sexuels ne sont pas toujours dévoilés ou sont difficiles à dévoiler ?

Il est très difficile pour les victimes de dévoiler un abus sexuel.

- ③ Les victimes sont parfois trop jeunes pour verbaliser ou éprouvent de la difficulté à initier un dialogue.
- ③ Les victimes craignent l'abuseur et ont peur des conséquences (placement, emprisonnement de l'agresseur, séparation des parents).
- ③ Elles ont l'impression d'être les seules personnes à vivre la situation.
- ③ Elles craignent d'être accusées d'avoir consenti aux activités sexuelles ou de les avoir provoquées.
- ③ Elles ont honte, se sentent coupables, responsables de ce qui leur arrive.
- ③ Elles ont peur d'être rejetées, de ne pas être écoutées, ni encouragées et pas crues.
- ③ Elles ont des sentiments confus envers l'abuseur ; elles l'aiment et le détestent à la fois (dans le cas d'abus intrafamilial).
- ③ Elles craignent les procédures judiciaires ou ne croient pas pouvoir obtenir justice.
- ③ Elles craignent de perturber la vie de la famille et des proches, de recevoir des commentaires désobligeants, de décevoir, etc.
- ③ Elles ne sont pas certaines que ce qui se passe est anormal.
- ③ Les garçons craignent d'être identifiés comme homosexuels et comme agresseur potentiel.
- ③ Elles pensent qu'elles n'ont pas vécu d'abus parce qu'elles ont éprouvé du plaisir (orgasme, lubrification, érection, etc.).
- ③ Elles ne savent pas où ni à qui s'adresser.

## 1.10 Conditions préalables à l'abus sexuel

Quatre conditions doivent être présentes pour que l'abus puisse se produire. Saisir ces quatre préalables permet une meilleure compréhension de la problématique qui pourra guider l'intervenant dans son accompagnement auprès de la victime, de l'abuseur et de son entourage.

### Les quatre conditions préalables à l'abus<sup>36</sup>

1. L'abuseur potentiel **doit avoir un désir, une motivation, un besoin d'abuser sexuellement d'un enfant**. Il peut avoir besoin de satisfaire ses propres besoins sexuels, ses besoins d'affection, de domination ou encore vouloir se sentir important, connaissant, admiré, désiré. Les pensées sexuelles déviantes ne suffisent toutefois pas en elles-mêmes à constituer un délit sexuel; il faut également surmonter d'autres obstacles pour contrevenir<sup>37</sup>.
2. L'abuseur potentiel **doit surmonter ses inhibitions internes reliées à sa motivation initiale**. Plusieurs mécanismes peuvent avoir une fonction désinhibitrice tels que: une faible empathie à l'égard de l'enfant, des distorsions cognitives, l'abus de drogue ou la consommation excessive d'alcool. L'abuseur devra abattre les barrières internes érigées contre l'abus pour éviter un problème de conscience<sup>38</sup>.
3. L'abuseur potentiel **doit vaincre des obstacles extérieurs, environnementaux afin de pouvoir commettre l'abus**. Ses stratégies consistent à se rapprocher physiquement et psychologiquement de la victime: pratiquer un métier ou des activités qui le mettent en contact avec des enfants, choisir une conjointe qui a des filles dont l'âge et le profil se rapprochent de ses victimes de choix, rechercher à passer des moments seul avec l'enfant, isoler la famille, etc.
4. L'abuseur potentiel **doit réussir à miner ou à vaincre la résistance de l'enfant à l'abus**. Pour y parvenir, il doit employer une panoplie de stratégies: relation de confiance, manipulation séductrice, conditionnement de la victime à accepter les gestes sexuels, récompenses, menaces psychologiques, violence physique, etc.

36. D. FINKELHOR, *Child sexual abuse* (chap. 5). New York, Free Press, 1984. Traduit par T. LEBEAU dans *Sentiers: un cahier de travaux pratiques pour les jeunes en traitement*, Repentigny, Québec, Parents-Unis Repentigny, 1993.

37. ACJQ, *Op. Cit.*, p. 32.

38. ACJQ, *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*, Montréal, ACJQ, Mars 2000, p. 32.

Une fois que toutes les étapes de l'acte abusif sont franchies, l'abuseur doit s'assurer de **maintenir le secret. Pour ce faire, différentes stratégies sont utilisées par la personne qui abuse.** « En plus des menaces, des promesses, des récompenses et des échanges de faveurs, l'agresseur utilise sa relation affective particulière avec l'enfant pour s'assurer de sa discrétion<sup>39</sup>. » Par exemple, en amenant l'enfant à se sentir coupable et responsable des conséquences d'un dévoilement : éclatement de la famille, emprisonnement de l'abuseur, perte d'emploi, rejet de l'enfant de sa famille, placement, honte pour toute la famille, etc.

## 1.11 Valeurs<sup>40</sup> et principes d'intervention<sup>41</sup>

*Il est important de différencier la personne du geste. L'abus sexuel est un acte répréhensible. La personne n'est pas qu'un abuseur.*

Tel qu'exprimé dans la section traitant de l'intervention éducative en matière d'éducation à la sexualité, il importe de rappeler certaines valeurs et attitudes requises lorsqu'on intervient au sujet de la sexualité et des problématiques connexes, et ce, afin de garantir une philosophie d'intervention commune et respectueuse de l'enfant et de tout autre membre de sa famille.

Voici les plus importantes à considérer lorsqu'on est appelé à intervenir dans une situation d'abus sexuel<sup>42</sup>.

**Empathie.** L'intervenant doit tenter de percevoir l'état émotif de la victime et de ses proches et de communiquer sa compréhension de la situation et des émotions vécues. On crée ainsi un climat sécurisant.

**Respect.** Le respect permet de considérer la personne comme un individu distinct et autonome avec des forces et des capacités. Elle a le droit de prendre les décisions qui la concernent en tenant compte de son âge, ses capacités, ses expériences et ses besoins.

**Engagement sans identification à la victime ou avec une certaine distance.** Nous n'avons pas à préjuger des émotions de la victime ou de ses proches ; elles peuvent être très différentes des nôtres. Des réactions de colère, de mépris, un désir de vengeance, un parti pris contre l'abuseur sont des émotions normales chez l'intervenant. Mais l'intervenant doit garder une certaine réserve face à la victime, demeurer conscient et critique face à ses propres perceptions et émotions afin de se concentrer sur les besoins de la victime et de

39. J.-S. RYCUS et R.-C. HUGHES, *Op. Cit.*, p. 198.

40. MSSS, *Guide d'intervention médicosociale. Les agressions sexuelles: Stop, 3<sup>e</sup> partie: intervention médicosociale, Étape 1*, Québec, MSSS, 2001, p. 5-6.

41. ACJQ, *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*, Montréal, ACJQ, Mars 2000, p. 53-54

42. MSSS, *Guide d'intervention médicosociale. Les agressions sexuelles: Stop, 3<sup>e</sup> partie: intervention médicosociale, Étape 1*, Québec, MSSS, 2001, p. 5-6.

ses proches. L'intervenant peut tout de même prendre position contre les gestes posés en exprimant sa tristesse pour ce que la victime subit.

**Aide versus contrôle.** Pour contrer l'impuissance, l'intervenant peut avoir tendance à prendre le contrôle et à trop agir. Son rôle consiste à aider la victime et ses proches dans leur cheminement. La victime doit arriver à reprendre le contrôle d'elle-même. Il faut garder à l'esprit qu'elle a des forces, qu'elle a son propre rythme et qu'il faut lui faire confiance.

**Croire la victime.** Il faut recueillir le récit de l'agression tel qu'il se présente avec des flous, des silences, de la négation, etc., sans jugement.

**Le message de soutien :** « Je te crois, je veux t'aider. Tu n'as aucune responsabilité face aux agirs de la personne qui t'a abusé. C'est arrivé à d'autres personnes. Tu as bien fait d'en parler pour que ça cesse et éviter que cette personne répète ce geste auprès d'autres enfants. Tu vas t'en sortir. »



Plus les victimes obtiennent du support de leur famille ou de personnes significatives, plus elles parviennent à s'en sortir. Il faut prendre en considération les raisons pouvant expliquer l'hésitation, la réticence à vouloir dévoiler l'abus. Certains préféreront garder le secret parce qu'ils ne sont pas prêts à dévoiler leur vécu ou d'autres ne pourront parler parce qu'ils ne sont pas en mesure de reconnaître les gestes d'abus sexuel soit en raison de leur âge, de leur niveau de conscience ou de leur manque de connaissances<sup>43</sup>.

43. L. DUROCHER et S. YOUNG. *Op. Cit.*, p. 72.

## Principes d'intervention

- ⑤ Tout abus sexuel est un acte criminel. Tout auteur d'abus, qu'il soit mineur ou majeur, est responsable de son comportement violent. Tout enfant et tout adulte doivent percevoir concrètement la réprobation sociale qui frappe tout geste d'abus.
- ⑤ Tout enfant a droit à la protection, au respect de son intégrité, à la sécurité et à l'attention que ses parents ou les personnes qui en tiennent lieu doivent lui donner. Tout adulte est tenu d'apporter l'aide nécessaire à un enfant victime d'abus sexuel sans présumer qu'une autre personne a pris les dispositions nécessaires pour assurer la protection de l'enfant. Il faut intervenir sans délai.
- ⑤ Tout enfant, compte tenu de son âge et de son développement, doit être sensibilisé aux actes d'abus, afin de pouvoir les reconnaître et y réagir.
- ⑤ On doit d'abord assurer la sécurité de l'enfant victime. Tout enfant doit, dans la mesure du possible, être maintenu dans son milieu familial. S'il y a lieu, la sortie de la personne abusive est favorisée, afin de donner un message clair par rapport à la responsabilité et pour permettre aux autres membres de la famille de recréer des liens sur une base différente. Cette orientation est privilégiée même lorsque la victime doit être placée.
- ⑤ La participation du parent non-abuseur est essentielle pour rétablir un équilibre sain dans la famille. Il est un sujet d'intervention privilégié tant pour le supporter dans ses interventions auprès de son enfant que pour lui apporter réponse à ses besoins.
- ⑤ Toute intervention vise à amener la personne abusive à reconnaître sa responsabilité, à l'assumer, de même qu'à cesser ses actes abusifs. L'abuseur adulte est responsable de s'engager dans un processus de traitement et de le mener à terme.
- ⑤ Tous les partenaires impliqués ont un objectif commun : protéger et venir en aide à l'enfant et éviter sa revictimisation tant par la récurrence que par des abus de système (délais, traumatisme du processus judiciaire, acharnement thérapeutique, etc.). Toute concertation repose sur un désir d'ouverture et de collaboration nécessaires au partage de l'information pertinente, des orientations et des décisions.

## 2. L'intervention en abus sexuel et dans les situations de risques d'abus

### 2.1 Aperçu de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuel, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique

*Tout abus est un acte criminel et tout auteur d'abus (de plus de 12 ans) est responsable des gestes qu'il pose et doit en répondre devant la loi.*

L'entente multisectorielle a été signée par cinq ministères en 2001. Elle a pour but d'assurer une meilleure protection de l'enfant et lui apporter toute l'aide qui lui est nécessaire. Elle amène les partenaires à s'engager à agir en concertation.

Trois partenaires sont toujours présents lors de l'application de l'entente multisectorielle : la Direction de la protection de la jeunesse, les services policiers et un procureur du Bureau des poursuites criminelles et pénales (substitut du procureur général), chambre adulte ou de la jeunesse. D'autres partenaires peuvent être impliqués (ex. : acteurs institutionnels). Le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) coordonne l'application de l'entente.

L'entente multisectorielle établit clairement la procédure d'intervention à suivre pour assurer une réponse adéquate, continue et coordonnée aux besoins d'aide et de protection de l'enfant. La procédure d'intervention sociojudiciaire comporte cinq étapes, dont voici le résumé :

- 1. Signalement.** Le DPJ reçoit un signalement, décide de le retenir ou non et oriente l'enfant et ses parents vers les ressources appropriées. En abus sexuel, la divulgation à la police et au substitut du procureur général est automatique, alors qu'en abus physique, elle est à la discrétion du DPJ et faite en fonction de certains critères (ex. : gravité de l'acte, nature des séquelles, etc.).
- 2. Liaison et planification.** Le DPJ constitue l'équipe de base (DPJ, policier, substitut du procureur général). Il y a transmission d'informations, échanges et planification d'une stratégie quant au déroulement des interventions à venir.
- 3. Enquête et évaluation.** Chaque partenaire procède à son enquête et évaluation (recherche de faits et de preuves) selon la stratégie arrêtée et collabore. L'enfant et ses parents sont rencontrés ainsi que toute personne pertinente.

4. **Prise de décision.** Les informations recueillies sont mises en commun et les moyens les plus adéquats pour protéger et aider l'enfant et sa famille sont choisis.
5. **Action et information.** Chaque partenaire applique les décisions convenues et se tient au courant des développements et des résultats des actions entreprises.

## 2.2 Obligation de signaler et la Loi sur la protection de la jeunesse

Toute personne qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis par un abus sexuel ou un risque d'abus sexuel, est tenu de signaler sans délai la situation au DPJ. L'abus n'a pas à être récent. L'abuseur n'a pas à être nécessairement identifié.

Tout professionnel, peu importe son secteur d'intervention (ex. : milieu de garde, milieu scolaire, hébergement au CJM-IU, consultants, etc.) et toute personne (ex. : famille d'accueil, gardien(ne), voisin(ne), etc.) ont l'obligation de signaler sans délai la situation au DPJ, sans égard aux moyens qui peuvent être pris par les parents pour mettre fin à la situation. **L'appréciation des moyens pris par les parents relève du DPJ et non du signalant.**

Tout nouvel abus doit être signalé et lorsqu'un enfant dévoile un abus sexuel, il est important d'insister pour que l'enfant consulte une équipe médicale pour recevoir des services tels que le traitement des lésions corporelles et génitales, la diminution des douleurs causées par des irritations suite à un rapport forcé et le traitement ou la prévention de certaines infections, la prescription d'anxiolytiques, etc. À cet effet, c'est l'intervenant de l'équipe évaluation/orientation (É/O) en abus sexuel qui apprécie la nécessité de recourir aux centres désignés pour l'intervention médicosociale (Hôpital Sainte-Justine ou Hôpital de Montréal pour enfants). L'intervenant E/O peut également référer au Centre d'expertise Marie-Vincent qui offre ce type de service.

## Attention

Il est important de se rappeler que, lorsque l'enfant dévoile une situation, on ne doit pas trop le questionner, ni lui suggérer des réponses pour ne pas compromettre le déroulement de l'entrevue non suggestive qui sera à faire (l'évaluation doit être faite par un intervenant de la Direction de la protection de la jeunesse). Il convient de l'écouter, de le rassurer et de lui expliquer comment se déroulera l'intervention.

## Attention

Il faut expliquer à l'enfant pourquoi il est important de signaler<sup>44</sup> :

- pour le protéger afin de faire cesser l'agression en cours ;
- pour qu'il obtienne de l'aide ;
- pour le libérer d'un secret culpabilisant et destructeur ;
- pour éviter les nouvelles situations de violence sexuelle pour lui et pour d'autres enfants ;
- pour permettre à ses parents de recevoir de l'aide.

