

## Valeur des programmes de traitement communautaires offerts aux délinquants sexuels remis en liberté

Il est désormais communément admis par les cliniciens et les chercheurs qui s'occupent de délinquants sexuels que ceux-ci doivent être réévalués et traités après leur libération'. On dispose maintenant de données expérimentales de longue haleine compilées dans le cadre de programmes de traitement communautaires après la libération. Les données étayent, de façon limitée, mais encourageante, la notion qu'en ajoutant les éléments susmentionnés - c'est-à-dire la réévaluation et le traitement dans la collectivité après la remise en liberté -au modèle général de traitement des délinquants sexuels incarcérés, il est possible de réduire le taux de récidive subséquent<sup>(2)</sup>.

\*Kingston Sexual Behaviour Clinic et département de psychologie, Queen's University.

Au cours des trois dernières années, le Service correctionnel du Canada a multiplié les programmes de traitement pour délinquants sexuels offerts dans la région de l'Ontario. Ceux-ci ont des occasions plus nombreuses de se réhabiliter et donc de réduire la menace qu'ils constituent pour les femmes et les enfants.

Les programmes de traitement au sein des établissements à sécurité maximale (le Pénitencier de Kingston, l'Isolement protecteur et le Centre régional de traitement de l'Ontario) et dans les établissements à sécurité moyenne (l'établissement de Warkworth) ont été agrandis; plus récemment, un programme a été mis sur pied à l'établissement à sécurité minimale de Bath.

Les programmes offerts dans les établissements à sécurité maximale et moyenne sont destinés aux délinquants qui ont de graves problèmes nécessitant le recours à un traitement complet. Le programme plus limité de l'établissement à sécurité minimale de Bath a été conçu pour des délinquants dont les problèmes sont moindres, tels les auteurs d'actes incestueux et les délinquants qui ont déjà suivi des programmes plus poussés.

Cette évolution positive dans l'approche prise par le Service correctionnel du Canada à l'endroit des délinquants sexuels suit celle adoptée par les services pénitenciers britanniques<sup>(3)</sup>, tout en tenant compte des critiques concernant la pénurie de programmes de traitement offerts au Canada qui touche de nombreux délinquants sexuels incarcérés<sup>(4)</sup>.

Outre ces mesures positives, le Service correctionnel du Canada a récemment entrepris de subventionner des programmes communautaires de traitement après la libération qui visent la réinsertion des délinquants sexuels dans la société. Évaluation Les programmes communautaires doivent comprendre la réévaluation des délinquants sexuels après la libération. Les évaluations faites au sein des établissements demeurent très utiles pour évaluer dans quelle mesure les délinquants ont profité des programmes de traitement suivis durant leur incarcération, ainsi que pour évaluer le risque de récidive et cerner les besoins après la libération. Par contre, il ne faut pas oublier que ces évaluations se déroulent en milieu carcéral, c'est-à-dire dans un milieu où les éléments quotidiens qui provoquent le délinquant sexuel sont pratiquement toujours absents. En admettant qu'un pédophile incarcéré peut voir des images d'enfants à la télévision ou dans des revues, il verra rarement un enfant en chair et en os, sauf peut-être au moment des visites. Même alors, la surveillance est extrêmement étroite et la tentation est quasi inexistante.

Inévitablement, les violeurs voient les employées de la prison. Là encore, la surveillance exercée et la prudence des employées limitent à la fois les occasions d'infraction et le risque que le violeur éprouve une impulsion en ce sens.

L'évaluation en établissement de l'attirance d'un pédophile pour les enfants ou de la tendance d'un violeur à agresser une femme a donc lieu dans un milieu contrôlé et artificiel, celui du centre de détention. Elle peut donc difficilement permettre de prévoir la réaction du délinquant sexuel après libération, lorsqu'il se trouvera dans un milieu où il cotoiera des femmes et des enfants.

