

ÉTUDE DE L'ESTIME DE SOI ET DE L'ATTRIBUTION DU CONTRÔLE AUPRÈS DE PÉDOPHILES QUI NIENT OU ADMETTENT LEUR DÉLIT

Geneviève M. Martin¹, Monique Tardif²

Résumé

L'objectif de la présente étude consistait à vérifier s'il existe une association entre le niveau de déni employé par les pédophiles relativement à leurs délits sexuels et la propension à attribuer à des facteurs externes la responsabilité de ce qui survient dans leur vie. Un autre objectif consistait à vérifier si, dans un registre défensif, le recours au déni avait pour effet d'augmenter le niveau d'estime de soi chez les pédophiles. Quarante pédophiles recrutés dans quatre centres traitant des agresseurs sexuels ont participé à l'étude. Le déni a été évalué à l'aide des données relatives aux délits perpétrés contenues dans les dossiers clients et des résultats obtenus à la *Grille du Déni et de la Minimisation* de McKibben, Aubut et Dassylva (1995). Un instrument standardisé a été utilisé afin de mesurer l'attribution du contrôle (Craig, Franklin, & Andrews, 1984/2004) et un autre, pour évaluer l'estime de soi (Coopersmith, 1967/1984). Une analyse corrélacionnelle a été effectuée afin de vérifier l'hypothèse suggérant une association entre un niveau élevé de déni, une attribution externe du contrôle et un niveau d'estime de soi élevé. Une association négative significative a été trouvée entre les variables d'attribution externe du contrôle et d'estime de soi, $r(n = 40) = -0.48, p < 0.001$. Ainsi, la tendance des pédophiles à s'attribuer la responsabilité des actes délictuels dont ils sont les auteurs est accompagnée d'un sentiment d'estime de soi élevé. En s'appuyant sur la théorie de la gestion de la terreur (Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, 1986), le pédophile qui accepterait sa responsabilité pour les agressions sexuelles commises reconnaîtrait

non seulement qu'il existe des normes culturelles qui déterminent les comportements socialement acceptés, mais qu'il les a transgressées. Cette reconnaissance devrait augmenter son sentiment d'estime de soi selon la théorie de Greenberg et al. (1986). La participation à un programme de traitement pourrait augmenter et maintenir le sentiment d'estime de soi en donnant l'impression de racheter le pardon et de respecter les normes socialement admises. Les résultats ont aussi démontré la présence importante de déni chez tous les pédophiles de l'étude. Le déni n'est toutefois pas associé significativement à l'attribution du contrôle ou à l'estime de soi.

Introduction

Les humains diffèrent considérablement dans leur façon de réagir aux événements de la vie. Certains ont tendance à faire face à la réalité des situations qui se présentent à eux, alors que d'autres refusent de reconnaître des aspects de cette réalité. Ces derniers ont alors recours à des mécanismes de défense qui leur permettent de gérer les situations difficiles tout en maintenant un équilibre émotionnel et psychologique. Un des mécanismes fréquemment utilisés est le déni, c'est-à-dire la tendance à ne pas divulguer la vérité dans des circonstances hostiles où il apparaît plus profitable de nier (Rogers & Dickey, 1991). Cette tendance est observable dans la population générale, mais aussi dans des groupes plus marginaux, tels que les agresseurs sexuels d'enfants. Il semble en effet que la grande majorité des pédophiles nient certains aspects ou tous les aspects relatifs au délit sexuel qu'ils ont commis (Marshall, 1994). La fonction principale du déni, chez ces derniers, consiste à minimiser les effets négatifs pouvant être liés aux actes délictuels et au fait de se reconnaître pédophile (Baldwin & Roys, 1998; Birgisson, 1996; Laflen & Sturm, 1994; Lord & Willmot, 2004; McKibben, 1999; O'Donohue & Letourneau, 1993). Le recours au déni servirait par exemple à éviter l'opinion hostile des proches et de la communauté par rapport aux actes d'agression sexuelle, ainsi qu'à atténuer ou éviter les atteintes à l'estime de soi pouvant être provoquées par la reconnaissance du tort causé à la victime. La présente étude avait pour objectif principal de vérifier le niveau d'utilisation du déni par les

pédophiles. Un deuxième objectif consistait à déterminer si le déni est associé à une tendance à attribuer les causes des événements de la vie à des facteurs externes et à une estime de soi élevée.