## 2.3 Notion de consentement pour les enfants de 12 ans et plus

*L'enfant ne peut pas donner un refus formel en raison de :*

- sa naïveté ;
- son manque de connaissance sur la sexualité ;
- sa position de dépendance ;
- sa confiance en l'agresseur.

La notion de consentement permet de distinguer un acte abusif d'un autre non abusif en matière d'abus sexuel. **Une absence d'opposition formelle de la part d'un enfant n'est pas un consentement.**

L'âge de consentement réfère à l'âge auquel la loi criminelle reconnaît la capacité juridique d'une jeune personne à consentir à une activité sexuelle.

Trois éléments invalident le consentement :

- ⊗ La présence d'un écart d'âge ou de niveau développemental significatif.
- ⊗ La présence d'un rapport de force ou d'intimidation.

44. Tiré de: A. Arsenault et M. Fortin, *Sexualité infantile... Jeu ou agression? Guide sur la sexualité infantile et la prévention de la violence à l'égard des enfants*, Repentigny, Québec, Parents-Unis Repentigny, 1998 et Ministère de la Justice du Canada, « *Si un enfant est victime d'exploitation sexuelle* », Ottawa, Ministère de la Justice. 1989.

- Ⓒ La présence d'un rapport d'autorité, de confiance ou d'exploitation, ou en situation de dépendance face à l'autre.

**Les lois de l'âge de consentement s'appliquent à toutes formes d'activités sexuelles, des attouchements comme embrasser jusqu'aux relations sexuelles complètes.**

À propos de l'âge de consentement légal au Canada<sup>45</sup> :

#### **0 à 11 ans**

Le consentement n'est pas valable et n'est pas pris en considération par la loi. Pour les enfants de moins de 12 ans, il ne peut y avoir de consentement à participer à des activités sexuelles avec une personne âgée de 12 ans et plus.

#### **12 et 13 ans**

Les enfants sont considérés comme trop jeunes pour donner leur consentement à une activité sexuelle sauf si les deux partenaires n'ont pas plus de deux ans de différence; ils peuvent alors être considérés comme consentants. Mais ni un ni l'autre ne doit être dans une situation d'autorité, de confiance ou d'exploitation, ni en situation de dépendance face à l'autre.

#### **14 et 15 ans**

Il ne faut pas qu'il y ait plus de cinq ans de différence entre les partenaires et le plus âgé ne doit pas être en situation d'autorité, de confiance ou d'exploitation, ni en situation de dépendance face à l'autre.

#### **16 ans**

Les adolescents sont considérés aptes à donner leur consentement à une activité d'ordre sexuel, sauf si un partenaire est en situation d'autorité, de confiance, d'exploitation ou de dépendance face à l'autre. Ainsi, un jeune âgé de 16 ou 17 ans peut avoir des activités sexuelles de nature non exploitante, consentuelles avec qui il veut, peu importe l'âge de son partenaire, à condition que l'adolescent ou l'adolescente ne se trouve pas dans une situation d'exploitation (prostitution, pornographie, relation de confiance, d'autorité, de dépendance face à l'autre).

**N.B. :** Pour de l'information concernant les activités sexuelles entre enfants âgés de 0 à 11 ans, voir la section 3 sur les comportements sexuels problématiques, pages 67 à 90.

45. Tiré de: Site Internet du ministère de la Justice du Canada, [En ligne], [www.justice.gc.ca/fra/](http://www.justice.gc.ca/fra/) (page consultée le 12 janvier 2010).

## 2.4 Évaluation et identification des besoins<sup>46</sup>

**Par rapport au processus clinique**, l'évaluation du signalement ayant été faite par l'équipe É/O, nous poursuivons l'évaluation des besoins à l'étape de l'application des mesures. Elle permet de compléter l'évaluation de la situation. Cette évaluation permet de bien identifier les forces et les difficultés des différentes personnes impliquées dans la situation. L'évaluation doit tenir compte des besoins de la famille comme entité et de chacun de ses membres : enfant victime, la fratrie, le parent non-abuseur et l'abuseur, particulièrement dans les abus intrafamiliaux. Certaines situations pourraient s'avérer complexes pour les parents comme lorsqu'au sein d'une fratrie, par exemple, un enfant a été abusé et un autre a abusé ou présente des comportements sexuels problématiques.

Afin de planifier les interventions, il est important de comprendre les dynamiques des individus en cause et leurs besoins qui varient selon leur âge et leur rôle dans la famille.

### La famille

- ☞ Type de communication entre les membres.
- ☞ Attitudes de support, de rejet, d'agressivité suite au dévoilement.
- ☞ Rôles de chacun des membres.

### L'enfant victime

- ☞ Rôle de la victime.
- ☞ Effets sur l'enfant des réactions de la famille suite au dévoilement.
- ☞ Besoin de support pour exprimer ce qu'il vit.
- ☞ Conséquences de l'abus.
- ☞ Besoin de services (ex. : éducation sexuelle, services spécialisés, soins de santé, etc.).

*Le geste de l'abus n'appartient pas à l'enfant victime. Il est important de l'attribuer sans équivoque à l'abuseur.*

46. Une grille d'indicateurs dans les situations où l'enfant pourrait être à risque d'abus sexuel est disponible sur l'intranet du CJM-IU. Cette grille a été élaborée par l'équipe d'évaluation/orientation DPJ en abus physiques et sexuels. Elle constitue un aide-mémoire pour guider les intervenants É/O à évaluer les situations de risque d'abus sexuels.



Avant d'amorcer une évaluation en profondeur avec l'enfant, il convient tout d'abord de bien situer sa capacité à être évalué (présence de vulnérabilités psychologiques qui le fragiliseraient davantage si on investigue) et son désir d'aborder la situation de l'abus (présence de mécanismes de défense qui rendent l'intervention peu possible). Pour ce faire, il est important de se référer à un consultant.

### **La fratrie**

- ⊗ Rôle de la fratrie.
- ⊗ Conflits d'allégeance.
- ⊗ Réactions suite au dévoilement.
- ⊗ Conséquences du dévoilement.
- ⊗ Besoins de services (ex. : éducation sexuelle, services spécialisés, etc.).

### **Le parent non-abuseur**

- ⊗ Rôle dans la famille.
- ⊗ Réactions suite au dévoilement.
- ⊗ Besoin de support pour exprimer ce qu'il vit.
- ⊗ Besoin de services pour lui-même et pour supporter et protéger l'enfant.

### **L'abuseur**

- ⊗ Rôle dans la famille.
- ⊗ Réactions suite au dévoilement.
- ⊗ Capacité de changer pour reprendre son rôle de parent (de frère, d'ami, etc., selon le statut de l'abuseur) auprès de l'enfant.
- ⊗ Besoin de services (ex. : Centre de psychiatrie légale de Montréal, etc.).



Il est normal d'avoir des réactions face aux comportements de l'abuseur. L'intervenant doit cependant rester centré sur les besoins de l'enfant et les conditions nécessaires à mettre en place pour répondre à ses besoins. L'enfant peut exprimer le besoin d'avoir des contacts avec l'abuseur. Il est important d'éviter le clivage et de ne pas occulter les désirs de l'enfant. Des interventions sont évidemment nécessaires pour permettre des contacts ou une réunification.

L'évaluation devrait permettre de<sup>47</sup> :

- ⊗ Cibler les forces à utiliser dans l'intervention.
- ⊗ Identifier les limites.
- ⊗ Cibler les apprentissages à faire.
- ⊗ Doser les défis.
- ⊗ Choisir les services appropriés selon les niveaux de gravité de la problématique.

Comme dans le cas de toutes autres problématiques évaluées à l'enfance au CJM-IU, cette évaluation permettra également d'obtenir un meilleur portrait sur :

- ⊗ Le niveau de motivation, de reconnaissance du problème, de mobilisation des parents.
- ⊗ Le développement de l'enfant (forces, difficultés, retards dans toutes sphères).
- ⊗ Les forces et difficultés personnelles des parents.
- ⊗ Les forces et difficultés personnelles du couple.
- ⊗ Les forces et difficultés au niveau du fonctionnement familial.
- ⊗ Les conditions de vie et les besoins en termes d'intégration sociale.
- ⊗ Les forces et difficultés du milieu.
- ⊗ Le niveau de gravité de la problématique.

47. Les finalités de l'évaluation des besoins sont les mêmes que celles identifiées dans le programme « Des racines et des ailes, un programme d'aide aux familles ». Voir les guides de soutien à la pratique pour les enfants 0-5 ans et les 6-11 ans et leurs parents : S. YOUNG, *Des racines et des ailes, un programme d'aide aux familles*, Montréal, CJM-IU, 2008.

## 2.5 Généralités sur l'intervention spécialisée et le traitement spécialisé

Par rapport au processus clinique, l'évaluation des besoins est un préalable à l'élaboration du plan d'intervention. Ce plan d'intervention doit reposer sur une analyse clinique qui permet de cibler les interventions, d'identifier les rôles et responsabilités des acteurs et de préciser les modalités d'intervention. L'intervention éducative et l'intervention spécialisée permettent l'accompagnement de l'enfant et des parents par les intervenants du CJM-IU tandis que le traitement spécialisé est dispensé en collaboration avec les partenaires et demande l'élaboration d'un plan de service.

Il peut être pertinent d'avoir recours à un professionnel compétent ayant une expertise (conseiller, psychologue, consultant, etc.) pour bien évaluer les besoins et le type de services à offrir. Le professionnel saura évaluer entre autres :

- ③ La perception du jeune de ses difficultés.
- ③ Les mécanismes de défense et d'adaptation. Parfois les mécanismes de défense empêchent le jeune d'être en contact avec les émotions et sentiments qu'il ressent.
- ③ Les symptômes et les traumatismes causés à la victime et de prêter attention à ce qu'elle trouve difficile.
- ③ Les forces du moi et leur niveau de fragilité.
- ③ Etc.

Bref, il devient important de bien évaluer les besoins avant de référer un jeune et sa famille pour une thérapie ou un autre type de traitement.



Il s'agit d'être attentif à différencier les besoins qui sont propres aux parents concernant l'enfant et ceux qui appartiennent réellement à l'enfant. Éviter d'interpréter tous les propos du jeune en fonction uniquement de l'abus sexuel.

**Un rappel en ce qui concerne l'abus intrafamilial:** « Ce type d'abus indique un dysfonctionnement familial important introduit par le biais de l'abuseur et une incapacité des parents à assumer leur mandat de protection à l'endroit de leur enfant. Il y a confusion des rôles et court-circuitage des mécanismes de communication à l'intérieur de la famille. Des relations de couple insatisfaisantes, des difficultés

familiales importantes et des dysfonctionnements majeurs au plan des communications [...]»<sup>48</sup>.

### **L'abus intrafamilial**

Le traitement de l'abus intrafamilial comporte les phases suivantes :

- ⑤ La phase d'intervention de crise lors du dévoilement et en début d'intervention pour protéger l'enfant victime et stabiliser la famille.
- ⑤ L'intervention individuelle à chacun des membres de la famille pour faire face de façon constructive aux réactions émotives et surmonter le traumatisme. Pour l'abuseur, l'intervention vise à lui faire reconnaître ses actes, les assumer devant la justice et développer un meilleur contrôle.
- ⑤ L'intervention dyadique (père-fille, père-fils, mère-fille, mère-fils) pour renforcer les relations et redéfinir les rôles.
- ⑤ L'intervention conjointe auprès de la famille pour développer, renforcer les relations familiales, aider les membres de la famille à définir des modèles plus sains d'interaction et à prévenir les abus.
- ⑤ L'intervention qui vise à rétablir le groupe familial en tant qu'entité avec ou sans réintégration de l'abuseur. S'il y a réintégration, une intervention intensive est nécessaire.

**Un rappel en ce qui concerne l'abus par un tiers :** La communication entre les membres de la famille n'est pas nécessairement déficiente. Il faut s'attarder au vécu émotif de tous les membres de la famille et faire en sorte que chacun comprenne mieux les réactions des autres.

### **L'abus extrafamilial**

Le traitement de l'abus extrafamilial comporte deux étapes :

- ⑤ L'intervention de crise au moment du dévoilement et en début d'intervention.
- ⑤ Le traitement individuel à l'enfant victime, le counseling auprès des parents et de la famille en tant que groupe.

48. ACJQ, *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*, Montréal, ACJQ, 2000, p. 128.

## 2.6 Intervention spécialisée de l'intervenant psychosocial et de réadaptation par le CJM-IU<sup>49</sup>

Les choix faits en regard de l'intervention en abus sexuel reposent sur les pratiques actuelles (voir *Le guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*, ACJQ, 2000). Afin de faciliter l'arrimage entre nos différents programmes à l'application des mesures, nous reprenons les repères des trois axes d'intervention du programme « Des racines et des ailes, un programme d'aide aux familles ».

Il est important de noter que tout nouvel abus, notamment chez un même enfant, doit être signalé. L'évaluation du signalement sera faite par l'équipe É/O.

### Les trois axes d'intervention

- ③ **Axe 1 :** Assurer la sécurité physique de l'enfant par l'arrêt immédiat des abus sexuels ou des risques d'abus sexuels.
- ③ **Axe 2 :** Assurer la poursuite ou la reprise du développement de l'enfant et le développement des compétences parentales.
- ③ **Axe 3 :** Assurer l'amélioration de l'état psychologique des parents et l'utilisation des ressources du milieu.

49. Les tableaux présentés dans cette section sont tirés de Centre jeunesse de la Montérégie, *Grandir en paix, sans crainte ni coups. Programme d'intervention en violence familiale, Module 3 : Abus sexuels*, Longueuil, Centre jeunesse de la Montérégie, 2007. Une partie importante des éléments du document est inspirée de ACJQ, *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants* Montréal, ACJQ, 2000.

## L'intervention spécialisée du CJM-IU

### Axe 1 : Assurer la sécurité physique de l'enfant par l'arrêt immédiat des abus sexuels ou des risques d'abus sexuels

#### La cible : les conditions de vie

Le retrait de l'enfant est la solution la moins souhaitable, mais il peut être nécessaire pour assurer sa protection.

