

2m11.3178.4

Université de Montréal

Les prédictes psychologiques de la fin prématurée du traitement chez des agresseurs sexuels
judiciarisés

Par
Audrey Chouinard

École de Criminologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise ès sciences (M. Sc.)

Mars 2004

© Audrey Chouinard, 2004



HV

6015

U54

2004

V. 008

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Les prédicteurs psychologiques de la fin prématurée du traitement chez des agresseurs sexuels
judiciarisés

Présenté par
Audrey Chouinard

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Denis Lafortune, président-rapporteur

Jean Proulx, directeur de mémoire

Luc Granger, membre du jury

RÉSUMÉ

Le but de cette étude est de vérifier si des caractéristiques psychologiques et de la personnalité sont associées à la fin prématurée du traitement chez des agresseurs sexuels. L'échantillon se compose de 224 agresseurs sexuels de femmes et d'enfants traités dans la communauté ou en institution (carcérale, psychiatrique). Les sujets ont été évalués avant le début du traitement, à l'aide de plusieurs tests psychométriques mesurant certaines caractéristiques psychologiques et avec le MCMI, afin d'évaluer la personnalité. Les résultats aux tests psychométriques ont été mis en relation avec le statut en traitement des sujets (complété, non-complété) à l'aide de régressions logistiques hiérarchiques en tenant compte de trois variables de contrôles reliées au traitement : 1) la durée du traitement, 2) le milieu thérapeutique (communauté, institution) et 3) l'approche thérapeutique (mixte, cognitivo-comportementale). Les résultats démontrent que les meilleurs prédicteurs de la fin prématurée du traitement chez les agresseurs sexuels sont 1) une personnalité antisociale, 2) une faible estime de soi sociale, 3) une faible empathie vis-à-vis d'autrui et 4) l'utilisation de la sexualité afin de gérer des situations stressantes. Les résultats sont comparés aux études antérieures sur la fin prématurée du traitement et quelques pistes d'intervention auprès des agresseurs sexuels présentant un plus grand risque de terminer prématurément le traitement sont proposés.

Mots-clés : Agresseurs sexuels – Abandon – Traitement – Caractéristiques psychologiques – Personnalité – Prédicteurs.

The purpose of this study is to examine if psychological and personality characteristics can predict treatment attrition among sexual offenders. The sample is composed of 224 rapists and pedophiles who were treated within the community or within an institution (penitentiary, psychiatric). Before the therapy, the subjects were administered several psychological assessments instruments, and the MCMI which was used to assess the personality of the subjects. The psychometric results were analysed with the use of hierarchical logistic regressions in order to predict treatment status (completed, non-completed). Three control variables were used in the analyses: 1) treatment length, 2) treatment setting (community, institution), 3) therapeutic approach (cognitive-behavioral, mixed). The results of the hierarchical logistic regressions suggest that the best predictors of treatment attrition are: 1) antisocial personality, 2) low social self-esteem, 3) low empathy towards others, 4) use of sexuality to cope with in stressful situations. These results are compared with previous studies on treatment attrition. Finally, the clinical implications of our findings are discussed regarding sexual offenders presenting high risks of not completing their therapy.

Key words : Sexual offenders – Attrition – Treatment – Psychological characteristics – Personality – Predictors.

REMERCIEMENTS

Je tiens sincèrement à remercier M. Jean Proulx qui m'a non seulement guidé tout au long de mon projet de recherche, mais m'a aussi fait découvrir un domaine d'étude passionnant et stimulant. J'ai grandement apprécié son support, son professionnalisme, ses réflexions et son humour. Les opportunités qu'il a mises sur ma route m'ont permis de me développer tant au niveau académique que professionnel.

Merci à la merveilleuse et dynamique équipe du centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, avec qui j'ai eu l'occasion de partager les hauts et les bas de mon projet de recherche. Je voudrais remercier particulièrement Tony Brien pour ses bons conseils et pour le temps qu'il m'a consacré à m'instruire au sujet des centres de traitement. Sincère remerciement à Jean-François Allaire pour son appui considérable lors des analyses statistiques. Merci aussi à Mélissa qui a rendu les nombreuses heures d'entrée de données vraiment moins monotones!

Je voudrais souligner l'appui et le support moral de mes 3 merveilleuses copines Cin, Gen et Randa. Pour les moments inoubliables passés en votre compagnie, pour les discussions stimulantes et pour la possibilité de pouvoir rêver ensemble, un immense merci! Longue vie à notre amitié.

Finalement, à Maude pour son énergie, son amitié et ses conseils de grande sœur! À mes parents que j'aime énormément, Lisette et Dominique, qui m'ont supporté et aidé à grandir sur tous les plans. Merci d'avoir toujours cru en moi et d'être inconditionnellement là, beau temps, mauvais temps.

TABLE DES MATIÈRES

<u>INTRODUCTION</u>	<u>1</u>
<u>CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE</u>	<u>5</u>
<u>1.1 Les prédicteurs de l'abandon du traitement</u>	<u>6</u>
<u>1.2 Les prédicteurs de l'abandon du traitement chez une population carcérale</u>	<u>8</u>
<u>1.3 Les prédicteurs de l'abandon du traitement chez les conjoints violents</u>	<u>9</u>
1.3.1 Les variables sociodémographiques	10
1.3.2 Les variables criminologiques	11
1.3.3 Les variables personnelles	12
<u>1.4 Les prédicteurs de l'abandon du traitement chez les alcooliques et les toxicomanes</u>	<u>14</u>
1.4.1 Les variables sociodémographiques	15
1.4.2 Les variables personnelles	16
<u>1.5 Les prédicteurs de l'abandon du traitement chez les agresseurs sexuels</u>	<u>19</u>
1.5.1 Les variables sociodémographiques	21
1.5.2 Les variables criminologiques	23
1.5.3 Les variables personnelles	25
<u>CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE</u>	<u>32</u>
<u>2.1 Les participants</u>	<u>33</u>
<u>2.2 Les établissements de traitement</u>	<u>34</u>
<u>2.3 La procédure d'évaluation</u>	<u>35</u>
<u>2.4 Les instruments de mesure</u>	<u>36</u>
<u>2.5 Le statut en traitement</u>	<u>40</u>
<u>2.6 Les analyses statistiques</u>	<u>40</u>

<u>CHAPITRE 3 : RÉSULTATS</u>	<u>42</u>
<u>3.1 Les statistiques descriptives</u>	<u>43</u>
3.1.1 Le statut en traitement	43
3.1.2 Les variables contrôles	43
3.1.3 Les variables indépendantes	45
<u>3.2 Les statistiques multivariées</u>	<u>447</u>
3.2.1 Régressions logistiques hiérarchiques avec une seule variable indépendante et les trois variables de contrôle	47
3.2.2 Régressions logistiques hiérarchiques avec plusieurs variables indépendantes simultanément et les trois variables de contrôle	48
<u>CHAPITRE 4 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS</u>	<u>55</u>
<u>4.1 Analyse des résultats obtenus</u>	<u>56</u>
4.1.1 Modèle 1	56
4.1.2 Modèle 2	59
<u>4.2 Implications cliniques</u>	<u>62</u>
<u>4.3 Forces et limites de l'étude</u>	<u>64</u>
<u>CONCLUSION</u>	<u>66</u>
<u>Annexe A</u>	<u>69</u>
<u>RÉFÉRENCES</u>	<u>71</u>

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Synthèse des études portant sur l'abandon du traitement chez les agresseurs sexuels p.20-21
- Tableau 2 : Synthèse des caractéristiques de chaque établissement de traitement p.35
- Tableau 3 : Qualités psychométriques des instruments de mesure utilisés pour l'évaluation des agresseurs sexuels p.39
- Tableau 4 : Taux d'agresseurs sexuels selon le statut en traitement p.43
- Tableau 5 : Distribution des agresseurs sexuels selon les caractéristiques reliées au traitement (variables contrôles) p.44
- Tableau 6 : Statistiques descriptives des résultats aux tests psychologiques en fonction du statut en traitement p.45
- Tableau 7 : Régressions logistiques hiérarchiques avec une variable indépendante à la fois et les variables contrôles ($p \leq 0,05$) p.47
- Tableau 8 : Régression logistique hiérarchique avec 5 prédicteurs et les variables contrôles p.49
- Tableau 9 : Régression logistique hiérarchique avec les prédicteurs du modèle 1 et les variables contrôles p.50
- Tableau 10 : Régression logistique hiérarchique avec les prédicteurs du modèle 2 les variables contrôles p.51

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : L'aire sous la courbe Roc des deux modèles de prédiction de la fin prématurée du traitement p.52
- Figure 2 : Corrélations de Pearson entre les variables indépendantes des deux modèles de prédiction p.53
- Figure 3 : Modèle final de la prédiction de la fin prématurée du traitement chez les agresseurs sexuels p.54

INTRODUCTION

L'abandon du traitement est un phénomène qui suscite abondamment l'attention des chercheurs et des cliniciens. D'un côté, le client qui met fin prématurément à sa thérapie ruine les efforts investis par l'équipe traitante. De l'autre, les recherches au sujet de l'efficacité des programmes de traitement se heurtent au problème de l'abandon. Comme le soulignent Foa et Emmelkamp (1983), la valeur d'un programme ne se mesure pas seulement aux taux de réussite, c'est-à-dire le nombre de sujets qui ne récidivent pas après le traitement, mais aussi en considérant le nombre d'individus qui refusent le traitement ou qui l'abandonne en cours de route.

La prévalence

Avec des délinquants sexuels, les taux d'abandon du traitement varient entre 18,9 % et 80,5 % de l'échantillon traité (Pellerin *et al.*, 1996) selon les études, ce qui illustre bien l'ampleur du phénomène. Cette grande variabilité peut s'expliquer par l'hétérogénéité des échantillons examinés. Ceux-ci se composent de différents types d'agresseurs sexuels (violeurs, pédophiles, incestueux) qui sont sélectionnés selon des critères d'inclusion et d'exclusion qui varient. De plus, les agresseurs sexuels suivent des programmes de traitement distincts, dispensés dans des milieux thérapeutiques différents (dans la communauté, en institution). Daly et Pelowski (2000) mentionnent aussi que les taux d'abandon sont calculés différemment d'une recherche à l'autre, ce qui les rend très variables. Certaines études tiennent compte de l'abandon dès la phase d'évaluation prétraitement, tandis que d'autres considèrent l'abandon dès l'entrée en traitement.

L'abandon et le risque de récidive

Plusieurs études menées auprès d'agresseurs sexuels suggèrent que la fin prématurée du traitement est associée à un risque élevé de récidive (Marques *et al.*, 1994; Miner et Dwyer, 1995; Pellerin *et al.*, 1996; Hanson et Bussière, 1998; Marques, 1999). Marques (1999) rapporte que les agresseurs sexuels qui ont laissé tomber le traitement durant la première année de la thérapie (19,8 % de l'échantillon) ont des taux de récidive plus élevés que ceux qui l'ont complété. Après un suivi post-traitement d'environ 4 ans, 17,7 % de ceux qui avaient abandonné la thérapie commettent un nouveau délit sexuel et 17,7 % enregistrent une récidive non sexuelle mais violente. Pour leur part, les agresseurs sexuels qui terminent le traitement ont des récidives sexuelles et violentes dans respectivement 13 % et 8,7 % des cas. Ces résultats confirment ceux trouvés antérieurement par Marques, Day, Nelson et West (1994), qui démontrent que les agresseurs sexuels traités ont des taux de récidive sexuelle et violente inférieurs à ceux qui ont abandonné la thérapie. L'étude de Pellerin *et al.* (1996) visait aussi à comprendre la récidive post-traitement selon le statut des agresseurs sexuels en thérapie (complété, non complété, prolongé). Par ailleurs, les auteurs ont mené des analyses indépendantes selon le type d'agresseurs sexuels (violeurs, pédophiles). Leurs résultats font ressortir que les sujets ayant complété leur traitement montrent un taux de récidive moins élevé que ceux qui ne l'ont pas complété, et ce, autant chez les violeurs que chez les pédophiles. Finalement, Hanson et Bussière (1998) ont mené une méta-analyse qui inclut 61 études au sujet des prédicteurs de la récidive chez les agresseurs sexuels et ils concluent que ceux qui terminent prématurément le traitement obtiennent des taux de récidive plus élevés que ceux qui le complètent, et ce, autant pour la récidive sexuelle que pour la récidive générale (tous les types de récidive). Somme toute, les études s'accordent pour dire que la fin prématurée du traitement est en relation avec la récidive des agresseurs sexuels.

Pertinence de la présente recherche

Les résultats obtenus dans la présente étude seront utiles dans la sélection des agresseurs sexuels qui sont les plus susceptibles de compléter les traitements actuels. Ainsi, les prédicteurs les plus puissants de l'abandon du traitement pourront guider les thérapeutes dans l'établissement de critères d'inclusion et d'exclusion en vue de l'admission des patients en traitement. Par ailleurs, il est nécessaire de garder en tête les effets pervers d'une telle pratique. Si l'on exclut du programme les agresseurs sexuels qui sont les plus enclins à abandonner prématurément, cela nous amène à surestimer les taux de réussite des traitements (Daly et Pelowski, 2000).

En plus de favoriser une meilleure détection des patients qui présentent des risques d'abandon en traitement, notre démarche de recherche permettra de cibler des stratégies d'intervention mieux adaptées auprès des agresseurs sexuels qui ont de plus grands risques d'abandonner le traitement. L'identification des prédicteurs dynamiques de cette situation permettra de créer des stratégies d'intervention afin de favoriser le maintien en traitement chez les agresseurs sexuels.

CHAPITRE 1
CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Les prédicteurs de l'abandon du traitement

Les recherches concernant la fin prématurée du traitement ont été nombreuses dans plusieurs contextes et auprès d'une grande variété de populations cliniques. Trois recensions majeures des écrits portant sur cette question ont été publiées au cours des 30 dernières années (Baekeland et Lundwall, 1975; Wierzbicki et Pekarik, 1993; Garfield, 1994).

Baekeland et Lundwall (1975) ont procédé à l'analyse de 362 études afin de mettre en évidence les prédicteurs de l'abandon du traitement relatifs à différents contextes thérapeutiques (médical, abus de substances, psychiatrique, psychothérapie). Ces prédicteurs concernent les caractéristiques personnelles du client, son environnement social et le processus thérapeutique. Les auteurs rapportent que l'isolement social, les attitudes et les comportements des thérapeutes (c'est-à-dire être peu communicatif, agressif et distant dans la relation thérapeutique) et l'écart entre les attentes des patients et ceux de leur thérapeute est associé à l'abandon du traitement dans toutes les études recensées. Les traits de la personnalité passive-agressive, dépendante ou antisociale, un milieu familial pathologique, une faible motivation pour le traitement, un statut socio-économique inférieur, une dépendance aux drogues et/ou à l'alcool et une capacité d'introspection déficiente sont des facteurs associés à l'abandon du traitement dans 83 % à 88 % des recherches recensées. Finalement, le fait d'être jeune, de sexe masculin et socialement instable sont des prédicteurs de la fin prématurée des activités thérapeutiques dans 60 % à 75 % des études.

Pour sa part, Garfield (1994) rapporte des prédicteurs de la fin prématurée du traitement à l'aide de recherches publiées au cours d'une période de 40 ans. L'auteur conclut que l'abandon est associé aux caractéristiques démographiques des individus tels un statut socio-économique inférieur, un faible niveau d'éducation ainsi que l'appartenance à un groupe racial minoritaire. En ce qui a trait aux caractéristiques psychologiques, Garfield (1994) mentionne qu'il n'est pas possible de conclure qu'elles sont en rapport avec la fin prématurée du traitement. En effet, il y a peu de cohérence entre les résultats des études et peu de données significatives ont fait l'objet d'une contre-validation.