Une étude de Baldwin et Roys (1998) a montré que les deux tiers des pédophiles incarcérés nient avoir commis les délits pour lesquels ils ont été déclarés coupables. Les auteurs affirment que ces pourcentages sont similaires chez les pédophiles traités en centres de traitement spécialisés, en milieu ouvert. Selon Marshall (1994), le déni, chez cette population, consiste en une réponse défensive aux actes délictuels. Nous devons donc nous attendre à ce que la très grande majorité des pédophiles qui n'ont pas complété un programme de traitement pour agression sexuelle ait recours au déni. Malgré un taux de prévalence élevé (entre 63% et 67% ; Baldwin & Roys, 1998; Marshall, 1994) du déni chez les auteurs de délits sexuels et l'influence de ce facteur sur l'évolution favorable du client dans son traitement, peu d'études empiriques ont été faites auprès d'agresseurs sexuels.

Le déni est généralement décrit comme un mécanisme de défense activé spécifiquement en réponse aux actes d'agression sexuelle (Birgisson, 1996; Laflen & Sturm, 1994; McKibben, 1999). Celui-ci comporte des dimensions (ex. : les faits, les conséquences sur la victime, etc.) pouvant ou non être corrélées entre elles (Barbaree, 1991; McKibben, 1999; Pollock & Hashmall, 1991; Salter, 1988). Cette conception du déni semble plus ou moins juste, car le déni pourrait être une caractéristique générale de la personnalité du pédophile. Le déni pourrait en effet être associé à un trait de personnalité plus large d'attribution externe du contrôle pour l'ensemble des événements de la vie. Cette tendance du pédophile à rattacher le contrôle des événements de sa vie à des facteurs externes a été mesurée empiriquement et a fait l'objet de thérapies axées sur la prévention de la récidive (Fisher, Beech, & Browne, 1998; Marsa et al., 2004; Parton & Day, 2002). Ces thérapies ont notamment pour objectif d'amener l'agresseur sexuel à contrôler ses comportements d'agression sexuelle. Le déni est également associé à l'estime de soi, car il offre une certaine

défense contre les fluctuations négatives de ce sentiment (Lord & Willmot, 2004; McKibben, 1999; O'Donohue & Letourneau, 1993; Pithers, Beal, Armstrong, & Petty, 1989). L'utilisation du déni a en quelque sorte pour effet d'éviter au pédophile la confrontation à certains aspects de ses actes d'agression sexuelle (Barbaree, 1991; Happel & Auffrey, 1995; Nugent & Kroner, 1996; Schlank & Shaw, 1996). Ce détachement lui permet de préserver son estime de soi à un niveau plus ou moins stable. À ce jour, le déni a été très peu étudié empiriquement chez les pédophiles. De plus, aucune étude n'a porté sur l'association du déni à l'attribution du contrôle et à l'estime de soi. Dans le cadre de la présente étude, nous avons testé l'hypothèse que les pédophiles ayant tendance à nier présentent une attribution externe du contrôle et une estime de soi élevée. Au contraire, les pédophiles qui ont moins recours au déni présenteraient une attribution interne du contrôle et une faible estime de soi.

Méthode

Participants

Quarante hommes adultes ayant agressé sexuellement une ou plusieurs victime(s) mineure(s) de sexe masculin ou féminin, dans un contexte intra ou extrafamilial, ont été recrutés pour participer à la présente étude. Le recrutement des participants s'est effectué dans trois centres externes de traitement pour agression sexuelle et dans un centre résidentiel communautaire de la province de Québec. Tous les participants de l'étude étaient suivis en thérapie pour agression sexuelle depuis moins de six mois. Le type de suivi reçu était individuel ou de groupe.

