

Université de Montréal

Le Modèle des vies saines appliqué dans le traitement de délinquants sexuels suivis dans la
communauté

Par

Julie Lefrançois

École de Criminologie

Faculté des Arts et des Sciences

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures

En vue de l'obtention du grade de Maîtrise (M. Sc.)

En criminologie

© Julie Lefrançois, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce rapport de stage intitulé :

Le Modèle des vies saines appliqué dans le traitement de délinquants sexuels suivis dans la
communauté

Présenté par :

Julie Lefrançois

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Proulx, Directeur de stage

Daniel Thibodeau, Superviseur

Franca Cortoni, Présidente-rapporteuse

SOMMAIRE

Les programmes de traitement pour agresseurs sexuels ont connu une évolution continue en Amérique du Nord depuis le début des années 1980. Ils ont également suscité un bon nombre d'études quant à leur efficacité. À cet égard, le modèle de traitement cognitivo-comportemental est celui ayant montré avoir un plus grand impact sur le taux de récidive. Des lignes directrices quant à ce type de traitement ont été tracées, et actuellement, l'approche dominante dans le traitement des délinquants sexuels au Canada est celle du risque et des besoins d'Andrews et Bonta. Le but premier de ce modèle est d'intervenir sur les facteurs de risque dynamique associés à la récidive, c'est-à-dire les besoins criminogènes. Malgré les apports incontestables de ce modèle, certaines critiques lui ont été adressées. Le modèle des vies saines a été développé par Ward et ses collègues en réponse aux critiques adressées au modèle du risque et des besoins. Cette approche se présente à la fois comme une alternative et une approche complémentaire à celle proposée par Andrews et Bonta concernant le traitement des agresseurs sexuels. L'idée centrale du modèle des vies saines est que tous les comportements humains visent à combler un besoin fondamental et que les agresseurs sexuels n'y font pas exception. Depuis quelques années, le modèle des vies saines a pris de l'ampleur dans la littérature en délinquance sexuelle. Celui-ci constitue davantage une approche positive comparativement aux programmes actuellement offerts au Québec. L'objet du présent rapport de stage est centré sur la compréhension du processus de passage à l'acte via le modèle des vies saines, ainsi que l'application de celui-ci dans le traitement de délinquants sexuels. Des observations et des interventions auprès de trois agresseurs sexuels bénéficiant d'un suivi externe à la CETTCS, située au Centre hospitalier Robert-Giffard de Québec, ont permis d'atteindre ces objectifs. L'analyse du matériel clinique montre que le modèle des vies saines permet de comprendre d'une façon plus globale le passage à l'acte sexuel. De plus, il semble favoriser le développement d'une alliance thérapeutique et susciter chez les délinquants une motivation au traitement puisque, entre autres, ceux-ci seraient davantage satisfaits face à leur vie en général. Il apparaît donc souhaitable d'intégrer le modèle des vies saines aux programmes de traitement actuels pour délinquants sexuels.

Mots clés : délinquance sexuelle, modèle des vies saines (*Good lives model*), besoins fondamentaux, facteurs de risque, modèle du risque et des besoins.

ABSTRACT

Treatment programs for sexual offenders have continuously evolved on the North American continent since the beginning of the 80's. Consequently, numerous research studies were conducted on the matter, many of which focused on the analysis of their efficiency. In that light, the Cognitive-Behavioral Treatment Model has been demonstrated to have a greater impact on recidivism level. Guidelines were made for this type of treatment and the current dominant approach in the treatment of sexual offenders in Canada is the Risk-Need Model by Andrews and Bonta. The main purpose of their model is to act on the dynamic risk factors associated with recidivism, which are the criminogenic needs. The model was criticized, despite the positive aspects it brought. The Good Lives Model was developed by Ward and his colleagues in response to the criticisms made at the Risk-Need Model. Ward's approach was presented both as an alternative and as a complementary approach to the one proposed by Andrews and Bonta regarding the treatment of sexual offenders. The main idea behind the Good Lives Model is that all human behaviours aim towards meeting a fundamental need and that sexual offenders are no exception to that rule. For the last past years, the Good Lives Model has become increasingly present in the sexual offenders literacy. It constitutes a more positive approach in comparison to the programs that are actually offered in Québec. The present report focuses on the understanding of the process leading to sexual acting out via the Good Lives Model and focuses on the application of the model in the treatment of sexual offenders. Observations and interventions with three sexual offenders participating in an external follow-up at the CETTCS, situated at the Centre Hospitalier Robert-Giffard in Québec City, allowed us to meet our objectives. The analysis of the clinical material shows that the Good Lives Model allows a more global understanding of the sexual acting out. Furthermore, it seems to favour the development of a therapeutic bond and arouses a motivation towards the treatment since, among other things, the offenders would be more satisfied with their life in general. It appears it would be beneficial to integrate the Good Lives Model in the already existing program treatments for sexual offenders.

Key words : sexual offenders, Good Lives Model, primary goals, risk factor, Risk-Need Model.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	4
CHAPITRE I : CONTEXTE THÉORIQUE	7
1.1 LES TRAITEMENTS EN DÉLINQUANCE SEXUELLE ET LEUR EFFICACITÉ	7
1.2 LE MODÈLE DU RISQUE ET DES BESOINS (RISK-NEED MODEL)	9
1.2.1 <i>Le modèle de la prévention de la récidive</i>	13
1.2.2 <i>Critique du modèle de la prévention de la récidive</i>	16
1.2.3 <i>Critique du modèle du risque et des besoins</i>	17
1.3. MODÈLE DES VIES SAINES (GOOD LIVES MODEL)	19
1.3.1 <i>Principes généraux</i>	20
1.3.2. <i>Explication du passage à l'acte</i>	24
1.3.3 <i>Implications pour le traitement</i>	27
1.3.4 <i>Évaluation et plan de vie</i>	30
1.3.5 <i>Traitement</i>	31
1.3.6 <i>Avantages et limites du modèle de Ward</i>	32
CHAPITRE II : PRÉSENTATION DU MILIEU ET DES OBJECTIFS DE STAGE	35
2.1 LA CLINIQUE D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT SEXUEL (CETTCS)	35
2.1.1 <i>La mission</i>	35
2.1.2 <i>La clientèle</i>	35
2.1.3 <i>L'équipe</i>	36
2.1.4 <i>Les services offerts par la CETTCS de Robert-Giffard</i>	37
<i>L'évaluation</i>	37
<i>Le traitement</i>	37
2.1.5 <i>Le rôle du criminologue</i>	39
2.2 LE STAGE	41
2.2.1 <i>Superviseur de milieu et professeur responsable du stage</i>	41
2.2.2. <i>Définition du champ et des objectifs</i>	41
2.2.3 <i>Modalité de réalisation des objectifs</i>	42
2.2.4 <i>Aptitudes et habiletés acquises en situations individuelle et de groupe</i>	44
CHAPITRE III : PRÉSENTATION DU MATÉRIEL CLINIQUE	48
3.1 MONSIEUR W	48
3.1.1 <i>Histoire délictuelle</i>	48
3.1.2 <i>Histoire personnelle et sociale</i>	49
3.1.3 <i>Évaluation</i>	50
3.1.4 <i>Traitement</i>	54
3.1.5 <i>Progrès en traitement</i>	57
3.2 MONSIEUR L	58
3.2.1 <i>Histoire délictuelle</i>	59
3.2.2 <i>Histoire personnelle et sociale</i>	59
3.2.3 <i>Évaluation</i>	61
3.2.4 <i>Traitement</i>	66
3.2.5 <i>Progrès en traitement</i>	69
3.3 MONSIEUR B	71
3.3.1 <i>Histoire délictuelle</i>	71
3.3.2 <i>Histoire médicale</i>	72
3.3.3 <i>Histoire personnelle et sociale</i>	72
3.3.4 <i>Évaluation</i>	74

3.3.5 Traitement.....	79
3.3.6 Progrès en traitement.....	81
CHAPITRE IV : ANALYSE	84
4.1 MODÈLE DU RISQUE ET DES BESOINS.....	84
4.2 MODÈLE DES VIES SAINES	86
4.2.2 Explication du passage à l'acte	86
4.2.3 Implications pour le traitement.....	92
4.2.4 Apport du modèle des vies saines dans le traitement.....	94
4.2.4 Limites du modèle des vies saines relativement au traitement.....	95
CONCLUSION	97
BIBLIOGRAPHIE	101

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement Daniel Thibodeau, mon surveillant de stage sur le terrain, pour sa grande disponibilité, sa générosité, son écoute et sa compréhension. Merci particulièrement de m'avoir soutenue et d'avoir cru en moi. Grâce à son accompagnement hors pair, je ressors grandie de cette expérience tant sur le plan professionnel que personnel. J'ai eu la chance de côtoyer un excellent intervenant, un mentor, mais également un individu possédant des qualités humaines remarquables.

J'adresse également mes remerciements à toute l'équipe de la CETTCS du centre hospitalier Robert-Giffard pour son accueil chaleureux, sa disponibilité et son expertise. Mon passage parmi ses membres demeurera sans aucun doute marquant pour ma carrière.

Un grand merci à Jean Proulx, mon directeur de maîtrise, pour ses conseils, sa rigueur, son expertise ainsi que sa patience. Toutes ces qualités furent grandement appréciées tout au long de ce grand projet. Merci également d'avoir fait preuve de souplesse et de m'avoir encouragée à achever ce rapport.

Un merci tout particulier à mes parents et à mon conjoint pour m'avoir soutenue dans les moments les plus difficiles et les périodes de découragement. L'aboutissement de ce projet a inévitablement impliqué une série de sacrifices et je remercie mon entourage immédiat d'avoir fait preuve de compréhension à cet égard.

C'est donc avec beaucoup de reconnaissance et d'émotions que je remercie chaque personne ayant contribué de près ou de loin à l'accomplissement de ce projet.

INTRODUCTION

L'agression sexuelle fait aujourd'hui partie des préoccupations d'un bon nombre de professionnels et de citoyens en plus de faire régulièrement les manchettes. Le nombre d'agresseurs sexuels qui sont traduits devant les tribunaux est en hausse depuis trois décennies (Proulx et coll., 1999 ; Statistique Canada, 2005). En 2003-2004, 1722 délinquants recevaient une sanction pénale après avoir été déclarés coupables d'agression sexuelle (Statistique Canada, 2005). De ce nombre, 17 % des peines imposées étaient des emprisonnements avec sursis et près de 75 % des sentences prononcées étaient assorties d'une ordonnance de probation. Ainsi, la majorité des délinquants sexuels devait se soumettre à une surveillance dans la collectivité à un moment ou à un autre de leur sentence. L'imposition de ces mesures pénales dans la collectivité donne l'opportunité aux autorités d'offrir des traitements à ces agresseurs afin de réduire les risques qu'ils commettent de nouveau de tels délits une fois la peine expirée.

Les programmes de traitement pour agresseurs sexuels ont connu une évolution considérable en Amérique du Nord depuis le début des années 1980 (Lussier et Proulx, 2001). Ils ont également suscité un bon nombre d'études quant à leur efficacité, amenant des organismes nord-américains à tracer des lignes directrices pour les programmes de traitement offerts aux agresseurs sexuels (Association for the treatment of Sexual Abusers, 2005). La Clinique d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel du Centre hospitalier Robert-Giffard offre un programme de traitement pour délinquants sexuels à Québec (Proulx et Lafortune, 2003). Ce programme d'orientation cognitivo-comportementale poursuit principalement l'objectif de prévenir la récidive grâce à l'apprentissage de stratégies visant l'interruption du cycle de l'agression sexuelle.

Depuis quelques années, le modèle des vies saines (*good lives model*) élaboré par Ward et ses collègues (Ward, 2002; Ward et Brown, 2003; Ward et Stewart, 2003a; Ward et Stewart, 2003b) et s'adressant aux agresseurs sexuels a pris de l'ampleur dans la

littérature en délinquance sexuelle. Celui-ci adopte une approche plus positive que les autres programmes actuellement offerts au Québec. L'objet du présent rapport de stage est donc centré sur l'application du modèle des vies saines dans le traitement de délinquants sexuels bénéficiant d'un suivi dans la collectivité à la CETTCS.

Le premier chapitre de ce rapport est dédié à une recension des écrits et il y est question de l'efficacité des programmes de traitement en délinquance sexuelle, puis du modèle du risque et des besoins d'Andrews et Bonta 1998). Ensuite, nous y trouvons le cœur de notre cadre théorique, soit la présentation du modèle des vies saines. Nous discutons entre autres des principes généraux de cette approche, de son explication du délit sexuel et de ses implications dans le traitement des agresseurs sexuels.

Le deuxième chapitre est consacré à la présentation du milieu de stage, des objectifs poursuivis et des activités qui ont été réalisées. Nous y exposons notamment la mission ainsi que les services offerts à la CETTCS du Centre hospitalier Robert-Giffard. Nous poursuivons avec les objectifs d'étude et cliniques visés lors de notre stage ainsi que les modalités ayant contribué à les atteindre.

Le troisième chapitre est consacré à la présentation du matériel clinique recueilli auprès de trois délinquants sexuels participants au programme de traitement de la CETTCS et ayant bénéficié d'un suivi individuel avec nous. Le matériel clinique est présenté sous forme d'études de cas dans lesquelles nous exposons d'abord les histoires délictuelles, personnelles et sociales des délinquants. Ensuite, nous présentons une évaluation du risque ainsi qu'une évaluation selon le modèle des vies saines. Enfin, les interventions effectuées ainsi que les progrès en traitement des trois délinquants sont abordés.

Le quatrième chapitre est consacré à l'analyse du matériel clinique recueilli en relation avec notre cadre théorique. Nous y présentons également nos observations au regard des apports du modèle des vies saines dans le traitement ainsi que des limites que nous avons pu observer.

En conclusion, nous effectuons un bref rappel de notre problématique ainsi que de notre analyse, puis terminons avec quelques recommandations relativement à l'intégration du modèle des vies saines dans le programme de traitement de la CETTCS.

CHAPITRE I : CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Les traitements en délinquance sexuelle et leur efficacité

L'Amérique du Nord ainsi que l'Europe connaissent une expansion dans la mise en place de programmes de traitement en délinquance sexuelle. Les programmes de traitement cognitivo-comportementaux, de popularité croissante depuis le début des années 1980, succèdent aux programmes d'approche essentiellement comportementale (Lussier et Proulx 2001). En effet, le traitement des agresseurs sexuels a progressivement évolué de simples programmes comportementaux visant essentiellement la modification de l'intérêt sexuel déviant vers des programmes cognitivo-comportementaux plus complets et complexes visant un plus grand éventail de cibles d'interventions (Marshall, Fernandez et coll., 2003).

L'efficacité des programmes de traitement pour agresseurs sexuels fut l'objet de nombreuses études, particulièrement en ce qui a trait à l'impact sur le taux de récidive. Cependant, des difficultés reliées à l'évaluation des programmes ainsi qu'à des limites méthodologiques ont conduit à un manque de consensus quant à l'efficacité de ces programmes. Par conséquent, Quinsey et ses collaborateurs (1993) suggèrent deux voies afin de contrer ces obstacles et de vérifier l'efficacité des programmes de traitement. Il s'agit premièrement de réaliser des études qui utilisent la procédure d'assignation aléatoire des sujets à un groupe de traitement ou à un groupe témoin et, deuxièmement, de réaliser des méta-analyses. Concernant cette dernière suggestion, une revue méta-analytique fut récemment réalisée par Hanson et ses collaborateurs (2002) relativement à l'efficacité des traitements actuels pour délinquants sexuels. Les résultats de leur analyse sont similaires à ceux des méta-analyses antérieures (Alexander, 1999 ; Gallagher et coll., 1999 ; Hall, 1995 ; Marques, 1999) et montrent que le taux de récidive sexuelle est inférieur pour le groupe de traitement comparativement au groupe témoin. Une tendance similaire s'observe quant au taux de récidive générale. Les auteurs ont également observé une distinction entre les traitements plus anciens et ceux qui sont actuels, ces derniers

incluant principalement les traitements instaurés après 1980. Les résultats de ces études montraient que seuls les traitements actuels de type cognitivo-comportemental étaient associés à une réduction du taux de récidive sexuelle et générale.

Le modèle de traitement cognitivo-comportemental est celui qui a démontré un plus grand impact sur le taux de récidive (Hanson et coll., 2002). L'objectif principal de ces programmes est d'améliorer la capacité des agresseurs à gérer de façon efficace leurs propres comportements, pensées, émotions et attitudes (ATSA, 2005). Selon ce modèle, l'agression sexuelle est un comportement appris et dirigé par les attitudes, les croyances et les schèmes de pensée de l'individu (Yates, 2003). Le but du traitement est donc de modifier ces facteurs afin d'amener le délinquant à développer des croyances et des modes de pensée prosociaux ainsi que des réponses incompatibles avec le délit sexuel. Les composantes typiques d'un programme de traitement cognitivo-comportemental pour agresseurs sexuels visent les objectifs suivants (Yates, 2003 ; Yates et coll., 2000) : combler les déficits en matière d'intimité, acquérir des habiletés sociales ainsi que des compétences dans la résolution de problème, acquérir des stratégies d'adaptation adéquates, développer l'empathie, en arriver à la restructuration cognitive et au contrôle ou à la diminution des intérêts sexuels déviants.

Des organismes nord-américains ont tracé les lignes directrices des programmes de traitement cognitivo-comportementaux (Lussier et Proulx 2001). Ainsi, selon l'ATSA (Association for the treatment of sexual abusers, 2005), un programme de traitement destiné aux agresseurs sexuels devrait être basé sur l'approche cognitivo-comportementale et devrait cibler les facteurs de risque susceptibles de changer dans le temps, soit les besoins criminogènes ou facteurs de risque dynamiques (Association for the treatment of sexual abusers, 2005). Il faudrait qu'un programme de traitement inclue une variété de modalités de traitement, telles que les thérapies de groupe, familiales et individuelles. L'intensité du traitement doit être adaptée au risque que représente le délinquant sexuel ainsi qu'à ses besoins particuliers. L'ATSA recommande aussi l'utilisation de certaines méthodes de traitement dans les programmes. Ainsi, l'approche de la prévention de la récidive devrait faire partie intégrante du traitement. Le rôle des

thérapeutes serait donc d'aider le client à développer des stratégies visant à éviter les situations à risque ou à se sortir de celles-ci. Il faudrait aussi que le délinquant soit amené à établir un plan de prévention de la récidive individualisé. Il est jugé approprié que le réseau social du délinquant soit informé des éléments qui constituent le cycle délictuel de ce dernier. Ensuite, il est recommandé que la restructuration cognitive fasse partie des méthodes utilisées par les thérapeutes dans le cadre des programmes pour délinquants sexuels. Cette approche vise la modification des perceptions, des attitudes, des croyances et des valeurs qui soutiennent l'agression sexuelle et qui peuvent être présentes chez les délinquants. Également, plutôt que de viser à augmenter le sentiment de culpabilité du délinquant, le traitement devrait davantage souligner, à l'aide de matériel didactique, les conséquences pour les victimes d'agressions sexuelles. Toutefois, il est souhaitable que les thérapeutes demeurent conscients que le développement de l'empathie ne prévient pas nécessairement la récidive. Une intervention psychoéducative devrait être offerte en thérapie de groupe afin que les participants améliorent leurs habiletés sociales. Le programme aura avantage à enseigner aux délinquants la gestion adéquate de leurs émotions, particulièrement celles qui peuvent être liées au passage à l'acte délictuel. L'implication dans le traitement de la conjointe, des membres de la famille, ou de toute autre personne significative pour le client, représente également un facteur important dans la réduction du risque de récidive selon l'ATSA. En ce qui concerne le contrôle de l'excitation sexuelle, il est recommandé d'employer des techniques comportementales et/ou pharmacologiques efficaces dans la réduction des intérêts sexuels déviants et dans l'augmentation des intérêts non déviants. Enfin, un volet destiné au maintien des acquis ainsi qu'au suivi dans la collectivité devrait faire partie intégrante du programme de traitement. Les lignes directrices élaborées par le Service correctionnel du Canada (SCC, 2002) au sujet du traitement des délinquants sexuels sont similaires à celles de l'ATSA.

1.2 Le modèle du risque et des besoins (risk-need model)

Actuellement, l'approche dominante dans le traitement des délinquants sexuels au Canada est celle du risque et des besoins d'Andrews et Bonta (1998) (Ward et Stewart, 2003c). Cette perspective s'intéresse à la gestion du risque et l'objectif premier du

traitement des délinquants est de réduire la récidive plutôt que d'améliorer la qualité de vie des infracteurs. Le but de ce modèle est d'aider les agresseurs sexuels à comprendre leur dynamique de passage à l'acte et à gérer les facteurs psychologiques et situationnels qui les mettent à risque de récidive (Ward et Hudson, 2000). L'idée principale qui soutient le modèle d'Andrews et Bonta (1998) est que le meilleur moyen de diminuer le risque de récidive est de déterminer et de réduire, ou encore d'éliminer, les besoins criminogènes de l'individu. Un exemple de l'approche du risque et des besoins dans le domaine de la délinquance sexuelle est le modèle de la prévention de la récidive.

Le risque réfère à la probabilité qu'un nouveau délit soit commis, et l'évaluation du risque est le processus de détermination du potentiel (facteurs et intensité) de réalisation d'un comportement dangereux pour soi ou pour autrui (Ward, Vess et coll., 2006). Les facteurs de risque renvoient donc à des variables qui augmentent la possibilité qu'un individu adopte un comportement dangereux. Ces facteurs sont fréquemment conceptualisés en deux catégories, soit les facteurs de risque statiques et dynamiques. Les prédicteurs statiques sont des caractéristiques de l'individu qui ne peuvent pas être modifiés par une intervention, telles que les antécédents judiciaires, l'âge et les caractéristiques démographiques (Lussier et Proulx, 2001). Puisqu'on ne peut pas modifier ces facteurs, ils ne peuvent indiquer si un délinquant a changé à la suite d'un traitement et, par le fait même, si le risque est modifié. Les facteurs de risque dynamiques, quant à eux, peuvent être relativement stables dans le temps, mais il est possible qu'ils changent ou se modifient. Des exemples de facteurs dynamiques sont les préférences sexuelles déviantes, les distorsions cognitives, les déficits dans les habiletés de gestion des émotions, etc. Contrairement aux facteurs statiques, ils peuvent révéler au clinicien l'impact du traitement sur le niveau de risque de l'individu.

Le risque de récidive, tel qu'il est mesuré par les divers outils actuariels basés sur des prédicteurs statiques, fournit de l'information pertinente qui permet de guider des décisions importantes, comme la libération d'un délinquant ou son placement correctionnel, et ce, en tenant compte de la protection du public. Toutefois, le risque de récidive général ou propre à la délinquance sexuelle, en tant que tel, ne permet pas de

guider le clinicien dans le choix des composantes du traitement. Par exemple, bien qu'un facteur statique comme l'histoire criminelle permette d'évaluer le risque, il s'avère peu utile pour établir un plan de traitement, puisqu'il est impossible à modifier.

Relativement à la délinquance sexuelle, une méta-analyse réalisée par Hanson et Bussièrès (1998), regroupant près de 29 000 délinquants sexuels (pédophiles et violeurs) ayant fait l'objet d'études longitudinales, révèle que les facteurs de risque de récurrence propres à l'agression sexuelle sont les préférences sexuelles déviantes, les antécédents criminels sexuels, un trouble de la personnalité antisociale (ou psychopathie) et une fin prématurée du traitement. Quinsey, Khanna et leurs collaborateurs (1998) ont obtenu des résultats similaires. Plus récemment, une méta-analyse réalisée par Hanson et Morton-Bourgon (2004), regroupant quant à elle 95 études et plus de 31 000 délinquants sexuels, avait comme objectif de mettre à jour les résultats obtenus par Hanson et Bussièrès en 1998, en se concentrant plus spécifiquement sur les facteurs de risque dynamiques. Les résultats de cet examen (Hanson et Morton-Bourgon, 2004) permirent de confirmer que les intérêts sexuels déviant ainsi que l'orientation antisociale (par exemple, des comportements impulsifs et des violations de règles) constituent des prédicteurs importants de la récurrence chez les délinquants sexuels. Les résultats ont également permis de confirmer certains facteurs de risque dynamiques liés à la récurrence chez les délinquants sexuels, tels que les conflits dans les relations intimes, l'absence de partenaire intime, l'hostilité, les préoccupations sexuelles, l'identification émotionnelle aux enfants et une attitude tolérante envers l'agression sexuelle.

Dans le modèle d'Andrews et Bonta (1998), les besoins criminogènes sont des caractéristiques dynamiques du délinquant et des circonstances qui, lorsqu'elles sont modifiées, sont associées à une diminution du risque de récurrence. Une distinction doit ici être faite entre ces besoins et les besoins non criminogènes. Par exemple, une personnalité antisociale, des problèmes d'abus de substances psychoactives ainsi que des sentiments de colère et d'hostilité peuvent être des prédicteurs de la récurrence chez un individu et sont donc considérés comme des besoins criminogènes. Quant aux besoins non criminogènes, il s'agit des caractéristiques dynamiques du délinquant et des

circonstances qui, lorsqu'elles sont modifiées, ne sont pas associées à une diminution du risque de récidive. Des exemples de ces besoins sont une faible estime de soi, un sentiment d'anxiété et une détresse personnelle (Andrews et Bonta, 1998). Andrews et Bonta reconnaissent l'importance de ces besoins non criminogènes pour la qualité de vie du délinquant, mais soutiennent que la priorité dans le traitement doit être accordée aux besoins criminogènes étant donné l'impact que ces derniers ont sur le risque de récidive.

Les principes du risque, des besoins et de la réceptivité ont été définis comme étant les trois principes généraux d'une intervention correctionnelle efficace auprès des délinquants (Andrews, 2001; Andrews et Bonta, 2006). Le principe du *risque* réfère à deux aspects. Le premier est que le comportement criminel peut être prédit sur la base d'évaluations qui sont soutenues par des études empiriques. Le second est l'association entre le niveau de risque du délinquant et l'ampleur du traitement qu'il recevra. Ainsi, selon ce principe un individu représentant un grand risque de récidive devrait être inscrit à un programme de traitement intensif (Hollin, 1999). Inversement, un délinquant présentant un faible risque de récidive devrait être assujéti à un minimum d'interventions. Le principe de *besoin* concerne la distinction entre les besoins criminogènes et non criminogènes comme nous en avons discuté précédemment. Selon ce principe, les programmes de traitement des agresseurs sexuels devraient cibler les besoins criminogènes, soit ceux associés à une réduction du risque de récidive (Andrews et Bonta, 1998). Enfin, le principe de la *réceptivité* réfère à l'adaptation entre le type de traitement et le style d'apprentissage du délinquant, ses capacités cognitives ainsi que son niveau de motivation. Le délinquant doit en effet être capable d'absorber le contenu du programme et de modifier ses comportements en conséquence (Ward et Stewart, 2003a).

L'application du modèle du risque et des besoins a entraîné l'adoption de programmes de traitement plus efficaces et une diminution du taux de récidive (Hollin, 1999). De plus, l'émergence de ce modèle ainsi que celui de la prévention de la récidive, son corollaire, a permis de fournir un cadre théorique aux intervenants et aux autorités correctionnelles. (Ward et Stewart, 2003c.)