Il faut se souvenir que les programmes de traitement ne peuvent « guérir » les tendances déviantes des délinquants sexuels. Le traitement n'élimine pas le désir ou l'impulsion de commettre une infraction sexuelle; il ne fait qu'apprendre au délinquant à les maîtriser. Évidemment, il en découle que si un délinquant sexuel se trouve dans une situation très provocante, sa capacité de se maîtriser sera menacée et le risque d'infraction augmentera.

C'est sur cette constatation plutôt évidente qu'est fondée la mise au point récente d'une composante visant la prévention de la rechute intégrée aux programmes de traitement des délinquants sexuels<sup>(5)</sup>. La prévention de la rechute apprend au délinquant comment éviter les risques et s'accommoder des situations où un certain élément de risque est inévitable.

Après la libération du délinquant sexuel et sa réinsertion dans un milieu où les tentations sont constantes, la probabilité de récidive culmine. Cet accroissement subit de la quantité et de la diversité des tentations est exacerbé par le fait que le délinquant est presque entièrement, sinon entièrement, responsable de ses mouvements au sein de la collectivité. D'ignorer cette augmentation radicale du risque éventuel tiendrait de la négligence.

La réévaluation du délinquant sexuel dans le mois suivant sa libération doit donc être un élément des programmes de traitement communautaires. Outre la réévaluation des préférences sexuelles du délinquant, il faut aussi réévaluer ses attitudes, son comportement émotionnel, les conditions dans lesquelles il vit et le mode de vie qu'il a adopté.

Au cours de la dernière année, nous avons évalué, à notre clinique communautaire, des délinquants sexuels libérés de pénitenciers situés dans la région de l'Ontario. Ces hommes avaient été évalués durant leur incarcération et, dans la plupart des cas, le traitement en milieu communautaire avait été recommandé comme élément du programme de libération du délinquant. Les résultats des évaluations faites avant la libération indiquaient que la plupart de ces délinquants étaient prêts à réintégrer la société, c'est-à-dire que leurs préférences sexuelles étaient normales, qu'ils avaient dans une large mesure maîtrisé leur colère et leur hostilité, que leurs attitudes s'accordaient avec les principes de la vie en société et que le programme de remise en liberté était raisonnable.

Cependant, chez un petit nombre de délinquants, néanmoins important, le retour à la collectivité a occasionné de nouveaux problèmes et des revirements importants des acquis de traitement. Dans chacun de ces cas, le retour de pensées déviantes est attribuable soit aux tensions liées à l'ajustement à la vie en société, soit à la perception du délinquant qu'il est entouré de femmes et d'enfants qu'il peut, dans une

certaine mesure, contempler de façon inconvenante.

Cette contemplation d'éventuelles victimes est l'un des comportements qui entraîne la rechute et le retour de la déviance. Typiquement, elle s'accompagne du retour de fantasmes anormaux qui déclenchent des pulsions aberrantes. Les pensées étant alors perverses, le délinquant se convainc que l'infraction n'est, après tout, pas si grave : tout est alors en place pour une rechute.

En réévaluant les délinquants, cette déviation négative peut être dépistée à temps. Le cas échéant, il faut alors décider si le délinquant se maîtrise suffisamment pour demeurer dans la société ou s'il devrait être renvoyé dans un milieu plus sécuritaire, c'est-à-dire une maison de transition ou un établissement à sécurité minimale, moyenne ou maximale.

Pour illustrer ce qui peut arriver lorsqu'un délinquant sexuel est confronté à des situations provocantes après avoir quitté le milieu carcéral, nous avons choisi l'exemple assez saisissant d'un délinquant pour qui les acquis de traitement ont été perdus très rapidement, dans le mois qui a suivi sa libération. Au moment de l'évaluation faite deux mois avant la libération du détenu et suivant son traitement au Centre régional de traitement de l'Ontario, les préférences sexuelles de celui-ci penchaient manifestement dans le sens de relations normales avec des femmes adultes consentantes. On constata également une amélioration très nette de sa confiance en lui-même ainsi qu'une attitude plus positive et moins hostile envers les autres, particulièrement les femmes. On put établir qu'il avait maîtrisé sa tendance à abuser de l'alcool et avait assumé la responsabilité de son comportement. Enfin, son programme de remise en liberté prévoyait qu'il habiterait dans une maison de transition pendant qu'il cherchait du travail et un logement.