Clientèle	Acteurs et cibles d'intervention INTERVENTION SPÉCIALISÉE DU CJM-IU	Modalités d'intervention
	<b>L'intervenant psychosocial en collaboration avec des collègues ou des partenaires internes ou externes</b>	
La famille, l'enfant victime, la fratrie, le parent non-abuseur	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aide la famille à se soutenir mutuellement pour assurer la protection des enfants, à ce qu'ils respectent les mesures de protection.</li> <li>➤ Tient informée la famille (y compris la fratrie) du processus en cours et des mesures de protection.</li> <li>➤ Évalue la fréquence de contacts parents-enfant, à partir des différentes données cliniques et légales, et évalue le niveau de supervision requis ou applique l'ordonnance d'interdiction de contacts.</li> <li>➤ Coordonne et facilite l'accès aux services nécessaires à chacun des membres de la famille pour améliorer les conditions de vie.</li> <li>➤ Assure un milieu de vie où l'enfant victime et sa fratrie sont protégés contre les abus sexuels.</li> <li>➤ Rassure l'enfant sur son intégrité physique.</li> <li>➤ Accompagne le parent à augmenter la capacité de l'enfant à utiliser des scénarios de protection et de mécanismes d'appel à l'aide qui tiennent compte de son âge et de son développement, avec des personnes de son entourage et des ressources du milieu.</li> <li>➤ Établit une collaboration étroite avec le parent non-abuseur pour le mobiliser à utiliser les différents services qui lui sont offerts et à sa famille, selon leurs besoins.</li> <li>➤ Aide le parent à identifier les situations à risque et les éléments déclencheurs des comportements d'abus sexuels.</li> </ul>	Suivi individuel psychosocial, rencontre familiale
	<b>L'intervenant psychosocial en collaboration avec l'intervenant de réadaptation à l'hébergement ou l'intervenant ressources</b>	
L'enfant victime placé	<p>S'ajoutent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rassure l'enfant sur le fait que son placement a pour but de le protéger et non de lui attribuer une responsabilité face à l'abus.</li> <li>➤ Lui assure des contacts sécurisants avec sa famille lorsque possible.</li> <li>➤ S'assure qu'il n'y a pas de risque de revictimisation lors d'un retour en milieu familial.</li> </ul>	Interventions faites par l'intervenant psychosocial ou de réadaptation, ou interventions conjointes
	<b>L'intervenant psychosocial en collaboration avec des collègues ou des partenaires internes ou externes</b>	
Le parent (ou conjoint abuseur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Oriente la personne qui a abusé vers les ressources appropriées pour qu'il cesse ses conduites déviantes.</li> <li>➤ S'assure du respect des mesures de protection, des interdits ou modalités de contacts, des mesures d'aide apportées aux membres de la famille.</li> </ul>	Suivi individuel psychosocial

## L'intervention spécialisée du CJM-IU

### Axe 2: Assurer la poursuite ou la reprise du développement de l'enfant et le développement des compétences parentales

#### La cible : la relation parents-enfant



- Chacun des membres de la famille ressent sa souffrance de façon différente et réagit de diverses manières: révolte, agressivité, dépression, peurs, etc.
- Certains thèmes peuvent être travaillés seulement plus tard, c'est-à-dire lorsque les préoccupations et les émotions relatives à la sexualité surgissent.
- L'intervenant doit veiller à ne pas induire ses propres sentiments ou réactions chez le jeune, à respecter son intimité, voire son silence.

#### **RAPPELS** L'enfant victime<sup>50</sup>

- ⌘ L'enfant doit être accompagné individuellement dans ce qu'il vit afin de lui permettre de s'exprimer sur ce qu'il a ressenti plutôt que sur la nature des gestes eux-mêmes.
- ⌘ En respectant ses décisions personnelles, on lui donne accès aux services dont il a besoin.
- ⌘ Les modalités d'intervention sont en fonction de l'âge de l'enfant, des capacités de son environnement familial à lui venir en aide et de ses besoins en rapport avec le traumatisme subi.

#### **La fratrie**

- ⌘ Certains facteurs, tels l'exposition à une sexualité déviante, l'absence de frontières, l'inversion des rôles, les relations de pouvoir dominant-dominé et les besoins affectifs mal comblés contribuent à tracer un parcours menant, entre autres, à une certaine sexualisation des besoins affectifs ou à une sexualité déviante<sup>51</sup>.
- ⌘ L'intervention familiale ou la résolution des problèmes par la famille elle-même peut pour certains répondre à leur besoin d'aide.

50. ACJQ, *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*, Montréal, ACJQ, 2000, p. 130.

51. *Ibid.*, p. 130.



L'intervention centrée sur le fonctionnement de la famille doit s'amorcer seulement lorsque les parents reconnaissent la dynamique ayant contribué à la situation d'abus ; le cheminement de chacun fait en sorte que le risque de violence interpersonnelle et de la reproduction de la problématique de violence soient devenus faibles.

Pour les enfants et leurs parents recevant aussi un traitement spécialisé, il est important que l'intervenant se concerta avec le thérapeute et intervienne en complémentarité.

Clientèle	Acteurs et cibles d'intervention	Modalités d'intervention
	<b>L'intervenant psychosocial en collaboration avec des collègues ou des partenaires internes ou externes</b>	
La famille, l'enfant victime, la fratrie, le parent non-abuseur	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Crée et maintient un lien avec les membres de la famille de façon à les accompagner tout au long du processus d'intervention (élaboration, mise en œuvre et révision du plan d'intervention (PI) et plan de service individualisé (PSI). Fait participer la famille à la recherche de solutions. Explique le sens des décisions.</li> <li>➤ S'assure que tous les membres de la famille s'impliquent, dans la mesure de leurs capacités et leur développement, à l'établissement d'un fonctionnement familial sans abus sexuels.</li> <li>➤ Poursuit l'évaluation des impacts des abus sexuels sur le développement et le fonctionnement de l'enfant.</li> <li>➤ Favorise chez tous les membres de la famille l'expression des émotions liées aux abus sexuels et au dévoilement.</li> <li>➤ Recadre les perceptions sur la sexualité, la dynamique de l'abus sexuel et les normes sociales en rapport avec la sexualité.</li> <li>➤ Aide l'enfant victime à exprimer les sentiments de colère, de culpabilité et de honte.</li> <li>➤ Aide l'enfant victime à rétablir l'image de soi atteinte par les abus: victimisation, isolement, confiance en soi, aux autres, estime de soi, etc.</li> <li>➤ Aide l'enfant à développer ses compétences et habiletés sociales (ex.: résolution de conflits, gestion de la colère, expression des émotions, développement de talents, d'intérêts, etc.).</li> <li>➤ Aide l'enfant et le parent à identifier des comportements qui peuvent comporter des conséquences négatives et à apporter des alternatives.</li> <li>➤ Aide l'enfant et le parent à identifier des comportements positifs et à voir les avantages à les utiliser.</li> <li>➤ Aide l'enfant selon ses besoins et en étroite collaboration avec le parent, à se réapproprier son corps, ses frontières et sa sexualité.</li> <li>➤ Supporte la famille dans leur vécu des conséquences du dévoilement.</li> <li>➤ Aide le parent à ce que l'enfant retrouve sa place d'enfant dans sa famille.</li> <li>➤ Aide le parent à ce que son enfant développe des comportements appropriés à son âge.</li> </ul>	Suivi individuel psychosocial, rencontre familiale, activités individuelles et de groupe

Clientèle	Acteurs et cibles d'intervention	Modalités d'intervention
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aide le parent à faire vivre des frontières, à les respecter et à faire respecter l'intimité avec les amis, à l'école, avec les professeurs, avec le voisinage, etc., pour l'enfant victime et la fratrie.</li> <li>➤ Aide le parent à donner une éducation sexuelle adéquate à l'enfant victime et à la fratrie.</li> <li>➤ Aide la fratrie à résoudre les conflits d'allégeance, si pertinent.</li> </ul>	
	<b>L'intervenant psychosocial en collaboration avec l'intervenant de réadaptation à l'hébergement ou l'intervenant ressources</b>	
L'enfant victime placé	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aide l'enfant à développer, au besoin, le respect de son intimité et de celle des autres, dans un contexte où il vit avec de nouvelles personnes.</li> <li>➤ Aide l'enfant à profiter de la vie de groupe ou de la vie en famille d'accueil pour se découvrir, se valoriser, exploiter ses talents à travers les activités offertes.</li> <li>➤ Aide l'enfant à se protéger des gestes ou attitudes sexuelles possibles des autres enfants.</li> <li>➤ Aide l'enfant à faire confiance aux intervenants.</li> <li>➤ Donne à l'enfant l'espace pour se confier ou pas et de choisir la personne avec qui le faire.</li> <li>➤ Aide l'enfant et les parents à comprendre le sens du placement.</li> <li>➤ Aide l'enfant et les parents à vivre harmonieusement la réunification familiale, si pertinent.</li> </ul>	<p>Interventions faites par l'intervenant psychosocial ou de réadaptation, ou interventions conjointes</p> <p>Activités individuelles et de groupe</p>
	<b>L'intervention de réadaptation par un éducateur du CJM-IU, en milieu institutionnel ou à l'externe</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'intervention individuelle ou de groupe auprès d'un enfant, dans un cadre externe ou en milieu institutionnel, complète l'intervention psychosociale par rapport au fonctionnement dans la vie quotidienne, à l'augmentation de l'adaptabilité aux situations, à l'application des connaissances et compétences acquises par d'autres interventions (thérapie, groupe, etc.).</li> </ul> <p>N.B.: Au CJM-IU, il existe une procédure sur le partage des rôles entre les divers intervenants lors d'abus ou de jeux sexuels entre plusieurs jeunes hébergés au CJM-IU.</p>	
L'enfant victime dans son milieu ou placé	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Certains enfants peuvent bénéficier d'un soutien psychologique en complément à l'intervention spécialisée. Cette évaluation des besoins de l'enfant peut se faire dans le cadre d'une rencontre avec le consultant clinique de la Coordination du soutien clinique spécialisé (CSCS). Ce dernier offre du soutien à l'évaluation de la pertinence d'une intervention spécialisée en lien avec l'abus en tenant compte des capacités et de la disponibilité affective de l'enfant. Le consultant pourra valider la demande et aider l'intervenant psychosocial à l'élaborer afin que soit offert à l'enfant un suivi psychologique à court terme ou une psychothérapie à plus long terme. Il sera aussi alors déterminé si ce support sera offert par un psychologue du CJ ou par un professionnel au privé. Le consultant clinique peut aussi faire de la co-intervention, au besoin, avec l'intervenant psychosocial ou de réadaptation auprès de l'enfant ou de la famille.</li> </ul>	Entrevue individuelle

Clientèle	Acteurs et cibles d'intervention	Modalités d'intervention
	<b>Le psychologue du CJM-IU</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Certains enfants peuvent bénéficier d'un soutien psychologique en complément à l'intervention spécialisée. Cette évaluation des besoins de l'enfant peut se faire dans le cadre d'une rencontre avec le consultant clinique de la Coordination du soutien clinique spécialisé (CSCS). Ce dernier offre du soutien à l'évaluation de la pertinence d'une intervention spécialisée en lien avec l'abus en tenant compte des capacités et de la disponibilité affective de l'enfant. Le consultant pourra valider la demande et aider l'intervenant psychosocial à l'élaborer afin que soit offert à l'enfant un suivi psychologique à court terme ou une psychothérapie à plus long terme. Il sera aussi alors déterminé si ce support sera offert par un psychologue du CJ ou par un professionnel au privé. Le consultant clinique peut aussi faire de la co-intervention, au besoin, avec l'intervenant psychosocial ou de réadaptation auprès de l'enfant ou de la famille.</li> <li>▶ Le suivi vise à offrir un espace d'écoute qui permet de dénouer certains aspects de sa dynamique interne pouvant faire entrave à l'implication dans le suivi psychosocial ou d'autres activités cliniques appropriées à la situation.</li> </ul>	
	<b>Le partenaire externe en collaboration avec l'intervenant psychosocial</b> (voir axe 3 pour traitement plus complet de la personne qui abuse)	
Le parent (ou conjoint abuseur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Concernant la relation parents-enfant (axe 2) : Aide le parent qui a abusé à rétablir avec l'enfant une relation saine (si possible) après le traitement en fonction de certaines conditions importantes dont la reconnaissance de la responsabilité et le cheminement thérapeutique du parent abuseur.</li> </ul>	Suivi psychosocial

### Les programmations à l'enfance, interventions animées par des intervenants psychosociaux et de réadaptation

Les programmations « Ateliers parents-enfant », « Ces années incroyables » et « Grandir ensemble » permettent le développement de compétences parentales et d'habiletés sociales chez l'enfant. L'interaction positive entre le parent et le jeune et le temps de qualité partagé entre eux répondent bien aux objectifs visés. De plus, le développement de méthodes éducatives améliore le fonctionnement de la famille ; compréhension des besoins de l'enfant, établissement des règles, amélioration de la communication, apprentissage de méthodes de résolution de conflits, gestion des émotions, etc.

« Haut les voiles ! » est un programme d'éducation à la sexualité destiné aux enfants en difficulté de 6 à 12 ans, animé par les intervenants. Les intervenants peuvent aussi jouer un rôle de support auprès des parents pour accompagner l'enfant suite à l'animation du programme.

Pour orienter la clientèle vers la programmation qui convient, les intervenants peuvent se référer à leur chef de service, aux responsables de programmation (pour les « Ateliers parents-enfant, « Ces années incroyables » ou « Grandir ensemble »). Pour le programme

d'éducation sexuelle « Haut les voiles ! », les intervenants peuvent se référer aux animateurs de ce programme ou aux personnes relais « sexo » à l'enfance.

## Intervention spécialisée du CJM-IU

### Axe 3: Améliorer l'état psychologique des parents et l'utilisation des ressources du milieu

**La cible: le parent comme personne et son intégration dans la communauté**

Clientèle	Acteurs et cibles d'intervention	Modalités d'intervention
	<b>L'intervenant psychosocial en collaboration avec des collègues ou des partenaires internes ou externes</b>	
La famille, l'enfant victime, la fratrie, le parent non-abuseur	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Obtient les autorisations nécessaires pour suivre le cheminement et l'évolution de chacun dans les services reçus chez les partenaires.</li> <li>➤ Facilite et suscite la convergence et la cohérence entre les interventions issues des divers réseaux de services œuvrant auprès du jeune et de sa famille.</li> <li>➤ Soutient le parent dans son rôle parental.</li> <li>➤ Aide le parent à accéder à des moyens qui contrent l'isolement social et les sources de stress, qui améliorent leur situation socioéconomique et qui atténuent la portée des facteurs de risque d'apparition des abus sexuels inhérents à leur situation.</li> <li>➤ Aide le parent à reconnaître l'impact des abus sexuels sur l'enfant et sur les autres membres de la famille.</li> <li>➤ Favorise l'expression des émotions liées aux abus sexuels.</li> <li>➤ Informe le parent sur la dynamique de l'abus.</li> <li>➤ Aide le parent à identifier les enjeux personnels, familiaux et conjugaux qui ont contribué à l'émergence des abus sexuels dans la famille.</li> <li>➤ Supporte le parent dans le vécu des conséquences du dévoilement.</li> <li>➤ Aide le parent à maintenir une communication de couple et familiale ouverte en rapport avec les abus sexuels et les autres problèmes vécus par la famille.</li> <li>➤ Aide le parent à clarifier sa situation conjugale.</li> </ul>	Suivi individuel psychosocial, rencontre familiale
	<b>L'intervenant psychosocial en collaboration avec des collègues ou des partenaires internes ou externes</b>	
Le parent (ou conjoint abuseur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Assure le suivi du cheminement de l'abuseur sexuel dans les services auxquels il a accès.</li> <li>➤ Recadre l'attribution de la responsabilité du déséquilibre familial.</li> <li>➤ Si pertinent, prépare la réunification familiale.</li> </ul>	Suivi individuel psychosocial

## 2.7 Traitement spécialisé

Le traitement spécialisé est dispensé généralement par les partenaires, notamment par notre partenaire privilégié le Centre d'expertise Marie-Vincent.

Le tableau suivant présentera les cibles d'intervention et les activités cliniques des partenaires pour chacun des membres de la famille.