1.2.1 Le modèle de la prévention de la récidive

Un modèle fréquemment appliqué dans le traitement des délinquants sexuels est celui de la prévention de la récidive. Avant de décrire plus précisément en quoi il consiste, il importe d'abord de définir quel type de comportement est considéré comme une récidive. En fait, il existe plusieurs possibilités (Proulx et Lussier, 2001 ; Harris et Rice, 2007). Par exemple, la récidive peut renvoyer à une nouvelle condamnation pour le même type d'agressions sexuelles (par exemple, inceste ou viol), pour une agression sexuelle, pour un délit sexuel (exhibitionnisme versus agression sexuelle), pour un délit violent ou pour tout type d'actes criminels (délits violents ou non) (Proulx et Lussier, 2001). Il est donc important d'apporter une distinction entre une récidive générale, une récidive sexuelle et une récidive violente lorsqu'il est question d'évaluation du risque. Il existe également un manque de consensus quant au type de source à utiliser afin de mesurer la récidive. En effet, bien que la mesure la plus conservatrice soit une nouvelle condamnation figurant dans les dossiers policiers, des sources non officielles telles que l'auto-révélation d'un délinquant et des informations provenant d'une tierce personne, peuvent être utilisées. Toutefois, ces dernières données peuvent être biaisées ou non disponibles. Quant aux sources officielles, on observe un manque d'information dans l'évaluation de la récidive, puisque les sources officielles d'informations quant aux nouvelles condamnations n'incluent pas tous les comportements sexuels déviants, la majorité des agressions sexuelles n'étant pas rapportées aux autorités. À ce sujet, une estimation de Ouimet (1998) chiffre à 10 % le nombre d'agressions dénoncées à la police, dont seulement la moitié mèneront à une condamnation criminelle. Malgré ces limites, les sources officielles sur la récidive des agresseurs sexuels sont accessibles, fidèles et valides (Proulx et Lussier, 2001). Enfin, une autre difficulté pouvant être soulevée quant à la mesure de la récidive réside dans l'opérationnalisation du terme, soit dans la façon de la mesurer. De fait, différents facteurs peuvent être considérés, c'est-à-dire le renvoi en détention pour quelque raison que ce soit, y compris un manquement aux conditions; une nouvelle arrestation; une nouvelle condamnation ou la réincarcération.

Le modèle de la prévention la récidive trouve son origine dans l'intervention en

toxicomanie. Des intervenants auprès de personnes qui présentaient une dépendance aux drogues et à l'alcool observaient alors que cette clientèle rechutait fréquemment (près de 80 %) après la fin de leur traitement (Marlatt et coll., 1984). Marlatt et ses collègues (1984) avancèrent ainsi qu'il était nécessaire d'établir une approche de maintien des acquis après la fin du traitement. La version originale de la prévention de la rechute en toxicomanie a donc été conçue dans une optique de *stratégie de maintien de l'abstinence* et non en fonction du traitement en tant que tel. Le client, qui se trouvera dans des situations à risque dans son quotidien au terme de sa thérapie, doit donc demeurer vigilant et être en mesure de se contrôler afin d'éviter la récurrence. La prévention de la récurrence est possible grâce à la capacité de l'individu à reconnaître les situations à risque et à utiliser les moyens d'y faire face.

Le modèle de la prévention de la récurrence appliqué à l'agression sexuelle vise à outiller les délinquants afin qu'ils soient en mesure de reconnaître les situations à risque, qu'ils puissent les gérer de façon adaptée et, par le fait même, qu'ils arrivent à diminuer le risque de passage à l'acte. Le modèle se concentre sur les facteurs proximaux du passage à l'acte, lesquels sont décrits à l'intérieur d'une chaîne séquentielle affective-cognitive-comportementale (la chaîne délictuelle) qui aboutit à des comportements sexuels agressifs récurrents (Pithers, 1990). La prévention de la récurrence est souvent utilisée comme cadre de traitement et procure un guide pour les différents modules de la thérapie et la séquence dans laquelle ils seront présentés (Laws, Hudson et coll., 2000). Les différentes étapes de la chaîne sont associées à diverses stratégies de traitement, ce qui donne une structure claire et rationnelle au traitement. Ainsi, le traitement de la délinquance sexuelle s'appuie sur une théorie de la réhabilitation qui établit explicitement que l'objectif de la thérapie est la réduction ou la gestion du risque de récurrence. En effet, dans la prévention de la récurrence, l'accent est mis sur la réduction du risque (Ward et Marshall, 2004).

Afin d'illustrer l'application de la prévention de la récurrence, nous présenterons les différentes composantes qui peuvent composer une chaîne délictuelle (Knopp, 1984 ; Pithers, 1990 ; Pithers et coll., 1988 ; Pithers, Marques, Giat et Marlatt, 1983, cités dans

McKibben, Proulx et Lussier, 1999). Dans cette approche, l'acte sexuel n'est pas considéré comme un acte impulsif, mais plutôt comme le résultat d'une série de facteurs (événements, situations, émotions, pensées, etc.). La chaîne délictuelle comporte six étapes successives, et plus l'agresseur progresse dans celle-ci, plus il se rapproche du délit.

Le premier élément de la séquence est la présence d'une situation à risque élevé, cette dernière étant définie comme une situation qui menace la capacité de l'agresseur à maîtriser ses comportements sexuels déviants. Il peut s'agir d'une émotion négative, d'un conflit interpersonnel ou d'une pression sociale. Concrètement, cela peut consister en une situation plus anodine comme un échec à un examen ou un événement plus sérieux tel qu'un divorce ou la perte d'un emploi. C'est la perception que l'individu a de la situation ainsi que l'importance qu'il lui accorde (proportionnée ou disproportionnée) qui déterminera si elle est à haut risque pour lui. Les situations à risque élevé peuvent être précédées de décisions prises par l'agresseur qui semblent anodines de prime abord, mais qui, en réalité, le rapproche de la récidive en l'exposant à une situation à risque. L'exemple classique du choix anodin de l'individu est celui de la décision d'emprunter un nouvel itinéraire pour se rendre à un endroit, itinéraire qui l'amène à traverser un parc fréquenté par des enfants.

Ces situations à risque élevé peuvent favoriser l'intensification ou l'apparition de fantasmes sexuels déviants ou l'achat de matériel pornographique. Cette utilisation de la fantasmagorie ou de la sexualité comme moyen de gérer les émotions négatives est appelée « sexualisation des conflits ». Afin de s'adapter aux émotions négatives engendrées par les conflits psychoaffectifs, les agresseurs sexuels peuvent avoir recours à des stratégies inappropriées comme des comportements sexuels déviants (Cortoni, 1998, cité dans Lussier, Proulx et McKibben, 2001 ; McKibben, Proulx et Lusignan, 1994).

Un effet de violation de l'abstinence survient ensuite et constitue la troisième composante de la séquence. Cet effet comprend trois réactions à la violation : une dissonance cognitive entre la perception de l'agresseur comme étant guéri et la prise de conscience de la violation, son attribution de la cause de la violation de la règle d'abstinence et un

problème de gratification immédiate (PGI). Le PGI réfère à l'attention sélective de l'individu portée aux effets positifs immédiats de l'acte déviant plutôt qu'aux effets négatifs qui peuvent survenir à plus long terme. Des distorsions cognitives qui justifient le comportement déviant seront présentes chez l'individu confronté à ses fantaisies déviantes.

La quatrième étape de la chaîne délictuelle concerne la présence de distorsions cognitives justifiant l'agression sexuelle (Proulx, McKibben et Lussignan, 1996). Le cinquième élément est la planification d'une future agression ; celle-ci est souvent accompagnée de gestes masturbatoires. Enfin, le dernier élément est représenté par la récidive elle-même.

L'objectif du traitement dans le cadre de la prévention de la récidive est d'amener l'agresseur à déceler les éléments qui composent sa chaîne délictuelle, à développer sa capacité à reconnaître les situations à risque lorsqu'elles surviendront dans sa vie et à répondre de façon adéquate à ces situations.

1.2.2 Critique du modèle de la prévention de la récidive

La prévention de la récidive s'est avérée d'une très grande popularité dans le traitement des agresseurs sexuels. L'engouement qu'elle suscite trouve sans doute ses assises dans le fait qu'elle permet de structurer les programmes thérapeutiques et qu'elle est réconfortante en raison de son optimisme quant à la réduction des taux de récidive à long terme (Law, Hudson et Ward, 2000). L'intervention en prévention de la récidive amène également le délinquant à demeurer actif et vigilant relativement aux situations à risque, et ce, même après la fin du traitement, ce qui peut rassurer les intervenants.

Toutefois, la principale critique adressée à la prévention de la récidive est que son efficacité n'a pas été suffisamment démontrée empiriquement. Cette difficulté de validation pourrait découler en partie de problèmes méthodologiques, entre autres en ce qui a trait à la définition du concept de récidive et à sa mesure. Enfin, une autre critique attribuée à la prévention de la récidive est qu'elle exige une motivation de la part du client pour qu'elle puisse s'appliquer (Law, Hudson et Ward, 2000). Or, puisque la

majorité de cette clientèle est passée par le système de justice, il apparaît utopique de croire que cette caractéristique sera présente chez tous les sujets. Donc, la popularité du modèle de la prévention de la récidive est bel et bien réelle, mais la démonstration de son efficacité nécessite d'autres études.

1.2.3 Critique du modèle du risque et des besoins

Malgré les apports incontestables du modèle du risque et des besoins, certaines critiques lui ont néanmoins été adressées. Une des principales concerne la construction du modèle et la sémantique associée au terme « besoin criminogène » (Ward et Stewart, 2003a). Principalement, Ward et Stewart soulèvent l'ambiguïté des termes « facteurs de risque » et « besoin » si l'on s'en tient à la terminologie usuelle de ce dernier mot. Enfin, Ward et Stewart (2003a) reprochent aux auteurs du modèle du risque et des besoins d'accorder deux sens au terme « besoin » et ils soutiennent que cela engendre des ambiguïtés quant à leurs contributions possibles au processus de réadaptation. En effet, il y a les besoins instrumentaux et les besoins de base, ou catégoriques. D'une part, les besoins instrumentaux réfèrent à ceux qui permettent d'atteindre un but ou une finalité. Par exemple, un individu peut avoir le besoin de maîtriser sa rage afin de pouvoir entretenir une relation intime avec une autre personne. D'autre part, les besoins de base consistent en des buts à atteindre en soi. Par exemple, un individu pourrait ressentir le besoin de manger parce qu'il a faim.

Par la suite, Ward et ses collègues critiquèrent la tendance du modèle du risque et des besoins à cibler la gestion du risque plutôt que de travailler à trouver une façon de vivre plus positive, ainsi que le peu d'attention portée aux besoins primaires de l'être humain (Ward et Brown, 2003 ; Ward et Stewart, 2003a). De plus, une autre faiblesse du modèle d'Andrews et Bonta relevée par les auteurs est la perception du délinquant comme un ensemble de facteurs de risque et non comme un être complexe qui cherche à se donner de la valeur et à trouver un sens à sa vie. Une conséquence de cette vision est une tendance du système correctionnel à intervenir auprès des délinquants d'une manière mécanique et négative ; on se concentre sur ce que l'individu doit éviter ou éliminer

plutôt que de l'amener à vivre sa vie différemment, d'une manière plus adéquate. Ward et ses collaborateurs (2007) qualifient également le modèle du risque et des besoins de « *one size fits all* », c'est-à-dire que la manière d'évaluer et de traiter les délinquants est la même pour chaque individu plutôt que de tenir compte de ses besoins personnels.

Ward et ses collègues ont également critiqué le modèle d'Andrews et Bonta (1998) à propos du fait qu'il néglige certains facteurs importants dans la réhabilitation des délinquants. Tout d'abord, le modèle du risque et des besoins n'accorderait pas un rôle assez important à l'identité personnelle dans le processus de changement (Ward et Brown, 2004). À ce sujet, Maruna (2001) a démontré dans ses travaux que pour que la réhabilitation soit efficace, l'individu a besoin de se construire une nouvelle identité cohérente et prosociale. Cette reconstruction lui permettrait de faire le pont entre son ancienne vie délinquante et une nouvelle façon de vivre. Ensuite, le modèle d'Andrews et Bonta serait limité, puisqu'il ne considère pas l'importance du contexte et de l'environnement dans le processus de réhabilitation (Ward et Stewart, 2003c). L'être humain vit dans un contexte social et culturel et n'importe quel traitement devrait, selon Ward et Stewart, se concentrer sur les habiletés et les ressources nécessaires pour fonctionner dans ce contexte particulier dans lequel l'individu devra être réhabilité. Enfin, l'approche du risque et des besoins ne porterait pas suffisamment attention aux besoins non criminogènes, alors que ceux-ci favorisent l'alliance thérapeutique et la motivation du délinquant à s'investir dans la thérapie (Marshall, Fernandez et coll., 2003 ; Ward et Stewart, 2003c ; Mann, Webster et coll., 2004). Par exemple, l'amélioration de l'estime de soi du délinquant aurait un effet facilitateur sur l'atteinte des objectifs de thérapie (Marshall, Cripps et coll., 1999).

En conclusion, le premier objectif de la réhabilitation d'un délinquant devrait être d'outiller celui-ci afin qu'il puisse répondre à des besoins personnels d'une manière acceptable socialement plutôt que de viser uniquement la gestion des facteurs de risque (Ward et Stewart, 2003b). L'élaboration d'objectifs négatifs, telle la réduction du risque, représente un obstacle à la reconnaissance d'aspects importants du fonctionnement humain : l'être humain est naturellement guidé par la satisfaction de ses besoins

fondamentaux (Emmons, 1999). Ward et certains de ses collègues (Ward, 2002 ; Ward et Stewart, 2003a ; Ward et Stewart, 2003b) ont donc affirmé, conformément à ces critiques, que la meilleure façon de réduire les risques de récidive d'un délinquant est de lui fournir les conditions nécessaires pour vivre une *meilleure vie* plutôt que de lui enseigner uniquement comment minimiser ses possibilités de récidiver.

1.3. Modèle des vies saines (good lives model)

Le modèle des vies saines a été conçu par Ward et ses collègues (Ward, 2002; Ward et Stewart, 2003a; Ward et Marshall, 2004; Ward et Gannon, 2006) en réponse aux critiques adressées au modèle du risque et des besoins. Il se présente également à la fois comme une solution de rechange et une approche complémentaire à celle proposée par Andrews et Bonta concernant le traitement des agresseurs sexuels. L'idée centrale du modèle de Ward est que tous les comportements humains visent à combler un besoin de vie primaire (Emmons, 1999; Ward, 2002) et que les agresseurs sexuels n'y font pas exception. Ces derniers utilisent toutefois des moyens inadéquats pour atteindre leurs buts. Le modèle des vies saines est un modèle basé sur les forces et les capacités de l'individu (Ward et Stewart, 2003c). L'objectif est d'équiper le délinquant des capacités internes et externes nécessaires à la satisfaction de ses besoins, et ce, d'une manière acceptable au point de vue social et en accord avec ce qu'il est (ses aspirations).

Le modèle des vies saines offre à la fois une explication au passage à l'acte délictuel et un cadre pour l'intervention clinique auprès des agresseurs sexuels. Il permet d'expliquer de façon plus complète ce que le délinquant recherche par le biais de ses comportements antisociaux. Il a trois principales composantes (Ward, Yates et coll., 2006; Ward, Mann et coll., 2007) : une série de principes généraux et d'hypothèses devant guider la pratique des cliniciens relativement à la réhabilitation des délinquants sexuels, l'inclusion de ces hypothèses dans l'explication, la compréhension de l'agresseur sexuel et de son fonctionnement ainsi que l'inclusion du modèle dans le traitement des délinquants.

1.3.1 Principes généraux

Le modèle des vies saines de Ward et ses collègues constitue un exemple de psychologie positive et s'appuie sur un certain nombre des hypothèses défendues par cette dernière approche. Tout d'abord, selon la perspective des vies saines, les êtres humains sont naturellement actifs et guidés par des buts et sont donc constamment engagés à donner un sens à leur vie. Dans les recherches sur la psychologie du bien-être humain et l'auto-régulation, l'importance des besoins primaires a souvent été soulevée, en ce sens où l'être humain est un organisme qui cherche naturellement à atteindre certains buts (Emmons, 1999; Deci et Ryan, 2000; Ward et Stewart, 2003b). De plus, les buts seraient la représentation psychologique des besoins de vie primaires, les besoins justifiant les buts d'un point de vue conceptuel. Lorsqu'un besoin primaire est comblé par l'atteinte d'un but, le bien-être de l'individu s'en trouverait amélioré. L'idée centrale est donc que les actions humaines reflètent la recherche de la satisfaction des besoins primaires.

Les *besoins fondamentaux*, ou *besoins primaires*, sont des expériences, des circonstances ou des sentiments recherchés pour leur propre bénéfices et qui, s'ils sont atteints ou réalisés, entraînent une augmentation du bien-être psychologique ainsi que l'actualisation du potentiel (Emmons, 1999; Deci et Ryan, 2000; Ward et Gannon, 2006; Whitehead, Ward et coll., 2007). Les désirs et préférences d'un individu ne doivent pas être confondus avec les besoins réels de celui-ci, c'est-à-dire ceux qui lui permettront de donner de la valeur à sa vie et qui sont en accord avec son identité personnelle. Par exemple, un individu possédant une mauvaise connaissance de soi pourrait viser des objectifs de vie qui, s'ils sont atteints, ne seraient pas nécessairement liés à une augmentation de son bien-être personnel. À cet égard, Deci et Ryan ont élaboré la théorie de l'autodétermination des besoins, celle-ci affirmant que les êtres humains sont des organismes actifs et autodirigés qui tendent à satisfaire d'une façon innée trois besoins psychologiques fondamentaux, soit le besoin d'autonomie, de compétence et d'être en relation avec autrui (Laguardia et Ryan, 2000). Les auteurs définissent la satisfaction de ces besoins comme étant essentielle à la croissance, à l'intégrité et au bien-être des humains (Deci et Ryan, 2000). L'incapacité à combler les besoins de base d'autonomie,

de relation avec autrui et de compétence aurait comme conséquence d'entraîner une détresse psychologique, ce qui mènerait à l'adoption de stratégies de gestion inadéquates de cette détresse. Le concept d'autonomie implique une appropriation personnelle de l'action et suppose que la personne décide volontairement de son action (Laguardia et Ryan, 2000). Le besoin de compétence réfère quant à lui à un sentiment d'efficacité sur son environnement et de prise en charge personnelle. Quant au besoin d'être en relation avec autrui, il implique le sentiment d'appartenance et celui d'être relié à des personnes qui sont importantes pour soi.

Certains domaines de recherche, tels que ceux sur la théorie de l'évolution, la philosophie et l'anthropologie, ont suggérés des listes de besoins primaires présent chez l'être humain (Ward et Stewart, 2003c; Ward et Gannon, 2006). Bien que cette liste ne soit pas nécessairement exhaustive ou incontestable, il est possible de relever neuf catégories de besoins fondamentaux: la vie (santé, fonctionnement physique et satisfaction sexuelle), le savoir (posséder des connaissances dans un domaine important pour soi), l'accomplissement au travail et dans les loisirs (avoir le sentiment d'exceller dans quelque chose), l'autonomie (avoir le sentiment de décider pour soi), l'équilibre émotionnel (ne pas ressentir de détresse), les relations avec autrui (intimité, famille, communauté), la spiritualité, le bonheur (être engagé dans des activités qui procurent de la joie) et la créativité. Chacune de ces catégories de besoins peut être décortiquée en sous-catégories, ce qui signifie que les besoins primaires sont complexes et multifactoriels. Par exemple, le besoin de relation peut comporter l'intimité, l'amitié, la famille, etc. Il est à noter que cette liste de besoins primaires n'est pas nécessairement exhaustive (Ward, Mann et coll., 2007).

Les *besoins instrumentaux*, ou *secondaires*, sont quant à eux les moyens concrets d'atteindre les besoins de vie primaires, par exemple, un type de travail (afin d'atteindre le besoin d'accomplissement) ou une relation (besoin d'intimité) (Ward et Gannon, 2006). Ces besoins instrumentaux peuvent être satisfaits par l'individu selon les occasions de la vie quotidienne qui se présentent à lui (Ward et Brown, 2004). Le choix de l'un ou l'autre des moyens sera déterminé par les préférences et les forces de

l'individu ainsi que par les circonstances. Par exemple, quelqu'un pourrait choisir de s'accomplir professionnellement dans un travail de mécanicien, alors qu'un autre optera plutôt pour l'enseignement. Selon le modèle des vies saines, lorsque l'atteinte des besoins de vie primaires est difficile, le problème réside fréquemment dans le choix inadéquat des types de moyens utilisés pour les atteindre (besoins instrumentaux).

Le concept de « vies saines » fait référence à une manière de vivre qui est bénéfique pour l'individu (Ward, 2002). Le pluriel est préféré au singulier puisqu'il n'existe aucune conception unique idéale de ce que devrait être une vie saine ; cela relève de chaque individu (Rasmussen, 1999). Le plan de vie saine d'un individu dépendra de ses habiletés, de ses intérêts et des occasions qu'il aura ainsi que du poids qu'il accordera à divers besoins primaires (Ward et Stewart, 2003b). Dans le cadre du traitement des agresseurs sexuels, la conception de la vie saine d'un individu guidera le programme de traitement de ce dernier et on valorisera l'instauration dans la vie du délinquant de facteurs internes et externes permettant la satisfaction des besoins primaires. En d'autres termes, l'introduction d'une manière de vivre qui respecte davantage les besoins primaires d'un individu ferait partie des conditions nécessaires à une diminution du risque de récidive. En effet, selon Ward et Stewart (2003a), une des raisons pour laquelle un individu commet un délit est qu'il perçoit en cet acte une façon de répondre (besoins instrumentaux) à ses besoins personnels (besoins fondamentaux). La possibilité de traduire et de construire un plan de vie saine dépendra de la possession des conditions internes (aptitudes et habiletés) et externes (occasions et soutien) nécessaires à sa mise en place. De plus, l'ordre de priorité accordé aux besoins primaires est fonction de l'identité personnelle et est défini par le style de vie que la personne choisit et l'image qu'elle veut projeter (Maruna, 2001). L'hypothèse sous-jacente est que l'identité personnelle découle des engagements personnels et de la façon de vivre de la personne. Cependant, puisque l'être humain cherche naturellement à combler des besoins, il est important que toutes les classes de besoins primaires soient prises en compte dans l'élaboration de la conception de la vie saine. De plus, cette conception dépendra du contexte dans lequel elle sera appliquée, puisque certaines limites peuvent être imposées par les circonstances entourant la vie du délinquant ainsi que ses caractéristiques personnelles.

Un autre principe soutenu par le modèle des vies saines est que le processus de réhabilitation est guidé par des valeurs et qu'il implique donc la variété de ces dernières. En effet, les valeurs morales du délinquant doivent être considérées, c'est-à-dire les intérêts de l'individu. Il importe également de prendre en compte les intérêts de la collectivité, soit les valeurs éthiques véhiculées dans la société. Enfin, la réhabilitation d'un délinquant sera guidée par la recherche et les connaissances acquises, soit par les meilleurs modèles et pratiques dans le domaine. De plus, le modèle des vies saines met l'accent sur la relation entre la construction de l'identité personnelle du délinquant sexuel et sa conceptualisation de ce qui constitue une vie saine (Ward, Yates et coll., 2006). Ward et ses collègues (2006) soutiennent que la conception de soi découle directement des besoins auxquels l'individu accorde de l'importance. Au sens large, cela signifie que les valeurs fondamentales des délinquants guident et modulent leur vie ; les besoins auxquels ils accordent de l'importance révèlent quel genre de personne ils désirent être ainsi que la vie qu'ils souhaitent mener. Par exemple, un individu qui accorde beaucoup d'importance au pouvoir, dans un contexte d'emploi, favorisera les comportements qui lui permettront d'impressionner les autres et de s'actualiser au travail. Son temps sera par exemple occupé en majorité par son emploi, il assistera à des formations de perfectionnement et s'investira beaucoup dans son travail afin de s'attirer la reconnaissance et la réputation d'une personne efficace. Ces attitudes professionnelles façonneront par la suite son identité personnelle ; en se concentrant sur les activités et expériences lui permettant d'atteindre certains besoins, la personne devient un type d'individus ayant des intérêts, un mode de vie et des buts particuliers (Ward, Yates et coll., 2006). Il s'agit d'un processus dynamique. Selon le modèle des vies saines, cela indique qu'en travail clinique, il n'est pas suffisant d'équiper le délinquant des habiletés nécessaires à la gestion des différents facteurs de risque. Il s'avère également impératif de l'amener à façonner une identité personnelle plus adaptée, de manière à ce qu'elle apporte un sens à sa vie et qu'elle permette son accomplissement de façon prosociale (Maruna, 2001).

Ensuite, l'approche de Ward et ses collègues soutient que le désir de vivre une vie saine (ou d'atteindre un bien-être psychologique) devrait jouer un rôle majeur dans la détermination de la forme et du contenu des programmes thérapeutiques destinés aux délinquants sexuels. Il est donc impératif que les différents besoins primaires qui ont de l'importance pour le délinquant soient pris en considération dans le plan de traitement. De plus, ce dernier devrait viser à équiper l'individu des conditions internes et externes nécessaires pour combler les besoins qu'on aura déterminés (Ward, Yates et coll., 2006; Lindsay, Ward et coll., 2007).

Le modèle des vies saines suppose également que l'être humain est dépendant de son environnement. Par conséquent, un plan de traitement selon cette approche devrait tenir compte du jumelage entre les caractéristiques individuelles du délinquant sexuel et le milieu dans lequel devra se dérouler sa réinsertion sociale.

Enfin, Ward et ses collègues soutiennent qu'un plan de traitement en délinquance sexuelle devrait explicitement être construit selon la conceptualisation des vies saines, et cela, en considérant les forces de l'individu, ses besoins primaires prioritaires, son environnement et ses ressources et en spécifiant quelles sont les compétences et conditions requises pour combler les besoins primaires cernés. Les auteurs soulignent également qu'un aspect important à prendre en considération dans ce processus est le respect du potentiel du délinquant sexuel à prendre certaines décisions par lui-même dans le but de respecter son autonomie et de favoriser sa responsabilisation. Les préférences du patient envers certains besoins primaires doivent donc être notées et transposées dans son quotidien.

1.3.2. Explication du passage à l'acte

Selon la perspective du modèle des vies saines, les comportements d'un délinquant sexuel, tout comme ceux des tous les êtres humains, sont guidés par l'objectif de combler un besoin de vie primaire. Afin de mieux expliquer l'agression sexuelle, les auteurs du modèle précité se sont inspirés de la *Théorie intégrée de l'agression sexuelle* (Ward et

Beech, 2006). Brièvement, cette théorie étiologique de l'agression sexuelle soutient que le passage à l'acte délictuel survient en raison de l'interaction d'un certain nombre de variables qui impliquent des facteurs biologiques (génétique et développement du cerveau), écologiques (circonstances sociales, culturelles et personnelles) et psychologiques.

