

Université de Montréal

Impact de la réussite au traitement de la délinquance sexuelle sur la
récidive, en lien avec les scores obtenus au PCL-R, au SORAG et à la
Statique-99

Par

Marie-Hélène Dufresne

Département de psychologie
Faculté des arts et sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du doctorat (Ph.D. R/I)
option clinique comportementale

Mai 2005

© Marie-Hélène Dufresne, 2005



BF

22

U54

2006

v. 002

AVIS

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

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

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

NOTICE

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

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

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

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Impact de la réussite au traitement de la délinquance sexuelle sur la récidive, en
lien avec les scores obtenus au PCL-R, au SORAG et à la Statique-99

Présentée par
Marie-Hélène Dufresne

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

..... Joanne-Lucine Rouleau
Président-rapporteur

Luc Granger
Directeur de recherche

..... Michel Sabourin
Membre du jury

..... Janel Gauthier
Examineur externe

..... Jean-Pierre Blondin
Représentant du doyen de la FES

Résumé

Le traitement cognitivo-comportemental de la délinquance sexuelle semble pouvoir réduire la récurrence des délinquants sexuels. Il devient donc pertinent de s'intéresser au fonctionnement interne des programmes. Pour ce faire, la réussite de 185 délinquants sexuels à atteindre les objectifs d'un traitement a été mesurée, à l'aide d'un guide conçu à cet effet. Le traitement sélectionné est conforme aux standards dictés par la littérature. Les sujets ont complété le traitement entre 1992 et 2000. Ils ont été suivis sur une période moyenne de 44,22 mois. Le taux de récurrence sexuelle s'élève à 7,1%. 4,9% des sujets ont commis un nouveau crime violent et 7,6% ont commis un nouveau crime non sexuel et non violent. La combinaison des récurrences sexuelle et violente donne un taux de 11,4% et 17,4% des sujets ont commis un nouveau crime (toute nature confondue). Ces taux sont plus bas que la plupart des taux rapportés dans la littérature. La récurrence des sujets a également été comparée en fonction de leur capacité à atteindre les objectifs du programme. À cet égard, les sujets de la catégorie « Objectifs partiellement atteints – Faible » ont significativement moins récidivé que ceux de la catégorie « Objectifs partiellement atteints – Fort », en ce qui concerne la combinaison de la récurrence violente et sexuelle. Le traitement semble donc avoir eu un impact sur certains des sujets de l'échantillon. Parmi les explications retenues, l'auteur relève la possibilité que le traitement ait un impact différent sur divers types de délits. Il semble aussi plausible que les sujets n'aient pas tous été aussi honnêtes. Finalement, l'auteur suggère que la méthode utilisée pour mesurer l'atteinte des objectifs n'ait pas été optimale. En dernier lieu, la capacité prédictive de 3 échelles (SORAG, Statique-99 et PCL-R) a été mesurée. Les 2 échelles actuarielles de prédiction du risque (SORAG et Statique-99) se sont avérées peu efficaces à prédire les

comportements criminels pour lesquelles elles ont été conçues. Le PCL-R s'est avéré être un meilleur prédicteur de la récidive. Il semble donc que, parmi un échantillon de délinquants sexuels traités, les échelles actuarielles de prédiction du risque ont perdu une partie de leur pouvoir prédictif.

Mots clés : délinquants sexuels, traitement, atteinte des objectifs, récidive, prédiction du risque, psychopathie

Summary

Since cognitive-behavioural treatment of sexual delinquency appears to be able to reduce recidivism, it now seems relevant to focus our interest on the internal functioning of such treatment. In order to do so, the success of 185 sexual offenders to achieve the goals of treatment was measured, using a guide designed for this purpose. The selected treatment is in conformity with standards dictated by the literature. The subjects have completed the treatment between 1992 and 2000. They were followed over an average period of 44,22. Sexual recidivism rate is 7,1%. 4,9% of subjects committed a new violent offence, while 7,6% committed a new nonsexual and nonviolent crime. The combination of sexual and violent recidivism gives a rate of 11,4% and 17,4% of the sample committed a new offence (all type considered). These recidivism rates are lower than most rates found in the literature. The subjects' recidivism was also compared according to their ability to achieve treatment goals. Subjects categorized as « Objectives partially achieved – Weak » recidivated in a significantly lower rate than subjects categorized as « Objectives partially reached – Strong », with regard to the combination of sexual and violent recidivism. Treatment thus appears to have had an impact on some of the subjects of the sample. Among possible explanations, the author notes the possibility of a different impact of treatment on different types of crimes. It also seems plausible that all subjects have not been equally honest in treatment. Finally, the author suggests that the method used to measure the achieving of treatment goals has not been optimal. Lastly, the predictive power of 3 scales (SORAG, Static-99, and PCL-R) was measured. The 2 actuarial scales (SORAG and Static-99) proved not very effective to predict the criminal behaviours they were designed to predict. The PCL-R proved to be a better predictor of recidivism. It thus seems that, within a sample of

treated sex offenders, actuarial scales of prediction of risk lost part of their prediction power.

Key Words: sex offenders, treatment, goal achievement, recidivism, prediction of risk, psychopathy.

Table des matières

RESUME	II
SUMMARY	IV
TABLE DES MATIERES	VI
Liste des tableaux	IX
Liste des figures	X
Liste des sigles et abréviations	XI
INTRODUCTION	1
CONTEXTE THÉORIQUE	3
COMPOSANTES FORMANT LES PROGRAMMES DE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAUX DE LA DELINQUANCE SEXUELLE	5
<i>Modification des intérêts sexuels déviants</i>	5
<i>Restructuration des distorsions cognitives</i>	7
<i>Habiletés sociales et affirmation de soi</i>	10
<i>Gestion de la colère et autres émotions négatives</i>	13
<i>Éducation sexuelle</i>	14
<i>Empathie envers les victimes</i>	14
<i>Prévention de la rechute</i>	17
L'EFFICACITE DES TRAITEMENTS COGNITIVO-COMPORTEMENTAUX DE LA DEVIANCE SEXUELLE ..	22
LES CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES AUX DELINQUANTS SEXUELS RECIDIVISTES	36
LA MESURE STATISTIQUE DU RISQUE DE RECIDIVE	39
<i>Le Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)</i>	41
<i>La Statique-99</i>	42
LA DÉLINQUANCE SEXUELLE ET LA PSYCHOPATHIE	43
PRÉSENTE ÉTUDE	49
A) FONCTIONNEMENT INTERNE DU PROGRAMME	49
<i>Première question de l'étude</i>	51
<i>Deuxième question de l'étude</i>	51
<i>Troisième question de l'étude</i>	52
B) IMPACT SUR LA RÉCIDIVE	53
<i>Quatrième question de l'étude</i>	53
<i>Cinquième question de l'étude</i>	54
<i>Sixième question de l'étude</i>	54
<i>Septième question de l'étude</i>	55
METHODOLOGIE DE RECHERCHE	57
A) SUJETS	57
B) TRAITEMENT ETUDIE	57
<i>Le dévoilement</i>	58
<i>La restructuration cognitive</i>	58
<i>L'affirmation de soi et les habiletés interpersonnelles</i>	59
<i>L'entraînement à la gestion de la colère</i>	59
<i>Le rehaussement de l'empathie du participant envers sa ou ses victimes</i>	59
<i>L'éducation sexuelle</i>	60