Clientèle	Acteurs et cibles d'intervention TRAITEMENT SPÉCIALISÉ	Modalités d'intervention
	<p><b>L'intervenant psychosocial peut orienter la famille vers un traitement spécialisé offert par des partenaires</b></p> <p>Il doit veiller à coordonner l'ensemble des services offerts et assurer une continuité dans l'intervention</p>	
<p>La famille, l'enfant victime dans son milieu ou placé, la fratrie, le parent non-abuseur</p>	<p><b>Le partenaire (voir annexe)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le traitement permettra de réduire à court ou moyen terme les séquelles psychologiques résultant de l'abus, les atteintes au fonctionnement de l'enfant, les difficultés présentées au niveau de la personnalité et faciliter la réparation du trauma.</li> <li>➤ L'enfant victime peut avoir besoin de traitement spécialisé en fonction de ses difficultés consécutives aux abus sexuels: des troubles de comportement graves (ex.: fugues, se met en danger, consomme des drogues et de l'alcool, etc.), des problèmes de santé mentale (dépression, idées suicidaires, psychose, etc.), de graves séquelles (blessures physiques, etc.).</li> <li>➤ Si l'intervention familiale ne suffit pas, la fratrie peut être référée pour recevoir un traitement spécialisé. Par exemple, des groupes de support encadrés par des professionnels en coanimation sont une mesure adéquate à condition qu'il y ait une rigueur quant à la composition du groupe et la sélection des participants. Cette modalité ne convient pas à tous, certains profiteront davantage d'un traitement individualisé.</li> <li>➤ Il est important d'offrir différentes modalités d'aide pour diminuer les conséquences liées au dévoilement de l'abus; dépression, symptôme post-traumatique, anxiété, etc. Certains parents auront besoin d'aide pour des problématiques personnelles comme la toxicomanie, les problèmes de santé mentale, etc.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thérapie individuelle;</li> <li>• Thérapie de groupe;</li> <li>• Thérapie de couple;</li> <li>• Thérapie familiale;</li> <li>• Services spécialisés.</li> </ul> </li> <li>➤ La thérapie individuelle peut aider le parent non-abuseur à prendre conscience des enjeux dans son développement personnel qui lui ont causé certains blocages et l'on amené à se retrouver, de façon répétitive, dans des systèmes dysfonctionnels et abusifs.</li> <li>➤ La thérapie de groupe permet de créer des liens de solidarité avec d'autres personnes connaissant les mêmes difficultés.</li> </ul>	<p>Entrevue individuelle ou de groupe</p>

Clientèle	Acteurs et cibles d'intervention TRAITEMENT SPÉCIALISÉ	Modalités d'intervention
Le parent abuseur ou conjoint abuseur	<p>Le partenaire (voir annexe)</p> <p>Les plans de traitement comprennent normalement:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Traitements cognitivo-behavioristes;</li> <li>➤ Prévention de la récidive (chaîne délictuelle);</li> <li>➤ Modification des préférences sexuelles;</li> <li>➤ Modification des erreurs de pensée;</li> <li>➤ Entraînement aux habiletés sociales;</li> <li>➤ Éducation sexuelle;</li> <li>➤ Résolution de problèmes;</li> <li>➤ Psychothérapies individuelles ou de groupe;</li> <li>➤ Traitement hormonal.</li> </ul>	Entrevue individuelle ou de groupe

### Les services offerts par le Centre d'expertise Marie-Vincent

La clientèle visée par le Centre d'expertise Marie-Vincent est composée d'enfants de 12 ans et moins, ainsi que de leur parent non-abuseur ou de l'adulte significatif (ex. : éducateur, famille d'accueil, etc.). Les services policiers et médicaux sont offerts sur place. Le centre offre des services d'évaluation des besoins et des services de traitement spécialisé pour les enfants victimes ou ayant des comportements sexuels problématiques (voir page 89). De l'aide thérapeutique est offerte à l'enfant accompagné de son parent ou de ses parents (protecteurs ou non-abuseurs). Le centre offre également des services personnalisés (individuels ou de groupe), avec ou sans la présence du DPJ, pour soutenir les parents rencontrés suite à une investigation policière lors du dévoilement. Pour toutes demandes ou références de la part d'un intervenant (personne autorisée), il s'agit de contacter le centre en téléphonant au 514 285-0505, et ce dernier sera dirigé vers la ressource appropriée pour la demande d'aide.



**D'autres partenaires offrent également des services en abus sexuel** (voir les principaux à l'annexe 3).





# Les comportements sexuels problématiques

## Partie 3

Cette partie du document porte sur les comportements sexuels problématiques. Les différents types de comportement seront présentés ainsi que des pistes d'intervention.

### 1. Généralités

*Dans la famille incestueuse, des lacunes au niveau de l'éducation sexuelle sont parfois à l'origine de comportements sexuels déviants tant chez la victime que chez la fratrie.*

« Pendant longtemps, les comportements sexuels problématiques des enfants ont été ignorés ou minimisés par les chercheurs et les cliniciens, ces comportements étant perçus soit comme des fantasmes, à l'ère de Freud, ou comme de simples comportements d'exploration<sup>1</sup>. »

On peut avoir tendance à classer les comportements sexuels des enfants comme « normaux » ou problématiques. Cependant, il est important de ne pas conclure trop rapidement, mais de prendre le temps de bien évaluer chaque situation et de chercher à comprendre le sens des comportements de l'enfant. Les enfants sont en développement et leurs comportements problématiques sont l'expression de difficultés vécues, souvent dans leur milieu familial et ils ont un

1. D. BURTON D, A. NESMITH et L. BADTEN, « Clinician's view of sexually aggressive children: A theoretical exploration », *Child Abuse & Neglect*, 21, p. 157-175, 1997, dans M. Tourigny, Synthèse des connaissances et des interventions retenues comme des « best practice » en matière d'évaluation et de traitement des enfants présentant des comportements sexuels problématiques et leurs parents. [Texte rédigé pour le rapport du mandat 4.7 du CJM-IU adopté le 11 décembre 2007], Montréal, CJM-IU, 2007.

besoin urgent d'aide. «D'ailleurs, les enfants de moins de 12 ans sont trop jeunes pour être reconnus comme agresseurs sexuels<sup>2</sup>.»

Les comportements sexuels problématiques peuvent s'avérer des indicateurs d'un abus sexuel probable. Ils peuvent aussi, pour certains jeunes, être le prélude à des agressions sexuelles commises plus tard. Pour certains autres, ces comportements découlent d'autres formes de maltraitance (ex. : abus physique). Enfin, ces comportements peuvent être l'expression d'une sexualité peu harmonieuse (connaissances et expériences sexuelles précoces).

Voici quelques mythes à propos des comportements sexuels problématiques et du développement psychosexuel de l'enfant. Certaines croyances erronées peuvent rendre difficile la distinction entre ce qui est normal, sain ou problématique. C'est pourquoi nous abordons certains mythes et les rectifications dans la réalité, accompagnés de certaines informations importantes.

### Mythes à propos de l'intimité

*Il est important d'identifier, de comprendre et de respecter le besoin d'intimité de l'enfant, dès que celui-ci nous donne des signes de son désir d'intimité.*

Mythe :

La notion d'intimité se développe vers l'âge de 11-12 ans.

Réalité :

La notion d'intimité se développe vers 4-5 ans et se stabilise vers 12-13 ans. La famille joue un rôle important dans l'établissement de la notion d'espace personnel et de frontières personnelles. C'est au sein de la famille que les frontières des enfants s'établissent par rapport aux gens et aux comportements qui sont jugés acceptables ou non. On doit reconnaître et respecter le besoin d'intimité dès que l'enfant en exprime le besoin.

Mythe :

La pudeur apparaît seulement à l'adolescence<sup>3</sup>.

Réalité :

Dès l'âge de 5 ans, l'enfant manifeste un besoin d'intimité qui s'exprime par de la pudeur. L'apprentissage de la pudeur se fait dans les gestes de la vie quotidienne, par l'intermédiaire des routines entourant le bain, les soins corporels, le coucher, ainsi que dans les contacts affectueux et dans le respect des lieux réels (un petit coin à lui) ou symboliques (des moments pour penser) auxquels l'enfant a accès. Par cet apprentissage, l'enfant

2. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008, p.120

3. F. SAINT-PIERRE et M.-F. VIAU, *Que savoir sur la sexualité de mon enfant*, Montréal, Éditions du CHU Ste-Justine, 2008.

délimite son espace et, par le fait même, se définit dans son rapport aux autres. C'est ainsi qu'en faisant preuve de respect pour le besoin d'intimité de son enfant, le parent contribue à le rendre apte à faire respecter ce besoin par les autres.

### Mythes à propos de la masturbation

Mythe:

La masturbation chez un enfant est un comportement inquiétant.

Réalité:

La masturbation est présente dès la petite enfance. Cette pratique peut devenir de plus en plus fréquente à la puberté (en lien avec l'apport d'hormones). Chez l'enfant, on parle d'autostimulation ou d'autoérotisme. Si toutefois l'enfant s'isole trop souvent ou trop longtemps, il faut l'amener à s'occuper à autre chose d'intéressant. La masturbation compulsive peut être liée à un niveau d'anxiété chez l'enfant. Ce moyen l'apaise. Il faut alors trouver la source de cette anxiété et au besoin, en référer à un spécialiste.

### Mythes à propos des comportements sexuels problématiques

Mythe:

L'enfant qui dessine des organes génitaux aux personnages humains présente des comportements sexuels problématiques.

Réalité:

Ce comportement est considéré comme un comportement naturel et attendu chez l'enfant. Cependant, on peut observer des gestes qui parfois sont à questionner, par exemple un enfant dessine des parties génitales à un seul personnage de son dessin. Il est donc important de noter ces observations et au besoin, de se référer à un spécialiste<sup>4</sup>.

Mythe:

Un comportement sexuel problématique se produit toujours plusieurs fois.

Réalité:

Bien qu'un comportement sexuel jugé problématique se produise généralement plus d'une fois, il peut dans certains cas être jugé comme un comportement très inquiétant qui demande une intervention spécialisée même s'il ne s'est produit qu'une seule fois. Par exemple, si le comportement sexuel est de nature

4. A. ARSENAULT et M. FORTIN, *Op. Cit.*

adulte (rapport sexuel oral, vaginal, anal), avec présence de contrainte ou de menaces, avec présence d'un écart d'âge important entre les enfants ou avec présence d'un écart de développement important entre les enfants. On doit aussi garder à l'esprit que certains comportements ne sont pas connus de la part des parents, et que, bien qu'il puisse sembler le premier, il se peut que d'autres comportements aient eu lieu.

Mythe:

Un enfant qui a des comportements sexuels de nature abusive auprès d'un autre enfant doit être traité d'agresseur sexuel.

Réalité:

Chez les moins de 12 ans, on parle de comportements sexuels problématiques. Les enfants sont encore trop jeunes pour être identifiés et traités en tant qu'agresseurs sexuels. Leur comportement est l'expression de difficultés vécues souvent dans leur milieu familial qui démontre un besoin urgent d'aide<sup>5</sup>. Une bonne évaluation de la situation du jeune doit être effectuée avant de statuer qu'il a des comportements sexuels problématiques. Le jeune ne se définit pas par le geste qu'il a posé.

## 1.1 Définition des comportements sexuels problématiques

Les termes pour désigner les enfants aux prises avec des comportements sexuels problématiques divergent d'une recherche à l'autre. Nous retenons la définition suivante :

« Les comportements sexuels problématiques sont des comportements impliquant des parties sexuelles du corps, initiés par des enfants de 12 ans et moins, et qui sont inappropriés d'un point de vue développemental ou qui sont dangereux pour l'enfant lui-même ou les autres<sup>6</sup>. »

5. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008, p.74

6. ASSOCIATION FOR THE TREATMENT OF SEXUAL ABUSERS (ATSA), *Report of the task force on children with sexual behavior problems*, 2006.

La présence d'une ou de plusieurs des caractéristiques suivantes permet d'identifier un comportement sexuel problématique<sup>7</sup> :

- ⑤ La nature répétitive;
- ⑤ La persistance à travers le temps et les situations, incapacité de l'enfant de s'arrêter même si l'adulte intervient et pose un interdit;
- ⑤ La correspondance à des gestes d'adultes;
- ⑤ La présence de comportements sexuels problématiques qui se produisent entre enfants ayant un écart d'âge, de grandeur et de statut, et qui ne se connaissent pas ou peu;
- ⑤ L'agir avec utilisation de coercition, de la force ou de menaces pour commettre les gestes abusifs ou pour garder le secret.

## 1.2 Incidence et prévalence des comportements sexuels problématiques<sup>8</sup>

Il demeure difficile de déterminer la prévalence exacte des enfants ayant des comportements sexuels problématiques puisque souvent ces comportements se produisent à l'insu des parents ou des personnes responsables de l'enfant.

Parmi un échantillon représentatif d'enfants pris en charge dans quatre centres jeunesse du Québec (Lepage, Tourigny, Pauzé, Cyr et McDuff, 2004), on a constaté que 15 % des enfants de 6 à 11 ans présentaient des comportements sexuels problématiques. Par ailleurs, selon une étude menée par la Direction de la protection de la jeunesse à Montréal, sur l'incidence d'agression sexuelle par des mineurs<sup>9</sup>, 11 % des jeunes ayant posé des gestes sexuels de nature agressive étaient âgés entre 8 et 11 ans.

## 1.3 Facteurs de risque et de protection<sup>10</sup>

Selon M. Tourigny (1991)<sup>11</sup>, un facteur de risque est défini comme étant un événement, une situation, un état, un contexte qui, de par sa présence et en juxtaposition avec d'autres facteurs de risque,

7. CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE, *Op. Cit.*, p. 152.

8. M. TOURIGNY, *Op. Cit.*

9. ACJQ. *Un sommet du Québec pour toute la jeunesse... et celle en très grande détresse*, Montréal, Association des Centres jeunesse du Québec, 2000.

10. M. TOURIGNY, *Op. Cit.*, et C. TREMBLAY et M. GAGNON, *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques*. 2002.

11. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008, p.29

peut augmenter les probabilités qu'un enfant adopte des comportements sexuels problématiques.

Voici des facteurs de risque pouvant mener au développement de comportements sexuels problématiques selon plusieurs chercheurs<sup>12</sup> :

### **Chez les enfants**

- ③ Le sexe de l'enfant : Les garçons sont plus nombreux à développer des comportements sexuels problématiques<sup>13</sup>.
- ③ L'âge de l'enfant : Le groupe d'âge le plus à risque se situe entre 6 et 12 ans, la proportion la plus importante se situant entre 7 et 9 ans.
- ③ L'histoire de victimisation sexuelle : La sévérité de l'agression augmente la présence et la fréquence des comportements sexuels problématiques.
- ③ Les enfants victimes de violence physique ou de négligence.
- ③ Les problèmes de comportement à la maison et à l'école : Une proportion importante présente des difficultés d'apprentissage sévères ou des problèmes académiques qui les orientent vers des classes spéciales.
- ③ Les enfants exposés à la sexualité adulte, à la pornographie.
- ③ La présence de relations sexualisées.
- ③ L'absence d'éducation sexuelle.
- ③ L'initiation par les pairs à la sexualité d'adulte.

### **Chez les parents**

- ③ La présence de stress relié à leur rôle parental.
- ③ La fréquence plus importante d'un passé de victimisation sexuelle.
- ③ La fréquence plus importante d'interventions d'un professionnel de la santé mentale, en toxicomanie.
- ③ L'usage de drogues plus important.
- ③ La fréquence plus importante d'arrestations criminelles.

