

Évaluation et traitement des délinquants sexuels

par **W.L. Marshall**¹

Département de psychologie, Université Queen's

et **S. Williams**²

Programmes pour délinquants sexuels, Service correctionnel du Canada

La véritable fréquence des infractions sexuelles ne peut être établie que de manière approximative. Ainsi, il est clair que bon nombre de victimes de telles infractions ne signalent pas ces crimes à la police; trop souvent d'ailleurs, elles n'en parlent à personne d'autre.³ En prenant connaissance des résultats d'enquêtes nationales⁴ réalisées au Canada, le Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes a constaté que la moitié des femmes et un tiers des hommes interrogés avaient indiqué avoir subi une forme ou une autre de violence sexuelle au cours de leur vie, et que 70 % des hommes et 62 % des femmes avaient situé ces épisodes de violence sexuelle avant leur puberté. En tant que société, il est donc urgent de réagir et de trouver une solution globale à ce très grave problème social.

Cette réaction doit consister non seulement à traiter les délinquants repérés, mais à mieux les comprendre; à préciser la nature des caractéristiques que le traitement doit chercher à modifier; à déterminer comment ces caractéristiques doivent être évaluées; et à constituer une base « actuarielle » permettant d'estimer le risque de récidive et la réponse au traitement. Bien entendu, dans les cas où un traitement est appliqué, il faut en évaluer l'efficacité.

Au cours des 26 dernières années, le Service correctionnel du Canada (SCC) a joué un rôle de premier plan dans la mise au point de méthodes d'évaluation et de traitement des délinquants sexuels incarcérés. Ces 10 dernières années, le Service a élargi et amélioré ses programmes à l'intention des délinquants sexuels, de telle sorte qu'il finance aujourd'hui de nombreux programmes en établissement ainsi que des programmes de suivi dans la collectivité, dont ces délinquants peuvent profiter après leur mise en liberté. La majorité des programmes mis sur pied au cours des 10 dernières années dans les sociétés occidentales ont adopté l'approche « cognitivo-comportementale et de prévention de la rechute » élaborée en Amérique du Nord.⁵ C'est également l'approche qu'a retenue le SCC lorsqu'il a entrepris de traiter systématiquement les délinquants sexuels en 1973.

Parlant de traitement, les cognitivo-behavioristes, qui adhèrent au premier modèle de prévention de la rechute, estiment que le délinquant sexuel ne peut pas être « guéri », mais qu'on peut lui apprendre à « maîtriser » sa propension à la violence.

L'évaluation

L'évaluation est un élément indispensable de tout programme. Des évaluations sont réalisées pour diverses raisons et il faut choisir les méthodes d'évaluation en fonction de ce que l'on connaît du problème en cause (dans le cas présent, le crime sexuel) et des motifs pour lesquels des tests sont appliqués. En milieu carcéral, les délinquants sexuels peuvent être évalués pour déterminer : leurs besoins en matière de traitement; leurs besoins en matière de sécurité; les effets d'un traitement; et le risque qu'ils récidivent à leur sortie de prison. Des évaluations globales de ce genre permettent parfois de réunir des renseignements sur lesquels pourront se fonder toutes ces décisions. Cependant, la démarche complète d'évaluation doit être reprise une fois le traitement terminé pour déterminer dans quelle mesure les objectifs définis ont été atteints. Dans la collectivité, les mêmes questions peuvent se poser; il est toutefois permis d'espérer que les évaluations réalisées en établissement, si elles sont suffisamment récentes, auront permis d'obtenir la majorité des renseignements nécessaires. En outre, les programmes communautaires peuvent devoir comporter une évaluation qui aidera à décider si un délinquant est prêt à retourner dans sa famille ou à un autre endroit où il est possible qu'il soit mis en présence de victimes.

Lors de la planification d'une évaluation, la préoccupation première des cliniciens devrait être de cerner les domaines à évaluer. Une fois les objectifs de l'évaluation définis, une recherche peut être effectuée afin de choisir les mesures qui conviennent le mieux à chacun d'entre eux.