<i>La prévention de la rechute</i>	60
<i>La modification des intérêts sexuels déviants</i>	61
C) VARIABLES DE L'ÉTUDE.....	61
<i>Réussite du traitement</i>	61
<i>Mesures statistiques du risque de récidive</i>	63
<i>Échelle psychopathie de Hare révisée (PCL-R)</i>	64
<i>Mesure de la récidive</i>	65
D) ASPECTS RELATIFS A L'ETHIQUE PROFESSIONNELLE	68
RESULTATS	69
A) DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES	70
B) QUESTIONS DE L'ÉTUDE.....	72
<i>Question 1 : Fidélité intercorrecteurs du «Guide de cotation de l'atteinte des objectifs de traitement»</i>	72
<i>Question 2 : Répartition des sujets selon le degré d'atteinte des objectifs</i>	74
<i>Question 3 : Cohérence interne du programme</i>	77
<i>Question 4 : Taux obtenus pour chacun des types de récidive étudiés</i>	80
<i>Question 5 : Capacité prédictive de la variable «Atteinte des objectifs du traitement»</i>	80
<i>Question 6 : Capacité prédictive des trois échelles utilisées</i>	80
<i>Courbes de survie en fonction de l'atteinte des objectifs de traitement</i>	84
<i>Comparaison de la récidive attendue et de la récidive réelle</i>	87
<i>Question 7 : Capacité prédictive de l'atteinte des objectifs de chaque module du programme</i>	91
DISCUSSION	92
QUESTION 1 : FIDELITE INTERCORRECTEURS DU «GUIDE DE COTATION DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE TRAITEMENT»	92
QUESTION 2 : REPARTITION DES SUJETS SELON LE DEGRE D'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE TRAITEMENT	93
QUESTION 3 : COHERENCE INTERNE DU PROGRAMME	97
A) <i>Le dévoilement</i>	99
B) <i>La restructuration cognitive, les habiletés sociales et la gestion de la colère</i>	102
C) <i>La restructuration cognitive et l'empathie</i>	103
D) <i>Les habiletés sociales, la gestion de la colère et l'empathie</i>	106
E) <i>L'éducation sexuelle</i>	109
F) <i>La prévention de la rechute</i>	110
G) <i>Les intérêts sexuels déviants</i>	112
QUESTION 4 : RÉCIDIVE DES SUJETS DE L'ÉCHANTILLON	115
QUESTION 5 : LE SUCCÈS THÉRAPEUTIQUE COMME PRÉDICTEUR DE LA RÉCIDIVE	118
QUESTION 6 : LES ÉCHELLES COMME PRÉDICTEURS DE LA RÉCIDIVE	125
<i>Le Sexual Risk Appraisal Guide (SORAG)</i>	126
<i>La Statique-99</i>	127
<i>L'échelle révisée de psychopathie de Hare (PCL-R)</i>	127
<i>Comparaison de la récidive attendue et de la récidive réelle</i>	128
<i>Utilité du PCL-R dans le prédiction du risque</i>	130
FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	130
CONCLUSION	136
RÉFÉRENCES	139
APPENDICE A	I
APPENDICE B	V
APPENDICE C	VIII

APPENDICE D..... X

Liste des tableaux

TABLEAU I Accord intercorrecteurs concernant l'atteinte des objectifs de traitement.....	74
TABLEAU II Corrélations de Pearson entre les diverses composantes du programme de traitement.....	78
TABLEAU III Capacité des variables indépendantes à prédire la récurrence des sujets.....	82
TABLEAU IV Comparaison des moyennes de risque attendues selon le score aux échelles actuarielle et de la récurrence réelle.....	91

Liste des figures

FIGURE 1 Chaîne cognitivo-comportementale menant à la rechute Tirée de George et Marlatt (1989).....	18
FIGURE 2 Répartition des sujets selon l'atteinte des objectifs de chaque composante du programme	76
FIGURE 3 Régression de Cox selon la récurrence sexuelle en fonction de la réussite globale du traitement	84
FIGURE 4 Régression de Cox selon la récurrence violente en fonction de la réussite globale au traitement	85
FIGURE 5 Régression de Cox selon la récurrence non violente en fonction de la réussite globale au traitement	85
FIGURE 6 Régression de Cox selon la récurrence sexuelle et violente en fonction de la réussite globale au traitement	86
FIGURE 7 Régression de Cox selon la récurrence générale en fonction de la réussite globale au traitement	86
FIGURE 8 Distribution des scores au SORAG	89
FIGURE 9 Distribution des scores à la Statique-99.....	90

Liste des sigles et abréviations

ATSA	ASSOCIATION FOR THE TREATMENT OF SEXUAL ABUSERS
CIM-10	CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES – 10 ^E RÉVISION
DSM-IV	DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL – 4 TH EDITION
ERRRS	ÉVALUATION RAPIDE DU RISQUE DE RÉCIDIVE SEXUELLE
MASSOR	MULTIFACTORIAL ASSESSMENT OF SEX OFFENDER RISK FOR RECIDIVISM
MCMII-II	MILLON CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY – 2 ND EDITION
MMPI	MINNESOTA MULTIAXIAL PERSONALITY INVENTORY
D	ÉCHELLE « DEPRESSION »
HS	ÉCHELLE « HYPOCHONDRIASIS »
HY	ÉCHELLE « HYSTERIA »
MA	ÉCHELLE « HYPOMANIA »
PA	ÉCHELLE « PARANOÏA »
PD	ÉCHELLE « PSYCHOPATHIC DEVIATE »
PT	ÉCHELLE « PSYCHOSTHENIA »
SC	ÉCHELLE « SCHIZOPHRENIA »
MNSOST-R	MINNESOTA SEX OFFENDER SCREENING TOOL - REVISED
OR	ODD RATIO
PCL-R	PSYCHOPATHY CHECKLIST – REVISED
PR	PREVENTION DE LA RECHUTE
ROC	RELATIVE OPERATIONAL CHARACTERISTICS
SACJ-MIN	JUGEMENT CLINIQUE ANCRE ET STRUCTURE – VERSION MINIMALE
SARA	SPOUSAL ASSAULT RISK ASSESSMENT
SOTEP	SEX OFFENDER TREATMENT AND EVALUATION PROJECT

SORAG.....SEXUAL OFFENDER RISK APPRAISAL GUIDE

VRAG.....VIOLENT RISK APPRAISAL GUIDE

Aux victimes
Puisque elles sont celles qui motivent tous mes efforts

Merci ...

