

2m11. 2949.9

Université de Montréal

L'évaluation des composantes d'un traitement cognitif-comportemental
comme prédicteurs de la récidive chez un échantillon d'agresseurs sexuels

par
Jo-Ann Wilkins

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

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

Décembre, 2001

© Jo-Ann Wilkins, 2001



BF
22
U54
2002
v.027

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'évaluation des composantes d'un traitement cognitif-comportemental
comme prédicteurs de la récidive chez un échantillon d'agresseurs sexuels

présenté par :

Jo-Ann Wilkins

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Luc Granger, président-rapporteur

Joanne-Lucine Rouleau, directrice de recherche

Michel Sabourin, membre du jury

Mémoire accepté le : 20 février 2002

SOMMAIRE

Cette étude a pour but d'évaluer l'efficacité d'un traitement cognitif-comportemental pour agresseurs sexuels, dispensé en communauté, et d'examiner si la réussite des composantes du traitement, portant sur le contrôle des intérêts sexuels déviants, peut avoir un impact sur le risque de récidive. Soixante-quatre agresseurs sexuels, ayant suivi un traitement cognitif-comportemental en communauté, furent comparés à cinquante-quatre sujets du groupe témoin. Les deux groupes se divisaient en trois sous-catégories: les pédophiles homosexuels ou hétérosexuels et les agresseurs de femme(s) adulte(s). Les données, concernant la récidive, furent obtenues à l'aide des systèmes de gestion des détenus aux niveaux provincial et fédéral. Le risque de récidive fut analysé à l'aide de la stratégie de régression pour risques proportionnels de Cox.

Les résultats suggèrent que le traitement pour agresseurs sexuels du Centre d'étude et de recherche de l'Université de Montréal (CERUM) abaisse le risque de récidive sexuelle et non-sexuelle violente. Toutefois, cette relation ne s'observe pas dans le cas de la récidive non-sexuelle non-violente. Seule l'âge semble prédire le risque de récidive sexuelle. De plus, la réussite des composantes, visant la réduction des intérêts sexuels déviants, exerce un impact sur le risque de récidive sexuelle et non-sexuelle violente. Finalement, les résultats de l'étude ont permis de démontrer que l'intérêt sexuel post-traitement prédit le risque de récidive sexuelle pour les agresseur(s) de femme(s). Cette relation ne s'observe pas pour les pédophiles homosexuels et hétérosexuels. Des avenues de recherche sont proposées.

Mots clés : récidive, cognitif-comportemental, traitement, communautaire, agresseurs sexuels, intérêt sexuel déviant, composantes, pédophiles, violeurs, régression Cox.

ABSTRACT

The efficacy of a cognitive-behavioral community treatment program was evaluated. Success in the components pertaining to deviant sexual arousal were examined to determine whether they could predict the risk of recidivism. Sixty-four treated sexual offenders were compared to 54 controls. The two groups were divided into three types of sexual offenders : homosexual pedophiles, heterosexual pedophiles, and rapists. Provincial and federal prisoner databases were consulted to gather recidivism data. Recidivism data were analyzed using the Cox regression model based on the concept of proportional hazard function.

Results suggest that the cognitive-behavioral treatment program administered at the Centre d'études et de recherche de l'Université de Montréal (CERUM) can effectively reduce the risk of sexual recidivism and non-sexual violent recidivism. However, this could not be observed in the case of non-sexual non-violent recidivism. Only age could predict the risk of sexual recidivism. Furthermore, having succeeded in the treatment components that dealt with deviant sexual arousal reduced the risk of sexual and non-sexual non-violent recidivism. Finally, results suggest that post-treatment sexual arousal predicts the risk of sexual recidivism for rapists. However, this could not be observed in homosexual and heterosexual pedophiles. Results are discussed and research avenues are explored.

Key words: recidivism, cognitive-behavioral, community, sexual offenders, deviant sexual arousal, treatment components, pedophiles, rapists, Cox regression.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	iii
ABSTRACT.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	ix
DÉDICACE.....	x
REMERCIEMENTS.....	xi
INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE THÉORIQUE.....	2
Traitements de type cognitif-béavioral.....	2
La récidive.....	3
Études individuelles.....	3
Recensions des écrits et méta-analyses.....	6
Composantes visant la réduction des intérêts sexuels déviants.....	8
La pléthysmographie pénienne et la mesure des intérêts sexuels déviants.....	10
Les intérêts sexuels déviants comme prédictors de la récidive.....	12
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	14
HYPOTHÈSES.....	16
MÉTHODOLOGIE.....	17
Participants.....	17
Déroulement de la recherche.....	18
Description du programme.....	19
Définition de la récidive.....	23

Période à risque précédant l'apparition de la récidive.....	23
Matériel.....	24
Traitement statistique.....	26
Déontologie.....	26
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	28
La récidive.....	28
Composantes du traitement.....	34
Indices de déviance.....	41
DISCUSSION.....	47
CONCLUSION.....	57
RÉFÉRENCES.....	60
ANNEXE I.....	69

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Répartition des sujets par groupes.....	17
Tableau II	Comparaisons univariées des deux groupes au niveau des variables catégorielles.....	29
Tableau III	Comparaisons univariées des deux groupes au niveau des variables continues.....	30
Tableau IV	Sommaire des résultats des analyses, portant sur les facteurs associés au délai de récidive chez trois types d'agresseur, dans le cas de trois types de délit (analyse de régression, selon le modèle de Cox).....	31
Tableau V	Sommaire des résultats des analyses portant, sur les facteurs associés au délai avant récidive dans le cas de trois types de récidive. Analyse incluant le degré d'atteinte des objectifs.....	37
Tableau VI	Résultats de l'analyse de variance, portant sur l'évolution de l'indice de déviance en fonction du traitement suivi ou non.....	41
Tableau VII	Évolution pré/post-traitement de l'indice de déviance, selon le type de délinquant et la présence/absence d'un traitement (moyennes et écarts- types).....	42

Tableau VIII	Résultats de l'analyse de variance, portant sur l'évolution de l'indice de déviance en fonction du traitement (suivi ou non) et du type d'agresseur.....	43
Tableau IX	Résultats des comparaisons pairées entre les trois groupes d'agresseurs au niveau des indices de déviance pré-traitement et post-traitement.....	44
Tableau X	Sommaire des résultats des analyses, portant sur les facteurs associés au risque de récurrence chez trois types d'agresseur dans le cas de trois types de récurrence (analyse de régression, selon le modèle de Cox).....	46

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Courbe de survie selon le modèle de Cox pour la récurrence sexuelle selon le groupe d'appartenance.....	32
Figure 2	Courbe de survie selon le modèle de Cox pour la récurrence non-sexuelle violente selon le groupe d'appartenance.....	33
Figure 3	Courbe de survie selon le modèle de Cox pour la récurrence non-sexuelle non-violente selon le groupe d'appartenance.....	34
Figure 4	Courbe de survie selon le modèle de Cox pour la récurrence sexuelle selon le degré de réussite du traitement.....	38
Figure 5	Courbe de survie selon le modèle de Cox pour la récurrence non-sexuelle violente selon le degré de réussite du traitement.....	39
Figure 6	Courbe de survie selon le modèle de Cox pour la récurrence non-sexuelle non-violente selon le degré de réussite du traitement.....	40

DÉDICACE

Je désire dédier ce mémoire à mes parents, Yolande et Norman Wilkins. La réalisation de cet ouvrage n'aurait pu être possible sans leur encouragement, leur support et leur très grande compréhension. Ils constituent ma plus grande source d'inspiration.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche, le Dr. Joanne-Lucine Rouleau, pour ses nombreux conseils et son encouragement dans cette entreprise de longue haleine. Je remercie également M. Marc-André Généreux d'avoir accepté de partager certains de ses résultats permettant la réalisation de cette étude. Permettez-moi de souligner l'assistance de M. Marc Dumont (M.Ps.) au traitement statistique des données. Je ne saurais passer sous silence l'importante participation du Service Correctionnel du Canada. Je tiens aussi à souligner l'aide de Mad. Marie-Lou Sauvé (M.Sc.), qui a eu la patience de m'assister lors de la collecte des données. Je tiens à la remercier pour sa grande disponibilité et ses conseils précieux. Finalement, je suis redevable à mes parents pour leur support inconditionnel, ainsi qu'à mon copain dont la présence constante a soutenu ma recherche de son encouragement.

L'évaluation des composantes d'un traitement cognitif-comportemental comme prédicteurs de la récidive chez un échantillon d'agresseurs sexuels

L'agression sexuelle est de plus en plus reconnue comme étant un problème social de grande envergure. Il est estimé que plus d'une fille sur cinq et d'un garçon sur sept seront victimes d'agression sexuelle avant l'âge de dix-huit ans (Finkelhor & Dziuba-Leathermann, 1994) et que 20% des femmes seront victimes d'un viol (Furby, Weinrott & Blackshaw, 1989). Encore plus désolant est le fait que le taux d'agressions sexuelles continue de croître et représente environ 25% des peines fédérales canadiennes (Motiuk & Belcourt, 1996). Néanmoins, ces chiffres représentent une sous-estimation du nombre réel des délinquants sexuels, puisque plusieurs ne sont jamais condamnés pour leurs crimes (Motiuk & Belcourt, 1996) et de multiples agressions ne sont jamais rapportées officiellement (Furby, Weinrott & Blackshaw, 1989).

Face à ce problème, nous avons vu apparaître, au cours des dernières décennies, une abondance de traitements institutionnels et communautaires, visant à intervenir auprès des délinquants sexuels. Nous retrouvons notamment des traitements de types social, physiologique et psycho-dynamique. Toutefois, l'orientation cognitive-comportementale est le type de traitement le plus favorisé (Earls & Quinsey, 1985), puisqu'il procure les meilleurs résultats au niveau de la diminution du risque de récidive sexuelle (Gordon & Porporino, 1990). En fait, certains auteurs affirment que l'approche cognitive-comportementale, lorsque accompagnée d'un volet prévention de la rechute, est le plus efficace des traitements contemporains pour délinquants sexuels (Freeman-Longo & Knopp, 1992, dans: Blanchette, 1996).

Malheureusement, il est reconnu qu'une certaine proportion d'agresseurs sexuels récidive après avoir terminé un programme de traitement (Hanson et al., 1993; Broadhurst & Maller, 1992; Looman et al., 2000). Il devient donc important d'évaluer l'efficacité de ce type de traitement et de déterminer les facteurs pouvant prédire le risque de récidive.

CONTEXTE THÉORIQUE

Traitements de type cognitif-béavioral

Les traitements de type cognitif-béavioral visent principalement le contrôle des comportements sexuels déviants et agressifs. Ils visent aussi à augmenter des comportements plus appropriés. Ce type de traitement comporte trois cibles majeures. La première est l'amélioration de la connaissance de la problématique sexuelle et se fait par le biais de la restructuration cognitive (Abel et al., 1985) et par la prévention de la rechute (Abel et al., 1985; Abel et al., 1978; Nelson et al., 1989). La deuxième cible vise l'adaptation sociale du patient et se fait par l'affirmation de soi, la gestion de la colère et l'éducation sexuelle (Marshall, 1971). Finalement, une des cibles majeures de ce type de traitement est la modification des intérêts sexuels déviants à l'aide de diverses stratégies thérapeutiques, soit la sensibilisation voilée (Abel, Becker, Cuning-Rathner, Rouleau, Kaplan, & Reich, 1984), la thérapie olfactive (Laws, Meyer & Holmen, 1978), la thérapie électrique (Marshall, 1973) et la satiété masturbatoire (Marshall, 1979).

Un nombre important d'études, visant à évaluer l'efficacité des traitements de type cognitif-béavioral furent réalisées au cours des dernières années. À notre avis, la

récidive semble être la mesure la plus utile pour évaluer l'efficacité d'un traitement pour agresseurs sexuels.

La récidive

La récidive se définit généralement en termes du nombre de crimes sexuels commis, suivant le complètement d'un traitement. Toutefois, les écrits scientifiques la définissent par le fait de commettre un crime de nature violente contre la personne ou encore, celui de commettre un crime non-sexuel. De plus, des définitions plus étroites ne tiennent compte que des condamnations officielles dans le calcul des taux officiels de récidive, tandis que d'autres prennent en considération les suspensions et révocations de la libération conditionnelle, des nouvelles mises en accusation ou condamnations, ainsi que du retour en prison pour d'autres motifs (Blanchette, 1996). Ainsi, puisque la diversité des définitions dans la littérature est importante, il devient difficile d'évaluer la récidive. Par conséquent, les résultats des études, réalisées dans le domaine, concordent rarement, ce qui rend ardue l'interprétation des études sur la récidive (Blanchette, 1996).

Études individuelles

Plusieurs études individuelles sur la récidive furent réalisées au cours des dernières décennies. Toutefois, la majorité de ces études eut lieu en milieu carcéral (Pithers & Cummins, 1989; Gordon & Porporino, 1990; Miner, Marques, Day & Nelson, 1990; Rice, Quinsey & Harris, 1991; Hanson, Steffy & Gauthier, 1993; Motiuk & Brown, 1996; Martin, 1998; Looman, Abracen & Nicholaichuk, 2000; Sauvé, 2000) et très peu en milieu communautaire (Marshall & Barbaree, 1988; Florida Department of Health and Rehabilitative Services, cité dans: Furby et al., 1989; Maletzky, 1991; Aldridge, 1999). Toutefois, certains s'entendent pour dire qu'il est plus bénéfique pour les agresseurs

sexuels d'être traités en communauté, puisqu'ils peuvent profiter des ressources supplémentaires offertes à l'orientation professionnelle et au traitement de la toxicomanie (Stewart, 1991). Pour être retenus dans la section suivante, les études devaient être de nature cognitive-béaviorale et le traitement devait être dispensé en communauté.

Marshall et Barbaree (1988) ont évalué 68 agresseurs d'enfant(s) ayant participé à un programme de traitement de type cognitif-béavioral en communauté, ainsi que 58 agresseurs non-traités. Le groupe contrôle se composait de sujets ne pouvant participer au programme de traitement parce qu'ils habitaient trop loin ou qu'ils avaient décidé de ne pas y participer. Les auteurs ont rapporté des taux de récurrence sexuelle de 13.2% pour le groupe traité et de 34.5% pour le groupe contrôle.

Des résultats contradictoires furent obtenus par le *Florida Department of Health and Rehabilitative Services*, publiés en 1984 (cités dans: Furby et al., 1989). Cette étude a comparé le taux de récurrence sexuelle de sujets traités à celui de sujets placés sur une liste d'attente. Les résultats de cette étude montrent un taux de récurrence de 13.6% pour le groupe traité et de 5% pour le groupe comparatif. Il est toutefois important de noter ici que la moyenne de la durée du suivi pour les deux groupes différait considérablement. Le groupe de traitement avait une moyenne de durée de suivi de 30 mois, tandis que celle du groupe de contrôle était de 8.4 mois, ce qui peut expliquer les résultats. Or, le groupe de traitement a eu plus de temps pour récidiver que le groupe témoin. D'ailleurs, il est reconnu que plus la période de suivi est longue, plus le risque de récurrence augmente (Furby et al., 1989).