Les travaux de certains auteurs (Ward et Gannon, 2006; Lindsay, Ward et coll., 2007) suggèrent qu'il existerait deux routes qui menant au délit sexuel, soit la route directe et la route indirecte. La trajectoire directe permet d'expliquer l'agression lorsque celle-ci est guidée explicitement par les buts et stratégies associés au plan de vie du délinquant. Cela signifie que l'individu utilise l'agression sexuelle d'un enfant ou d'un adulte afin de combler directement certains besoins fondamentaux. Par exemple, un agresseur sexuel qui présente un déficit important sur le plan des habiletés sociales risque d'éprouver de la difficulté à combler son besoin d'intimité d'une façon prosociale (Ward, Yates et coll., 2006). Il aurait donc utilisé des stratégies inadéquates pour parvenir à combler ce besoin fondamental. Ainsi, les comportements sexuels déviants constituent un moyen de parvenir à ses buts. L'individu qui commet le délit peut parfois ne pas être conscient de l'objectif qu'il poursuit en passant à l'acte. En effet, pour certains délinquants, la sexualité avec un enfant peut découler de la relation d'intimité qu'il a créée avec sa victime dans le but premier de combler son besoin d'intimité. Considérant que ce ne sont pas tous les individus ayant commis des agressions sexuelles qui présentent des intérêts sexuels déviants, la sexualité peut, dans ce contexte, être une conséquence de la décision de rechercher de l'intimité avec un enfant. La sphère sexuelle devenant ainsi une composante de cette relation (Ward et Marshall, 2004). Pour un autre individu, les buts recherchés par le biais de l'agression sexuelle peuvent être l'autonomie et le pouvoir. La sexualité peut dans ce cas-ci représenter un moyen de parvenir à ses fins.

On parlerait de route indirecte qui mène à l'agression sexuelle lorsque la satisfaction prosociale des besoins fondamentaux du délinquant est compromise, que cela a un impact sur les circonstances de vie d'un individu (effet cascade) et que ces conséquences augmentent le risque de commettre une agression sexuelle (Ward, Yates et coll., 2006;

Lindsay, Ward et coll., 2007). Par exemple, un conflit entre le besoin d'autonomie et celui d'être en relation pourrait être à l'origine d'une rupture conjugale et susciter chez l'individu des sentiments de solitude et d'anxiété. Par la suite, ce dernier pourrait se tourner vers la consommation d'alcool et la sexualité afin de gérer ses émotions négatives, perdre le contrôle et possiblement commettre une agression sexuelle. Dans ce type de situation, le délit sexuel découle d'une chaîne d'événements qui auraient été initiés par un conflit entre deux besoins de vie primaires.

Selon le modèle des vies saines, quatre types de difficultés peuvent se présenter dans l'application des plans de vie des délinquants : l'utilisation de moyens inadéquats afin de combler les besoins; un manque d'étendue ou la négligence de certains besoins dans le plan de vie, la présence de conflits entre les besoins et un manque de capacités (habiletés ou ressources) nécessaires pour adapter la conception de la « vie saine » aux circonstances changeantes (Ward et Stewart, 2003c; Ward et Gannon, 2006). Lorsque ces difficultés surviennent, ce sont les activités et les stratégies utilisées afin de combler les besoins de vie primaires qui sont déficients, et non les besoins primaires eux-mêmes. Ainsi, un délinquant éprouve des difficultés avec les moyens lorsque les stratégies utilisées pour combler les besoins de vie s'avèrent inappropriées (Ward, Yates et coll., 2006; Ward, Mann et coll., 2007). Par exemple, un délinquant sexuel peut chercher à satisfaire son besoin de socialisation en fréquentant des enfants plutôt que ses pairs adultes. Ensuite, le plan de vie du délinquant manque d'étendue lorsqu'un certain nombre de besoins primaires en sont absents. Par exemple, le besoin d'autonomie peut ne pas être ciblé dans le plan de vie d'un délinquant, créant ainsi de la frustration chez celui-ci. Autre circonstance, un conflit ou un manque de cohérence peut survenir entre les différents besoins primaires du délinquant, suscitant des émotions négatives telles que l'anxiété ou la tristesse. Par exemple, un individu qui cherche à conserver son autonomie en exerçant un contrôle sur sa partenaire risque de voir son besoin d'intimité plus difficilement comblé. Enfin, une difficulté est observée lorsque le délinquant manque de capacités pour appliquer convenablement son plan de vie saine dans son environnement ou pour l'adapter aux circonstances changeantes. Ce serait le cas d'un individu qui présenterait

des lacunes sur le plan de l'affirmation de soi et qui éprouverait par conséquent de la difficulté à répondre à son besoin d'être respecté des autres.

Le modèle de Ward et ses collègues parvient également à établir un lien entre le concept des vies saines et le modèle du risque et des besoins d'Andrews et Bonta. En effet, les besoins criminogènes (ou facteurs de risque dynamiques) peuvent d'une part être perçus comme des manifestations de l'un ou l'autre des quatre types de difficultés cernées ultérieurement (Ward, Yates et coll., 2006). De surcroît, dans le modèle des vies saines, les besoins criminogènes sont considérés comme des obstacles internes ou externes à l'assouvissement de manière prosociale des besoins de vie primaires (Ward et Stewart, 2003c; Ward et Gannon, 2006). En effet, la présence de facteurs de risque signale qu'il y a un problème quant à la manière dont le délinquant cherche à combler ses besoins. Les différentes catégories de besoins criminogènes reflètent donc des problèmes relativement à la nature prosociale des moyens de satisfaire les besoins de vie primaires. Par exemple, l'isolement social (facteur de risque) d'un individu pourrait indiquer que celui-ci ne possède pas les habiletés nécessaires à l'établissement de relations sociales significatives (besoin primaire) (Ward et Brown, 2004). Les facteurs de risque peuvent alors être considérés comme des *marqueurs* signifiant qu'il existe un problème dans le plan de vie saine de l'individu. Ainsi, les deux modèles, soit celui des facteurs de risque et celui des vies saines, seraient complémentaires et non en opposition.

1.3.3 Implications pour le traitement

Le modèle des vies saines suggère qu'il y aurait une relation directe entre la gestion du risque et la promotion des besoins primaires dans le traitement des délinquants sexuels. En effet, les auteurs soutiennent que d'amener le délinquant à satisfaire ses besoins fondamentaux d'une manière prosociale est susceptible d'éliminer ou d'atténuer la présence de facteurs de risque dynamiques (Ward, Yates et coll., 2006). À l'inverse, le fait de se préoccuper uniquement de la réduction des facteurs de risque n'est pas susceptible de favoriser la satisfaction des besoins importants pour le délinquant, élément nécessaire à l'adoption d'un mode de vie non-criminel à long terme. Ainsi, selon le

modèle des vies saines, il est probable que l'installation des conditions nécessaires à la satisfaction des besoins ou des buts spécifiques du délinquant aura comme conséquence de modifier les facteurs de risque dynamiques. Deux types de buts peuvent être identifiés dans le traitement, et la poursuite de l'un ou l'autre de ces buts pourrait pondérer cette relation entre les besoins fondamentaux et les facteurs de risque : il s'agit des buts d'approche et des buts d'évitement. Les buts d'évitement viseraient la modification, la réduction ou l'élimination de certaines expériences, des caractéristiques du délinquant ou d'émotions liées à la récidive. Par exemple, réduire les intérêts sexuels déviants. Inversement, les buts d'approche concerneraient l'actualisation d'expériences ou de caractéristiques du délinquant dans le but de réduire le risque de rechute. Par exemple, amener le délinquant à développer un réseau social positif. C'est en réponse aux critiques adressées au modèle original de la prévention de la récidive que Mann, Webster et leurs collègues (2004) ont cherché à évaluer ces deux types d'orientation dans le traitement. En effet, certains auteurs prétendaient que la prévention de la récidive se concentrait principalement sur des aspects négatifs (buts d'évitement) et que cela créait de la résistance chez les délinquants impliqués dans un traitement (Ward et Hudson, 2000; Mann, Webster et coll., 2004). En contrepartie, les buts d'approche susciteraient davantage la motivation et l'implication des agresseurs dans le traitement, puisqu'ils leur permettraient d'améliorer leur qualité de vie et qu'une connotation positive serait associée à ce type d'objectifs (Mann, Webster et coll., 2004).

Étant donné la relation hypothétique entre les facteurs de risque dynamiques et les besoins de vie primaires, et considérant l'impact positif que peut avoir la poursuite de buts d'approche sur la motivation du délinquant, le modèle de Ward et ses collègues soutient qu'il n'est pas pertinent de simplement agir sur les facteurs de risque lors du traitement des agresseurs sexuels. Concentrer le traitement sur la modification des besoins criminogènes revient à cibler uniquement ce qui ne va pas chez un délinquant, c'est-à-dire ce qui est mauvais, plutôt que de focaliser sur ce qui serait requis afin qu'il vive sa vie différemment, de façon plus saine et socialement acceptable (Ward et Brown, 2004). La détection des facteurs de risque constituerait la première étape du processus de traitement selon le modèle de Ward et ses collègues. L'étape suivante est la construction

d'un plan d'intervention qui viserait à équiper l'individu des capacités internes et externes afin qu'il puisse combler ses besoins de vie primaires différemment et de façon socialement adaptée.

Le modèle des vies saines se concentrerait donc sur deux objectifs principaux dans le traitement, soit le développement de moyens nécessaires à la satisfaction des besoins de vie primaires et d'habiletés de gestion des facteurs de risque de récidence (Ward, Yates et coll., 2006). Le but est d'équiper le délinquant sexuel des habiletés, valeurs, attitudes et ressources nécessaires pour se construire une vie différente, satisfaisante et prosociale. Pour y arriver, l'agresseur doit parvenir à combler ses besoins primaires de façon adéquate. Ces objectifs de traitement sont en accord avec les bases étiologiques du modèle de Ward et ses collègues selon lesquelles le délinquant cherche, au moyen du délit sexuel, à combler directement ou indirectement un besoin de vie primaire. Par ailleurs, selon le modèle des vies saines, les facteurs de risque doivent être pris en compte, puisqu'ils peuvent constituer des obstacles à l'application d'un plan de vie saine et ainsi nuire à l'actualisation de ce dernier. Par exemple, des habiletés déficitaires dans la résolution de problème (facteur de risque) peuvent compromettre la satisfaction du besoin d'actualisation au travail si ces dernières s'avèrent nécessaires dans un processus de recherche d'emploi. Une des tâches thérapeutiques est donc de gérer l'équilibre entre les objectifs d'approche (par exemple, promouvoir la satisfaction des besoins fondamentaux) et d'évitement (atténuation des facteurs de risque). La négligence de l'un ou l'autre de ces buts risque d'avoir des conséquences sur le risque de rechute que présente le délinquant. En effet, chercher à combler uniquement les besoins du client, sans se soucier du niveau de risque, peut certes améliorer la qualité de vie de ce dernier sans toutefois diminuer sa dangerosité. Inversement, le fait de se concentrer uniquement sur les facteurs de risque, sans considérer le bien-être de l'individu, peut amener celui-ci à se désengager de la thérapie ou à cultiver de l'hostilité. L'attitude du thérapeute envers le délinquant constitue donc un élément important à considérer. En effet, il serait aidant que l'intervenant souscrive à l'hypothèse selon laquelle l'agresseur possède la capacité de changer et adhérer à la théorie soutenant que le délit vise la satisfaction des besoins de vie primaires.

1.3.4 Évaluation et plan de vie

La première étape du traitement selon la perspective des vies saines consiste en une évaluation de la dynamique du délinquant sexuel et en l'établissement d'un plan de vie. Cette étape est cruciale, car elle permet de comprendre le passage à l'acte de l'agresseur, de mettre en évidence les facteurs impliqués et d'orienter le traitement (Ward et Stewart, 2003b; Ward et Stewart, 2003c).

La première étape de l'évaluation consiste à établir la liste des problèmes rencontrés par le délinquant et qui sont liés à son passage à l'acte délictuel (Ward et Stewart, 2003b; Ward et Stewart, 2003c; Ward, Yates et coll., 2006). Ceci inclut l'évaluation du risque, l'établissement des besoins criminogènes ainsi que l'estimation de la place que ces derniers occupent dans la vie de l'individu. Ensuite, on doit dresser une liste des besoins de vie primaires qui sont en relation directe ou indirecte avec la délinquance (selon les neuf catégories énumérées précédemment), en se concentrant sur les buts guidant les comportements du délinquant, c'est-à-dire comment les besoins primaires sont impliqués dans la dynamique délictuelle. Il est également nécessaire de sélectionner les besoins de vie prédominants dans la vie du sujet et autour desquels les besoins secondaires sont orientés. Les besoins primaires les plus importants pour le délinquant permettent d'indiquer les priorités du client et sont intimement liés à son identité, à ses valeurs ainsi qu'à sa perception de soi, des autres et du monde. Les besoins qui seront désignés centraux (ceux autour desquels les autres besoins sont organisés) devront être les premières cibles du traitement. Par exemple, un délinquant chez qui le besoin d'actualisation au travail constitue une priorité pourrait être amené, dans le cadre de son traitement, à développer des liens sociaux avec ses collègues de travail et ainsi à combler son besoin de socialisation.

Une autre étape de l'évaluation consiste à établir les besoins secondaires ou instrumentaux qui précisent comment les besoins de vie primaires devront être satisfaits, en plus de déterminer comment ces derniers seront traduits dans la vie et dans le

fonctionnement de l'individu. Ensuite, on définit l'environnement dans lequel l'agresseur sexuel est susceptible de mettre en œuvre son plan de vie. Enfin, l'évaluateur doit déterminer les compétences et habiletés dont a besoin l'individu pour appliquer efficacement son plan de vie saine. Ces conditions seront basées sur l'environnement de l'individu ainsi que sur les besoins primaires et secondaires de son plan.

L'évaluation du délinquant ainsi que la construction de son plan d'intervention devraient donc être basées sur ces critères selon le modèle des vies saines. Le plan de vie sera organisé de manière à assurer que chacun des besoins de vie primaires est comblé de façon adéquate. Un plan fragmenté ou qui manque de cohérence risquerait de provoquer de la frustration chez l'individu, tout comme si sa vie manquait de sens (Marshall, Ward et coll., 2005)

1.3.5 Traitement

Le modèle des vies saines suggère quelques recommandations quant à l'orientation que devraient prendre les programmes de traitement pour agresseurs sexuels (Ward et Brown, 2004; Marshall, Ward et coll., 2005). Ainsi, il est proposé qu'ils soient explicitement construits autour du modèle des vies saines en tenant compte des besoins primaires, des besoins secondaires et des conditions requises à l'accomplissement du plan de vie. De plus, en accord avec l'évaluation, le traitement devrait se baser sur les préférences, les forces et les intérêts de l'individu ainsi que sur son environnement. Enfin, le traitement aura avantage à porter manifestement sur les éléments jugés nécessaires à la poursuite des besoins de vie primaires et à la réalisation du plan de vie saine du délinquant. Ainsi, les différents modules abordés par les programmes de traitement seraient adaptés afin de suivre le plan de vie saine du délinquant sexuel, en concertation avec la gestion du risque (principes du risque, des besoins et de la réceptivité). Par exemple, pendant qu'un agresseur assiste à un atelier sur les habiletés sociales, l'information et le matériel présentés dans le traitement pourraient être personnalisés en fonction des circonstances de vie de l'individu. De la même manière, les travaux exigés devraient être adaptés aux besoins particuliers du client. Enfin, une dernière recommandation émise par les auteurs

du modèle des vies saines est d'éviter d'utiliser un langage négatif pendant le traitement, c'est-à-dire des mots tels « déficit », « risque », « déviance », « distorsion », etc. (Ward, Yates et coll., 2006). En effet, le modèle de Ward et ses collègues en est un positif, basé sur l'hypothèse que la meilleure stratégie pour réduire le risque de récidive est d'aider les individus à vivre une vie plus satisfaisante et à croire qu'ils sont susceptibles d'effectuer des changements positifs. Dans cette approche, l'objectif est constamment d'acquérir de nouvelles habiletés, de renforcer celles qui sont déjà présentes ainsi que les compétences du client, et d'encourager l'accomplissement du plan de vie saine par le biais de la poursuite des besoins primaires.

Selon certains auteurs (Ward, 2002; Marshall, Ward et coll., 2005), les programmes de traitement actuels pour agresseurs sexuels accordent déjà une attention indirecte aux besoins de vie et aux valeurs des délinquants. Il suffirait alors que les cliniciens élaborent explicitement une conception de la vie saine afin que celle-ci guide la réhabilitation. En outre, selon les auteurs, il serait plus facile de motiver les délinquants sexuels au changement et de les intéresser à une thérapie s'ils se sentaient impliqués de façon proactive dans l'établissement de leur plan de traitement, soit la construction d'un plan de vie saine (Ward, Yates et coll., 2006).

1.3.6 Avantages et limites du modèle de Ward

Un premier avantage que présente le modèle des vies saines est qu'il permet de combiner l'approche du risque et des besoins à celle des vies saines. Il s'agit alors d'un modèle plus complet que celui présenté par Andrews et Bonta (1998), et il parvient à intégrer dans sa théorie les pratiques et les facteurs que la littérature considère déjà comme importants dans le domaine de la réhabilitation (Whitehead, Ward et coll., 2007). Ensuite, la motivation de l'individu à changer est un facteur important dans la réussite du traitement (McMurran et Ward, 2004). McMurran et Ward (2004) ont montré que les différentes composantes du modèle des vies saines engendrent la motivation et une meilleure implication du délinquant dans la thérapie. Par exemple, le modèle créé par Ward permet une ouverture plus importante dans le traitement, car il s'agit d'une approche basée sur

les buts à atteindre et pas uniquement sur les facteurs de risque à éliminer ou à éviter. Par ailleurs, puisque le traitement est centré sur l'obtention de résultats privilégiés par le délinquant lui-même, mais d'une manière socialement acceptable, il serait plus enclin à voir la thérapie comme un apport pertinent dans sa vie plutôt qu'une obligation (Whitehead, Ward et coll., 2007). Enfin, un autre avantage de traiter un délinquant selon l'approche des vies saines est que cela permet de conscientiser les thérapeutes au sujet d'éléments importants (les besoins, les valeurs, l'identité...) qui ont pu être négligés dans l'approche d'Andrews et Bonta (1998). La considération des besoins du client crée aussi une meilleure alliance thérapeutique entre le clinicien et le délinquant.

Les travaux préliminaires de Purvis (2005) soutiennent le principe selon lequel les agresseurs sexuels cherchent à atteindre certains buts lorsqu'ils commettent leurs délits sexuels. Plus précisément, les délinquants sexuels semblent rechercher directement ou indirectement la satisfaction de leurs besoins primaires dans l'agression. Une autre étude de Lindsay et ses collègues (2007) a montré que l'utilisation des principes soutenus par le modèle des vies saines dans le traitement, conjointement avec la prévention de la récidive, permettait aux thérapeutes d'observer des progrès considérables chez leurs clients. En outre, les auteurs ont conclu qu'il était plus facile de motiver les délinquants au traitement lorsque l'approche des vies saines était appliquée.

Toutefois, malgré ces premiers résultats, un manque de soutien empirique demeure, puisque peu d'études ont été menées dans le but d'évaluer le modèle de Ward et ses collègues (Lindsay, Ward et coll., 2007). On critique aussi cette approche en raison de l'absence d'une théorie étiologique complète étayant les causes du passage à l'acte ainsi que d'un manque de fondements étiologiques sur lesquels serait basé le traitement (Ward et Gannon 2006). De plus, bien que le modèle des vies saines fasse des suggestions détaillées quant au processus d'évaluation des agresseurs sexuels, il donne peu d'informations explicites relativement au traitement. Par ailleurs, Lindsay et ses collègues, dans leurs travaux, ont relevé deux difficultés liées à l'application du modèle dans la pratique. La première concerne l'investissement en temps que requiert l'application de ce modèle dans la thérapie (Lindsay, Ward et coll., 2007). Par exemple,

les auteurs ont évalué que six à huit séances s'avéraient nécessaires pour compléter un plan de vie avec les délinquants. La seconde difficulté relevée est que d'amener les agresseurs à remettre en question leurs aspirations et leurs pensées risque de les rebuter par rapport au traitement. Ainsi, un individu pourrait refuser d'admettre son homosexualité en dépit du fait que cette orientation sexuelle puisse faire partie de son identité. Cette confrontation avec la réalité pourrait l'amener à se désengager du traitement.

CHAPITRE II : PRÉSENTATION DU MILIEU ET DES OBJECTIFS DE STAGE

2.1 La Clinique d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel (CETTCS)

La Clinique d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel (CETTCS) est située à l'intérieur du centre hospitalier Robert-Giffard. Ce centre offre des programmes de services de première, deuxième et troisième ligne en santé mentale, en plus d'offrir des services surspécialisés de psychiatrie et à vocation régionale, c'est-à-dire des services de traitement à l'externe. La CETTCS fait partie de ces derniers. Les soins et services de la clinique sont dispensés principalement à l'externe, bien que l'hospitalisation de courte durée soit possible lorsque requise.

2.1.1 La mission

Les services de la Clinique d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel du centre hospitalier Robert-Giffard s'adressent aux personnes qui présentent une déviance sexuelle.

2.1.2 La clientèle

En moyenne, la CETTCS prend en charge 260 usagers annuellement. Sa clientèle est constituée essentiellement de délinquants sexuels adultes et de leurs conjointes. En ce qui concerne le premier groupe, les agresseurs sexuels, 87,52 % d'entre eux ont un statut judiciaire, ce qui laisse une proportion de 12,48 % d'individus non judiciairisés. Les usagers judiciairisés proviennent en majorité du système correctionnel provincial du Québec, alors que les autres ont reçu une sentence au niveau fédéral. Les délinquants peuvent se retrouver à la Clinique au moment de leur période de probation, à leur libération conditionnelle, ou bien durant un emprisonnement avec sursis. L'âge moyen des délinquants sexuels est de 41 ans, et près des trois quarts ont commis des actes de

pédophilie, tandis qu'un peu plus du quart sont principalement des exhibitionnistes, des voyeurs et des violeurs. Le profil d'admissibilité à la Clinique est le suivant :

- Être âgé de 18 ans ou plus ;
- Présenter un comportement sexuel déviant ;
- Être adressé par les Services correctionnels du Canada ou par le ministère de la Sécurité publique du Québec ;
- Être stable sur le plan psychiatrique ;
- Être en contrôle en ce qui concerne une problématique d'alcoolisme ou de toxicomanie.

Il existe aussi un groupe adapté aux individus qui présentent des limites intellectuelles ou des difficultés d'apprentissage.

Un usager délinquant sexuel peut se présenter à la Clinique pour deux raisons principales : dans le cadre d'une évaluation ou pour un programme de traitement. Pour ce qui est de l'évaluation, celle-ci peut être demandée par la Cour dans le cadre d'un rapport présentenciel, par l'agent de probation qui souhaite voir son client suivre la thérapie offerte par la clinique, ou encore, plus rarement, par le client lui-même.

Pour ce qui est du groupe de conjointes, pour que celles-ci soient admissibles aux rencontres animées par une sexologue, elles doivent être âgées de 18 ans ou plus, avoir un conjoint inscrit à la clinique, être stables sur le plan psychiatrique et être en contrôle en ce qui concerne une problématique d'alcoolisme ou de toxicomanie. La mission de ce groupe est de soutenir les conjointes et de leur permettre de mieux comprendre leur conjoint, en plus de viser une amélioration de la qualité du fonctionnement de leur couple sur les plans sexuel et intime.

2.1.3 L'équipe

L'équipe de professionnels travaillant à la Clinique d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel est multidisciplinaire. Elle est constituée d'un

psychiatre, de sexologues, de psychologues et d'une travailleuse sociale. On note aussi la présence d'un chef d'unité. Des réunions d'équipe sont prévues tous les lundis matin afin de discuter de cas ou de préparer des plans d'intervention. De plus, les professionnels de la Clinique travaillent en relation directe avec des acteurs d'autres organismes, notamment les agents de probation relevant du ministère de la Sécurité publique du Québec (ces agents occupent d'ailleurs un bureau directement à la CETTCS) ainsi que les agents des services correctionnels du Canada.

2.1.4 Les services offerts par la CETTCS de Robert-Giffard

L'évaluation

Pour établir le diagnostic sexologique, le mode de fonctionnement et les intérêts sexuels de l'individu, la Clinique procède à une évaluation multimodale :

- Psychiatrique : évaluation et diagnostics psychopathologiques concomitants ;
- Sexologique : évaluation et diagnostics sexuels tels que les paraphilies, les traumatismes sexuels, le trouble de l'orientation sexuelle, etc. ;
- Psychologique : évaluation du mode de fonctionnement psychologique ;
- Pléthysmographique : évaluation sur le plan physiologique des intérêts sexuels avoués ou non avoués ;
- Psychosociale : évaluation du fonctionnement social et des habiletés de la vie quotidienne.

Le traitement

Le programme de la clinique des troubles sexuels comporte 82 semaines de traitement à raison de six heures par semaine. Celles-ci sont divisées en deux rencontres hebdomadaires de trois heures chacune selon deux volets. Le premier volet se déroule en groupe ouvert et est orienté vers la croissance individuelle de chacun des membres. En effet, chacun des sujets doit travailler à surmonter les principales difficultés qui ont été déterminées lors de l'évaluation initiale. Le deuxième volet de la démarche de thérapie

est les ateliers. Ceux-ci constituent des groupes fermés, c'est-à-dire qu'ils n'accueillent aucun nouveau membre une fois qu'ils ont débuté. De plus, il s'agit de sous-groupes, c'est-à-dire que le groupe de thérapie ouvert se retrouve scindé en deux pour la participation aux ateliers thématiques. Cependant, les ateliers ont une durée limitée. Voici les différents thèmes abordés ainsi que leur durée :

- Affirmation de soi et habiletés sociales (8 semaines) ;
- Éducation psychosexuelle (12 semaines) ;
- Gestion des émotions (12 semaines) ;
- Résolution des conflits (12 semaines) ;
- Restructuration cognitive (8 semaines) ;
- Prévention de la récidive (12 semaines).

Pour ce qui est du groupe ouvert, soit le groupe de thérapie proprement dit, celui-ci s'étend tout au long des 82 semaines de traitement à raison d'une rencontre hebdomadaire de trois heures. Il s'agit d'un grand groupe pouvant aller jusqu'à 20 participants dans lequel il est possible d'intégrer de nouveaux membres à tout moment. Cette manière de faire permet de réduire les listes d'attente et de faire profiter les derniers arrivés de l'expérience des plus anciens. Le moment pour intégrer les nouveaux clients est choisi par l'équipe de thérapeutes. Il peut arriver qu'on attende la formation d'une cohorte d'un certain nombre d'individus afin d'en incorporer plusieurs à la fois. Dans le but de bien préparer les clients à leur future thérapie et dans un souci de minimiser la période d'attente avant l'entrée dans le programme, la clinique a prévu un groupe libre. Ce groupe sert donc à préparer les individus à l'intégration ainsi qu'à entreprendre un certain travail thérapeutique, notamment en mettant l'accent sur la motivation des délinquants et leur ouverture à la thérapie. Ce groupe peut aussi servir au maintien des acquis.