Nous rencontrons tous, un jour, ceux qui nous guideront et feront de nous des êtres meilleurs. Pour moi, cette rencontre s'est faite avant même que je respire, puisque mes parents auront toujours été ma source d'inspiration, de fierté et de soutien. Je leur adresse donc mes tous premiers remerciements. Sans eux, il n'y aurait eu ni doctorat, ni thèse, ni bonheur.

J'adresse ensuite un merci tout spécial à madame Alexandrine Chevrel, ainsi qu'à monsieur Van Johnson, qui m'ont généreusement ouvert les portes de leur clinique, afin que j'y puise mes données. De même, je me dois de souligner l'immense générosité de mon directeur, Dr Luc Granger. Il aura su faire de moi une étudiante accomplie. Aux jours de découragement, son appui et sa confiance m'ont été d'un grand secours. A mes collègues de travail, j'offre mille mercis, pour leur support et leur réconfort. Un merci tout spécial pour Isabelle, partenaire d'études, collègue et amie.

Finalement, je renouvelle tout mon amour pour Alexandre, mon roc, mon phare et mon âme sœur. Plus d'une fois, il a dû affronter les sautes d'humeur d'une copine en rédaction. Plus de mille fois, il a dû me rassurer, me supporter, m'encourager. Si mes parents ont été le commencement de tout, Alex a su prendre la relève. Il est ma confiance et tant qu'il sera là, rien ne pourra être surmonté ...

Introduction

Parmi l'ensemble des sujets d'étude de la psychologie, le comportement criminel fait depuis longtemps l'objet d'un intérêt poussé. De façon encore plus spécifique, la commission de délits à caractère sexuel a donné naissance à un nombre impressionnant d'études, portant sur diverses facettes de ce phénomène. Ainsi, depuis maintenant plusieurs décennies, des professionnels de la santé mentale se sont vus accorder le mandat d'intervenir auprès des individus perpétrant ce genre de crimes, afin de mieux comprendre le phénomène et ultimement, de développer des méthodes d'intervention efficaces afin de réduire l'occurrence de tels comportements.

Le phénomène de l'agression sexuelle est complexe. En effet, la littérature scientifique portant sur ce problème est vaste et couvre une multitude de facteurs. Le domaine de la délinquance sexuelle peut ainsi être étudié sous plusieurs angles, allant de l'étiologie à l'intervention. Toutefois, le présent travail se concentrera sur l'étude des méthodes d'intervention visant à faire diminuer la l'occurrence de nouveaux comportements sexuels déviants. Plus précisément, il s'intéressera aux méthodes d'intervention s'inscrivant dans un cadre théorique d'orientation cognitivo-comportementale. Bien qu'une telle approche ne soit pas la seule utilisée, elle s'avère être la plus populaire en Amérique du Nord et gagne rapidement du terrain dans de nombreux pays européens. Le texte présenté ici vise donc à faire le point sur l'efficacité des méthodes d'intervention cognitivo-comportementales à faire diminuer le taux de récidive chez les délinquants sexuels traités.

Dans un premier chapitre, une recension des écrits portant sur l'intervention auprès des auteurs de crimes sexuels sera présentée. A cet effet, les différents facteurs actuellement ciblés dans le traitement cognitivo-comportemental de la délinquance sexuelle seront analysés. Les études supportant l'intervention auprès de tels facteurs seront également résumées. De même, une analyse sera faite de la littérature portant sur l'efficacité de l'intervention cognitivo-comportementale auprès d'auteurs de crimes sexuels. Pour ce faire, les divers défis méthodologiques devant être relevés dans l'étude de tels traitements seront abordés. Ceci permettra de jeter ensuite un regard plus éclairé sur les recherches précédentes ayant tenté de mesurer l'efficacité des approches thérapeutiques auprès d'auteurs de délits sexuels. Finalement, un résumé de l'état actuel des connaissances sera présenté.

Le second chapitre de ce document proposera une nouvelle étude portant sur l'efficacité d'un programme de traitement cognitivo-comportemental offert dans un pénitencier canadien et visant à faire diminuer le taux de récidive chez un échantillon de délinquants sexuels. Les diverses hypothèses étudiées seront présentées, ainsi que la méthodologie ayant été privilégiée. Ensuite, les résultats obtenus seront présentés et analysés.

Finalement, le dernier chapitre offrira une discussion des résultats obtenus et émettra les conclusions pouvant être tirées de l'étude menée. Ce chapitre sera clos par l'émission de recommandations en vue de poursuivre la recherche et de parfaire les connaissances scientifiques en regard du traitement psychologique de la déviance sexuelle.

Contexte théorique

Depuis toujours les crimes sexuels suscitent une vive réaction sociale et sont considérés comme des actes nécessitant une sévère punition. Au cours des dernières décennies, le nombre de personnes reconnues coupables de ce genre de délits et incarcérées dans les institutions nord-américaines n'a cessé de croître. En effet, Clelland, Studer et Reddon (1998) citent un rapport du Service correctionnel Canadien stipulant qu'entre les années 1990 et 1994, le nombre de délinquants sexuels tombés sous juridiction fédérale a crû de 50%, alors que la population carcérale fédérale générale n'a connu qu'une croissance de 10% au cours de la même période. Devant l'ampleur du phénomène de la délinquance sexuelle, les institutions judiciaires ont depuis longtemps favorisé l'implantation de méthodes d'intervention supplémentaires à l'incarcération. Parmi les alternatives disponibles, les traitements, en institution ou en communauté, ont attiré l'attention. Ainsi, le traitement psychologique de la déviance sexuelle a fait son apparition il y a maintenant plusieurs décennies. Bien que l'approche privilégiée et le format du traitement aient beaucoup varié à travers les années et les institutions (Wood, Grossman et Fichtner, 2000), le cadre cognitivo-comportemental, et plus spécifiquement le modèle de prévention de la rechute, jouit actuellement d'une faveur particulière au sein des institutions nord-américaines. Ce cadre gagne également en popularité dans plusieurs pays (Hudson, Marshall, Ward, Johnston & Jones, 1995) et est maintenant l'approche dominante dans le traitement des délinquants sexuels au Royaume Uni (Beech, Friendship, Erikson & Hanson, 2002).

La modification des intérêts sexuels déviants, par le biais de techniques comportementales, a longtemps fait figure de proue parmi les premières

tentatives thérapeutiques (Marshall, 1996, Quinsey & Earls, 1990 ; Wood *et al.*, 2000). Malgré l'existence de données intéressantes quant à la capacité de telles méthodes à modifier le profil des intérêts sexuels des participants, les résultats de recherche ont vite démontré que ce type de traitement était insuffisant, à lui seul, pour diminuer la récurrence sexuelle (Quinsey & Marshall, 1983 ; Rice, Quinsey & Harris, 1991 ; Wood *et al.*, 2000). L'intervention auprès des délinquants sexuels s'est donc élargie afin d'inclure une foule d'autres composantes cognitives et comportementales visant l'acquisition d'habiletés jugées importantes pour le maintien en société (Marshall & Barbaree, 1990 ; McFall, 1990 ; Murphy, 1990 ; Pithers, 1990). Il semble d'ailleurs maintenant reconnu que l'intervention multimodale, basée sur les théories cognitivo-comportementales et le modèle de Prévention de la rechute, soit celle qui entraîne les résultats les plus prometteurs (Freeman-Longo, Bird, Stevenson & Fiske, 1995 ; Marshall, 1996 ; Nicholaichuk, Gordon, Gu, & Wong, 2000).