12. Plusieurs auteurs s'entendent sur les caractéristiques des enfants, des parents et les variables familiales qui sont en lien avec la présence ou la fréquence des comportements sexuels problématiques (BONNER *et al.*, 1999; BURTON *et al.*, 1997; CHROMY, 2003; FRIEDRICH *et al.*, 2001; HALL *et al.*, 2002; MIAN *et al.*, 1996).

13. Selon des études, 19 % à 37 % des enfants seraient de sexe féminin (BONNER *et al.*, 1999; FRIEDRICH et LUECKE, 1988; GRAY *et al.*, 1997; JOHNSON, 1988, 1989; PITHERS *et al.*, 1998).

- ⊗ La présence de conflits familiaux.
- ⊗ Le manque de soutien et de cohésion familiale, encadrement éducatif dysfonctionnel, absence de frontières sexuelles, milieu familial désorganisé.
- ⊗ Un environnement familial sexualisé, accessibilité à du matériel pornographique, absence de frontières sexuelles.
- ⊗ Le milieu familial où la sexualité représente un sujet tabou ou un malaise.

### Les facteurs de protection

Les facteurs de protection sont un ensemble de caractéristiques qui diminuent le risque d'apparition de comportements sexuels problématiques<sup>14</sup>.

#### Pour les parents

- ⊗ Une éducation sexuelle appropriée: Autant celle reçue par les parents que celle qu'ils donnent à leur enfant.
- ⊗ Une capacité à travailler leurs compétences parentales: Encadrement, frontières, soutien à l'enfant.
- ⊗ Une capacité des parents à consulter des professionnels: Autant pour eux afin de surmonter des traumatismes vécus dans le passé que pour leur enfant, mais aussi pour leurs problèmes personnels (santé mentale, toxicomanie, etc.).

## 2. Une classification des comportements sexuels

Gil et Johnson (1993)<sup>15</sup> a identifié quatre catégories de comportements sexuels (chez les enfants de moins de 12 ans).

1. L'exploration sexuelle saine.
2. Les comportements sexuels réactifs.
3. Les comportements sexuels mutuels.
4. Les comportements sexuels agressifs.

14. Adapté de: Centre jeunesse de la Montérégie, *Op. Cit.*, p. 143.

15. Les catégories sont celles de T. C. JOHNSON (1993) et traduites avec son autorisation par E. GIL et JOHNSON, T. C. (1993) par ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203: Abus sexuels: évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008..

« Certains enfants manifestent des comportements sexuels qui sortent du cadre habituel des comportements attendus, à diverses étapes du développement normal de l'expression de la sexualité. Il est important de pouvoir distinguer ce qui relève de la curiosité normale, de ce qui relève d'une connotation excessive inappropriée ou même problématique. Il existe différents types de comportements sexuels. Le comportement d'un enfant peut se situer dans un des types de comportement, allant de la sexualisation saine et normale, à la sexualisation inadaptée et agressive<sup>16</sup>. »



Il est important de bien connaître le développement sexuel normal pour être en mesure de mieux discerner dans les comportements des enfants ce qui est sain de ce qui est problématique. À cet effet, nous vous référons à la partie sur le développement psychosexuel (pages 14 à 20).

Pour s'assurer d'une bonne lecture de la nature problématique des comportements sexuels, l'intervenant devrait en tout temps consulter l'accueil DPJ qui jugera de la pertinence de retenir ou non un signalement.

16. CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE, *Op.Cit.*, p. 151.

## 2.1 Exploration sexuelle saine<sup>17</sup>

*Un comportement de type exploratoire et sain au niveau du développement commande une intervention éducative (voir section 1).*

L'exploration sexuelle saine constitue le premier maillon des types de comportements sexuels chez les enfants de moins de 12 ans.

### Définition de l'exploration sexuelle saine

- ③ L'exploration sexuelle répond à une curiosité lui permettant de recueillir de l'information.
- ③ Le comportement sexuel se produit spontanément et dans une atmosphère de gaieté.
- ③ L'exploration sexuelle implique l'exploration du corps de façon visuelle et tactile ainsi que l'adoption de comportements et de rôles identifiés à un sexe en particulier (comportements et rôles de genre, par exemple, jouer au papa et à la maman).
- ③ Les comportements adaptés aux stades développementaux des enfants de moins de 12 ans sont de l'ordre de : la masturbation, les baisers, la curiosité (regarder quelqu'un à son insu), regarder et toucher les parties génitales des autres enfants (âge similaire, sans contrainte) et parfois, simuler les rapports sexuels.

### Âge et consentement

- ③ L'exploration sexuelle se produit entre enfants du même âge et de grandeur semblable.
- ③ Les comportements sexuels entre enfants se déroulent toujours sur une base volontaire.
- ③ Il n'existe pas de secret entourant le comportement sexuel. Les enfants démontrent parfois un peu de gêne lorsqu'ils sont pris sur le fait.

### Interdit

- ③ Lorsque les adultes interdisent un comportement sexuel, celui-ci cesse ou diminue. Par ailleurs, l'enfant peut adopter d'autres comportements durant une autre période développementale.

17. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008, p.76 et C. TREMBLAY *et al.*, *Op. Cit.*, *Guide de formation destiné aux éducateurs et aux psychoéducateurs*, p. 56-57.

**Exemple :**

Noémie, 8 ans, habite en famille d'accueil depuis l'âge de 3 ans. Noémie et Maryse (7 ans) se font surprendre à jouer au docteur par les parents d'accueil. Maryse était une maman enceinte et Noémie était le docteur qui l'examinait. Noémie avait soulevé la chemise de nuit de Maryse pour voir sa vulve et par où le bébé passerait. Le parent d'accueil a, sur le fait, arrêté le jeu et demandé aux fillettes d'aller chacune se coucher dans leur chambre. Après avoir questionné les fillettes individuellement, le parent s'est rendu compte qu'elles jouaient parfois au docteur, qu'elles jouaient aussi au papa et à la maman et qu'elles aimaient aussi construire des cabanes ensemble.

**Critères :**

- Âge similaire
- Absence de secret
- Diversité des jeux
- Curiosité associée à la naissance

## 2.2 Comportements sexuels réactifs<sup>18</sup>

Les comportements sexuels réactifs constituent le deuxième maillon des types de comportements sexuels chez les moins de 12 ans, selon T. C. Johnson.

Ces comportements se développent en réaction à une situation de victimisation. L'enfant tente d'éliminer de la confusion et de l'anxiété reliées aux expériences vécues en les répétant. L'autostimulation répétitive en est un exemple.

### Définition de comportements sexuels réactifs

- ⊗ Manifestations plus fréquentes de comportements sexuels et intérêt plus marqué pour la sexualité que les enfants du même âge.
- ⊗ Sexualité compulsive.
- ⊗ Masturbation solitaire, exposition de parties génitales de l'enfant, insertion d'objets en eux. Attouchements fréquents des parties sexuelles des autres enfants par-dessus les vêtements.

18. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008, p. 57-59 et C. TREMBLAY *et al.*, *Op. cit.*, p. 57-59.

### Âge et consentement

- ③ Différence d'âge habituellement pas très grande.
- ③ L'autre enfant n'est pas forcé d'avoir des contacts sexuels.

### Interdit

- ③ Lors d'un interdit, difficulté à ne pas recommencer: répétition compulsive ou récapitulation (souvent inconsciente) d'une surstimulation sexuelle.

### Sentiments

- ③ Sentiment de honte profond, de culpabilité et anxiété intense face à la sexualité.

### Antécédents familiaux

- ③ Fréquence plus élevée de victimes d'abus sexuels ou d'exposition à du matériel sexuellement stimulant ou milieu familial où il y a trop de stimulation sexuelle.

### Réaction

- ③ Enfants surstimulés sexuellement, incapables d'intégrer leurs expériences.
- ③ Extériorisation de sentiments de confusion, anxiété, honte, colère à travers des comportements sexuels plus fréquents ou plus avancés, intérêt élevé ou connaissances au-delà de leur âge.

#### Exemple :

Jérémie, 12 ans, a vécu dans un milieu où le père consommait du matériel pornographique et se masturbait devant l'enfant. Placé en foyer de groupe, l'enfant se masturbe tous les matins au point de se blesser et fait des bruits qui incommodent les autres. Il touche ses parties génitales en public sans porter attention aux autres. Il se sent très honteux.

#### Critères :

- Antécédents : exposé à la sexualité adulte
- Absence de secret
- Se blesse les organes génitaux
- Sentiment de honte
- Incapacité d'arrêter son agir

## 2.3 Comportements sexuels mutuels<sup>19</sup>

Les comportements sexuels mutuels constituent le troisième maillon des types de comportements sexuels chez les moins de 12 ans, selon T. C. Johnson.

Ces comportements se vivent entre enfants qui ont une problématique semblable et y consentent mutuellement. L'enfant tente d'agir sur l'agression subie, d'avoir du pouvoir sur l'autre, de satisfaire ses pulsions, de nouer des relations, parfois de choquer et de faire réagir les adultes. Les comportements observés sont : caresses buccales, pénétration vaginale, pénétration anale, etc., avec des enfants du même âge, de la même taille.

### Définition de comportements sexuels mutuels

- ③ Comportements sexuels plus persistants et précis que les enfants réactifs.
- ③ Pensées et actions dominées par la sexualité.
- ③ Adoptent des comportements sexuels adultes (rapport sexuel oral, vaginal, anal).

### Âge et consentement

- ③ Enfants du même groupe d'âge et de grandeur similaire.
- ③ Emploi de la persuasion, mais habituellement pas la force ni la coercition physique ou psychologique.

### Interdit

- ③ Incapables de mettre fin aux comportements.

### Sentiments

- ③ Aucune émotion face à la sexualité, attitude blasée, terre-à-terre.

### Antécédents familiaux

- ③ Pour certains enfants abusés sexuellement par un adulte, poursuite ou augmentation des comportements sexuels avec un autre enfant.
- ③ Fratrie s'engage dans des comportements sexuels de façon à reproduire leur milieu de vie très dysfonctionnel.
- ③ Présence d'abus psychologiques, sexuels ou physiques ou encore vivant dans un environnement très chaotique et sexualisé.

19. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008, p.78 et C. TREMBLAY *et al.*, *Op. cit.*, p. 59-61.

**Réaction**

- ⊗ Compréhension des relations biaisées (détresse des adultes, blessures et abandons chroniques, difficultés vécues au niveau académique et social).
- ⊗ But des comportements est d'agir sur l'agression et la violence subie.
- ⊗ Utilisation des comportements pour obtenir ou éviter une relation proche ou intime et même pour choquer les adultes ou d'autres enfants.
- ⊗ Utilise la sexualité pour entrer en relation avec les pairs. Se comporte comme si les comportements sexuels problématiques étaient normaux.

**Exemple :**

Sophie, 10 ans, provient d'une famille aux prises avec des difficultés d'alcoolisme, de toxicomanie et de promiscuité sexuelle. Elle est hébergée chez sa tante. Elle a des contacts sexuels avec pénétration avec son cousin de 11 ans et ses amis. Malgré l'interdit de sa tante, elle continue de voir en cachette les amis de son cousin pour poursuivre ses activités.

**Critères :**

- Âge similaire
- Sexualité adulte
- Incapacité d'arrêter son agir
- Secret associé

**2.4 Comportements sexuels agressifs<sup>20</sup>**

Les comportements sexuels agressifs constituent le quatrième maillon des types de comportements sexuels chez les moins de 12 ans, selon T. C. Johnson.

Ces comportements sont imposés aux autres enfants. L'enfant tente d'exprimer de la colère, de la rage, de soulager la peur, l'anxiété, la confusion. La sexualité est synonyme de pouvoir et d'agression. Les comportements observés sont : attouchements aux organes génitaux, rapport sexuel, pénétration anale et pénétration avec objets dans les organes génitaux et dans l'anus.

20. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008, p.79 et C. TREMBLAY *et al.*, *Op. cit.*, p. 62-64.

### **Définition de comportements sexuels agressifs**

- ⑤ Comportements qui dépassent largement l'exploration appropriée au niveau de développement.
- ⑤ Pensées et actions axées sur la sexualité. Comportements sexuels impulsifs, compulsifs et agressifs.
- ⑤ Comportements pouvant inclure des rapports sexuels oraux, vaginaux et anaux et également pénétration du vagin ou de l'anus d'un autre enfant avec les doigts ou des objets.

### **Âge et consentement**

- ⑤ Différence d'âge (3 ans et plus), de grandeur ou de statut, mais peuvent aussi impliquer un enfant du même âge ou plus âgé.
- ⑤ Enfant choisi à cause de sa vulnérabilité due à son âge, à un retard intellectuel, à un abandon, à une dépression, à un isolement social, ou à un besoin émotif.
- ⑤ Emploi fréquent de la coercition. Toutefois, peu d'enfants utilisent la force physique.
- ⑤ Choix d'un enfant facile à convaincre ou est forcé de s'impliquer dans des activités sexuelles.
- ⑤ Utilisation de menaces sociales et psychologiques pour maintenir le secret (je ne jouerai plus avec toi si tu parles).

### **Interdit**

- ⑤ Malgré un interdit, augmentation des comportements avec le temps et développement d'un mode de fonctionnement. Très rarement incidents isolés.
- ⑤ Incapables de s'arrêter sans un traitement intensif et spécialisé.

### **Sentiments**

- ⑤ Extériorisation de sentiments de colère, de rage, d'abandon, de peur et de confusion.
- ⑤ Lien fait entre sexualité et agression.
- ⑤ Peu d'empathie pour la victime, négation de leur responsabilité dans les comportements sexuels ou même négation des comportements.

### **Antécédents familiaux**

- ⑤ Victimes d'abus sexuels quelques années auparavant.
- ⑤ Victimes d'abus psychologiques et plusieurs victimes de punitions sévères, imprévisibles de la part des adultes.

- ④ Environnement familial marqué par une stimulation sexuelle, absence de frontières, témoins de violence entre adultes.
- ④ Parents victimes d'abus physique, sexuel et abus de substances.

### Réaction

- ④ Expression d'anxiété, de peur et de confusion au sujet de la sexualité. Les comportements sexuels problématiques apportent un soulagement de courte durée de ces sentiments et causent un accroissement de l'anxiété.
- ④ Problèmes de comportement en milieu familial et à l'école, peu d'intérêts, peu d'amis. Manque d'habiletés sociales, difficulté à résoudre les problèmes, peu de contrôle de l'impulsivité, agressifs physiquement et sexuellement.

#### Exemple :

Mathieu, 9 ans, a été agressé sexuellement par son père. Son cousin de 7 ans se fait garder chez Mathieu. La mère surprend les enfants à se faire des attouchements la nuit et a vu Mathieu insérer ses doigts dans l'anus de son cousin. Mathieu a forcé son cousin à goûter son pénis. Mathieu a reçu une interdiction claire. Il dit que c'est son cousin qui voulait faire ces jeux. Lorsque son cousin revient se faire garder, Mathieu trouve le moyen d'aller le rejoindre la nuit pour poursuivre ses comportements. Il le menace de ne plus jouer avec lui s'il refuse. Il n'a pas d'amis et a des difficultés scolaires.