Une évaluation faite un mois après la libération du délinquant, et donc trois mois après l'évaluation en établissement, a révélé que le contact avec la société avait effrité tous les acquis du traitement administré en établissement. Le délinquant montrait une forte excitation sexuelle lorsqu'on lui présentait des images de viol; aussi, le degré de stimulation du délinquant attribuable à la présence de fillettes était tel que le risque de récidive était grave. On a pu constater lors des entrevues que le délinquant se percevait manifestement comme une victime plutôt que comme une personne responsable capable d'assumer la direction de son existence. Il en voulait à tout le monde, et plus particulièrement au système de justice pénale et à tout ce qui s'y rattachait. Il manifestait une hostilité très nette envers les femmes. Il n'avait pratiquement rien tenté pour trouver un emploi ou un logement. Il ne fut donc sans doute pas surprenant qu'avant même que l'on puisse entreprendre un traitement quelconque, il se présenta en retard, en état d'ébriété et très agressif à la maison de transition et fut immédiatement renvoyé dans un centre de détention.

Bien qu'il s'agisse là d'un cas où la libération s'est soldée par un renversement tout à fait inattendu, il illustre néanmoins avec éloquence le danger encouru si le risque de récidive après la libération est déterminé uniquement en fonction de l'évaluation du délinquant sexuel faite en établissement.

De plus, la réinsertion du délinquant dans la société peut avoir des conséquences autres que sur l'évaluation du risque faite en établissement. Ainsi, il peut s'avérer nécessaire de modifier les plans de prévention de la récidive préparés en établissement. Par exemple, un délinquant sexuel fut encouragé à faire de la pêche, activité qui l'intéressait, pour occuper ses loisirs après sa libération en s'adonnant à une

activité productive. Étant donné le lien souvent établi entre l'inactivité et l'augmentation du risque de récidive chez les délinquants sexuels, il était tout indiqué de conseiller au délinquant de poursuivre une activité qui l'intéressait déjà. Afin qu'il puisse suivre un programme de traitement, cet homme fut remis en liberté au sein d'une collectivité qu'il ne connaissait pas, mais où il avait fréquemment l'occasion d'aller pêcher. Malheureusement, les lieux de pêche étaient également fréquentés par de jeunes garçons, et cet homme avait été condamné pour atteinte à la pudeur de garçons. On lui recommanda donc de chercher un autre passe-temps comportant un moindre risque.

Notre responsabilité ne se limite manifestement pas à l'évaluation. Il faut également inclure les délinquants sexuels dans le programme de traitement ainsi que dans la surveillance éclairée exercée après la libération. Le traitement au sein de la collectivité des délinquants sexuels relâchés des pénitenciers semble un aspect tellement évident de la réadaptation qu'on peut se demander pourquoi il n'est pas monnaie courante depuis déjà longtemps. Le traitement et la surveillance au sein de la collectivité sont les principaux éléments de l'indispensable étape finale d'un programme complet de réduction de la récidive parmi les délinquants sexuels condamnés.

Il a déjà été avancé ci-dessus<sup>(6)</sup> que l'incarcération est une mesure d'action sociale justifiée et appropriée à l'égard des délinquants sexuels, et que le traitement du délinquant incarcéré est fondamental.

De même, il faut prévoir une progression sélective et graduelle au sein du système carcéral afin d'optimiser les chances de réadaptation. Il faut fournir aux délinquants sexuels qui posent un risque de récidive de modéré à élevé, un traitement complet et en profondeur dans les établissements à sécurité moyenne ou maximale.