Wierzbicki et Pekarik (1993) ont mené une méta-analyse sur l'abandon de la psychothérapie à l'aide de 125 recherches publiées entre 1974 et 1990. Les auteurs ont trouvé qu'environ la moitié des patients qui suivent une psychothérapie terminent prématurément leur traitement (entre 30 % et 60 %). Trois importantes catégories de variables ont été incluses dans leurs analyses statistiques : les variables démographiques, les variables psychologiques et les variables liées aux thérapeutes. L'abandon est associé aux mêmes variables sociodémographiques que celles trouvées par Garfield (1994), c'est-à-dire l'appartenance à un statut racial minoritaire, un faible niveau d'éducation et un statut socio-économique inférieur. Les autres catégories de variables (psychologiques et associées aux thérapeutes) ne se sont pas avérées des prédicteurs fiables de l'abandon d'une psychothérapie. Néanmoins, peu d'études ont considéré ces variables.

1.2 Les prédicteurs de l'abandon dans une population carcérale

Quelques recherches au sujet de la fin prématurée du traitement ont été réalisées dans un contexte correctionnel. Mrad et Krasnoff (1976) se sont concentrés sur un échantillon de 110 détenus d'un pénitencier fédéral. À l'aide d'une analyse de la fonction discriminante, ils ont classé correctement 75 % des sujets selon le statut du traitement (complété, abandon) en utilisant des prédicteurs psychométriques et criminologiques. Leurs résultats démontrent que les détenus ayant arrêté le traitement avant terme avaient un quotient intellectuel moins élevé et un résultat plus élevé pour l'échelle K (qui évalue la tendance du sujet à être sur ses gardes) du MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) que ceux qui le complètent. Utilisant la même méthode statistique et une population semblable, l'étude de Krisak (1978) rapporte 80 % de bonnes classifications selon le statut du traitement des détenus. Les 364 sujets avaient été évalués à l'aide de différents tests dont le MMPI et le Prison Classification Inventory (PCI; Pantou, 1970). Les résultats confirment en plusieurs points ceux de Mrad et Krasnoff (1979). En effet, les sujets qui ont abandonné le traitement montrent des profils psychologiques plus pathologiques (déterminés par des résultats plus élevés pour les échelles de psychopathologie névrotique et psychotique du MMPI) que ceux qui terminent le traitement. Ces sujets obtiennent aussi des résultats élevés au PCI, ce qui indique un risque élevé d'évasion et un style de vie antisocial. Ces variables semblent être associées à l'abandon du traitement, mais elles ne peuvent être généralisées qu'à d'autres échantillons de détenus traités en milieu correctionnel.

Une étude plus récente a été réalisée par Wormith et Olver (2002) auprès d'un échantillon de 93 hommes incarcérés dans un établissement correctionnel fédéral. L'arrêt avant terme du traitement était examiné selon deux contextes: l'abandon du traitement par le patient lui-même et l'exclusion à la suite d'une décision de l'équipe traitante. Les résultats démontrent que ceux qui complètent le traitement occupent un emploi régulier ou à temps plein et ont un niveau de scolarité plus élevé que ceux qui ne finissent pas la thérapie. Chez les détenus qui ont quitté prématurément le traitement, ceux qui abandonnent d'eux-mêmes sont plus nombreux à être mariés ou à vivre en union de fait que les autres, et ceux qui sont exclus du traitement proviennent plus souvent d'un établissement à sécurité maximale.

Bien que ces études offrent des pistes de recherche intéressantes, il s'avère difficile de tirer des conclusions claires au sujet des prédicteurs de l'abandon du traitement chez les détenus. Il y a peu de recherches auprès de cette clientèle et la grande diversité des variables utilisées nous empêche d'établir des conclusions sûres.

1.3 Les prédicteurs de l'abandon du traitement chez les conjoints violents

Les études au sujet de l'abandon du traitement ont été très nombreuses dans le domaine de la violence conjugale. Celles qui portent sur la fin prématurée du traitement chez les conjoints violents sont présentées ici parce qu'elles concernent une population similaire en plusieurs points à celle des agresseurs sexuels. En effet, les conduites violentes, la manipulation et la domination qu'exercent les conjoints sur leur femme sont comparables dans une certaine mesure aux comportements des agresseurs sexuels lors du délit.

1.3.1 Les variables sociodémographiques

Plusieurs études trouvent un lien entre l'âge et l'abandon de la thérapie chez les conjoints violents (DeMaris, 1989; Gondolf et Foster, 1991; Saunders et Parker, 1989; Cadsky *et al.*, 1996; Rondeau *et al.*, 1999). Ceux qui sont jeunes seraient plus enclins à terminer prématurément le traitement. Toutefois, deux groupes d'auteurs (Saunders et Parker, 1989; Cadsky *et al.*, 1996) démontrent que la relation ne demeure pas significative lorsque d'autres variables sociodémographiques, tels le statut socio-économique et le revenu, sont incluses dans les analyses statistiques. Dans leur méta-analyse portant sur 16 études au sujet de l'abandon du traitement chez les conjoints violents, Daly et Pelowski (2000) concluent que l'âge est un prédicteur de l'abandon plus ou moins stable selon les recherches, mais que plusieurs d'entre elles tendent à confirmer que le fait d'être jeune est associé à la fin prématurée du traitement.

Le statut socio-économique est, quant à lui, un prédicteur plus stable de l'abandon de la thérapie. Plusieurs études démontrent que ceux qui la laissent tomber ont un revenu plus faible et sont plus souvent sans emploi que ceux qui la complètent (De Maris, 1989; Hamberger et Hasting, 1989; Sauders et Parker, 1989; Cadsky *et al.*, 1996; Rondeau *et al.*, 1999). De plus, Sauders et Parker (1989) trouvent que l'association entre le statut socio-économique et l'abandon demeure significative lorsque d'autres variables sont ajoutées simultanément au modèle. Ces derniers auteurs, tout comme Cadsky *et al.* (1996), établissent une relation significative entre le niveau d'éducation (un indicateur du statut socio-économique) et le fait de compléter le traitement : ceux qui le quittent prématurément jouissent d'un niveau d'éducation inférieur à ceux qui le complètent. Seuls De Hart *et al.* (1999) rapportent

que le niveau d'éducation et le revenu des conjoints violents ne sont pas associés au statut du traitement.

L'étude de Cadsky *et al.* (1996) fait état d'une relation significative entre le statut légal et le statut de la thérapie. Les hommes mariés auraient de plus fortes probabilités de participer à l'entrevue de départ et de compléter le traitement que ceux qui ne sont pas légalement mariés (conjoints de fait). Gondolf et Foster (1991) montrent des résultats qui abondent dans le même sens : les hommes mariés ont plus de chances de compléter l'entrevue préalable au traitement. En somme, les résultats des études convergent quant aux variables sociodémographiques.

1.3.2 Les variables criminologiques

En ce qui a trait aux variables criminologiques, DeMaris (1989) a démontré que les conjoints violents qui rapportent avoir été arrêtés par la police dans le passé sont presque deux fois plus nombreux à abandonner le traitement en comparaison de ceux qui ne rapportent aucune activité criminelle. De façon similaire, les résultats de Hamberger et Hasting (1989) indiquent que ceux qui laissent tomber la thérapie ont des taux annuels plus élevés de crimes liés à la consommation de drogues et d'alcool, ainsi que d'autres événements criminels non violents, que ceux qui suivent tout le traitement. Pour leur part, Cadsky *et al.* (1996) démontrent que les conjoints violents qui abandonnent la thérapie ont un casier judiciaire plus volumineux en termes d'événements criminels et admettent commettre plus d'actes violents à l'extérieur de leur foyer que ceux qui complètent leur programme. Finalement, Hamberger *et al.* (2000) ont établi qu'un taux élevé de crimes violents prédit la fin prématurée du traitement, et ce, peu importe le moment de l'abandon. En résumé, les auteurs des études ayant considéré les variables criminologiques s'entendent pour dire que la fin

prématurée du traitement chez les conjoints violents est en relation avec l'intensité de la carrière criminelle violente et non violente.

1.3.3 Les variables personnelles

La personnalité

La plupart des études sur l'abandon du traitement chez les conjoints violents ont utilisé le MCMI (Millon Clinical Multiphasic Inventory; Millon, 1983) afin d'évaluer la personnalité de ces infracteurs (Hamberger et Hastings, 1989; Faulkner *et al.*, 1991; De Hart *et al.*, 1999). Hamberger et Hastings (1989) démontrent que ceux qui abandonnent le traitement obtiennent des résultats significativement plus élevés pour les trois échelles de désordres sévères de la personnalité du MCMI (schizoïde, état-limite et paranoïde), ce qui suggère un niveau de psychopathologie élevé chez ceux-ci. Plus récemment, Hamberger *et al.* (2000) ont trouvé que des traits de la personnalité état-limite sont associés à une augmentation du risque d'abandon tardif du traitement (entre la première et la douzième session de traitement), tandis que des traits paranoïdes tendent à être liés à un abandon précoce (lors des sessions d'évaluation préalables au traitement). Par ailleurs, Faulkner *et al.* (1991), ainsi que De Hart *et al.* (1999), ne trouvent pas de différence significative, pour les échelles du MCMI-I, entre les conjoints violents qui complètent la thérapie et les autres. D'après les résultats de ces études, les traits de personnalité pathologiques ne peuvent pas être mis en relation de manière claire avec la fin prématurée du traitement chez les conjoints violents.

L'abus de substances psychoactives

DeMaris (1989) trouve que les hommes qui rapportent une consommation fréquente d'alcool et qui indiquent avoir été « dans le trouble » en raison d'une consommation abusive sont plus susceptibles d'abandonner le traitement. Hamberger et Hasting (1989) obtiennent des résultats significativement plus élevés pour l'échelle *abus d'alcool* du MCMI chez les conjoints violents ayant laissé tomber la thérapie que chez ceux qui l'ont complétée. De plus, cette échelle demeure significative quand elle est considérée simultanément avec d'autres variables telles que la race, le statut d'emploi et le nombre d'événements criminels commis. Pour leur part, Cadsky *et al.* (1996) n'ont trouvé aucune association entre les résultats obtenus pour le Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST; Selzer, Vinokur et Van Rooijen, 1975), une mesure des problèmes rapportés au sujet de la consommation d'alcool, et le statut du traitement. Par contre, une consommation d'alcool hebdomadaire importante, admise par les sujets, prédit significativement l'abandon de la thérapie. Faulkner *et al.* (1991) trouvent que le résultat pour l'échelle *abus de drogues* du MCMI s'avère significativement différent chez les conjoints qui complètent le traitement versus ceux qui l'abandonnent. Ces derniers obtiennent des résultats significativement plus élevés pour cette échelle, ce qui signifie une consommation plus importante de drogues. Les auteurs n'obtiennent toutefois pas de résultats semblables pour l'échelle *abus d'alcool* comme l'ont trouvé Hamberger et Hasting (1989). Malgré quelques inconsistances dans les résultats des études, il semble que la consommation de substances psychoactives s'avère un comportement associé à la fin prématurée du traitement.

Le mode relationnel

Quelques études se sont intéressées aux comportements des conjoints violents dans leurs relations interpersonnelles et amoureuses afin de prédire la fin prématurée de la thérapie. L'étude de Saunders et Parker (1989) démontre que les conjoints violents qui déclarent vivre peu de conflits et ressentir peu de colère dans leurs relations amoureuses et interpersonnelles abandonnent plus souvent le traitement. Avec des résultats qui abondent dans le même sens, Cadsky *et al.* (1996) trouvent que les hommes violents qui obtiennent des résultats élevés pour l'échelle d'*ajustement dyadique* (DAS; Spanier, 1976), indiquant moins de conflits à l'intérieur du couple, ainsi que pour le *Buss-Durkee Hostility Inventory* (Buss et Durkee, 1957), signifiant moins d'agressivité indirecte (comme par exemple, bouder, lancer des objets, claquer les portes), laissent plus souvent tomber le traitement. Par suite de ces résultats pour le moins surprenants, Cadsky *et al.* (1996) ont formulé l'hypothèse que les conjoints violents satisfaits de leurs relations interpersonnelles abandonnent plus souvent parce qu'ils croient retirer moins de gains de leur participation à la thérapie. Finalement, De Hart *et al.* (1999) ne trouvent aucune différence entre les conjoints violents qui ne finissent pas et ceux qui complètent le traitement quant aux variables de désirabilité sociale et de rigidité sociale (c'est-à-dire, l'opposition au changement et l'intolérance envers l'ambiguïté).

1.4 Les prédicteurs de l'abandon du traitement chez les alcooliques et les toxicomanes

Les études qui portent sur la fin prématurée du traitement chez des individus traités pour un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie sont nombreuses. Toutefois, Craig (1985) souligne que les résultats des recherches sont difficilement comparables

puisqu'elles portent sur des populations distinctes (alcooliques, toxicomanes, polytoxicomanes) suivant des programmes de traitement parfois très différents. Les prédicteurs qui sont associées à l'abandon de la thérapie tendent donc à ne pas être les mêmes d'une étude à l'autre. Les caractéristiques des individus qui mettent fin au traitement sont moins constantes à travers les recherches que pour d'autres populations plus homogènes. Toutefois, quelques tendances peuvent être mises en relief.

1.4.1 Les variables sociodémographiques

L'âge des individus suivant une thérapie pour abus de substances semble être un facteur associé à la fin prématurée du traitement. La majorité des études démontrent que ceux qui abandonnent sont significativement plus jeunes que ceux qui complètent la thérapie, et ce, pour plusieurs échantillons et programmes de traitement différents (Mammo et Weinbaum, 1993; McMahon et Kelley, 1993; Wickizer *et al.*, 1994; Siqueland *et al.*, 1998; Kravitz *et al.*, 1999; Mertens et Weisner, 2000; Saarnio 2002). Pour leur part, les alcooliques et les toxicomanes plus âgés suivent plus souvent toute la thérapie.

En ce qui a trait à l'emploi, Wickizer *et al.* (1994) rapportent que les alcooliques qui occupent un poste abandonnent moins souvent le traitement que ceux qui sont sans emploi. De plus, l'étude de Mammo et Weinbaum (1993) ainsi que celle de White *et al.* (1998) démontrent que les sujets qui occupent un emploi complètent plus souvent le traitement que ceux qui n'en exercent pas.

Pour leur part, Wickizer *et al.* (1994) indiquent que chez les hommes suivant un traitement pour abus d'alcool et de drogues, le niveau d'éducation est un prédicteur

de l'abandon. Siqueland *et al.* (1998) arrivent à des résultats semblables avec un échantillon de cocaïnomanes : ceux qui sont moins éduqués ont significativement plus de probabilités d'abandonner la psychothérapie. En somme, les résultats des études concordent en ce qui a trait aux variables sociodémographiques.

1.4.2 Les variables personnelles

La personnalité

Selon Craig (1984), le MCMI n'est pas utile dans la prédiction de l'abandon du traitement chez les toxicomanes. Dans son étude, aucune différence significative n'est trouvée pour les échelles du MCMI entre les patients qui complètent et ceux qui laissent tomber une thérapie pour abus de drogues. Au contraire, Stark et Campbell (1988) obtiennent des différences significatives pour certaines échelles du MCMI entre ceux qui abandonnent et ceux qui complètent un programme de traitement pour abus de drogues. Les sujets qui quittent prématurément le traitement obtiennent des résultats plus élevés pour les échelles *évitante*, *dépendante*, *paranoïde*, *pensée psychotique*, *dépression psychotique* et *délires psychotiques*, et un résultat moins élevé pour l'échelle *histrionique*. Pour leur part, McMahon et Kelley (1993) ont utilisé le MCMI-II afin d'évaluer la personnalité des individus suivant un traitement pour leur consommation de cocaïne. Leurs résultats démontrent que ceux qui abandonnent le traitement obtiennent des résultats plus élevés à l'échelle *antisociale* et, à l'inverse, ceux qui le finissent obtiennent des résultats plus élevés pour l'échelle *dépendante*. Ces résultats sont appuyés par Stark (1992), qui confirme que le trouble de la personnalité antisociale est associé à des taux élevés d'abandon. Pour leur part, Siqueland *et al.* (1998) démontrent que la présence d'un trouble de la personnalité antisociale tend aussi à être lié à l'abandon précoce, quoique la différence ne soit pas statistiquement significative ($p = 0,06$).

