

Une comparaison entre le traitement en groupe et le traitement individuel pour les délinquants sexuels

Roberto Di Fazio¹

Administration régionale (Ontario), Service correctionnel du Canada

Jeffrey Abracen et Jan Looman

Centre régional de traitement, Service correctionnel du Canada

Certains auteurs ont prétendu que le traitement en groupe est plus efficace que le traitement individuel. Toutefois, c'est peut-être parce que l'on confond l'efficacité par rapport au coût et au temps avec l'efficacité du traitement lui-même. Un examen plus approfondi révèle qu'il reste des questions sans réponse en ce qui concerne l'efficacité des traitements. Dans l'étude décrite sommairement ci-dessous, les auteurs ont examiné l'efficacité du programme pour délinquants sexuels du Centre régional de traitement de l'Ontario (PDSCRT), qui consiste en un traitement de groupe et un traitement individuel (traitement complet), par rapport au traitement individuel. On a évalué l'efficacité relative des deux types de traitement.

Participants

Tous les délinquants qui ont participé à l'étude ont été dirigés vers le PDSCRT pour une évaluation ou pour un traitement, et ils ont suivi le programme entre le 1^{er} janvier 1989 et le 1^{er} janvier 1996. Les individus choisis avaient été admis au programme complet ou au programme de traitement individuel du PDSCRT. Le traitement complet était offert seulement aux délinquants sexuels ou aux délinquants qui avaient commis une infraction comportant un élément sexuel. De plus, les délinquants choisis pour le programme complet étaient ceux qui présentaient un risque élevé de récidive ou qui avaient des besoins élevés en matière de traitement, ou qui répondaient à ces deux critères. En tout, 205 délinquants répondaient aux critères d'admissibilité au PDSCRT. Cent quarante-trois délinquants sexuels ont suivi le traitement complet durant la période couverte par l'étude. Nous avons comparé cet échantillon à un groupe de 62 délinquants sexuels qui ont suivi le traitement individuel. Les individus qui n'ont pas été jugés admissibles au traitement de groupe ont été dirigés vers le traitement individuel. Voici quelques-unes des raisons pour lesquelles on a considéré qu'un traitement individuel convenait mieux à ces délinquants : ils avaient une déficience intellectuelle, un trouble mental ou des difficultés sur le plan des habiletés de la vie quotidienne. Pour les deux groupes de délinquants, l'infraction à l'origine de la peine est l'infraction pour laquelle le délinquant avait été dirigé vers le traitement.

Contexte

Le PDSCRT est le programme pour délinquants sexuels le plus ancien qu'offre le Service correctionnel du Canada de façon continue, soit depuis 1973. Les D^{rs} Marshall et Williams ont conçu ce programme à l'origine pour les délinquants qui présentaient un risque élevé de récidive sexuelle ou avaient des besoins élevés en matière de traitement, ou encore qui répondaient à ces deux critères. On estimait que plutôt que de traiter les délinquants pendant une longue période, il serait préférable de leur offrir un traitement de durée relativement courte. On jugeait aussi qu'il était plus réaliste d'offrir un traitement à un grand groupe de délinquants qu'un traitement approfondi à un petit groupe de clients.²

Le PDSCRT comprend trois composantes principales : thérapie de groupe, thérapie individuelle et milieu thérapeutique. Ce programme satisfait à une exigence fondamentale : être adapté au niveau de réceptivité du client au traitement. Andrews et Bonta³ ont été les premiers à définir le principe de la réceptivité : offrir des modes de traitement compatibles avec les capacités et le mode d'apprentissage des délinquants. Comme le démontrent les résultats d'une étude effectuée récemment sur le PDSCRT, ce principe et ce mode de traitement ont permis d'obtenir des résultats positifs avec les délinquants sexuels. Abracen, Looman et Nicholaichuk ont constaté un rapport supérieur à 2:1 (51,7 % contre 23,6 %), pour ce qui est de la récidive sexuelle, entre les délinquants sexuels non traités et ceux ayant reçu un traitement.⁴