Les thèmes abordés en grand groupe sont les suivants :

- Prise de contact et présentation ;
- Cycle délictuel (en parallèle avec un autre atelier) ;
- Sensibilisation voilée (en parallèle avec un autre atelier) ;
- Satiété ;
- Empathie pour les victimes (en parallèle avec un autre atelier) ;
- Gestion du stress (en parallèle avec un autre atelier).

Pour terminer en ce qui concerne la structure du programme de traitement, certains autres suivis peuvent être offerts aux clients, soit un suivi individuel, un suivi conjugal et/ou un suivi pharmacologique. Bien que ces derniers services soient disponibles, ils ne sont pas utilisés par la majorité de la clientèle.

Les objectifs du traitement visent à mieux :

- Cerner les problématiques sexuelles ;
- Connaître les facteurs qui contribuent à l'agression sexuelle ;
- Reconnaître les facteurs de risque de récidive ;
- Contrer les facteurs d'abandon de la thérapie ;
- Améliorer le suivi thérapeutique et prévenir la récidive.

2.1.5 Le rôle du criminologue

Autant à la clinique pour adultes qu'à celle pour adolescents, il n'y a en ce moment aucun criminologue. Il est donc difficile de déterminer le rôle que pourrait avoir un criminologue dans ce milieu. Cependant, si un tel poste se créait à la CETTCS, il pourrait globalement accomplir les mêmes tâches que certains autres professionnels, soit évaluer les individus pour le système de justice et participer au traitement des délinquants. Plus

précisément, le criminologue pourrait se spécialiser dans les tâches suivantes définies par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal¹ :

- Clarifier le statut légal et informer le patient ou l'équipe des modalités de fonctionnement du système de justice.
- Procéder à l'évaluation criminologique et à celle des facteurs de risque de violence et de rechute, selon les normes reconnues dans la profession. Rédiger un rapport écrit selon les critères et les normes définis par l'Institut.
- Intervenir de façon à favoriser la reconnaissance des facteurs de risque de violence et la prévention de la rechute ou de la récidive. Animer les interventions de groupe que nécessite la clientèle. Rencontrer la famille, le conjoint, l'ami(e) ou toute autre personne significative pouvant contribuer à l'évaluation, à la réinsertion et au maintien de l'utilisateur dans son milieu ou dans une ressource.
- Prévoir, concevoir et concrétiser la réinsertion sociale des patients ou des clients. Analyser leurs besoins, leurs capacités et leurs limites adaptatives afin de leur fournir les meilleures possibilités de réussir une réinsertion sociale comportant le moins de risques possible pour lui-même et la société et la meilleure qualité de vie possible. Collaborer à l'enseignement clinique universitaire par la supervision de stagiaires de différents cycles d'études.

(Institut Philippe-Pinel, 2006)

¹L'Institut Philippe-Pinel de Montréal, tout comme le CHRQ, est un hôpital psychiatrique offrant des services en santé mentale, particulièrement dans le domaine de la psychiatrie légale.

2.2 LE STAGE

2.2.1 Superviseur de milieu et professeur responsable du stage

Le stage a été supervisé par monsieur Daniel Thibodeau, sexologue clinicien à la CETTCS (détenteur d'une maîtrise en sexologie et d'un baccalauréat en criminologie). Par ailleurs, le professeur responsable de ce stage à l'École de criminologie de l'Université de Montréal était monsieur Jean Proulx.

2.2.2. Définition du champ et des objectifs

Objectifs d'étude

Sur le plan des études, l'objectif principal de notre stage en intervention à la CETTCS était de comprendre, à l'aide du modèle des vies saines, quels étaient les facteurs pouvant expliquer le passage à l'acte des délinquants sexuels suivis en milieu ouvert. Plus précisément, nous visons à déterminer les besoins fondamentaux des clients ainsi que les moyens (besoins instrumentaux) impliqués dans le comportement déviant. À cela s'est ajouté l'objectif d'observer l'impact de la mise en application d'un plan d'intervention basé sur les vies saines dans le cadre du suivi de délinquants sexuels adultes.

Objectifs cliniques

Sur le plan clinique, les objectifs poursuivis dans le cadre de notre stage en intervention étaient les suivants :

- Approfondir notre connaissance du milieu : rôle du criminologue, ressources disponibles dans la communauté pour les clients, lois, délinquance sexuelle juvénile.
- Développer nos habiletés professionnelles en ce qui a trait à la tenue d'une entrevue individuelle, à l'élaboration d'un plan d'intervention, à l'animation de groupe ainsi qu'au travail d'équipe.

- Être en mesure de mettre à profit les habiletés nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance avec les clients suivis tant dans un cadre groupal qu'individuel.
- Développer notre jugement clinique.
- Développer des habiletés d'évaluation du risque.
- Améliorer notre jugement critique ainsi que notre capacité à appliquer la théorie à la pratique, en relation avec notre modèle théorique (modèle des vies saines).

2.2.3 Modalité de réalisation des objectifs

Notre stage en intervention à la CETTCS s'est échelonné sur une période de 7 mois, et ce, à raison d'environ vingt heures par semaine. Tout au long de notre stage, nous avons eu la chance de prendre part à diverses activités professionnelles nous permettant d'atteindre à la fois nos objectifs d'étude et cliniques.

Tout d'abord, sur le plan clinique, nous avons pu atteindre nos objectifs qui concernaient la connaissance du milieu par le biais de rencontres avec les professionnels de l'équipe de la CETTCS ainsi que par la recherche de documentation à propos de cette même clinique. Nous avons également eu l'occasion de mener des suivis individuels hebdomadaires auprès de clients ayant commis des délits sexuels. De plus, nous participions à l'animation d'une séance de groupe de thérapie (séance en grand groupe) par semaine, avons coanimé un atelier de huit séances sur les habiletés sociales et avons observé le déroulement d'un atelier d'une même durée portant sur la gestion des émotions. L'observation d'un atelier destiné aux adolescents nous a également permis d'accroître nos connaissances quant à cette population. De plus, plusieurs documents légaux et cliniques nous ont été accessibles. Pour ce qui est des objectifs cliniques liés aux habiletés professionnelles, la présentation de cas durant les réunions d'équipe ainsi que les tâches reliées à l'animation de groupe ont constitué des occasions d'améliorer notre capacité à prendre la parole et à intervenir en groupe. Nous avons également eu l'opportunité d'observer deux rencontres d'évaluation, et ce, dans le cadre de l'atteinte de notre objectif de développement de notre jugement clinique. Finalement, des rencontres

hebdomadaires avec notre superviseur ont également contribué à l'atteinte de l'ensemble de nos objectifs cliniques.

Pour ce qui est de notre objectif général lié à notre modèle théorique (modèle des vies saines), nous avons principalement recueilli le matériel clinique lors des suivis individuels de délinquants sexuels participant à la thérapie du CETTCS. De surcroît, la consultation des différents documents contenus au dossier (rapports légaux et d'évaluation clinique, notes d'évolution, ordonnances, etc.) complétait les entrevues individuelles. Les observations effectuées en relation avec nos objectifs d'étude seront présentées ultérieurement sous la forme de trois études de cas.

Au cours de notre stage, nous avons rencontré quelques difficultés liées à l'atteinte de nos objectifs. En premier lieu, puisque les clients participaient sur une base volontaire aux suivis individuels que nous offrons, il nous a été difficile d'attirer des sujets au départ. En effet, après deux mois de stage, nous avons seulement un suivi individuel. Afin de remédier à cette situation, nous avons pris deux mesures. D'une part, nous avons sollicité davantage un client qui présentait des besoins importants à notre avis, et celui-ci a finalement accepté d'entamer un suivi avec nous. D'autre part, nous avons offert un atelier de prévention de la récidive dans un cadre individuel à des clients nécessitant un soutien professionnel supplémentaire pour bien réussir ce module en groupe.

Un second imprévu est survenu au cours de notre stage et concerne le déroulement de la thérapie du grand groupe. En effet, celui-ci est habituellement animé par deux intervenants et nous venions donc nous ajouter à une équipe complète. Toutefois, l'un d'eux a dû quitter la Clinique au cours de notre stage et notre superviseur de stage nous a demandé de participer de façon plus active à l'animation du groupe alors constitué de 18 participants. Nous avons accepté de relever le défi, mais non sans devoir fournir des efforts supplémentaires. En effet, cette décision impliquait que nous devions être plus proactive dans la préparation des séances et faire davantage d'interventions auprès des délinquants dans le cadre des rencontres de groupe. Bien que ce changement dans la planification de nos activités ait par moments suscité de l'anxiété chez nous, il s'est avéré

bénéfique relativement à l'acquisition de certaines habiletés professionnelles. En effet, cette démarche nous a permis de développer davantage notre autonomie en tant que professionnelle ainsi que notre confiance en notre qualité d'intervenante. De plus, elle nous a poussée à multiplier nos interventions auprès de la clientèle et ainsi à les améliorer plus rapidement.

En conclusion, nous considérons que nos objectifs d'étude et cliniques ont été atteints dans l'ensemble au moyen des activités que nous avons pu réaliser au cours de notre stage. Toutefois, nos habiletés en matière d'évaluation demeurent à améliorer selon nous, étant donné que nous n'avons pas participé de façon active à un tel processus avec un client. En effet, nous n'avons agi qu'à titre d'observatrice dans ce cadre. Par ailleurs, l'animation d'un grand groupe a constitué un défi pour nous et nous considérons que nous pourrions améliorer davantage nos habiletés au regard de la maîtrise d'un tel groupe (diriger les interventions des participants, effectuer la gestion du temps, etc.).

2.2.4 Aptitudes et habiletés acquises en situations individuelle et de groupe

Au cours de notre stage, nous avons été confrontée à certaines situations, autant en groupe qu'en individuelle, qui ont favorisé chez nous le développement d'habiletés et d'aptitudes en matière d'intervention.

En ce qui a trait tout d'abord à l'intervention de groupe, l'idée de devoir animer un grand groupe suscitant une certaine anxiété chez nous en début de stage. En effet, il s'agissait somme toute d'une première expérience dans ce type d'intervention et nous éprouvions de la timidité face à l'idée de nous retrouver devant un groupe de délinquants sexuels adultes. Afin de gérer cette situation, nous avons redoublé d'efforts dans notre préparation des séances afin de nous sentir le plus à l'aise possible avec la matière que nous devions présenter. Également, cette anxiété fut l'objet de discussions avec notre superviseur terrain, qui a pu nous conseiller, entre autre, quant aux différentes techniques d'animation qu'il nous était possible d'utiliser. En fin de stage, et après avoir participé à l'animation de différents types de séances de groupe, nous sommes à même de constater

que les activités que nous avons réalisées nous ont permis d'acquérir un nombre non négligeable d'habiletés et d'aptitudes en animation de groupe. Par exemple, nous avons appris à organiser et effectuer des jeux de rôle avec les clients ainsi qu'à faire un retour en groupe sur les habiletés ciblées par ces jeux de rôle. Nous avons également pu pratiquer notre savoir-faire quant au contrôle de groupe; c'est-à-dire susciter la participation des délinquants, effectuer les interventions appropriées et parvenir à livrer le contenu prévu au cours d'une séance. Également, nous avons acquis des habiletés en ce qui a trait à l'analyse de la dynamique de groupe et avons appris à utiliser de façon constructive ce que les clients apportaient comme information relativement à leur quotidien. Enfin, nous sommes d'avis que d'avoir fait l'expérience de l'animation de groupe, et d'être parvenu à intervenir dans cette situation nous a permis d'acquérir, en plus des habiletés susmentionnées, davantage de confiance en nous en tant qu'intervenante.

Pour ce qui est de l'intervention au plan individuel, les différents suivis que nous avons réalisés nous ont amené dans un premier temps à développer notre capacité d'écoute et d'observation. En effet, nous avons pu mettre en pratique certaines habiletés d'écoute, telles que le reflet et la reformulation, mais également d'écoute active, c'est-à-dire celles permettant de mettre en mots les émotions et sentiments exprimés de manière implicite par le délinquant. Nous avons observé une nette amélioration chez nous sur ce plan, tant au plan professionnel que personnel. En effet, il nous a fallu travailler, particulièrement en début de stage, sur l'identification de nos propres émotions avant de pouvoir en venir à aider les clients dans cette direction. Les suivis individuels que nous avons effectués ont également renforcé notre capacité à être empathique à l'égard des clients, tout en favorisant leur responsabilisation face à leur cheminement thérapeutique. Également, nous avons pu développer notre capacité à tolérer les silences lors d'entrevues individuelles et à utiliser ceux-ci dans un but thérapeutique. Enfin, nous sommes parvenu à élargir nos connaissances quant au processus de passage à l'acte des délinquants, particulièrement à travers les suivis individuels puisque nous avons davantage accès au vécu des clients.

Au cours de ces activités de groupe et individuelles, nous avons également dû faire face à des situations, ainsi qu'à certains comportements de la part des clients, qui nous ont amenée à ajuster nos interventions et à développer des habiletés professionnelles particulières. L'une d'entre elles est la capacité d'intervenir auprès d'un individu présentant des difficultés au niveau de l'hygiène corporel. En effet, à deux reprises au cours de notre stage, nous avons dû intervenir auprès de clients qui semblaient négliger leur hygiène. Nous constatons après ces expériences que nous sommes maintenant plus à l'aise dans la façon d'amener ces interventions aux clients et de les effectuer, sans que ceux-ci se sentent menacés et qu'ils comprennent que c'est dans l'objectif de les aider que nous intervenons en ce sens. Une seconde habileté plus spécifique que nous avons acquise est celle de réagir à un comportement de séduction de la part du client à notre égard. En effet, nous avons à quelques reprises en cours de stage été confrontée à ce type de comportement, tant implicitement qu'explicitement. Par exemple, il nous est arrivé de devoir répondre à une demande de sortie de la part d'un délinquant. Ce fut l'occasion pour nous de développer des aptitudes en tant qu'intervenante visant à mettre nos limites, à rappeler notre rôle auprès du client, tout en renforçant chez lui la démarche d'affirmation de soi.

Enfin, après un stage à la CETTCS, certains aspects de nos habiletés professionnelles demeurent à développer. Tout d'abord, nous devons continuer de fournir des efforts afin de mettre nos limites face à certains comportements inadéquats des clients, c'est-à-dire garder une distance professionnelle tout en leur offrant un soutien thérapeutique. Pour y parvenir, il s'avérera important que nous demeurions à l'écoute de ce que nous vivons en tant qu'intervenant dans le cadre de notre pratique. Ensuite, l'intervention par le biais des jeux de rôle est une habileté que nous aurions intérêt à travailler davantage. En effet, nous avons observé chez nous un certain manque de motivation à l'égard de cette modalité thérapeutique et croyons qu'il serait nécessaire que nous développions des techniques visant à mieux introduire les jeux de rôle aux clients ainsi qu'à effectuer des retours favorisant davantage l'apprentissage. Pour ce faire, nous pourrions solliciter l'aide de collègues expérimentés dans le cadre de notre travail afin d'apprendre de leurs méthodes de travail. Il nous sera également possible de rechercher des lectures portant sur cette

technique d'intervention. De façon plus spécifique à l'intervention de groupe, nous sommes d'avis que la gestion efficace du temps demeure un aspect à travailler chez nous. En effet, lors de séances de groupe, nous avons parfois de la difficulté à cadrer les interventions des participants, et ce, au détriment de ce qui était prévu comme présentation de contenu. Nous aurions donc intérêt à développer et mettre en application diverses techniques visant à mieux diriger les commentaires des participants en lien avec le contenu des séances. Afin d'y parvenir, l'élaboration d'un plan plus détaillé des séances pourrait s'avérer une stratégie efficace.

CHAPITRE III : PRÉSENTATION DU MATÉRIEL CLINIQUE

En ce qui concerne le traitement, il s'avère d'abord pertinent de souligner que les participants du programme dispensé par la Clinique d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel bénéficient tous de la même intensité d'intervention. En effet, cette thérapie tient compte des facteurs de risque présents chez les participants, mais n'adapte pas l'intensité du traitement au niveau de risque que présentent ces derniers.

Précisons également que les échelles actuarielles qui furent utilisées dans les évaluations qui suivent permettent d'estimer le risque de récidive sexuelle que représente un délinquant en le comparant avec d'autres délinquants sexuels adultes, et ce, à partir de facteurs statiques dont la corrélation avec la récidive a été démontrée.

3.1 Monsieur W

Monsieur W est un homme de 50 ans qui a été condamné à une peine de 18 mois d'emprisonnement assortie d'une ordonnance de probation de 2 ans relativement à des accusations d'agression sexuelle. Plus précisément, monsieur W aurait incité à plusieurs reprises une fillette, âgée de 3 et 5 ans au moment des événements, à toucher son pénis et à lui faire une fellation. Le client ne possède aucun antécédent criminel. Au moment de notre évaluation, monsieur W était assigné à résidence dans une maison de transition.

3.1.1 Histoire délictuelle

La victime de monsieur W était une fillette, âgée de 3 et 5 ans au moment des événements, alors inscrite à la garderie familiale de sa conjointe. Les locaux de la garderie étaient situés au domicile du sujet. Les agressions sexuelles se seraient toujours produites pendant la sieste des enfants, alors que la jeune victime n'arrivait pas à trouver

le sommeil. Monsieur W se dirigeait donc vers la pièce où se trouvaient les enfants et faisait signe à sa victime de venir le rejoindre. Il lui bandait alors les yeux avant de l'inciter à toucher son pénis ou à lui faire une fellation.

3.1.2 Histoire personnelle et sociale

Monsieur W est issu d'une famille de sept enfants, quatre filles et trois garçons, dont deux sont décédés. Le père est décédé alors que le sujet était âgé de 9 ans. Puisque ses frères ont quitté tôt le domicile familial, monsieur a grandi principalement entouré de femmes. La mère est décrite comme une femme autoritaire et il aurait habité avec cette dernière jusqu'à l'âge de 32 ans, soit jusqu'au décès de madame. Cet événement aurait déstabilisé le sujet, qui verbalise s'être senti désorganisé puisqu'il avait toujours vécu avec elle. Monsieur aurait toujours entretenu de bons liens avec ses sœurs et celles-ci l'auraient soutenu dans ses démêlés avec la justice.

Monsieur W rapporte n'avoir jamais éprouvé de difficultés particulières sur le plan scolaire et avoir toujours obtenu des résultats dans la moyenne. Il aurait été un enfant timide et tranquille, qui souhaitait éviter les problèmes. Il a terminé des études techniques dans le domaine de l'informatique et rapporte avoir par la suite toujours occupé un emploi. Enfin, monsieur W aurait toujours entretenu de bonnes relations avec ses employeurs et ses collègues de travail.

Sur le plan affectif, c'est à 25 ans que monsieur W aurait amorcé sa première relation avec une femme. En effet, il n'aurait développé aucun lien de la sorte au cours de son adolescence, et affirme qu'il possédait alors très peu de connaissances concernant les relations hommes-femmes. Au total, monsieur aurait eu trois relations significatives, dont la plus récente s'est soldée par un divorce après 15 ans d'union maritale, et ce, en raison des événements délictueux. Cette dernière conjointe est également la mère de ses trois enfants, aujourd'hui âgés de 10 à 17 ans. Le sujet décrit madame comme une femme autoritaire et affirmative.

Relativement à l'historique psychosexuel, monsieur W rapporte avoir reçu peu d'informations concernant la sexualité au cours de son enfance et verbalise que ce sujet était plutôt tabou au sein de sa famille. Outre ce manque d'éducation sexuelle et un investissement tardif dans une relation hétérosexuelle, le sujet ne rapporte aucun évènement négatif au cours de sa vie qui aurait pu avoir un impact sur sa sexualité.

3.1.3 Évaluation

Évaluation du risque

La première étape de l'évaluation consiste à déterminer les problèmes rencontrés par le délinquant et qui sont en relation avec son passage à l'acte, c'est-à-dire l'estimation du risque et l'établissement des facteurs de risque statiques et dynamiques.

Facteurs de risque statiques

L'échelle utilisée dans le cadre de l'évaluation de monsieur W est la STATIQUE-99, un outil élaboré par Hanson et Thornton (1999). Monsieur W a obtenu un score de 1, ce qui indique qu'il présente un faible risque de récidive sexuelle comparativement à d'autres délinquants sexuels adultes de sexe masculin. Les individus ayant les caractéristiques reliées à cette catégorie de risque présentent en moyenne des risques de récidive sexuelle de 6 % sur une période de 5 ans et de 7 % sur une période de 10 et 15 ans. L'unique facteur de risque statique qu'on peut accoler à monsieur W est la présence d'une victime n'ayant pas de lien de parenté avec lui.

Facteurs de risque dynamiques/besoins criminogènes

Les facteurs de risque dynamiques sont des caractéristiques du délinquant qui sont liées à son risque de récidive, qui sont modifiables et qui peuvent donc constituer des cibles d'intervention en traitement. Les besoins criminogènes de monsieur W ont pu être cernés à l'aide d'un second outil actuariel, soit le STABLE 2007 (Hanson, Harris, et coll., 2007).

Monsieur W a obtenu un score de 7 sur 26 points à cette échelle, ce qui correspond à un niveau de besoins modéré.

Un premier besoin criminogène ciblé par l'évaluation est une difficulté sur le plan de l'intimité. En effet, bien qu'il ait longtemps cohabité avec son ex-conjointe, monsieur W n'entretenait aucune relation intime au moment de l'évaluation. Il soulignait que la relation qu'il entretenait avec sa femme au moment des délits était teintée de nombreux conflits. De surcroît, il a admis éprouver de la difficulté à aborder les femmes en général et craindre d'être rejeté par elles. Par ailleurs, son réseau social n'était constitué que de ses deux sœurs et il n'avait aucune activité sociale à ce moment. Il disait vivre du rejet et de la solitude et que cette situation était souffrante pour lui. Il nous apparaissait donc que des interventions sur le plan de l'intimité étaient pertinentes dans le cas de monsieur W, particulièrement en ce qui concerne l'acquisition de compétences pour entrer en relation avec les femmes et la gestion des sentiments de rejet et de solitude.

Ensuite, le fait que la victime de monsieur W se trouvait au stade prépubère au moment des agressions et qu'il ait verbalisé avoir été attiré physiquement par elle nous indique la possibilité d'un intérêt sexuel déviant chez le délinquant. Notons que les préférences sexuelles de monsieur W ont été examinées grâce à l'évaluation des intérêts sexuels par la pléthysmographie pénienne, mais cette procédure a été interrompue prématurément compte tenu de l'absence totale de réaction de la part du sujet et de difficultés techniques. Il n'a donc pas été possible de se prononcer quant à la présence ou non de préférences sexuelles déviantes chez le sujet au moyen de cette évaluation. Enfin, il est possible que le sujet puisse avoir recours à l'occasion à la sexualité comme mécanisme de gestion (*coping*) des émotions négatives. En effet, des renseignements collatéraux nous ont permis d'apprendre que monsieur W aurait eu recours à la pornographie sur Internet à l'époque des délits, particulièrement lorsqu'il vivait des insatisfactions et du stress. La version que nous a offerte monsieur W est qu'il allait plutôt regarder des images de vedettes féminines américaines afin d'oublier ses tracas quotidiens. Ajoutons que le fait qu'il a commis ses délits sexuels dans une période de sa vie où il vivait des difficultés sur les plans personnel (conflits conjugaux) et professionnel (surmenage, changement

d'horaire, fatigue) nous permet d'avancer l'hypothèse du recours à la sexualité comme mécanisme d'adaptation. Cette piste sera à explorer en cours de traitement en plus de la présence possible d'intérêts sexuels déviants.

Finalement, l'évaluation des facteurs de risque dynamiques nous indique, d'une part, que monsieur W semble présenter une faible aptitude cognitive à la résolution de problème. En effet, il éprouve de la difficulté à trouver des solutions à ses problèmes et a tendance à se laisser envahir par ceux-ci. Cette attitude passive nous amène donc à cibler la résolution de problème comme un besoin criminogène auquel travailler en traitement. De plus, monsieur W semble éprouver de la difficulté à gérer les émotions négatives, particulièrement la frustration et le sentiment de persécution, puisqu'il présente des réactions excessives et semble souvent envahi par ce type d'émotions. Il se montre toutefois ouvert à modifier ses stratégies pour faire face à ses difficultés.

Modèle des vies saines

La première étape de l'évaluation de la dynamique de monsieur W selon le modèle des vies saines consistait à répertorier ses facteurs de risque dynamiques et à examiner le lien entre ceux-ci et les passages à l'acte délictueux. Ensuite, la relation entre la poursuite des besoins de vie primaires et les délits sera évaluée dans le but de déterminer si le délinquant a emprunté une trajectoire directe ou indirecte vers l'agression sexuelle. Du même coup, nous établirons quels sont les besoins qu'il a pu chercher à combler par ses passages à l'acte, en plus de déterminer leur implication pour l'identité ou le mode de fonctionnement de monsieur W. Enfin, ses priorités en matière de besoins seront considérées, ainsi que les composantes de l'environnement dans lequel il devra appliquer son plan de vie et travailler à sa réinsertion sociale.

Au moment des délits, monsieur W rapporte qu'il faisait souvent l'objet de critiques de la part de sa femme et qu'il se sentait alors persécuté et rejeté. Il ajoute que la communication dans le couple était quasi inexistante et que les échanges entre les deux partenaires tournaient principalement autour des conflits qui subsistaient entre eux.

Ces éléments nous indiquent que monsieur W pouvait éprouver des difficultés à ce moment relativement à son besoin d'être en relation, soit de se sentir aimé et soutenu. De surcroît, la qualité des activités sexuelles conjugales se détériorait (fréquence et satisfaction), suggérant que le besoin de satisfaction sexuelle n'était pas comblé. Afin de gérer cette situation inconfortable, le sujet rapporte avoir tenté d'éviter les confrontations avec sa conjointe, être demeuré passif et avoir géré ses émotions désagréables, entre autres, en s'évadant sur des sites Internet (sites de vedettes hollywoodiennes). Cette information concorde avec l'hypothèse selon laquelle monsieur W éprouverait de la difficulté à résoudre les problèmes, que ce soit par l'affirmation de soi ou la gestion adéquate de ses émotions.

Le sujet vivait également des changements sur le plan professionnel au moment des départs, suscitant chez lui de l'anxiété et de l'épuisement. En effet, il entreprenait un nouvel horaire, travaillant le soir, et éprouvait de la difficulté à dormir étant donné que sa conjointe tenait une garderie à leur domicile durant la journée. Ajoutons à cela que monsieur W éprouvait des problèmes de santé physique (diabète). Ces éléments indiquent une difficulté dans l'atteinte du besoin primaire d'être en santé. Encore une fois, le sujet semble être demeuré passif et n'avoir appliqué aucune stratégie dans le but de résoudre ces difficultés.

Monsieur W rapporte avoir été longtemps actif sur le plan social et avoir considéré cet aspect comme important pour l'actualisation de soi. Or, au moment des passages à l'acte, il avait abandonné toutes ses activités sociales depuis quelques années pour plaire à sa conjointe et se consacrer entièrement à sa famille. Il semble donc que malgré l'importance de son besoin de socialisation et le fait qu'il fasse partie de son identité personnelle, il n'utilisait pas de moyen afin de le combler à ce moment de sa vie.