Les stratégies d'adaptation

McMahon et Kelley (1993) ont employé le Ways of Coping Checklist (WCCL; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, Delorigis et Gruen, 1986) pour mesurer le style d'adaptation des cocaïnomanes en traitement, c'est-à-dire les stratégies comportementales et cognitives utilisées pour gérer les processus internes et externes lors de situations stressantes. Leurs résultats démontrent que ceux qui abandonnent ont des résultats plus élevés pour l'échelle *confrontation*, ce qui signifie que l'individu a une attitude de confrontation et adopte des comportements de manipulation et d'exploitation envers autrui. La thérapie, qui incite à un changement d'attitude et de comportement, peut être difficile à tolérer pour un tel individu. Pour leur part, ceux qui complètent le traitement obtiennent des résultats élevés pour l'échelle *autocontrôle*, ce qui indique que ces individus ont un désir d'approbation et qu'ils sont en mesure de contrôler leurs réactions émotionnelles et comportementales. Ceux-ci seraient mieux disposés à répondre aux exigences d'une thérapie.

Les liens sociaux

Mammo et Weinbaum (1993) ont démontré que le fait d'entretenir des relations interpersonnelles stables réduit les risques d'abandonner le traitement. Par contre, si les contacts avec autrui sont liés à une sous-culture d'abus de substances, cela augmente les probabilités de mettre fin prématurément au traitement. Dans le même ordre d'idées, Mertens et Weisner (2000) établissent que les sujets qui abandonnent la thérapie ont des familles ayant un passé de consommation de drogues. Saarnio (2002) trouve des résultats similaires et démontre que ceux qui entretiennent des contacts fréquents avec des consommateurs d'alcool et de drogues quittent significativement plus souvent le traitement. Pour leur part, Rabinowitz et Marjetsky

(1998) indiquent que les alcooliques et les toxicomanes qui sont plus isolés socialement, c'est-à-dire ceux qui sont célibataires, qui consomment seuls et qui n'ont pas d'enfants, abandonnent plus souvent la thérapie que ceux qui ont un réseau social développé. Ces résultats sont encore une fois confirmés par Kelly *et al.* (2003) auprès d'un échantillon d'individus suivant un traitement pour abus de substances. L'absence de liens sociaux s'avère donc un prédicteur consistant de l'abandon du traitement chez les alcooliques et les toxicomanes à travers les études.

L'abus de substances psychoactives

Chou *et al.* (1998) démontrent que, chez les individus traités pour un problème d'abus de substances, ceux qui rapportent avoir le moins de problèmes découlant de leur consommation d'alcool ou de drogues complètent plus souvent le traitement que les autres. Klein *et al.* (2002) sont arrivés aux mêmes conclusions, et ce, peu importe le type de traitement (externe, intensif à l'externe et interne) auquel participe l'individu. Wickizer *et al.* (1994) rapportent que les sujets ayant un problème secondaire de drogues (plus sévère) sont moins enclins à compléter la thérapie que ceux qui ont un problème primaire (moins sévère). White *et al.* (1998) établissent que les individus ayant d'importants symptômes de dépendance aux substances sont nombreux à abandonner le traitement. Mertens et Weisner (2000) trouvent des résultats semblables, c'est-à-dire que les hommes et les femmes qui ont une consommation de drogues moins fréquente et moins sévère, mesurée à l'aide du Addiction Severity Index (ASI), sont plus nombreux que les autres à aller jusqu'au bout de la thérapie. Pour leur part, White *et al.* (1998) démontrent que l'abandon est plus probable chez les patients qui ont consommé de la cocaïne et/ou du cannabis dans le mois précédent la thérapie. La consommation d'alcool antérieure au traitement ne s'est pas avérée en relation avec l'abandon. Mertens et Weisner (2000) indiquent que les hommes qui obtiennent un diagnostic de dépendance aux drogues

(en comparaison avec ceux qui ont une dépendance à l'alcool ou aucune dépendance) ont de plus fortes chances de laisser tomber leur thérapie. Ces résultats tendent à démontrer que le risque d'abandon n'est pas le même chez les individus selon la substance consommée. Il se peut donc que les prédictors de l'abandon varient d'une population à l'autre.

1.5 Les prédictors de l'abandon du traitement chez les agresseurs sexuels

Le phénomène de la fin prématurée du traitement chez les agresseurs sexuels n'a été exploré plus récemment par les chercheurs. Les études portant sur l'abandon de la thérapie auprès de cette population sont peu nombreuses et présentent plusieurs limites méthodologiques. La plupart concernent des échantillons mixtes (tous types d'agresseurs sexuels confondus). De plus, les recherches sont menées dans des contextes thérapeutiques différents, soit en milieu interne (établissement carcéral ou psychiatrique) ou en milieu externe (centre de traitement en communauté). Le tableau 1 présente une synthèse des études présentées dans cette section.

Tableau 1
Synthèse des études portant sur l'abandon du traitement chez les agresseurs sexuels

Auteur(s)	Année	N	Milieu thérapeutique	Variables
Abel, Mittleman, Becker et Rouleau	1988	561	Externe	- Type de victime* - Diversité des actes pédophiliques* - Troubles de la personnalité*
Gully, Mitchell, Butter et Harwood	1990	31	Interne	- Variables sociodémographiques - Type de victime* - Caractéristiques de la victime - Lien entre l'agresseur et la victime - Profil d'excitation sexuelle* - Compétences sociales* - Antécédents judiciaires
Chaffin	1992	36	Externe	- Profils de personnalité*
Maletzky	1993	4381	Externe	- Emploi* - Lien entre l'agresseur et la victime* - Nombre de victimes* - Utilisation de la violence* - Déni face au crime commis*
Miner et Dwyer	1995	173	Externe	- Statut civil* - Type de victime* - Tendance à nier et à mentir*
Shaw, Herkov et Geer	1995	114	Externe	- Statut civil* - habiletés de lecture* - Troubles de la personnalité
Geer, Gray, Becker et Krauss	1996	179	Interne	- Caractéristiques psychosexuelles - Intérêt sexuel - Antécédents criminels* - Déni face au crime commis*
Lawson et Cox	1996	351	Externe	- Variables sociodémographiques - Trouble de la Personnalité - Antécédents criminels
Brown, Foreman et Middleton	1998	96	Externe	- Emploi* - Antécédents d'actes violents* - Antécédents criminels* - Dépendance à l'alcool et/ou aux drogues*
Lussier et Proulx	1998	106	Interne	- Troubles de la personnalité* - Indices de pédophilie*

Moore, Bergman et Knox	1999	126	Interne	<ul style="list-style-type: none"> - Statut civil* - Antécédents criminels* - Abus de substances* - Troubles de la personnalité* - Lien entre la victime et l'agresseur* - Force utilisée durant le délit*
Rodrigue	2001	85	Externe	<ul style="list-style-type: none"> - Statut civil* - Emploi* - Troubles de la personnalité* - Lien entre la victime et l'agresseur* - Violence pendant le délit* - Antécédents criminels*
Geer, Becker, Gray et Krauss	2001	179	Interne	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau d'éducation* - Caractéristiques psychosexuelles - Profil d'excitation sexuelle - Nombre d'incarcérations* - Déni face au crime commis*
Craissati et Beech	2001	76		<ul style="list-style-type: none"> - Variables sociodémographiques - Caractéristiques psychosexuelles - Le déni

Note : * Variables significativement liées à la fin prématurée du traitement.

1.5.1 Les variables sociodémographiques

Gully, Mitchell, Butter et Harwood (1990) ont étudié l'abandon de la thérapie auprès d'un échantillon de 31 agresseurs sexuels en probation et suivant un programme de traitement résidentiel (maison de transition). Ils n'ont trouvé aucune différence significative en ce qui concerne les variables sociodémographiques telles que l'âge, la race, l'éducation et le statut civil entre les agresseurs sexuels (violeurs, pédophiles et incestueux) qui complètent le traitement et ceux qui l'abandonnent. Par ailleurs, il se peut que la faible puissance statistique de la recherche ait limité l'obtention de résultats significatifs. Lawson et Cox (1996) ont aussi étudié certaines variables sociodémographiques afin de distinguer le statut du traitement de 351 agresseurs sexuels traités en clinique externe. L'utilisation d'un échantillon plus grand que celui

de Gully *et al.* (1990) n'a pas permis d'obtenir des résultats significatifs. En effet, l'âge, la race, l'éducation et le type d'emploi occupé ne s'avèrent pas des prédicteurs associés au statut du traitement des agresseurs sexuels.

À la différence des deux recherches précédentes, plusieurs autres démontrent que certaines variables sociodémographiques sont liées significativement à l'abandon de la thérapie. L'étude de Miner et Dwyer (1995), menée auprès d'agresseurs sexuels suivant un programme de traitement externe, établit que les sujets qui laissent tomber le traitement sont plus souvent célibataires ou divorcés que ceux qui le complètent. D'après l'étude de Shaw, Herkov et Geer (1995), le statut civil (célibataire) s'avère associé à la fin prématurée de la thérapie. Moore, Bergman et Knox (1999) trouvent également que ceux qui ne finissent pas le traitement sont plus souvent célibataires que ceux qui le suivent en entier. Finalement, Rodrigue (2001) obtient les mêmes résultats auprès d'un échantillon d'agresseurs sexuels traités en milieu communautaire : les sujets célibataires complètent significativement moins souvent le traitement que les autres (séparés ou en couple).

Maletzky (1993) a mené une étude rétrospective avec un vaste échantillon de pédophiles ayant suivi un traitement en communauté. En ce qui a trait aux variables sociodémographiques, le fait d'avoir un passé d'emplois stables est associé significativement au suivi complet de la thérapie. Plus récemment, Browne, Foreman et Middleton (1998) ont utilisé 30 facteurs de risque afin de prédire l'abandon du traitement. Le fait d'être sans emploi s'est avéré significatif. Rodrigue (2001) obtient des résultats semblables et conclut que ceux qui laissent tomber un traitement externe sont plus souvent sans emploi que ceux qui le complètent. En résumé, les études s'entendent pour dire que les agresseurs sexuels sans emploi stable seraient plus enclins à écourter le programme.

Une récente étude de Geer, Becker, Gray et Krauss (2001) a porté sur les prédicteurs de l'abandon chez des agresseurs sexuels traités en milieu correctionnel. Leurs résultats démontrent que les sujets qui abandonnent le traitement ont un plus faible niveau d'éducation que ceux qui le suivent en entier. Shaw *et al.* (1995) indiquent pour leur part que ceux qui quittent le traitement présentent significativement plus de déficiences quant aux habiletés de lecture en comparaison avec ceux qui le complètent. En somme, il semble que les agresseurs sexuels moins scolarisés éprouveraient plus de difficulté à suivre une thérapie que les autres ayant un niveau de scolarité plus élevé.

1.5.2 Les variables criminologiques

L'étude d'Abel, Mittleman, Becker et Rouleau (1988) a permis de déterminer certains facteurs criminologiques qui caractérisent des agresseurs sexuels d'enfants qui ne complètent pas un programme de traitement cognitivo-comportemental dans une clinique externe, soit : le manque de discrimination de l'agresseur dans le choix de ses victimes (intrafamiliale, extrafamiliale; garçons, filles) et la diversité des actes pédophiles commis (avec ou sans toucher). Pour leur part, Gully *et al.* (1990) démontrent que les agresseurs sexuels qui abandonnent la thérapie ont plus souvent une victime extrafamiliale contrairement à ceux qui la suivent au complet. Les autres facteurs tels l'âge et le sexe des victimes, les antécédents judiciaires, l'intoxication au moment du délit, les antécédents de violence et l'utilisation de menace pendant le délit ne se sont pas avérés en relation avec la fin prématurée du traitement.

Maletzky (1993) démontre que les pédophiles qui complètent un traitement externe, à la différence de ceux qui l'abandonnent, sont plus nombreux à connaître la victime ou à cohabiter avec elle, à ne pas user de violence durant les crimes commis et à avoir un faible nombre de victimes. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Gully *et al.* (1990) quant au lien entre l'agresseur et sa victime, c'est-à-dire que les agresseurs sexuels qui persévèrent en traitement auraient un lien plus intime avec leur victime. Cette conclusion est confirmée par Miner et Dwyer (1995), qui établissent que les sujets incestueux (victimes intrafamiliales) complètent davantage leur traitement que les pédophiles extrafamiliaux et les exhibitionnistes. Par ailleurs, dans l'étude de Moore *et al.* (1999), la relation entre la victime et l'agresseur sexuel ne s'est pas avérée un prédicteur significatif de l'abandon. Le degré de force utilisé pendant le délit ne permet pas non plus de discriminer ceux qui écourtent et ceux qui n'écourtent pas le traitement. Finalement, la recherche de Rodrigue (2001) ne comporte pas de différences significatives quant au lien entre l'agresseur et sa victime, mais tend à démontrer que les agresseurs sexuels qui ont eu recours à la violence, à la force ou au chantage avec leur victime sont plus à risque de ne pas compléter le traitement.

Geer, Gray, Becker et Krauss (1996) ont mené une étude auprès d'agresseurs sexuels incarcérés suivant une thérapie en milieu correctionnel. Leurs résultats démontrent que ceux qui ont abandonné ont significativement plus de condamnations et d'incarcérations antérieures que les sujets qui suivent tout le programme. Pour leur part, Lawson et Cox (1996) ne trouvent aucune différence significative entre les agresseurs sexuels qui abandonnent et ceux qui complètent un traitement externe en ce qui a trait au nombre et au type d'infractions antérieures ainsi qu'au nombre de victimes. De la même manière que Geer *et al.* (1996), et à la différence de Lawson et Cox (1996), Rodrigue (2001) démontre que chez les agresseurs sexuels traités en

communauté, ceux qui abandonnent ont significativement plus d'antécédents criminels sexuels et non sexuels. Finalement, Browne *et al.* (1998) ont trouvé que cinq des neuf facteurs associés à l'issue du traitement sont des variables criminologiques : avoir commis des actes violents, s'être fait condamner pour des infractions violentes, avoir commis des actes criminels sans contact, être connu du milieu policier et avoir purgé une peine d'emprisonnement augmentent la probabilité de mettre fin prématurément à la thérapie. L'étude de Moore *et al.* (1999) concerne des agresseurs sexuels en traitement interne. La présence d'antécédents de crimes non violents et non sexuels a été retenue comme facteur permettant de discriminer les sujets : ceux qui présentent cette caractéristique abandonnent plus souvent la thérapie. Finalement, Geer *et al.* (2001) trouvent qu'un nombre élevé d'incarcérations antérieures prédit significativement la fin prématurée du traitement chez un échantillon d'agresseurs sexuels incarcérés suivant un programme interne. Les sujets ayant subi un nombre d'incarcérations moins élevé sont plus susceptibles de terminer la thérapie.

1.5.3 Les variables personnelles

La personnalité

En ce qui a trait à la personnalité des agresseurs sexuels, Abel et ses collaborateurs (1988) ont établi que ceux qui abandonnent le traitement reçoivent plus souvent un diagnostic de trouble de la personnalité antisociale établi à l'aide des critères du DSM-II et III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Au contraire, Shaw *et al.* (1995) démontrent que la personnalité antisociale (évaluée à l'aide du DSM-III) n'est pas significativement liée à la fin prématurée de la thérapie. Les auteurs tentent d'expliquer leurs résultats par le fait qu'il existe des différences entre la psychopathologie des agresseurs sexuels incarcérés et ceux qui suivent un

traitement en communauté. En effet, selon ces auteurs, le taux de base élevé d'agresseurs sexuels incarcérés ayant un diagnostic de personnalité antisociale empêche de faire la distinction entre ceux qui laissent tomber et ceux qui complètent la thérapie. De plus, ils croient que les agresseurs sexuels antisociaux qui suivent un traitement en milieu externe abandonneraient plus souvent en raison d'un contrôle moins sévère et d'un cadre thérapeutique moins rigide et intensif que dans un traitement en institution. L'individu antisocial qui présente des lacunes sur le plan de l'autodiscipline et de la persévérance serait donc plus enclin à quitter le programme. Les résultats obtenus par Moore *et al.* (1999) auprès d'agresseurs sexuels incarcérés infirment ceux de Shaw *et al.* (1995). En effet, ceux qui ne complètent pas le traitement sont plus nombreux à recevoir le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale (selon le DSM-IV) que ceux qui le suivent en entier. Moore explique ces résultats par le fait que la thérapie en milieu fermé fournit un cadre qui impose aux agresseurs sexuels de mettre en pratique des habiletés prosociales apprises en traitement. Quant à eux, les individus antisociaux auraient de la difficulté à se conformer aux règles et exigences de la thérapie. Plus récemment, Rodrigue (2001) rapporte un lien significatif entre le statut du traitement et les traits de la personnalité narcissique, antisociale, passive-agressive mesurés par le MCMI-II chez les agresseurs sexuels traités en milieu externe. Les sujets qui abandonnent prématurément obtiennent des résultats plus élevés pour ces échelles de la personnalité.