#### Critères :

- Antécédents d'agression sexuelle
- Sexualité adulte
- Présence de coercition
- Nie les comportements sexuels lors de la découverte
- Incapacité d'arrêter son agir
- Présence de menaces

### Autres manifestations de comportements questionnants ou inquiétants

Peu importe si les comportements sexuels observés ne correspondent pas de façon intégrale à un de ces types de comportements sexuels problématiques, les comportements suivants doivent, en tout temps, amener l'intervenant à se questionner et à intervenir. Ainsi, les exemples suivants permettent d'avoir des repères pour identifier des comportements sexuels questionnants ou inquiétants

qui commandent une intervention éducative et l'aide d'un professionnel en matière de sexualité et problématiques connexes, car l'intervention ne doit pas se limiter uniquement à l'arrêt du comportement. Ces repères ne sont utiles que dans la mesure où l'on tient compte de l'ensemble de la situation et que l'on procède à une analyse clinique rigoureuse en prenant en considération chacun des facteurs énumérés dans la section précédente.

### **Exemples de comportements qui commandent une intervention<sup>21</sup>**

- ⊗ Manifeste de la peur ou de l'anxiété pour ce qui est des questions sexuelles.
- ⊗ Le garçon continue de faire croire qu'il attend un bébé après des mois.
- ⊗ Urine délibérément à l'extérieur de la cuvette des toilettes.
- ⊗ Se masturbe avec les meubles ou avec des objets.
- ⊗ Devient très irrité quand quelqu'un le regarde se changer.
- ⊗ Continue de se faire prendre en train de raconter des histoires « salées ».
- ⊗ Émet des sons à connotation sexuelle, par exemple, des gémissements.
- ⊗ Se fascine toujours pour les photographies de personnes nues.
- ⊗ Toujours confus au sujet des différences entre les hommes et les femmes après avoir posé toutes les questions nécessaires.
- ⊗ Veut être une personne du sexe opposé.
- ⊗ Demande que l'adulte touche ses organes génitaux.
- ⊗ Pose des questions interminables au sujet de la sexualité.
- ⊗ Exige son intimité de façon agressive ou en pleurant.
- ⊗ Veut se masturber à la vue de photographies de personnes nues ou veut montrer ces photos, va sur des sites pornographiques.
- ⊗ Les organes génitaux sont l'aspect prédominant des dessins. Représentations de rapports sexuels entre deux personnes et en groupe.
- ⊗ Déteste son sexe et l'autre sexe. Persiste à vouloir être l'autre sexe.
- ⊗ Déteste, a dédain de ses organes génitaux.
- ⊗ Propos et actes sexualisés en présence d'adultes inconnus.

21. Inspiré de Centre jeunesse de la Montérégie, *Op. Cit., Module 3 : Abus sexuels* J.-S. RYCUS et R.-C. HUGHES, *Op. Cit.*, p. 172-174.

- ⊗ Le contact physique avec un adulte est une source d'agitation extrême.
- ⊗ Vit une absence de frontières.
- ⊗ A des douleurs aux organes génitaux.
- ⊗ Touche continuellement les organes sexuels des animaux

## 2.5 Évaluation et identification des besoins

*Lorsque les comportements sexuels problématiques sont découverts et arrêtés par les parents ou l'intervenant, ceux-ci confondent souvent l'enfant impliqué de l'enfant instigateur.*

*Chacun nécessite une intervention spécifique qui répond à ses besoins.*

Afin de planifier les interventions, il est important de comprendre les dynamiques des individus en cause et leurs besoins qui varient selon leur âge et leur rôle dans la famille. La cueillette d'observations et l'analyse clinique des différents éléments permettront de bien cerner s'il s'agit de comportements sexuels problématiques et ainsi cibler les interventions pertinentes. Dépendamment de la situation, il est possible de référer au Centre d'expertise Marie-Vincent pour compléter l'évaluation des besoins (voir page 89, pour d'autres services offerts par le Centre d'expertise Marie-Vincent).

Plus particulièrement, on évalue de façon rigoureuse<sup>22</sup> :

### L'enfant

- ⊗ Histoire des comportements sexuels problématiques : gestes, enfants impliqués (âge, relation avec l'enfant, etc.), niveau de coercition, nombre d'incidents, motivation, etc.
- ⊗ Reconnaissance de ses comportements sexuels problématiques.
- ⊗ Évaluation des fantasmes (idées, pensées, rêves en lien avec les comportements sexuels).
- ⊗ Connaissances sexuelles.
- ⊗ Sentiments concernant la sexualité.
- ⊗ Désir de changement.
- ⊗ Histoire de victimisation sexuelle, physique ou psychologique.
- ⊗ Témoin de violence conjugale.
- ⊗ Accessibilité à du matériel pornographique.
- ⊗ Limites et frontières dans le milieu de vie familial et milieu de vie actuel.
- ⊗ Niveau intellectuel.

22. ACJQ, Plan National de formation (PNF), *Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008, p. 83-84.

- ⊗ Problèmes psychiatriques.
- ⊗ Disponibilité de l'enfant à entreprendre un suivi thérapeutique.

### **La fratrie**

- ⊗ Implication dans les comportements sexuels.
- ⊗ Description des comportements sexuels problématiques: âge, relation avec l'enfant instigateur, types de comportement, nombre d'incidents, type de coercition, autres enfants présents, lieux, etc.
- ⊗ Sentiments en lien avec les comportements sexuels.
- ⊗ Histoire de victimisation.

### **Les parents**

- ⊗ Antécédents d'abus psychologiques, physiques et sexuels.
- ⊗ Délinquance sexuelle ou non sexuelle.
- ⊗ Histoire de santé mentale, criminalité, toxicomanie, alcoolisme.
- ⊗ Consommation de matériel pornographique.
- ⊗ Psychothérapies précédentes et actuelles.
- ⊗ Limites et frontières dans le milieu familial.
- ⊗ Réactions des parents lors de la découverte des comportements sexuels problématiques.
- ⊗ Sentiments à l'égard de l'enfant instigateur, des enfants impliqués.
- ⊗ Reconnaissance de la problématique (négation, amplification).
- ⊗ Volonté de s'engager dans une démarche.

Cette évaluation devrait permettre de<sup>23</sup> :

- ⊗ Cibler les forces à utiliser dans l'intervention.
- ⊗ Identifier les limites.
- ⊗ Cibler les apprentissages à faire.
- ⊗ Doser les défis.
- ⊗ Choisir les services appropriés selon les niveaux de gravité de la problématique.

23. Les finalités de l'évaluation des besoins sont les mêmes que celles identifiées dans le programme « Des racines et des ailes, un programme d'aide aux familles ». Voir les guides de soutien à la pratique pour les enfants 0-5 ans et les 6-11 ans et leurs parents: S. YOUNG, *Des racines et des ailes, un programme d'aide aux familles*, Montréal, CJM-IU, 2008.

Comme dans le cas de toutes autres problématiques évaluées à l'enfance au CJM-IU, cette évaluation permettra également d'obtenir un meilleur portrait sur :

- ④ Le niveau de motivation, de reconnaissance du problème, de mobilisation des parents.
- ④ Le développement de l'enfant (forces, difficultés, retards dans toutes sphères).
- ④ Les forces et difficultés personnelles des parents.
- ④ Les forces et difficultés personnelles du couple.
- ④ Les forces et difficultés au niveau du fonctionnement familial.
- ④ Les conditions de vie et les besoins en termes d'intégration sociale.
- ④ Les forces et difficultés du milieu.
- ④ Le niveau de gravité de la problématique.

### 3. **L'intervention spécialisée de l'intervenant psychosocial et de réadaptation**



Les évidences cliniques et scientifiques suggèrent que les enfants ayant des comportements sexuels problématiques sont à risque très faible de commettre des agressions sexuelles futures, et ce, spécialement si on leur fournit un traitement adéquat<sup>24</sup>.

L'intervention spécialisée est l'intervention psychosociale et de réadaptation dispensée par les intervenants du CJM-IU dans le cadre de leur suivi régulier et des différentes activités cliniques mises en place. L'intervention éducative en matière de sexualité en fait partie.

L'intervention éducative en matière de sexualité demeure une nécessité pour ces enfants et se complète avec des interventions plus générales et d'autres plus spécifiques. Parfois, une recrudescence des comportements sexuels peut s'observer, ce qui ne devrait pas mettre fin à l'intervention éducative, mais au contraire utiliser ces situations et poursuivre la démarche d'éducation sexuelle. Se

24. Tiré de: M. TOURIGNY, *Op. Cit.*

référer à la première partie du document dans laquelle l'intervention éducative et l'accompagnement en matière de sexualité sont décrits.

De façon générale, pour les enfants aux prises avec des comportements sexuels problématiques, il convient pour les intervenants d'intervenir rapidement sur les différents éléments qui suivent tout en tentant d'amener les parents à assumer ces rôles.

### 3.1 Transmission de valeurs en lien avec la sexualité

- ☞ Transmettre des valeurs et accompagner les parents et l'enfant à traduire ces valeurs à travers l'expression de la sexualité : Les valeurs à transmettre sont celles décrites dans la première partie du document : entre autres, la responsabilisation et le respect de soi et des autres, notamment le respect de l'intimité (voir pages 8 et 9).
- ☞ Expliquer pourquoi le comportement n'est pas approprié et doit changer : Situer l'enfant sur les comportements et attitudes à développer pour favoriser leur épanouissement comme enfant, se respecter et respecter les autres.
- ☞ Intervenir sans jugement envers l'enfant et les parents.

### 3.2 Aider l'enfant à adopter des comportements alternatifs

- ☞ Comprendre le sens des comportements : Les comportements sexuels problématiques adoptés par l'enfant répondent à des besoins qui vont au-delà de la curiosité sexuelle et de l'exploration sexuelle.
  - Besoin de soulager son anxiété.
  - Besoin d'exprimer sa colère.
  - Besoin de clarification relié à la confusion qu'il peut vivre en lien avec la sexualité.
  - Besoin d'entrer en contact.
  - Besoin d'affection ou d'attention.
  - Besoin d'exercer du pouvoir.
  - Besoin de satisfaire ses pulsions.
- ☞ Identifier les besoins auxquels tente de répondre l'enfant permet à l'adulte de cibler des comportements alternatifs et de l'aider à les adopter. Par exemple, pour un enfant qui vit de l'anxiété au coucher s'extériorisant par des comportements d'autostimulation intensive : lui raconter une histoire, favoriser la détente

avec de la musique, centrer son attention sur des scènes imaginaires, l'inviter à se voir comme un personnage, etc.

- ③ Faire de la prévention pour les situations plus à risque : Limiter les situations, les lieux et les objets utilisés par l'enfant pour agir ses comportements sexuels. Utiliser des rappels verbaux et visuels pour aider l'enfant à modifier ses comportements. Soutenir l'enfant à adopter les comportements alternatifs établis avec lui.
- ③ Encourager l'enfant à faire appel à vous lorsqu'il ressent le désir de s'engager dans des comportements sexuels problématiques : L'enfant doit sentir qu'il a du soutien et qu'il peut en parler à quelqu'un.

### **3.3 Supervision et encadrement de l'enfant**

- ③ Poser un interdit : Être clair sur les règles et sur les principes à la base de ces règles. Il importe de bien les expliquer à l'enfant.
- ③ S'entendre sur ce qui va être dit ou fait si jamais le comportement réapparaît.
- ③ Assurer une surveillance étroite, particulièrement dans les lieux d'intimité (toilette, chambre, etc.). Il est important de garder l'enfant à la vue dans les moments où il est en interaction avec d'autres enfants ainsi que dans les circonstances reconnues pour augmenter ses comportements sexuels.
- ③ S'assurer que l'enfant a une chambre individuelle, afin de l'aider à ne plus recommencer ses comportements.
- ③ Recadrer, répéter et intervenir avec constance : Il sera nécessaire de refaire plusieurs fois les mêmes interventions, le temps que l'enfant modifie ses comportements.
- ③ L'intervention auprès de l'enfant lorsque ce dernier adopte un comportement devrait comprendre les étapes suivantes.
  - Intervenir sur-le-champ et discrètement : Selon le geste posé par l'enfant (seul ou avec un autre enfant), un regard ou un signe peuvent lui signifier de cesser son comportement et lui faire comprendre que vous souhaitez lui parler en privé. Prendre à part l'enfant pour intervenir permet de ne pas exacerber ses sentiments de honte, de culpabilité.
  - Rappeler l'interdit à l'enfant.
  - Suggérer à l'enfant des comportements alternatifs (voir section précédente).

- Éviter d'envoyer l'enfant dans sa chambre dans le but de faire cesser le comportement, car il se retrouve seul avec sa confusion et son anxiété.
- Mettre en application les mesures préalablement décidées avec l'enfant (voir la section précédente).

### 3.4 Développer des habiletés sociales

- ⑤ Développer l'empathie: Développer sa capacité à se mettre à la place de l'autre et à tenir compte des émotions et des sentiments des autres permet à l'enfant d'être plus conscient des conséquences de ses comportements envers l'enfant impliqué et les membres de sa famille.
- ⑤ Lui apprendre à résoudre les conflits et à contrôler son impulsivité: Apprendre à l'enfant à acquérir un contrôle interne et à exprimer sa colère avec des mots constitue une alternative à l'utilisation de la sexualité pour exprimer ses sentiments.
- ⑤ Travailler le type de rapport à l'autre: L'enfant a besoin de développer des habiletés sociales et d'avoir du plaisir avec les autres enfants. Plus l'enfant sait comment entrer en contact avec les autres de façon appropriée et moins il sera sujet à utiliser la sexualité pour y parvenir.

### 3.5 Référence et collaboration avec les services de traitement spécialisé

- ⑤ Référer les enfants présentant des comportements sexuels problématiques à des services de traitement spécialisé: De façon plus spécifique, l'intervention spécialisée répondra de façon plus précise aux besoins de l'enfant selon le type de comportements sexuels problématiques adopté. Le traitement spécialisé s'adresse aux enfants, mais également à sa famille (voir la section 4 ci-dessous.).
- ⑤ Collaborer avec les services de traitement spécialisé afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des interventions effectuées auprès de l'enfant et de sa famille.

## **4. Le traitement spécialisé au Centre d'expertise Marie-Vincent**

---

Les enfants présentant des comportements sexuels problématiques peuvent être référés au Centre d'expertise Marie-Vincent. La clientèle visée par le CEMV est composée d'enfants de 12 ans et moins, ainsi que de leurs parents ou de l'adulte significatif (ex. : éducateur, famille d'accueil, etc.). Le centre offre des services d'évaluation des besoins et des services de traitement spécialisé pour les enfants victimes ou ayant des comportements sexuels problématiques (voir page 65). De l'aide thérapeutique est offerte à l'enfant accompagné de ses parents. Le centre offre également des services personnalisés (individuels ou de groupe).

Pour toute demande ou référence de la part d'un intervenant (personne autorisée), il s'agit de contacter le centre en téléphonant au 514 285-0505 et ce dernier sera dirigé vers la ressource appropriée pour la demande d'aide.

Une collaboration étroite entre le CJM-IU et le Centre d'expertise Marie-Vincent doit être en place pour chacune des familles afin de s'assurer de la cohérence et de la continuité de l'intervention.

## Conclusion

---

La démarche d'élaboration de ce guide de soutien à la pratique a permis de regrouper les principales informations concernant l'intervention éducative en matière de sexualité, d'abus sexuel et de comportements sexuels problématiques.