Le traitement

Le modèle conceptuel

En ce qui concerne le traitement des délinquants sexuels, il faut d'abord rappeler que la thérapie de groupe est habituellement l'approche retenue parce qu'elle est plus efficace et aussi parce qu'elle permet de traiter beaucoup plus de clients au cours d'une même période.

La réceptivité

Le choix de l'endroit

Même si certains auteurs affirment que le traitement du délinquant dans la collectivité donne de meilleurs résultats que celui en prison, il ne semble pas exister de raison d'imposer un choix d'emplacement. La stratégie nationale décrite par Williams, Marcoux-Galarneau, Malcolm, Motiuk, Deurloo, Holden et Smiley⁶ prévoit une continuité dans les services qui commencent pendant la phase d'incarcération, selon une intensité correspondant au niveau de risque et aux besoins, et se poursuivent dans la collectivité, car le suivi, s'il est moins intensif, est tout aussi important. Cette stratégie prévoit également un traitement de suivi plus structuré pour les délinquants sexuels qui présentent un risque élevé au moment de leur mise en liberté, et il se peut que ceux-ci soient alors placés sous surveillance dans une maison de transition.

Les contre-indications

La plupart des programmes excluent les délinquants qui souffrent d'un trouble psychique aigu car il est peu probable qu'ils tirent avantage du traitement et ils nuisent au cheminement des autres participants. Toutefois, dès que leur maladie est contrôlée (p. ex., par une médication), les délinquants sexuels de cette catégorie devraient être autorisés à s'inscrire à un programme de traitement adapté à leurs besoins. Leur cycle de délinquance devrait englober les stimuli idiosyncratiques internes et externes qui font parfois partie du processus de rechute.

Pour tous les délinquants sexuels, des problèmes de conduite peuvent surgir en cours de traitement. Ces problèmes comprennent notamment le refus de participer, le non respect de la confidentialité, ou un comportement dérangent pendant les séances de groupe. Autant que possible, il faut tenter de faire participer activement le délinquant au processus thérapeutique, mais dans les cas où ni le counseling individuel, ni la confrontation avec les pairs, ni même, en dernier recours, le contrat de comportement, ne sont efficaces, les besoins du groupe doivent avoir préséance sur ceux du sujet. Rien ne prouve que la thérapie individuelle provoque des changements chez les délinquants sexuels, et le délinquant qui a la possibilité d'opter pour le traitement individuel peut ne plus avoir le goût d'échanger sur des problèmes importants lors de séances de groupe.

Le choix du moment pour offrir des programmes

Certains se demandent quel est le meilleur moment pour offrir des programmes de traitement aux délinquants sexuels. Souvent, le choix du moment est fonction des services de traitement disponibles. En établissant un rapprochement entre le risque que présente un délinquant et ses besoins d'une part, et

l'intensité du traitement d'autre part, il devient possible d'affecter les ressources aux programmes qui rejoignent les populations les plus nombreuses.

L'ordre des programmes

Des programmes axés sur les modes de pensée, l'impulsivité, le perfectionnement des études, les compétences professionnelles, la consommation excessive d'alcool et de drogues, ainsi que la violence familiale, peuvent être offerts aux délinquants sexuels à risque élevé alors qu'ils attendent de s'inscrire à un traitement spécialisé. Ces programmes peuvent préparer le délinquant en abordant des problématiques thérapeutiques d'ordre général telles que les processus de groupe, la confidentialité, la confiance, la transparence, et en exposant les délinquants à des stratégies particulières telles que l'enregistrement sur bande magnétoscopique.

Les applications spéciales

Au Canada, les femmes représentent un très faible pourcentage de la population totale de délinquants sexuels sous responsabilité fédérale (0,3%). Une étude récente de Kleinknecht, Williams et Nicholaichuk⁷ a permis de constater que seulement 70 femmes reconnues coupables d'agressions sexuelles avaient purgé des peines fédérales entre 1972 et 1998. Ce nombre a cependant augmenté au cours des trois dernières décennies.