Ce type de thérapie vise un ensemble de facteurs jugés importants dans la commission d'un délit sexuel. Ces facteurs ont été identifiés au fil des ans par le biais d'observations cliniques et d'études empiriques. Ils correspondent à des caractéristiques ayant été démontrées comme différenciant les délinquants sexuels des autres types de délinquants ou des hommes non criminalisés. Dans les sections qui suivent, ces facteurs seront abordés un à un et les études qui les supportent seront résumées.

Composantes formant les programmes de traitement cognitivo-comportementaux de la délinquance sexuelle

Modification des intérêts sexuels déviants

Tel que mentionné plus tôt, la modification des intérêts sexuels déviants a été l'une des premières modalités de traitement utilisées auprès des délinquants sexuels. Cette stratégie dérive de l'observation, chez cette population, de la présence d'intérêts sexuels déviants distinctifs. A cet effet, les études menées auprès d'abuseurs d'enfants ont démontré la présence de patrons d'excitation sexuelle déviante qui les distinguent des groupes d'hommes non abuseurs et qui sont reliés à l'histoire criminelle antérieure des individus, de même qu'à la récurrence sexuelle (Barbaree, 1990 ; Barbaree & Seto, 1997 ; Barsetti, Earls, Lalumière & Bélanger, 1998 ; Malcolm, Andrew & Quinsney, 1993 ; Quinsey & Lalumière, 2001). Cette distinction se retrouverait à la fois chez les pédophiles intrafamiliaux et extrafamiliaux (Barsetti *et al.*, 1998). L'intérêt sexuel envers les enfants s'est d'ailleurs avéré être le meilleur prédicteur unique de la récurrence sexuelle (Hanson & Bussière, 1998). Dans une méta-analyse récente, Hanson et Morton-Bourgon (2004) ont trouvé, à nouveau, un lien significatif entre la présence d'intérêts sexuels déviants et la récurrence sexuelle. Ce fait se reflète également dans l'importance accordée à ce facteur dans plusieurs outils de prédiction du risque de récurrence (le SORAG par Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998 ; le STABLE, Hanson, 2002 ; le SVR-20 par Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997).

Les études menées auprès de violeurs ont toutefois mis à jour des résultats plus fluctuants, où les préférences sexuelles des violeurs ne se sont pas

toujours distinguées de celles des groupes de comparaison (Hanson & Morton-Bourgon, 2004 ; Ward, McCormack, Hudson & Polaschek, 1997). Une méta-analyse menée par Hall, Shondrick & Hirshman (1993) suggère toutefois que les violeurs présentent une excitation sexuelle plus élevée pour le viol que les hommes de la communauté mais qu'ils se distingueraient moins clairement des autres types d'agresseurs sexuels (par exemple, des abuseurs d'enfants).

Plusieurs stratégies thérapeutiques ont été mises au point afin de favoriser la diminution de l'attirance sexuelle déviante et d'augmenter le pouvoir érogène de stimuli sexuels normaux (c'est-à-dire, orientés vers un adulte consentant). Ces méthodes d'intervention, d'orientation comportementale, s'appuient sur les théories comportementales du développement des intérêts sexuels, où ceux-ci sont vus comme un phénomène appris (par expérience ou par observation) et renforcé par les activités masturbatoires (Laws & Marshall, 1990 ; Weinrott, Riggan & Frothingham, 1997). Les deux types d'intervention les plus répandues sont les thérapies par aversion (Proulx, 1993) et la satiété masturbatoire ou verbale (Laws, 1995 ; Marshall & Lippens, 1977, Maletzky, 1997). Les thérapies par aversion visent à jumeler l'excitation sexuelle déviante ou les fantasmes sexuels déviants à un stimulus aversif (Laws, 2001), tandis que la satiété (masturbatoire ou verbale) vise à faire perdre le pouvoir érogène du matériel sexuel déviant par la répétition (Laws, 1995). Alors que certains auteurs se montrent optimistes quant à la valeur du traitement des intérêts sexuels déviants (Généreux, 2003 ; Grossman, 1985, Maletzky, 1997), d'autres y semblent moins favorables (Marshall, Anderson & Fernandez, 1999a-b).

Les recherches visant à mesurer l'efficacité des techniques de traitement des intérêts sexuels déviants sont peu nombreuses et la majorité d'entre elles datent des années 1970-1980. Elles ont été conduites auprès de

groupes restreints, par l'entremise de schèmes expérimentaux à cas unique ou en l'absence de groupe de comparaison. A l'heure actuelle, les données disponibles tendent à appuyer l'efficacité des thérapies comportementales à modifier le profil d'excitation sexuelle des participants dans le sens attendu, pour une période allant jusqu'à un an (Barbaree & Seto, 1997 ; Earls & Castonguay, 1989 ; Earls & Quinsey, 1985 ; Généreux, 2003 ; Laws, 2001 ; Quinsey, Chaplin & Carrigan, 1980 ; Wood *et al.*, 2000 ; Weinrott, *et al.*, 1997). Par contre, un nombre accru d'études contrôlées, avec des groupes plus grands, s'avère nécessaire à l'élaboration d'une conclusion ferme quant à l'efficacité de telles approches de traitement (Laws, 2001).

Restructuration des distorsions cognitives

La majeure partie des recherches concernant les cognitions des délinquants sexuels porte sur les attitudes dysfonctionnelles ou les croyances sexuelles erronées entretenues par ces derniers à l'égard des femmes et des enfants. Ces croyances ou attitudes sont vues comme servant à maintenir les comportements sexuels abusifs et devant donc être explicitement prises en compte en thérapie (Tierney & McCabe, 2001 ; Ward, Hudson, Johnston & Marshall, 1997).

Ainsi, il semble maintenant établi que les croyances et attitudes générales des délinquants sexuels à l'égard des femmes et des enfants sont relativement conservatrices et traditionnelles (Howells & Wright, 1978 ; Scott & Tétrault, 1987). De même, les délinquants sexuels tendraient à entretenir davantage de croyances contrôlantes concernant leurs « droits sexuels » (« sexual entitlement ») (Hanson, Gizzarelli, & Scott, 1994).