Nous avons aussi la préoccupation de faire les liens nécessaires avec les différents programmes et programmations déjà offerts ainsi qu'avec le processus clinique de l'établissement. Mais au-delà des activités cliniques, les attitudes des intervenants à l'égard de la clientèle demeurent un prérequis incontournable. Il faut être conscient que les propos, l'histoire, les comportements de la clientèle vont avoir un impact sur l'intervenant et certains ne se sentiront pas à l'aise d'intervenir. Ces problématiques étant très complexes, il convient de composer avec les valeurs et les limites de chacun. Pour les intervenants qui investiront ces problématiques, il est important qu'ils puissent être bien encadrés et soutenus par des personnes compétentes leur permettant de ventiler, d'objectiver, d'échanger ainsi que de développer leurs compétences.

Le développement de cette pratique clinique demandera une capacité de remettre en question nos interventions, de revoir la dispensation des services et de travailler davantage en collaboration avec les partenaires ayant développé une expertise en abus sexuel.

Nous croyons que ce guide de soutien à la pratique sera utile aux intervenants qui auront à accompagner des enfants et leur famille aux prises avec une problématique d'abus sexuel ou de comportements sexuels problématiques.

# ANNEXE 1

## Tableau synthèse du développement global des enfants<sup>1</sup>

Le tableau suivant constitue une synthèse des principaux défis que l'enfant rencontre dans son développement. Nous vous référons au document *Du plus petit au plus grand!* pour de plus amples renseignements sur les différentes sphères du développement des enfants.

<p><b>De la naissance à 9 mois</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Tisser des liens affectifs avec les parents : s'attacher.</li><li>➤ Découvrir son corps, son environnement.</li><li>➤ Régulariser son rythme biologique.</li></ul> <p><b>De 9 à 18 mois</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Marcher.</li><li>➤ Commencer à développer le langage.</li><li>➤ Commencer à manger seul.</li></ul> <p><b>De 18 à 36 mois</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Acquérir la propreté.</li><li>➤ Développer son langage.</li><li>➤ Progresser au niveau de la motricité : courir, sauter, s'habiller seul, descendre l'escalier, tenir un crayon.</li><li>➤ Jouer à côté d'autres enfants.</li><li>➤ Apprendre qu'il y a des limites aux comportements d'opposition.</li><li>➤ Apprendre à goûter des aliments variés.</li></ul> <p><b>De 3 à 6 ans</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ S'identifier au parent du même sexe.</li><li>➤ Intégrer les premiers codes moraux (bien, mal).</li><li>➤ Participer aux premiers jeux collectifs.</li></ul> <p><b>De 6 à 8 ans</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Faire l'expérience de la camaraderie, des compagnons de jeu et du travail scolaire.</li><li>➤ Apprendre à se conformer aux règles familiales et sociales : discipline.</li><li>➤ Apprendre à différencier jeu et travail.</li><li>➤ Se détacher du milieu familial pour vivre l'expérience d'un nouvel environnement.</li><li>➤ Développer un style d'apprentissage.</li><li>➤ Développer la pensée réversible.</li><li>➤ Devenir capable de collaborer (moins égocentrique).</li></ul>	<p><b>De 8 à 10 ans</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Développer une autodiscipline : effectuer des choix, prendre des décisions.</li><li>➤ Appréhender plus réalistement les données de la vie quotidienne.</li><li>➤ Comprendre les règles et participer à l'élaboration de certaines d'entre elles.</li><li>➤ Accorder plus d'importance à l'autoévaluation qu'à l'évaluation et au jugement d'autrui ; développer sa confiance en soi, son autonomie, son estime personnelle et sa créativité.</li><li>➤ Apprendre à apprendre.</li><li>➤ Identifier ses forces, ses difficultés, ses moyens personnels pour solutionner les problèmes.</li><li>➤ Apprendre à s'associer et à participer activement dans les différents groupes fréquentés.</li><li>➤ Découvrir comment fonctionnent les choses et les systèmes environnants.</li><li>➤ Apprendre à supporter les frustrations et les délais.</li></ul> <p><b>De 10 à 12 ans</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Apprivoiser la puberté.</li><li>➤ Affirmer son identité de fille, de garçon.</li><li>➤ Améliorer son attention, sa concentration, sa mémoire, sa méthode de travail.</li><li>➤ Faire le lien entre les différents apprentissages scolaires et avec les réalités de la vie.</li></ul>
---	---

1. S. YOUNG, *Op.Cit.*

## ANNEXE 2

### État de stress post-traumatique<sup>2</sup>

---

1. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
  - a) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou encore durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée;
  - b) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
2. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
  - a) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées et des perceptions. N.B. : Chez les jeunes enfants, il peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme;
  - b) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable;
  - c) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs [flash-back], y compris ceux qui surviennent au cours d'une intoxication). N.B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir;
  - d) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause;
  - e) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

---

2. MSSS, *Guide d'intervention médicosociale. Les agressions sexuelles: Stop*, Québec, MSSS, 2001, p. 19-20.

3. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
  - a) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;
  - b) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
  - c) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme ;
  - d) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
  - e) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
  - f) Restriction des affects (ex. : incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;
  - g) Sentiment d'avenir « bouché » (ex. : pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).
4. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
  - a) Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.
  - b) Irritabilité ou accès de colère ;
  - c) Difficulté de concentration ;
  - d) Hypervigilance ;
  - e) Réaction de sursaut exagérée.
5. La perturbation (symptômes 2, 3C, 4) dure plus d'un mois.
6. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

L'état de stress post-traumatique est « chronique » si la durée des symptômes est de trois mois ou plus. Il est « à survenue différée » si l'apparition des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

## ANNEXE 3

### Partenaires

Nous avons fait un inventaire des partenaires potentiels. Il se peut que cet inventaire ne soit pas exhaustif. Il pourra toujours être complété au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

#### Centre d'expertise Marie-Vincent

Clientèle	Enfants victimes d'agressions sexuelles ou présentant des comportements sexuels problématiques, âgés de 12 ans et moins et leur parent non-agresseur.
Services offerts	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Services personnalisés.</li><li>➤ Services d'évaluation des besoins des enfants, parents ou famille.</li><li>➤ Services de traitements (individuels ou de groupe) pour les enfants victimes d'agression sexuelle ou ayant des comportements sexuels problématiques.</li></ul> <p>Services personnalisés pour soutenir les parents suite au dévoilement d'une agression sexuelle de l'enfant : identification des besoins, information, soutien, intervention téléphonique, références personnalisées, accompagnement dans les démarches.</p> <p>Traitement individuel pour les enfants abusés. Traitement individuel ou de groupe pour les enfants présentant des comportements sexuels problématiques.</p> <p>Téléphone: 514 285-0505</p>

#### Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)

Clientèle	Personne qui est blessée directement ou à l'occasion de la perpétration d'un acte criminel ou aux personnes à charge de la victime, si celle-ci meurt.
Services offerts	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Indemnisation pour soins médicaux, psychologiques ou matériels.</li><li>➤ Indemnisation monétaire, si lésions graves.</li><li>➤ À l'âge de 18 ans - réévaluation pour les séquelles permanentes.</li><li>➤ Demande d'indemnisation jusqu'à un an après l'apparition des séquelles.</li><li>➤ Suivi psychologique; après 10 séances de traitement, il doit y avoir un rapport qui détermine la poursuite ou non de ceux-ci.</li><li>➤ Il y a évaluation des besoins, après 20 à 25 semaines de traitement, jusqu'à un maximum de 52 semaines.</li><li>➤ Dans les situations urgentes, envoyer la demande par fax et une réponse suivra dans les deux à trois jours.</li></ul>
	<p>Commentaires:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Pour avoir des services, la preuve de l'existence d'un acte criminel doit être prépondérante et non hors de tout doute raisonnable. La preuve est généralement confirmée par des documents (rapports policiers, jugements des tribunaux, entente volontaire, etc.) qui démontre la vraisemblance de l'agression.</li><li>➤ La demande à l'IVAC peut être acceptée même si l'agresseur est acquitté, inconnu ou si la victime n'a pas porté plainte.</li></ul>

	<p>L'intervenant responsable du dossier doit faire un rapport, sur papier à en-tête du CJM-IU, décrivant de façon détaillée les réactions de l'enfant suite à l'événement (peurs, cauchemars, insécurité, repliement sur soi, etc.). Un rapport d'une page est suffisant.</p> <p>Site Internet: <a href="http://www.ivac.qc.ca">www.ivac.qc.ca</a> Téléphone: 514 906-3019</p>
--	--

## Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

Clientèle	Victimes et leurs proches.
Services offerts	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Services de soutien aux victimes et à leurs proches.</li> <li>➤ Service d'accompagnement lors de démarches auprès d'organismes privés et publics ainsi qu'à la Cour.</li> <li>➤ Services d'orientation vers les ressources médicales, juridiques et communautaires appropriées.</li> </ul> <p>Téléphone: 1 866 532-2822</p>

## Centre de prévention et d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle (CPIVAS)

Clientèle	Femmes, hommes.
Services offerts	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aide téléphonique, 5 jours/semaine, de 9 h à 17 h.</li> <li>➤ Aide individuelle.</li> <li>➤ Groupes de soutien: pour femmes ayant vécu l'inceste, pour femmes ayant subi une agression sexuelle.</li> <li>➤ Groupes d'entraide pour parents non-abuseurs.</li> <li>➤ Groupe pour filles (14 ans et plus) ayant subi une agression sexuelle.</li> <li>➤ Atelier d'autodéfense pour femmes.</li> <li>➤ Atelier de sexualité pour femmes.</li> <li>➤ Programme de prévention dans les écoles et dans les organismes jeunesse.</li> <li>➤ Conférences.</li> <li>➤ Formation.</li> </ul> <p>Téléphone: 450 669-9053 Télécopieur: 450 669-1658 Adresse postale: C.P. 27543, franchise Pont-Viau, Laval (Québec) H7G 4Y2 Site Internet: <a href="http://www.cliquesurtoi.com/cpivas/contact.html">www.cliquesurtoi.com/cpivas/contact.html</a></p>

## Centre d'entraide et de traitement en abus sexuels (C.E.T.A.S.) (dessert principalement les Laurentides, mais accepte des clients hors territoire)

Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Garçons, filles, jeunes ou adultes.</li> <li>➤ Victimes durant l'enfance ou l'adolescence.</li> <li>➤ Parents d'enfants victimes.</li> <li>➤ Parents de jeunes agresseurs.</li> <li>➤ Agresseurs adultes ou adolescents.</li> <li>➤ Conjointes d'adultes agresseurs.</li> </ul>
Services offerts	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Une rencontre d'évaluation des besoins.</li> <li>➤ Groupes avec programmes spécifiques.</li> <li>➤ Rencontres individuelles.</li> <li>➤ Approches cognitivo-comportementale et systémique.</li> </ul> <p>Enfants victimes : Évaluation des séquelles et programme de traitement de groupe de 20 semaines ou en individuel.</p> <p>Adolescents victimes : Évaluation des séquelles et programme de groupe de 45 semaines ou en individuel.</p> <p>Adultes agressés : Évaluation des séquelles et programme de groupe de 45 semaines.</p> <p>Agresseurs adolescents : Évaluation aux fins de traitement, évaluation psychosexuelle, programme de groupe de 45 semaines.</p> <p>Agresseurs adultes : Évaluation complète, évaluation psychosexuelle, programme de sensibilisation de groupe de 10 rencontres, programme de groupe de 50 rencontres.</p> <p>Mères et conjointes : Évaluation des séquelles suite au dévoilement, programme de 10 semaines.</p> <p>Frais selon les programmes pour les agresseurs. Pour les victimes, une contribution minimale.</p> <p>Site Internet : <a href="http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca">www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca</a> Téléphone : 514 933-9007, 1 888 933-9007</p>

## Parents-Unis Repentigny (secteur de Lanaudière)

Clientèle	<p>Toute personne qui a été victime d'abus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfant victime d'abus.</li> <li>➤ Enfant ayant des comportements sexuels problématiques.</li> <li>➤ Adolescent victime.</li> <li>➤ Parents d'enfant abusé.</li> <li>➤ Parents d'adolescent agresseur.</li> <li>➤ Adolescent agresseur.</li> <li>➤ Adulte agresseur.</li> </ul>
-----------	--

Services offerts	<p>Entraide :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Accueil téléphonique.</li> <li>➤ Marrainage/parrainage.</li> <li>➤ Accompagnement judiciaire.</li> <li>➤ Assistance IVAC.</li> </ul> <p>Prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Publication de matériel préventif et ateliers.</li> <li>➤ Traitement pour abus, CSP, agressions.</li> <li>➤ Groupes d'intervention et de support pour enfants et adolescents (entre 17 et 21 rencontres).</li> <li>➤ Groupe adolescents et adultes agresseurs, garçons (36 rencontres).</li> <li>➤ Groupe de parents non-agresseurs.</li> </ul> <p>Frais :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Thérapie pour enfants et adolescents gratuite.</li> <li>➤ Thérapie pour les adultes, des frais de 25 \$ + 1 \$ pour chaque tranche de 1 000 \$ de revenus (rapport d'impôt provincial/fédéral).</li> </ul> <p>Des frais sont aussi exigés si la personne est de l'extérieur du secteur de Lanaudière.</p> <p>Téléphone: 450 755-6755 ou 1 800 229-1152, poste 2923</p>
------------------	---

## Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal

Clientèle	Victimes adultes d'agression sexuelle récente ou passée.
Services offerts	<p>Service d'écoute pour toutes problématiques récentes ou passées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 24 h par jour, 7 jours par semaine.</li> <li>➤ Gratuit.</li> <li>➤ Thérapie de 20 rencontres, soins médicaux, suivi des proches.</li> </ul> <p>Téléphone: 514 934-0354 Courriel: cvasm@videotron.ca</p>

## Trêve pour elles

Clientèle	Femmes.
Services offerts	<p>Centre d'aide et de prévention des agressions à caractère sexuel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lutte: dénonciation, participation à l'organisation d'événements.</li> <li>➤ Aide directe.</li> <li>➤ Écoute téléphonique, rencontres d'information, suivi individuel, de groupe, références.</li> <li>➤ Prévention.</li> <li>➤ Programme J'AVISE (jeunes en action contre la violence sexuelle).</li> <li>➤ Animation.</li> <li>➤ Formation.</li> </ul> <p>Gratuit. Téléphone: 514 251-0323</p>

## Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal

### Centres désignés pour l'intervention médicosociale

#### CSSS de la Montagne, CLSC Métro

Clientèle	Femmes, hommes, 18 ans et plus, anglais, français.
Services offerts	Soins médicaux, suivi psychosocial: ► Lundi au vendredi, 8 h à 17 h. Téléphone: 514 934-0354

#### Hôpital Général de Montréal, CUSM

Clientèle	Femmes, hommes, 18 ans et plus, anglais.
Services offerts	Soins médicaux, suivi psychosocial: ► Lundi au vendredi, 17 h à 8 h, et 24 h durant fin de semaine et jours fériés. Téléphone: 514 934-8090

#### Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, CHUM

Clientèle	Femmes, hommes, 18 ans et plus, français.
Services offerts	Intervention de crise, suivi médical, suivi psychosocial: ► 24 h par jour, 7 jours par semaine.. Téléphone: 514 890-8100 (intervenant de garde), 514 890-8159 (urgence)