Modes de traitement

Programme complet

Tous les clients ont participé à deux rencontres de groupe par semaine, qui portaient sur l'empathie à l'égard des victimes et les habiletés sociales. Chaque semaine, ils ont participé aussi à deux rencontres de groupe animées par du personnel infirmier et celles-ci comprenaient un volet sur la sexualité. Durant les rencontres sur les habiletés sociales, on abordait diverses questions fréquemment liées aux problèmes des délinquants à risque élevé et ayant

des besoins élevés. Il y avait, par exemple, des modules sur les aptitudes à la communication, l'assertivité, la maîtrise de la colère et la résolution de problèmes. En ce qui a trait à l'empathie à l'égard des victimes, les rencontres portaient sur les répercussions de l'agression sexuelle sur la victime. Il y avait aussi des séances sur la prévention de la rechute comme élément de base du programme. Ces rencontres portaient sur les situations à risque élevé, l'équilibre du style de vie et la préparation de plans de prévention de la rechute.

Tous les clients qui ont suivi le traitement complet ont aussi participé à deux séances individuelles par semaine avec un psychologue et à une séance de thérapie individuelle avec un membre du personnel infirmier. Chacune des rencontres individuelles durait environ une heure. Les rencontres avec le personnel infirmier étaient planifiées selon les besoins. Le contenu des séances individuelles était variable. Avec les clients au fonctionnement cognitif lent, on revenait parfois sur des choses déjà présentées dans le groupe et on clarifiait des questions que le client ne comprenait pas bien; on utilisait le plus souvent une approche concrète. Dans d'autres cas, on abordait avec les clients les questions associées à la minimisation et à la dénégation, plus en détail qu'on aurait pu le faire dans un groupe. Dans d'autres circonstances, on pouvait consacrer quelques séances aux pensées et aux comportements liés à la mauvaise adaptation à l'établissement; dans ce dernier cas, c'était surtout avec les individus qui répondaient aux critères de psychopathie, selon le résultat obtenu au moyen de l'échelle de psychopathie de Hare révisée.⁵ Enfin, tous les clients qui ont suivi le programme complet de traitement vivaient dans un milieu thérapeutique.

Programme de traitement individuel

Les clients dirigés vers le programme de traitement individuel ont participé à trois séances individuelles par semaine avec un psychologue et à une séance de thérapie individuelle avec un membre du personnel infirmier. Chaque rencontre durait environ une heure. De nombreuses questions qui étaient abordées dans le programme de traitement complet l'étaient également avec les clients du traitement individuel. Toutefois, avec les clients ayant un fonctionnement intellectuel lent, on présentait les choses de façon plus légère et plus concrète. Dans le traitement individuel, on ne présentait habituellement pas toute l'information qu'on fournissait aux clients du traitement complet. Néanmoins, on donnait presque toujours l'information de base sur les relations interpersonnelles et les habiletés sociales. En outre, les clients du traitement individuel profitaient aussi du milieu thérapeutique, puisqu'ils étaient logés dans la même unité résidentielle que ceux qui participaient au traitement complet.

Milieu thérapeutique

Le logement en résidence faisait partie intégrante du traitement. En plus des séances de traitement avec les délinquants, le personnel infirmier passait au moins deux heures par poste de travail dans l'unité résidentielle et avait des interactions officielles ou informelles avec les clients. Il pouvait donc à la fois renforcer les comportements dont on avait discuté dans les rencontres de groupe ou individuelles et surveiller le comportement des clients. Lorsqu'il observait des écarts entre ce que les clients avaient dit à propos de leur comportement, durant les rencontres de groupe ou individuelles, et leur comportement réel dans l'unité, il en discutait avec eux.

Évolution du programme

Le PDS CRT a subi plusieurs modifications depuis ses débuts. L'un des changements le plus importants a eu lieu en 1989, lorsqu'on a introduit officiellement la formation sur la prévention de la rechute. En 1986, on avait ajouté les techniques de traitement visant à augmenter l'empathie des clients. De plus, au cours des années, on a modifié la durée du programme. Au moment de l'étude, le programme durait cinq ou six mois, et les clients participaient à environ huit heures de thérapie de groupe et trois heures de thérapie individuelle par semaine.