Instruments

Grille d'Évaluation du Déni et de la Minimisation (McKibben, Aubut & Dassylva, 1995)

Une version adaptée de la *Grille d'Évaluation du Déni et de la Minimisation* a été utilisée afin de déterminer le niveau de déni associé aux dimensions suivantes : les faits relatifs au délit, la reconnaissance de la responsabilité par rapport au délit, les conséquences possibles chez la victime, les problèmes personnels associés, les

fantaisies sexuelles déviantes et la reconnaissance du besoin de traitement relativement à la problématique sexuelle (voir Tableau 1). Un score de 1 à 5 était attribué à chaque dimension, un score de 1 représentant un déni total et un score de 5, une reconnaissance entière. Les six scores étaient ensuite additionnés et divisés par six pour obtenir une cote de déni global se situant entre 1 et 5. Testée par McKibben et Guay (2003) auprès de 465 agresseurs sexuels incarcérés, la grille avait une cohérence interne de $\alpha = 0,90$. Dans le cadre de la présente étude, l'instrument a été administré sous la forme d'une brève entrevue. Les auteurs de la grille ne fournissent pas de point de coupure pour chaque dimension de déni. L'instrument ne permet donc pas d'évaluer si le niveau de déni présenté par les répondants est cliniquement significatif.

Échelle du Locus of Control of Behaviour (Craig, Franklin, & Andrews, 1984/2004)

L'attribution du contrôle a été mesurée à l'aide de la version française du Locus of Control of Behaviour Scale de Craig et al. (1984). L'échelle a été conçue pour mesurer l'étendue du contrôle que les participants estiment avoir vis-à-vis leurs propres comportements problématiques. Elle comporte 17 énoncés pour lesquels le participant doit indiquer son niveau d'accord (de 0 = fortement en désaccord à 6 = fortement en accord). Un score élevé indique une attribution externe du contrôle et un score faible indique une attribution interne du contrôle. L'échelle a été validée par Craig et al. (1984) auprès de 100 étudiants universitaires (50 hommes et 50 femmes) de niveau baccalauréat. Celle-ci a un coefficient de cohérence interne de $\alpha = 0.79$ et un coefficient de fiabilité test-retest de 0.90 après une semaine.

Inventaire de l'Estime de Soi (Coopersmith, 1967/1984)

Cet instrument compte 58 énoncés associés à quatre dimensions de l'estime de soi : générale, sociale, familiale et professionnelle. Les scores élevés sont associés à une estime de soi élevée. L'étude de validation de la version originale anglaise du questionnaire (Coopersmith, 1967/1984) a été faite auprès de 170 adultes de la communauté. Celle-ci a permis d'établir la cohérence interne de l'échelle à $\alpha = 0.90$.

Le coefficient de fiabilité test-retest de l'échelle est de 0.88 après cinq semaines. Les résultats sont indépendants du sexe et de l'origine ethnique.

Procédure

Les données ont été recueillies sur une période de 18 mois, à l'aide d'une entrevue structurée, de deux questionnaires autorévélés et des dossiers clients. La participation au projet d'étude était volontaire et n'était aucunement liée au processus thérapeutique des sujets. Les participants étaient rencontrés individuellement à leur centre de traitement. Après avoir lu et signé le formulaire de consentement, ils prenaient part à une brève entrevue structurée. Les informations en lien avec le déni étaient recueillies lors de cette étape. Après l'entrevue, les participants étaient appelés à remplir les questionnaires autorévélés. Une fois la rencontre terminée, certaines informations des dossiers clients étaient colligées par la chercheuse. L'information recherchée dans les dossiers portait sur la description du délit, le niveau de reconnaissance de divers aspects du délit, ainsi que sur la participation et la motivation au traitement. Le présent projet de recherche a été autorisé par le Comité institutionnel d'éthique à la recherche de l'Université du Québec à Montréal.

Analyse des données

Le niveau de déni a été calculé à partir de deux scores distincts. Le premier score se rapportait à la cote de déni global obtenue à la *Grille d'évaluation du Déni et de la Minimisation*. Cette cote a été obtenue en faisant la moyenne des cotes de déni global calculées par deux évaluateurs distincts. L'accord interjuge pour les cotes des évaluateurs se situe à $r = 0.78, p < 0.001$. Le deuxième score global était calculé en comparant les informations de la *Grille d'Évaluation du Déni et de la Minimisation* aux informations contenues dans le dossier client. Le deuxième score de déni a été omis des analyses, puisque la tenue des dossiers clients était inégale d'un centre à l'autre. Les résultats présentés ont été analysés à l'aide de matrices de corrélation.

Ces analyses statistiques ont permis de déterminer le niveau de déni présenté, le type d'attribution du contrôle et le niveau d'estime de soi des pédophiles.