Dans l'ensemble, les études tendent à démontrer que les agresseurs sexuels qui ont un style comportemental agressif, qui ont eu des passage à l'acte et qui sont enclins à exploiter autrui ne sont pas des candidats outillés pour progresser adéquatement dans des programmes de traitement structurés qui font la promotion de l'acquisition des comportements prosociaux et responsables. En ce qui a trait aux résultats divergents

des recherches, ils peuvent être attribuables aux critères cliniques différents d'une étude à l'autre pour évaluer la personnalité, en raison de l'utilisation de différentes versions du DSM et du MCMI. En effet, le DSM-III contient des critères peu spécifiques quant au trouble de la personnalité antisociale, ce qui contribue à diagnostiquer une grande majorité de la population carcérale. Pour sa part, le DSM-IV définit des critères plus spécifiques, ce qui permet de diagnostiquer un nombre circonscrit d'individus.

Chaffin (1992) a aussi étudié l'abandon du traitement en relation avec la personnalité à l'aide d'un échantillon d'agresseurs sexuels d'enfants intrafamiliaux en traitement dans une clinique externe. Les résultats démontrent que le taux d'abandon est plus élevé chez les sujets présentant des profils de personnalité plus pathologiques, établis par un résultat élevé pour les profils psychotique et caractériel du MMPI. Par ailleurs, l'exclusion des agresseurs sexuels ayant un diagnostic de personnalité antisociale et la petite taille de l'échantillon limitent grandement la généralisation des résultats obtenus. L'étude de Lussier et Proulx (1998) est la seule à faire une distinction entre deux types d'agresseurs sexuels (violeurs, pédophiles) et entre deux raisons de mettre fin prématurément au traitement (abandon par le patient, interruption par les thérapeutes). Les résultats des analyses se sont révélés significatifs seulement chez les pédophiles. Des résultats élevés pour l'échelle *schizoïde* du MCMI-I ont été obtenus chez les sujets ayant quitté la thérapie d'eux-mêmes. Au contraire, ceux qui ont été exclus par les thérapeutes ont eu des résultats supérieurs pour l'échelle *passive-agressive*. Quant aux sujets ayant complété le traitement, ils ont obtenu des résultats élevés pour l'échelle *dépendante*. Lussier et Proulx (1998) concluent donc que le phénomène de la fin prématurée du traitement n'est pas le même chez les agresseurs sexuels de femmes que chez les agresseurs sexuels d'enfants et que l'on doit tenir compte des différentes raisons de l'abandon.

L'excitation sexuelle déviante

Gully *et al.* (1990) ont mesuré le profil d'excitation sexuelle à l'aide de l'évaluation pléthysmographique chez des agresseurs en traitement externe. Leurs résultats indiquent que ceux qui abandonnent le traitement démontrent un niveau d'excitation sexuelle plus élevé aux stimuli déviants que ceux qui le complètent. Pour leur part, Geer *et al.* (2001) n'obtiennent pas de différence significative, quant au niveau d'excitation sexuelle, entre les agresseurs sexuels incarcérés qui suivent toute la thérapie et les autres. Par contre, une limite méthodologique doit être soulignée : les sujets qui ont cessé le traitement en raison d'une libération sur parole sont inclus dans le groupe des abandons. Lussier et Proulx (1998) ont aussi effectué des mesures de l'excitation sexuelle à l'aide de la pléthysmographie. Aucune différence significative quant au statut du traitement n'a été trouvée chez les violeurs en ce qui a trait au profil d'excitation sexuelle. Par contre, les pédophiles qui ont quitté la thérapie d'eux-mêmes présentent des indices de pédophilie plus élevés pour le stimulus d'agression physique non sexuelle d'une jeune fille que ceux qui ont été exclus du traitement par les thérapeutes ou qui l'ont complété.

L'abus de substances psychoactives

Browne *et al.* (1998) démontrent que le fait d'être dépendant à l'alcool et/ou aux drogues est l'un des facteurs déterminants de l'abandon de la thérapie chez des agresseurs sexuels d'enfants traités en milieu externe. Moore *et al.* (1999) trouvent pour leur part que chez des agresseurs sexuels traités à l'interne, ceux qui obtiennent un diagnostic de trouble d'abus de substances sont plus enclin à compléter le traitement (selon le DSM-IV). Moore *et al.* (1999) croient que la consommation de substances n'interfère pas avec le traitement en milieu interne en comparaison avec un milieu externe. Selon eux, ces résultats s'expliquent par la non-disponibilité relative de l'alcool et des drogues et aux mesures de contrôle externes qui limitent les

opportunités de consommer des substances prohibées en institution. Cependant, les auteurs ne fournissent pas d'éclaircissement quant au fait que les agresseurs sexuels qui démontrent une dépendance aux substances demeurent en traitement.

Les habiletés sociales

Peu d'études ont considéré la capacité des agresseurs sexuels à créer et à entretenir des relations interpersonnelles. Gully *et al.* (1990) démontrent que les agresseurs sexuels qui ne réussissent pas à compléter un traitement communautaire sont considérés comme étant moins compétents socialement et obtiennent un résultat plus faible pour l'échelle E (force du moi) du MMPI. Les compétences sociales furent évaluées par les thérapeutes en cotant 18 comportements sociaux selon la fréquence du comportement approprié et son occurrence dans des situations spécifiques. Ces observations sont faites lors des activités thérapeutiques ou des activités courantes. Les résultats obtenus par ces chercheurs sont par ailleurs limités en raison de la faible taille de l'échantillon et du fait que les analyses ont été réalisées sur un échantillon mixte d'agresseurs sexuels (agresseurs sexuels de femmes, d'enfants intrafamiliaux et d'enfants extrafamiliaux).

La présence de déni, de mensonges et de justifications

Miner et Dwyer (1995) ont démontré que chez des agresseurs sexuels traités en clinique externe, ceux qui abandonnent ont des résultats significativement plus élevés pour l'échelle L et un résultat faible pour l'échelle K du MMPI. Ceci indique une forte tendance à nier et à mentir en répondant au questionnaire. Maletzky (1993) obtient des résultats semblables quant au déni des sujets. Il établit qu'un pédophile qui nie son crime court jusqu'à deux fois plus de chance de laisser tomber la thérapie qu'un sujet qui admet avoir commis son crime et fait preuve de remords. Pour leur part, Geer *et al.* (1996) ont étudié un échantillon d'agresseurs sexuels incarcérés et

démontrent, à l'aide du Multiphasic Sex Inventory II (MSI; Nichols et Molinder, 1984), que les individus qui ont quitté prématurément le traitement sont moins honnêtes quand il s'agit de dévoiler leur déviance et qu'ils tenteraient davantage de justifier leurs comportements inappropriés que ceux qui complètent le programme. Plus récemment, Geer *et al.* (2001) ont affirmé une fois de plus que les agresseurs sexuels incarcérés qui ont abandonné le traitement font montre d'un déni important des actes commis, mesuré à l'aide du MSI-II. Ces résultats ne sont toutefois pas confirmés dans l'étude de Craissati et Beech (2001) auprès d'un échantillon d'agresseurs sexuels suivant une thérapie en communauté. Le déni mesuré par le MSI n'a pas permis de distinguer significativement les sujets qui complètent le programme et ceux qui l'abandonnent.

Bien que les recherches antérieures aient permis de déterminer certains prédicteurs de la fin prématurée du traitement chez les agresseurs sexuels, elles présentent quelques limites méthodologiques qui doivent être mises en évidence. Ces limites empêchent la comparaison des résultats des diverses études afin de dégager les variables associées à l'abandon de la thérapie. Voici les principales limites des recherches antérieures:

- 1) La majorité des variables qui sont mises en relation avec le statut du traitement sont des variables de convenance, c'est-à-dire qu'elles sont facilement disponibles au chercheur (âge, sexe, statut socioéconomique, antécédents judiciaires, etc). En ce sens, les études antérieures sont grandement limitées quant au champ des variables qui pourraient être reliées à la fin prématurée du traitement.

2) Les agresseurs sexuels proviennent de milieux thérapeutiques différents. Baekeland et Lundwall (1975) rappellent l'importance de délimiter le contexte thérapeutique (milieu correctionnel, milieu communautaire) dans l'étude de l'abandon du traitement. En effet, le type d'encadrement peut différer d'un milieu interne à un milieu externe. Il est donc important d'étudier le type de milieu en relation avec l'abandon du traitement.

Ces contraintes méthodologiques doivent être prises en considération lors de recherches futures en vue de nuancer et de mettre en évidence le processus qui sous-tend l'abandon du traitement chez les agresseurs sexuels.

CHAPITRE 2
MÉTHODOLOGIE

2.1 Les participants

L'étude porte sur un échantillon de 224 agresseurs sexuels judiciairisés. Un agresseur sexuel est une personne ayant des antécédents judiciaires officiels ou non officiels relatifs à au moins un délit sexuel comportant des contacts physiques avec une victime. L'échantillon se compose de 224 agresseurs sexuels de femmes et d'enfants. Le type d'agresseurs sexuels est déterminé en se basant sur les renseignements obtenus à l'aide du Questionnaire Informatisé sur la Délinquance Sexuelle (QIDS) (St-Yves, Proulx et McKibben, 1994), lequel réunit des données sur les caractéristiques relatives aux actes sexuels commis par un individu. Un agresseur sexuel de femmes est l'auteur d'au moins un délit sexuel contre une femme adulte ou contre une adolescente de 14 ans et plus. Pour sa part, un agresseur sexuel d'enfants a commis au moins un délit de nature sexuelle sur un enfant de 13 ans et moins (de sexe masculin ou féminin).

L'âge moyen des sujets est de 48,5 ans (é.-t.=11,99) et varie de 21 à 84 ans. La majorité des sujets, soit 50 % de l'échantillon (n=100) ont un niveau de scolarité égal ou supérieur au deuxième cycle du secondaire. Au moment du traitement, 41,6 % (n=42) des sujets étaient célibataires, 19,8 % (n=20) vivaient en union de fait, 17,8 % (n=18) étaient mariés et 18,8 % (n=19) étaient soit séparés ou divorcés¹. Quant aux antécédents officiels adultes, 53,1 % (n=111) ont un seul ou aucun antécédent judiciaire, tandis que 46,9 % (n=98) en ont deux ou plus.

¹ Ces données sont partielles en raison d'un nombre élevé de valeurs manquantes.

2.2 Les établissements de traitement

Les agresseurs sexuels ont été admis dans l'un des établissements carcéraux ou psychiatrique (milieu interne) offrant un programme de traitement pour agresseurs sexuels, soit l'Institut Philippe Pinel de Montréal (IPPM), l'Établissement correctionnel La Macaza, l'établissement correctionnel de Drummond, l'établissement correctionnel Montée Saint-François, ou dans l'une des cliniques externes suivantes : le Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM), le Centre hospitalier Robert-Giffard (Québec), le Centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS) (Laval), la maison Radisson (Trois-Rivières), le Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (Sherbrooke), le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (Hull) et le Centre d'aide et de traitement des troubles de comportements sociaux (Roberval). Les programmes de traitement diffèrent quant à leur durée et à leur concentration. La durée des thérapies s'étend de 4 à 12 mois selon le cas. La durée moyenne de traitement est de 7,83 mois (é.-t.=3,29). La concentration des traitements varie entre 2 et 15 heures de thérapie par semaine et s'établit en moyenne à 8,70 heures par semaine (é.-t.=4,39). Quant aux approches thérapeutiques proposées, elles varient d'un programme à l'autre. Par contre, la totalité des centres offrent une thérapie basée sur le modèle de la prévention de la récidive. Dans le but de comparer les approches thérapeutiques, elles ont été classées en deux catégories, soit les thérapies cognitive-comportementales et les thérapies mixtes, qui comprennent des composantes de plusieurs approches thérapeutiques avec une forte composante cognitive-comportementale. Les caractéristiques du programme de traitement de chaque établissement sont présentées au tableau 2.

Tableau 2
Synthèse des caractéristiques de chaque établissement de traitement

Établissement de traitement	Type de milieu	Approche thérapeutique	Durée (mois)	Intensité (h/sem.)
Institut Philippe-Pinel de Montréal	Interne	Cognitive-comportementale	12	12
Établissement correctionnel La Macaza	Interne	Cognitive-comportementale	8	15
Établissement correctionnel de Drummond	Interne	Cognitive-comportementale	4	12
Établissement correctionnel Montée St-François	Interne	Mixte	4	8
Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM)	Externe	Cognitive-comportementale	12	3
Centre d'intervention en délinquance sexuelle (Laval)	Externe	Mixte	12	3
La maison Radisson (Trois-Rivières)	Externe	Mixte	9	3
Centre hospitalier Robert-Giffard (Québec)	Externe	Mixte	12	6
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie	Externe	Cognitive-comportementale	12	5
Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (Hull)	Externe	Mixte	12	2
Centre d'aide et de traitement des troubles de comportements sociaux (Roberval)	Externe	Mixte	4	6

2.3 La procédure d'évaluation

Les sujets ont été évalués préalablement à leur participation à un programme de traitement pour agresseurs sexuels dans l'un ou l'autre des établissements mentionnés précédemment. La collecte des données a été réalisée entre septembre 2000 et décembre 2002. Tous les sujets de l'échantillon ont participé de manière

libre et éclairée en signant un formulaire de consentement stipulant que les renseignements sont recueillis à des fins de recherche seulement et que la confidentialité des résultats est assurée. L'évaluation consistait en une entrevue semi-structurée et en une évaluation psychométrique. L'entrevue se déroulait selon le Questionnaire Informatisé sur la Délinquance Sexuelle (QIDS) (St-Yves, Proulx et McKibben, 1994), qui concerne les antécédents du participant sur les plans judiciaire, personnel, scolaire, familial et des habitudes de vie. Le questionnaire met aussi l'accent sur les caractéristiques du délit actuel, c'est-à-dire sur les phases précrime, crime et postcrime, ainsi que sur les caractéristiques de la victime et de l'arrestation. L'entrevue était d'une durée d'environ 90 minutes par participant. L'évaluation psychométrique a été réalisée dès l'admission du patient en traitement. Les données sociodémographiques telles que l'âge, le statut civil ainsi que le niveau d'éducation ont été obtenus auprès des responsables des centres de traitement.

2.4 Les instruments de mesure

L'évaluation psychométrique en début de traitement impliquait la passation des instruments de mesure suivants :

1. L'échelle de croyances sur le viol (Burt, 1980);
2. L'échelle des croyances pédophiles (Abel *et al.*, 1989);

3. Les échelles de croyances de Bumby-Violeurs / pédophiles (Bumby, 1995);
4. L'inventaire de dépression de Beck (Beck, 1997);
5. Le questionnaire sur l'attribution de la responsabilité (Gudjonsson et Singh, 1989);
6. L'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait (Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970);
7. L'inventaire de propension à la colère (Buss et Perry, 1992);
8. L'échelle d'intimité sociale de Miller (Miller et Leftcourt, 1982);
9. L'inventaire de l'estime de soi sociale (Lawson, Marshall et McGrath);
10. L'échelle d'empathie (McGrath et Konopasky, 1995);
11. L'index de réactivité interpersonnelle (Empathie) (Davis, 1980);
12. L'inventaire clinique multiaxial de Millon (MCMI-I) (Millon, 1983);
13. L'inventaire des stratégies d'adaptation aux situations stressantes (Endler et Parker, 1990);
14. Le questionnaire sur l'utilisation de la sexualité comme stratégie d'adaptation (Cortoni, Heil et Marshall, 1996);
15. L'échelle d'assertion pour adulte (Gay, Hollandworth et Galassi, 1974);
16. L'échelle d'évitement et de détresse sociale (Watson et Friend, 1969);
17. Le questionnaire sur la peur de l'évaluation négative (Watson et Friend, 1969);
18. L'échelle de désirabilité sociale (Marlow-Crowne, 1964 version m-c 20 Strahan et Gerbasi, 1972);
19. L'inventaire d'estime de soi (Battle, 1981);
20. Le questionnaire sur l'attachement (Bartholomew, 1990).