Méthode

Nous avons comparé les deux groupes de délinquants (traitement complet et traitement individuel), par rapport à la nature des infractions sexuelles commises. Selon leurs antécédents sexuels, nous avons divisé les participants en quatre groupes : violeurs (victimes de 16 ans ou plus), pédophiles (victimes de 12 ans ou moins), hébéphiles (victimes de 13 à 15 ans), et auteurs d'un acte incestueux. Nous avons établi les catégories d'infractions pour les 143 délinquants du programme de traitement complet et pour 59 des 62 délinquants du programme de traitement individuel. Pour ce faire, nous nous sommes servis des dossiers de traitement. Parmi les délinquants pour lesquels nous avons trouvé des renseignements sur la nature des infractions commises, 57,3 % des délinquants de l'échantillon ayant suivi le traitement complet et 52,5 % de l'échantillon ayant suivi le traitement individuel avaient commis une infraction contre un adulte. Les autres avaient commis une infraction contre un enfant ou un adolescent. Plus précisément, 11,2 % des délinquants du premier groupe (traitement complet) et 15,3 % du deuxième groupe ont été classés dans la catégorie « pédophiles » (victimes de 12 ans ou moins). De plus, 10,5 % et 21,0 % des délinquants du premier groupe, et 15,3 % et 16,9 % des délinquants du deuxième groupe ont été classés respectivement dans les catégories « hébéphiles » (victimes de 13 à 15 ans) et « auteurs d'un acte

incestueux ». Aucune de ces différences entre les groupes n'avait un niveau de signification acceptable.

Résultats

Comparaison des variables

Nous avons procédé à des analyses pour déterminer les ressemblances entre les deux échantillons de participants. Selon les résultats, les deux groupes ne différaient pas de façon significative par rapport à la plupart des variables pré-traitement. Les variables examinées étaient les suivantes : l'âge au moment de la première condamnation, l'âge au moment de la perpétration de l'infraction à l'origine de la peine, le nombre d'infractions sexuelles commises avant le traitement, et l'âge au moment de la mise en liberté après le traitement au Centre régional de traitement (Tableau 1). Nous n'avons trouvé aucune différence significative entre les deux groupes.

Issue du traitement

Nous avons effectué des analyses de suivi auprès des délinquants sexuels qui ont été mis en liberté dans la collectivité. Aux fins de l'analyse, toutes les infractions qui ne sont pas classées comme des infractions sexuelles dans le *Code criminel* du Canada ont été regroupées dans la catégorie infractions non sexuelles, et elles n'ont pas été prises en considération pour l'analyse. Les périodes de suivi étaient $M = 5,05$ ($ÉT = 2,23$) pour les participants au programme de traitement complet, et $M = 6,98$ ($ÉT = 1,90$) pour les participants au programme de traitement individuel. Cette différence, c'est-à-dire la différence entre le nombre d'années avant l'analyse de suivi pour chaque groupe, était jugée significative : $t(203) = -5,95$, $p < 0,001$. Pour neutraliser l'effet de l'écart entre les périodes de suivi, nous avons effectué une analyse de survie. Les résultats ont montré qu'il n'y avait

pas de différence significative entre les taux de récidive des deux groupes : $Wilcoxin(1) = 2,67$, ns. Au moment du suivi, aucune différence n'a été constatée entre les deux groupes lorsqu'on a comparé le nombre d'individus qui avaient récidivé par rapport au nombre qui n'avait pas récidivé après la mise en liberté ayant suivi le traitement : $(\chi^2(1, N = 205) = 0,70$, ns. Parmi les délinquants ayant suivi le traitement complet ($N = 143$), vingt et un (14,7 %) ont été condamnés pour une nouvelle infraction sexuelle, par rapport à douze (19,4 %) délinquants ayant participé au traitement individuel ($N = 62$).