Résultats

Au moment de l'étude, les participants étaient âgés en moyenne de 50,7 ans (voir Tableau 2). Un peu plus du tiers des pédophiles (35,0%) étaient mariés, et plus des trois quarts d'entre eux (76,0%) avaient des enfants (nombre moyen d'enfants = 3,0). En termes de victimisation sexuelle, plus de la moitié (57 %) des sujets rapportaient avoir été agressés sexuellement à au moins une reprise durant l'enfance. Quant aux victimes, leur âge semblait varier selon le type de pédophilie (voir Tableau 2). En moyenne, l'âge des victimes de pédophiles ayant agressé des fillettes (PF) était de 10,1 ans, les victimes des pédophiles ayant agressé des garçons (PG) étaient âgées de 12,0 ans et les victimes des pédophiles ayant agressé à la fois des fillettes et des garçons (PFG) avaient 13,0 ans. Les variations observées relativement à l'âge des victimes et au type de pédophilie se sont avérées non significatives. Les victimes des PF provenaient majoritairement (71,0%) du milieu intrafamilial, les victimes des PG du milieu extrafamilial (71,4%) et les victimes des PFG, du milieu intra et extrafamilial (50,0%). Les antécédents criminels des participants montrent que peu de PF (6,4%) ont été condamnés à plus d'une reprise pour agression sexuelle. Cette proportion augmentait à 42,9% chez les PG et était légèrement plus élevée (50,0%) chez les PFG. La différence entre le nombre de condamnations pour délit sexuel et le type de pédophilie n'est pas significative.

L'hypothèse principale de l'étude stipulait que les pédophiles montrant un niveau élevé de déni auraient tendance à avoir une attribution externe du contrôle et une estime de soi élevée. Un tel profil n'a pas été relevé chez les pédophiles de l'échantillon. Une association négative modérée a toutefois été détectée entre les variables d'attribution du contrôle et d'estime de soi, $r(n = 40) = -0.48, p < 0.001$. L'attribution externe du contrôle est ainsi associée à un niveau d'estime de soi

faible. Inversement, une attribution interne du contrôle est liée à un niveau d'estime de soi élevé. Des analyses plus détaillées des variables du déni, de l'attribution du contrôle et de l'estime de soi chez différents sous-groupes de pédophiles sont incluses dans un article présentant l'ensemble des résultats de l'étude (Martin & Tardif, 2007).

Tel qu'attendu, les résultats obtenus à la *Grille du Déni et de la Minimisation* (McKibben et al., 1995, voir Tableau 3) ont confirmé que le déni était présent de façon importante chez tous les sujets. La cote moyenne de déni global était de 2.8 / 5 (ET= 0.9). Selon les auteurs de la grille, ce niveau de déni représente une rationalisation grossière des divers aspects relatifs au délit sexuel. Toutefois, les auteurs n'ont pas établi de point de coupure à partir duquel il serait possible d'évaluer si ce score de déni est cliniquement significatif.

Les scores moyens d'attribution du contrôle (25.5 / 85, ET = 10.6) et d'estime de soi (35.7 / 50, ET = 8.4) obtenus par les pédophiles montrent une tendance inattendue. Ces scores semblent en effet indiquer que la majorité des pédophiles a une attribution interne du contrôle et une estime de soi élevée. De tels résultats sont peu communs chez ce type de population, et vont à l'encontre des tendances notées dans les études scientifiques faites à ce jour sur le sujet (Fisher, Beech, & Browne, 1998; Lord & Willmot, 2004; Marsa et al., 2004; McKibben, 1999; O'Donohue & Letourneau, 1993; Parton & Day, 2002; Pithers, Beal, Armstrong, & Petty, 1989).

Discussion

Contrairement aux résultats attendus, les pédophiles caractérisés par une attribution interne du contrôle quant à l'ensemble de leur vie présentent une estime de soi élevée et un déni moyen. La tendance chez les pédophiles à attribuer le contrôle des événements de leur vie à des facteurs externes est couramment observée par les cliniciens dans un contexte d'admission au traitement. Selon nous, cette tendance plus générale engloberait l'inclinaison à nier des aspects relatifs aux agressions sexuelles