Kleinknecht et al., qui ont effectué une enquête auprès de toutes les délinquantes sexuelles incarcérées depuis 1972, ont découvert que celles-ci présentaient des caractéristiques semblables à celles observées chez les délinquantes en général. Ces femmes ont peu d'instruction, n'ont pas d'antécédents professionnels ou très peu, et sont aux prises avec des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. La majorité d'entre elles affirment avoir été victimes de violence psychologique, physique et sexuelle au cours de leur enfance et de leur vie d'adulte. Bon nombre ont une faible estime d'elles-mêmes, ont des problèmes d'assertivité, des difficultés relationnelles et souffrent de troubles mentaux tels que la dépression, de troubles de stress post-traumatique et de troubles de l'alimentation. Parmi celles qui ont des antécédents sexuels, leurs crimes avaient un rapport avec l'acquisitivité, la drogue ou la prostitution.

Les caractéristiques des traitements

Les qualités recherchées chez les thérapeutes

Les seules données disponibles concernant l'influence possible des attitudes des thérapeutes sur les résultats des traitements offerts aux délinquants sexuels proviennent de deux études réalisées par Beech et ses collègues en Angleterre.⁸ Ces études ont révélé que, dans le cadre des programmes offerts

dans la collectivité et en milieu carcéral, les thérapeutes qui traitent leurs clients avec respect, leur proposent des défis tout en les soutenant dans leur démarche, et font preuve d'empathie à leur égard, ont été à l'origine de modifications beaucoup plus importantes de comportement que les thérapeutes plus autoritaires, qui confrontent leurs clients et ne leur témoignent aucune empathie. L'importance des qualités que possède le thérapeute ou de son style d'intervention a été négligée. Pourtant, il semble que ces aspects jouent un rôle déterminant dans le traitement des délinquants sexuels et qu'ils méritent d'être pris en compte. Des chercheurs du *English Prison Service* et des chercheurs canadiens réalisent actuellement un projet conjoint ayant pour but d'étudier l'influence respective des comportements des thérapeutes et de la réceptivité des délinquants sur l'efficacité du traitement de la délinquance sexuelle.⁹ À ce jour, cette étude a révélé qu'il est possible de cerner, de manière fiable,¹⁰ un certain nombre de qualités que devraient posséder les thérapeutes pour être en mesure de susciter des changements pour le mieux dans certains des comportements, des idées et des sentiments de leurs clients.¹¹

Le mode d'exécution des programmes

En Amérique du Nord, en Grande-Bretagne, en Australie et en Nouvelle-Zélande, la majorité des programmes de traitement s'appuient sur le modèle cognitivo-comportemental qui englobe des stratégies de prévention de la rechute. Ce modèle se prête à une description des procédures de traitement.

Les thérapies de groupe offertes aux délinquants sexuels peuvent présenter des distinctions de trois ordres différents : l'approche retenue peut être psychopédagogique ou plus psychothérapeutique; cette approche peut comprendre des éléments discrets dont les procédures sont décrites en détail ou simplement consister à fixer des objectifs tout en s'attardant davantage au processus; et les groupes peuvent être ouverts ou fermés. L'information dont nous disposons présentement ne nous autorise pas à choisir entre ces différentes possibilités; il semble donc que le facteur déterminant soit la préférence du thérapeute lui-même.

Le niveau de traitement

Il ne servirait à rien, et ce serait là un gaspillage des ressources, d'offrir le même niveau de traitement à tous les délinquants sexuels. Le SCC fait partie des quelques organisations qui tentent présentement d'ajuster l'intensité et l'étendue du traitement aux besoins réels de leurs clients. De façon tout à fait judicieuse, le SCC s'efforce d'orienter les délinquants vers des traitements d'intensité différente en fonction de leurs besoins particuliers. Pour répondre aux

besoins d'une population hétérogène de délinquants sexuels, Williams et al. ont élaboré, sous la direction du Service correctionnel du Canada, une stratégie nationale pour les délinquants sexuels canadiens.¹² Pour déterminer le risque que présente un délinquant sexuel, son niveau de besoins et sa réceptivité, cette stratégie utilise une évaluation spécialisée du client conjointement avec l'Évaluation initiale du délinquant (EID). Des évaluations exhaustives permettent de répartir les besoins en trois catégories : les besoins élevés, moyens et faibles.