Une étude, ayant un suivi s'échelonnant de un à quatorze ans, réalisée par Maletzky (1991), rapporte des résultats plutôt encourageants. Parmi les 1 719 pédophiles

hétérosexuels traités en milieu communautaire, seulement 12.7% ont récidivé durant la période de suivi et, parmi les 513 pédophiles homosexuels, 13.6% récidivèrent. Cette étude présente des résultats optimistes au niveau de l'efficacité des traitements de nature cognitive-béaviorale, mais ne compte malheureusement pas de groupe de contrôle.

Une étude, qui ne traitait pas de la récidive comme telle mais plutôt des caractéristiques des individus abandonnant le traitement, mérite ici d'être mentionnée (Miner et Dwyer, 1995). L'étude portait sur un programme du traitement, dispensé en communauté, et comportait un groupe traité et un groupe contrôle non-traité. Selon les résultats, quatre individus du groupe traité ont récidivé sexuellement contre cinq du groupe non-traité, ce qui présente une différence non-significative. Par contre, les cinq individus du groupe contrôle, ayant récidivé, ont commis au total quinze crimes sexuels contre quatre pour le groupe traité. Ainsi, les résultats indiquent que les individus, abandonnant le traitement, risquent plus de récidiver que ceux qui le terminent. Or, selon Sauvé (2000), cette étude est importante, puisqu'elle démontre qu'il importe d'analyser plus en détail les résultats, afin de comprendre la récidive chez les agresseurs.

Finally, une étude d'Aldridge (1999) a examiné l'efficacité d'un traitement cognitif-béavioral chez quarante-deux agresseurs sexuels ayant suivi un traitement en communauté. Les résultats tendent à démontrer que trois des sujets ont récidivé sexuellement durant la période de suivi, s'échelonnant de huit mois à huit ans. Le taux de récidive était de 7.1%. Toutefois, cette étude ne comportait pas de groupe de contrôle.

Comme mentionné plus haut, on compte un grand nombre d'études dans la littérature sur la récidive sans qu'il existe toutefois un consensus quant à l'efficacité des traitements de type cognitif-béavioral. Or, quelques auteurs ont tenté de voir si, en

regroupant ces études par le biais de recensions des écrits et de méta-analyses, il était possible de savoir si les traitements de type cognitif-comportemental sont efficaces pour réduire la récidive.

Recensions des écrits et méta-analyses

Furby, Weinrott et Blackshaw (1989) furent parmi les premiers à recenser exhaustivement la littérature sur la récidive des agresseurs sexuels. Les auteurs ont rapporté que l'ensemble des études, menées sur le traitement des agresseurs sexuels, n'arrivait pas à prouver que le traitement était efficace pour contrevenir à la récidive. Ils ont affirmé que les études, prouvant le contraire, manifestaient plusieurs lacunes méthodologiques, rendant ainsi leurs résultats difficilement interprétables. De plus, ils n'ont pu démontrer que le traitement était plus efficace pour certains groupes d'agresseurs sexuels ou même que le traitement était efficace pour réduire la récidive. Ainsi, ils argumentent qu'aucune preuve ne permet d'affirmer que les traitements diminuent efficacement la récidive sexuelle chez ce type d'agresseur.

Toutefois, Marshall et Pithers (1994) ont formulé plusieurs critiques à l'égard des conclusions de Furby et al. (1989). Les auteurs critiquèrent notamment le fait que seulement quinze des cinquante-cinq études, retenues par Furby et al., ont été publiées après 1978 et plusieurs des programmes, mentionnés dans leur revue n'étaient plus en fonction au moment de la publication de leur article. Ils ajoutèrent également le fait qu'au moins dix études rapportées impliquaient des populations se chevauchant, produisant ainsi la répétition des mêmes données. Une autre critique, formulée à l'égard de l'article de Furby et ses collaborateurs (1989), est que ces auteurs se soient basés principalement sur des études européennes. En fait, 98% des études, comportant un

groupe contrôle, furent réalisées en Europe (Schwartz, 1992). Ceci soulève la question, à savoir si ces résultats s'appliquent à une population nord-américaine. Bref, la recension de Furby et al. (1989), bien qu'elle soit de grande ampleur, comportait des limites importantes.

Quinsey et al. (1993) furent parmi les premiers à suggérer qu'une méta-analyse serait la meilleure manière d'évaluer l'efficacité des traitements des agresseurs sexuels. En effet, la méta-analyse est une méthode statistique de choix, permettant d'identifier l'efficacité d'un traitement, lorsque le nombre des données est insuffisant dans la littérature (Barbaree, 1997) ou qu'une grande hétérogénéité existe au niveau des résultats, comme c'est le cas pour la récurrence chez les agresseurs sexuels. Ainsi, Hall (1995) réalisa la première méta-analyse dans le domaine, regroupant douze études et ayant au total 1 313 sujets. Cette étude présente des résultats plus optimistes, en ce qui a trait au traitement des agresseurs sexuels, que celle de Furby et al. (1989). En fait, l'auteur de l'étude rapporte une grandeur d'effet (*effect size*) de $r = 0.12$. Le taux de récurrence sexuelle des agresseurs, ayant bénéficié d'un traitement, est de 19%, tandis que ceux n'en ayant pas bénéficié avaient un taux de 27%.

Dans une méta-analyse récente, concernant les prédicteurs de la récurrence chez les délinquants sexuels, le taux de récurrence sexuelle rapporté était de 13%, tandis que le taux de récurrence non-sexuelle était de 12% (Hanson & Bussières, 1998). De plus, les auteurs ont relevé un taux de récurrence générale de 36%. Selon ces derniers, un des prédicteurs de la récurrence sexuelle est l'abandon ou la non-participation à un programme de traitement. Cette méta-analyse regroupait soixante et une études et comptait 23 393 participants.

Toutefois, une limite importante de l'étude est que celle-ci ne comportait aucun groupe contrôle.

Une recension critique, réalisée par Alexander (1999), s'est penchée sur les taux de récidive pour les individus ayant bénéficié d'un programme de traitement versus ceux n'en ayant pas bénéficié. L'auteure a examiné l'âge de l'agresseur, le lieu du traitement, la décennie du traitement et la longueur de la période de suivi. Cette recension, qui comptait soixante-dix-neuf études et qui regroupait 10 988 participants, présentait des taux de récidive sexuelle de 11% pour le groupe traité contre 18% pour le non-traité en ce qui a trait à la récidive sexuelle.

À la lumière de ces résultats, on constate que la majorité des méta-analyses et des recensions des écrits, mentionnés ci-dessus, présentent des taux de récidive sexuelle variant considérablement. Par exemple, la récidive sexuelle variait de 12% à 19% pour les groupes traités et de 12% à 27% pour les groupes contrôles. Comme le mentionne Sauvé (2000), ces études eurent recours à des définitions différentes de la récidive, à des périodes de survie de durées variantes et à des méthodologies diverses.

Les traitements de type cognitif-comportemental comportent plusieurs composantes qui visent spécifiquement la réduction des intérêts sexuels déviants. La section suivante décrit les composantes les plus utilisées.

Composantes visant la réduction des intérêts sexuels déviants

Il existe principalement quatre techniques cognitives-comportementales, visant la réduction des intérêts sexuels déviants chez les agresseurs sexuels. Il s'agit de la sensibilisation voilée, la thérapie olfactive, la thérapie électrique et la satiété masturbatoire.

La sensibilisation voilée consiste à jumeler les intérêts sexuels déviants avec des conséquences sociales déplaisantes. Plusieurs auteurs ont démontré l'efficacité de cette technique, afin de réduire les intérêts sexuels déviants (Laws, 1979; Barlow, Leitenberg & Agras, 1969). Notamment, Maletzky (1980) a observé que la technique de la sensibilisation voilée, jumelée avec la thérapie olfactive par aversion, était efficace pour diminuer l'intérêt sexuel déviant chez les pédophiles homosexuels et les exhibitionnistes.

Quant à la thérapie olfactive, elle consiste à jumeler une odeur répulsive à l'excitation sexuelle déviante. Earls & Castonguay (1989) ont démontré l'efficacité de cette technique chez un pédophile attiré par les filles et les garçons. L'excitation sexuelle déviante fut rapidement réduite, suite à l'exposition à l'ammoniaque durant la présentation de stimuli reliés aux pédophilies homosexuelle et hétérosexuelle.

Une autre stratégie thérapeutique, visant la réduction des intérêts sexuels déviants, est la thérapie électrique. Cette technique consiste à jumeler l'excitation sexuelle déviante avec un choc électrique. Quinsey, Chaplin et Carrigan (1980) ont démontré l'efficacité de cette technique chez un groupe de pédophiles incarcérés. Ils ont établi que la rétroaction biologique, combinée à la thérapie électrique était plus efficace que la rétroaction employée seule. Cette technique ayant peu été étudiée, est toutefois de moins en moins utilisée dans les programmes de traitement aujourd'hui.

Finalement, la dernière stratégie thérapeutique employée est la satiété masturbatoire. Lors de cette technique, l'individu doit d'abord se masturber en pensant à des fantasmes avec des partenaires consentants. Une fois que celui-ci a éjaculé, il doit continuer de se masturber en pensant à la partie la plus excitante d'un fantasme déviant, durant une période de cinquante minutes (Abel & Rouleau, 1990). Plusieurs auteurs ont

prouvé l'efficacité de cette technique (Van Deventer & Laws, 1978; Laws, 1985).

Notamment, Marshall et Lippens (1977) ont révélé l'efficacité de cette technique chez un violeur ayant des intérêts pour le fétichisme. Après neuf sessions de traitement, les auteurs ont observé une réduction de l'intérêt sexuel déviant de l'individu.

Plusieurs auteurs ont suggéré qu'il serait important de déterminer si le fait de compléter avec succès les composantes du traitement pourrait avoir un impact sur la récurrence (Martin, 1998; Sauvé, 2000). Toutefois, très peu d'auteurs se sont penchés sur la question. C'est pourquoi nous croyons qu'il serait intéressant d'évaluer si le fait d'avoir complété avec succès les composantes du traitement, visant à réduire les intérêts sexuels déviants, pourrait réduire le risque de récurrence. La mesure des intérêts sexuels déviants s'effectue via l'utilisation de la pléthysmographie pénienne.

La pléthysmographie pénienne et la mesure de l'intérêt sexuel déviant

L'évaluation de l'intérêt sexuel déviant des agresseurs sexuels se fait par l'utilisation de la pléthysmographie pénienne. Selon Blanchette (1996), la pléthysmographie pénienne fournit des renseignements précis, concernant l'excitation et les préférences sexuelles déviantes. Cette technique mesure les variations de la circonférence pénienne à l'aide d'une courroie de caoutchouc remplie de mercure. Cette courroie est placée autour du pénis de l'individu et mesure les variations péniennes, lors de la présentation de stimuli auditifs ou visuels (Zuckerman, 1971).

La pléthysmographie est utilisée pour évaluer les intérêts sexuels déviants depuis maintenant quelques décennies. Selon Zuckerman (1971), cette technique s'avère la plus spécifique des mesures physiologiques dans la détection des intérêts sexuels déviants. Toutefois, notons que certains problèmes méthodologiques s'associent à l'utilisation de la

pléthysmographie. Tout d'abord, il existe un manque de standardisation au niveau des procédures utilisées et du choix des stimuli (Farral & Card, 1988). De plus, mentionnons que les appareils utilisés dans les laboratoires de recherche ne sont pas tous équivalents en termes de qualité (Farral & Card, 1988), ce qui entraîne des problèmes dans la comparaison des études entre elles. Par conséquent, ces problèmes rendent l'interprétation des données plus ardue (Barker & Howell, 1992).

Il existe également la possibilité que les agresseurs sexuels contrôlent ou inhibent volontairement leurs érections (Laws & Holmen, 1978). Toutefois, ce problème peut être contourné en posant des questions aux sujets, concernant le contenu du matériel qu'ils écoutent, les forçant ainsi à porter attention. Par conséquent, on peut s'assurer que le sujet écoute bel et bien le contenu de ce qui lui est présenté.

Malgré les limites de la pléthysmographie pénienne, il semble que ce soit tout de même la meilleure façon de discriminer entre les types d'agresseur et de les distinguer des gens n'ayant pas de problème d'ordre sexuel (Earls & Quinsey, 1985). La pléthysmographie pénienne permet de distinguer les abuseurs d'enfants des sujets n'ayant pas de problématique sexuelle (Abel, Becker, Murphy & Flanagan, 1981) et de distinguer les violeurs des sujets n'ayant pas de problématique sexuelle (Quinsey, Chaplin & Uphold, 1984). Or, il semble que, malgré certaines limitations, cette technique s'avère être un outil de premier choix dans l'évaluation des intérêts sexuels déviants chez les agresseurs sexuels (Earls, 1992). De plus, il est reconnu que l'évaluation pléthysmographique pénienne soit un moyen efficace de prédiction du risque de récurrence chez les agresseurs qui présentent une excitation sexuelle plus déviante (Quinsey, Rice & Harris, 1995). Elle permettrait aussi de prédire le risque de récurrence sexuelle et violente

(Rice, Harris & Quinsey, 1990). Somme toute, cette technique s'avère un outil «d'importance capitale», étant donné que de nombreux programmes de traitement pour agresseurs sexuels ont, pour objectif premier, la modification des préférences sexuelles déviantes (Service correctionnel du Canada, 1995).

Récemment, certains auteurs ont commencé à proposer l'utilité de se pencher sur les facteurs évoluant dans le temps, afin d'évaluer l'efficacité des traitements et de prédire la récidive (Hanson, 1997; Barbaree, 1997). Selon Hanson (1997), nous pouvons évaluer l'efficacité d'un traitement en regardant la quantité de changements ayant lieu pour une variable, qui se produit entre le début et la fin d'un traitement. Cela nous permettrait également de voir si ces changements sont utiles à long terme pour réduire la récidive (Barbaree, 1997). Une des pistes, proposées par Hanson (1997), est la réduction des intérêts sexuels déviantes.

Les intérêts sexuels déviantes comme prédicteurs de la récidive

Un nombre limité d'études se sont penchées sur le rôle de la préférence sexuelle déviante dans la prédiction de la récidive et ces résultats sont parfois contradictoires (Quinsey et al., 1980; Quinsey & Marshall, 1983; Marshall & Barbaree, 1988; Rice et al., 1991; Aldridge, 1999). Une des premières études sur la préférence sexuelle déviante pré- et post- traitement est celle de Quinsey et al. (1980). Les auteurs de cette étude ont suivi un groupe d'agresseurs d'enfants pendant une période de vingt-neuf mois. Ils ont trouvé que l'intérêt sexuel déviant post-traitement se liait significativement à la récidive.

Marshall & Barbaree (1988) ont mené une étude sur l'évaluation à long terme d'un traitement comportemental pour un groupe d'agresseurs d'enfants. La période de suivi s'étalait de un an à onze ans. Les auteurs ont observé que, plus la période de suivi était

longue, plus le taux de récurrence augmentait. Toutefois, même avec des périodes de suivi de différentes durées, ils pouvaient quand même observer un taux de récurrence plus faible pour les sujets ayant complété le traitement. Contrairement à leurs attentes, il s'est avéré que la préférence sexuelle, qu'elle soit mesurée avant ou après le traitement, n'arrivait pas à prédire la récurrence sexuelle.