commises, ce qui n'a pas été démontré dans la présente étude. En effet, bien que les pédophiles de la présente étude aient montré un niveau important de déni sur chacune des dimensions mesurées, aucun lien n'a été mis en évidence entre le déni et l'attribution du contrôle. Par ailleurs, la théorie de la gestion de la terreur (Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, 1986) propose que le niveau d'estime de soi d'un individu est élevé lorsqu'il a la conviction de jouer un rôle important dans son environnement culturel et qu'il se conforme aux normes qui y sont valorisées. Nous suggérons que le pédophile qui accepte davantage la responsabilité de ses actes délictueux reconnaît l'existence des normes de son environnement culturel et reconnaît également qu'il les a transgressées. Cette démarche lui permettrait d'intégrer ses actes dans un schéma culturel et de les juger en rapport à ce schéma. Ainsi, l'individu aurait le sentiment que ses actes, même s'ils sont délictueux, ont une place particulière dans la culture à laquelle il appartient. En reconnaissant le fait que la société condamne les actes pédophiles, mais qu'il en a bel et bien commis, l'individu assumerait ses torts. Il aurait alors l'impression qu'il se plie à ce que la société attend de lui. Cela aurait pour effet, à long terme, d'augmenter son sentiment d'estime de soi. Selon cette perspective, l'environnement thérapeutique est un micromilieu social. Le pédophile qui adhère au traitement a l'impression de se plier aux normes du milieu, ce qui a pour effet d'augmenter son sentiment d'estime de soi.

Les résultats de la présente étude appuient le bien-fondé des pratiques thérapeutiques prônées par Marshall (1997) et Marshall, Champagne, Brown et Bryce (1997). Ces pratiques visent l'augmentation du niveau d'estime de soi comme premier objectif de tout programme de traitement destiné aux agresseurs sexuels. Selon ces auteurs, c'est uniquement lorsque ce travail thérapeutique est complété que le pédophile peut être amené à maîtriser ses actes d'agression sexuelle.

La présente étude comporte certaines limites. Tout d'abord, l'échantillon de pédophiles est restreint et compte une répartition inégale des types de pédophiles si l'on considère le sexe des victimes. À l'évidence, cela introduit une limite de

généralisation aux différentes catégories de pédophiles en raison de la plus forte représentation des pédophiles qui ont agressé des filles. Ce constat est d'autant plus important qu'il arrive souvent que les PF soient différenciés des PG relativement à des variables délictuelles (ex. mesure de la déviance du profil d'excitation) ou mode de vie (ex. : isolement social). De plus, tous les sujets proviennent de centres externes de traitement de l'agression sexuelle. L'intégration d'un échantillon carcéral ou d'un échantillon non traité aurait peut-être permis l'obtention de résultats moins négativement dissymétriques. Finalement, mentionnons que le recours à des analyses corrélationnelles fait ressortir les tendances observées relativement au lien entre les variables étudiées. Cependant, ce type d'analyses ne permet en aucun cas de tirer des conclusions générales quant aux patrons d'associations observés chez les pédophiles.

L'absence d'association entre les scores de déni et ceux d'attribution du contrôle et d'estime de soi pourrait être expliquée par le choix des instruments de mesure. La *Grille d'Évaluation du Déni et de la Minimisation* a été conçue pour évaluer le déni spécifique au délit sexuel et aux problèmes associés. Les questionnaires d'attribution du contrôle et d'estime de soi mesurent des construits se rattachant à des dimensions plus générales de la personnalité. Ces questionnaires ont été élaborés de façon à produire une mesure des variables se rapportant à la vie quotidienne et non à des problématiques d'agression sexuelle. Les qualités psychométriques de ces instruments peuvent s'avérer faibles lorsqu'il s'agit de faire ressortir les caractéristiques inhabituelles et particulières de l'attribution du contrôle et de l'estime de soi des agresseurs sexuels. De plus, le fait de participer obligatoirement ou non à une forme de traitement pourrait avoir pour effet, chez les pédophiles étudiés, d'augmenter le sentiment de prise de contrôle de leur vie ainsi que le sentiment d'estime de soi. L'objectif du traitement est d'endosser la responsabilité des actes délictuels et de tenter de contrôler les comportements d'agressions sexuelles. En ce sens, le pédophile peut avoir l'impression de faire des efforts pour remédier à la situation dans laquelle il se trouve et au tort qu'il a causé chez d'autres personnes. Mentionnons aussi que le

déni pourrait être un construit multifactoriel. Or, l'instrument de mesure du déni utilisé dans le cadre de la présente étude ne permet pas de vérifier cette possibilité.