Les délinquants dont les besoins sont élevés ont besoin de plus de temps pour atteindre des niveaux acceptables de fonctionnement, en fonction de chacun des objectifs du traitement, et auront presque toujours besoin de suivre des programmes supplémentaires en plus du traitement réservé aux délinquants sexuels (p. ex., le Programme d'apprentissage cognitif des compétences psychosociales, le programme Vivre sans violence, les programmes pour toxicomanes).

Il est important de signaler que l'augmentation de l'estime de soi favorise des changements dans toutes les autres attitudes que cherche à modifier le traitement,¹³ et contribue notamment à réduire les préférences sexuelles déviantes.¹⁴

L'efficacité des traitements

Il y a plusieurs aspects à prendre en compte pour déterminer la valeur d'un traitement, mais la méthode habituellement retenue, pour les délinquants sexuels, consiste à examiner la réduction du taux de récidive après la mise en liberté. Sans nier l'importance de ce dernier facteur, même si la récidive est considérablement réduite, un programme de traitement aurait bien peu de valeur si seul un petit nombre de candidats acceptaient de le suivre ou si la plupart l'interrompaient ou refusaient de se conformer aux exigences de celui-ci. Par conséquent, le nombre de personnes qui refusent le traitement, qui l'interrompent ou négligent de se conformer aux directives reçues constitue un indice pertinent de l'utilité d'un programme de traitement. Ces variables peuvent toutes être considérées comme des éléments de la participation au traitement.

Les résultats des traitements

L'évaluation des résultats comporte deux aspects. Il faut d'abord évaluer si les participants atteignent ou non les objectifs du traitement. Cette évaluation se fait en observant les changements dans les facteurs qui ont servi à déterminer le mode de fonctionnement du délinquant en regard de chacun des objectifs (ou éléments) du traitement entre la période avant le traitement et la période après le traitement. Si un

programme de traitement vise à accroître l'estime de soi, à éliminer des préférences sexuelles déviantes, à faire ressortir clairement le cycle de délinquance et à préparer des plans de prévention de la rechute, les mesures de ces objectifs doivent montrer qu'il y a eu changement. Les dispensateurs de traitements doivent d'abord démontrer que les procédures et processus qu'ils utilisent permettent habituellement d'obtenir les changements prévus, autrement il est injuste de tenir un délinquant responsable du fait qu'il n'a pas réalisé les objectifs attendus. Une série d'études a montré que les procédures décrites ci-dessus produisaient les changements désirés aux chapitres de l'estime de soi, de l'empathie, du déni, de la minimisation, de la solitude et de l'intimité.

Les études sur la récidive

L'un des problèmes qui embarrasse les personnes qui tentent d'évaluer l'efficacité des traitements est celui du faible taux de récidive chez les délinquants sexuels non traités. Comme le fait remarquer Barbaree, ce faible taux de récidive augmente la probabilité que nous rejetions, à tort, l'hypothèse voulant que le traitement ait des effets bénéfiques, simplement parce que nous ne disposons pas de moyens statistiques d'en discerner les effets réels.¹⁵ Par ailleurs, Quinsey et al. ont dit craindre que nous

soyons parfois trop pressés de conclure à l'efficacité du traitement, alors que, dans les faits, des études conçues selon les règles de l'art peuvent révéler par la suite que le traitement n'a eu aucun effet.¹⁶ À ce jour, aucune conclusion ne s'est imposée quant à la meilleure façon d'aborder ces problèmes.

Déterminer les bénéfices d'un traitement uniquement en fonction d'un nombre moindre de victime dans l'avenir nous apparaît une démarche plutôt incomplète. Bien entendu, il faut que ce soit l'une de nos préoccupations, mais nous devons également être équitables sur le plan financier; ainsi, il est peut-être possible d'offrir un traitement efficace, mais son coût peut être supérieur à ce que la société est prête à payer pour obtenir de tels bénéfices. En particulier, si les réductions de la récidive sont statistiquement significatives, sans pour autant être remarquables.