Analyse

Les chercheurs continuent à se demander si les délinquants sexuels tirent profit des traitements qui visent à réduire leur taux de récidive sexuelle. Nous pouvons cependant nous interroger sur des questions plus précises et plus significatives, comme l'efficacité du mode de traitement choisi. Dans notre étude, nous nous sommes penchés sur l'efficacité relative de la thérapie de groupe et de la thérapie individuelle pour traiter les délinquants à risque élevé et ayant des besoins élevés, et pour réduire leur taux de récidive sexuelle. Nous avons essayé de clarifier la question en comparant deux groupes de délinquants sexuels à risque élevé et ayant des besoins élevés dont l'un suivait un programme de traitement complet (thérapie de groupe et thérapie individuelle) et l'autre un programme de traitement individuel (thérapie individuelle seulement). Il est peut-être étonnant de constater que nous n'avons trouvé aucune différence dans l'efficacité des deux modes de traitement pour ce qui est de réduire le taux de récidive sexuelle chez les délinquants sexuels à risque et ayant des besoins élevés.

Il est également intéressant de noter qu'il n'existe aucune différence significative dans les taux de récidive sexuelle entre les deux groupes même si l'intensité des traitements fournis aux deux échantillons était considérablement différente. Dans l'ensemble, les clients du programme de traitement individuel ont reçu moins de séances de traitement (heures de contact direct) que les clients de l'autre groupe. La raison de cet écart est que le niveau de fonctionnement intellectuel des clients du groupe de traitement individuel était trop faible pour qu'ils puissent participer au programme de traitement complet. Ces délinquants avaient, par exemple, des troubles mentaux, un fonctionnement intellectuel lent, ou encore ils étaient plus susceptibles de mal interpréter les signaux sociaux. On peut formuler comme hypothèse que les changements qui sont survenus dans les deux groupes de délinquants résultent d'une augmentation du sentiment

Tableau 1

Caractéristiques démographiques	Traitement complet			Traitement individuel			t
	M	ÉT	n	M	ÉT	n	
Âge à la première condamnation	20,67	6,45	143	22,94	10,46	62	-1,90
Âge à la perpétration de l'infraction à l'origine de la peine	31,18	7,84	143	33,15	9,49	62	-1,55
Nombre d'infractions sexuelles avant le traitement	1,46	,86	143	1,45	1,21	62	+0,07
Âge au moment de la mise en liberté	34,48	8,02	143	36,97	9,48	62	-1,93

d'auto-efficacité qui découle de la participation au traitement, indépendamment du mode de traitement. On croit que les clients ont ce sentiment d'auto-efficacité lorsqu'ils perçoivent qu'il existe une stratégie de changement efficace et réaliste et qu'ils sont capables de la mettre en pratique.⁶

Répercussions

On considère habituellement le traitement de groupe comme plus pratique et plus rentable, alors que le traitement individuel est jugé plus idiosyncratique, bien qu'il permette un niveau de confidentialité plus élevé pour les clients. L'une des répercussions possibles des conclusions de notre étude est que plutôt que de s'efforcer de défendre un des modes de traitement par rapport à l'autre, on pourrait essayer d'obtenir des recommandations plus précises sur le mode de traitement qui conviendrait le mieux au client. Par exemple, le programme de traitement complet pourrait être plus indiqué pour les délinquants sexuels qui présentent un risque et ont des besoins élevés, mais qui n'ont pas de difficultés cognitives, de difficultés sur le plan des habiletés sociales ou de troubles psychiatriques. Par ailleurs, le traitement individuel pourrait être réservé aux délinquants sexuels qui, en plus de présenter un risque et d'avoir des besoins élevés, ont un type de déficience intellectuelle, un déficit sur le plan des habiletés sociales ou des antécédents psychiatriques. Il convient de noter qu'il faudrait également déterminer si les clients du programme de traitement individuel présentent un risque aussi élevé que les clients du programme de traitement complet.