Des études menées auprès d'agresseurs d'enfants ont démontré la présence de cognitions sexuelles déviantes servant à justifier ou excuser les contacts sexuels avec les enfants (Abel, Becker & Cunningham-Rathner, 1984 ; Abel, Gore, Holland, Camp, Becker & Rathner, 1989 ; Hartley, 1998). Ces distorsions cognitives seraient significativement plus présentes chez les abuseurs d'enfants que chez d'autres groupes d'hommes (ex : violeurs, criminels non sexuels, hommes de la communauté) (Hayashino, Wurtele & Klebe, 1995 ; Stermac & Segal, 1989 ; Tierney & McCabe, 2001). De plus, il semble que les abuseurs d'enfants perçoivent les enfants comme étant sexuellement attirants et sexuellement motivés, tout en minimisant le tort causé par les gestes abusifs (Hanson *et al.*, 1994). De même, ces individus percevraient les relations sexuelles entre adulte et enfant comme étant socialement acceptables (Stermac & Segal, 1989).

Alors que les différences entre les cognitions des abuseurs d'enfants et celles des autres groupes d'hommes semblent relativement bien démontrées, cette distinction apparaît moins claire en ce qui concerne les violeurs. Ainsi, plusieurs études ont échoué dans leur tentative de différencier les agresseurs sexuels de femmes adultes des autres hommes, en ce qui concerne leurs croyances face au viol et aux femmes (ex : Burt, 1983 ; Field, 1978 ; Marolla & Scully, 1986). La recherche a toutefois démontré que l'acceptation de l'agression sexuelle de femmes adultes est corrélée avec l'endossement de diverses autres croyances telles que l'acceptation des mythes du viol, l'endossement des stéréotypes sexuels, l'acceptation de la violence interpersonnelle (Ward *et al.*, 1997), une mauvaise connaissance des conséquences d'un viol pour la victime (Hamilton & Yee, 1990) et la perception d'un lien entre la sexualité et la domination sociale (Pryor & Stoller, 1994). Ces croyances semblent partagées, à divers degrés, par l'ensemble de la population et non

réservées aux violeurs. Ces derniers seraient, par contre, plus extrémistes dans leur endossement de ces diverses croyances (Ward *et al.*, 1997). Une étude menée par Marshall et Moulden (2001) a d'ailleurs démontré une différence significative dans l'hostilité ressentie à l'égard des femmes entre un groupe de violeurs et un groupe de comparaison formé de criminels non sexuels et d'hommes non incarcérés.

Finalement, certaines recherches ont mis en lumière la présence de déficits dans les stratégies utilisées par les délinquants sexuels pour procéder à l'analyse de l'information. A ce titre, Ward, Fon, Hudson & McCormack (1998) ont proposé un modèle explicatif intégrant diverses stratégies cognitives déficientes qui seraient utilisées par les abuseurs d'enfants afin d'organiser l'information au sujet des gestes sexuels abusifs. D'autre part, Lipton, McDonel et McFall (1987) ont démontré que les violeurs, lorsque comparés à des criminels violents non sexuels et à des hommes non criminels, démontraient des déficits dans l'identification des signaux émotifs d'une femme, dans une vignette illustrant une situation de rendez-vous amoureux. Ces déficits étaient d'autant plus importants face aux signaux émotifs négatifs. Ces résultats ont été répliqués par Hudson, Marshall, Wales, McDonald, Bakker et McLean (1993) auprès d'un groupe de délinquants sexuels comparé à d'autres groupes de détenus et à des hommes de la communauté. De même, Malamuth et Brown (1994) ont démontré que des hommes sexuellement violents faisaient preuve d'une plus grande incompetence dans le décodage des émotions des femmes, où les comportements affirmatifs étaient vus comme hostiles et les comportements amicaux comme séducteurs.

Bien qu'incomplète, la recherche sur les cognitions des délinquants sexuels démontre certaines distinctions entre ceux-ci et les hommes ne commettant pas ce type de délit. De plus, des recherches récentes identifient la

présence de pensées sexuelles déviantes comme étant un facteur de risque dynamique de récidive (Hanson, 2002 ; Hanson & Harris, 1998, 2000, 2001 ; Langton & Marshall, 2000). La restructuration des distorsions cognitives est donc maintenant intégrée aux programmes de traitement de la déviance sexuelle depuis de nombreuses années. Des données encourageantes sont également disponibles quant à l'effet d'une intervention cognitive sur des mesures intra-traitement. En effet, une étude de Porter et Critelli (1994) suggère qu'une intervention cognitive peut avoir une influence inhibitrice sur l'excitation sexuelle déviante. De même, Barbaree (1991) et Marshall (1994) ont pu démontrer un effet positif du traitement sur le niveau de négation ou de minimisation des participants. Larsen, Hudson et Ward (1995) ont, quant à eux, démontré un effet de traitement sur les attributions causales faites par les participants en regard de leurs derniers délits sexuels. Il semble donc que l'intervention soit en mesure de modifier les cognitions des participants dans le sens attendu.

Habiletés sociales et affirmation de soi

Bien que l'amélioration des habiletés sociales soit intégrée aux programmes de traitement de la déviance sexuelle depuis près d'une trentaine d'années, la recherche supportant cette cible thérapeutique demeure éparse et peu convaincante. En effet, les recherches ont jusqu'à ce jour échoué dans leur tentative de démontrer un patron clair de déficits chez les délinquants sexuels quant à leur compétence sociale (Mulloy & Marshall, 1999 ; Stermac, Segal & Gillis, 1990). Néanmoins, quelques études ont fait montre de la présence de carences chez certains types de délinquants sexuels.

Tout d'abord, Segal et Marshall (1985a-b, 1986) ont démontré que les abuseurs d'enfants étaient moins habiles, plus anxieux et moins affirmatifs face aux commentaires positifs que les violeurs, les délinquants non sexuels et les hommes de la communauté. De plus, les abuseurs d'enfants présenteraient un plus grand écart entre la prédiction de leur efficacité personnelle et leur performance réelle. Par contre, de telles différences n'ont pas été retrouvées chez les violeurs. Ces derniers sont apparus avoir le même profil d'habiletés sociales que les prisonniers non sexuels et les hommes de faible statut socio-économique.

Overholser et Beck (1986) ont, pour leur part, trouvé que les hommes non criminalisés faisant partie de leur étude ont fait montre d'un plus grand nombre de comportements socialement habiles que leurs groupes de violeurs et d'abuseurs d'enfants ; les abuseurs d'enfants étant le groupe le moins performant des trois. De plus, les pédophiles ont paru craindre davantage l'évaluation négative que les autres groupes, tandis que les violeurs auraient fait preuve d'un plus grand nombre d'indices physiologiques d'anxiété dans les situations d'affirmation. Marshall, Barbaree et Fernandez (1995), quant à eux, révèlent que les abuseurs d'enfants tendent à percevoir une réponse passive («underassertive») comme étant la plus appropriée. Les violeurs, pour leur part, tendraient à accorder leur préférence à une réponse agressive.