Une fois ce traitement terminé, ces délinquants devraient être transférés à un programme moins intensif donné dans un milieu à sécurité minimale où ils seraient traités avec des délinquants sexuels reconnus comme posant un faible risque de récidive.

Après avoir suivi le programme en établissement à sécurité minimale, les détenus devraient réintégrer la collectivité en passant par l'étape de la maison de transition ou en suivant un programme de libération graduelle, selon le risque que court la collectivité.

Advenant que des problèmes insolubles se manifestent durant l'une des étapes susmentionnées, il faut pouvoir intervenir rapidement pour renvoyer le délinquant dans un milieu plus sûr. Manifestement, de nos jours, plusieurs pays s'engagent sans plus tarder dans cette voie, notamment le Canada, la Grande-Bretagne, la Nouvelle-Zélande et certains États américains, même si la mise en oeuvre de ce modèle de traitement complet n'est pas encore entièrement terminée.

Le traitement dans la collectivité de délinquants sexuels remis en liberté comporte deux éléments : la rectification de problèmes identifiés lors de la réévaluation communautaire et la mise en oeuvre et surveillance du programme de prévention de la rechute.

Tel qu'on l'a signalé ci-dessus, les réactions de certains délinquants lorsqu'ils se retrouvent dans la rue sont radicalement différentes de celles manifestées lors de l'évaluation en établissement faite avant la

libération. Dans le cas du violeur dont il a été question dans la section sur l'évaluation communautaire et si le délinquant n'avait pas été incarcéré de nouveau, il aurait fallu mettre en oeuvre un programme assez complet. Il était d'ailleurs nettement plus indiqué de remettre cet homme dangereux en prison plutôt que de le laisser dans un programme communautaire.

Les programmes communautaires n'ont pas pour fonction de rectifier des troubles de comportement graves chez les délinquants dangereux, c'est pourquoi il est tellement important que le retour au milieu carcéral soit toujours possible.

Il a été noté que chez certains délinquants sexuels, les pulsions anormales, les fantasmes et les schémas de pensées pervers qui avaient été traités avec succès par le biais d'un programme en établissement, ont réapparu quelques semaines après la libération. On peut en conclure que 'pour certains délinquants, certains aspects précis des programmes de traitement en établissement doivent être réitérés.

Par exemple, si l'évaluation révèle le retour au schéma d'excitation sexuelle déviant ou si le délinquant rapporte qu'il est la proie d'impulsions sexuelles ou de fantasmes anormaux puissants, il faudrait alors avoir recours à un traitement combinant le reconditionnement masturbatoire<sup>(7)</sup> et la sensibilisation cachée ou l'aversion olfactive<sup>(8)</sup> (lorsque des images et des odeurs déplaisantes sont employées pour susciter une aversion à un certain type de comportement sexuel déviant). Si les impulsions sont puissantes et fréquentes, il faudrait peut-être envisager un traitement anti-androgène<sup>(9)</sup> ou l'administration de sérotonines (dans les deux cas, des médicaments) afin d'atténuer l'intensité de ces impulsions<sup>(10)</sup>.

Si les schémas de pensée intéressés ou pervers (comme la perception négative des femmes, l'acceptation de mythes au sujet du viol ou des croyances justifiant les rapports sexuels avec les enfants) du délinquant sexuel réapparaissent, il faut avoir recours à des méthodes de restructuration cognitive<sup>(11)</sup>.

Selon la nature du problème qui réapparaît ou qui se manifeste, on emploiera différentes méthodes comme la maîtrise de la colère, l'empathie avec la victime, le traitement de la toxicomanie, l'acquisition d'aptitudes sociales, la thérapie interpersonnelle et d'autres éléments de programmes de traitement complets fondés sur la théorie cognitive du comportement<sup>(12)</sup>.

Les troubles émotifs ou les distorsions cognitives dues au stress lié au retour en société, avec toutes les responsabilités et les déceptions qui l'accompagnent, peuvent justifier un traitement dans une clinique psychiatrique s'il n'y a pas de psychiatre affecté au programme communautaire.