Dans une étude, réalisée par Rice et al. (1991), des résultats similaires à ceux de Marshall et Barbaree (1988) furent observés. L'étude avait une période de suivi moyenne de six ans et trois mois. Les auteurs ont conclu que les changements pré/post-traitement dans les mesures phallométriques de préférence d'âge et les données post-traitement dans les mêmes types de mesures ne prédisaient pas la récurrence sexuelle. Toutefois, contrairement à Marshall et Barbaree (1988), ils ont observé que les mesures phallométriques de la préférence d'âge pré-traitement prédisaient la récurrence sexuelle. De plus, le taux de récurrence était plus faible pour les sujets ayant reçu le traitement que pour ceux qui ne l'avaient pas reçu.

Comme les études précédentes nous permettent de le constater, la question de la prédiction de la récurrence par l'intérêt sexuel déviant est loin d'être résolue. En fait, les études sur le sujet n'arrivent toujours pas à un consensus. Dans ce cas, il serait intéressant de voir laquelle des deux évaluations permet de prédire le risque de récurrence, c'est-à-dire l'évaluation initiale de l'intérêt sexuel ou celle suivant l'achèvement du traitement.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Comme la majorité des études citées plus haut, la présente recherche a pour but d'examiner l'efficacité d'un traitement cognitif-comportemental dans la réduction du risque de récidive. L'étude tentera également de déterminer si le degré d'atteinte des objectifs des diverses composantes du traitement, visant la réduction des intérêts sexuels déviants, permet une réduction dans le risque de récidive et, finalement, s'il y a un changement dans le profil des intérêts sexuels déviants.

Toutefois, contrairement à la majorité des études mentionnées, cette étude utilise la stratégie de régression pour risques proportionnels de Cox (Tabachnick & Fidell, 1989). Cette technique a pour but d'identifier les variables, permettant une estimation du risque de récidive et constitue, de ce fait, une méthode plus raffinée que l'analyse de survie de type Kaplan-Meier, généralement utilisée pour estimer le risque de récidive (Martin, 1998; Sauvé, 2001). Le concept de « survie » correspond à une période de temps définie par une date d'origine précise et se termine par la manifestation d'un événement précis (Collett, 1994).

L'utilisation de la méthode Kaplan-Meier ou du modèle de Cox se justifie tout d'abord par le fait que le temps avant la récidive est distribué de façon asymétrique, empêchant ainsi l'usage de simples comparaisons des moyennes de temps sans récidive. De plus, ces outils d'analyse permettent d'intégrer l'information provenant des observations censurées. Les données censurées réfèrent aux individus, dont on a perdu la trace en cours de suivi (Collet, 1994) ou n'ayant pas récidivé au moment de la cueillette des données. Il est donc possible d'inclure ces données censurées pour les périodes où il

est établi que le sujet n'avait pas récidivé et d'en tenir compte, lors de l'estimation du temps avant l'apparition du comportement étudié. L'utilisation du modèle de Cox permettra donc une mesure plus précise de la récurrence. Au delà de cet avantage, le modèle de Cox permet en outre d'évaluer quels facteurs sont corrélés à un accroissement ou une diminution du risque de récurrence et de pondérer l'importance de ces facteurs en fonction de leur capacité de prédiction de ce risque. Cette importance est en fait traduite sous forme de rapports de cotes (*odds ratio*), qui reflètent le changement du risque de récurrence, lorsque le facteur de risque est présent (s'il s'agit d'un facteur dichotomique) ou lorsqu'il présente des valeurs élevées (dans le cas de variables continues).

HYPOTHÈSES

- 1- Les individus, qui ont bénéficié du programme de traitement, devraient afficher un risque de récidive inférieur aux individus du groupe n'ayant pas bénéficié du traitement.
- 2- Les individus, qui ont complété avec succès les composantes du programme de traitement visant à réduire l'intérêt sexuel déviant, devraient démontrer un risque de récidive sexuelle inférieur aux individus n'ayant pas complété avec succès les mêmes composantes ou ceux n'ayant pas bénéficié du traitement.
- 3- Les individus, qui ont bénéficié du programme de traitement, devraient démontrer un niveau de préférence sexuelle déviant post-traitement inférieur au niveau de préférence sexuelle déviant pré-traitement.
- 4- La préférence sexuelle post-traitement devrait prédire la récidive mieux que celle évaluée au pré-traitement.

MÉTHODOLOGIE

Participants

Au total, cent dix-huit délinquants sexuels francophones participèrent à l'étude et furent divisés en deux groupes: l'expérimental composé de soixante-quatre agresseurs sexuels ayant suivi un traitement cognitif-béavioral en communauté d'une durée de quarante semaines et un groupe témoin de cinquante-quatre agresseurs sexuels n'ayant pas participé au traitement. Puisque la distribution des sujets au hasard dans les groupes de traitement et de contrôle est jugée immorale pour ce type d'étude (Becker & Hunter, 1992), le groupe témoin se composait d'individus ayant refusé de participer ou ayant abandonné le programme de traitement. Les deux groupes se divisaient en trois catégories: les pédophiles d'enfants de sexe masculin; ceux de sexe féminin et les individus reconnus coupables d'agressions sexuelles sur des femmes adultes. Le Tableau I démontre la répartition des sujets de l'étude.

Tableau I

Répartition des sujets par groupes

Type de délinquants	Condition	Nombre de sujets
Pédophiles hétérosexuels	Expérimental	34/49 (69.4%)
	Témoin	15/49 (30.6%)
Pédophiles homosexuels	Expérimental	10/22 (45.5%)
	Témoin	12/22 (54.5%)
Voleurs de femme(s) adulte(s)	Expérimental	20/47 (42.6%)
	Témoin	27/47 (57.4%)

Déroulement de la recherche

Les individus des deux groupes furent évalués entre 1991 et 2000. Les participants du groupe expérimental furent évalués à deux moments. La première évaluation eut lieu avant leur admission au programme de traitement, alors qu'ils étaient encore au pénitencier. Ils ont alors subi une entrevue psychologique d'une durée d'environ trois heures dans le but de mieux connaître leur histoire sexuelle. Ils ont répondu à des questionnaires portant sur leurs intérêts sexuels, leurs cognitions et leur niveau de besoins. Également, ils furent soumis à une évaluation pléthysmographique des intérêts sexuels. Par la suite, soit à la fin de leur participation à la thérapie, ils furent réévalués.

Le groupe témoin a également subi deux évaluations pléthysmographiques à un intervalle temporel similaire au groupe expérimental, sans toutefois participer à la thérapie de groupe. Plusieurs raisons peuvent expliquer le fait qu'ils n'aient pas été retenus pour la thérapie: leur manque de motivation à suivre un programme de traitement, leur refus d'admettre une problématique de délinquance sexuelle, la trop grande sévérité de la problématique au moment de l'évaluation initiale et la référence à un éventuel programme de traitement de la délinquance sexuelle en pénitencier.

Avant l'évaluation pléthysmographique, les participants étaient informés de la procédure par le technicien. Les sujets étaient aussi renseignés sur les buts, la façon de procéder, la durée approximative de la procédure d'évaluation pléthysmographique et la façon d'installer la jauge. Ils savaient également qu'ils pourraient se faire interroger à tout moment sur le contenu du matériel qu'on leur présentait et, par conséquent, qu'ils

devaient être attentifs. Les évaluations en laboratoire étaient effectuées par des techniciens expérimentés, étant tous des candidats au doctorat en psychologie.

La séance d'évaluation commençait par une vérification du bon fonctionnement de l'équipement. Ensuite, les sujets visionnaient un vidéo érotique d'une durée de cinq minutes, choisi en fonction de leur orientation sexuelle, afin de leur permettre de s'habituer à la situation, alors que le technicien calibrait la jauge.

Les sujets ont ensuite écouté une série de bandes sonores. Trois procédures étaient possibles: d'abord, que toutes les bandes sonores soient présentées; deuxièmement, que seulement la première moitié des bandes soient présentées (bandes un à quatorze) et finalement, que seules les bandes sonores, s'adressant au sexe des victimes, soient passées. La même procédure s'appliquait aux violeurs, soit que toutes les bandes soient présentées ou que seules les bandes un à huit le soient. Il était possible que les bandes sonores des abuseurs d'enfants ne soient passées que partiellement, afin de réduire l'inconfort chez les participants. Lors de l'évaluation pléthysmographique finale, les mêmes critères que l'évaluation initiale s'appliquaient. Puisque chaque sujet devait être évalué lors d'une seule séance, il était nécessaire de réduire les temps de passation pour diminuer l'inconfort du sujet et augmenter l'efficacité de la procédure.

Description du programme

Le programme de traitement, utilisé pour l'étude est de type cognitif-comportemental. Ce programme s'échelonnait sur une période de 40 semaines à raison de deux heures par semaine et fut dispensé au CERUM. Le traitement offert se déroulait dans le contexte de la thérapie de groupe durant laquelle huit composantes d'une durée de cinq semaines furent complétées par les patients. Ceux-ci devaient faire hebdomadairement des

exercices. Les composantes se répartissaient de façon à viser trois cibles majeures. La première cible consistait à contrôler l'intérêt sexuel déviant par la voie de trois techniques: la sensibilisation voilée, la thérapie olfactive et la satiété masturbatoire.

Lors du premier volet, soit celui de la sensibilisation voilée, le sujet devait rédiger une liste des conséquences positives associées à son bon fonctionnement au sein de la société. Le patient devait enregistrer les exercices sur des cassettes audio. Au volet de la sensibilisation voilée, le patient devait enregistrer dix cassettes audio d'une durée de quinze minutes chacune, permettant ainsi au thérapeute de vérifier la qualité des exercices effectués et d'émettre des commentaires visant à améliorer ces exercices.

Au niveau de la thérapie olfactive, le patient devait associer les étapes de son cycle d'offense à une odeur d'ammoniaque (ammoniaque médicale). Ceci avait pour but de faire reconnaître rapidement une implication à ses actes. Il devait inhaler légèrement de l'ammoniaque avant de décrire verbalement les différentes sensations physiques qu'il ressentait en une trentaine de secondes. Une fois de plus, le patient devait produire une série de dix enregistrements d'une durée de huit minutes chacune.

Quant au dernier volet de la première cible, soit celui de la satiété masturbatoire, le patient devait tenter d'éteindre l'excitation sexuelle générée par des fantasmes sexuels déviants. Cette étape requérait du patient qu'il produise une série de vingt enregistrements d'une durée de soixante minutes chacune. Lors de chacun de ces enregistrements, il devait se masturber en décrivant tout d'abord un fantasme sexuel non-déviant, tout en maintenant son activité pour un maximum de dix minutes. Ensuite, il devait continuer de se masturber, tout en décrivant la partie la plus excitante de l'un de ses propres fantasmes sexuels déviants pendant cinquante secondes. Une fois que le

fantasme déviant ne produisait plus d'excitation sexuelle, on encourageait le patient à procéder à l'extinction d'un nouveau fantasme sexuel déviant.

La deuxième cible du traitement, soit l'amélioration de la connaissance de la problématique sexuelle du patient et l'augmentation de sa capacité à la contrer, était atteinte par le biais de la restructuration cognitive et la prévention de la rechute.

Le premier volet visait la restructuration cognitive. Cette étape consistait à reconnaître et changer les pensées, favorisant un passage à l'acte sexuel inapproprié.

Au deuxième volet, soit celui de la prévention de la rechute, le patient apprenait à connaître les différentes étapes situationnelles, émotionnelles, comportementales et cognitives, ayant menées à des passages à l'acte sexuel déviant. Le participant apprenait également différentes stratégies, susceptibles de l'aider à identifier rapidement son cycle de comportements déviants, et se familiarisait avec des alternatives lui permettant d'éviter le cycle de la récurrence.

La dernière cible du programme, soit l'adaptation sociale des patients, s'atteignait par l'entremise de l'entraînement à l'affirmation de soi, la gestion de la colère et par l'éducation sexuelle.

Au volet de l'affirmation de soi, le participant acquérait des habiletés de communication et apprenait à exprimer adéquatement ses émotions. Ceci était fait par le biais des jeux de rôles et des exercices d'auto-observation de sa vie quotidienne.

L'apprentissage de la gestion de la colère consistait, pour le participant, à acquérir des façons adéquates de l'exprimer et d'éviter de se laisser contrôler par son émotion. Ceci se réalisait par le biais de jeux de rôles et d'auto-observation.

Le volet de l'éducation sexuelle fournissait des informations sur la sexualité et enseignait différentes habiletés sociales, permettant de rencontrer et de sélectionner adéquatement des partenaires sexuels.

Finalement, tout dépendant si le patient avait été victime d'agression sexuelle ou non au cours de son enfance, une composante de « dévictimation » pouvait s'ajouter au traitement.

La thérapie se déroulait de façon semi-ouverte. Ceci signifie que le participant pouvait entrer dans le groupe au début de chacun des volets, à l'exception de celui de la satiété masturbatoire. Une fois que le participant s'introduisait à une des étapes de la thérapie, le thérapeute le rencontrait pour lui expliquer les règles de la participation.

La thérapie était menée par un psychologue (Ph.D.) expérimenté dans le traitement des délinquants sexuels, accompagné d'un cothérapeute (psychologue, travailleur social, sexologue) formé au traitement des délinquants sexuels.

Dans cette étude, l'indice de déviance (Harris, Rice, Quinsey, Chaplin et al., 1992), le maximum non-déviant, le maximum déviant et chacun des stimuli furent utilisés pour mesurer les changements survenant lors de l'évaluation pléthysmographique. L'indice de déviance fut calculé en soustrayant le maximum déviant du non-déviant. Ainsi, un indice de déviance négatif indiquait un profil d'intérêt sexuel déviant; par contre, un positif en indiquait un non-déviant. Le maximum non-déviant réfère à la catégorie de stimuli adultes ou de stimuli adultes avec consentement, parmi lesquels nous n'avons sélectionné que la cote z la plus élevée. La même logique s'applique pour le maximum déviant, lorsqu'il est question de stimuli de nature déviant.

Ensuite, pour chaque sujet, une cote z fut calculée pour chacun des stimuli, présentés aux participants à l'intérieur d'une même série. Conséquemment, on évitait des variations, susceptibles d'être causées par le fait de subir l'évaluation pléthysmographique à deux reprises. De plus, on évitait les différences entre les sujets, aussi susceptibles de provenir de leur variation de réactivité, si on utilisait des scores bruts (Harris, Rice, Quinsey, Chaplin et al., 1992).

Définition de la récidive

Il importe de définir ce qui sera considéré comme une récidive. Dans cette étude, la récidive fera référence à tous les crimes de nature sexuelle, non-sexuelle violente et non-sexuelle non-violente, commis par les participants et répertoriés dans les données officielles gouvernementales. Plus spécifiquement, la récidive sexuelle réfère à la condamnation pour un délit de nature sexuelle. La récidive non-sexuelle violente constitue tout crime dirigé contre la personne, sans que celui-ci soit à connotation sexuelle. Finalement, la récidive non-sexuelle non-violente désigne tous les délits non-sexuels commis uniquement envers des biens matériels (par exemple, la conduite en état d'ébriété) (Sauvé, 2000). Cette distinction entre les divers types de récidive est faite, puisque certains auteurs croient que différentes variables peuvent prédire différents types de récidive (Hanson, 1997; Hanson & Bussière, 1996).