Dans une étude menée par Stermac et Quinsey (1986), les violeurs se sont révélés être moins habiles que les hommes non incarcérés dans des situations hétérosexuelles mais ne se sont pas distingués des prisonniers non sexuels. Seules des mesures auto-révélées de l'anxiété ressentie auraient démontré des différences significatives entre les violeurs et les deux autres groupes contrôle.

D'autre part, dans une recension des écrits, Blair et Lanyon (1981) stipulent que les exhibitionnistes présentent de moins bonnes habiletés sociales, un moins bon ajustement marital, de moins bonnes habiletés hétérosexuelles, moins d'activités hétérosexuelles, moins de facilité à gérer l'hostilité et l'agressivité, plus de timidité et moins de comportements affirmatifs que les autres types d'agresseurs sexuels. Dans un même ordre d'idées, une étude publiée par Marshall, Ward, Jones, Johnston et Barbaree (1991) démontre qu'une intervention axée sur les déficits sociaux a eu de meilleurs résultats qu'une intervention basée sur le traitement des intérêts sexuels déviants auprès d'une population d'exhibitionnistes.

Enfin, Barbaree, Marshall et Connor (1988) ont étudié les habiletés de résolution de problème des pédophiles. Leurs résultats démontrent que les abuseurs d'enfants sont aussi bons que les individus n'ayant pas commis d'agression sexuelle à l'égard d'enfant, en ce qui concerne la reconnaissance d'un problème et la capacité à générer des solutions. Par contre, ils tendraient davantage à choisir des solutions socialement inacceptables et ne seraient pas en mesure de bien reconnaître les conséquences négatives associées aux solutions inadéquates choisies.

Comme il est possible de le constater, le nombre d'études portant sur les habiletés sociales des délinquants sexuels est plutôt restreint et celles-ci datent de plusieurs années. Bien que les données empiriques actuelles demeurent insuffisantes pour supporter l'entraînement des habiletés sociales et d'affirmation comme cible thérapeutique, ce facteur demeure une sphère d'intervention importante pour la majorité des programmes de traitement orientés vers la prévention de la rechute. En effet, selon le modèle de Prévention de la rechute, la capacité d'affirmation de soi et la possession d'habiletés sociales efficaces demeurent des facteurs jugés importants dans l'établissement d'un bon équilibre de vie et dans

l'évitement des situations jugées à haut risque de récidence. De même, un mouvement actuel tend à mettre l'emphase sur l'intimité et les styles d'attachement comme facteurs explicatifs du recours aux comportements sexuels déviants (Marshall, 1999). Dans cette optique, la capacité des participants à mettre en œuvre des comportements sociaux adéquats et affirmatifs apparaît importante. Ainsi, bien que les déficits au niveau des habiletés sociales ne semblent pas avoir été identifiés comme étant des facteurs spécifiques aux agresseurs sexuels, l'entraînement à ces mêmes habiletés paraît être supporté par leur rôle dans le développement d'un style de vie satisfaisant et équilibré. De plus, les habiletés sociales étant une cible vaste et complexe, il semble possible que le peu de succès dans les recherches antérieures puisse être davantage attribuable à des difficultés de mesure qu'à l'absence de problèmes dans cette sphère chez les délinquants sexuels.

Gestion de la colère et autres émotions négatives

L'introduction d'un travail thérapeutique sur la gestion de la colère et des émotions négatives s'est appuyée sur peu de résultats de recherche. En effet, jusqu'à tout récemment, peu d'études s'étaient penchées sur les émotions négatives vécues par les délinquants sexuels et encore moins sur le rôle de la mauvaise gestion de ces émotions dans la commission de gestes sexuels déviants. Néanmoins, l'expérience d'émotions négatives était souvent rapportée comme étant l'élément déclencheur de la chaîne délictuelle de plusieurs délinquants sexuels (Pithers, 1990 ; Proulx, Perreault & Ouimet, 1999 ; Ward, Loudon, Hudson & Marshall, 1995). D'autres études ont, pour leur part, démontré l'existence d'un lien entre la présence d'émotions négatives ou de conflits interpersonnels et la recrudescence de fantasmes sexuels déviants (Aubut, Proulx, Lamoureux

& McKibben, 1998 ; McKibben, Proulx & Lusignan, 1994). Il semble également que les délinquants sexuels aient une difficulté particulière à gérer de façon saine et efficace les émotions négatives vécues (Lussier, Proulx & McKibben, 2001). Dans un même ordre d'idées, Hanson et Harris (1998) ont noté que l'humeur des délinquants sexuels ayant récidivé durant leur période de supervision avait eu tendance à se détériorer, alors que l'humeur de leurs homologues non récidivistes avait tendance à s'améliorer.

Éducation sexuelle

Tout comme pour la gestion des émotions négatives, l'éducation sexuelle a été introduite dans les programmes de traitement suite à l'observation, chez de nombreux individus en traitement, de connaissances lacunaires en ce qui a trait au développement et à la sexualité humaine. Toutefois, cette composante de traitement ne s'appuie sur aucune donnée empirique.

Empathie envers les victimes

Selon une définition donnée par Hanson et Scott (1995), l'empathie comprend trois composantes majeures soit : (1) l'habileté à endosser la perspective de l'autre, (2) la réponse émotionnelle à l'autre et (3) la compassion («caring»). Ce concept est donc vu comme une habileté sociale complexe, qui implique à la fois des composantes perceptives, cognitives, émotionnelles et comportementales (Marshall, Hudson, Jones & Fernandez, 1995 ; Pithers, 1999 ; Williams, 1998 ; Williams & Cullen, 1999). De façon générale, l'empathie est vue comme une habileté apprise dans un contexte socioculturel et qui peut probablement être influencée par

des facteurs tels que les distorsions cognitives, les émotions négatives et l'excitation sexuelle déviante.

La pertinence d'un travail thérapeutique portant sur le rehaussement de la capacité d'empathie repose sur diverses études ayant démontré la présence de déficits chez les délinquants sexuels, quant à leur sensibilité à la réalité des victimes d'abus sexuel. Ainsi, certains résultats de recherche ont démontré la présence d'un déficit général d'empathie chez les auteurs de crimes sexuels (Rice, Chaplin, Harris & Coutts, 1994). D'autres études ont, pour leur part, mis à jour des déficits plus spécifiques d'empathie dirigés vers les victimes d'agression sexuelle en général (Beckett, Beech, Fisher & Fordham, 1994 ; Fernandez, Marshall, Lightbody & O'Sullivan, 1999 ; Hanson & Scott, 1995 ; Marshall & Moulden, 2001 ; Stermac & Segal, 1989) ou vers les propres victimes des agresseurs sexuels, autant chez les abuseurs d'enfants que chez les agresseurs de femmes adultes (Beckett *et al.*, 1994 ; Fernandez & Marshall, 2003 ; Fernandez *et al.*, 1999 ; Marshall & Moulden, 2001). Ce sont ces déficits plus spécifiques qui semblent maintenant retenir l'attention de la communauté scientifique puisqu'ils ont donné lieu à des résultats plus stables que les études portant sur le déficit général d'empathie (Fernandez *et al.*, 1999 ; Marshall *et al.*, 1995 ; Marshall, Hamilton & Fernandez, 2001).