Généralement, le traitement des délinquants remis en liberté ne fait intervenir qu'un ou deux éléments se rapportant à des problèmes déjà traités durant l'incarcération. L'apprentissage visant à prévenir la récidive constitue, du moins pour la plupart des délinquants, l'aspect le plus critique de leur traitement. Récemment, cet élément a été ajouté à la plupart des programmes complets de traitement des délinquants sexuels.

La prévention de la rechute consiste tout d'abord à amener le délinquant à prendre conscience des circonstances qui l'ont conduit à commettre l'infraction et qui pourraient le mettre dans une situation risquée à l'avenir. Certains des facteurs que l'on rencontre le plus communément sont le stress, les

relations interpersonnelles perturbées, l'usage d'intoxicants, la perturbation émotionnelle, les schémas de pensées anormaux ou pervers, un mode de vie oisif ou sans objectif et enfin, des situations où le délinquant se retrouve seul avec des enfants ou dans un endroit où il peut rencontrer une femme seule. Dans le cadre du traitement, les délinquants doivent dresser la liste des facteurs de risque qui valent dans leur cas. De plus, on leur montre comment reconnaître ces risques ou quel comportement adopter si ceux-ci ne peuvent être évités.

Le gros de l'apprentissage visant à prévenir la rechute se fait mieux en établissement où il est possible de dresser la liste des facteurs de risque et des stratégies pour les éviter, dans le cadre du programme préparatoire à la libération. Le plan de prévention de la rechute peut ensuite être communiqué à ceux qui devront assurer le traitement et le suivi du délinquant une fois que celui-ci aura réintégré la collectivité.

Le programme de traitement communautaire peut alors aider le délinquant à mettre en oeuvre, de façon efficace, son plan de prévention de la rechute, voire à le modifier lorsqu'il se trouve confronté à la réalité après son retour à la vie en société. Les agents de libération conditionnelle peuvent également aider le délinquant en utilisant le plan de prévention de la rechute pour repérer les éléments à surveiller pour éviter la récidive.

Le défaut de se conformer au traitement est un problème qu'on retrouve fréquemment dans les programmes communautaires. Les délinquants croient souvent qu'une fois remis en liberté, ils peuvent davantage se permettre de participer passivement au traitement, sans vraiment s'engager. Certains délinquants n'aiment pas la façon dont le traitement est mené et demandent à être référés ailleurs. Le plus souvent, les délinquants se plaignent de la psychothérapie ou de la rudesse des méthodes employées pour les amener à confronter le fait qu'ils nient l'infraction commise, qu'ils en minimisent l'importance ou qu'ils en ont une perception faussée.

Il est important de bien réagir lorsqu'un délinquant ne participe pas au traitement ou qu'il demande à être transféré à un autre programme. Si la réaction manque de fermeté, le délinquant ne verra pas pourquoi il doit faire un effort pour tenter de régler ses problèmes. Si on lui propose de changer de traitement, le délinquant sera probablement porté à penser qu'il pourra fuir chez un autre thérapeute dès que le traitement suivi le mettra mal à l'aise. Si l'absence de participation active au traitement ne se solde pas par des conséquences importantes, rien n'incitera les délinquants à s'engager fermement à l'égard du programme.

Il est très important de pouvoir revenir en arrière durant le traitement, c'est-à-dire de pouvoir ramener le délinquant aux étapes de la libération et de la réintégration. Il faut signaler aux délinquants qui manquent de bonne volonté que leur séjour dans une maison de transition ou au sein de la collectivité dépend de leur participation pleine et entière au programme de traitement. Si après cela, les délinquants ne changent pas leur façon de faire, il faut retourner à l'étape précédente du plan de libération (c'est-à-dire à la maison de transition si les délinquants sont en pleine liberté, ou à l'établissement s'ils sont en maison de transition). Une fois que le délinquant manifeste sa volonté de participer, il peut réintégrer la collectivité. Résumé Il faut envisager la réadaptation des délinquants sexuels comme une série d'étapes où chacune est essentielle pour minimiser le risque de récidive lorsque les délinquants sexuels réintègrent la collectivité.