L'annexe A présente un résumé des caractéristiques psychologiques que chaque test permet de mesurer. Le tableau 3 donne les principales informations concernant les qualités psychométriques de ces instruments. Il est à noter que lorsque la validation québécoise de l'instrument est en cours, les informations relatives à ses qualités psychométriques sont celles de la version anglaise.

Tableau 3
Qualités psychométriques des instruments de mesure
utilisés pour l'évaluation des agresseurs sexuels

Instruments	Validation québécoise	Nombre d'items	Nombre d'échelles	Consistance interne	Fidélité test-retest
L'échelle de croyances sur le viol	Raza et Proulx J. (1996)	19	1	.75	
Les échelles des croyances pédophiliques	Hanson, Pronovost, Proulx et al. (1999)	27	1	.92	
Les échelles de croyance de Bumby	Violeurs	36	1	.97	.86
	Pédophiles	38	1	.97	.84
L'inventaire de dépression de Beck	Bourque P., Beaudette D. (1982)	21	1	.92	.62
Le questionnaire sur l'attribution de la responsabilité	Bernard et Proulx J. (1996)	42	3	.70 à .80	.75 à .80
L'inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait	Bergeron J., Landry, M. et Bélanger D. (1976)	40	2	.86 à .88	.43 à .89
L'inventaire de propension à la colère		29	4	.72 à .85	.72 à .80
L'échelle d'intimité sociale de Miller		17	1	.86 à .91	.84 à .96
L'inventaire de l'estime de soi sociale	Gauthier J., Samson P., Turbide D., Lawson J.S. (1981)	30	1	.93	.95
L'échelle d'empathie		45	2	.74 à .82	.72 à .80
L'index de réactivité interpersonnelle		28	4	.72 à .78	.61 à .79
L'inventaire Clinique Multiaxial de Millon	Landry M., Nadeau L., Racine S. (1996)	175	22	.73 à .95	.81 à .91
L'inventaire des stratégies d'adaptation aux situations stressantes		48	5	.72 à .90	.51 à .73
Le questionnaire sur l'utilisation de la sexualité comme stratégie d'adaptation		16	3	.85 à .90	.55 à .73
L'échelle d'assertion pour adulte	Bourque P., Ladouceur R. (1978)	48	1		.79
L'échelle d'évitement et de détresse sociale	Chevel, Sauvé et Labrecque (2000)	28	1		.68
Le questionnaire sur la peur de l'évaluation négative		30	1		.78
L'échelle de désirabilité sociale (Marlow-Crown)	Cloutier J. (1993)	20	1	.88	.88
L'inventaire d'estime de soi de Battle		40	4	.76 à .86	.77 à .82
Le questionnaire de perception de l'attachement	Lussier Y. (1992)	5	1		.72 à .85
La grille de déni/minimisation	En cours	6			

2.5 Le statut du traitement

Le statut du traitement est déterminé pour chaque sujet en fonction d'un critère temporel. Les agresseurs sexuels (n=160) qui sont demeurés pendant toute la durée de leur programme de traitement respectif forment la catégorie « complété ». Pour leur part, les agresseurs sexuels (n=34) qui ont quitté la thérapie avant le terme établi forment la catégorie « abandon ». L'abandon survient par suite de la décision unilatérale du patient de quitter le traitement. Quant à eux, les sujets (n=30) qui sont priés de se retirer de la thérapie à la demande de l'équipe traitante forment le groupe « exclusion ». L'exclusion par l'équipe de thérapeutes peut se produire pour les raisons suivantes : le patient ne met pas en pratique les connaissances apprises en thérapie, celui-ci nuit au climat thérapeutique ou il y a récurrence ou bris de condition de libération.

2.6 Les analyses statistiques

Les analyses statistiques seront faites en fonction de deux statuts en traitement soit « complété » et « non complété ». Les sujets des groupes « abandon » et « exclusion » ont été réunis, car ces groupes ne s'avèrent pas assez volumineux pour former deux statuts distincts. Ces statuts seront donc confondus pour des raisons de puissance statistique.

Dans un premier temps, toutes les variables indépendantes (résultats pour les échelles des tests psychologiques) feront l'objet de régressions logistiques séparément avec l'issue du traitement (complété, non complété) comme variable dépendante et avec

les trois variables de contrôle choisies, soit la durée du traitement, le milieu thérapeutique et l'approche thérapeutique. Ces analyses préliminaires seront interprétées au seuil de signification de 0,05 afin de cibler les variables qui seront retenues pour les analyses de régression subséquentes. Dans un deuxième temps, les variables qui auront démontré une relation significative avec le statut du traitement feront partie des analyses de régression finales afin de mettre en lumière un modèle de prédiction.

CHAPITRE 3
RÉSULTATS

3.1 Les statistiques descriptives

3.1.1 *Le statut du traitement*

L'issue en traitement des agresseurs sexuels de l'échantillon se répartit comme suit : 71,4 % (n=160) des agresseurs sexuels ont complété le traitement, tandis que 28,6 % (n=64) ne l'ont pas terminé, c'est-à-dire qu'ils l'ont soit abandonné (n=34), soit qu'on les a exclus (n=30) de la thérapie par décision de l'équipe traitante (tableau 4).

Tableau 4
Taux d'agresseurs sexuels selon le statut en traitement

Statut du traitement	n	Pourcentage
Complété	160	71,4 %
Abandon/exclusion	64	28,6 %
Total	224	100 %

3.1.2 *Les variables de contrôle*

Le tableau 5 présente les statistiques descriptives relatives aux trois variables de contrôle à l'étude, soit le milieu thérapeutique (interne, externe), la durée du traitement (nombre de mois) et l'approche thérapeutique (mixte, cognitive-comportementale). Ainsi, 57,6 % (n=129) des sujets ont été traités en milieu interne (institution carcérale ou psychiatrique), tandis que 42,4 % (n=95) l'ont été en milieu externe. Le taux d'abandon/exclusion des sujets en fonction du type de milieu

thérapeutique est de 22,2 % en milieu interne et de 42,1 % en milieu externe. En ce qui a trait à la durée des programmes, elle varie entre 4 et 12 mois. Ainsi, 36,6 % (n=82) des sujets ont reçu un traitement dont la durée maximale était de 4 mois, 33,0 % (n=74) entre 8 et 9 mois et 30,4 % (n=68) ont suivi une thérapie dont la durée prévue était d'une année complète. Le taux d'abandon/exclusion est plus élevé pour les programmes de plus longue durée, soit 9,8 % (n=8) pour 4 mois, 33,3 % (n=24) pour 8 ou 9 mois et 46,3 % (n=31) pour 12 mois de thérapie. Les traitements ont été classés en deux catégories : mixte et cognitive-comportementale. Ainsi, 58,9 % (n=132) des sujets ont suivi une thérapie de type mixte, tandis que 41,1 % (n=92) furent traités selon une approche de type cognitif-comportemental. Le taux d'abandon/exclusion est de 22,0 % pour un traitement mixte et de 40,6 % dans le cas d'une thérapie d'approche cognitive-comportementale.

Tableau 5
Distribution des agresseurs sexuels selon les caractéristiques
reliées au traitement (variables contrôles)

Variables contrôles		n	Pourcentage
Durée du traitement	4 mois	82	36,6 %
	8-9 mois	74	33,0 %
	12 mois	68	30,4 %
		224	100 %
Milieu thérapeutique	Interne	129	57,6 %
	Externe	95	42,4 %
		224	100 %
Approche thérapeutique	Mixte	132	58,9 %
	Cognitive-comportementale	92	41,1 %
		224	100 %

3.1.3 Les variables indépendantes

Les variables indépendantes à l'étude constituent les résultats obtenus pour les échelles des tests psychologiques administrés aux sujets. Les statistiques descriptives (moyennes et écarts-types) pour les variables indépendantes sont présentées au tableau 6.

Tableau 6
Statistiques descriptives des échelles aux tests psychologiques

Prédicteurs	Complété (N=160)	Non-complété (N=64)	Moyenne (É.-t.) (N=224)
<u>Échelle de croyances sur le viol</u>			
Total du test	94,34 (17,29)	92,65 (16,49)	93,87 (17,04)
<u>Échelle cognitive</u>			
Total du test	118,69 (14,11)	117,43 (18,22)	118,31 (15,40)
<u>Échelles de Bumby</u>			
Violenceurs	61,34 (18,32)	60,98 (17,58)	61,24 (18,07)
Pédophiles	65,47 (18,97)	63,05 (17,94)	64,74 (18,66)
<u>Questionnaire sur l'attribution de la responsabilité</u>			
Responsabilité externe	2,17 (2,61)	1,79 (1,68)	2,06 (2,38)
Facteurs internes	5,86 (3,30)	5,70 (2,90)	5,81 (3,18)
Culpabilité	13,37 (4,16)	13,93 (3,31)	13,54 (3,93)
<u>Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait</u>			
Anxiété situationnelle	43,93 (12,79)	42,97 (12,46)	43,65 (12,67)
Traits d'anxiété	43,43 (10,50)	45,86 (11,18)	43,11 (10,72)
<u>Inventaire de propension à la colère</u>			
Agression verbale	13,21 (3,57)	12,98 (3,74)	13,15 (3,61)
Agression physique	17,08 (6,53)	19,23 (7,75)	17,64 (6,92)
Colère	15,82 (5,28)	17,49 (6,18)	16,26 (5,56)
Hostilité	19,90 (6,81)	21,83 (7,66)	20,41 (7,06)
Total du test	66,09 (17,37)	71,73 (20,12)	67,57 (18,25)
<u>Inventaire de dépression de Beck</u>			
Total du test	17,96 (11,31)	18,02 (11,48)	17,98 (11,33)
<u>Échelle d'intimité sociale de Miller</u>			
Total du test	142,27 (23,21)	137,58 (26,26)	140,87 (24,15)
<u>Inventaire d'estime de soi sociale</u>			
Total du test	127,59 (27,76)	121,67 (30,63)	125,83 (24,15)
<u>Échelle d'empathie</u>			
Empathie générale	61,74 (10,42)	61,17 (10,62)	61,57 (10,45)
Empathie envers la victime	112,87 (22,30)	119,96 (23,95)	115,00 (22,97)
Total du test	174,00 (29,67)	180,86 (29,53)	176,03 (29,70)
<u>Index de réactivité interpersonnelle</u>			
Empathie	20,20 (4,36)	19,20 (4,73)	19,92 (4,48)
Fantaisies	15,10 (5,30)	14,98 (5,64)	15,07 (5,38)
Détresse personnelle	12,12 (5,13)	12,12 (5,41)	12,12 (5,19)

Perspective d'autrui	17,27 (5,01)	15,49 (4,72)	16,78 (4,99)
Total du test	64,68 (11,68)	61,80 (10,42)	64,00 (11,39)
<u>MCMII</u>			
Échelle schizoïde	57,93 (27,86)	62,35 (27,60)	59,29 (27,79)
Échelle évitante	65,68 (27,49)	68,48 (27,40)	66,54 (27,42)
Échelle dépendante	77,22 (20,35)	74,40 (23,90)	76,35 (21,48)
Échelle paranoïde	64,47 (14,04)	63,31 (12,81)	64,11 (13,66)
Échelle histrionique	49,70 (21,18)	50,88 (17,30)	50,07 (20,03)
Échelle narcissique	54,83 (20,40)	54,47 (19,43)	54,72 (20,06)
Échelle antisociale	50,53 (20,19)	55,82 (19,55)	52,15 (20,09)
Échelle compulsive	59,62 (15,24)	54,72 (17,03)	58,11 (15,93)
Échelle passive-agressive	52,90 (29,49)	57,75 (30,18)	54,39 (29,71)
Échelle schizotypique	62,26 (12,01)	61,53 (13,51)	62,04 (12,45)
Échelle État-limite	62,25 (14,28)	60,95 (14,79)	61,86 (14,41)
Échelle anxiété	77,75 (20,00)	74,81 (21,11)	76,86 (20,33)
Échelle somatoforme	64,47 (13,81)	61,24 (14,67)	63,48 (14,12)
Échelle hypomanie	40,08 (28,91)	39,95 (28,25)	40,04 (28,64)
Échelle dysthymie	70,76 (20,23)	69,05 (22,87)	70,24 (21,02)
Échelle abus d'alcool	57,21 (17,36)	61,37 (18,90)	58,47 (17,89)
Échelle abus de drogue	57,59 (18,66)	61,39 (19,07)	58,74 (18,82)
Échelle pensée psychotique	61,52 (10,55)	61,41 (10,94)	61,48 (10,64)
Échelle dépression psychotique	52,50 (16,25)	54,12 (15,52)	52,99 (16,01)
Échelle délire psychotique	62,79 (13,92)	62,00 (13,82)	62,55 (13,86)
<u>Inventaire des stratégies d'adaptation aux situations stressantes</u>			
Organisation	50,54 (8,96)	48,04 (10,16)	49,82 (9,36)
Gestion des émotions	55,90 (8,80)	54,46 (9,92)	55,49 (9,13)
Évitement	62,22 (8,91)	62,96 (9,59)	62,43 (9,09)
Diversions sociale	60,38 (9,49)	58,94 (10,28)	59,97 (9,72)
Échelle se distraire	58,52 (9,43)	61,50 (9,83)	59,37 (9,61)
<u>Échelle d'assertion pour adulte</u>			
Total du test	101,64 (23,24)	103,89 (21,24)	102,27 (22,67)
<u>Échelle d'évitement et de détresse sociale</u>			
Total du test	10,93 (7,43)	11,34 (7,38)	11,05 (7,40)
<u>Questionnaire sur la peur de l'évaluation négative</u>			
Total du test	17,46 (7,00)	18,62 (7,48)	17,80 (7,14)
<u>Échelle de désirabilité sociale</u>			
Total du test	12,92 (3,86)	11,69 (4,44)	12,57 (4,06)
<u>Inventaire d'estime de soi de Battle</u>			
Estime de soi générale	10,08 (3,96)	9,73 (3,86)	9,98 (3,93)
Estime de soi personnelle	4,45 (2,37)	4,45 (2,62)	4,45 (2,44)
Estime de soi sociale	5,77 (1,59)	4,89 (19,90)	5,52 (1,72)
Mensonge	4,92 (2,00)	5,07 (2,06)	4,96 (2,01)
Total du test	20,38 (7,16)	19,07 (7,70)	20,01 (7,32)
<u>Questionnaire sur l'utilisation de la sexualité comme stratégie d'adaptation</u>			
Consentement	12,43 (4,36)	13,33 (5,22)	12,71 (4,65)
Viol	6,52 (1,54)	7,31 (3,92)	6,77 (2,54)
Pédophilie	4,77 (1,75)	5,63 (3,07)	5,03 (2,27)
Total du test	24,92 (5,50)	27,25 (6,82)	25,62 (6,01)

3.2 Les statistiques multivariées

3.2.1 Régressions logistiques hiérarchiques avec une seule variable indépendante et les trois variables de contrôle

Dans un premier temps, des régressions logistiques hiérarchiques ont été faites avec chacun des résultats obtenus par les sujets des deux groupes pour les tests psychologiques pris séparément ainsi que les trois variables de contrôle relatives au traitement. Les variables de contrôle ont été introduites dans un premier bloc, puis une variable indépendante dans un second bloc. Les résultats des régressions significatives au seuil de 0,05 sont présentés au tableau 7.