Enfin, monsieur W a affirmé à plusieurs reprises qu'il se sentait contrôlé par sa conjointe à l'époque des passages à l'acte et qu'il éprouvait donc le sentiment de ne pas être libre et maître de lui-même. Cette situation semble avoir suscité chez monsieur W des sentiments de colère et de frustration, ce qui nous indique qu'il pouvait y avoir un problème en ce

qui concerne l'atteinte des besoins d'autonomie et de pouvoir. Monsieur rapporte ne pas avoir verbalisé son sentiment d'hostilité et être demeuré passif relativement à la situation ; il n'aurait pas été en mesure d'exprimer ses émotions désagréables.

Il semble donc que certains besoins primaires de monsieur W n'étaient pas comblés adéquatement au moment des passages à l'acte. Bien qu'il dise avoir ressenti ces manques à cette époque, il ne semble pas avoir été en mesure d'appliquer des stratégies adéquates visant à les combler. En effet, il manquait d'habiletés dans les domaines de la résolution de problème, de la gestion des émotions et de l'affirmation de soi. Par exemple, il vivait des émotions négatives telles la colère et la frustration en raison des critiques constantes de sa conjointe. Éprouvant de la difficulté à s'affirmer adéquatement, il a pu tenter de combler son besoin de pouvoir en exerçant celui-ci sur sa victime. Monsieur W a aussi pu utiliser la fillette dans le but de combler ses besoins d'affection et de sexualité, car il était incapable de résoudre les conflits qui faisaient ombre à la satisfaction saine de ces besoins dans son couple. Enfin, sa difficulté à bien gérer les émotions d'anxiété suscitées par ses problèmes sur les plans professionnel et de la santé a pu l'amener à recourir à la sexualité déviante comme mécanisme d'adaptation. Considérant tout ce qui précède, il semble que la route empruntée par monsieur W vers l'agression sexuelle fut indirecte. En effet, c'est à défaut d'avoir été capable de satisfaire adéquatement ses besoins de vie primaires avec les adultes qu'il s'est tourné progressivement vers un enfant, avec qui il lui semblait plus facile de combler ses besoins.

3.1.4 Traitement

Dans le cadre de son traitement, monsieur W bénéficiait de deux rencontres de groupe par semaine, l'une visant la gestion du quotidien et l'autre une habileté particulière constituant un facteur de risque chez plusieurs délinquants sexuels. En parallèle, des rencontres individuelles hebdomadaires avaient lieu où l'approche utilisée était principalement basée sur le modèle des vies saines, incluant l'évaluation constante des facteurs de risque dynamiques.

Ainsi, dans le cadre de ces rencontres individuelles avec monsieur W, un premier objectif fut de l'amener à déterminer les buts qu'il poursuivait par l'intermédiaire des délits sexuels commis et comment cela pouvait être mis en relation avec ses besoins de vie primaires (santé/vie, contrôle, socialisation, intimité/affection, sexualité). Pour ce faire, le modèle des vies saines a d'abord été présenté à monsieur W par le biais principalement de discussions. Il a été amené à réfléchir à ses besoins et à la façon dont il tentait d'y répondre au moment des passages à l'acte. En outre, la lecture de certains rapports inclus dans son dossier l'a aidé à prendre conscience de son mode de fonctionnement à l'époque des agressions et à le comprendre.

Par la suite, il fut nécessaire de sélectionner les besoins de vie prédominants dans la vie du sujet, c'est-à-dire ceux qui sont les plus importants pour lui et qui sont intimement liés à son identité, à ses valeurs et à sa perception de soi, des autres et du monde. À cet égard, cette étape du traitement a consisté à déterminer, en collaboration avec monsieur W, les principales cibles de traitement, sur la base de sa motivation à ne pas récidiver, ainsi que les stratégies qu'il maîtrisait déjà (ses forces) dans le but de les renforcer. Ainsi, les besoins centraux trouvés par le délinquant furent, en ordre de priorité : la sécurité sur le plan financier, la famille, la socialisation, l'affection et l'intimité avec une femme. Pour chacun des besoins ciblés, des buts précis furent établis par monsieur W dans le cadre des rencontres individuelles. Tout d'abord, relativement à la sécurité financière, monsieur W souhaitait se trouver un emploi en priorité. Pour ce faire, il a été amené à définir ses attentes en matière d'emploi tout en demeurant vigilant par rapport à ses situations à risque étant donné le contexte dans lequel il se trouvait peu avant les passages à l'acte délictueux. Par exemple, le sujet a pris conscience que certains horaires de travail risquaient de lui occasionner des problèmes de sommeil ainsi que des émotions négatives. La recherche d'emploi a donc été orientée en ce sens. Un deuxième objectif du plan de vie de monsieur W, en relation avec un besoin de vie prioritaire pour lui, était de se rapprocher davantage des membres de sa famille immédiate. En effet, les contacts avec ses enfants étaient limités en raison de sa situation judiciaire. Ensuite, monsieur W souhaitait être plus actif sur le plan social, tout comme il l'avait été avant son mariage. Il

éprouvait toutefois de la difficulté à déterminer ses attentes sur ce plan et fut donc renvoyé à la travailleuse sociale de la CETTCS. Enfin, un dernier besoin touché dans le plan de vie saine du délinquant était l'intimité avec une femme. Il est à noter que monsieur W était célibataire à ce moment. En entrevue individuelle, il fut donc amené à cibler ses attentes quant aux caractéristiques qu'il recherchait chez une femme ainsi que des moyens concrets qui lui permettraient de rencontrer une personne du sexe opposé. Quant à la satisfaction de ses besoins en matière de sexualité, pour monsieur W, elle allait de pair avec l'intimité avec une femme. Toutefois, nous l'avons conscientisé à l'importance de demeurer à l'écoute de ses besoins et à trouver des moyens de rechange lui permettant de se satisfaire adéquatement en l'absence d'une relation avec une femme.

Une autre étape du traitement avec monsieur W consistait à déterminer les besoins secondaires ou instrumentaux, c'est-à-dire les habiletés ou les conditions qui seraient nécessaires à la satisfaction adéquate de ses besoins de vie primaires. À ce chapitre, il fut établi que monsieur W devrait travailler à acquérir plus d'habiletés sociales pour entrer en relation avec les femmes. Les habiletés en matière de résolution de problème furent également ciblées comme objectif de traitement, de même que les habiletés de gestion des émotions et d'affirmation de soi. En plus des ateliers de groupe auxquels il assistait déjà, les différents moyens utilisés afin d'aider monsieur W dans l'acquisition de ces compétences furent la discussion, le jeu de rôle, l'auto-observation, l'écriture ainsi que l'application de certaines habiletés dans son quotidien. À titre d'exemple, monsieur W a été amené à s'affirmer par rapport à son ex-conjointe en lui adressant une demande relativement à la garde de leurs enfants. De plus, nous l'avons encouragé à plusieurs reprises à exprimer les émotions négatives qu'il vivait relativement à sa situation en maison de transition. Il est à noter que l'environnement dans lequel le délinquant se trouvait dans la collectivité a été considéré dans l'élaboration du plan de traitement ainsi que lors des différentes interventions.

3.1.5 Progrès en traitement

La réponse au traitement de monsieur W en début de suivi fut plutôt passive. En effet, il éprouvait de la difficulté à se mettre en action quant aux objectifs qu'il s'était fixés et ne parvenait pas à mettre en application les stratégies apprises dans le cadre de son quotidien. Toutefois, il se disait toujours motivé à changer et continuait d'assister aux rencontres individuelles bien que cette portion du traitement ne lui soit pas imposée. Peu à peu, il parvint à s'activer et sa démarche a semblé commencer réellement lorsqu'il décrocha un emploi convenant à ses besoins en la matière. À partir de ce moment, il se montra plus ouvert à participer à des activités sociales et à faire preuve d'affirmation de soi dans son entourage. Relativement à son besoin de se rapprocher de ses enfants, monsieur W a dû fournir des efforts considérables afin de s'affirmer devant son ex-conjointe. Il semble qu'il ait pu lui-même constater les bénéfices de l'affirmation de soi puisqu'il est parvenu à ses buts sur ce plan, c'est-à-dire qu'il a obtenu le droit de recevoir ses enfants à son domicile.

Quant à la sphère sociale, comme ce besoin ne représentait pas une priorité à court terme pour le sujet, c'est plus tardivement qu'il commença ses démarches, entre autres par le biais de rencontres avec la travailleuse sociale de la CETTCS. En fin de suivi, il avait commencé à nommer des activités qui pourraient l'intéresser et en était à ses premières démarches en ce sens. Soulignons que nous avons su qu'il s'était inscrit à une activité de danse après son suivi individuel et qu'il y avait rencontré une femme qui devint son amie de cœur.

Enfin, un travail important a dû être effectué par monsieur W en cours de traitement sur le plan de la gestion des émotions négatives. En effet, celui-ci verbalisait beaucoup de frustrations relativement à ce qu'il vivait à la maison de transition ainsi que dans le cadre de sa relation avec son ex-conjointe. À cet égard, il a utilisé diverses techniques afin de ventiler ses émotions négatives et a réussi à faire des demandes et à s'affirmer par rapport aux personnes concernées, ce qu'il fut en mesure de réaliser davantage en fin de suivi.

En résumé, le traitement individuel de monsieur W lui a d'abord permis de prendre conscience du rôle qu'a pu jouer la satisfaction de ses besoins primaires dans sa problématique de délinquance sexuelle. Par la suite, il a pu reconnaître les besoins auxquels il accordait plus d'importance et a été amené à travailler à la satisfaction adéquate de ceux-ci. Il semble être parvenu à satisfaire son besoin de sécurité financière en décrochant un bon emploi ainsi que son besoin de rapprochement familial. Il a également amorcé ses démarches sur le plan social et celles-ci semblent avoir été fructueuses à plus long terme. Quant à ses besoins en matière d'affection et de sexualité, le suivi individuel ne lui a pas permis d'atteindre ses objectifs immédiatement, mais ces derniers semblent avoir été réalisés à plus long terme considérant les informations obtenues récemment. Enfin, l'affirmation de soi et la gestion des émotions négatives ont sans doute représenté un grand défi pour monsieur W, qui a éprouvé de la difficulté à passer à l'action sur ces plans. Néanmoins, une amorce de changement a été observée au terme du suivi. Il sera primordial qu'il poursuive son travail concernant ces habiletés, puisqu'elles pourront contribuer de façon significative à la satisfaction adéquate de ses besoins dans le futur.

3.2 Monsieur L

Monsieur L est un homme de 65 ans qui fut envoyé par son médecin à la Clinique d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel (CETTCS), après qu'il se soit adonné à certaines activités sexuelles excessives et qu'il ait verbalisé des intérêts héphérophiles hétérosexuels. Toutefois, il importe de souligner que monsieur L avait été dirigé vers cette même Clinique au début des années 1980 après avoir été condamné à six mois d'emprisonnement relativement à des accusations d'agression sexuelle à l'endroit de sa nièce, âgée de 14 ans à l'époque. L'évaluateur avait alors conclu que le sujet n'avait pas besoin de traitement. Monsieur L a révélé avoir aussi commis des agressions sexuelles sur sa fille au cours de la même décennie. À ce jour, ces derniers passages à l'acte n'auraient pas fait l'objet d'une judiciarisation.

3.2.1 Histoire délictuelle

Concernant d'abord les motifs à l'origine de la référence à la CETTCS, monsieur L rapporte avoir adopté plusieurs comportements sexuels inappropriés. Tout d'abord, il se serait inséré plusieurs objets dans l'urètre (thermomètre, fil de nylon, fil électrique) dans le but de stimuler son pénis. Ensuite, il a avoué avoir tenté, au cours des mois précédents l'incident, de stimuler ce même organe à l'aide d'un aspirateur. Enfin, monsieur L entretiendrait des fantasmes de procéder à l'enlèvement d'adolescentes et de s'adonner à des activités sexuelles avec elles.

En ce qui a trait à ses antécédents, monsieur rapporte avoir fait des attouchements sexuels à sa fille à environ quatre occasions, alors que cette dernière était âgée de 10 ans. Aucune plainte à la police n'aurait été portée relativement à ces gestes. Il aurait par la suite agressé deux fois sa nièce âgée de 14 ans, alors qu'il était responsable de sa garde. Il fut condamné au milieu des années 1980 pour ces infractions. Aux dires de monsieur L, les passages à l'acte auraient toujours été prémédités et ils seraient survenus dans une période où il vivait des difficultés conjugales importantes et où il consommait abusivement de l'alcool.

3.2.2 Histoire personnelle et sociale

Monsieur L provient d'une famille de 13 enfants, 7 filles et 6 garçons, dont il occuperait le sixième rang. Le père serait décédé par suicide alors que le sujet était âgé de 40 ans ; c'est le sujet qui aurait fait la découverte de son corps. Il rapporte s'être toujours senti responsable du décès de son père. Ce dernier était décrit par monsieur L comme un individu violent, verbalement et physiquement, en plus d'être alcoolique. La mère, quant à elle, était perçue comme une femme autoritaire et peu affectueuse. Les conflits entre les parents auraient été réguliers et monsieur L affirme avoir été souvent témoin de leurs disputes. Le milieu familial semble donc avoir été une source de stress et d'évènements traumatisants pour le sujet au cours de l'enfance. Ce dernier conserverait néanmoins de bons liens avec les membres de sa fratrie.

Sur le plan scolaire, monsieur L aurait présenté des troubles d'apprentissage sévères. Il aurait mis fin à ses études à l'âge de 15 ans, alors qu'il ne se trouvait qu'en cinquième année du primaire, dans le but de travailler à la ferme laitière appartenant à son père. Il serait devenu bûcheron, puis propriétaire de cette même ferme, qu'il sera contraint de vendre quelques années plus tard, éprouvant d'importantes difficultés financières. Après cet événement, monsieur L aurait déniché un poste de mécanicien dans une usine, emploi qu'il conservera pendant près d'une vingtaine d'années. Son revenu actuel serait sa pension de retraité. Les difficultés financières auraient été récurrentes au cours de la vie de monsieur L.

Relativement à son histoire sociale, monsieur se décrit comme ayant été un enfant timide, manquant d'assurance et possédant peu d'habiletés sociales. Il aurait éprouvé beaucoup de difficulté à établir des contacts sociaux et se disait méfiant et craintif par rapport aux autres.

Monsieur L affirme n'avoir jamais reçu d'éducation sexuelle à la maison. Cependant, il aurait rapidement et considérablement investi la sexualité durant son enfance. En effet, il se serait initié à la masturbation relativement tôt dans sa vie et aurait eu recours à cette pratique régulièrement. Il se serait aussi adonné à plusieurs relations sexuelles avec les membres de sa fratrie, dont des contacts sexuels avec l'un de ses frères sur une période de quatre ans, du voyeurisme à l'endroit de ses sœurs adolescentes ainsi que des attouchements sur l'une de ses sœurs. De surcroît, le sujet rapporte avoir pratiqué des activités zoophiles sur un veau au début de son adolescence.

Sur le plan affectif, monsieur L n'aurait entretenu aucune relation sexuelle ni amoureuse au cours de son adolescence. C'est à 21 ans qu'il amorcera sa première relation affective avec une femme, qu'il épousera par la suite. Trois enfants seraient nés de cette union : deux filles et un garçon. Monsieur L fut rapidement déçu de cette liaison, car, selon ses dires, il aurait constaté lors de leur première relation sexuelle que la nouvelle mariée n'était pas vierge. Il rapporte s'être alors senti trompé et avoir entretenu de la frustration à l'égard de sa partenaire tout au long de leur mariage. Monsieur L aurait été marié pendant

vingt-trois ans, leur union ayant pris fin puisque sa conjointe entretenait une relation extraconjugale depuis deux ans. C'est au cours de cette période de séparation qu'il aurait commis les agressions sexuelles sur sa fille et sa nièce. Monsieur L rapporte enfin qu'il ne se serait pas marié par amour, mais plutôt pour éviter d'être seul. Il n'aurait pas mis fin à la relation de couple malgré ses insatisfactions afin d'éviter de dissoudre la famille, selon ses dires. L'alcoolisme de monsieur L aurait également teinté la vie affective et familiale tout au long du mariage. Après son divorce, le sujet aurait craint d'être de nouveau trompé par une femme et il lui aurait donc fallu près de vingt ans avant qu'il ne parvienne à s'investir dans une autre relation affective. Actuellement, il fréquente cette compagne depuis près de trois ans. Les rapports sexuels entre eux seraient peu fréquents, étant donné les difficultés érectiles de monsieur L.

3.2.3 Évaluation

Évaluation du risque

La première étape de l'évaluation consiste à déterminer les problèmes rencontrés par le délinquant et qui sont en rapport avec ses passages à l'acte, c'est-à-dire l'estimation du risque et l'établissement de la liste des facteurs de risque statiques et dynamiques.

Facteurs de risque statiques

L'échelle utilisée dans le cadre de l'évaluation de monsieur L est la STATIQUE-99, un outil élaboré par Hanson et Thornton (1999). Le résultat obtenu par monsieur L correspond à la catégorie de risque « faible ». Les individus présentant les caractéristiques reliées à cette catégorie de risque présentent en moyenne des risques de récidive sexuelle de 6 % sur une période de 5 ans, de 11 % sur une période de 10 ans et de 13 % sur une période de 15 ans. Aucun facteur de risque statique n'a été trouvé chez monsieur L à l'aide de la STATIQUE-99.

Facteurs de risque dynamiques/besoins criminogènes

Les facteurs de risque dynamiques sont des caractéristiques du délinquant qui sont liées à la récidive et qui peuvent être modifiées. Ils constituent donc des cibles d'intervention en traitement. Les besoins criminogènes de monsieur L ont pu être cernés à l'aide d'un second outil actuariel, soit le STABLE 2007 (Hanson et Harris, 2007). Le score obtenu par monsieur L à cette échelle correspond à un niveau de besoin « modéré ». Les facteurs de risque trouvés chez le sujet sont : la capacité d'avoir une relation stable, le rejet social et la solitude, la faible aptitude à la résolution de problème, les émotions négatives, les préoccupations sexuelles/libido, les relations sexuelles comme mécanisme d'adaptation et les intérêts sexuels déviants.

Tout d'abord, sur le plan de l'intimité, un premier besoin criminogène ciblé chez monsieur L était la capacité d'avoir une relation stable. En effet, monsieur L a été en union maritale pendant plus de vingt ans. Toutefois, cette relation était teintée de plusieurs insatisfactions et de conflits. En outre, même s'il fréquentait une femme depuis quelque temps au moment de la présente évaluation, monsieur L ne cohabitait pas avec elle. Ensuite, l'élément rejet social/solitude était un facteur présent chez monsieur L puisque, d'une part, ce dernier présentait une difficulté de longue date à établir des contacts sociaux et, d'autre part, il apparaissait comme un individu solitaire et assez isolé, et il verbalisait sa méfiance à l'égard des autres adultes, craignant entre autres d'être blessé et rejeté. L'évaluation permettait donc de retenir l'intimité comme une cible d'intervention privilégiée chez monsieur L. Plus précisément, il nous semblait pertinent d'inclure dans le plan de traitement des objectifs visant l'acquisition de compétences nécessaires au développement d'une relation stable satisfaisante et à la gestion des sentiments de rejet social et de solitude.

L'évaluation des facteurs de risque dynamiques nous indiquait ensuite des déficits dans la résolution de problème et la gestion des émotions négatives. Tout d'abord, monsieur L semblait éprouver de la difficulté à trouver des solutions efficaces à ses problèmes. Il chercherait davantage à fuir ou à éviter les difficultés, ou plutôt à s'appuyer sur d'autres

personnes afin de l'aider à résoudre ses problèmes courants. Avec son entourage, il a tendance à adopter une attitude de soumission lorsqu'il a des conflits interpersonnels, au risque d'alimenter ses propres frustrations. Des interventions visant le développement d'habiletés liées à l'affirmation de soi et à la résolution de problème s'avéraient donc pertinentes. Ensuite, monsieur L semblait avoir tendance à se montrer rancunier ainsi qu'à ruminer les événements difficiles et les émotions négatives, telles que l'hostilité et la frustration. Il se montrait méfiant par rapport aux femmes adultes et avait tendance à se positionner en victime relativement à elles, surtout en ce qui concerne la mère de ses enfants. Toutefois, monsieur L se montrait ouvert aux suggestions pouvant lui permettre d'affronter les contrariétés de façon constructive et d'acquérir des habiletés de gestion adéquate des émotions. Il s'avérait donc pertinent d'approfondir le travail relativement à ce besoin criminogène en cours de traitement.

Par la suite, plusieurs besoins criminogènes ont été cernés relativement à la maîtrise de soi sur le plan sexuel chez monsieur L. Premièrement, en ce qui a trait aux intérêts sexuels déviants, les préférences sexuelles du sujet ont été examinées grâce à l'évaluation des intérêts sexuels par la pléthysmographie pénienne. Les résultats ont montré que monsieur présente des intérêts sexuels déviants (garçons et filles prépubères, masochisme) non exclusifs. De surcroît, il avoue ouvertement être attiré sexuellement par les adolescentes ainsi que les jeunes filles et affirme souffrir de cette tendance. Il ajoute qu'il ne se donnait pas le droit de s'exciter avec ce type de fantaisies depuis les délits sexuels à caractère pédophile qu'il a commis dans le passé. Il s'avère ainsi possible que ses troubles érectiles, dont il a été mention précédemment, soient liés au choix de son répertoire de fantaisies qui n'est visiblement pas assez érogène pour lui. Ces données nous permettent d'établir que les intérêts sexuels déviants constituent une cible de traitement prioritaire chez monsieur L.

Toujours sur le plan sexuel, le facteur de risque « préoccupations sexuelles/libido » semble être présent chez le sujet. En effet, des comportements sexuels récurrents et excessifs (insertion d'objets dans l'urètre) sont à l'origine de sa venue à la CETTCS. De plus, le sujet a rapporté des pensées sexuelles déviantes qui semblent être envahissantes

en plus d'avoir verbalisé des préoccupations relativement à des délits sexuels. Enfin, il a avoué se masturber quotidiennement. À cet égard, il recourrait plus fréquemment à cette pratique ainsi qu'à d'autres comportements sexuels lorsqu'il ressentirait de l'anxiété ou d'autres émotions négatives. Par exemple, il a raconté que lorsque sa copine quitte la ville pour quelque temps et qu'il éprouve de l'ennui ainsi que de l'anxiété, il aurait recours à la masturbation plusieurs fois par jour et adopterait des comportements à connotation sexuelle hors du commun. Ainsi, l'utilisation de la sexualité comme mécanisme d'adaptation apparaît également comme un besoin criminogène présent chez monsieur L, lequel nécessitera des interventions.

Modèle des vies saines

La première étape de l'évaluation de la dynamique de monsieur L selon le modèle des vies saines consistait à répertorier ses facteurs de risque dynamiques et à examiner le lien entre ceux-ci et les passages à l'acte délictueux. Ensuite, la relation entre la satisfaction des besoins de vie primaires et les délits sera évaluée dans le but de déterminer si le délinquant a emprunté une trajectoire directe ou indirecte vers l'agression sexuelle. Du même coup, les besoins primaires qu'il a pu chercher à combler par le biais de ses passages à l'acte seront déterminés, en plus de leur implication pour l'identité ou le mode de fonctionnement du sujet. Soulignons que les délits auxquels nous ferons référence au cours de l'évaluation de monsieur L seront ceux qu'il a commis au cours des années 1980 à l'endroit de sa fille et de sa nièce, considérant qu'il a été adressé à la CETTCS pour des gestes non délictueux, mais qu'il n'avait jamais participé à un traitement relativement aux délits commis dans le passé. Enfin, les priorités de monsieur L en matière de besoins seront considérées ainsi que les composantes de l'environnement dans lequel il devra appliquer son plan de vie.

Il semble que monsieur L vivait de la colère ainsi que de la frustration à l'égard de son épouse au moment des délits. En effet, cette dernière était qualifiée par le sujet de « sorteuse » et monsieur L croyait que madame le trompait. De plus, le sujet ruminait des émotions négatives depuis les débuts de leur union, puisqu'il affirme avoir été déçu de

constater que sa femme n'était pas vierge au moment de leur mariage. Enfin, des disputes survenaient régulièrement entre les deux parties du fait que, selon monsieur L, madame négligeait ses tâches de mère. Manquant d'habiletés sociales et craignant le rejet, le sujet n'a pas été en mesure de s'affirmer avec sa conjointe. Cette situation persistante aurait, à moyen terme, fait ombrage à la bonne communication dans le couple. Monsieur L semblait donc éprouver d'importantes difficultés à satisfaire adéquatement son besoin d'être en relation ouverte et respectueuse et son besoin d'affection.

Sur le plan sexuel, le sujet mentionne que la fréquence à laquelle il avait des relations sexuelles avec sa compagne était satisfaisante pendant les premières années de mariage. Toutefois, il en était autrement au cours des mois précédant les premiers délits sexuels à l'endroit de sa fille. En effet, cette fréquence aurait grandement diminué, provoquant beaucoup d'insatisfactions sur le plan sexuel chez monsieur L. Ainsi, il apparaît évident qu'il subsistait des problèmes de satisfaction liés au besoin de sexualité.

Quant au besoin de vie primaire relié à l'équilibre émotionnel, il est possible de soupçonner que les moyens utilisés par monsieur L pour le satisfaire au moment des délits étaient inadéquats. En effet, le sujet avait régulièrement recours à la consommation d'alcool afin de gérer ses émotions négatives. Un autre moyen utilisé par monsieur L afin de gérer ses émotions négatives (colère, anxiété, frustration) fut la sexualité (masturbation, pornographie, fantasmagie déviante). Ainsi, le fait qu'il semble avoir choisi le sexe comme mécanisme d'adaptation peut représenter un indice que son besoin d'être en équilibre émotionnel était insatisfait au moment du passage à l'acte. De surcroît, l'utilisation de ce moyen inadéquat a sans aucun doute favorisé les passages à l'acte déviants.

Enfin, monsieur L a rapporté qu'il était relativement isolé socialement dans cette période de sa vie. Il ne participait à aucune activité sociale et, outre les moments où il travaillait, il passait le plus clair de son temps à son domicile, seul ou en présence de ses enfants ou de sa nièce. Son besoin de socialisation ne semblait donc pas comblé, et ce, bien qu'il dise avoir souffert de cette situation.

Au cours de la même période, soit celle des délits, monsieur L a raconté que sa conjointe était souvent absente de leur domicile et qu'il se trouvait donc régulièrement chargé de la garde de ses enfants et parfois de leur nièce. Il avoue alors avoir entretenu des fantasmes déviants impliquant sa fille puis sa nièce. Il aurait eu tendance à entretenir ses pensées déviantes, puisque celles-ci étaient également source de plaisir et de réconfort pour lui. Il semble avoir eu recours à la consommation d'alcool afin de gérer à la fois ses émotions négatives et ses pensées envahissantes. Toutefois, ce comportement a visiblement contribué aux passages à l'acte, considérant son action désinhibitrice.