L'évaluation et le traitement après la libération sont des étapes essentielles de cette démarche et chacune devrait faire partie du plan de libération préparé en établissement. Les évaluations faites au sein de la collectivité peuvent parfois souligner l'effritement des acquis du traitement en établissement; il faut alors à la fois traiter ces problèmes et modifier le plan de prévention de la rechute. Le programme de traitement communautaire peut assurer la relève des programmes en établissement et les compléter. Il peut également rectifier les renversements attribuables au retour dans la collectivité ou corriger les nouveaux problèmes ainsi qu'être employé pour amorcer la mise en oeuvre du plan de prévention de la rechute.

Le fait de pouvoir facilement et immédiatement replacer le délinquant dans un milieu plus sécuritaire facilitera la résolution de certains problèmes liés au traitement au sein de la collectivité.

Enfin, il faut espérer que le Service correctionnel du Canada continuera d'augmenter le financement accordé aux programmes de traitement communautaires des délinquants sexuels libérés. Le risque que ces hommes posent pour les femmes et les enfants dans notre société en sera alors sensiblement diminué.

---

(1) J.K. Marques. (1989). « *The Sex Offender Treatment and Evaluation Project: California's New Outcome Study* », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 538, 235-243. Voir aussi W.L. Marshall, S.M. Hudson et T. Ward. « *Sexual Deviance* », dans P.H. Wilson (Éd.), *Principles and Practice of Relapse Prevention*. New York: Guilford Press, sous presse. Et voir W.D. Pithers, G.R. Martin et G.F. Cumming. (1989). « *Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors* », dans D.R. Laws (Éd.), *Relapse Prevention with Sex Offenders*. New York: Guilford Press.

(2) J.K. Marques, D.M. Day, C. Nelson et M.H. Miner. (Juillet 1989). « *The Sex Offender Treatment and Evaluation Project* ». *Third Report to the California Legislative*. Voir aussi W.D. Pithers et G.F. Cumming. « *Can Relapses Be Prevented? Initial Outcome Data from the Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors* », dans Laws, *Relapse Prevention with Sex Offenders*.

(3) W.L. Marshall. (Octobre 1991). « *The Design of Institutional Programs for Sex Offenders in Britain* ». Document présenté à l'occasion de la *British Prison Psychologists Annual Conference*. Scarborough (Angleterre).

(4) W.L. Marshall et S. Barrett. (1990). *Criminal Neglect: Why Sex Offenders Go Free*. Toronto : Doubleday Publishing.

(5) Laws. *Relapse Prevention with Sex Offenders*.

(6) Marshall et Barrett. *Criminal Neglect: Why Sex Offenders Go Free*.

(7) D.R. Laws et W.L. Marshall. (1991). « *Masturbatory Reconditioning with Sexual Deviates: An Evaluative Review* », *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 13-25.

(8) W.L. Marshall et A. Eccles. (1991). « *Issues in Clinical Practice with Sex Offenders* », *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 68-93.

(9) J.M. W Bradford. (1990). « *The Antiandrogen and Hormonal Treatment of Sex Offenders* », dans W.L. Marshall, D.R. Laws et H.E. Barbaree (Éd.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York: Plenum Press.

(10) *H. Pearson. (1990). « Paraphilias, Impulse Control and Serotonin », Journal of Clinical Pharmacology, 10, 133-134.*

(11) *H.E. Barbaree et W.L. Marshall. « Treatment of the Sexual Offender », dans R.M. Wettstein (Éd.), Treatment of the Mentally Disordered Offender. New York: Guilford Press, sous presse.*

(12) *W.L. Marshall et H.E. Barbaree. « Outcome of Cognitive-Behavioral Treatment », dans Marshall, Laws et Barbaree (Éd.), Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender.*