Tableau 7
Régressions logistiques hiérarchiques avec une variable indépendante
et les variables contrôles ($p \leq 0,05$)

Prédicteurs	Exp(B) ou ratio de cote	Intervalle de confiance de niveau 95 %	Niveau de signification
<u>Index de réactivité interpersonnelle</u>			
Perspective d'autrui	0,93	(0,87-0,99)	0,04
<u>MCFI</u>			
Échelle antisociale	1,02	(1,00-1,04)	0,03
Échelle somatoforme	1,00	(0,95-1,00)	0,05
<u>Questionnaire sur l'utilisation de la sexualité comme stratégie d'adaptation</u>			
Total du test	1,10	(1,01-1,16)	0,02
<u>Inventaire d'estime de soi de Battle</u>			
Estime de soi sociale	0,78	(0,64-0,96)	0,02

Les résultats des régressions logistiques démontrent que cinq échelles des tests psychologiques sont en relation avec le statut du traitement des agresseurs sexuels, et ce, lorsqu'on contrôle pour l'effet de la durée du traitement, du type de milieu de thérapeutique et de l'approche thérapeutique. L'échelle *perspective d'autrui* ($p=0,04$) de l'*Index de réactivité interpersonnelle* indique que plus l'individu est en mesure de faire preuve d'empathie, en prenant en considération le point de vue des autres, plus il a de chances de compléter le traitement. L'échelle *antisociale* ($p=0,03$) du MCMI démontre que plus un agresseur sexuel présente des traits de la personnalité antisociale, plus élevée est sa propension à abandonner le traitement ou à en être exclu. Quant au *Questionnaire sur l'utilisation de la sexualité comme stratégie d'adaptation* ($p=0,02$), il indique que plus l'individu s'engage dans des activités à caractère sexuel afin de gérer les situations stressantes de sa vie, plus il est enclin à quitter prématurément la thérapie. L'échelle *estime de soi sociale* de l'*Inventaire d'estime de soi* de Battle s'avère aussi liée à l'abandon du traitement ($p=0,02$). Meilleure est l'estime de lui-même du sujet dans des situations sociales, meilleures sont ses chances de compléter le traitement. Finalement, l'échelle *somatoforme* du MCMI s'est révélée en relation avec la fin prématurée de la thérapie ($p=0,05$) : plus l'individu tend à être centré sur des symptômes physiques (atypiques) se rapportant au trouble somatoforme, plus il est enclin à compléter le traitement.

3.2.2 Régressions logistiques hiérarchiques avec plusieurs variables indépendantes simultanément et les trois variables de contrôle.

Nous avons ensuite procédé à une régression logistique hiérarchique incluant les 5 variables décrites précédemment qui se sont avérées significatives au seuil de 0,05. Les 5 prédicteurs ainsi que les 3 variables de contrôle furent introduites dans une analyse de régression selon une méthode « enter ». Les résultats sont présentés au

tableau 8 et indiquent que l'échelle *antisociale* ($p=0,03$) et l'échelle *estime de soi sociale* ($p=0,05$) sont significatives dans la prédiction de l'abandon du traitement, et ce, après avoir contrôlé pour l'effet des trois variables de contrôle relatives au traitement. Le R^2 du modèle s'avère significatif au seuil de signification de 0,01. Ces deux variables expliquent 44 % de la variance et elles permettent de classer correctement 81,5 % des sujets selon l'issue du traitement.

Tableau 8
Régression logistique hiérarchique avec les 5 prédicteurs
et les variables contrôles

Variabiles du modèle	B	Exp(B) ou ratio de cote	Intervalle de confiance de niveau 95 %
<u>Variabiles contrôles</u>			
Durée du traitement	0,18*	1,20	(1,00-1,43)
Milieu thérapeutique	1,54*	4,66	(1,09-20,00)
Approche thérapeutique	1,78**	5,94	(1,80-19,63)
<u>Prédicteurs</u>			
Échelle Perspective d'autrui	-0,07	0,94	(0,85-1,03)
Échelle Antisociale	0,03*	1,03	(1,00-1,05)
Échelle Somatoforme	-0,03	0,97	(0,94-1,01)
Test Cortoni	0,05	1,05	(0,97-1,14)
Échelle Estime de soi sociale	-0,29*	0,75	(0,56-1,00)
R ² Nagelkerke du modèle		0,44**	
% de bonnes prédictions (coupure à 0,5)		81,5 %	

Note : * indique $p < 0,05$ et ** $p < 0,01$

Après l'obtention de ces résultats, une régression logistique a été effectuée avec les deux variables qui se sont avérées significatives lors de la dernière régression, c'est-à-dire l'échelle *antisociale* et l'échelle *estime de soi sociale*. Ces deux échelles ont été incluses avec les variables contrôles dans une analyse de régression logistique en mode « enter ». Les résultats de l'analyse statistique sont présentés au tableau 9. Les deux prédicteurs s'avèrent significatifs au seuil de 0,01. Le R^2 du modèle est significatif. Au total, 37 % de la variance est expliquée par le modèle. Les deux prédicteurs permettent d'atteindre 79,6 % de bonnes classifications des sujets selon l'issue du traitement.

Tableau 9
Régression logistique hiérarchique avec les prédicteurs du modèle 1
et les variables contrôles

Modèle 1	B	Exp(B) ou ratio de cote	Intervalles de confiance de niveau 95 %
<u>Variabes contrôles</u>			
Durée du traitement	0,17*	1,18	(1,00-1,37)
Milieu thérapeutique	1,61*	4,98	(1,28-19,42)
Approche thérapeutique	1,61**	5,01	(1,58-15,85)
<u>Prédicteurs</u>			
Échelle antisociale	0,03**	1,03	(1,01-1,05)
Échelle estime de soi sociale	-0,30**	0,74	(0,59-0,93)
R ² Nagelkerke du modèle		0,37**	
% de bonnes prédictions (coupure à 0,5)		79,1 %	

Note : * indique $p < 0,05$ et ** $p < 0,01$

Finalement, on a réalisé une régression logistique hiérarchique en mode « enter » avec les 3 autres variables indépendantes retenues à 0,05 (l'échelle *perspective d'autrui*, l'échelle *somatoforme* et le test de Cortoni) ainsi qu'avec les 3 variables contrôles a été réalisée. Bien que ces variables n'étaient pas significatives lorsqu'elles étaient introduites simultanément avec les deux autres variables indépendantes (échelles *antisociale* et *estime de soi sociale*), elles s'avèrent significatives dans la prédiction de la fin prématurée du traitement quand elles sont incluses sans ces dernières dans le modèle de régression. Le R^2 est statistiquement significatif au seuil de 0,01. Au total, 39 % de la variance est expliquée par le modèle. Les 3 prédicteurs permettent de classer correctement 76,6 % des sujets selon leur statut de traitement. Le tableau 10 présente les résultats de la régression logistique.

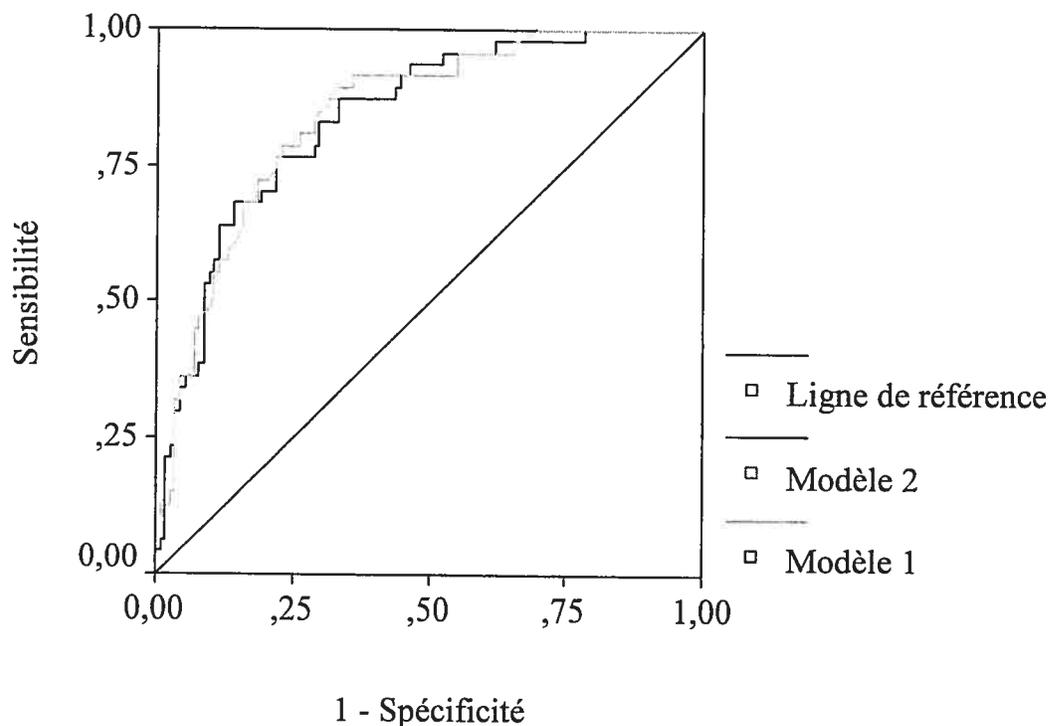
Tableau 10
Régression logistique hiérarchique avec les prédicteurs du modèle 2
et les variables contrôles

Modèle 2	B	Exp(B) ou ratio de cote	Intervalles de confiance de niveau 95 %
<u>Variabiles contrôles</u>			
Durée du traitement	0,14	1,15	(0,97-1,35)
Milieu thérapeutique	1,58*	4,86	(1,20-19,63)
Approche thérapeutique	1,94**	6,94	(2,17-22,23)
<u>Prédicteurs</u>			
Échelle perspective d'autrui	-0,10*	0,90	(0,83-0,99)
Échelle somatoforme	-0,04*	0,96	(0,93-0,99)
Total du test Cortoni	0,07*	1,08	(1,01-1,16)
R^2 Nagelkerke du modèle		0,39**	
% de bonnes prédictions (coupure à 0,5)		76,6 %	

Note : * indique $p < 0,05$ et ** $p < 0,01$

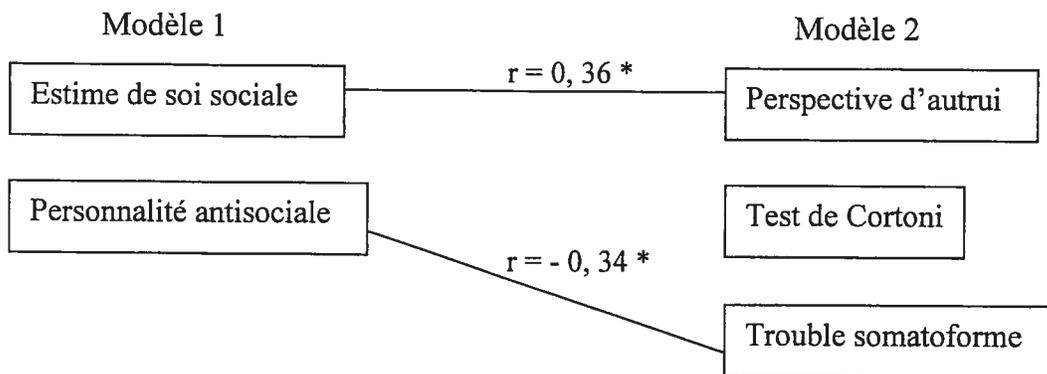
Afin de déterminer quel modèle a le plus grand pouvoir prédictif, l'aire sous la courbe ROC (Receiver Operating Characteristic) a été calculée. Pour le modèle 1, l'aire sous la courbe est de 0,85, et pour le second modèle 0,84. Ces résultats nous indiquent que les deux groupes de variables sont équivalents dans la prédiction de l'abandon et de l'exclusion du traitement chez les agresseurs sexuels (voir figure 1). En somme, deux groupes de prédicteurs semblent être associés à la fin prématurée de la thérapie chez les agresseurs sexuels (voir figure 3). Le modèle 1 contient l'échelle *antisociale* du MCMI et l'échelle *estime de soi sociale* de l'*Inventaire d'estime de soi de Battle*. Par ailleurs, le modèle 2 inclut l'échelle *perspective d'autrui*, l'échelle *somatoforme* du MCMI et le résultat total au questionnaire de Cortoni sur l'utilisation de la sexualité lors de situations stressantes.

Figure 1
L'aire sous la courbe ROC des deux modèles de prédiction
de la fin prématurée du traitement



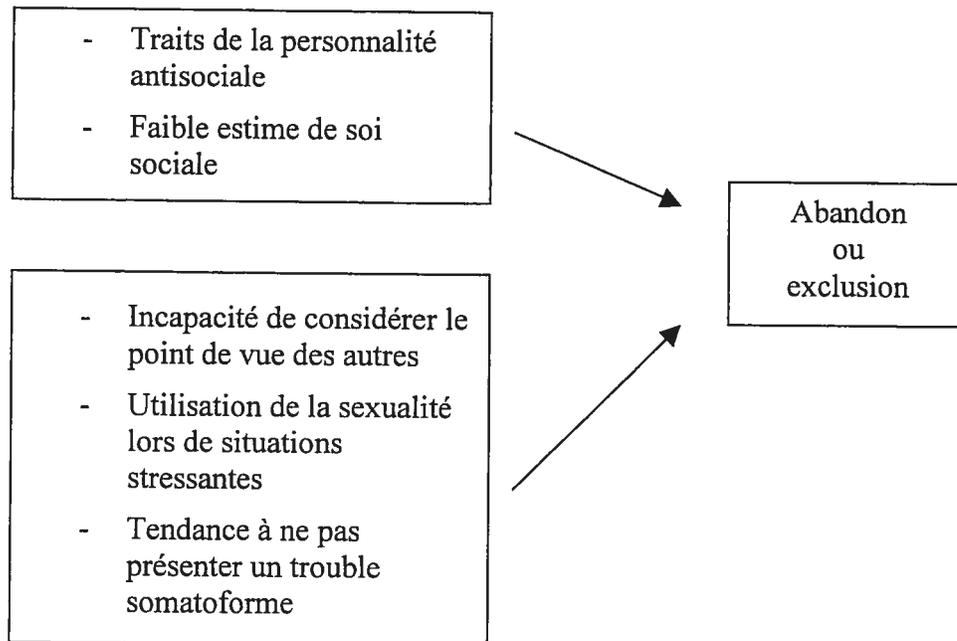
Pour des fins de prédiction, l'un ou l'autre des modèles est suffisant afin d'expliquer la fin prématurée du traitement. Toutefois, pour des fins théoriques, le recours à deux modèles nous permet de mieux circonscrire le champ des variables en relation avec la fin prématurée du traitement. La figure 2 illustre les corrélations entre les variables des deux modèles. Deux corrélations ce sont avérées significatives au seuil de 0,05, soit entre les variables *estime de soi sociale* et *perspective d'autrui* ($r = 0,36$) ainsi qu'entre les variables *personnalité antisociale* et *trouble somatoforme* ($r = - 0,34$).

Figure 2
Corrélations de Pearson entre les variables indépendantes
des deux modèles de prédiction



Note : * indique $p < 0,05$

Figure 3
Modèle final de prédiction de la fin prématurée du traitement
pour des agresseurs sexuels



CHAPITRE 4
INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Cette étude avait comme objectif principal de déterminer les variables psychologiques associées à la fin prématurée du traitement chez des agresseurs sexuels, et ce, en tenant compte des variables liées au traitement, soit : le milieu thérapeutique, la durée du traitement et l'approche thérapeutique. Les résultats de la recherche ont permis de répondre à l'objectif de départ : certaines caractéristiques psychologiques évaluées par les tests psychométriques sont significativement associées à l'abandon ou à l'exclusion du traitement. Ces variables psychologiques sont regroupées en deux modèles de prédiction.

4.1 Analyse des résultats obtenus

4.1.1 Modèle 1

Les traits de la personnalité antisociale

Comme dans plusieurs recherches (Abel *et al.*, 1988; Moore *et al.*, 1999; Rodrigue, 2001), les résultats de la présente étude démontrent que le trouble de la personnalité antisociale est associé à la fin prématurée de la thérapie chez les agresseurs sexuels. Contrairement à ceux de Shaw *et al.* (1995), nos résultats démontrent que les traits de la personnalité antisociale sont en relation avec la difficulté à demeurer en traitement. Shaw et ses collègues expliquaient leurs résultats non significatifs par le fait que les traits antisociaux sont très fréquents chez les agresseurs sexuels incarcérés, ce qui empêche d'établir des liens entre ce prédicteur et l'issue du traitement (effet plafond). Pour ce qui est de notre échantillon, il était composé d'agresseurs sexuels traités en milieu externe et interne et nos résultats tiennent compte du milieu thérapeutique comme variable de contrôle. Ainsi, au-delà de

l'impact du milieu thérapeutique, les traits de la personnalité antisociale et la fin prématurée du traitement sont en lien chez les agresseurs sexuels.

Selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), on peut décrire les individus antisociaux comme suit : sur le plan interpersonnel, ils sont égocentriques, manipulateurs et dominateurs. Sur le plan affectif, ils vivent peu d'émotions et ont peu ou pas d'empathie ni de culpabilité. Sur le plan comportemental, les antisociaux recherchent constamment les sensations fortes, sont impulsifs et irresponsables. Ils se montrent distants, dominateurs et réticents par rapport à la thérapie. Ils éprouvent aussi des difficultés à adopter des comportements appropriés en traitement. Plusieurs études soulignent les difficultés d'adaptation des individus antisociaux durant la thérapie (Hare et Jutai, 1983; Ogloff *et al.*, 1990, Wormith et Olver, 2002). La recherche d'Ogloff *et al.* (1990) démontre que chez des délinquants traités à l'interne, ceux qui obtiennent un résultat élevé à l'échelle *psychopathie (Psychopathy Checklist; Hare, 1985)* montrent peu d'amélioration clinique en traitement, ils sont peu motivés à modifier leurs comportements problématiques et ils ont un taux d'abandon élevé.

Malgré leurs difficultés à adopter des comportements adéquats lors de la thérapie, les agresseurs sexuels antisociaux peuvent être enclins à adhérer à un traitement afin d'éviter ou de diminuer la durée d'une sentence d'emprisonnement. Si la thérapie est de courte durée, les agresseurs sexuels antisociaux pourraient arriver à se conformer aux règles et à dissimuler les raisons réelles de leur engagement. Par ailleurs, si elle est de longue haleine, l'individu antisocial aura des difficultés à contrôler ses pulsions destructrices et ses comportements orientés vers la recherche du plaisir immédiat et il serait exclu du traitement par l'équipe traitante en raison de comportements inacceptables en thérapie.

Il est probable que les agresseurs sexuels ayant des traits de la personnalité antisociale éprouvent certaines difficultés lorsque la thérapie est dispensée en groupe. Les comportements antisociaux interféreraient avec le bon fonctionnement du groupe. Or, plusieurs séances thérapeutiques pour agresseurs sexuels sont réalisées en groupes de 8 à 10 patients et dirigées par un ou deux thérapeutes. Ainsi, le regroupement d'individus peut s'avérer une pratique infructueuse chez les agresseurs sexuels qui présentent des traits antisociaux et peut entraîner le patient à quitter prématurément le traitement.

L'estime de soi sociale

Bien qu'aucun chercheur ne se soit intéressé au rapport entre l'estime de soi des agresseurs sexuels et l'issue du traitement, les résultats de notre étude démontrent qu'un individu ayant une faible estime de soi dans des situations sociales est plus enclin à abandonner un traitement ou à en être exclu. Seule la recherche de Gully *et al.* (1990) peut être mise en relation avec nos résultats. Celle-ci a démontré que les agresseurs sexuels que les thérapeutes jugent moins compétents en société abandonnent plus souvent le traitement que ceux qui sont considérés comme ayant plus de compétences sociales. Ainsi, les agresseurs sexuels qui ont une faible estime de soi sociale pourraient être ceux qui sont les moins compétents dans des situations sociales.

L'abandon du traitement chez des agresseurs sexuels ayant une faible estime de soi sociale peut s'expliquer par le fait que la thérapie s'avère une situation sociale en soi où des individus (patients et thérapeutes) doivent interagir. En traitement, les patients sont appelés à discuter en groupe d'un sujet en rapport avec leurs comportements sexuels déviants. Ainsi, les agresseurs sexuels qui ont une estime de soi déficiente

dans un contexte social pourraient être enclins à abandonner la thérapie pour ne pas être confrontés à de telles situations où ils ressentent de l'inconfort. De plus, ces agresseurs sexuels pourraient écourter un traitement parce qu'ils anticipent un échec (McKibben, Proulx, Lussier, 2001)

4.1.2 Modèle 2

L'empathie

À notre connaissance, l'empathie n'a jamais été mise en relation avec la fin prématurée de la thérapie chez les agresseurs sexuels. Dans cette étude, l'échelle *perspective d'autrui* s'avère associée à l'abandon et à l'exclusion du traitement. Cette échelle est définie comme étant l'habileté cognitive à comprendre le point de vue des autres et l'expérience affective du vécu douloureux d'autrui (sentiment de compassion). Moins les agresseurs sexuels sont enclins à considérer l'opinion des autres et à compatir avec leur vécu, plus ils sont à risque d'abandonner le traitement ou d'en être exclus. En thérapie, ce manque d'empathie peut se manifester par leur incapacité à se mettre à la place de leur victime et à comprendre ce qu'elles ont vécu lors du délit. Ces individus ont plus de difficultés à saisir l'impact de leurs actes sexuels déviants sur autrui. En ce sens, il est probable qu'ils minimisent l'ampleur de leurs actes. La minimisation des délits et de ses conséquences peut faire en sorte que l'individu ne puisse plus progresser dans la thérapie. S'il persiste dans son déni, l'équipe traitante peut décider de l'exclure du traitement.

L'utilisation de la sexualité comme stratégie d'adaptation

Le résultat du *Questionnaire sur l'utilisation de la sexualité comme stratégie d'adaptation* (Cortoni) s'est avéré en relation avec l'issue du traitement des agresseurs sexuels. Le questionnaire mesure l'engagement des individus dans 4 types d'activités sexuelles lors de situations stressantes : les fantaisies, la masturbation, l'utilisation de matériel pornographique et les relations sexuelles avec un partenaire. Les résultats de notre étude démontrent qu'un agresseur sexuel qui s'engage dans des activités à caractère sexuel lorsqu'il est confronté à des situations anxiogènes est enclin à abandonner la thérapie ou à en être exclu. Aucune recherche antérieure n'avait étudié cet aspect du comportement en relation avec la fin prématurée du traitement.

Cortoni (1998; 2001) explique le recours à un agir sexuel lors de situations stressantes par un processus de déconstruction cognitive qui implique une réduction de l'introspection chez l'individu. Ce mécanisme se met en branle lorsque l'individu déplace son attention d'un plan abstrait, qui concerne des buts à long terme (maintien d'une image positive de soi), à un plan concret, qui comprend des buts à court terme (obtenir une gratification sexuelle immédiate). L'agir sexuel est un moyen que prend l'individu pour soulager temporairement un état émotionnel négatif. Les résultats de certaines études (Mckibben *et al.*, 1994; Proulx *et al.*, 1996) ont démontré que les fantaisies sexuelles déviantes étaient plus fréquentes lorsque les agresseurs sexuels expérimentaient des situations de conflit, de colère, de solitude ou d'humiliation. Il est probable que le même processus soit en œuvre lorsque le patient vit des sentiments désagréables en traitement, par exemple du stress lié à la remise en question de ses attitudes. Ainsi, les agresseurs sexuels pourraient choisir de s'isoler dans un monde de fantaisies au lieu de s'impliquer dans la thérapie. À ce moment, l'équipe traitante pourrait décider d'exclure le patient du groupe.

Les traitements basés sur le modèle de la prévention de la récidive tentent d'inculquer aux agresseurs sexuels des stratégies d'adaptation adéquates afin de faire face aux émotions désagréables. Les agresseurs sexuels qui utilisent la sexualité pour gérer des situations anxiogènes pourraient éprouver certaines difficultés à laisser de côté l'agir sexuel comme stratégie d'adaptation, car elle leur procure un plaisir immédiat. Ces individus résisteraient donc à l'acquisition de nouvelles stratégies d'adaptation. Ainsi, ils pourraient être exclus du traitement en raison de leur faible degré de participation ou l'abandonner d'eux-mêmes pour ne pas renoncer à leurs stratégies d'adaptation sexualisées.

Le trouble somatoforme

Notre étude est la première à démontrer l'existence d'un lien entre le trouble somatoforme et l'issue de la thérapie. Nos résultats établissent que plus un individu obtient un résultat élevé pour cette échelle du MCMI, plus il a de chances de compléter le traitement. Selon le DSM-IV (APA, 1994), le trouble somatoforme est défini comme étant des symptômes physiques atypiques, invoquant une affection médicale générale, mais qui sont en fait liés à l'anxiété. En thérapie, l'agresseur sexuel qui présente ce trouble est centré sur ses symptômes physiques. On peut faire l'hypothèse que ces individus trouveraient dans la thérapie un certain réconfort au sujet de leurs symptômes physiques réels ou non réels. Être entouré d'une équipe de thérapeutes pourrait s'avérer un moyen d'obtenir de l'assistance en cas de besoin et d'être rassuré lorsque l'anxiété prend le dessus.

Nos résultats démontrent que certaines variables ne sont pas en lien avec l'abandon du traitement. Toutefois, les études antérieures ont démontré que certains troubles de la personnalité ainsi que certains syndromes cliniques (évalués à l'aide du MCMI) étaient en lien avec l'abandon du traitement. L'étude de Lussier et Proulx (1999) démontre un lien significatif entre les traits de la personnalité *schizotypique* et *passive-agressive* et le statut en traitement chez les pédophiles. Par ailleurs, ces échelles ne se sont pas avérées significatives dans notre étude. Cette divergence pourrait s'expliquer par la différence des échantillons utilisés d'une étude à l'autre. Notre échantillon était composé de différents types d'agresseurs sexuels (violeurs, pédophiles, incestueux) tandis que Lussier et Proulx (1999) ont fait des analyses séparées par type de sujet (pédophiles seulement). Contrairement à notre étude, Browne *et al.* ont démontré que la dépendance aux substances était reliée à l'abandon du traitement chez les agresseurs sexuels. Pour sa part, notre étude démontre que les agresseurs sexuels qui ont terminé prématurément la thérapie obtiennent des résultats plus élevés aux deux échelles du MCMI concernant l'abus de drogue et d'alcool. Cependant, aucune différence significative n'a été retrouvée quant au statut du traitement (complété, non complété). Cette divergence pourrait s'expliquer par la différence entre le type de milieu thérapeutique dans les deux études (un milieu externe dans l'étude de Browne *et al.* et des milieux interne et externe dans notre étude).

4.2 Implications cliniques

Landry (1996) mentionne que les troubles de la personnalité constituent un défi important pour les thérapeutes, car il est difficile d'amener des changements réels chez des patients qui présentent des schèmes de comportement inadaptés,

profondément inscrits dans leur structure psychologique. Ces patients résistent aux changements et sont rigides dans leurs relations. La question que l'on doit se poser lorsqu'on considère les résultats de notre étude est la suivante : comment intervenir auprès des agresseurs sexuels ayant un trouble de la personnalité antisociale afin d'éviter la fin prématurée du traitement ? Les écrits nous offrent peu de réponses quant aux interventions à privilégier avec des individus antisociaux. L'apprentissage de l'empathie, qui s'avère un aspect déficient chez l'individu antisocial, peut être indiqué. Les interventions devraient viser à sensibiliser les agresseurs sexuels antisociaux aux conséquences de leurs actes et aux sentiments éprouvés par leur(s) victime(s).

L'alliance thérapeutique entre le patient et le clinicien pourrait aussi être une avenue intéressante à explorer. Si l'on réussit à établir un lien thérapeutique solide et durable entre l'individu antisocial et le thérapeute, l'engagement en traitement pourrait-il en être amélioré ?

Certaines études suggèrent que les traits antisociaux diminuent avec l'âge (vers 40 ans et plus) (Hare et Jutai, 1983). Serait-il donc plus facile d'intervenir auprès des individus antisociaux lorsqu'ils sont plus âgés ? Si cette tendance s'avère vraie, nous pouvons faire en sorte de choisir les candidats plus âgés pour suivre la thérapie. Quant aux sujets plus jeunes, des adaptations au traitement actuel pourraient être apportées.

Certaines avenues pourraient être envisagées afin d'éviter l'exclusion des agresseurs sexuels qui présentent un risque élevé de décrochage en traitement. Une solution serait d'orienter les individus à risque vers des ressources préparatoires au traitement. Celles-ci pourraient contribuer à améliorer certaines caractéristiques dynamiques (par exemple, l'empathie ou l'estime de soi) associées à la fin prématurée du traitement et ainsi diminuer les risques d'abandon ou d'exclusion. En milieu externe,

cette solution pourrait se concrétiser par la création d'un partenariat entre les ressources disponibles (par exemples, groupes de soutien, Alcooliques Anonymes, psychothérapie individuelle) et les programmes de traitement. À l'interne, il s'agit de mettre sur pied des ressources additionnelles visant les agresseurs sexuels à risque de quitter prématurément la thérapie.

Miller et Rollnick (1991) présentent pour leur part une stratégie qui consiste à regrouper les patients afin de discuter des raisons de leur participation à un traitement (par exemple, ne pas aller en prison ou répondre à une demande du milieu familial). Ils suggèrent aussi d'encourager les patients à s'exprimer sur les facteurs qui pourraient contribuer à mettre un terme prématuré au traitement ainsi que sur les avantages de le compléter. Cette discussion peut être tenue en groupe, avant le début du programme. Ce genre d'interventions requiert cependant une bonne coordination des intervenants, du temps supplémentaire et des ressources financières afin d'implanter et de maintenir cette phase prétraitement.

4.3 Forces et limites de l'étude

Lorsque la méthodologie de cette étude est comparée avec les recherches antérieures, la représentativité de l'échantillon s'avère l'une de ses principales forces. Dans la majorité des études précédentes, les agresseurs sexuels sont recrutés dans un seul centre de traitement (interne ou externe) ayant une approche thérapeutique unique. Quant à notre échantillon, il s'avère représentatif de la quasi-totalité de la population des agresseurs sexuels adultes traités au Québec : les sujets proviennent de différents centres de traitement (11) qui représentent assez fidèlement le territoire québécois. Les variables liées au traitement telles que le milieu thérapeutique, l'approche

thérapeutique et la durée du traitement ont été considérées comme des variables de contrôle dans les analyses statistiques.

Les études antérieures et actuelles font état des différences entre violeurs et pédophiles quant aux caractéristiques personnelles associées à la fin prématurée du traitement (Lussier et Proulx, 1998). Il serait donc avantageux de vérifier si certaines caractéristiques psychologiques en rapport avec une thérapie non complétée sont propres à un type particulier d'agresseurs sexuels. Une des principales limites de l'étude est l'impossibilité d'effectuer des analyses distinctes selon le type d'agresseurs sexuels (pédophiles, violeurs). En effet, le groupe des violeurs était trop restreint pour constituer un groupe distinct. De plus, il aurait été intéressant d'analyser les résultats en tenant compte des différentes raisons de la fin prématurée du traitement (abandon par le patient lui-même, exclusion par l'équipe traitante). Les caractéristiques liées à une thérapie non complétée pourraient s'avérer différentes selon les circonstances. Par exemple, il est possible que les agresseurs sexuels antisociaux soient plus souvent exclus du traitement, tandis que ceux qui ont une faible estime de soi pourraient abandonner d'eux-mêmes la thérapie. De nouveau, un problème de puissance statistique a guidé nos choix lors de l'élaboration de la stratégie analytique.

La petite taille de l'échantillon nous a empêchée d'effectuer des analyses statistiques distinctes pour chaque groupe. Les variables dans le modèle de régression logistique étaient trop nombreuses par rapport au nombre de sujets qu'auraient formé les deux groupes. Au moment d'établir des statistiques multivariées, il est nécessaire d'assurer un ratio approprié entre le nombre de prédicteurs et le nombre de sujets inclus dans une analyse.