Dans le cas des délinquants sexuels qui ont une déficience intellectuelle, une partie de la stratégie de traitement pourrait consister à réduire la complexité du programme de traitement. On pourrait, par exemple, simplifier leur plan de prévention de la rechute. La prévention de la rechute vise à aider les délinquants à cerner les comportements, les pensées et les sentiments qui augmentent le risque de récurrence sexuelle. L'objectif ultime d'un plan de

prévention des rechutes est d'aider à renforcer le changement positif de comportement. Eccles et Marshall⁷ ont constaté que certains délinquants ne sont pas capables de comprendre toute l'information qui leur est donnée durant le traitement. Ils ont donc proposé qu'au lieu de nous fixer un objectif irréaliste, nous visions la simplicité. Nous pouvons, par exemple, laisser tomber le jargon utilisé dans le plan de prévention de la rechute, définir les signes avertisseurs de façon plus précise et concrète et éviter de dire aux délinquants qu'ils doivent prévoir dans leur plan toutes les circonstances possibles. En bout de ligne, ils suggèrent d'enseigner aux délinquants une manière plus générale de résoudre les problèmes. Les données d'une recherche effectuée en 1999 montrent que même si l'on passe moins de temps à préparer les plans de prévention de la rechute, cela n'aura pas nécessairement un effet négatif sur le taux de récurrence des délinquants sexuels.⁸ On pourrait restructurer les séances qui étaient consacrées à la prévention de la rechute de façon à répondre aux besoins particuliers d'un individu ou d'un groupe. Par exemple, les thérapeutes pourraient choisir de se concentrer davantage sur des sujets comme l'intimité et les habiletés en relations sociales.

Le programme de traitement complet peut très bien convenir à certains clients à risque qui ont des besoins élevés. Néanmoins, avec d'autres clients, la thérapie individuelle peut s'avérer plus efficace. Si la thérapie individuelle est réellement plus efficace pour les délinquants sexuels à risque élevé, ou du moins pour les délinquants ayant des besoins élevés, qui ont des difficultés additionnelles, alors plutôt que de leur refuser ce mode de traitement, nous devrions essayer d'alléger le fardeau financier du traitement en individualisant le traitement et en abaissant les coûts, en adoptant des modalités de paiement à long terme, en passant des contrats avec le gouvernement et des organismes pour réduire les coûts, et en faisant des pressions pour qu'une partie des coûts des traitements pour délinquants sexuels soit payée par des tiers.⁹

¹ La correspondance concernant cet article doit être adressée à : D^r Jeffrey Abracen, Département de psychologie, Centre régional de traitement (Ontario), 555, rue King Ouest, C. P. 22, Kingston (Ontario) K7L 4V7, Canada.

² WILLIAMS, S. M. « Sex offender assessment guidelines » dans *Forensic psychology: Policy and practice in corrections*, T. A. Leis, L. L. Motiuk et J.R.P. Ogloff (éd.), p. 122 à 131. Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1995.

³ ANDREWS, D. A. et BONTA, J. *The psychology of criminal conduct*, Cincinnati, OH, Anderson Publishing Co., p. 177, 1994.

⁴ ABRACEN, J., LOOMAN, J. et NICHOLAICHUK, T. P. *Recidivism among treated sexual offenders and matched comparison subjects: Data from the Regional Treatment Centre (Ontario) post-1989 sample*, Manuscrit en voie de préparation, 2000.

⁵ HARE, R. D. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, Toronto, ON, Multi-Health Systems, 1991.

⁶ MILLER, W. R. « Increasing motivation for change » dans *Handbook of Alcoholism treatment approaches*, R. K. Hester et W. R. Miller (éd.), p. 67 à 80, New York, NY, Pergamon Press, 1989.

⁷ ECCLES, A. et MARSHALL, W. L. « Relapse prevention » dans *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*, W. L. Marshall, D. Anderson et Y. Fernandez (éd.), p. 127 à 146, New York, NY, John Wiley & Sons, 1999.

⁸ MARSHALL, W. L., ANDERSON, D. et FERNANDEZ, Y. *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*, New York, NY, John Wiley & Sons, 1999.

⁹ MALETZKY, B. M. Groups of one. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 11, p. 80, 1999.