Bien que l'amélioration de la capacité d'empathie des délinquants sexuels forme une composante distincte de plusieurs programmes de traitement (Knopp, Freeman-Longo & Stevenson, 1992), cette habileté semble entretenir un lien étroit avec le concept de distorsion cognitive décrit dans une section précédente. A ce sujet, Fernandez et Marshall (2003) ont suggéré que, puisque les déficits d'empathie mesurés chez les agresseurs sexuels se centrent spécifiquement sur leurs propres victimes, ce problème pourrait être mieux défini s'il était considéré comme une distorsion

cognitive. De même, certaines études ont fait montre d'une corrélation entre les déficits au niveau de la composante cognitive de l'empathie et l'endossement de distorsions cognitives chez un groupe d'abuseurs d'enfants (Marshall *et al.*, 2001) ou l'hostilité rapportée à l'égard des femmes chez un groupe de violeurs (Marshall & Moulden, 2001). Toutefois, une étude menée par Smallbone, Wheaton & Hourigan (2003) démontre une corrélation entre un déficit général d'empathie et la versatilité criminelle chez un groupe de délinquants sexuels. Les résultats de cette étude supportent donc la pertinence d'un travail sur l'amélioration de la capacité général d'empathie des délinquants sexuels présentant une histoire criminelle non limitée à la commission de délits sexuels.

De ces résultats de recherche découle l'hypothèse selon laquelle l'augmentation de la capacité d'empathie des délinquants sexuels pourrait faire diminuer la récidive des participants de plusieurs façons. D'abord, une meilleure capacité d'empathie est vue comme un facteur protecteur face à l'émission de comportements sexuels nocifs, de par la meilleure connaissance et la meilleure reconnaissance des torts causés aux victimes antérieures et aux torts pouvant être infligés aux victimes potentielles. Ensuite, certains théoriciens suggèrent que le développement d'une capacité accrue d'empathie pourrait avoir une influence bénéfique sur certains facteurs de risque (par exemple, en diminuant les intérêts sexuels déviants et l'utilisation de distorsions cognitives) (Pithers, 1999 ; Rice *et al.*, 1994, Williams & Cullen, 1999). Finalement, Pithers (1994, 1999) rapporte que l'empathie envers les victimes pourrait favoriser la prévention de la rechute en augmentant la motivation des participants à changer leurs comportements problématiques. Ces hypothèses sont renforcées par des études ayant démontré que l'empathie favorise l'émission de comportements prosociaux et inhibe le recours à l'agression (Roys, 1997).

Il existe certaines données empiriques ayant démontré que le travail thérapeutique sur l'empathie auprès des délinquants sexuels s'accompagnait d'améliorations sur les mesures comportementales et psychométriques proximales de l'empathie. A cet effet, une intervention visant à développer l'empathie a été corrélée à un impact positif sur des questionnaires tels que le « Interpersonal Response Inventory » (Pithers, 1994), le « Behavioural Empathy Test » (Williams & Khanna, 1990) et le « Self Reported Empathy Test for Child Molesters » (Marshall, O'Sullivan & Fernandez, 1996). Toutefois, l'impact de l'intervention sur l'empathie n'a pas encore été mis en relation avec la récurrence sexuelle ou violente des participants. Certaines études tendent cependant à démontrer que l'absence de remords, l'indifférence à autrui ou la tendance à blâmer les victimes constituent des facteurs de risque dynamique de la récurrence sexuelle (Hanson & Harris, 1998, 2001).

Prévention de la rechute

Contrairement aux autres composantes de traitement, la prévention de la rechute (PR) n'est pas un facteur associé à la commission d'un délit sexuel mais constitue plutôt un modèle d'intervention. Ce modèle fut d'abord développé comme stratégie de traitement des assuétudes (Marlatt, 1982). Plus précisément, il visait le développement d'une méthode efficace de maintien des acquis faits en traitement par les individus présentant un problème de dépendance (George & Marlatt, 1989). Ce modèle fut présenté pour la première fois comme stratégie thérapeutique auprès des délinquants sexuels par Pithers, Marques, Gibat et Marlatt (1983). Il s'agit principalement d'une microthéorie de la séquence de pensées, émotions et comportements aboutissant à la commission d'une agression sexuelle (Proulx, Tardif, Lamoureux, & Lussier, 2000). A cet effet, le modèle de PR

stipule que le retour au comportement problématique (c'est-à-dire la rechute) suit une chaîne cognitivo-comportementale présentée à la figure 1. Ainsi, la rechute s'inscrirait dans un processus comportant plusieurs étapes communes à l'ensemble des délinquants sexuels. Toutefois, il est stipulé que le contenu de ces étapes prend une forme unique et personnalisée à chaque individu (George & Marlatt, 1989 ; Hall, 1989 ; Ward *et al.*, 1995).