Période à risque précédant l'apparition de la récidive

La période de risque, précédant l'apparition de la récidive, correspond au nombre de jours pendant lesquels le sujet a été susceptible de commettre une infraction. La dernière vérification de l'information, quant à la présence ou absence de récidive, est le

18 septembre 2001. La période à risque s'échelonne de mai 1991 à septembre 2000, tout dépendant de la date finale du programme de chaque sujet.

Matériel

Afin d'évaluer l'intérêt sexuel des sujets, certains segments de films érotiques, mettant en scène des adultes consentants (hétérosexuels ou homosexuels), furent utilisés. Ces segments présentaient des scènes explicites entre partenaires adultes. Ces films servaient de période de réchauffement.

Une série de douze stimuli auditifs fut utilisée, afin d'évaluer l'intérêt sexuel à l'égard du viol (Earls & Proulx, 1986). Chacun de ces douze stimuli fut réparti sous une des quatre catégories suivantes: la description neutre (par exemple, lecture d'un bulletin de nouvelles), la description de relations hétérosexuelles consentantes, la description de scènes de viol et la description de scènes d'agressions physiques sans sexualité. Chaque catégorie compte trois stimuli. Le narrateur des bandes sonores était un homme.

Finalement, une série de bandes sonores fut utilisée pour évaluer l'intérêt à l'égard des contacts sexuels avec des enfants (Barsetti, 1993). Ces bandes sonores duraient environ deux minutes chacune. Les vingt-sept stimuli comportaient dix histoires homosexuelles et dix autres hétérosexuelles. À leur tour, ces bandes se répartissaient en cinq catégories: femme adulte consentante, relation avec une fillette sans utilisation de violence, relation avec une fillette avec utilisation de contrainte physique et menace, viol d'une fillette avec violence exagérée, agression physique sans sexualité et relation incestueuse avec une fillette. Il y avait un équivalent masculin pour chacune de ces catégories. De plus, cette série de stimuli comportait deux stimuli neutres et un de

réchauffement (interaction sexuelle avec une femme adulte consentante). Dans cette série, la narration était faite par un homme.

En ce qui a trait aux calculs des indices de déviance, le plus petit dénominateur commun a été retenu, afin de conserver le plus grand nombre de sujets possible. Pour les bandes sonores de la série « abuseur d'enfant(s) », un stimulus par catégorie de sexe des victimes préférées fut conservé. Ainsi, les stimuli suivants furent maintenus: adulte (consentant), enfant (agression), enfant (viol), enfant (contrainte), enfant (sans usage de force), neutre et réchauffement. Les bandes sonores de la série « violeur de femme(s) adulte(s) » utilisent le même principe dans la conservation des données pour des fins d'analyse statistique. Or, deux stimuli par catégorie furent conservés, soit les huit premiers stimuli de la série, deux stimuli neutres, deux autres d'agression, deux de viol et deux de consentement. Le troisième stimulus de chaque série fut retiré des analyses statistiques.

Le système de gestion des détenus (SGD) fut consulté pour accéder aux données relatives à la récidive. Le SGD est le système utilisé par le Service correctionnel canadien. La consultation de ce système a permis de vérifier si les sujets avaient reçu des condamnations officielles de juridiction fédérale (sentences de deux ans et plus). Par le biais des Dossiers administratifs correctionnels (DACOR), on a pu observer si les participants avaient reçu des sentences de nature provinciale (en deçà de deux ans moins un jour).

Afin d'évaluer la réussite des composantes du traitement, visant à réduire les intérêts sexuels déviants, une échelle ordinale de 1 à 5 fut utilisée (Annexe 1). Cette

grille était complétée par les thérapeutes, ayant administré le traitement, et contresignée par un psychologue.

L'évaluation pléthysmographique fut effectuée à l'aide d'un pléthysmographe de marque Parks Electronics (modèle 270), muni d'une jauge au mercure de 20, 22, 25 ou 27 millimètres de diamètre, tout dépendant du sujet.

Traitement statistique

Des analyses univariées préliminaires, effectuées à partir de tests t pour les variables continues et des tests de chi-carré pour les variables catégorielles, ont d'abord permis d'étudier sommairement les liens entre la récidive et les facteurs s'y associant vraisemblablement. La sélection finale des variables et l'évaluation de leur degré d'association au risque de récidive ont été menées à partir de la stratégie de régression pour risques proportionnels de Cox (Tabachnick & Fidell, 1989), en utilisant, pour le choix des variables, une méthode hiérarchique pas-à-pas. La vérification du respect des postulats de linéarité des fonctions de proportionnalité des risques a été réalisée par l'examen des résiduels partiels et par évaluation graphique. Des analyses de variance (ANOVA) furent utilisées pour comparer les indices de déviance. Toutes les analyses ont été considérées comme étant significatives au seuil alpha (non corrigé) de 0.05.

Déontologie

La présente étude fut préalablement acceptée par les Comités d'Éthique du Service correctionnel du Canada et de l'Université de Montréal. Préalablement, puisque les données de cette étude proviennent de certains des sujets ayant servi lors de la recherche doctorale de Marc-André Généreux. Chaque participant a rempli un formulaire de consentement. Les participants étaient informés de la procédure d'évaluation et de

traitement avant leur début et ils étaient informés qu'ils pouvaient se retirer en tout temps. De plus, ils étaient informés que les données concernant leur progrès au sein du programme de traitement pouvait être utilisées à des fins d'études scientifiques.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Cette section présente des analyses réalisées en fonction de deux groupes, à savoir l'expérimental ayant achevé le programme de traitement (groupe complété), et le groupe témoin n'ayant pas complété la thérapie.

Avant de procéder aux analyses plus complexes, nous présentons des analyses univariées pour les variables catégorielles et continues. Cette étape permet de constater, lors d'analyses plus complexes, l'existence de différences entre les groupes et donne des indices quant aux liens suffisamment valables pour être observés.

La récidive

Des tests de type chi-carré furent effectués, afin d'évaluer l'existence de différences significatives entre les groupes au niveau des trois types de récidive et d'agresseur. Les résultats de ces analyses sont présentés au Tableau II. Il en ressort que la récidive sexuelle diffère significativement de la non-sexuelle violente. En fait, le groupe du traitement complété présente un taux de récidive sexuelle de 12.9% contre 27.1% pour le groupe témoin ($p = 0.05$). En ce qui concerne la récidive non-sexuelle violente, le groupe complété présente un taux de 7.1% et, le groupe témoin, un taux de 20.8% ($p = 0.03$). Toutefois, en ce qui concerne la récidive non-sexuelle non-violente, nous n'avons pu observer de différence significative ($p = 0.15$). Finalement, de façon formelle, il semble ne pas y avoir de différence significative entre les trois types d'agresseur sexuel ($p = 0.06$). Cependant, une simple observation permet de constater que le groupe complété se compose davantage de pédophiles hétérosexuels.

Tableau II

Comparaisons univariées des deux groupes au niveau des variables catégorielles

Variabiles	Groupe complété N (%)	Groupe témoin N (%)	Chi carré	dl	p
Récidive Sexuelle	12.9% (9)	27.1% (13)	3.7	1	0.05*
Récidive non-sexuelle violente	7.1% (5)	20.8% (10)	4.73	1	0.03*
Récidive non-sexuelle non-violente	21.4% (15)	33.3% (16)	2.06	1	0.15
Type d'agresseur			5.38	1	0.06
Pédophiles homo.	54.5% (12)	45.5% (10)			
Pédophiles hétéro.	71.4% (35)	28.6% (14)			
Voleurs de femme(s)	48.9% (23)	51.1% (24)			

* Résultats significatifs au seuil $p < 0.05$.

Ensuite, une série d'analyses univariées furent réalisées entre les groupe du traitement complété et le groupe témoin au niveau des variables continues. Des tests de type t furent administrés pour déterminer s'il y avait des différences significatives entre ces deux groupes au niveau des indices de déviance pré-traitement, post-traitement et de l'âge des sujets. Le Tableau III permet d'observer qu'aucune différence n'existe entre les deux groupes en ce qui a trait aux indices de déviance pré-traitement ($p=0.48$) et pour l'indice de déviance post-traitement ($p=0.36$), ainsi qu'au niveau de l'âge ($p=0.29$).

Tableau III

Comparaisons univariées des deux groupes au niveau des variables continues

Variables	Groupes	N	X	SD	t	dl	p
Ind. de dév. pré-traitement					-1.02	116	0.31
	Complété	70	-0.08	1.53			
	Témoin	48	0.20	1.32			
Ind. de dév. post-traitement					-1.23	116	0.22
	Complété	70	-0.19	1.62			
	Témoin	48	0.17	1.47			
Âge					1.07	116	0.29
	Complété	70	47.40	9.86			
	Témoin	48	45.40	10.28			

Suite aux analyses univariées, une série d'analyses multivariées fut réalisée à partir de la stratégie de régression pour risques proportionnels de Cox, avec utilisation de la méthode hiérarchique pas-à-pas pour la sélection des variables les plus associées au risque de récurrence (Tabachnick & Fidell, 1989). Le respect des postulats de linéarité des fonctions de proportionnalité des risques fut vérifié par le biais d'un examen des résiduels partiels. Le Tableau IV présente les résultats de ces analyses pour les trois types de récurrence. Notons que les rapports de cotes y traduisent le risque de récurrence si le traitement n'est pas suivi. Tout d'abord, nous constatons que l'âge s'avère un facteur associé à la récurrence sexuelle ($p=0.05$). Plus spécifiquement, ceci signifie que plus l'agresseur est âgé, moins il est à risque de récidiver sexuellement. La variable traitement est un autre facteur associé au délai de récurrence sexuelle ($p=0.02$). Toutefois, les autres variables, soit le type d'agresseur, l'indice de déviance pré-traitement et celui de la déviance post-traitement ne semblent pas s'associer au délai de récurrence sexuelle.

En ce qui a trait à la récurrence non-sexuelle violente, la totalité des variables ne semblent pas s'associer au délai de récurrence. L'effet traitement révèle qu'aucune différence significative n'existe entre les deux groupes ($p=0.06$). Toutefois, il est intéressant de noter que ce seuil de signification est marginalement non-significatif. Ceci laisse soupçonner la présence d'un effet. De plus, les analyses univariées, présentées au Tableau II, suggéraient une différence significative entre les deux groupes ($p=0.03$), ce qui confère du poids à l'argument de la présence d'un effet.

Finalement, en ce qui concerne la récurrence non-sexuelle non-violente, aucune variable ne se révèle significative au niveau du délai de récurrence.

Tableau IV

Sommaire des résultats des analyses, portant sur les facteurs associés au délai de récurrence chez trois types d'agresseur, dans le cas de trois genres de délit (analyse de régression selon le modèle de Cox)

Type de récurrence	Variable	Rapport de cotes	I-C 95%	p
Sexuelle	Âge	0.95	0.91 - 1.00	0.05*
	Traitement ⁽¹⁾	2.81	1.85 - 6.86	0.02*
	Type d'agresseur			0.11
	Ind. de déviance pré-tx.			0.54
	Ind. de déviance post-tx.			0.16
Non-sexuelle	Âge	0.98	0.92 - 1.04	0.51
	Traitement ⁽¹⁾	2.85	0.94 - 8.64	0.06
	Type d'agresseur			0.34
	Ind. de déviance pré-tx.			0.57
	Ind. de déviance post-tx.			0.08
Non-sx. non-violente	Âge	0.97	0.93 - 1.01	0.14
	Traitement ⁽¹⁾	1.57	0.77 - 3.23	0.21
	Type d'agresseur			0.61
	Ind. de déviance pré-tx.			0.75
	Ind. de déviance post-tx.			0.26

⁽¹⁾ Les rapports de cotes traduisent le risque de récurrence, si le traitement N'EST PAS suivi.

* Résultats significatifs au seuil $p < 0.05$.

Les trois prochaines figures illustrent les courbes de survie pour chaque type de récidive. Ces courbes révèlent le risque de récidive, tout en tenant compte des variables significatives présentées au Tableau IV. Chaque baisse dans la courbe correspond à une récidive. Dans ce type d'analyse, les résultats s'interprètent habituellement à partir du temps de survie médian, c'est-à-dire au moment où la survie cumulative atteint 50%. Or, la proportion de récidive chez les agresseurs sexuels atteint rarement cette magnitude. Dans ce cas, les résultats s'énoncent en fonction du risque de récidive à différents moments dans le temps. Cette étude choisit arbitrairement trois moments, soit un, trois et cinq ans.

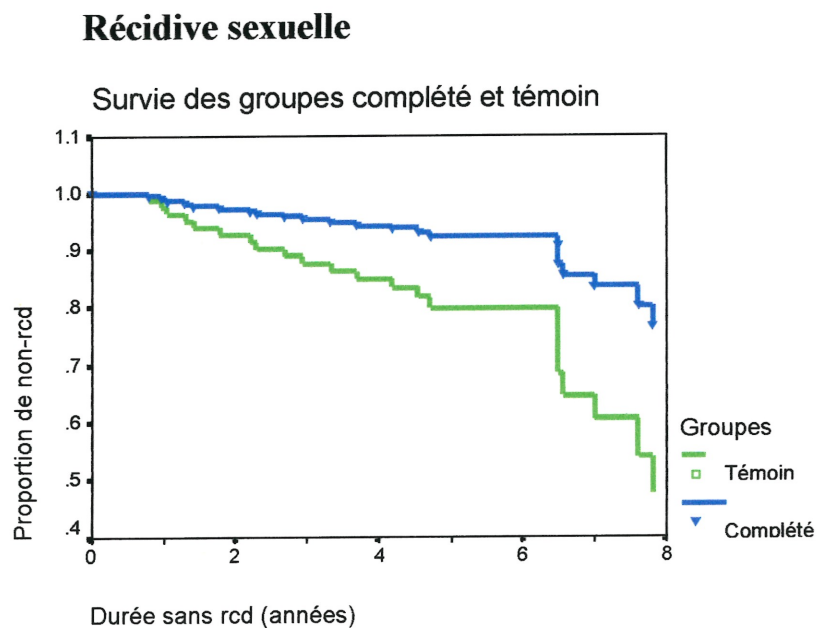


Figure 1. Courbe de survie selon le modèle de Cox pour la récidive sexuelle selon le groupe d'appartenance

Les résultats de la Figure 1 illustrent une différence significative entre les courbes du groupe complété et du groupe témoin ($p=0.02$). De façon générale, le risque diffère pour les deux groupes: à un an, le groupe complété présente un risque de récidive de 0%

et, le groupe témoin, un risque de 4%; à trois ans, le groupe complété affiche un risque de 3% et, le groupe témoin, de 17%; finalement, à cinq ans, le groupe complété présente un risque de récurrence de 5% et, le groupe témoin, de 28%.