En somme, certains besoins primaires n'étaient pas comblés adéquatement chez monsieur L au moment des délits. De plus, celui-ci semblait ressentir de l'hostilité ainsi que du rejet, et il présentait des lacunes sur les plans de l'affirmation de soi et de la gestion des émotions. Tous ces éléments, jumelés à un contexte où des victimes potentielles étaient accessibles, auraient poussé le sujet à commettre des agressions sexuelles sur sa fille et sa nièce. Considérant que les moyens qu'il a utilisés afin de satisfaire ses besoins primaires furent inadéquats (par exemple, la consommation d'alcool) et que son manque d'habiletés sociales avec les adultes a sans doute contribué au fait qu'il s'est plutôt tourné vers des enfants afin de combler ses besoins d'affection, de sexualité et de socialisation, il apparaît que la route menant à l'agression sexuelle fut indirecte.

3.2.4 Traitement

Au cours de son traitement, monsieur L bénéficiait de rencontres de groupe visant la gestion du quotidien ainsi que des habiletés particulières (la gestion des intérêts sexuels déviants par la technique de la satiété ainsi que la résolution de conflits au moment du suivi avec nous). En parallèle, des rencontres individuelles hebdomadaires avaient lieu et l'approche qui y était utilisée était principalement basée sur le modèle des vies saines, incluant l'évaluation constante des facteurs de risque dynamiques.

Dans le cadre des rencontres individuelles, il est apparu évident que monsieur L présentait peu de résistance au changement et que, conséquemment, il était réceptif au traitement. La perception que le sujet avait à l'égard des délits sexuels commis était en opposition avec la définition de son identité personnelle, c'est-à-dire qu'il ne se reconnaissait pas dans les gestes délictueux et affirmait que ces derniers ne concordaient en aucun point avec ses valeurs personnelles. Il exprimait aussi la volonté de ne pas récidiver et était enclin à mettre en application les stratégies apprises en traitement. Un premier objectif du suivi individuel fut donc d'aider monsieur L à reconnaître les besoins fondamentaux impliqués dans les passages à l'acte délictueux (par exemple, ceux concernant la sexualité et le contrôle). Par la suite, on put sélectionner les besoins de vie les plus importants pour le sujet, soit ceux liés à son identité, à ses valeurs ainsi qu'à ses perceptions. Ceux-ci devaient représenter des cibles d'intervention pour la continuité du suivi individuel. Ainsi, les besoins centraux ciblés pour le plan d'intervention, choisis en collaboration avec monsieur L, furent, en ordre de priorité, le besoin d'être en relation (intimité/sexualité), la famille et la sécurité sur le plan financier. Concernant chacun de ces besoins, le sujet fut amené à préciser des buts et ses attentes. Ainsi, sur le plan sexuel, il souhaitait être en mesure de gérer adéquatement ses intérêts sexuels, c'est-à-dire éliminer ses fantasmes déviantes et augmenter son attirance sexuelle envers sa conjointe. En effet, monsieur L rapportait éprouver des difficultés reliées à l'excitation lorsqu'il entretenait des rapports sexuels avec madame et verbalisait des insatisfactions relativement à leurs relations intimes. Considérant la place importante qu'a occupée la sexualité tout au long de la vie du sujet ainsi que le nombre élevé de comportements sexuels déviant qu'il a adoptés par le passé, une première étape du traitement par le suivi individuel fut d'examiner l'histoire de vie sexuelle de monsieur L. Pour ce faire, le sujet a dû recenser l'ensemble de ses pratiques sexuelles, et ce, depuis l'enfance. Cet exercice avait comme objectif de l'amener à prendre conscience de la fonction qu'a pu occuper la sexualité au cours de sa vie. Par exemple, il a été à même de constater qu'il avait souvent eu recours à la sexualité dans le but de gérer certaines émotions désagréables telles que la colère, l'ennui et le rejet. Monsieur L participait à ce moment à l'atelier sur la satiété verbale (un traitement comportemental qui vise à réduire l'excitation découlant de stimulus sexuels déviant par la répétition verbale de scénarios déviant) au sein du

groupe de thérapie. Les rencontres individuelles nous ont donc permis de l'accompagner dans les travaux qu'exigeait cet atelier. De plus, des exercices supplémentaires lui ont été suggérés, considérant la présence de fantaisies sexuelles déviantes décrites comme envahissantes par le sujet. Cette démarche visait d'une part l'extinction des fantasmes déviantes et l'augmentation de l'excitation à l'égard de la conjointe. Enfin, une rencontre de couple fut organisée dans le but de favoriser la communication entre partenaires.

Un deuxième objectif du plan de vie de monsieur L, en relation avec un besoin de vie prioritaire pour lui, était de rétablir une bonne communication avec sa fille et d'améliorer la relation père-fille. Le sujet soulignait alors que les contacts avec sa fille suscitaient chez lui des émotions désagréables, telles que la déception et la peur, et il entretenait plusieurs scénarios visant à s'expliquer la situation. Or, il se disait incapable de vérifier ses perceptions auprès de la personne concernée. Il avait donc pour objectif de s'affirmer avec sa fille dans le but de diminuer ses émotions négatives et d'améliorer le lien avec celle-ci. Ensuite, monsieur L souhaitait stabiliser sa situation financière, car celle-ci représentait une source de stress importante à ce moment. En effet, le sujet désirait conserver son domicile parce qu'il constituait un moyen de satisfaire adéquatement son besoin d'autonomie. Toutefois, sa situation financière ne le lui permettait plus. Par le biais des rencontres individuelles et de démarches entreprises dans son quotidien, il a mis en branle un processus de résolution de problème afin d'explorer plusieurs solutions.

Une autre étape du traitement avec monsieur L consistait à déterminer les besoins secondaires ou instrumentaux, c'est-à-dire les habiletés ou les conditions qui seraient nécessaires à la satisfaction adéquate de ses besoins de vie primaires. À ce chapitre, il fut clair que monsieur L devrait travailler à acquérir davantage d'habiletés sociales lui permettant de s'affirmer adéquatement avec sa fille et sa conjointe. L'affirmation de soi fut donc l'objet de plusieurs interventions dans le cadre du suivi individuel. Les habiletés en matière de résolution de problème furent également ciblées comme objectif de traitement, particulièrement dans le but de l'amener à satisfaire son besoin de sécurité sur le plan financier. La gestion des émotions se situait également au centre des habiletés à développer par monsieur L. En plus des ateliers de groupe auxquels il assistait déjà,

différents moyens ont été utilisés dans le cadre du suivi individuel afin d'aider le sujet, tels que la discussion, le jeu de rôle, l'auto-observation, l'écriture ainsi que la pratique de certaines habiletés dans son quotidien. À titre d'exemple, monsieur L a été amené à s'affirmer avec son ex-conjointe dans le but de vérifier certaines perceptions qu'il entretenait depuis plusieurs années et qui alimentaient chez lui des émotions négatives telles la frustration et l'amertume. De plus, des jeux de rôles lui ont permis de préparer une rencontre avec sa fille dans laquelle il devait s'affirmer et être à l'écoute. Il est à noter que l'environnement dans lequel le délinquant se trouvait dans la collectivité a été considéré dans l'élaboration du plan de traitement ainsi que lors des différentes interventions.

3.2.5 Progrès en traitement

Dès le début du suivi, monsieur L s'est impliqué activement. Il s'est montré proactif dans les démarches proposées et démontrait la volonté d'atteindre les objectifs de traitement. Toutefois, il fut nécessaire de remettre en question sa motivation réelle à changer, puisqu'elle pouvait apparaître extrinsèque par moments, découlant de son désir de se conformer aux attentes des thérapeutes. Monsieur L a donc été amené à se responsabiliser par rapport à sa problématique ainsi qu'à son plan de vie saine. Bien que cela lui ait demandé des efforts supplémentaires, il semble être parvenu à prendre en charge ses propres besoins et à acquérir une certaine autonomie envers sa démarche thérapeutique.

Sur le plan familial, monsieur L avait l'objectif de rétablir une meilleure communication avec sa fille. À cet égard, plusieurs jeux de rôles ont été mis à contribution dans le but de préparer une rencontre avec celle-ci, et dans laquelle il devait utiliser l'affirmation de soi afin de vérifier ses perceptions. Certaines conversations à ce sujet auraient eu lieu entre les deux parties sans que ce soit nécessairement monsieur L qui les a initiées. Au terme de son suivi individuel, il a été possible de constater qu'il éprouvait toujours de la difficulté à s'affirmer avec sa fille, et ce, par crainte d'être rejeté. Ainsi, il aurait encore tendance à laisser persister ses insatisfactions ainsi que les conflits avec sa fille. Néanmoins, il a été en mesure, en cours de traitement, de vérifier certaines perceptions et

ainsi de mieux gérer ses émotions négatives. Il se dit tout de même conscient qu'il devra poursuivre son travail sur ce plan. Il importe également de souligner que monsieur L est parvenu à s'affirmer avec son ex-conjointe (par exemple, lui dire qu'il n'était pas attiré sexuellement par celle-ci) pendant la période de suivi et qu'il a été à même de constater les bienfaits de cette démarche (il disait ressentir moins de pression liée à des performances sexuelles). Il estime également que cet événement aurait eu un impact positif sur son estime personnelle.

Relativement aux besoins d'intimité et de sexualité, monsieur L s'est d'abord investi activement dans les exercices de satiété et affirme que cela lui aurait permis de diminuer l'excitation sexuelle associée à ses fantaisies déviantes. De plus, le sujet verbalisait son intention d'utiliser cet outil ultérieurement. En ce qui concerne sa relation de couple ainsi que ses insatisfactions sur le plan sexuel, les discussions et les démarches entreprises en cours de traitement lui ont permis de constater que son choix de partenaire ne concordait pas avec ses attentes et ses besoins. En effet, il disait ne pas ressentir d'attirance sexuelle pour sa conjointe et semblait demeurer en couple uniquement dans le but d'éviter la solitude. Monsieur L a donc été en mesure, après plusieurs discussions et jeux de rôles dans le cadre des rencontres individuelles, de verbaliser ses véritables sentiments et pensées à sa compagne. Leur relation de couple aurait pris fin. À la suite de cet événement, monsieur L disait vouloir rencontrer d'autres femmes par le biais de certaines activités sociales dans le but de satisfaire adéquatement son besoin de sexualité. De plus, il mentionnait avoir l'intention de faire appel aux services de professionnelles du sexe s'il en ressentait le besoin et qu'il n'était pas parvenu à créer des liens intimes avec une autre personne. Ces stratégies apparaissaient réalistes. Toutefois, puisque le suivi individuel prenait fin au même moment, nous avons incité monsieur L à concrétiser ses projets de rencontres en plus de demeurer à l'écoute de ses besoins en matière de sexualité.

Quant à son besoin de sécurité, monsieur L a été amené à développer certaines habiletés de résolution de problème dès le début du suivi, car il rapportait vivre de l'anxiété en raison de sa situation financière. Diverses démarches ont été entreprises par le sujet, telles des demandes d'aide financière et la vente de son véhicule automobile. Ainsi, il est

parvenu à régulariser sa situation, tout en conservant sa demeure qu'il estimait primordiale dans la satisfaction de son besoin d'autonomie.

Enfin, soulignons que monsieur L a également amorcé un suivi spécialisé avec un sexologue, basé sur la technique du EMDR (désensibilisation des mouvements oculaires et retraitement de l'information), dans le but de travailler à ses traumatismes passés. Nous avons dirigé le sujet vers ce type de suivi après que nous ayons constaté qu'il avait régulièrement tendance à ruminer des émotions négatives en relation avec des événements de son passé et que cela représentait un facteur de risque dynamique.

3.3 Monsieur B

Monsieur B est un homme de 28 ans, sans enfant et vivant en union de fait depuis quatre ans avec une femme de sept ans sa cadette. Au moment de l'évaluation, monsieur était soumis à un suivi probatoire d'une durée de trois ans. Cette ordonnance de probation était assortie d'une peine d'incarcération de 11 mois qui lui avait été imposée par le tribunal relativement aux accusations suivantes : avoir communiqué au moyen d'un ordinateur avec une personne âgée de moins de 14 ans (3 chefs) et de moins de 18 ans (2 chefs) en vue de faciliter la perpétration d'une infraction et omission de respecter une condition d'une ordonnance de probation. Toutefois, ces accusations ne représentaient pas ses premiers démêlés avec la justice. En effet, l'intimé avait été condamné trois ans plus tôt à 18 mois d'incarcération relativement à des délits d'agression sexuelle et de possession de pornographie juvénile. Il se trouvait donc sous le joug d'une libération conditionnelle lorsque les seconds délits sont survenus.

3.3.1 Histoire délictuelle

Concernant les premiers délits d'agression sexuelle, monsieur B aurait d'abord clavardé quelque temps avec une jeune fille, âgée de 12 ans à l'époque, pour ensuite la rencontrer chez elle. Lors des séances de clavardage, le sujet se donnait une fausse identité (pilote d'avion, célibataire et riche) et il lui arrivait fréquemment d'aborder le thème de la

sexualité avec la victime. Une rencontre aurait été planifiée et une relation sexuelle aurait eu lieu. Celle-ci se serait déroulée rapidement, il y aurait eu pénétration sans préliminaires ni échange verbal ou physique. Après la relation sexuelle, ils auraient discuté quelques minutes et monsieur B aurait ensuite quitté le domicile de la jeune fille. Les gestes se seraient reproduits à deux occasions, sur invitation de la victime, selon les dires de monsieur B. Durant la même période, il aurait consommé de la pornographie juvénile et se serait exhibé devant une webcam.

Puis, monsieur B aurait récidivé alors qu'il se trouvait sous le coup d'une libération conditionnelle, qu'il était assujéti à plusieurs conditions, dont celle de demeurer dans une maison de transition, et qu'il participait à une thérapie à la CETTCS. Le sujet aurait été appréhendé par les policiers alors qu'il clavardait et échangeait des courriels à caractère sexuel avec plusieurs jeunes filles, dont l'une était une agente double. Dans les échanges virtuels, monsieur B proposait des rencontres dans le but d'avoir des rapports sexuels et, dans certains cas, moyennant rétribution. Entre autres, il aurait proposé à l'agent double de la payer pour pouvoir « baiser » sa jeune sœur de 8 ans. Lors de son arrestation, monsieur B aurait signifié qu'il n'avait pas l'intention de rencontrer réellement les jeunes filles avec qui il communiquait.

3.3.2 Histoire médicale

Monsieur B présenterait un problème de surdité partielle bilatérale et porterait donc des appareils auditifs depuis l'âge de 5 ans. Ce handicap serait également associé à une baisse graduelle de la vision.

3.3.3 Histoire personnelle et sociale

Monsieur B est l'aîné d'une famille de trois enfants, une fille et deux garçons. Le père est décrit comme un homme ayant le sens de l'humour, présent à la maison, mais très autoritaire. La mère serait quant à elle une personne réservée qui ne dérange personne. Le couple aurait une très bonne entente et serait uni. Monsieur B affirme avoir toujours été

très proche de tous les membres de sa famille immédiate. Soulignons que le frère du sujet aurait également été condamné pour des délits à caractère sexuel.

Sur le plan scolaire, monsieur B aurait éprouvé de la difficulté à apprendre à parler et à prononcer correctement, possiblement en raison de son problème de surdité. Ce défaut de langage persiste partiellement aujourd'hui. Il aurait fait des études primaires, mais aurait redoublé sa première année. Après ses études secondaires, il aurait amorcé un diplôme d'études professionnelles comme préposé aux bénéficiaires. Toutefois, il aurait abandonné ce programme d'étude prématurément, car il vivait des conflits avec ses enseignants et désirait occuper un emploi rémunéré. Il se serait d'abord déniché un emploi dans le domaine des activités récréatives et touristiques, puis dans une entreprise de restauration. Enfin, il aurait travaillé pendant quatre ans pour une compagnie d'entretien ménager, jusqu'à son incarcération.

Son problème de surdité aurait fait en sorte que monsieur B aurait été l'objet de railleries de la part de ses pairs, surtout au primaire. Il serait rapidement devenu le bouc émissaire et rapporte s'être souvent senti humilié par ses compagnons de classe. Son intégration sociale en aurait souffert et son réseau social était alors limité, ce qui aurait été le cas également à l'âge adulte. Aujourd'hui, il rapporte n'avoir conservé des liens qu'avec un seul individu, un autre étant décédé du cancer il y a quelques années. Les activités de loisir auraient occupé peu de place dans la vie de monsieur B jusqu'à maintenant.

Sur le plan affectif, le sujet rapporte trois relations significatives. Selon ses dires, il aurait connu ses premières expériences sexuelles à l'âge de 17 ans avec une jeune fille âgée de 15 ans à l'époque. Les deux adolescents se seraient fréquentés pendant près de deux ans, jusqu'à ce que sa copine rompe. Monsieur B dit avoir éprouvé beaucoup de difficulté à faire le deuil de cette relation et se sentir encore aujourd'hui blessé d'avoir été rejeté. Il amorcera ensuite sa deuxième relation affective à l'âge de 21 ans, alors que sa partenaire, elle, était âgée de 17 ans. Malgré des insatisfactions sur le plan sexuel, monsieur B demeurera dans cette relation, et ce, jusqu'à ce qu'elle le quitte sans réellement fournir d'explication. Enfin, le sujet connaîtra sa compagne actuelle par le biais d'Internet à l'âge

de 24 ans, alors qu'elle avait 17 ans. Ce fut d'abord une relation à distance, puisque la jeune femme habitait une région éloignée. Il y aurait actuellement cohabitation depuis quatre ans. Madame serait demeurée aux côtés de monsieur B malgré les délits qui lui sont reprochés et le soutiendrait dans ses démarches de réinsertion sociale.

Monsieur B aurait été victime d'agressions sexuelles vers l'âge de 12 ans ; l'agresseur était un inconnu qui l'aurait abordé dans un parc d'attractions. Ces événements se seraient déroulés à deux occasions durant un même été. Des fellations et des caresses génitales auraient eu lieu. Le sujet n'aurait jamais déclaré cet incident aux autorités.

Enfin, au moment de l'évaluation, monsieur B rapportait ne s'être jamais adonné à des relations homosexuelles. Toutefois, des informations collatérales nous ont permis d'apprendre en cours de traitement qu'il avait eu des relations sexuelles avec son plus jeune frère au milieu de l'adolescence et que ces gestes étaient considérés comme des agressions sexuelles par ce même frère. Aucune plainte n'aurait cependant été déposée à cet égard.

3.3.4 Évaluation

Évaluation du risque

La première étape de l'évaluation a consisté à déterminer les problèmes rencontrés par le délinquant et qui sont en relation avec ses passages à l'acte, soit l'estimation du risque et l'établissement des facteurs de risque statiques et dynamiques.

Facteurs de risque statiques

L'échelle utilisée dans le cadre de la présente évaluation fut la STATIQUE-99, un outil élaboré par Hanson et Thornton (1999). Le niveau de risque de récidive sexuelle de monsieur B est modéré, si l'on tient compte uniquement des facteurs statiques. Les individus ayant les caractéristiques reliées à cette catégorie de risque présentent en moyenne des risques de récidive sexuelle de 26 % sur une période de 5 ans, de 31 % sur

une période de 10 ans et de 36 % sur une période de 15 ans. Les facteurs de risque statiques trouvés chez le sujet sont des infractions sexuelles antérieures, une condamnation pour infraction sexuelle sans contact et la présence d'une victime n'ayant pas de lien de parenté avec le délinquant.

Facteurs de risque dynamiques/besoins criminogènes

Les facteurs de risque dynamiques sont des caractéristiques du délinquant liées à la récidive, qui sont modifiables et qui peuvent donc constituer des cibles d'intervention en traitement. À ce sujet, le STABLE 2007 (Hanson et Harris, 2007) juge que ses besoins sont d'amplitude modérée. Les facteurs liés au cas de monsieur B concernent d'abord son réseau social, qui se réduit à peu près à sa famille et à sa conjointe. Il rapporte avoir de la difficulté à créer des liens d'amitié avec une autre personne, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un individu de sexe masculin. Cette difficulté à entrer en relation persisterait depuis son enfance. De plus, le sujet souhaiterait pouvoir élargir son cercle d'amis, mais ses lacunes dans les habiletés sociales freineraient l'atteinte de cet objectif. Un premier facteur dynamique ciblé par la présente évaluation fut donc le rejet social et la solitude.

Monsieur B apparaît également comme un individu ayant parfois peu de considération pour les sentiments d'autrui. Par exemple, lors d'une rencontre avec son frère au sujet des agressions sexuelles qu'il aurait commises sur ce dernier, il lui aurait été difficile de demeurer à l'écoute des sentiments de son cadet. Il avait plutôt tendance à rediriger la conversation autour de ses propres malaises. Ses relations avec les autres semblent souvent utilitaires et centrées sur ses propres besoins. De plus, la superficialité teinte la plupart de ses rapports avec les autres, comme en témoigne la façon dont il a agressé la jeune victime. Monsieur B semblait également feindre des regrets à l'égard de la victime et était plutôt centré sur les conséquences que ses délits ont entraînées pour lui-même. Toutes ces informations nous permettent de retenir le manque d'intérêt à l'égard d'autrui comme un besoin à travailler chez monsieur B.

En ce qui a trait à la résolution de problème, monsieur B semble présenter certaines lacunes. D'une part, il semble éprouver de la difficulté à composer avec l'anxiété et il aurait parfois tendance à se laisser envahir par des émotions négatives telle l'anxiété, ce qui altère sa capacité à résoudre des situations problématiques. Par exemple, lorsqu'il se trouvait dans une situation financière précaire, il avait tendance à fuir ses problèmes plutôt que de les affronter afin de ressentir moins de pression. D'autre part, ses plans à long terme apparaissent irréalistes (par exemple, devenir pilote d'avion alors qu'il souffre de handicaps visuel et auditif) et les étapes qu'il se propose de suivre pour atteindre ses buts demeurent vagues. Ainsi, une faible aptitude pour la résolution de problème représente un facteur de risque dynamique chez monsieur B.

Enfin, sur le plan sexuel, le fait que monsieur B avait souvent recours à la pornographie sur Internet, que ses conversations virtuelles (clavardage) étaient la plupart du temps axées sur la sexualité ainsi que le fait qu'il se soit adonné à certains moments à des relations sexuelles impersonnelles, tous ces éléments nous permettent de cibler le facteur « préoccupations sexuelles/libido » comme un besoin à travailler en cours de traitement. De plus, l'élément « intérêts sexuels déviants » apparaît également présent chez le sujet puisque, dans un premier temps, monsieur a réagi significativement à un scénario déviant (jeune fille prépubère dans un contexte sans violence) au cours de l'évaluation des intérêts sexuels par la pléthysmographie pénienne. Dans un deuxième temps, les propos tenus par le sujet lors d'une conversation virtuelle avec un agent double (proposition d'avoir des relations sexuelles avec sa sœur de 8 ans) ainsi que ses accusations de possession de pornographie juvénile nous permettent de soupçonner la présence d'intérêts sexuels déviants.

Modèle des vies saines

À l'époque où monsieur B a commis ses délits sexuels, celui-ci semblait vivre plusieurs insatisfactions sur le plan relationnel. Soulignons tout d'abord que le sujet présente des difficultés importantes sur le plan interpersonnel et qu'il semble mal à l'aise avec le monde émotif, ce qui le poussait à s'investir dans des relations superficielles. De plus,

monsieur B posséderait des habiletés limitées quant à la compréhension et à la gestion des relations interpersonnelles. Ses besoins en matière d'intimité semblaient alors insatisfaits. Ensuite, le sujet avait tendance, au moment des délits et encore aujourd'hui, à adopter une attitude de soumission et de passivité dans un contexte interpersonnel, et ce, afin d'être approuvé par les autres et ainsi éviter le rejet. Il est donc fort possible que monsieur B n'ait pas pris conscience de ses propres besoins primaires, préférant veiller à répondre à ceux des membres de son entourage dans le but de leur plaire. Enfin, lors des délits, monsieur B ne demeurait pas avec sa conjointe, celle-ci vivant en région éloignée, lorsqu'auraient eu lieu les premières agressions, et il demeurait en maison de transition lors des secondes. Cette situation s'avérait insatisfaisante pour le sujet puisque le temps passé en couple lui apparaissait nettement insuffisant. Étant incapable de s'affirmer avec sa conjointe quant à ses insatisfactions et ne trouvant pas de solution, il semble avoir eu recours aux conversations par Internet, puis aux agressions sexuelles afin de combler son besoin d'être en relation. De plus, il se pourrait que cette insatisfaction relationnelle affective ne découle pas tant de facteurs externes, mais plutôt du fait que monsieur B aurait un intérêt préférentiel pour les adolescentes et les filles en voie d'atteindre l'adolescence. En effet, en plus des résultats à l'évaluation des préférences sexuelles et du fait qu'il a visionné de la pornographie juvénile, il est à noter que le sujet a régulièrement choisi des partenaires plus jeunes que lui, soit des adolescentes entre 15 et 17 ans.

Son besoin d'être en relation sur le plan social ne semblait pas comblé adéquatement non plus au moment des passages à l'acte. En effet, depuis le décès d'un ami proche, monsieur B ne conservait des liens d'amitié qu'avec un seul autre individu, qu'il ne voyait que rarement. Le sujet rapporte qu'il se sentait seul et isolé à cette époque. De surcroît, il travaillait de nuit et se retrouvait donc la plupart du temps seul chez lui, et n'était engagé dans aucune activité sociale ou sportive. Il s'ennuyait et avait le sentiment de vivre en reclus. La vie virtuelle pouvait donc représenter un moyen de socialiser et de contrer l'ennui.

Sur le plan professionnel, nous notons que monsieur B semblait éprouver des difficultés identitaires. De fait, celui-ci occupait un poste dans l'entretien ménager, mais il est

possible de supposer que cet emploi ne lui permettait pas de s'accomplir et de s'actualiser sur le plan professionnel, car il s'était créé une tout autre identité lorsqu'il utilisait Internet. Ainsi, il prétendait qu'il était pilote d'avion et semblait se sentir hautement valorisé par cette image. L'utilisation d'Internet permettait donc de faire un contraste avec la vie de tous les jours.

Enfin, le besoin de pouvoir de monsieur B semblait insatisfait lors des périodes où il a commis des délits. En effet, il vivait alors beaucoup de pressions extérieures telles que des difficultés financières, de l'isolement social, l'annonce de possibles responsabilités parentales non recherchées, de l'ennui et de l'isolement. Le passage à l'acte délictuel ainsi que l'utilisation de la pornographie juvénile pouvaient représenter pour lui des moyens de s'évader et de retrouver une certaine maîtrise de sa vie, alors source d'anxiété et vide de sens pour lui.

En résumé, plusieurs besoins primaires semblaient insatisfaits au moment des passages à l'acte de monsieur B. Effectivement, celui-ci se sentait isolé socialement, il vivait des difficultés sur le plan conjugal occasionnées par l'éloignement, il ne parvenait pas à s'accomplir au travail et il manquait de contrôle sur sa vie en raison de pressions extérieures qui s'accumulaient. De surcroît, monsieur B présenterait des intérêts sexuels déviants qu'il aurait cherché à alimenter par le visionnement de pornographie juvénile ainsi que par des séances de clavardage à contenu sexuel. Le sujet qualifie également de « compulsions » les gestes sexuels déviants qu'il a commis en expliquant que « c'était plus fort que lui » et que les pensées sexuelles déviantes étaient envahissantes. Le fait qu'il ait récidivé alors qu'il se trouvait en libération conditionnelle permet également d'illustrer le caractère préférentiel des gestes déviants. Monsieur B apparaissait donc centré sur ses propres besoins et semblait alors éprouver de la difficulté à combler ces derniers de manière prosociale, en raison entre autres d'un manque d'habiletés. Ceci, jumelé à la présence d'intérêts sexuels déviants et de distorsions cognitives, aurait amené monsieur B à satisfaire certains besoins de vie primaires directement par la consommation de pornographie juvénile et l'agression sexuelle. Il semble donc que la route empruntée par le sujet vers les délits sexuels fut directe. En effet, il ne semble pas

avoir tenté d'inhiber son comportement sexuel inadéquat, lequel représente pour lui un moyen appris d'assouvir ses besoins.