Finalement, l'estime de soi est une variable très sensible à l'environnement social, aux relations interpersonnelles, à l'humeur et aux événements de vie. Ces facteurs peuvent provoquer des fluctuations de son niveau dans le temps (Andrews, 1998). Il est donc possible que le niveau de cette variable, tel que mesuré au moment de l'étude, ne soit pas représentatif du niveau habituel d'une portion importante de l'échantillon de pédophiles. Cela s'expliquerait par leurs dispositions favorables à s'engager à participer à l'étude. Des mesures multiples de cette variable auraient permis d'obtenir un niveau se rapprochant davantage du niveau habituel.

Conclusion

Les résultats préliminaires de l'étude ont montré que les pédophiles qui ont entrepris un traitement spécialisé tendent à prendre le contrôle de leurs actes délictuels et à avoir une estime de soi élevée. Cela pourrait être expliqué par le fait qu'en reconnaissant avoir commis ces actes, le pédophile a l'impression de se conformer aux attentes de la société. Cette conformité aurait pour effet, à long terme, d'augmenter son estime de soi. L'étude a aussi permis de confirmer le recours à divers niveaux de déni par la totalité des sujets pédophiles. Le déni est toutefois un construit très complexe. Il est donc important de poursuivre les études sur ce sujet, puisque les instruments permettant de mesurer les variables pertinentes à ce construit sont peu développés.

¹ *Geneviève M. Martin, M.A.*
Candidate au doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal

² *Monique Tardif, Ph.D.*
Professeure, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
Chercheure et psychologue, Institut Philippe Pinel de Montréal

Références

- Andrews, B. (1998). Self-esteem. *The Psychologist*, *11*, 339-342.
- Baldwin, K., & Roys, D. T. (1998). Factors associated with denial in a sample of alleged adult sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *10*, 211-226.
- Barbaree, H. E. (1991). Déni de la réalité et minimisation par les délinquants sexuels : Évaluation et résultats du traitement. *Forum Recherche sur l'Actualité Correctionnelle*, *3*, 35-38.
- Birgisson, G. H. (1996). Differences of personality, defensiveness, and compliance between admitting and denying male sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, *11*, 118-125.
- Coopersmith, S. (1984). *Inventaire de l'estime de soi*. Paris : Éditions du centre de psychologie appliquée. (Oeuvre originale publiée en 1967).
- Craig, A. R., Franklin, J. A. & Andrews, G. (1984). Grille de Mesure de l'Attribution du Contrôle du Comportement (Martin, Trans.). *British Journal of Medical Psychology*, *57*, 173-180.
- Fisher, D., Beech, A., & Browne, K. (1998). Locus of control and its relationship to treatment change and history in child sexual abusers. *Legal and Criminological Psychology*, *3*, 1-12.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem : A terror management theory. In R. F. Baumeister (Ed.), *Public Self and Private Self* (pp. 189-205). New York : Springer-Verlag.
- Happel, R. M., & Auffrey, J. J. (1995). Sex offender assessment : Interrupting the dance of denial. *American Journal of Forensic Psychology*, *13*, 5-22.
- Laflen, B., & Sturm, W. R., Jr. (1994). Understanding and working with denial in sexual offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*, *3*, 19-36.
- Lord, A. & Willmot, P. (2004). The process of overcoming denial in sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression*, *10*, 51-61.
- Marsa, F., O'Reilly, G., Carr, A., Murphy, P., O'Sullivan, M., Cotter, A., & Hevey, D. (2004). Attachment styles and psychological profiles of child sex offenders in Ireland. *Journal of Interpersonal Violence*, *19*, 228-251.