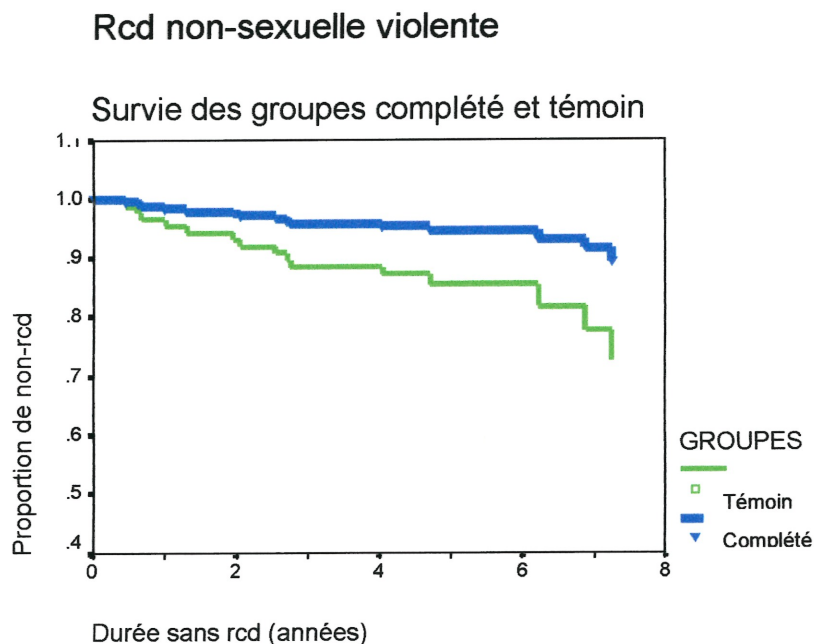


Figure 2. Courbe de survie selon le modèle de Cox pour la récurrence non-sexuelle violente selon le groupe d'appartenance

Les résultats de la Figure 2 correspondent à l'absence de différence significative entre les deux groupes ($p=0.06$). Toutefois, comme mentionné plus haut, on pourrait quand même soupçonner ici l'existence d'un effet. Nonobstant, le risque de récurrence non-sexuelle violente pour la première année demeure sensiblement le même pour les deux groupes, soit en moyenne 4%. À trois ans, le même risque est de 6% pour le groupe complété et de 13% pour le groupe témoin; à cinq ans, le premier groupe présente un risque de 3% et, le second, un risque de 18%.

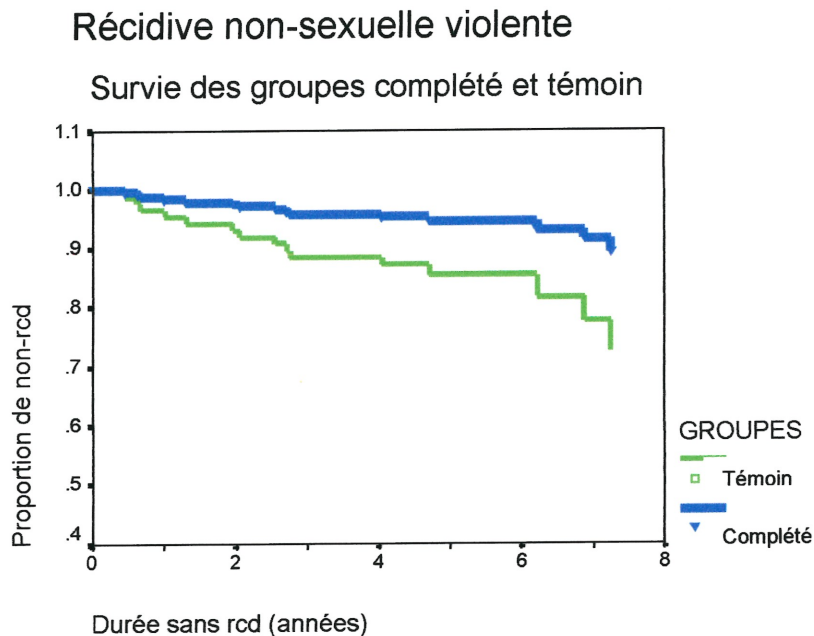


Figure 3. Courbe de survie selon le modèle de Cox pour la récidive non-sexuelle non-violente selon le groupe d'appartenance

Selon la Figure 3, les deux groupes ne diffèrent pas en ce qui concerne la récidive non-sexuelle non-violente ($p=0.21$). Ainsi, le risque de récidive non-sexuelle non-violente, durant la première année, demeure quasiment le même pour les deux groupes, soit de 4%. À trois ans, ce risque est de 16% pour le groupe complété et de 23% pour le groupe témoin. À cinq ans, il est de 16% pour le premier groupe et de 31% pour le deuxième. Toutefois, on peut constater que le risque de récidive est plus élevé pour les deux groupes à un an, trois ans et cinq ans pour ce type de récidive que les deux autres types de récidive.

Composantes du traitement

Afin de vérifier si le niveau de réussite des composantes du traitement, associées à la réduction des intérêts sexuels déviants, peut prédire le risque de récidive dans le temps, des analyses de survie selon le modèle de Cox furent réalisées. Parmi celles-ci, trois

groupes furent utilisés: 1) les sujets ayant le mieux réussi les composantes du traitement; 2) ceux les ayant moins bien réussies et 3) le groupe témoin. Afin de déterminer quels sujets avaient le mieux réussi les composantes du traitement et lesquels les avaient le moins bien réussies, une décision a dû être prise concernant le niveau de réussite. Le score maximal, qu'un sujet pouvait atteindre à l'échelle d'évaluation de la qualité de la participation, était de quinze et, le minimal, de trois. Nous avons décidé de choisir un score correspondant au 2/3 du maximum, c'est-à-dire dix. Ce choix permettait d'avoir des groupes relativement égaux, puisque 45% des sujets ont obtenu un score de neuf ou moins et, 55%, de dix ou plus. Il importe de noter que cette décision était arbitraire et que la prudence est de mise dans l'interprétation subséquente de ces résultats.

Le Tableau V présente le sommaire des résultats, portant sur les facteurs associés au délai avant récidive, tout en tenant compte de l'atteinte des objectifs du traitement. Bien que ce tableau ressemble au Tableau IV, l'on constate que le fait d'y inclure trois nouvelles variables, concernant l'atteinte des objectifs, modifie sensiblement les autres variables du modèle. C'est pourquoi le Tableau V présente la majorité des variables du Tableau IV (la variable traitement devenant toutefois ici le niveau d'atteinte des objectifs du traitement).

Tout d'abord, on peut observer que le niveau d'atteinte des objectifs ne semble pas a priori constituer un facteur associé au risque de récidive sexuelle. Le test global à propos de l'effet de cette variable est en effet non-significatif ($p=0.10$). Toutefois, lorsque l'on compare le risque à chaque niveau d'atteinte des objectifs avec celui affiché par le groupe, on note que les sujets ayant eu un degré d'atteinte de dix, et plus présentent un risque plus faible de récidive ($p=0.04$). Quant à la récidive non-sexuelle violente, la

variable atteinte des objectifs ne s'associe pas au risque de récurrence ($p=0.18$).

Finalement, en ce qui concerne la récurrence non-sexuelle non-violente, le niveau d'atteinte des objectifs est associé au risque de récurrence ($p=0.04$). À partir des comparaisons spécifiques, il est possible de constater que c'est surtout la comparaison entre ceux ayant obtenu dix et plus sur l'échelle de la réussite des composantes du traitement (sujets ayant le mieux réussi le traitement) et le groupe témoin, qui est associé à la différence de risque de récurrence ($p=0.02$).

Tableau V

Sommaire des résultats des analyses, portant sur les facteurs associés au délai avant récidive dans le cas de trois types de récidive. Analyse incluant le degré d'atteinte des objectifs du traitement

Type de récidive	Variable	Rapport de cotes	I-C 95%	p
Sexuelle	Âge	0.95	0.91 - 1.00	0.06
	Niv. atteinte obj. ⁽¹⁾			0.10
	< 10 vs témoins	1.91	0.68 - 5.33	0.21
	10 et + vs témoins	3.75	1.04 - 13.53	0.04*
	Type d'agresseur	-	-	0.10
	Ind. de dév. pré-tx.	-	-	0.54
	Ind. de dév. post-tx.	-	-	0.16
Non-sx. violente	Âge	0.98	0.92 - 1.04	0.43
	Niv. atteinte obj. ⁽¹⁾			0.18
	< 10 vs témoins	1.51	0.45 - 5.10	0.51
	10 et + vs témoins	6.96	0.87 - 55.55	0.07
	Type d'agresseur	-	-	0.38
	Ind. de dév. pré-tx.	-	-	0.63
	Ind. de dév. post-tx.	-	-	0.10
Non-sx. non-violente	Âge	0.96	0.92 - 1.01	0.11
	Niv. atteinte obj. ⁽¹⁾			0.04*
	< 10 vs témoins	0.95	0.42 - 2.13	0.90
	10 et + vs témoins	6.96	1.32 - 15.97	0.02*
	Type d'agresseur	-	-	0.84
	Ind. de dév. pré-tx.	-	-	0.68
	Ind. de dév. post-tx.	-	-	0.96

⁽¹⁾ Pour chacun des deux niveaux d'atteinte des objectifs, les rapports de cotes traduisent le risque de récidive, si le traitement N'EST PAS suivi.

* Résultats significatifs au seuil $p < 0.05$.

Les trois prochaines figures présentent les courbes de survie selon les modèles de Cox précédents (Tableau V). Les résultats sont discutés en fonction de différents moments dans le temps, soit à un, trois et cinq ans.

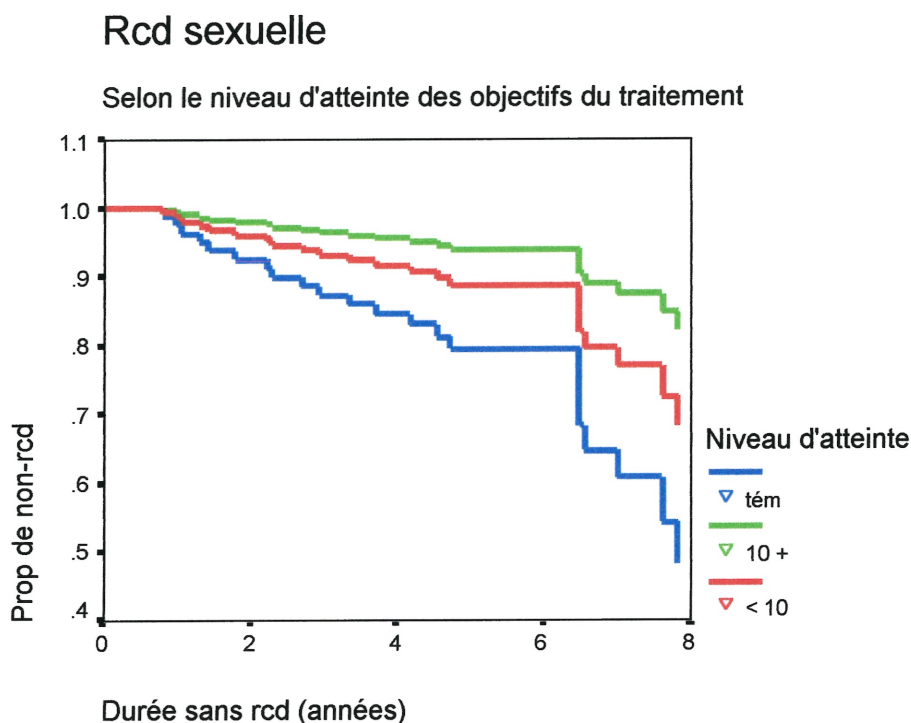


Figure 4. Courbe de survie selon le modèle de Cox pour la récurrence sexuelle selon le degré de réussite du traitement

Les résultats, présentés à la Figure 1, illustrent la différence significative entre le groupe ayant le mieux réussi les composantes du traitement (dix et plus) et le groupe témoin ($p=0.04$). Ainsi, le risque de récurrence dans le temps varie pour les deux groupes: à un an, le groupe ayant le mieux réussi présente un risque de récurrence sexuelle de 0%, tandis que le groupe témoin en affiche un de 5%; à trois ans, le risque de récurrence du premier groupe est de 4%, tandis que le groupe témoin en présente un de 12%; finalement, à cinq ans, le groupe ayant le mieux réussi présente un risque de 6% et, le témoin de 20%. Toutefois, aucune différence significative n'existe entre le groupe ayant le moins bien réussi les composantes du traitement (moins de dix) et le groupe témoin ($p=0.21$), ce qui signifie que leur risque de récurrence est sensiblement le même à travers le temps.

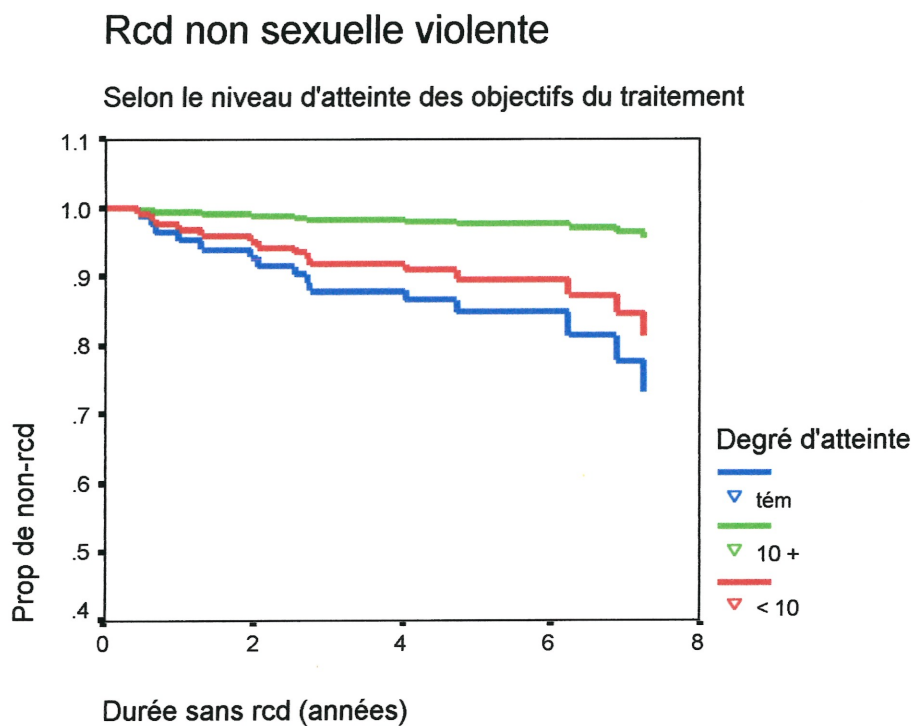


Figure 5. Courbe de survie selon le modèle de Cox pour la récurrence non-sexuelle violente selon le degré de réussite du traitement

Comme le représente la Figure 5, il n'existe pas de différence entre le groupe ayant le moins bien réussi les composantes du traitement ($p=0.51$) et le groupe témoin au niveau de la récurrence non-sexuelle violente. De plus, aucune différence entre le groupe ayant le mieux réussi les mêmes composantes (dix et plus) et le groupe témoin ($p=0.07$) ne prévaut. Ainsi, on constate que le risque de récurrence pour ces groupes reste sensiblement le même à travers le temps.