3.3.5 Traitement

Dans le cadre de son traitement, monsieur B bénéficiait de rencontres de groupe visant la gestion du quotidien ainsi qu'une habileté particulière (la gestion des intérêts sexuels déviants par la technique de la satiété). En parallèle, des rencontres individuelles hebdomadaires avaient lieu et l'approche qui y était utilisée était principalement basée sur le modèle des vies saines, incluant l'évaluation constante des facteurs de risque dynamiques.

Un premier objectif du suivi individuel avec monsieur B fut de déterminer quels étaient les besoins primaires qu'il cherchait à satisfaire par les délits sexuels qu'il a commis. Ensuite, le sujet a été amené à sélectionner ses besoins de vie prioritaires, en rapport avec son identité, ses perceptions et ses propres valeurs. Cette étape du traitement a consisté à établir, en collaboration avec monsieur B, des cibles initiales de traitement basées sur sa motivation à ne pas récidiver et les stratégies qu'il maîtrisait déjà (ses forces) dans le but de les renforcer. Toutefois, cette étape du traitement fut ardue pour monsieur B, puisqu'il a une piètre connaissance de lui-même et qu'il se montrait alors peu réaliste. En effet, les objectifs ainsi que les moyens pour y parvenir variaient d'une séance à l'autre et concordaient rarement avec la réalité, soit avec ses capacités et ses limites. Par exemple, le sujet disait, d'une part, vouloir investir ses énergies dans une carrière de pilote d'avion, alors que ses capacités physiques et sa scolarité ne lui permettaient pas. D'autre part, il mentionnait lors d'une séance subséquente vouloir fonder une famille sous peu et prioriser cette sphère de vie. Les interventions dans le cadre des rencontres individuelles ont donc d'abord servi l'objectif d'amener monsieur B à améliorer sa connaissance de soi afin de mieux cerner sa propre identité. Afin d'y parvenir, nous avons eu recours aux discussions et à divers exercices à effectuer dans son quotidien. Par exemple, monsieur devait noter régulièrement ses aspirations et ses réalisations dans le but de l'amener à prendre conscience de l'écart souvent présent entre les deux. Ensuite, la lecture de

certaines rapports d'évaluation a été utilisée dans le cadre des rencontres individuelles afin d'aider le sujet à dresser lui-même un portrait plus juste de sa personne. Enfin, une rencontre supervisée a eu lieu avec son frère cadet, à la demande de ce dernier, puisqu'il disait avoir été agressé sexuellement par le sujet. Il va sans dire que cette démarche a confronté monsieur B à la réalité, dont le fait que sa famille ne serait pas parfaite ni exempte de problèmes.

Une seconde étape du traitement fut d'amener monsieur B à trouver des moyens concrets de satisfaire adéquatement certains besoins primaires. En effet, le sujet semblait vivre beaucoup d'insatisfactions au moment où il a commis ses délits et certaines subsistaient lors de l'évaluation. Ainsi, monsieur B souhaitait en priorité combler son besoin de sécurité financière en dénichant un emploi. Pour ce faire, il fut dirigé vers un organisme d'aide à la recherche d'emploi. Ensuite, le réseau social de monsieur B était plutôt pauvre, étant constitué essentiellement de sa conjointe et de sa famille. Il fut donc amené à choisir des activités sociales dans lesquelles il aimerait s'engager, puis à faire le saut. En ce qui concerne sa relation conjugale, monsieur B disait en être totalement satisfait, autant sur le plan affectif que sexuel. Toutefois, il mentionnait être toujours attiré sexuellement par les jeunes filles et souffrir de cette situation, ce qui laissait croire que son besoin de sexualité n'était peut-être pas aussi satisfait qu'il le prétendait. Ainsi, des discussions et des encouragements à la remise en question eurent lieu dans le cadre des rencontres individuelles. De plus, le sujet devait trouver au moins un irritant par semaine en relation avec sa vie conjugale, et ce, dans le but de prendre conscience des émotions désagréables qu'il pouvait vivre. Rappelons finalement que, dans le cadre de sa thérapie à la CETTCS, monsieur B participait à un atelier visant la gestion des intérêts sexuels déviants (satiété) et que cet aspect était donc également abordé en séance groupale.

Une dernière étape du traitement consistait à découvrir les besoins secondaires ou instrumentaux, c'est-à-dire les habiletés ou les conditions qui seraient nécessaires à la satisfaction adéquate de ses besoins de vie primaires. À cet égard, monsieur B réalisa qu'il devait acquérir plus d'habiletés sociales pour entrer en relation avec les autres et ainsi élargir son réseau social. L'affirmation de soi s'avérait un autre point primordial

afin de parvenir à la satisfaction de ses besoins affectifs, sexuels et d'autonomie. En effet, monsieur B avait plutôt tendance à ne pas nommer ses insatisfactions pour éviter d'être rejeté. Or, l'adoption de ce type de comportement allait à l'encontre de la satisfaction adéquate de certains de ses besoins primaires. Les habiletés en matière de résolution de problème furent également ciblées comme objectif de traitement. En plus des ateliers de groupe auxquels il assistait déjà, les différents moyens utilisés afin d'aider le sujet dans l'acquisition de ces compétences furent la discussion, les jeux de rôles, l'auto-observation, l'écriture ainsi que l'application de certaines habiletés dans son quotidien.

3.3.6 Progrès en traitement

Monsieur B présentait certaines résistances au traitement en début de suivi. En effet, bien qu'il ait dit souhaiter ce suivi et en avoir besoin, il a mis quelques semaines à entreprendre les démarches nécessaires. En outre, durant les rencontres, il se montrait souvent peu ouvert aux interventions et semblait plutôt soucieux de protéger l'image qu'il reflétait. Nous considérons que cette attitude a nui au processus de changement, puisqu'elle freiné la remise en question de ses comportements et pensées et l'élaboration d'un plan de vie saine correspondant à son identité ainsi qu'à ses besoins primaires. Monsieur B se montrait également peu à l'écoute des autres lors des entrevues individuelles, des séances de groupe, mais également avec son entourage. Ce dernier aspect a été observé particulièrement lors de la rencontre avec son frère, car monsieur B avait fait preuve d'égoïsme en orientant régulièrement la conversation vers lui, alors que son cadet tentait de lui exprimer les émotions vécues lors des agressions sexuelles. Enfin, il importe de souligner que monsieur B s'est conformé au cadre du traitement et qu'il faisait toujours les exercices qui lui étaient proposés. Toutefois, il est possible qu'il ait adopté cette attitude conformiste dans le but d'obtenir l'approbation des thérapeutes.

Sur le plan identitaire, monsieur B semblait avoir une mauvaise connaissance de soi. Il n'est donc pas parvenu à construire un plan de vie saine correspondant à ses propres valeurs, capacités et limites. Toutefois, en ce qui a trait au besoin primaire de sécurité, celui-ci apparaissait comme une priorité pour monsieur B, puisqu'il vivait, à ce moment,

des difficultés financières, ce qui lui causait beaucoup d'anxiété. Il est parvenu à décrocher un emploi en rapport avec ses dernières expériences de travail. En ce qui a trait à la sphère sociale, le sujet souhaitait développer son réseau par le biais, entre autres, de certaines activités. Bien qu'il ait réussi à déterminer à quelles activités il aimerait participer, celles-ci se pratiquaient la plupart du temps en solitaire (par exemple, faire du patin à roues alignées) ou avec sa conjointe. Ainsi, les moyens choisis par monsieur B afin de satisfaire son besoin de socialisation apparaissaient peu adaptés et il n'a donc pas été en mesure d'atteindre cet objectif. On peut également supposer qu'il devait d'abord améliorer ses habiletés sociales (obstacle) avant de penser à combler adéquatement son besoin primaire sur le plan social.

Relativement à sa relation conjugale, monsieur B entretenait des pensées magiques en début de suivi étant donné qu'il affirmait, entre autres, ne vivre aucune insatisfaction sur ce plan. Toutefois, au cours des dernières rencontres individuelles, et après qu'il eut complété certains exercices dans son quotidien, nous avons été à même de constater qu'il était plus réaliste à cet égard. Par exemple, il était en mesure de nommer des irritants de la vie quotidienne et avait été capable de les verbaliser à sa conjointe. Il a été encouragé à poursuivre dans cette voie afin de demeurer à l'écoute de ses insatisfactions, et ce, dans le but de les gérer adéquatement.

En bref, le suivi aurait permis à monsieur B d'amorcer une certaine réflexion quant à son identité et à la satisfaction de ses besoins de vie primaires. Toutefois, puisqu'il se connaissait mal et qu'il présentait certaines résistances, le sujet se situait toujours au stade embryonnaire en ce qui a trait à l'établissement d'un plan de vie saine. En effet, le sujet est parvenu à satisfaire partiellement certains besoins primaires, mais il n'arrivait pas à établir un ordre de priorité et les moyens trouvés pour les combler n'étaient pas toujours adaptés. De plus, nous remarquons la présence encore importante de plusieurs facteurs de risque, dont une mauvaise gestion des émotions, la présence de fantaisies déviantes et le manque d'habiletés sociales. Puisque ces facteurs représentent des obstacles à la mise en application d'un plan de vie saine, ils devaient être abordés en priorité et c'est ce qui

permet d'expliquer en partie pourquoi monsieur B n'est pas parvenu à satisfaire adéquatement ses besoins de vie primaires.

CHAPITRE IV : ANALYSE

Notre stage de maîtrise s'est déroulé à la Clinique d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel (CETTCS) et concernait les délinquants sexuels suivis en consultations externes à cet endroit. L'objectif principal de ce stage était d'évaluer l'application du modèle des vies saines de Ward et Stewart (2003) pour le traitement des délinquants sexuels. Pour ce faire, nous visons à comprendre, à l'aide de ce modèle, quels sont les facteurs pouvant expliquer les passages à l'acte, à établir des plans d'intervention basés sur les besoins de vie primaires des clients et d'évaluer l'impact de leur mise en place.

4.1 Modèle du risque et des besoins

Selon Hanson et coll. (2002), c'est le modèle cognitivo-comportemental qui a démontré un plus grand impact sur le taux de récidive des agresseurs sexuels. Tout comme la plupart des programmes de thérapie en Amérique du Nord, celui offert au CETTCS est basé sur ce modèle et inclut plusieurs composantes typiques d'un traitement cognitivo-comportemental. Actuellement, l'approche cognitivo-comportementale prédominante dans le traitement des délinquants sexuels en Amérique du Nord est celle du risque et des besoins d'Andrews et Bonta (1998). Celle-ci vise la gestion du risque de récidive par le biais d'interventions touchant les besoins criminogènes du délinquant. Le risque réfère à la possibilité qu'un danger survienne (Ward, Vess et coll., 2006). Les facteurs de risque, quant à eux, sont des variables qui augmentent les possibilités qu'un individu adopte un comportement dangereux. Ainsi, l'évaluation du risque est un processus qui vise à déterminer la probabilité et les facteurs associés au risque qu'un délinquant adopte de nouveau un comportement dangereux pour soi ou pour autrui. À la suite de cette évaluation, Andrews (2001) privilégie une intervention liée aux besoins criminogènes, c'est-à-dire les caractéristiques dynamiques du délinquant ainsi que les circonstances qui, lorsque modifiées, sont associées à une diminution du risque de récidive. À la CETTCS, une évaluation du risque est produite au moment de l'évaluation initiale et permet de

cibler les besoins criminogènes du client. Des interventions sur ce plan auront également lieu en cours de traitement, principalement par le biais d'ateliers visant des facteurs de risque dynamiques souvent présents chez les délinquants sexuels. Par exemple, le besoin criminogène lié à la difficulté en matière de résolution de problème sera abordé dans l'atelier sur la résolution de conflits. Pour sa part, la présence d'émotions négatives sera traitée dans l'atelier sur la gestion des émotions. Enfin, un autre exemple concerne la présence d'intérêts sexuels déviants (facteur de risque), un élément qui est abordé dans les trois ateliers : éducation psychosexuelle, sensibilisation voilée et satiété. Toutefois, la thérapie offerte au CETTCS au regard de l'intervention concernant les facteurs de risque présente une limite : les ateliers sont offerts de façon uniforme et systématique à tous les délinquants sexuels. Ainsi, le choix des ateliers n'est pas fait en fonction des besoins criminogènes propres au client. Un délinquant pourrait donc être contraint d'assister à l'atelier sur les habiletés sociales même s'il ne présente pas de déficit sur ce plan.

Le principe de *risque* d'Andrews et Bonta stipule que l'intensité du traitement doit être associée au niveau de risque du délinquant (Hollin, 1999). Ainsi, si son risque de récidive est évalué à « élevé », celui-ci devrait être soumis à un traitement intensif. Toutefois, à la CETTCS, bien qu'une évaluation du risque soit effectuée lors de l'admission des délinquants, l'intensité du traitement n'est pas adaptée au niveau de risque que présente le client. En outre, selon le principe du *besoin* inclus dans le modèle du risque et des besoins d'Andrews et Bonta (1998), les programmes pour agresseurs sexuels devraient cibler uniquement les besoins criminogènes, soit ceux qui sont associés à une réduction du risque de récidive. Or, les ateliers offerts à la CETTCS abordent également des thèmes qui ne sont pas considérés comme des facteurs de risque, par exemple la gestion du stress et l'empathie.

Enfin, la principale forme que prend l'approche du risque et des besoins dans le traitement en délinquance sexuelle est la prévention de la récidive. En ce sens, la CETTCS adhère à cette approche, car elle offre un atelier d'une durée de 12 semaines qui vise à amener les délinquants à découvrir les éléments de leur chaîne délictuelle et leurs situations à risque ainsi que des moyens adaptés d'y faire face.

En bref, bien que la plupart des ateliers offerts à la CETTCS offrent une intervention liée aux besoins criminogènes, comme le suggère le modèle du risque et des besoins (Andrews et Bonta, 1998), le programme de la Clinique n'apparaît pas respecter les principes du risque et des besoins. En effet, d'une part, l'intensité des suivis dispensés aux délinquants ne s'avère pas adaptée à l'évaluation du risque et, d'autre part, certains ateliers touchent des besoins non directement liés au risque de récidive. Cette constatation nous amène à nous questionner quant à la pertinence d'effectuer l'évaluation du risque. En effet, bien que celle-ci soit faite pour chacun des délinquants avant le début de leur traitement à la CETTCS, le programme ne semble pas en mettre à profit les résultats, puisqu'il ne permet ni d'adapter le niveau d'intensité de traitement, ni de modifier la structure du programme en fonction des besoins criminogènes présentés par les clients. À notre avis, il serait pertinent pour la Clinique de revoir l'orientation des délinquants dans le programme à partir de l'évaluation du risque effectuée. De plus, il serait intéressant de réévaluer la pertinence d'imposer la participation des clients à tous les ateliers, étant donné que leurs besoins couvrent rarement l'ensemble des facteurs de risque.

4.2 Modèle des vies saines

4.2.2 Explication du passage à l'acte

L'idée centrale du modèle des vies saines est que les comportements humains, incluant les actes d'agression sexuelle, sont guidés par la satisfaction de besoins primaires (Ward et Stewart, 2003b). Ainsi, les délinquants sexuels chercheraient à combler, mais de façon inadéquate, leurs besoins de vie primaires par le biais de leurs gestes délictueux. Cet actes seraient également le résultat des insatisfactions vécues par l'individu au regard de ses besoins. Grâce aux suivis que nous avons effectués dans le cadre de notre stage, il a été possible de constater que plusieurs besoins de vie primaires n'étaient pas comblés chez les sujets au moment des agressions. Par exemple, dans le cas de monsieur B, les besoins d'intimité, de socialisation, de pouvoir et d'actualisation sur le plan professionnel étaient

insatisfaits dans la période où il a commis des délits, et il fut relativement facile pour lui de reconnaître ce fait en début de traitement. À partir de cette constatation, il est possible d'émettre l'hypothèse qu'il cherchait à assouvir les besoins susmentionnés par le biais de ses passages à l'acte délictueux.

Routes directes et indirectes

De manière plus précise, un des objectifs de notre stage était de comprendre comment le modèle des vies saines permettait d'expliquer les passages à l'acte sexuels des délinquants. À cet égard, rappelons que certains auteurs avaient conclu que deux routes pouvant mener au délit sexuel, la voie directe et la voie indirecte (Ward et Gannon, 2006 ; Lindsay, Ward et coll., 2007). Selon cette perspective, un délinquant adopterait une trajectoire directe lorsque l'objectif poursuivi lors de la commission de l'agression sexuelle est directement l'assouvissement d'un besoin primaire associé au plan de vie de l'individu. Le parcours délictuel de monsieur B peut témoigner de cette conceptualisation. En effet, il présente des lacunes de longue date en matière d'habiletés sociales et se montre très sensible au rejet. Ces difficultés peuvent être expliquées, entre autres, par son histoire de vie, mais également par la présence de handicaps visuel et auditif, minant ainsi sa confiance en lui. Le sujet éprouvait donc de la difficulté à entretenir une relation intime avec un adulte et a souvent préféré créer des liens avec des adolescentes au cours de sa vie. Les contacts à connotation sexuelle sur Internet avec les adolescentes ainsi que les agressions sexuelles sur l'une d'elles semblent avoir servi à combler directement des besoins de vie primaires chez lui (par exemple, les besoins de sexualité et de pouvoir).

Il est question de trajectoire indirecte lorsque la satisfaction prosociale des besoins de vie primaires du délinquant est compromise et que cela a un impact sur le contexte de vie d'un individu (effet cascade) (Ward, Yates et coll., 2006; Lindsay, Ward et coll., 2007). Ces conséquences auront ensuite pour effet d'augmenter le risque de passage à l'acte délictuel du délinquant, c'est-à-dire qu'elles peuvent favoriser la présence de certains facteurs de risque. Dans cette trajectoire, c'est une chaîne d'évènements, initiée par un

conflit dans la satisfaction des besoins fondamentaux, qui entraîne le délit sexuel. Ce dernier ne représente pas un moyen utilisé afin de combler directement un besoin. Parmi les suivis effectués lors de notre stage, nous constatons que monsieur W et monsieur L semblent avoir emprunté cette voie lors de la commission de leurs délits sexuels. Au moment des délits, monsieur W vivait une période difficile sur les plans intime, professionnel et de la santé. Il éprouvait ainsi de la difficulté à combler adéquatement ses besoins fondamentaux en raison des circonstances (changement d'horaire de travail, problèmes de santé, conflits avec sa conjointe) et de son manque d'habiletés sociales (difficulté à s'affirmer avec sa conjointe) et d'aptitudes à la résolution de problème. Cette incapacité ponctuelle à combler ses besoins primaires de façon adéquate lui a causé de la frustration. La présence d'émotions négatives, jumelée à un épuisement physique, à des insatisfactions sur le plan de ses besoins fondamentaux (être en relation, sexualité, accomplissement) ainsi qu'à la présence d'une victime potentielle (opportunité), tous des facteurs de risque, ont fait en sorte d'augmenter les risques de passage à l'acte de monsieur W. Monsieur L a quant à lui vécu des difficultés conjugales, ce qui compromettait la satisfaction de ses besoins en matière d'intimité et de sexualité. De plus, le sujet entretenait un sentiment de colère à l'endroit de sa conjointe, sans toutefois être en mesure de s'affirmer avec elle. Monsieur L s'est alors tourné vers la consommation d'alcool afin de gérer ses émotions désagréables. Il a également commencé à entretenir des fantaisies déviantes impliquant des jeunes filles. Ainsi, l'incapacité de monsieur à combler adéquatement ses besoins primaires à cette période de sa vie semble avoir eu des conséquences importantes dans son quotidien (émotions négatives, consommation d'alcool, fantaisies déviantes). Ces dernières ont augmenté le risque de passage à l'acte sexuel envers les victimes potentielles présentes dans son entourage.

En terminant, après analyse de nos cas, nous sommes à même de constater qu'il est parfois difficile de qualifier la trajectoire empruntée par les délinquants sexuels de manière dichotomique : directe ou indirecte. Effectivement, il peut arriver que l'on observe l'emprunt des deux types de routes dans les passages à l'acte délictueux. Cette observation peut être illustrée par le cas de monsieur B, qui semble avoir principalement adopté la voie directe, mais chez qui il est possible d'observer des éléments de la

trajectoire indirecte. En effet, particulièrement au moment des premiers délits officiels, le sujet vivait plusieurs insatisfactions sur les plans relationnel et professionnel. Par la suite, c'est en partie parce qu'il n'a pas été en mesure de combler ses besoins de manière prosociale (en raison de son manque d'habiletés sur plusieurs plans) qu'il s'est tourné vers Internet (moyen inadéquat), qu'il s'est placé en situation à risque et qu'il est entré en contact avec des mineures. Il reste que les agressions sexuelles témoignent plus clairement d'une trajectoire directe telle qu'il en fut question précédemment. De surcroît, sa récidive quelques mois plus tard reflète sans aucun doute une trajectoire directe puisque, ayant déjà expérimenté les relations virtuelles à connotation sexuelle, ce n'est pas de façon anodine que monsieur B est entré en contact avec une personne qu'il croyait être une jeune adolescente. Il semblait donc chercher à combler directement ses besoins de pouvoir et de sexualité par ce moyen.

Types de difficultés

La littérature se rapportant au modèle des vies saines relève également quatre types de difficultés pouvant être rencontrées par les délinquants sexuels lors de l'application de leur plans de vie saine et qui permettent d'expliquer en partie le délit sexuel (Ward et Stewart, 2003c ; Ward et Gannon, 2006). Une première difficulté est l'utilisation de moyens inappropriés pour satisfaire les besoins de vie primaires. Ce fut le cas entre autres de monsieur L qui utilisa l'alcool et la sexualité afin de gérer respectivement sa colère et son anxiété. Le cas de monsieur B en témoigne également lorsqu'il a choisi Internet afin de prendre contact avec des adolescentes et ainsi combler ses besoins d'être en relation et de sexualité.

Une deuxième difficulté qui peut se présenter aux délinquants est que certains besoins primaires sont négligés dans leur plan de vie. Ce serait le cas par exemple d'un individu pour qui le temps consacré à répondre à un besoin en particulier ne lui permettrait pas de voir à la satisfaction des autres besoins importants pour lui. Dans nos études de cas, l'histoire de monsieur B permet d'illustrer cette difficulté, puisque celui-ci semblait avoir laissé tomber toute activité sociale afin de se consacrer à sa famille et à son travail,

négligeant ainsi la satisfaction de son besoin de socialisation. Il pourrait également se présenter un conflit entre les divers moyens utilisés afin de combler les différents besoins de vie primaires ; cela provoquerait un manque de cohérence. Par exemple, afin de satisfaire son besoin de sécurité financière, monsieur W a opté pour un emploi exigeant de travailler la nuit. Or, bien que ce moyen lui ait permis à ce moment de combler adéquatement son besoin financier, cette situation semblait nuire à la satisfaction de son besoin d'être en relation ainsi qu'à celui relié à la santé. En effet, le manque de temps à consacrer à sa conjointe, entraînait des conflits conjugaux et des difficultés de sommeil.

Enfin, une dernière difficulté pouvant être rencontrée par les délinquants dans l'application de leur plan de vie saine est un manque d'habiletés ou de ressources pour satisfaire leurs besoins de vie primaires. C'est cette difficulté qu'on observe le plus souvent chez les clients ayant fait l'objet de suivis pendant notre stage. En effet, chacun d'eux présentait des lacunes sur ce plan. Tout d'abord, monsieur W manquait d'habiletés sociales, ce qui semblait compromettre la satisfaction adéquate de son besoin d'intimité (incapacité de nommer ses insatisfactions à sa conjointe) et de socialisation. Ensuite, monsieur L, pour qui les habiletés de gestion des émotions négatives étaient déficientes, était amené à consommer de l'alcool et de la pornographie, ce qui semble avoir nui à la satisfaction de ses besoins en matière de sexualité et d'affection (aggravation des conflits dans le couple). Enfin, monsieur B semblait quant à lui éprouver de la difficulté à établir et à maintenir une relation intime véridique avec les adultes en raison d'un manque d'habiletés sociales (transparence, réciprocité, communication) et d'un manque de confiance en soi (associé à une mauvaise connaissance de soi et à la crainte du rejet). Tout ceci compromettait depuis plusieurs années la satisfaction adéquate de ses besoins d'être en relation et de sexualité. Par ailleurs, son identité paraissant mal définie, monsieur B semblait éprouver de la difficulté à reconnaître les besoins fondamentaux auxquels il accordait de l'importance.

Relation entre les besoins criminogènes et le concept des vies saines

Selon Ward et ses collègues (Ward, Yates et coll., 2006), le modèle du risque et des besoins d'Andrews et Bonta ainsi que celui des vies saines s'associeraient pour expliquer le passage à l'acte délictuel. Cette complémentarité se manifesterait de différentes façons. Tout d'abord, les facteurs de risque dynamiques pourraient représenter des symptômes de l'une ou l'autre des quatre types de difficultés dont il a été question précédemment. L'exemple de monsieur W l'illustre bien, puisque ses difficultés à combler de façon adéquate ses besoins primaires (intimité), dues à un manque d'habiletés (affirmation de soi), ont suscité chez lui des émotions négatives (facteur de risque dynamique) difficiles à gérer. Les besoins criminogènes peuvent également être considérés comme des obstacles internes ou externes à la satisfaction adéquate des besoins de vie primaires des délinquants sexuels (Ward et Stewart, 2003c ; Ward et Gannon, 2006). Tel était le cas de monsieur L qui, par l'utilisation de la sexualité comme mécanisme d'adaptation, compromettait la satisfaction adéquate de ses besoins sexuels et d'intimité. En effet, il avait recours à la pornographie ainsi qu'à une fantasmagorie déviante dans le but de gérer sa colère et son anxiété plutôt que de tenter de gérer le conflit interpersonnel qui subsistait entre sa femme et lui, et ainsi retrouver une certaine intimité avec elle.

Ainsi, le lien entre les facteurs de risque dynamiques et la satisfaction des besoins primaires apparaît comme étant bidirectionnel lorsque l'on tente d'expliquer le passage à l'acte des délinquants sexuels. D'une part, il s'avère nécessaire d'être en mesure de répertorier les besoins criminogènes des délinquants, car ils peuvent faire obstacle à l'assouvissement prosocial des besoins fondamentaux. D'autre part, ils peuvent fournir un indice à l'évaluateur quant à de potentiels problèmes dans les plans de vie des clients. Les suivis effectués dans le cadre de notre stage nous ont permis d'observer ces faits et ainsi de mieux comprendre les dynamiques des délinquants sexuels. En effet, bien qu'il soit apparu plus complexe d'intégrer les deux modèles (modèle du risque et des besoins ainsi que le modèle des vies saines) lors de l'évaluation des délinquants, cette approche nous a sans doute permis d'obtenir un portrait plus large des différents clients en plus de

parfaire notre compréhension des besoins fondamentaux non assouvis derrière les agressions sexuelles.