- Marshall, W. L. (1994). Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. *Behavior Research and Therapy*, 32, 559-564.
- Marshall, W. L. (1997). The relationship between self-esteem and deviant sexual arousal in nonfamilial child molesters. *Behavior Modification*, 21, 86-96.
- Marshall, W. L., Champagne, F., Brown, C., & Bryce, P. (1997). Increasing the self-esteem of child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 321-333.
- Martin, G. M. & Tardif, M. (2007). L'attribution du contrôle et l'estime de soi de pédophiles présentant divers niveaux de déni. Manuscrit en préparation.
- McKibben, A. (1999). Le déni et la minimisation chez les agresseurs sexuels. *Forensic*, 21, 13-15.
- McKibben, A., Aubut, J., & Dassylva, B. (1995). *Grille d'évaluation du déni et de la minimisation*. Document inédit.
- McKibben, A., & Guay, J-P. (2003). *La négation et la minimisation chez les agresseurs sexuels incarcérés*. Document inédit.
- Nugent, P. M., & Kroner, D. G. (1996). Denial, response styles, and admittance of offenses among child molesters and rapists. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 475-486.
- O'Donohue, W., & Letourneau, E. (1993). A brief group treatment for the modification of denial in child sexual abusers: Outcome and follow-up. *Child Abuse & Neglect*, 17, 299-304.
- Parton, F., & Day, A. (2002). Empathy, intimacy, loneliness and locus of control in child sex offenders: A comparison between familial and non-familial child sexual offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11, 41-57.
- Pithers, W. D., Beal, L. S., Armstrong, J., & Petty, J. (1989). Identification of risk factors through clinical interviews and analysis of records. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse Prevention with Sex Offenders* (pp. 78-87). New York : Guilford Press.
- Pollock, N. L., & Hashmall, J. M. (1991). The excuses of child molesters. *Behavioral Sciences and the Law*, 9, 53-59.

- Rogers, R., & Dickey, R. (1991). Denial and minimization among sex offenders: A review of competing models of deception. *Annals of Sex Research*, 4, 49-63.
- Salter, A. (1988). *Treating child sex offenders and victims*. Newbury Park: Sage.
- Schlank, A. M., & Shaw, T. (1996). Treating sexual offenders who deny their guilt: A pilot study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 17-23.

Tableau 1 - Grille d'Évaluation du Dénier et de la Minimisation (McKibben, Aubut, & Dassylva, 1995)

Échelle	Description des niveaux de déni
Les faits relatifs au délit	<p>1- Le patient nie globalement les faits relatifs au délit consignés au dossier.</p> <p>2- Le patient ne nie pas les faits, mais il nie l'intention sexuelle déviante ou il dit ne pas se souvenir des événements en admettant qu'ils soient possiblement survenus.</p> <p>3- Le patient reconnaît les faits et l'intention, mais un écart important subsiste quant au nombre de victimes, au degré de génitalisation, au niveau de violence, etc.</p> <p>4- Un écart léger subsiste quant aux mêmes éléments.</p> <p>5- Le patient reconnaît globalement les faits ou admet spontanément des délits non judiciairisés.</p>
La responsabilité par rapport au délit	<p>1- Le patient nie toute responsabilité par rapport à son ou ses délits. Elle est massivement attribuée à l'extérieur de lui-même.</p> <p>2- Le patient admet une responsabilité réduite pour la majorité de ses délits.</p> <p>3- Le patient admet une responsabilité réduite pour certains de ses délits.</p> <p>4- Le patient admet avoir pris des initiatives dans la perpétration du ou des délits. Il admet avoir été actif, s'être placé en situation de le commettre, mais une certaine ambivalence persiste quant au délit lui-même, décrit comme un dérapage.</p> <p>5- Le patient se reconnaît un rôle actif dans toutes les phases du délit, incluant les actes sexuels proprement dits. La responsabilité n'est pas projetée à l'extérieur de lui-même.</p>
Les conséquences sur la victime	<p>1- Le patient estime que la victime n'a subi aucune conséquence néfaste.</p> <p>2- La victime a subi quelques conséquences néfastes, mais le patient dit ne pas en être responsable.</p> <p>3- Le patient estime que la victime a pu subir quelques conséquences, mais elles sont légères ou de courte durée.</p> <p>4- Le patient reconnaît que la victime a eu à subir des conséquences à long terme quant aux délits commis. Il est capable de nommer quelques-unes de ces conséquences.</p> <p>5- Le patient généralise les conséquences de son comportement. Il reconnaît ainsi les conséquences de son délit sur la victime, sur les proches et amis de la victime, sur sa propre famille, ses amis, etc.</p>