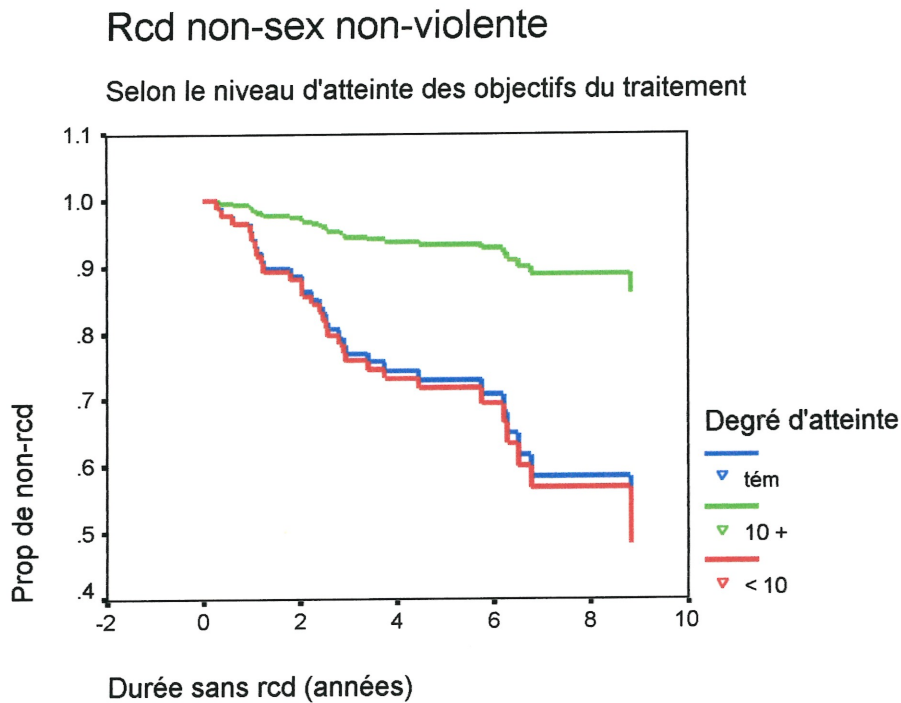


Figure 6. Courbe de survie selon le modèle de Cox pour la récurrence non-sexuelle non violente selon le degré de réussite du traitement

Les résultats, présentés à la Figure 6, permettent de constater la nette différence au niveau de la récurrence non-sexuelle non-violente entre le groupe ayant le mieux réussi le traitement (dix et plus) et le groupe témoin ($p=0.02$). Ainsi, le risque dans le temps diffère pour les deux groupes: à un, trois et cinq ans, le groupe ayant le mieux réussi les composantes du traitement présente successivement un risque de récurrence de 1%, 1% et 6%, tandis que le groupe témoin, pour les mêmes périodes, présente un risque de récurrence de 8%, 22% et 26%. Toutefois, il n'existe aucune différence entre le groupe ayant le moins réussi les composantes du traitement (dix et moins) et le groupe témoin ($p=0.90$). On constate donc que le risque de récurrence pour les deux groupes reste sensiblement le même à travers le temps.

Indices de déviance

Afin de déterminer s'il y avait une différence entre l'indice de déviance pré-traitement et post-traitement pour les deux groupes, une analyse de variance (ANOVA) 2 x 2 fut réalisée. Les facteurs, inclus dans l'analyse, étaient le changement temporel (indice de déviance pré- et post-traitement) et le traitement (groupe complété et groupe témoin). Pour les moyennes et écarts-types de l'indice de variance pré-traitement et post-traitement, le lecteur est référé au Tableau III. Le Tableau VI présente les résultats de l'analyse de variance, portant sur l'évolution de l'indice de déviance en fonction du traitement suivi ou de l'absence de traitement.

Tableau VI

Résultats de l'analyse de variance, portant sur l'évolution de l'indice de déviance en fonction du traitement suivi ou non

Effet	dl	F	p
Traitement	1, 116	1.78	0.19
Temps	1, 116	0.08	0.64
Temps x traitement	1, 116	0.08	0.78

Puisque l'analyse de variance n'a révélé aucune différence significative, une analyse secondaire fut réalisée (ANOVA de type 2 x 3 x 2), en tenant compte cette fois des trois types d'agresseur. Or, il est important de noter que les groupes d'agresseurs comportent peu de sujets et l'interprétation subséquente devra tenir compte de cette limite, qui engendre un niveau de puissance très limité. Le Tableau VII présente les moyennes et écarts-types des sous-groupes d'agresseurs, selon l'indice de déviance pré- ou post-traitement.

Tableau VII

Évolution pré/post-traitement de l'indice de déviance, selon le type de délinquant et la présence/absence d'un traitement (moyennes et écarts-types)

	Type d'agress.	Traitement	Moyenne	Écart-type	N
IDDPRE	<i>Pédo. homo.</i>	Complété	-0.29	1.57	35
		Témoin	-0.05	1.56	14
	<i>Pédo. hétéro.</i>	Complété	-0.56	1.64	12
		Témoin	0.30	1.65	10
	<i>Agress. femmes</i>	Complété	0.59	1.29	23
		Témoin	0.19	1.03	24
IDDPOST	<i>Pédo. homo.</i>	Complété	-0.53	1.59	35
		Témoin	-0.68	1.62	14
	<i>Pédo. hétéro.</i>	Complété	-0.96	1.54	12
		Témoin	0.12	1.75	10
	<i>Agress. femmes</i>	Complété	0.85	1.24	23
		Témoin	0.58	1.04	24

Au Tableau VIII, paraissent les résultats de l'analyse de variance de ces données.

On constate qu'il existe un effet principal « groupe », traduisant la présence de différences entre les trois groupes, lorsque ces derniers sont comparés en utilisant la moyenne de l'indice de déviance aux pré-traitement et post-traitement ($p=0.001$). On peut toutefois y découvrir la présence marginale d'un effet d'interaction Temps x groupe, qui suggère que des différences existent entre les trois types d'agresseur, mais que celles-ci n'ont pas la même allure aux pré- et au post-traitements.

Tableau VIII

Résultats de l'analyse de variance, portant sur l'évolution de l'indice de déviance en fonction du traitement (suivi ou non) et du type d'agresseur

Effet	dl	F	p
Temps	1, 112	0.69	0.41
Groupe	2, 112	7.52	0.01*
Traitement	1, 112	0.90	0.35
Temps x groupe	2, 112	2.78	0.06
Temps x traitement	1, 112	0.01	0.97
Groupe x traitement	2, 112	2.19	0.12
Temps x groupe x traitement	2, 112	0.39	0.67

* Résultats significatifs au seuil $p < 0.05$.

Afin de voir ce que l'effet Temps x groupe signifie, reportons-nous au Tableau IX. Ce tableau rapporte, séparément pour les indices de déviance pré- et post-traitement, les résultats de toutes les comparaisons pairées entre les trois types d'agresseur. Ces comparaisons (consécutives au calcul des effets simples du facteur groupe à chacun des deux temps de mesure) sont ajustées (méthode de Sidak) pour tenir compte du nombre élevé de comparaisons.

Tableau IX

Résultats des comparaisons pairées entre les trois groupes d'agresseurs au niveau des indices de déviance pré-traitement et post-traitement

Temps	(I)	(J)	Différence des moyennes (I - J)	Erreur standardisée	p ^(a)
IDDPRE	<i>Pédo. homo.</i>	Pédo. homo.			
		Pédo. hétéro.	-0.001	0.38	0.99
		Agress. femmes	0.004	0.31	0.20
	<i>Pédo. hétéro.</i>	Pédo. homo.	0.004	0.38	0.99
		Pédo. hétéro.			
		Agress. femmes	-0.52	0.37	0.42
	<i>Agress. femmes</i>	Pédo. homo.	0.56	0.31	0.20
		Pédo. hétéro.	0.52	0.37	0.42
		Agress. femmes			
IDDPOST	<i>Pédo. homo.</i>	Pédo. homo.			
		Pédo. hétéro.	-0.18	0.38	0.95
		Agress. femmes	-1.32	0.31	0.00*
	<i>Pédo. hétéro.</i>	Pédo. homo.	0.18	0.38	0.95
		Pédo. hétéro.			
		Agress. femmes	-1.14	0.37	0.009*
	<i>Agress. femmes</i>	Pédo. homo.	1.32	0.31	0.00*
		Pédo. hétéro.	1.37	0.37	0.009*
		Agress. femmes			

^(a) Ajustement selon la méthode de Sidak pour les multiples comparaisons.

* Résultats significatifs au seuil $p < 0.05$.

Les résultats du Tableau IX indiquent que l'indice de déviance post-traitement est plus grand (plus déviant) pour le groupe des agresseurs de femme(s) que celui des deux autres types de délinquants. Cette différence n'est toutefois pas présente au pré-traitement.

Finalement, afin de vérifier la dernière hypothèse, soit que la préférence sexuelle (mesurée par l'indice de déviance) post-traitement prédit le risque de récurrence, une analyse de régression selon le modèle de Cox fut réalisée. Les résultats de cette analyse se présentent au Tableau X. Étant donné que le Tableau IX avait révélé que l'indice de déviance post-traitement n'est pas le même pour les trois sous-groupes d'agresseurs sexuels, notamment que le groupe des agresseurs de femmes présentait un indice plus déviant, les analyses du Tableau X ont été effectuées en tenant compte des trois types d'agresseur. Une fois de plus, puisque le nombre de sujets est faible, la prudence sera de mise, lors de l'interprétation subséquente des résultats.

Les résultats, obtenus au Tableau X, indiquent que, dans le cas des pédophiles hétérosexuels, ni l'indice de déviance du pré-traitement ni celui du post-traitement n'arrivent à prédire le risque de récurrence pour les trois types de délits. En ce qui concerne les pédophiles homosexuels, il semble une fois de plus que les indices de déviance pré- et post-traitement ne réussissent pas à prédire le risque de récurrence pour les trois types de récurrence. Par contre, lorsqu'on examine le risque de récurrence pour les agresseurs de femmes adultes, on constate que l'indice de déviance post-traitement prédit le risque de récurrence au niveau sexuel ($p=0.01$).

Tableau X

Sommaire des résultats des analyses, portant sur les facteurs associés au risque de récidive chez trois types d'agresseur, dans le cas de trois types de récidive (analyse de régression selon le modèle de Cox)

Type d'agresseur	Type de récidive	Variable	Rapport de cotes	I-C 95%	p
Pédo. homo. (n= 22)	<i>Sexuelle</i>	Traitement ⁽¹⁾	1.79	0.38 - 8.33	0.46
		IDD pré-tx.			0.33
		IDD post-tx.			0.22
	<i>Non-sx. violente</i>	Traitement ⁽¹⁾	0.82	0.05 - 14.28	0.89
		IDD pré-tx.			0.32
		IDD post-tx.			0.31
	<i>Non-sx. non-violente</i>	Traitement ⁽¹⁾	0.88	0.18 - 4.55	0.88
		IDD pré-tx.			0.29
		IDD post-tx.			0.20
Pédo. hétéro. (n=49)	<i>Sexuelle</i>	Traitement ⁽¹⁾	4.17	0.63 – 25.0	0.14
		IDD pré tx.			0.94
		IDD post tx.			0.50
	<i>Non-sx. violente</i>	Traitement ⁽¹⁾	4.34	0.38 - 50.0	0.24
		IDD pré-tx.			0.62
		IDD post-tx.			0.21
	<i>Non-sx. non-violente</i>	Traitement ⁽¹⁾	0.81	0.16 - 4.00	0.79
		IDD pré-tx.			0.80
		IDD post-tx.			0.40
Agress. femmes (n=46)	<i>Sexuelle</i>	Traitement ⁽¹⁾	4.22	0.79 - 20.0	0.09
		IDD pré-tx.			0.47
		IDD post-tx.			0.01*
	<i>Non-sx. violente</i>	Traitement ⁽¹⁾	2.74	0.70 - 10.7	0.15
		IDD pré-tx.			0.89
		IDD post-tx.			0.61
	<i>Non-sx. non-violente</i>	Traitement ⁽¹⁾	2.83	0.98 - 8.17	0.06
		IDD pré-tx.			0.74
		IDD post-tx.			0.34

⁽¹⁾ Les rapports de cotes traduisent le risque de récidive, si le traitement N'EST PAS suivi.

* Résultats significatifs au seuil p < 0.05.

DISCUSSION

En résumé, deux des quatre hypothèses présentées se confirment totalement ou partiellement. Tout d'abord, la première hypothèse, reliée à la récurrence, est partiellement confirmée. Les résultats des analyses de régression, selon le modèle de Cox, démontrent que les individus, qui complètent le programme de traitement des délinquants sexuels du CERUM, présentent un risque de récurrence sexuelle inférieur à ceux qui n'achèvent pas le programme. Ainsi, on peut inférer que les individus, ne complétant pas le programme de traitement, sont plus à risque de récidiver au niveau de ce type de délit. D'ailleurs, ces résultats concordent avec les conclusions de Martin (1998), qui observe un risque de récurrence sexuelle inférieur pour le groupe ayant complété le traitement par rapport à leurs homologues non-traités.

Or, ce résultat s'explique sans doute par le fait que le programme de traitement pour délinquants sexuels du CERUM a pour objectif premier de réduire le comportement sexuel déviant. En outre, trois composantes, soit la satiété masturbatoire, la sensibilisation voilée et la thérapie olfactive, visent précisément l'atteinte de cet objectif. De plus, le traitement, dispensé au CERUM, aspire à accroître la connaissance de la problématique sexuelle du patient, tout en l'aidant à améliorer sa capacité de la résoudre. Cette visée est atteinte par le biais de la restructuration cognitive et de la prévention de la rechute. Somme toute, puisque le programme du CERUM se veut spécialisé dans le traitement des intérêts sexuels déviants, il n'est pas surprenant que le risque de récurrence sexuelle soit moins élevé pour ceux l'ayant complété que pour ceux ne l'ayant pas complété.

Toutefois, les résultats de la présente étude ne concordent pas avec ceux obtenus par Sauvé (2000). En fait, cette chercheuse n'a pas observé de différence entre le groupe ayant complété le traitement et le groupe témoin, en ce qui a trait à la récidive sexuelle. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le programme pour délinquants sexuels de La Macaza ne comporte qu'une seule composante du traitement, visant spécifiquement la modification des intérêts sexuels d vians par le traitement olfactif.

En ce qui concerne la récidive non-sexuelle violente, la présente étude permet de supposer l'existence d'un effet de traitement, quoique marginalement significatif ($p=0.06$). En fait, on observe que les sujets du groupe complété affichent un risque de récidive inférieur au groupe témoin, au niveau de la récidive non-sexuelle violente. Ce résultat concorde avec les conclusions de Sauvé (2000), qui a observé un risque moindre de récidive non-sexuelle violente chez les sujets ayant complété le traitement comparativement au groupe témoin. Ce résultat co incide également avec les conclusions de l'étude de Martin (1998), qui avait trouvé un risque de récidive général plus bas pour le groupe traité que pour leurs homologues non-traités.