4.2.3 Implications pour le traitement

Selon le modèle des vies saines, il existerait un lien entre la gestion des facteurs de risque et des besoins de vie primaires dans le cadre d'un traitement (Ward, Yates et coll., 2006), et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'approche de Ward et ses collègues soutient l'idée que la recherche de satisfaction des besoins primaires fait partie de l'explication du passage à l'acte. Les auteurs susmentionnés considèrent également que la mise en place des conditions nécessaires à la satisfaction des besoins est susceptible de réduire la présence des facteurs de risque dynamiques (Ward, Yates et coll., 2006). Le suivi de monsieur W nous a permis d'observer cet aspect. En effet, celui-ci avait comme objectif de satisfaire ses besoins d'être en relation et de socialisation, et nous l'avons encouragé à sélectionner une activité sociale de son choix et à s'y inscrire. Le suivi a aussi permis de révéler que le sujet jouissait d'un réseau social limité (facteur de risque) et n'était pas en relation de couple. Ainsi, le fait d'encourager la satisfaction de ses besoins primaires (l'inciter à participer à une activité sociale) a eu un effet positif sur son réseau social, puisque cela lui a permis de créer de nouveaux liens avec des pairs. De plus, cette démarche a fait en sorte qu'il rencontre une femme avec qui il parvint à développer une relation intime, dernier aspect ayant également été relevé parmi les facteurs de risque dynamiques (absence de relation intime et sexuelle).

Toutefois, les suivis que nous avons effectués nous ont également permis de constater que la présence de facteurs de risque dynamiques peut également freiner la satisfaction des besoins de vie primaires des délinquants. Le cas de monsieur B en est un exemple, car sa difficulté à trouver et à analyser les problèmes (facteur de risque : difficulté dans la résolution de problème) a sans aucun doute nui à la poursuite de son besoin d'actualisation sur le plan de l'emploi. En effet, le sujet se montrait irréaliste dans ses projets de travail et ne parvenait pas à établir un plan clair quant à l'atteinte de ses

objectifs en la matière. Cela fut le cas également de monsieur L, pour qui la crainte de la solitude l'amenait à demeurer dans une relation intime insatisfaisante sur le plan sexuel.

Ensuite, selon Ward, Yates et leurs collaborateurs (2006), il serait plus facile de motiver les délinquants au changement en les amenant à comprendre comment ils cherchaient à répondre à un besoin par le biais du passage à l'acte et en les aidant à trouver des moyens adéquats de satisfaire leurs besoins. Cette proposition réfère au concept de réceptivité dans le modèle du risque et des besoins.

Concernant nos observations au cours de notre stage, il est à noter que c'était sur une base volontaire que les délinquants participaient au suivi avec nous. Ainsi, au départ, ils verbalisaient déjà leur volonté de changement ainsi que leur motivation à effectuer un travail thérapeutique. Chacun d'eux paraissait souhaiter comprendre ses passages à l'acte à partir du modèle des vies saines et disait se reconnaître dans les explications données. Toutefois, chez deux participants, nous avons observé des résistances au changement. Nous avons constaté que monsieur W éprouvait de la difficulté à passer à l'action pour atteindre ses objectifs de traitement et à se responsabiliser quant à la satisfaction de ses besoins. Il a aussi adopté une attitude passive pendant les premiers mois du suivi. Quant à monsieur B, en plus d'avoir tardé à amorcer la démarche avec nous, il s'est montré peu ouvert aux interventions et semblait constamment préoccupé par son désir de plaire plutôt que de s'investir de façon transparente dans le suivi.

Néanmoins, à notre avis, une approche selon le modèle des vies saines peut accroître la motivation des délinquants sexuels au changement, particulièrement au début de la prise en charge, puisqu'elle leur permet de mieux comprendre les besoins fondamentaux légitimes derrière leurs délits sexuels. De surcroît, nous croyons que cette approche a pu favoriser l'établissement d'une alliance thérapeutique, considérant que les objectifs discutés dans le cadre du suivi étaient orientés vers des buts d'approche, c'est-à-dire ceux qui concernent l'amélioration des conditions de vie du délinquant ou l'actualisation de caractéristiques de l'individu plutôt que la réduction ou l'élimination de certains facteurs,

et ce, dans le but de réduire le risque de récidive (Ward, Yates et coll., 2006). Ainsi, les sujets abordés durant les rencontres pouvaient sembler plus positifs pour les participants.

Il aurait tout de même été intéressant de pouvoir comparer la qualité de la motivation de nos clients avec celle de ceux qui participaient uniquement au suivi régulier. En effet, il est difficile d'évaluer si l'approche selon le modèle des vies saines suscite une plus grande motivation que celle axée sur le risque et les besoins, car nous ne possédions pas de point de comparaison ou de groupe témoin. Il aurait aussi été nécessaire d'évaluer la motivation des participants pour le suivi individuel à l'aide d'un questionnaire.

4.2.4 Apport du modèle des vies saines dans le traitement

Au cours de notre stage, nous avons pu observer l'utilité de l'application du modèle des vies saines dans le cadre de suivis individuels de délinquants sexuels adultes. Ainsi, en tant qu'intervenante, nous avons d'abord pu constater que cette approche nous permettait d'avoir une compréhension plus globale de la problématique sexuelle du délinquant. En effet, non seulement nous aidait-elle à repérer les besoins criminogènes dans le but de mieux gérer le risque, mais elle permettait de comprendre les désirs humains légitimes (affection, valorisation, intimité) derrière les délits sexuels. Cette conceptualisation de la délinquance nous a permis, à notre avis, de mieux répondre aux besoins des sujets en traitement. Nos observations nous ont aussi amenée à constater que les explications théoriques du passage à l'acte délictuel selon le modèle de Ward et ses collègues avaient du sens pour les délinquants qui participaient à un suivi individuel avec nous.

Un autre apport du modèle des vies saines que nous avons pu observer est qu'il encourage l'implication du client dans l'élaboration du plan d'intervention. Les objectifs poursuivis reflétaient les priorités de vie des délinquants, ce qui semble avoir favorisé leur engagement dans le suivi. Ils pouvaient se sentir plus concernés par le traitement. Un élément nous permettant de croire en la motivation des délinquants ayant fait un suivi avec nous est qu'ils y ont participé jusqu'à notre départ, et ce, bien qu'il ait été optionnel.

L'approche de Ward et ses collaborateurs nous est également apparue plus positive pour les clients, puisqu'ils pouvaient eux-mêmes observer plus facilement les résultats que lorsque l'intervention est axée uniquement sur la gestion du risque. Dans le cas de monsieur W par exemple, ses démarches de socialisation étaient concrètes et la perception du modèle des vies saines est qu'elle permettait de combler un besoin primaire. Cette vision a permis, à notre avis, de procurer un plus grand sentiment d'accomplissement à monsieur W que si l'objectif avait été de réduire l'isolement social (facteur de risque).

Enfin, même si le modèle des vies saines vise à améliorer le bien-être des clients par la satisfaction des besoins de vie primaires, celui-ci ne néglige pas pour autant la gestion du risque. En effet, tout au long de notre stage, cette approche nous a permis de tenir compte à la fois des facteurs de risque dynamiques et des besoins primaires de nos clients. Plus encore, ces derniers éléments s'avéraient intimement reliés et c'est pourquoi il était impossible de faire abstraction des facteurs de risque lorsque nous tentions d'amener un délinquant à satisfaire ses besoins fondamentaux. Par exemple, puisque les fantaisies déviantes de monsieur L faisaient obstacle à la satisfaction de son besoin de sexualité saine (ou que celles-ci apparaissaient en raison d'une insatisfaction sexuelle), nous devions nécessairement intervenir sur ce facteur de risque afin d'atteindre l'objectif de combler ses besoins fondamentaux d'intimité et de sexualité saine.

4.2.4 Limites du modèle des vies saines relativement au traitement

Une des premières limites auxquelles nous avons été confrontée dans l'application du modèle des vies saines fut le manque de temps. Cette lacune du modèle avait été repérée par Lindsay, Ward et coll. (2007), qui relevaient que l'application de cette approche requérait un important investissement en temps. Ainsi, alors que ces auteurs évaluaient que six à huit séances s'avéraient nécessaires uniquement pour compléter le plan de vie avec les délinquants, nous avons dû faire ce travail en seulement deux séances. Par ailleurs, nous avons observé peu de progrès chez nos clients au cours de notre stage en ce qui concerne la satisfaction adéquate des besoins de vie. Toutefois, plusieurs mois plus

tard, notre surveillant de stage sur le terrain nous a rapporté des cheminements positifs par rapport à leur plan de vies saines, ce qui nous permet de confirmer que l'application de ce modèle s'avère exigeante en temps.

Une autre limite que nous avons rencontrée est la difficulté de déterminer des objectifs d'intervention relativement à une vie saine lorsque l'identité du délinquant apparaît mal définie. Nous en trouvons une illustration dans le cas de monsieur B. En effet, de premier abord, il s'est avéré impossible de cibler les besoins de vie auxquels il accordait le plus d'importance, en raison d'une mauvaise connaissance de soi et de ses valeurs personnelles. De plus, les moyens qu'il trouvait pour satisfaire ses besoins fluctuaient d'une rencontre à l'autre, reflétant ainsi un manque de clarté dans la définition de son identité personnelle.

Une dernière limite que nous avons observée par rapport à l'application du modèle des vies saines dans le traitement des délinquants sexuels et qu'il n'est pas toujours possible de travailler à la satisfaction des besoins de manière prosociale lorsque la présence de facteurs de risque paralyse la réalisation des délinquants sur ce plan. En effet, dans le cadre de nos suivis, nous avons constaté qu'il fallait s'occuper de certains besoins criminogènes avant de pouvoir envisager la satisfaction adéquate des besoins de vie. Par exemple, monsieur W souhaitait améliorer la relation avec son ex-conjointe dans le but de satisfaire plus adéquatement son besoin sur le plan familial. Or, il présentait des lacunes dans la résolution de problème et éprouvait donc des difficultés à régler les conflits subsistant entre les deux partenaires. Cette situation avait un impact direct sur la vie familiale du sujet, car madame refusait qu'il soit seul en présence de ses enfants. Ainsi, des interventions étaient nécessaires pour développer ses habiletés dans la résolution de problème. Toutefois, l'horaire des ateliers à la CETTCS ne permettait pas toujours d'aborder le besoin criminogène au bon moment. Ainsi, ce travail a dû se faire dans le cadre des rencontres individuelles, ce qui a retardé la mise en application du plan de vie saine du délinquant.

CONCLUSION

Le traitement des auteurs d'agressions sexuelles a connu une évolution importante au cours des trente dernières années (Marshall, Fernandez et coll., 2003). Les programmes d'orientation strictement comportementale qui visaient essentiellement un seul objectif, soit la modification des intérêts sexuels déviants, ont fait place à partir des années 1980 à des programmes de traitement cognitivo-comportementaux multifactoriels (Lussier et Proulx, 2001 ; Marshall, Fernandez et coll., 2003). Ainsi, ces programmes s'intéressent à plusieurs modalités et facteurs en cours de traitement telles les préférences sexuelles, les habiletés sociales, la gestion des émotions et les distorsions cognitives. Les traitements cognitivo-comportementaux furent associés à une réduction des taux de récidive sexuelle et générale dans une méta-analyse réalisée par Hanson et ses collègues (2002). Par ailleurs, le modèle qui domine actuellement dans les programmes de traitement cognitivo-comportementaux est celui du risque et des besoins, élaboré par Andrews et Bonta (1998). Cette perspective s'intéresse principalement à la gestion du risque et suggère un certain nombre de principes devant guider les interventions auprès des agresseurs sexuels.

Toutefois, malgré une contribution incontestable dans le domaine du traitement des agresseurs sexuels, certaines critiques furent adressées au modèle d'Andrews et Bonta. Entre autres, on lui reprochait de négliger certains facteurs importants pour la réhabilitation des délinquants, c'est-à-dire ceux qui peuvent favoriser l'établissement d'une alliance thérapeutique et la motivation des délinquants dans le traitement. Des exemples de ces facteurs sont les besoins non criminogènes et l'identité personnelle (Marshall, Fernandez et coll., 2003 ; Ward et Brown, 2003 ; Ward et Stewart, 2003a ; Ward et Stewart, 2003c ; Mann, Webster et coll., 2004). De surcroît, le modèle du risque et des besoins aurait l'inconvénient de cibler uniquement la gestion du risque et la protection de la société, laissant ainsi de côté l'amélioration de la qualité de vie des délinquants (Ward et Brown, 2003 ; Ward et Stewart, 2003b). Afin de répondre à ces critiques, Ward et ses collègues (Ward, 2002; Ward et Stewart, 2003a; Ward et Marshall, 2004; Ward et Gannon, 2006) ont conçu un autre modèle qui complète celui du risque et

des besoins, soit le modèle des vies saines (*good lives model*). Cette approche intègre les éléments de la gestion du risque, mais également différents aspects de la vie du délinquant, l'idée centrale étant que tous les comportements humains, y compris l'agression sexuelle, visent à combler un besoin fondamental (Emmons, 1999; Ward, 2002). Le modèle des vies saines est donc un modèle positif, basé sur les forces et les capacités de l'individu (Ward et Stewart, 2003c). L'objectif est de responsabiliser le délinquant par rapport à l'acquisition de capacités internes et externes nécessaires à la gestion du risque mais également à la croissance personnelle. La croissance personnelle est rendue possible lorsque le délinquant parvient à combler de façon prosociale ses propres besoins de vie fondamentaux.

Les études de cas rapportées dans le présent rapport ont permis d'observer les effets de l'application du modèle des vies saines dans les suivis effectués auprès d'agresseurs sexuels. Cette approche s'est avérée utile dans un objectif de compréhension plus globale du passage à l'acte délictuel. De surcroît, elle a semblé favoriser l'implication dans le traitement ainsi que la motivation des délinquants, en plus de contribuer à l'établissement d'une alliance thérapeutique avec nous. Enfin, nous avons constaté que l'application du modèle de Ward et ses collègues paraissait valoriser et renforcer davantage les progrès des délinquants, puisqu'elle permettait d'améliorer leur satisfaction par rapport à leur vie en général, tout en considérant la protection de la société par la gestion des facteurs de risque. Néanmoins, la mise en application de ce modèle nous a semblé coûteuse en temps. De plus, la structure du programme de traitement actuellement offert à la CETTCS ne nous permettait pas d'adapter les interventions sur les facteurs de risque aux plans de vie saine des agresseurs sexuels.

En terminant, à partir des études de cas réalisées au cours de ce stage ainsi que de nos propres observations, nous considérons qu'il serait profitable pour la CETTCS d'intégrer le modèle des vies saines dans son programme de traitement. Par conséquent, il nous est possible de faire quelques recommandations qui favoriseraient cette intégration. Tout d'abord, en ce qui a trait à la gestion des facteurs de risque, nous considérons qu'il serait pertinent de tenir davantage compte de l'évaluation du risque lors de la planification du

traitement des délinquants. Par exemple, on pourrait suggérer à un client de participer aux ateliers visant uniquement les facteurs de risque relevés dans son évaluation préalable. De même, l'intensité des interventions pourrait être mieux adaptée au niveau de risque des délinquants, en conformité avec le principe du risque du modèle d'Andrews et Bonta (1998). Ensuite, un atelier de sensibilisation au modèle des vies saines pourrait être offert aux délinquants dans le but de les amener à comprendre leurs passages à l'acte du point de vue de la satisfaction des besoins fondamentaux. Dans ce même atelier, le client pourrait être amené à découvrir les besoins de vie primaires ayant le plus d'importance pour lui, en accord avec son identité personnelle. Un second atelier de groupe pourrait par la suite être offert aux agresseurs sexuels, où ils s'affairaient, avec l'aide du thérapeute, à mettre sur pied un plan de vie saine. À notre avis, il s'avère primordial que l'agresseur sexuel soit activement impliqué dans l'élaboration de son plan de vie dès le départ, dans le but que cette appropriation favorise la responsabilisation et la motivation par rapport au traitement. Ce plan pourrait par la suite servir de plan d'intervention, et les objectifs de traitement ainsi que l'orientation du délinquant dans le programme pourraient être déterminés grâce à ce document. Par exemple, les habiletés nécessaires à la satisfaction des besoins fondamentaux que relève le plan de vie pourraient correspondre à un facteur de risque abordé dans un atelier. Le client serait donc orienté en premier lieu vers ces ateliers. Le suivi relativement à la satisfaction adéquate des besoins fondamentaux pourrait être assuré par les thérapeutes principaux des clients et ainsi se faire à l'intérieur du grand groupe de thérapie hebdomadaire. Enfin, nous suggérons qu'une évaluation de la progression du délinquant soit réalisée trimestriellement avec lui afin d'adapter le plan de vie saine aux circonstances changeantes de son environnement mais également à son identité, considérant que celle-ci pourra être mieux définie avec le temps. Pour terminer, nous sommes d'avis qu'une évaluation du risque et des besoins criminogènes devrait être reproduite en cours de traitement ainsi qu'à la fin du cheminement des délinquants pour être mieux en mesure d'observer l'impact du traitement sur le risque de récidive. Cette pratique pourrait être jumelée à une évaluation de la satisfaction des délinquants sexuels par rapport à leur vie, dans l'objectif d'établir des liens entre la satisfaction des besoins fondamentaux et le risque de récidive. Ceci permettrait aussi de mieux évaluer les effets

de l'intégration du modèle des vies saines dans un programme de traitement pour agresseurs sexuels.

BIBLIOGRAPHIE

Alexander, M.A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11 (2), 101-117.

Andrews, D.A. (2001). Principles of effective correctional programs. In Motiuk, L.L., & Serin, R.C. (Eds), *Copendium 2000 on Effective Corrections*, Vol. I (pp.9-17). Ottawa, Correctional Service Canada.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct (2nd ed.)*. Cincinnati, OH, Anderson.

Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2006). *The recent past and near future of risk and/or need assessment*. *Crime & Delinquency*, 52 (1), 7-27.

Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA) (2005), *Practice standards and guidelines for members of the Association for the Treatment of Sexual Abusers*, Beaverton, OR.

Cortoni, F. A. (1998). The relationship between attachment styles, coping, the use of sex as a coping strategy, and juvenile sexual history in sexual offenders. Cité dans Lussier, P., Proulx, J. & McKibben, A. (2001). Personality characteristics and adaptive strategies to cope with negative emotional states and deviant sexual fantasies in sexual aggressors. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(2),159-170.

Deci, E. L., & Ryan, R.M. (2000). "The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behaviour." *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Emmons, R. A. (1999). *The psychology of ultimate concern*. New York, NY: Guilford.

Gallagher, C. A., Wilson, D. B., Hirschfield, P., Coggeshall, M. B., & MacKenzie, D. L. (1999). A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly*, 3, 19-29.

Hall, G.C.N. (1995). Sex offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 802-809.

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., Gordon, A., Harris, A.J.R., Marques, J.K., Murphy, W., Quinsey, V.L., & Seto, M.C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-194.

Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K. (2004). *Les prédicteurs de la récidive sexuelle: Une méta-analyse à jour*. (Rapport de recherche No. 2004-02). Ottawa, Canada: Sécurité publique Canada.

Hanson, R.K., & Thornton, D. (1999). *Static 99: Improving actuarial risk assessment for sex offenders* (Rapport de recherche No.1999-02). Ottawa, Canada : Sécurité publique Canada.

Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T.-L., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic supervision project* (Rapport de recherche No. 2007-05). Ottawa, Canada: Sécurité publique Canada.

Harris, G.T., & Rice, M.E. (2007). Adjusting actuarial violence risk assessments based on aging and the passage of time. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 297-313.

Hollin, C. R. (1999). Treatment programs for offenders: Meta-analysis, "what works", and beyond. *International Journal of Law and Psychiatry* 22(3-4), 361-372.

Institut Philippe Pinel de Montréal (2006). *Service de criminologie* Repéré le 6 décembre 2006 de http://www.pinel.qc.ca/GeneralList.aspx?nav_id=60&lang_id=F.

La Guardia, J. G., & Ryan, R. M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux, et bien-être: théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 283-306.

Laws, D. R., Hudson, S.M., & Ward, T. (Eds.) (2000). *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*. Newbury Park, CA: Sage.

Lindsay, W. R., Ward, T., Morgan, T., & Wilson, I. (2007). Self-regulation of sex offending, future pathway and the Good lives model: applications and problems. *Journal of Sexual Aggression* 13(1), 37-50.

Lussier, P., & Proulx, J. (2001). Le traitement et l'évaluation des agresseurs sexuels: perspectives nord-américaines et européennes. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 1, 69-87.

Lussier, P., Proulx, J., & McKibben, A. (2001). Personality characteristics and adaptive strategies to cope with negative emotional states and deviant sexual fantasies in sexual aggressors. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(2), 159-170.

Mann, R. E., Webster, S.D, Scofield, C., & Marshall, W.L. (2004). Approach versus avoidance goals in relapse prevention with sexual offenders. *Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment* 16(1), 65-75.

Marlatt, G. A., & George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction, 79*, 261-273.

Marlatt, G. A., Larimer, M. E., Baer, J. S., & Quigley, L. A. (1993). Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy. *Behavior Therapy, 24*, 461-504.

Marques, J.K. (1999). How to answer the question “does sex offenders treatment work?”. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 437-451.

Marshall, W. L., Cripps, E, Anderson, D., & Cortoni, F.A. (1999). Self-esteem and coping strategies in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 955-962.

Marshall, W. L., Fernandez, Y.M., Serran, G.A., Mulloy, R., Thorton, D., Mann, R.E., & Anderson, D. (2003). Process variables in the treatment of sexual offenders. A review of the relevant literature. *Agression and Violent Behavior, 8*, 205-234.

Marshall, W. L., Ward, T., Mann, R. E., Moulden, H., Fernandez, Y. M., Serran, G., & Marshall, L. E (2005). Working positively with sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(9), 1096-1114.

Maruna, S. (2001). *Making good: How Ex-Convicts Reform and Rebuild Their Lives* Washington, DC: American Psychological Association.

McKibben, A., Proulx, J., & Lusignan, R. (1994). Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles. *Behavior Research and Therapy, 32*, 571-575.

McKibben, A., Proulx, J., & Lussier, P. (1999). Sexual aggressors perceptions of effectiveness on strategies to cope with negative emotions and deviant sexual fantasies. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13* (4), 257-273.

McMurrin, M., & Ward, T. (2004). Motivating offenders to change in therapy: An organizing framework. *Legal and Criminological Psychology, 9*, 295-311.

Murphy, M. C. (2001). *Natural Law and practical rationality*. New York, Cambridge University Press.

Ouimet, M. (1998). *L'agression sexuelle, la violence et les infractions aux lois sur les drogues : un portrait statistique*. Montréal: Centre international de criminologie comparée, 12 avril 1998, 96 pages.

Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. Dans Marshall, W.L., Laws, D.R., & Barbaree, H.E (Éds) *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offenders* (pp.343-361). New York :Plenum press.

Proulx, J., & Lafortune, D. (2003). La diversité des agresseurs sexuels : Implications théoriques et pratiques. Dans LeBlanc, M., Ouimet, M., & Szabo, D. (Eds.) *Traité de criminologie empirique (3e édition)* (pp. 469-502). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Proulx, J., & Lussier, P. (2001). La prédiction de la récidive chez les agresseurs sexuels. *Criminologie*, 34(1), 9-29.

Proulx, J., Perreault, C., & Ouimet, M. (1999). Pathways in the offending process of extrafamilial sexual child molesters, *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 117-129.

Purvis, M. (2005). Good lives plans and sexual offending: A preliminary study. Unpublished doctoral dissertation, University of Melbourne, Australia. Cité dans Whitehead, P. R., Ward, T., & Collie, R.M. (2007). Applying the Good lives model of rehabilitation to a high-risk violent offender. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 578-598.

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

Quinsey, V. L., Khanna, A., & Malcolm, P. B. (1998). A retrospective evaluation of the regional treatment center sex offender treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 621-644.

Rasmussen, D. B. (1999). Human flourishing and the appeal to human nature. Human flourishing. Dans Paul, E.F., Miller, F.D., & Paul, J.,(Eds), *Human Flourishing* (pp.1-43). New York, Cambridge University Press.

Service correctionnel du Canada (2002). *Normes et lignes directrices relatives à la prestation de services aux délinquants sexuels*. Ottawa: Service correctionnel du Canada.

Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders. Promise and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 513-528.

Ward, T., & Beech, T. (2006). An integrate theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44-63.

Ward, T., & Brown, M. (2003). The risk-need model of offender rehabilitation: A critical analysis. Dans Ward, T., Laws, D.R., & Hudson, S. M.(Eds). *Sexual Deviance: Issues and Controversies* (pp.338-353). Hudson. Thousand Oaks, CA: Sage.

Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime and Law*, 10(3), 243-257.

Ward, T., & Gannon, T.A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 77-94.

Ward, T., & Hudson, S.M. (2000). A self-regulation model of relapse prevention. Dans Laws, D.R., Hudson, S.H., & Ward, T. (Eds). *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp.79-101). Thousand Oaks, CA: Sage.

Ward, T., Mann, R.E., & Gannon, T.A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior, 12*, 87-107.

Ward, T., & Marshall, W.L. (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression, 10*(2), 153-169.

Ward, T., & Stewart, C. (2003a). Criminogenic needs and human needs: A theoretical model. *Psychology, Crime and Law, 9*(2), 125-143.

Ward, T., & Stewart, C.A. (2003b). Good lives and the rehabilitation of sex offenders. Dans Ward, T, Laws, D.R., & Hudson, S.M., (Eds), *Sexual Deviance: Issues and Controversies* (pp.21-44). Thousand Oaks, CA: Sage.

Ward, T., & Stewart, C.A. (2003c). The treatment of sex offenders: Risk Management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*(4), 353-360.

Ward, T., Vess, J., Collie, R.M., & Gannon, T.A. (2006). Risk management or goods promotion: The relationship between approach and avoidance goals in treatment for sex offenders. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 378-393.

Ward, T., Yates, P.M., & Long, C.A. (2006). *The Self-Regulation Model of the Offense and Relapse Process, Volume2: Treatment*. Victoria, B.C., Trafford.

Whitehead, P. R., Ward, T., & Collie, R.M.. (2007). Time for a change: Applying the Good lives model of rehabilitation to a high-risk violent offender. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 54*(5), 578-598.

Yates, P.M., Goguen, B.C., Nicholaichuk, T.P., Williams, S.M., Long, C.A., Jeglic, E., & Martin, G. (2000). *National Sex Offenders Programs (Intensité modérée, faible et maintien des acquis)*. Ottawa: Correctional Service of Canada.

Yates, P.M. (2003). Treatment of adult sexual offender: A therapeutic cognitive-behavioral model of intervention. *Journal of Child Sexual Abuse, 12*, 105-232.