Dans l'ensemble, les données actuellement disponibles ne permettent peut-être pas de convaincre tous les lecteurs des avantages qu'il y a à traiter les délinquants sexuels, mais nous avons tendance à croire qu'elles nous permettent tout au moins d'être optimistes en ce qui concerne la valeur du traitement. ■

¹ Kingston (Ontario) K7L 3N6.

² 555, rue King Ouest, Kingston (Ontario) K7L 4V7.

³ KOSS, M.P. et HARVEY, M.P. *The rape victim: Clinical and community interventions* (2^e édition), Newbury Park, CA, Sage Publications, 1991; voir également RUSSELL, D.E.H., *Sexual exploitation: Rape, child sexual abuse and workplace harassment*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1984 ainsi que RUSSELL, D.E.H., *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*, New York, NY, Basic Books, 1986.

⁴ Committee on Sexual Offences against Children and Youths *Report of the Committee on Sexual Offences against Children and Youth*, Vols. 1-11, and summary (Rapport Badgely; N° de catalogue J2-50/1984/F, Vol. 1-11, H74-13/1984-1F, résumé) Ottawa, ON, Ministère des Approvisionnement et Services, 1984.

⁵ Pour des exemples de tels programmes, voir MARSHALL, W.L., FERNANDEZ, Y.M., HUDSON, S.M. et WARD, T., éd., *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders*, New York, NY, Plenum Press, 1998.

⁶ WILLIAMS, S.M., MARCOUX-GALARNEAU, R., MALCOLM, P.B., MOTIUK, L., DEURLOO, B., HOLDEN, R. et SMILEY, C. *Normes et lignes directrices relatives à la prestation de services aux délinquants sexuels*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1996.

⁷ KLEINKNECHT, S., WILLIAMS, S.M. et NICHOLAICHUK, T. *Characteristics of Canada's convicted adult female sex offender population (1972-1998)*, manuscrit inédit.

⁸ BEECH, A. *Relationship between treatment change and therapeutic climate in sex offender treatment programs*, document présenté à 18^e Conférence annuelle sur la recherche et le traitement de l'Association for the Treatment of Sexual Abusers, Orlando, FL, septembre 1999. Voir

également BEECH, A. et FORDHAM, A.S., «Therapeutic climate of sexual offender treatment programs» dans *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 9, 1997, p. 219-237.

⁹ MARSHALL, W.L., THORNTON, D., MULLOY, R., SERRAN, G., MANN, R., ANDERSON, D. et FERNANDEZ, Y.M. *Process research in sexual offender treatment*, étude en cours, 1999.

¹⁰ MULLOY, R., SERRAN, G. et MARSHALL, W.L. *Group therapy processes with sex offenders*, document présenté au Congrès annuel de la Société canadienne de psychologie, Halifax, N-É, juin 1999.

¹¹ FERNANDEZ, Y.M., SERRAN, G. et MARSHALL, W.L. *The reliable identification of therapist features in the treatment of sexual offenders*, document présenté à la 18^e Conférence annuelle sur la recherche et le traitement de l'Association for the Treatment of Sexual abusers, Orlando, FL, septembre 1999.

¹² WILLIAMS, MARCOUX-GALARNEAU, MALCOLM, MOTIUK, DEURLOO, HOLDEN et SMILEY, 1996.

¹³ MARSHALL, THORNTON, MULLOY, SERRAN, MANN, ANDERSON et FERNANDEZ, 1999.

¹⁴ MARSHALL, W.L. «The relationship between self-esteem and deviant sexual arousal in non familial child molesters» dans *Behavior Modification*, vol. 21, 1997, p. 86-96.

¹⁵ BARBAREE, H.E. «Evaluating treatment efficacy with sexual offenders: The insensitivity of recidivism studies to treatment effect» dans *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 9, 1997, p. 111-129.

¹⁶ QUINSEY, V.L., HARRIS, G.T., RICE, M.E. et LALUMIÈRE, M.L. «Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders» dans *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 8, 1993, p. 512-523.