Il importe de noter que la nature des délits non-sexuels violents se rapproche de celle des délits sexuels. En fait, ces deux formes de délit représentent un crime violent contre la personne. Ainsi, plusieurs des composantes, visant la réduction de l'intérêt sexuel déviant, pouvaient aussi contribuer à réduire les crimes contre la personne, puisqu'elles amenaient le sujet à se pencher sur les conséquences de ses actes auprès de ses victimes. De plus, une composante du traitement visait spécifiquement la gestion de la colère par le biais de jeux de rôles et d'auto-observation. Les sujets apprenaient les façons adéquates d'exprimer leur colère et de la gérer efficacement.

Enfin, en ce qui a trait à la récidive non-sexuelle non-violente, l'étude n'a pas décelé de différence entre les groupes ayant ou non complété le traitement, ce qui infirme partiellement l'hypothèse plus générale sur la récidive. Ceci est sans doute attribuable au fait qu'aucune composante du traitement ne visait spécifiquement la réduction de ce type de délits. Les résultats suggèrent également que les sujets des deux groupes récidivaient plus rapidement que ceux appartenant aux autres types de récidive. Or, remarquons que les délits de cette nature, par exemple, la conduite avec facultés affaiblies ou le vol, entraînent des conséquences beaucoup moins sérieuses qu'un crime contre la personne. En outre, des amendes, des sentences avec sursis ou des peines de prison légères en découlent généralement. Ainsi, il est possiblement plus facile de commettre des délits non-sexuels non-violents autant pour les sujets ayant complété le traitement que ceux ne l'ayant pas complété, puisque les conséquences sont moins importantes.

Toutefois, ce résultat ne correspond pas aux études de Sauvé (2000) et de Martin (1998), qui avaient observé une différence entre le groupe ayant complété le traitement et celui ne l'ayant pas complété au niveau du risque de récidive non-sexuelle non-violente. Selon Sauvé (2000), le programme de traitement de La Macaza comportait plusieurs composantes, dont la gestion de la colère, l'entraînement des habilités sociales, le cycle d'offense et la motivation au changement, ce qui aurait, selon elle, un impact sur ce type de récidive. Il semblerait que ce programme de traitement ait eu un impact plus significatif sur ce type de récidive que celui dispensé au CERUM.

La section des résultats, reliée à la récidive, a permis de mettre en lumière une variable associée au risque de récidive sexuelle, soit l'âge. En effet, les résultats

suggèrent que plus l'agresseur est âgé, moins celui-ci a de chances de commettre un nouveau crime de nature sexuelle. Autrement dit, plus l'agresseur est jeune, plus il a de chances de commettre un crime de nature sexuelle. Plusieurs auteurs ont démontré que ce sont les jeunes agresseurs sexuels, qui risquent le plus de récidiver (Holland, Beckett & Levi, 1981; Monahan, 1981; Hanson & Bussière, 1998). Toutefois, l'âge ne s'est pas avéré être un facteur de prédiction dans le cas des deux autres types de récidive. Par ailleurs, les autres variables, telles le type d'agresseur, les indices de déviance pré-traitement et post-traitement, ne se sont pas avérées être des prédicteurs de risque pour les trois types de récidive.

La deuxième hypothèse, soit celle concernant le lien entre l'atteinte des objectifs des composantes du traitement et la récidive, s'est vue partiellement confirmée. Tout d'abord, les résultats n'ont pas permis de conclure de façon générale que le niveau d'atteinte des objectifs s'associe au risque de récidive sexuelle. Toutefois, lorsqu'on examine les comparaisons spécifiques du risque à chaque niveau d'atteinte des objectifs avec le risque affiché par le groupe témoin, on observe que les sujets, ayant eu un degré d'atteinte de dix et plus (ceux ayant le mieux réussi le programme de traitement), présentent un risque de récidive sexuelle plus faible que le groupe témoin. Par contre, ni le niveau d'atteinte des objectifs en général ni les comparaisons spécifiques ne semblent se relier au risque de récidive non-sexuelle violente. Finalement, quant à la récidive non-sexuelle non-violente, le niveau d'atteinte des objectifs est associé au risque de récidive. De plus, les comparaisons spécifiques suggèrent que ceux qui ont obtenu dix et plus sur l'échelle de la réussite des composantes du traitement, par rapport au groupe témoin, risquent moins de récidiver. Il est donc clair que le fait de réussir les composantes du

traitement, visant la réduction des intérêts sexuels, influe sur le risque de récurrence sexuelle. Par ailleurs, il semble que ces composantes aient également un effet marqué sur le risque de récurrence non-sexuelle non-violente.

Ces résultats pourraient peut-être s'expliquer par l'existence d'un niveau de motivation plus élevé chez les sujets, ayant complété le traitement, pour réussir les composantes. En fait, Harris et ses collaborateurs (1991) ont démontré que les agresseurs, ayant le mieux participé à un programme de traitement et qui, par le fait même, l'avait le mieux réussi, risquaient moins de récidiver. Les sujets, ayant témoigné de l'agressivité lors du traitement ou qui ne s'étaient pas impliqués dans le traitement, avaient plus de chances de récidiver sexuellement. Ainsi, au niveau de la récurrence non-sexuelle non-violente, il se pourrait que le fait d'avoir bien participé au traitement et, par conséquent, de l'avoir bien réussi, pourrait expliquer les résultats.

La troisième hypothèse, soit celle sur le changement de l'indice de déviance dans le temps, fut infirmée. Dans un premier temps, nous avons réalisé les analyses en fonction des deux groupes de départ, c'est-à-dire celui ayant complété le traitement et le groupe témoin. La décision de les inclure tous deux se justifiait par le fait qu'ils comportaient un nombre important de sujets, conférant ainsi à l'analyse un niveau plus élevé de puissance statistique. Or, cette analyse n'a pas démontré la présence d'effets. En d'autres mots, nous n'avons pu déterminer s'il y avait une différence pré/post-traitement au niveau de l'indice de déviance pour les deux groupes. N'ayant pas observé d'effet, nous avons alors procédé à une analyse secondaire dans laquelle on a subdivisé les sujets selon le type de leur délit. On devra cependant retenir que le nombre de sujets dans chaque groupe était limité, ce qui amenuisait beaucoup le niveau de puissance des

analyses. Néanmoins, nous avons constaté la présence marginale ($p=0.066$) d'un effet d'interaction, soit une différence entre les groupes dans les indices de déviance mesurés après le traitement. Cette différence n'est toutefois pas présente au pré-traitement. En fait, pour le groupe des agresseurs de femmes, les résultats indiquent que l'indice de déviance post-traitement est plus grand (plus déviant) que celui des deux autres types de délinquants. Toutefois, la taille réduite, tout autant que la relative hétérogénéité des groupes sur lesquels portent ces analyses, oblige toutefois à considérer avec prudence la portée de ces résultats.

De plus, ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les sujets, composant les trois différents types de délinquant sexuel, n'ont pas tous écouté les mêmes séries de bandes sonores. Par exemple, une partie des sujets du groupe des pédophiles homosexuels et hétérosexuels ont subi tous les stimuli des « bandes sonores de la série abuseurs d'enfant(s) », c'est-à-dire deux stimuli par catégorie. Par contre, certains sujets n'ont expérimenté qu'un seul des deux stimuli. Le même phénomène s'est produit pour les violeurs, puisque plusieurs sujets ont été exposés à tous les stimuli de la bande sonore (trois stimuli par catégorie), alors que d'autres n'ont subi que deux stimuli sur trois pour chacune des catégories. Cette lacune s'explique par le fait qu'il est parfois difficile de compléter l'évaluation pléthysmographique de façon exhaustive pour des questions de gestion du temps. De plus, il est pratiquement impossible de faire revenir les sujets pour compléter la procédure une autre journée, étant donné les coûts que cela peut engendrer. Ainsi, afin de réduire la durée de l'évaluation et d'augmenter l'efficacité de la procédure, certains éléments de l'évaluation doivent être réduits. Cette limite a sûrement joué un rôle déterminant quant au manque de prédiction du risque de récidive et à l'absence de

différence entre le pré- et le post-traitement au niveau des indices de déviance. Cela pourrait également expliquer le fait que cette variable n'a pas pu prédire le risque de récidive dans le cas des trois types de récidive.

Finalement, la dernière hypothèse, soit celle concernant le rôle de l'indice de déviance dans la prédiction du risque de récidive, a été partiellement confirmée. D'abord, à partir de l'ensemble des sujets, l'analyse a révélé que l'indice de déviance n'arrivait pas à prédire le risque de récidive pour les trois types de récidive. Puisque nous avons observé un niveau de déviance plus élevé au post-traitement pour les agresseurs de femmes, les analyses furent reprises à partir des sous-groupes d'agresseurs. Encore une fois, il importe de réaliser que la puissance de cette analyse était faible et que les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population d'agresseurs sexuels. L'analyse a néanmoins démontré que l'indice de déviance post-traitement prédisait le risque de récidive sexuelle pour les agresseurs de femme(s). Ainsi, ce résultat concorde partiellement avec les conclusions de Quinsey et al. (1980), qui avait trouvé que la préférence sexuelle déviante post-traitement prédit la récidive sexuelle. Toutefois, ces auteurs n'avaient pas vérifié si cette relation s'observait chez les sous-groupes d'agresseurs (pédophiles homosexuels, pédophiles hétérosexuels et agresseurs de femme[s] adulte[s]), comme l'a fait la présente étude.

Au delà de certaines limites méthodologiques, l'étude comporte également plusieurs forces. Premièrement, très peu d'études utilisent la méthode de régression selon le modèle de Cox pour évaluer le risque de récidive. L'avantage de cette méthode, comparée à l'analyse de survie de type Kaplan-Meier, est qu'elle nous permet d'étudier le lien entre le risque de récidive et des covariables représentant des « facteurs

d'explication » du risque. Dans notre cas, nous y avons inclus les variables suivantes: l'âge, le traitement, le type d'agresseur et les indices de déviations pré- et post-traitement. Ceci a permis d'observer que l'âge et le traitement pouvaient prédire certains types de récidive.

De plus, cette étude s'est penchée sur une variable dynamique, c'est-à-dire la préférence sexuelle déviante, afin de prédire le risque de récidive. Jusqu'à présent, plusieurs variables ont été associées au risque de récidive, notamment le nombre de délits sexuels antérieurs, les victimes de sexe masculin, un score élevé à l'indice de psychopathie *Psychopathy Checklist* (Hare, 1991), le statut matrimonial, le nombre de condamnations antérieures pour des crimes contre la propriété et le nombre d'admissions dans des établissements correctionnels (Rice et al., 1991; Barbaree & Marshall, 1988). Or, très peu d'études se sont penchées sur le rôle des variables dynamiques dans la prédiction du risque de récidive.

Il importe de reconnaître que le traitement du CERUM s'effectuait sur une base quasi volontaire, puisque les patients avaient comme condition de leur libération de suivre ce programme spécialisé. Ainsi, malgré cette condition, il semble probable que plusieurs des individus, ayant terminé le programme de traitement, étaient plus motivés que d'autres à ne pas récidiver et, par le fait même, à modifier certains aspects d'eux-mêmes. Toutefois, il est vraisemblable que certains individus aient complété le programme sans avoir atteint tous les objectifs au même niveau, tout comme le mentionne Sauvé (2000). Par conséquent, un des points de force de la présente étude est qu'elle s'est penchée sur ces questions, en examinant la variable « réussite des objectifs du traitement » et son rôle dans la prédiction du risque de récidive. Ainsi, l'étude permet

de voir qu'il existe une différence marquée entre les individus, qui ont bien réussi le programme, et le groupe témoin au niveau du risque de récidive.

Il serait intéressant dans le futur de reproduire la présente étude, mais, cette fois-ci, avec un nombre de sujets plus élevé pour chaque type d'agresseur. Également, il importerait de composer des groupes plus homogènes. Plusieurs auteurs croient que la préférence sexuelle déviante est une variable importante dans la prédiction du risque de récidive et cette avenue mérite d'être approfondie.

De plus, bien que l'étude ait examiné le rôle de trois composantes du traitement, visant la réduction des intérêts sexuels déviants, l'inclusion de la totalité des composantes permettrait de constater si elles pourraient prédire le risque de récidive. Également, l'isolement de chaque composante du traitement laisserait voir laquelle prédit le risque de récidive et pour quel type de délit. Cet exercice serait particulièrement intéressant dans le cas de la récidive non-sexuelle non-violente, puisqu'il est suggéré que d'autres composantes du traitement, celles touchant la gestion de la colère, par exemple, pourraient exercer un impact sur ces deux types de récidive (Sauvé, 2000).

Enfin, il est démontré que plus le laps de temps est long entre la fin du traitement et la vérification de récidive, plus les sujets risquent de récidiver (Marshall & Barbaree, 1988). Bien que le suivi de l'étude se soit exercé sur une période allant d'un à neuf ans, il serait pertinent de réévaluer le risque de récidive dans quelques années, afin d'évaluer si celui-ci a changé avec le passage du temps.

Finalement, il s'avère crucial de reconnaître que les composantes du traitement, visant la réduction des intérêts sexuels déviants, ont un impact mesurable sur le risque de récidive sexuelle et non-sexuelle non-violente. Par conséquent, il appert que les

programmes de traitement de type cognitif-béavioral devraient centraliser leurs efforts sur ces composantes, puisqu'elles semblent affecter à la baisse le risque de récidive.

CONCLUSION

En conclusion, le programme de traitement cognitif-béavioral pour agresseurs sexuels, utilisé au CERUM, est efficace pour réduire le risque de récidive sexuelle chez un échantillon d'agresseurs. L'étude tend également à démontrer que ce programme de traitement réussit à abaisser le risque de récidive non-sexuelle violente. Toutefois, les résultats, obtenus jusqu'à maintenant, ne permettent pas d'observer une baisse dans le risque de récidive non-sexuelle non-violente.

Les données suggèrent que l'âge est un prédicteur du risque de récidive sexuelle. En fait, elles démontrent que plus l'agresseur est âgé, moins il a de chances de récidiver sexuellement. Aucune autre variable ne pouvait prédire le risque de la récidive sexuelle. Concernant la récidive non-sexuelle violente et non-sexuelle non-violente, aucune variable n'est arrivée à prédire le risque de récidive.

Au niveau des composantes du traitement, il semble que le fait d'avoir complété avec succès les composantes du traitement, visant la réduction des intérêts sexuels déviants, influe sur le risque de récidive. En fait, il semble que le fait d'avoir bien réussi les composantes réduise les risques de récidives sexuelle et non-sexuelle non-violente. Cette différence n'a pu être observée au niveau de la récidive non-sexuelle violente.

Les résultats de la présente étude démontrent que les individus des deux groupes ne se différencient pas au niveau de l'intérêt sexuel pré-traitement et post-traitement. Toutefois, lorsqu'on se penche sur les différents types d'agresseur, on observe que les agresseurs de femmes ont un niveau d'intérêt sexuel plus déviant à l'évaluation post-traitement que les deux autres types d'agresseur. Finalement, les résultats tendent à

démontrer que l'intérêt sexuel déviant post-traitement prédit le risque de récidive pour les agresseurs de femmes. Toutefois, cette relation n'a pu être observée pour les deux autres types d'agresseur. Les conclusions, concernant l'intérêt sexuel déviant, doivent être tirées avec prudence, puisque l'échantillon utilisée dans cette section était limité. Des études plus exhaustives devront être menées, afin de voir si ces relations s'observent auprès d'un échantillonnage plus considérable.