Les fantasmes sexuelles déviantes	<p>1- Le patient dit n'avoir jamais éprouvé de fantasmes déviantes ou de fantasmes associées à son délit. Pour expliquer le délit, le patient peut alléguer une certaine « curiosité » ou l'attitude de la victime qui a provoqué cette « réaction » chez lui, l'a conduit à se méprendre, etc.</p> <p>2- Le patient reconnaît la présence de fantasmes associées à son délit, mais il les décrit comme un facteur négligeable n'ayant pu mener à un délit, ou encore qu'elles sont égosyntoniques. Le patient dit que la réprobation sociale à l'égard de ces comportements est inappropriée, qu'il ne va jamais plus loin que les victimes ne le désirent, etc.</p> <p>3- Le patient dit avoir eu des fantasmes déviantes. Elles sont perçues comme un « problème », mais, selon le patient, elles sont limitées dans le temps à une seule personne ou à un nombre restreint de personnes.</p> <p>4- Le patient admet chez lui la présence de fantasmes récurrentes mais il les décrit comme ponctuelles. Leur apparition peut sembler liée à des périodes de crise dans sa vie, aux circonstances, à la présence d'enfants, etc., mais il ne perçoit pas le fil conducteur.</p> <p>5- Les fantasmes déviantes sont présentées comme un élément significatif, un facteur contributif au délit. Le patient les considère comme inhérentes, intimement liées à son fonctionnement psychologique habituel, une tendance, etc.</p>
Les problèmes associés	<p>1- Le patient dit n'avoir aucun problème, aucun malaise ou déficit dans quelque domaine que ce soit.</p> <p>2- Le patient ne sait pas s'il a un ou des problèmes, il ne peut en identifier, mais il dit croire que ce soit possible.</p> <p>3- Le patient identifie quelques problèmes, mais son engagement est plutôt superficiel. Les problèmes identifiés sont assez banals ou leur signification est banalisée, l'importance réelle est réduite. Le patient peut aussi identifier une série de problèmes, mais il désire surtout être pris en charge, il recherche principalement l'attention, etc.</p> <p>4- Le patient reconnaît avoir des problèmes dans une sphère particulière, mais il minimise par rapport aux autres sphères dans sa vie.</p> <p>5- Le patient reconnaît avoir des problèmes dans plusieurs sphères de sa vie.</p>

Le besoin de traitement	<p>1- Le patient dit qu'il n'a pas besoin de traitement.</p> <p>2- Le patient ne demande pas ouvertement un traitement, mais s'y soumettra si les évaluateurs lui disent qu'il en a besoin. Son attitude est plutôt passive. Il veut « comprendre » son comportement sans se remettre vraiment en question.</p> <p>3- Le patient a des attentes magiques par rapport au traitement. Il se dit motivé à suivre un traitement, mais il est particulièrement centré sur les résultats qu'il anticipe, non sur le processus, les enjeux, ses malaises, etc.</p> <p>4- Le patient désire un traitement par rapport à une sphère spécifique (ex : alcoolisme), mais minimise par rapport aux autres sphères de son fonctionnement.</p> <p>5- Le patient demande ouvertement un traitement et reconnaît que plusieurs sphères de son fonctionnement sont conflictuelles.</p>
-------------------------	---

Tableau 2 - Données sociodémographiques et criminologiques des sujets pédophiles

	Sujets			
	Tous (n = 40)	PF (n = 31)	PG (n = 7)	PFG (n = 2)
Âge moyen (années)	50,7	50,1	56,1	41,0
En couple / mariés (%)	35,0	39,0	14,3	50,0
Nombre moyen d'enfants	3,0	3,3	1,8	2,5
Agression sexuelle vécue en enfance (%)	57,9	55,2	71,4	50,0
Âge moyen de la victime (années)	10,6	10,1	12,0	13,0
Lien avec la victime (%) :				
Intrafamilial	62,5	71,0	28,5	50,0
Extrafamilial	27,5	16,1	71,4	50,0
Intra et extrafamilial	10,0	12,9	-	-
Condamnations précédentes pour agression sexuelle (%)	12,5	6,4	42,9	-

Tableau 3 - Scores moyens obtenus par les sujets pédophiles à la Grille d'Évaluation du Dénier et de la Minimisation (McKibben, Aubat, & Dassylva, 1995)

	Score Moyen	Écart Type
Les faits relatifs au délit	3,2 / 5	1,4
La responsabilité par rapport au délit	2,6 / 5	1,2
Les conséquences sur la victime	2,6 / 5	1,3
La fantasmagorie déviante	2,1 / 5	1,5
Les problèmes associés	2,9 / 5	1,5
Le besoin de traitement	3,5 / 5	1,3
Score global de déni	2,8 / 5	0,9