CONCLUSION

Nos résultats confirment ceux que nous avons recensés dans les écrits et démontrent de nouveaux liens entre les caractéristiques psychologiques des agresseurs sexuels et la fin prématurée du traitement. Les deux modèles de prédiction parviennent à classer correctement 79 % (modèle 1) et 77 % (modèle 2) des agresseurs sexuels selon le statut de leur traitement. Par ailleurs, on doit considérer nos résultats comme une contribution partielle à l'explication du phénomène de la fin prématurée d'une thérapie. En effet, les caractéristiques psychologiques des agresseurs sexuels qui furent étudiées ne rendent compte que d'une partie de la problématique. Une foule d'autres variables psychologiques pourraient comporter une part d'explication. De plus, les variables relatives au processus thérapeutique telles l'alliance thérapeutique, les attentes du patient envers la thérapie ainsi que la motivation du patient sont des éléments qui peuvent amener une explication complémentaire de la prédiction de l'issue du traitement.

Il importe finalement de mentionner que le fait d'obtenir des résultats quant aux prédicteurs de la fin prématurée du traitement ne signifie pas que l'on doive mettre systématiquement de côté les agresseurs sexuels qui présentent plus de risques d'abandonner une thérapie ou d'en être exclus. Comme le souligne Rodrigue (2001), malgré les ressources limitées en thérapie, exclure du traitement les agresseurs sexuels à risque de quitter prématurément les traitements signifierait abandonner les individus qui ont le plus besoin d'encadrement. Les chercheurs doivent donc concentrer leurs efforts afin de proposer et de créer des moyens d'intervention adaptés à ces individus pour qu'ils complètent leur programme de traitement.

ANNEXE

Annexe A
Caractéristiques psychologiques évaluées par les tests psychométriques

Tests psychométriques	Prédicteurs
Échelle de croyances sur le viol	Distorsions cognitives au sujet du viol
Échelle de croyances pédophiliques	Distorsions cognitives au sujet de l'agression sexuelle d'un enfant
Échelles de croyances Bumby-Violeurs	Minimisation, rationalisation et justification du délit
Échelles de croyances Bumby-Pédophiles	Minimisation, rationalisation et justification du délit
Questionnaire sur l'attribution de la responsabilité : - Culpabilité - Responsabilité externe - Facteurs internes	Niveaux d'attribution de la responsabilité des gestes: - Niveau de culpabilité face au délit - Attribution du délit à des facteurs externes à l'individu - Attribution du délit à des désordres mentaux
Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait : - Situation - Trait	- Niveau d'anxiété en situations stressantes - Niveau d'anxiété général de l'individu
Inventaire de propension à la colère : - Aggression physique - Aggression verbale - Colère - Hostilité	Moyens utilisés lorsque l'individu expérimente un sentiment de colère: - Utilisation de la force physique pour blesser autrui - Utilisation du langage verbal pour blesser autrui - Activation physiologique en vue de l'agression - Sentiment de malveillance et d'injustice
Inventaire de dépression de Beck	Présence d'une dépression
Échelle d'intimité sociale de Miller	Niveau d'intimité expérimentée dans la relation actuelle
Inventaire de l'estime de soi sociale	Niveau d'estime de soi dans les situations sociales
Échelle d'empathie : - Générale - Victime	Niveau d'empathie: - pour des problèmes autres que l'agression sexuelle - envers les victimes d'agression sexuelle
Index de réactivité interpersonnelle : - Perspective d'autrui - Empathie - Fantaisies - Détresse personnelle	Mesure de 4 niveaux de l'empathie: - La capacité de comprendre le point de vue d'autrui - La capacité de ressentir de la compassion pour autrui - L'habileté à s'identifier à des personnages de fiction - La capacité à ressentir des émotions négatives face à la détresse des autres

Inventaire des stratégies d'adaptation aux situations stressantes : - Organisation - Gestion des émotions - Évitement - Se distraire - Diversion sociale	Mesure des différentes stratégies utilisées par l'individu: - Les efforts mis en œuvre pour résoudre un problème - Les réactions émotionnelles - Les activités ou stratégies cognitives utilisées pour éviter les situations stressantes - Le fait de diriger son attention vers d'autres tâches - Le fait de diriger son attention vers des situations sociales
Questionnaire sur l'utilisation de la sexualité comme stratégie d'adaptation : - Consentement - Viol - Pédophilie	Mesure l'engagement dans quatre types d'activités sexuelles lors de situations stressantes: les fantaisies, la masturbation, l'utilisation de matériel pornographique, les relations sexuelles avec une partenaire.
Échelle d'assertion pour adulte	Capacité relationnelle avec autrui
Échelle d'évitement social et de détresse sociale	Pathologie d'évitement et détresse dans les situations sociales
Questionnaire sur la peur de l'évaluation négative	Pathologie de la peur d'être jugé négativement par autrui dans les situations d'évaluation
Inventaire d'estime de soi sociale de Battle : - Générale - Sociale - Personnelle - Mensonge	- Niveau d'estime de soi générale - Niveau d'estime de soi en situations sociales - Niveau d'estime de soi personnelle - Échelle de mensonge en répondant au questionnaire
Questionnaire sur l'attachement	Niveau d'attachement à autrui
Échelle de désirabilité sociale	Comportements qui visent à augmenter sa désirabilité sociale
Échelle déni / minimisation	Niveau de déni et de minimisation du délit
Inventaire Clinique Multiaxial de Million (MCMII) : - Schizoïde - Évitante - Dépendante - Paranoïde - Histrionique - Narcissique - Anxiété - Somatoforme - Hypomanie - Dysthymie - Abus alcool	Fonctionnement psychologique de la personnalité: - Antisociale - Compulsive - Passive-agressive - Schizotypique - État-limite - 11 échelles évaluant les troubles de la personnalité - Abus drogue - Pensée psychotique - Dépression psychotique - Délire psychotique - 9 échelles évaluant les syndromes cliniques similaires aux principaux troubles de l'Axe I du Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III)

RÉFÉRENCES

- Abel G.G., Mittleman M., Becker J.V., Rathner J. et Rouleau J.L. (1988). Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the law*, 16, pp.153-168.
- Bakeland F. et Lundwall L. (1975). Dropping out of treatment : a critical review, *Psychological Bulletin*, 82, pp.738-783.
- Browne K. D., Foreman L. et Middleton D. (1998). Predicting treatment drop-out in sex offenders. *Child Abuse Review*, 7, pp.402-419
- Cadsky O., Hanson R.K., Crawford M., Lalonde C. (1996). Attrition from a male batterer treatment program : Client-treatment congruence and lifestyle Instability. *Violence and Victims*, 11 (1), pp.51-64.
- Chaffin M. (1992). Factors associated with treatment completion and progress among intrafamilial sexual abusers. *Child Abuse and Neglect*, 16, pp.251-264.
- Chou C., Hser Y. et Anglin M.D. (1998). Interaction effects of clients and treatment program characteristics on retention: An exploratory analysis using hierarchical linear models, *Substance Use and Misuse*, 33, pp.2281-2310.
- Cortoni F. A. (1998). The relationship between attachment styles, coping, the use of sex as a coping strategy, and juvenile sexual history in sexual offenders. Thèse de doctorat, Université Queen's, Département de psychologie, Kingston, Canada.

- Cortoni F. et Marshall W. L. (2001). Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders, *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13 (1), pp.27-43.
- Craig R. J. (1984). Can personality tests predict treatment dropouts ?, *The International Journal of the Addictions*, 19 (6), pp.665-674.
- Craig R. J. (1985). Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, pp.209-219.
- Craissati J., Beech A. (2001). Attrition in a Community Treatment Program for Child Sexual Abusers, *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (3), pp.205-221.
- Daly J.E. et Pelowski S. (2000). Predictors of dropout among men who batter : A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims*, 15 (2), pp.137-160.
- DeHart D.D., Kennerly R.J., Burke L.K. et Follingstad D.R. (1999). Predictors of attrition in a treatment program for battering men. *Journal of family violence*, 14 (1), pp.19-34.
- DeMaris A. (1989). Attrition in batterers' counselling: The role of social and demographic factors. *Social Services Review*, 63, pp.142-154.
- Faulkner K. K., Cogan R., Nolder M. et Shooter G. (1991). Characteristics of Men and Women Completing Cognitive/Bahavioral Spouse Abuse Treatment. *Journal of Family Violence*. 6 (3), pp.243-254.

- Foa E.B. et Emmelkamp P.M. (1983). *Failures in Behavior Therapy*. New York : Wiley.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In Bergin, A.E., and Garfield, S.L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (4th edition). New York : Wiley.
- Geer T.M., Becker J.V., Gray S. R., Krauss D. (2001). Predictors of treatment completion in a correctional sex offender treatment program, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45 (3), pp.302-313.
- Geer T.M., Krauss D. et Gray S. R. (1996). Clinical and physiological comparaison of treatment completers and treatment non-completers in a correction sex offender treatment program. Manuscrit non publié.
- Gondolf E.W. et Foster R. A. (1991). Pre-program attrition in batterer programs, *Journal of Family Violence*, 6 (4), pp.337-349.
- Gully K., Mitchell C., Butter C. et Harwood R. (1990). Sex offenders : Identifying who can complete a residential treatment program, *Behavioral Sciences and the law*, 8, pp.465-471.
- Hamberger L. K. et Hasting J.E. (1989). Counseling Male Spouse Abuser: Characteristics of treatment Completers and Dropouts. *Violence and Victims*, 4 (4), pp.275-286.

- Hamberger L. K., Lohr J. M., Gottlieb M. (2000). Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program. *Behavior modification*, 24 (4), pp.528-552.
- Hanson K. R. et Bussière M. T. (1998). Predicting Relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), pp.348-362.
- Hare, R. D. et Jutai, T. W. (1983). Criminal history of the male psychopath: Some preliminary data. Dans K. T. Van Dusen et S.A. Mednick (Eds.). *Prospective studies of crime and delinquency*. Boston: Kluwer-Nijhoff, p.225-236.
- Hosmer D. W. et Lemeshow S. (2000). *Applied Logistic Regression*. Second Edition. New-York : Wiley, 375 p.
- Kelly J. F., Moos R. (2003). Dropout from 12-step groups: Prevalence, predictors, and counteracting treatment influences, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, pp.241-250.
- Klein C., Menza S., Arfken C., Schuster, C. R. (2002). Interaction effects of treatment setting and client characteristics on retention and completion, *Journal of Psychoactive Drugs*, 34 (1), pp.39-50.
- Kravitz H., Fawcett J., McGuire M., Kravitz G. et Whitney M. (1999). Treatment attrition among alcohol-dependent men: Is it related to novelty seeking personality traits? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, pp.51-56.

- Krisak J. (1978). Prediction of treatment dropouts in a correctional setting, *Offender Rehabilitation*, 2, pp.339-350.
- Landry M., Nadeau L. et Racine S. (1996). Prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane du Québec. Publication du groupe de Recherche et Intervention sur les substances psychoactives (RISQ), Québec, décembre 1996.
- Lawson K.A. et Cox M.D. (1996). Prediction of premature Termination of Adult Male Sexual Offenders from Outpatient Treatment. Manuscrit non publié.
- Lussier P., Proulx J. (1998). Prédicteurs Psychométriques et Phallométriques de la Fin Prematurée du Traitement chez des Agressors Sexuels, *Revue Sexologique*, 2, pp.1-31.
- Maletzky B. (1993). Factors associated with success and failure in the behavioral and cognitive treatment of sexual offenders. *Annals of Sex Research*, 6, pp.241-258.
- Mammo A. et Weinbaum D. (1993). Some factors that influence dropping out from outpatient alcoholism treatment facilities, *Journal of Studies on Alcohol*, 54, pp.92-101.
- Marques J. K. (1999). How to answer the question "Does sex offender treatment work?", *Journal of Interpersonal Violence*, 14 (4), pp.437-451.
- Marques J. K., Day, D. M., Nelson, C. et West M. A. (1994). Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: preliminary results of a longitudinal study. *Criminal Justice and Behavior*, 21, pp.28-54.

- McKibben A., Proulx J. et Lusignan R. (1994). Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles. *Behaviour Research and Therapy*, 13, pp.571-575.
- McKibben A., Proulx J. et Lussier P. (2001). Sexual aggressors' perceptions of effectiveness of strategies to cope with negative emotions and deviant sexual fantasies. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13 (4), pp.257-273
- McMahon R., Kelley A. et Kouzekanani K. (1993). Personality and coping styles in the prediction of dropout from treatment for cocaine abusers, *Journal of Personality Assessment*, 61, pp.147-155.
- Mertens J., Weisner C. (2000). Predictors of substance abuse treatment retention among women and men in an HMO, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (10), pp. 1525-1533.
- Miller W. et Rollnick S. (1991). Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press. pp.102-108.
- Miner M.H. et Dwyer S.M. (1995). Analysis of dropouts from outpatient sex offender treatment, *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 7, pp.77-93.
- Moore D.L., Bergman B.A. et Knox P.L. (1999). Predictors of sex offender treatment completion. *Journal of child Sexual Abuse*, 7, pp.73-88.

- Moos R.H., Finney J.W. et Cronkite R.C. (1990). *Alcoholism treatment: context, process and outcome*. New-York : Oxford University Press.
- Mrad D.F. et Krasnoff A.G. (1979). Use of MMPI and demographic variables in predicting dropouts from a correctionnal therapeutic community, *Offender Rehabilitation*, 1, pp.193-201.
- Ogloff J. R., Wong, S., Greenwood, A. (1990). Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behavioral Sciences and the Law*, pp.181-190.
- Pellerin B., Proulx J., Ouimet M., Paradis Y., McKibben A., et Aubut J. (1996). Étude sur la récidive post-traitement chez les agresseurs sexuels judiciarisés. *Criminologie*, 29, pp.85-108.
- Proulx J., Aubut J., Perron, L., Mckibben A. (1994). Troubles de la personnalité et viol : implications théoriques et cliniques. *Criminologie*, 27, pp.33-53
- Proulx J., McKibben A. et Lusignan R. (1996). Relationships between affective components and sexual behaviors in sexuel aggressors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, pp.279-289.
- Proulx J., Pellerin Y., Mckibben A., Aubut J. et Ouimet M. (1997). Static and dynamic predictors of recidivism in sexual aggressors. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 9, pp.7-27.

- Rabinowitz J., Marjefsky S. (1998). Alcohol and drug abuse: Predictors of being expelled from and dropping out of alcohol treatment, *Psychiatric services*, 49 (2), pp.187-189.
- Rodrigue, D. (2000). Les prédicteurs de la fin prématurée du traitement chez les agresseurs sexuels, Mémoire de maîtrise, Université Laval.
- Rondeau G., Brochu S., Lemire G., Brodeur N. (1999). La persévérance des conjoints violents dans les programmes de traitement qui leur sont proposés, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, Collection études et analyses, 7, 149 p.
- Saarnio P. (2002). Factors associated with dropping out from outpatient treatment of alcohol other drug abuse. *Alcoholism treatment quarterly*, 20, pp.17-33.
- Shaw T. A., Herkov M.J. et Geer R.A. (1995). Examination of treatment completion and predicted outcome among incarcerated sex offenders, *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the law*, 23, pp.35-41.
- Saunders D. G. et Parker J. (1989). Legal sanctions and treatment follow-through among men who batter. *Social Work Research Abstract*, Sept., pp.21-29.
- Siqueland L., Crits-Christoph P., Frank A., Daley D., Weiss, R., Chittams J., Blaine J., Luborsky L. (1998). Predictors of dropout from psychosocial treatment of cocaine dependence, *Drug and Alcohol Dependence*, 52, pp.1-13.

- Stark M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12 (1), pp.93-116.
- Stark M. J. et Campbell B. K. (1988). Personality, drug use, and early attrition from substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14 (4), pp.475-485.
- St-Yves M., Proulx J. et McKibben A. (1994). Questionnaire informatisé sur les délinquants sexuels. Document inédit, Service Correctionnel du Canada.
- White J. M., Winn K. I., Young W. (1998). Predictors of attrition from an outpatient chemical dependency program, *Substance Abuse*, 19 (2), pp.49-59.
- Wickizer T., Maynard C., Atherly A., Frederick M. (1994). Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington state, *American Journal of Public Health*, 84 (2), pp.215-221.
- Wierzbicki M. et Pekarik G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout, *Professionnal psychology : Research and Practice*, 24, pp.190-195
- Wormith S.J., Olver M. E. (2002). Offender treatment attrition and its relationship with risk, responsivity, and recedivism, *Criminal Justice and Behavior*, 29 (4), pp.447-471.