Cette étude se différencie des autres, menées jusqu'à présent, puisqu'elle utilise la stratégie de régression pour risques proportionnels de Cox, afin de déterminer le risque de récidive. Cette technique tient compte de plusieurs variables dans la prédiction du risque et constitue, de ce fait, une méthode plus raffinée que l'analyse de survie de type Kaplan-Meier ou même des « taux » généralement utilisés pour estimer le risque de récidive.

De plus, cette étude se distingue des autres recherches dans ce domaine, en examinant la variable « réussite des composantes du traitement visant la réduction des intérêts sexuels déviants ». Très peu d'études se sont penchées sur cette variable et il semble que ce soit une composante importante dans la réduction du risque de récidive. De même, plusieurs auteurs ont proposé que le changement dans l'intérêt sexuel déviant soit une variable importante dans la prédiction du risque de récidive (Hanson, 1997; Barbaree, 1997). Toutefois, peu d'auteurs ont examiné ce rapport. Dans la présente étude, un lien fut établi chez le groupe des agresseurs de femmes entre l'intérêt sexuel déviant post-traitement et le risque de récidive.

Somme toute, il appert que le traitement des agresseurs sexuels du CERUM affecte à la baisse le risque de récidive sexuelle et non-sexuelle violente. Marshall et al. (1991) ont argumenté que même une simple réduction du risque au niveau de la récidive

sexuelle est bénéfique, étant donné les nombreuses conséquences économiques et psychologiques engendrées par ce type de crime. Il est à souhaiter que la présente étude amène les chercheurs à continuer de se pencher sur l'intérêt sexuel déviant et la réussite des composantes de traitement, afin d'évaluer plus justement le risque de récidive chez les agresseurs sexuels.

RÉFÉRENCES

Abel, G.G., Becker, J.V., & Djenderedjian, A. (1978). Differentiating sexual aggressives with penile measures. Criminal Justice and Behavior, 5, 315-332.

Abel, G.G., Becker, J.V., Cunning-Rathner, J., Rouleau, J.L., Kaplan, M., & Reich, J. (1984). The treatment of child molester. Unpublished manual, Behavioral medicine laboratory, Emory University, Atlanta.

Abel, G.G., Becker, J.V., Murphy, W.D., & Flanagan, B. (1981). Identifying dangerous child molesters. In R.B. Stuart (Ed.), Violent behavior: Social learning approaches to prediction, management and treatment (pp. 116-137). New York: Brunner/Mazel.

Abel, G.G., Mittelman, M.S., & Becker, J.V. (1985). Sex offenders : Results of assessment and recommendations for treatment. In M.H. Ben-Aron, S.J. Hucker, & C.D. Webster (Eds.), Clinical Criminology : The Assesment and Treatment of Criminal Behavior (pp.191-205). Toronto : M&M Graphics.

Abel, G.G., Mittelman, M.S., Becker, J.V., Rathner, J., & Rouleau, J.L. (1988). Predicting child molesters' response to treatment. Annals of the New York Academy of Sciences, 528, 223-234.

Abel, G.G., & Rouleau, J.L. (1990). Male sex offenders. In M.E. thase, B. A. Edelstein & M. Hersen (Eds.), Handbook of outpatient treatment of adults : Non psychotic mental disorders (pp. 271-290). New York : Plenum.

Aldridge, N.C. (1999). Evaluating treatment for sex offenders :A pretest-posttest and follow-up study. Unpublished Doctoral Thesis, University of Georgia, Georgia, United States.

Alexander, M.A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 11, 101-116.

Barbaree, H. (1997). Evaluating treatment efficacy with sexual offenders : The insensitivity of recidivism studies to treatment effects. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 9, 111-128.

Barbaree, H.E., & Marshall, W.L. (1988). Deviant sexual arousal, offense history, and demographic variables as predictors of reoffense among child molesters. Behavioral Sciences and the Law, 6, 267-280.

Barker, J.G., & Howell, R.J. (1992). The plethysmograph: A review of recent literature. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 20, 13-25.

Barlow, D.H., Leitenberg, H., & Agras, W.S. (1969). Experimental control of sexual deviation through manipulation of the noxious scene in covert sensitization. Journal of Abnormal Psychology, 74, 596-601.

Barsetti, I. (1993). Une comparaison du profil de préférences sexuelles des pères incestueux, des abuseurs extra-familiaux de jeunes filles et des non abuseurs. Thèse de doctorat non-publiée, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

Becker, J.V., & Hunter, J.A. (1992). Evaluation of treatment outcome for adult perpetrators of child sexual abuse. Criminal Justice and Behavior, 19, 74-92.

Blanchette, K. (1996). Évaluation, traitement et risque de récidive des délinquants sexuels: analyse de la documentation. Division de la recherche, Service correctionnel du Canada.

Bonta, J., & Hanson, R.K. (1994). Gauging the risk for violence : Measurement, impact and strategies for change. Corrections Branch User Report, 1994-09. Ottawa : Department of the Solicitor General of Canada.

Broadhurst, R.G., & Maller, R.A. (1992). The recidivism of sex offenders in the western Australian prison population. British Journal of Criminology, 32, 54-80.

Collett, D. (1994). Modeling survival data in medical research. London: Chapman & Hall.

Earls, C.M. (1992). Clinical issues in the psychological assessment of child molesters. In W O'Donohue & J.H. Geer (Eds.), The sexual abuse of children: Vol 1. Therapy and research. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Earls, C.M., & Castonguay, L.G. (1989). The evaluation of olfactory aversion for a bisexual pedophile with a single-case multiple baseline design. Behavior Therapy, 20, 137-146.

Earls, C.M., & Quinsey, V.L. (1985). What is to be done? Future research on the assessment and behavioral treatment of sex offenders. Behavioral Sciences and the Law, 3, 377-390.

Farral, W.R., & Card, R.D. (1988). Advancements in physiological evaluation of assessment and treatment in the sexual aggressor, in R. Prentky & V. L. Quinsey (Eds.), Human sexual aggression: Current perspectives (pp. 261-273). New York: New York Academy of Sciences.

Finkelhor, D., & Dziuba-Leatherman, J. (1994). Children as victims of violence : A national Survey. Pediatrics, 94, 413-420.

- Freeman-Longo, R.E., & Knopp, H.F. (1992). State-of-the-art sex offender treatment: outcome and issues. Annals of Sex Research, *5*, 141-160.
- Furby, L., Weinrott, M.R., & Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism : A review. Psychological Bulletin, *105*, 3-30.
- Gordon, A., & Porporino, F.J. (1990). Le traitement des délinquants sexuels: L'approche du Canada. Direction de la recherche et des statistiques. Service correctionnel du Canada.
- Hall, G.C.N. (1995). Sexual offender recidivism revisited : A meta-analysis of recent treatment studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *63*, 802-809.
- Hanson, R.K. (1997). How to know what works for sexual offenders. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, *9*, 129-145.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1996). Predictors of sexual offender recidivism : A meta-analysis. User report : 1996-04, Ottawa, Solicitor General of Canada.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *66*, 348-362.
- Hanson, R.K., Steffy, R.A., & Gauthier, G. (1993). Long-term recidivism of child molesters. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *4*, 646-652.
- Hare, R.D. (1991). Manual for the Revised Psychopathy Checklist. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harris, G.T., Rice, M.E., Quinsey, V.L., Chaplin, T.C., & Earls, C.M. (1992). Maximizing the discriminant validity of phallometric assessment data. Psychological Assessment, *4*, 502-511.

Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (1991). Psychopathy and violent recidivism. Law and Human Behavior, 15, 625-637.

Holland, T.R., Beckett, G.E., & Levi, M. (1981). Intelligence, personality, and criminal violence: A multivariate analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 106-111.

Laws, D.R. (1985). Fantasy alternation : Procedural considerations. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 16, 39-44.

Laws, D.R. (1979). Treatment of bisexual pedophilia by a bio-feedback-assisted self-control procedure. Behavior Research and Therapy, 18, 207-211.

Laws, D.R., & Holmen, M.L. (1978). Sexual response faking by pedophiles. Criminal Justice and Behavior, 5, 343-356.

Laws, D.R., Meyer, J., & Holmen, M.L. (1978). Reduction of sadistic sexual arousal by olfactory aversion : A case study. Behavior Research and Therapy, 16, 281-285.

Looman, J., Abracen, J., & Nocholaichuk, T.P. (2000). Recidivism among treated sexual offenders and matched controls : Data from the Regional Treatment Center (Ontario). Journal of Interpersonal Violence, 15, 279-290.

Maletzky, B.M. (1980). Self-referred versus court-referred sexually deviant patients : Success with assisted covert sensitization. Behavior Therapy, 11, 306-314.

Maletzky, B.M. (1991). Treating the sex offender. Newbury Park, CA: Sage.

Marshall, W.L. (1971). A combined treatment method for certain sexual deviations. Behavior Research and Therapy, 9, 293-294.

Marshall, W.L. (1973). The modification of sexual fantasies : A combined treatment approach to the reduction of deviant sexual arousal. Behavior Research and Therapy, 11, 557-664.

Marshall, W.L. (1979). Satiation therapy : A procedure for reducing deviant sexual arousal. Journal of Applied Behavior Analysis, 12, 377-389.

Marshall, W.L., & Barbaree, H.E. (1988). The long-term evaluation of behavioral treatment program for child molesters. Behavior Research and Therapy, 26, 499-511.

Marshall, W.L., Barbaree, H.E., & Eccles, A. (1991). Early onset and deviant sexuality in child molesters. Journal of Interpersonal Violence, 6, 323-336.

Marshall, W.L., & Lippens, K. (1977). The clinical value of boredom : A procedure for reducing inappropriate sexual interests. The Journal of Nervous and Mental Disease, 165, 283-287.

Marshall, W.L., & Pithers, W.D. (1994). A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. Criminal Justice and Behavior, 21, 10-27.

Martin, I. (1998). Efficacité d'un programme cognitif-béavioral institutionnel pour délinquants sexuels. Thèse de doctorat non publiée, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

Miner, M.H., & Dwyer, S.M. (1995). Analysis of dropouts from outpatient sex offender treatment. Journal of Psychology and Human Sexuality, 7, 77-93.

Miner, M.H., Marques, J.K., Day, D.M., & Nelson, C. (1990). Impact of relapse prevention in treating sex offenders: preliminary findings. Annals of Sex Research, 3, 165-185.

Monahan, J. (1981). Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques. Beverly Hills, CA: Sage.

Motiuk, L.L., & Belcourt, R. (1996). Profiling the Canadian federal sex offender population. Forum on Corrections Research, 8, 3-7.

Motiuk, L.L., & Brown, S.L. (1996). Facteurs reliés à la récidive chez les délinquants sexuels sous responsabilité fédérale en liberté sous condition. Division de la recherche. Service correctionnel du Canada.

Nelson, C., Miner, M., Marques, J., Russell, K., & Achterkirchen, J. (1989). Relapse prevention : A cognitive-behavioral model for treatment of the rapist and child molester. Journal of Social Work & Human Sexuality, 7, 125-143.

Pithers, W.D., & Cumming, G.F. (1989). Can relapses be prevented? Initial outcome data from the Vermont Treatment Program for sexual aggressors. In D.R. Laws (Ed.), Relapse prevention with sex offenders (pp. 313-325). New York: Guilford.

Quinsey, V.L., Chaplin, T.C., & Carrigan, W.F. (1980). Biofeedback and signaled punishment in the modification of inappropriate sexual age preferences. Behavior Therapy, 11, 567-576.

Quinsey, V.L., Chaplin, T.C., & Uphold, D. (1984). Sexual arousal to nonsexual violence and sadomasochistic themes among rapists and non-sex offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 651-657.

Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.R., & Lalumière, M.L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. Journal of Interpersonal Violence, 8, 512-523.

Quinsey, V.L., & Marshall, W.L. (1983). Procedures for reducing inappropriate sexual arousal : An evaluation review. In J.G. Greer & I.R. Stuart (Eds.), The sexual aggressor : Current perspectives on treatment. New York : Van Nostrand Reinhold.

Quinsey, V.L., Rice, M.E., & Harris, G.T. (1995). Actuarial prediction of sexual recidivism. Journal of Interpersonal Violence, 10, 85-105.

Rice, M.E., Harris, G.T., & Quinsey, V.L. (1990). A follow-up of rapist assessed in a maximum-security psychiatric facility. Journal of Interpersonal Violence, 5, 435-448.

Rice , M.E., Quinsey, V.L., & Harris, G.T. (1991). Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 381-386.

Sauvé, M.L. (2000). La récidive et le cheminement institutionnel chez un échantillon d'agresseurs sexuels incarcérés. Thèse de maîtrise non publiée, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

Service correctionnel du Canada (1995). Délinquants sexuels et programmes au SCC. Ottawa: Auteur.

Stewart, L. (1991). Programmes de traitement communautaires pour délinquants sexuels: récentes initiatives dans la région de l'Ontario. Division de la recherche, Service correctionnel du Canada.

Schwartz. B.K. (1992). Effective treatment techniques for sex offenders. Psychiatric Annals, 22, 315-319.

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1989). Using multivariate statistics (2nd edition). New York: Harper & Row.

Van Deventer, A.D., & Laws, D.R. (1978). Orgasmic reconditioning to redirect sexual arousal in pedophiles. Behavior Therapy, 9, 748-765.

Zuckerman, M. (1971). Physiological measures of sexual arousal in the human. Psychological Bulletin, 25, 297-327.

ANNEXE I

Échelle d'évaluation de la réussite des composantes du traitement

Échelle d'évaluation de la réussite des composantes du traitement

SATIÉTÉ MASTURBATOIRE

1	participation nulle tardé à débiter cassettes mauvaises cassettes tend à nier	2	participation faible tardé à débiter cassettes cassettes moyennes fait moins que demandé	3	participation moyenne cassettes moyennes fait les cassettes au complet	4	bonne participation bonnes cassettes faites dans le temps	5	participation excellente excellentes cassettes faites rapidement aide les autres
---	--	---	---	---	--	---	---	---	---

SENSIBILISATION VOILÉE

1	participation nulle tardé à débiter cassettes mauvaises cassettes tend à nier fait moins que prévu prend trop de temps supervision constante	2	participation faible tardé à débiter cassettes cassettes moyennes fait moins que demandé	3	participation moyenne cassettes moyennes fait les cassettes au complet	4	bonne participation bonnes cassettes faites dans le temps	5	participation excellente excellentes cassettes faites rapidement aide les autres
---	--	---	---	---	--	---	---	---	---

THÉRAPIE OLFACTIVE AVERSIIVE

1	participation nulle tardé à débiter cassettes mauvaises cassettes tend à nier fait moins que prévu prend trop de temps supervision constante	2	participation faible tardé à débiter cassettes cassettes moyennes fait moins que demandé	3	participation moyenne cassettes moyennes fait les cassettes au complet	4	bonne participation bonnes cassettes faites dans le temps	5	participation excellente excellentes cassettes faites rapidement aide les autres
---	--	---	---	---	--	---	---	---	---