#### Hôpital de Montréal pour enfants, CUSM

Clientèle	Enfants, adolescents, anglais.
Services offerts	Clinique: ► Urgence 24 h par jour. Téléphone: 514 412-4481 (clinique), 514 412-4499 (urgence)

#### Centre hospitalier Sainte-Justine, CHUM

Clientèle	Enfants, adolescents, français.
Services offerts	Clinique: ► Urgence 24 h par jour. Téléphone: 514 345-4721 (clinique adolescents) 514 345-4866 (clinique enfants) 514 345-4611 (urgence)

## Centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS)

Clientèle jeunesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adolescent(e)s sous la responsabilité ou non des services sociaux qui présentent des comportements sexuels délinquants.</li> <li>➤ Adolescent(e)s aux prises avec une fantasmagie sexuelle inadéquate et qui n'ont pas passé à l'acte.</li> <li>➤ Adolescent(e)s présentant certains risques de passage à l'acte.</li> <li>➤ Adolescent(e)s présentant certains risques de passage à l'acte sexuel inadéquat.</li> <li>➤ Critères d'exclusion : déficience intellectuelle, troubles de santé mentale sévères et persistants, troubles d'identité et d'orientation sexuelle non accompagnés d'une délinquance sexuelle.</li> </ul>
Services offerts	<p>Aide thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le jour et le soir en semaine.</li> <li>➤ Gratuit pour notre clientèle.</li> <li>➤ Collecte de données, 3 rencontres d'une heure.</li> <li>➤ Démarche thérapeutique de 30 rencontres d'une heure.</li> <li>➤ Expertise sexologique.</li> </ul> <p>Téléphone: 450 967-3941 Courriel: cids@videotron.ca</p>
Clientèle adulte	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Femmes, hommes, anglais, français.</li> <li>➤ Adultes sous la responsabilité des services correctionnels québécois seulement ou qui ne sont pas sous l'emprise judiciaire.</li> <li>➤ Adultes qui présentent des comportements sexuels délinquants.</li> <li>➤ Adultes aux prises avec une fantasmagie sexuelle inadéquate et qui n'ont pas passé à l'acte.</li> </ul>
Services offerts	<p>Aide thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le jour et le soir en semaine.</li> <li>➤ Entre 10 \$ et 30 \$ selon le revenu.</li> <li>➤ Collecte de données.</li> <li>➤ Groupe de sensibilisation à la délinquance sexuelle, 13 semaines, rencontres de 2 heures.</li> <li>➤ Traitement de groupe (fermé), 27 semaines, 2 h 30 par rencontre.</li> <li>➤ Traitement individuel, 25 semaines, 1 heure par rencontre.</li> </ul> <p>Téléphone: 450 967-3941 Courriel: cids@videotron.ca</p>

## Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM)

Clientèle adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adolescents âgés entre 12 et 17 ans.</li> <li>➤ Adolescents ayant commis un abus sexuel ou présentant une fantasmagie sexuelle déviante. Il doit présenter une reconnaissance minimale des actes sexuels qui lui sont reprochés.</li> </ul>
Services offerts	<p>Services offerts en externe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Évaluation : diagnostic et recommandations.</li> <li>➤ Traitement : thérapie de groupe, thérapie individuelle, intervention familiale, pharmacothérapie.</li> <li>➤ Consultation clinique auprès des intervenants.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Formation.</li> <li>➤ Enseignement, recherche.</li> </ul> <p>Geneviève Martel: Téléphone: 514 328-7800, poste 223</p> <p>Responsable de la clinique, Dr Robert Quenneville: Téléphone: 514 328-7800</p>
Clientèle adulte	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Femmes, hommes.</li> <li>➤ Adultes ayant commis un abus sexuel ou présentant une fantasmagie sexuelle déviante. Il doit présenter une reconnaissance minimale des actes sexuels qui lui sont reprochés. S'il y a des accusations devant la Cour criminelle, le verdict de culpabilité doit avoir été enregistré. Le traitement débute une fois la sentence rendue.</li> </ul>
Services offerts	<p>Approche de groupe ou individuelle. Prévention de la rechute.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Services de consultation.</li> <li>➤ Services d'évaluation.</li> <li>➤ Traitement: habiletés sociales, éducation sexuelle, traitement pharmacologique.</li> <li>➤ Entrevue de couple ou familiale.</li> </ul> <p>Martine Côté ou Nicole Perron: Téléphone: 514 328-7800, poste 231</p>

## Centre de ressources et d'intervention pour hommes abusés sexuellement dans leur enfance (CRIPHASE)

Clientèle	Hommes âgés de 18 ans et plus ayant vécu l'abus sexuel dans l'enfance.
Services offerts	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Soutien individuel.</li> <li>➤ Soutien de groupe, 10 rencontres de 3 heures.</li> <li>➤ Frais symbolique.</li> </ul> <p>Téléphone: 514 529-5567 Courriel: info@criphase.org Site Internet: www.criphase.org</p>

## Groupe Amorce

Clientèle	<p>Groupe d'entraide et de thérapie pour hommes aux prises avec une problématique de pédophilie, d'inceste ou de tout autre comportement sexuel déviant envers les personnes d'âge mineur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adultes référés par des organismes sociaux ou médicaux.</li> <li>➤ Adultes sous la responsabilité des services correctionnels du Québec.</li> </ul>
Services offerts	<p>Expertise sexologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Réunions de groupe d'entraide hebdomadaires.</li> <li>➤ Contact avec d'autres individus.</li> <li>➤ Support professionnel visant à rendre le client responsable de sa démarche et à dépasser les stigmates sociaux tout en brisant l'isolement.</li> <li>➤ Démarche thérapeutique reconnue vers le contrôle de la déviance sexuelle.</li> </ul> <p>Téléphone: 514 355-8064 Courriel: groupeamorce@videotron.ca</p>

## Références bibliographiques

---

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSES DU QUÉBEC (ACJQ), *Plan National de formation (PNF), Module 203 : Abus sexuels : évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008.

ACJQ, *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*, Montréal, ACJQ, 2000.

ACJQ. *Un sommet du Québec pour toute la jeunesse... et celle en très grande détresse*, Montréal, Association des Centres jeunesse du Québec, 2000.

ARSENAULT, A., et M. FORTIN. *Sexualité infantile... Jeu ou agression ? Guide sur la sexualité infantile et la prévention de la violence à l'égard des enfants*, Repentigny, Québec, Parents-Unis Repentigny, 1996 et 1998.

ASSOCIATION FOR THE TREATMENT OF SEXUAL ABUSERS (ATSA). *Report of the task force on children with sexual behavior problems*, 2006.

BONNER, B. L., C.E WALKER et L. BERLINER. *Final Report on Children with Sexual Behavior Problems: Assessment and Treatment, Office of Child Abuse and Neglect*, Department of Health and Human Services, Washington, 1999

BURTON D, A. NESMITH, L. BADTEN L. « Clinician's view of sexually aggressive children: A theoretical exploration », *Child Abuse & Neglect*, 21, p. 157–175, 1997, dans M. Tourigny *Synthèse des connaissances et des interventions retenues comme des « best practice » en matière d'évaluation et de traitement des enfants présentant des comportements sexuels problématiques et leurs parents*. [Texte rédigé pour le rapport du mandat 4.7 du CJM-IU adopté le 11 décembre 2007], Montréal, CJM-IU, 2007.

CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE. *Grandir en paix, sans crainte ni coup. Programme d'intervention en violence familiale*, Longueuil, Centre jeunesse de la Montérégie, 2007.

DAMON L., W.H. DAVIES, A. GRAY et J. WRIGHT. « Child sexual behavior inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons », *Child Maltreatment*, 6, 1, 37-49, 2001

DESAULNIERS, M.-P. « La place des valeurs en éducation sexuelle », *Apprentissage et socialisation*, vol. 11, n° 1, 1998.

DUROCHER, L. *Guide de réflexion et d'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2001.

DUROCHER, L., et S. YOUNG. *Guide de réflexion et d'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2001.

DUROCHER, L. et A. STOICA. *L'impact de la culture sur l'identité et la sexualité*, Montréal, Actes des journées professionnelles du Conseil multidisciplinaire du CJM-IU, 2009.

FINKELHOR, D. *Child sexual abuse* (chap. 5), New York, Free Press, 1984.

FINKELHOR, D., et A. BROWNE. « The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization », *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541, 1985, dans ACJQ, *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*, Montréal, ACJQ, 2000.

FRIEDRICH, W. N. « Individual Psychotherapy for Child Abuse Victims », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 3 (4), 791-812, 1994.

FRIEDRICH, W. N. et W.J. LUECKE. « Young school-age sexually aggressive children », *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 2, 155-164, 1988.

GIL E. et T. C. JOHNSON. *Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children who molest*, Rockville, MD: Launch Press, 1993.

GRAY, A., A. BUSCONI, P. HOUCHENS et W. D. PITHERS. « Children with sexual behavior problems and their caregivers: demographics functioning and clinical patterns », *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 4, 267-290, 1997.

HALL, D. K, F. MATHEWS et J. PEARCE, J. « Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology », *Child Abuse and Neglect*, 26, 289-312, 2002.

HÉBERT, M., A.-C. SIMONEAU et M.-J. BERNIER. *Synthèse de la revue de littérature « Les interventions offertes aux enfants victimes d'agression sexuelle: identification des pratiques exemplaires »* (extrait du rapport du mandat 4.7), Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2007.

HOYLE, S. G. *The sexualized child in foster care: A guide for parents and other professionals*, Washington, DC: CWLA Press, 2000.

- IASENZA, I. *Guide de soutien à la pratique en abus physique*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2008.
- JENSEN, T. K., W. GULBRANDSEN, S. MOSSIGE, S. REICHELDT et O.A.TJERSLAND. Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29(12),1395-1413, 2005
- JOHNSON, T. C. « Female child perpetrators-Children who molest other children : Preliminary finding », *Child Abuse and Neglect*, 13, 371-585, 1989.
- JOHNSON, T. C. « Child perpetrators-Children who molest other children : Preliminary findings », *Child Abuse and Neglect*, 12, 219-229, 1988.
- LEBEAU, T. *Sentiers : un cahier de travaux pratiques pour les jeunes en traitement*, Repentigny, Québec, Parents-Unis Repentigny, 1993.
- LEPAGE J., M.TOURIGNY, R. PAUZÉ, P. MCDUFF ET M. CYR. « Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les services québécois de protection de l'enfance : facteurs associés » in *Sexologies*, *Sexologies*, Volume 19, Issue 2, p. 119-126, 2010
- MIAN M., P. MARTIN et D. LEBARON. « The effects of sexual abuse on 3- to 5-year-old girls », *Child Abuse and Neglect*, vol. 20, n°8, pp. 731-745, 1996.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, Québec, MSSS, 1998.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec, MSSS, 2001.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Guide d'intervention médicosociale. Les agressions sexuelles : Stop*, Québec, MSSS, 2001.
- PAUZÉ, R. et J. MERCIER. *Les agressions sexuelles à l'égard des enfants*. Montréal, Les Éditions Saint-Martin, 1994.
- PITHERS, W. D., et A. GRAY, « The other half of the story: Children with sexual behavior problems », *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 200-217, 1998.
- PITHERS, W. D., A. GRAY, A. BUSCONI et P.HOUCHENS. « Caregivers of children with sexual behavior problems : Psychological and familial functioning », *Child Abuse and Neglect*, 22, 2, 129-141, 1998.

QUÉBEC. *Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1, art. 38d, à jour au 12 janvier 2010*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, c2007.

ROBERT, J. *Parlez-leur d'amour et de sexualité*, Montréal, Éditions de l'Homme, 1999.

RYAN, G. « Victim to victimizer: Rethinking victim treatment », *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 325-341, 1989.

RYCUS, J.-S., et R.-C. HUGHES. *Guide terrain pour le bien-être des enfants*, tome 1, Montréal, Éditions Sciences et culture, 2005.

SAINT-PIERRE, F., et M.-F. VIAU. *Que savoir sur la sexualité de mon enfant*, Montréal, Éditions du CHU Ste-Justine, 2008.

THOMPSON, R. W., K. AUTHIER, et P. Ruma. « Behavior problems of sexually abused children in foster care: A preliminary study », *Journal of Child Sexual Abuse*, 3(4) 79-91, 1994.

TREMBLAY, C., et M. GAGNON. *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques*, Les Centres jeunesse de Lanaudière, 2002.

TREMBLAY, C., M. GAGNON, V. DORAIS, H. BÉGIN, M.-A. BOSSÉ et I. BEAULIEU. « *Haut les voiles!* » *Programme d'éducation à la sexualité destiné aux enfants en difficulté âgés de 6 à 12 ans*, Québec, Les Centres jeunesse de Lanaudière, 2007.

TREMBLAY, C., M. GAGNON, V. DORAIS, H. BÉGIN, M.-A. BOSSÉ et I. BEAULIEU. « *Haut les voiles!* » : *Programme d'éducation à la sexualité destiné aux enfants en difficulté de 6 à 12 ans, Guide de formation destiné aux éducateurs et aux psychoéducateurs*, Québec, Les Centres jeunesse de Lanaudière, 2007.

TOURIGNY, M. (1991). « Rapport concernant la littérature scientifique sur l'incidence, les facteurs de risque et les programmes de prévention des abus sexuels envers les enfants ». Étude présentée au Gouvernement du Québec pour les jeunes, ministère de la Santé et des Services sociaux [Rapport Bouchard], Québec, *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du Groupe de travail, 1991, dans ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSES DU QUÉBEC (ACJQ), Plan National de formation (PNF), *Module 203: Abus sexuels: évaluation et orientation*, Montréal, ACJQ, 2008.

TOURIGNY M. *Synthèse des connaissances et des interventions retenues comme des « best practice » en matière d'évaluation et de traitement des enfants présentant des comportements sexuels problématiques et leurs parents*. [Texte rédigé pour le rapport du

mandat 4.7 du CJM-IU adopté le 11 décembre 2007], Montréal, CJM-IU, 2007.

WRIGHT, J., J. BOUCHER, J.-Y. FRAPPIER, T. LEBEAU, T. et S. SABOURIN. *The incidence of child sexual abuse in Quebec*, conférence présenté à la 4th International Family Violence Research Conference, Durham, NH: University of the New Hampshire, 1997, dans ACJQ, *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*, Montréal, ACJQ, 2000.

WRIGHT J., Y. LUSSIER, S. SABOURIN et A. PERRON. « L'abus sexuel à l'endroit des enfants », dans E. Habimana, L. Éthier, D. Petot et M. Tousignant (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative*, Gaëtan Morin Éditeur, 1999.

YOUNG, S. *Du plus petit au plus grand! Outil de soutien à l'observation et à l'accompagnement des enfants de 0 à 18 ans*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire, 2004.

YOUNG, S. *Guide de soutien à la pratique pour les enfants 0-5 ans et leurs parents : Des racines et des ailes, un programme d'aide aux familles* Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2008.

YOUNG, S. *Rapport mandat 4.7 : Évaluation des besoins de services en matière d'abus sexuel et modalités de distribution et d'organisation de services en abus sexuel en lien avec la mise sur pied du Centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2007.





Centre jeunesse  
de Montréal  
Institut universitaire