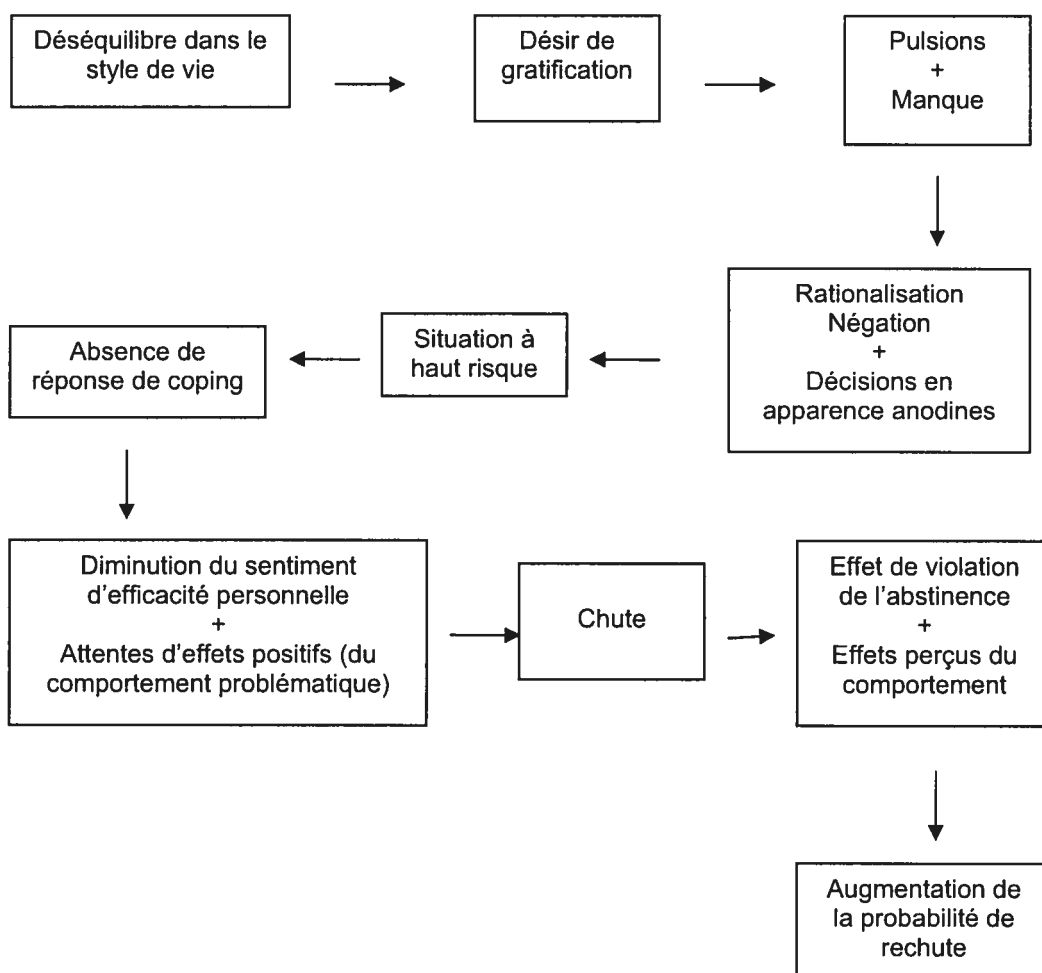


Figure 1 : Chaîne cognitivo-comportementale menant à la rechute

Tirée de George et Marlatt (1989)

Afin d'éviter la rechute, le modèle de PR préconise diverses stratégies d'intervention. Le principal but de l'intervention consiste à apprendre au participant à anticiper les situations à haut risque qu'il est susceptible de rencontrer et à s'y préparer afin de prévenir la rechute (c'est-à-dire la récurrence) (George & Marlatt, 1989). Ainsi, le participant est amené à développer des moyens pour interrompre son processus de rechute (Carich & Stone, 2001). Pour ce faire, les efforts thérapeutiques sont orientés vers le développement d'un style de vie équilibré, vers le développement de stratégies efficaces pour faire face aux situations à haut risque, ainsi que vers l'identification des éléments pouvant être considérés comme signaux d'alarme d'un glissement vers une situation à haut risque (George & Marlatt, 1989).

La première stratégie thérapeutique, jugée essentielle à l'application efficace des principes de PR, consiste à assister le participant dans le développement de sa propre chaîne cognitivo-comportementale de récurrence (Carich & Stone, 2001 ; Nelson & Jackson, 1989 ; Pithers, 1990 ; Ward *et al.*, 1995). Par la suite, l'intervention consistera à amener le participant à identifier des stratégies comportementales alternatives pour chacune des étapes identifiées dans sa chaîne. De même, le thérapeute cherchera à aider le participant à identifier et restructurer les interprétations erronées qui parsèment sa chaîne délictuelle (Steenman, Nelson & Viesti Jr., 1989).

Bref, l'intervention est axée sur le développement d'habiletés visant à aider le délinquant à faire face efficacement aux risques qu'il rencontrera dans le futur. Pour cette raison, l'accent est mis sur l'acquisition de diverses compétences cognitives et comportementales jugées déficientes chez le participant. Ces acquisitions seront donc personnalisées et pourront viser

une ou plusieurs des cibles suivantes : affirmation de soi ; gestion du stress, de la colère et des émotions négatives ; entraînement à la relaxation ; acquisition d'habiletés sociales ; acquisition d'habiletés de résolution de problème ; restructuration des distorsions cognitives ; développement de stratégies d'évitement et de fuite face aux situations à risque ; amélioration de la capacité d'empathie envers les victimes.

Le modèle de PR a été rapidement adopté et ce, par une multitude de programmes de traitement. Cette acceptation fut d'autant plus spectaculaire qu'elle s'est faite avant même que des données empiriques convaincantes ne soient disponibles (Eccles & Marshall, 1999 ; Ward & Hudson, 1996 ; Ward, Hudson & Siegert, 1995). Une des raisons pouvant expliquer cette popularité réside dans l'utilité qu'offre une telle heuristique, autant pour les intervenants que pour les participants. En effet, le modèle de PR offre un cadre propice à l'établissement d'un dialogue entre clients et thérapeutes au sujet des comportements délictueux (Hanson, 2000a). Il sert de concept intégrateur afin que les participants puissent reconnaître la signification et la valeur des autres composantes du traitement (Marshall & Anderson, 2000). Finalement, le modèle de PR offre une description détaillée des diverses sphères problématiques devant être identifiées et de leur lien avec le comportement sexuel délictuel. Ceci facilite la planification du traitement et procure au client une façon de conceptualiser ses difficultés (Eccles & Marshall, 1999).

La principale modification apportée au modèle au fil des années fut l'ajout d'une composante de contrôle externe. Ainsi, au modèle présenté à la figure 1 (considéré comme la composante interne) s'est ajoutée une composante constituée de stratégies de supervision du délinquant par des agents externes (agents de probation, professionnels en santé mentale, membres de l'entourage, etc.). Bien qu'ayant été jugée nécessaire par

plusieurs auteurs (Maletzky, 1997 ; Pithers, 1990), cette composante a toutefois reçu peu d'appuis empiriques. Certains auteurs posent d'ailleurs un regard plus critique sur cet aspect de supervision externe. En effet, il est suggéré que la supervision intensive, imposée aux individus traités, pourrait avoir un impact négatif sur eux vu le message pessimiste qu'elle transmet quant à leurs chances de réussite. Ces derniers pourraient voir dans l'encadrement une preuve du caractère insurmontable de leurs difficultés (Eccles & Marshall, 1999 ; Marshall & Anderson, 2000).

Certaines critiques sont actuellement formulées à l'égard du modèle classique de PR. Par exemple, la chaîne délictuelle classique est jugée trop restrictive et non représentative d'une certaine proportion des délinquants sexuels en traitement (Hanson, 2000b ; Laws, Hudson & Ward, 2000 ; Ward *et al.*, 1995). De même, le transfert du modèle de PR, du domaine de la toxicomanie à celui de la délinquance sexuelle, a nécessité la redéfinition de certains concepts. Cette redéfinition aurait, à son tour, introduit une confusion dans la théorie (Hanson, 2000b). Finalement, le peu de recherches empiriques sur l'efficacité du modèle à diminuer la récidive est décrié (Eccles & Marshall, 1999 ; Marshall & Anderson, 1996). Qui plus est, il paraît nécessaire d'établir quels individus sont les plus susceptibles de bénéficier d'une telle approche. A cet effet, des résultats présentés par Nicholaichuk (1996) suggèrent que l'approche de prévention de la rechute a une utilité limitée auprès des individus présentant un faible risque initial de récidive. Plusieurs des études récentes, portant sur l'efficacité du traitement de la déviance sexuelle, ont été conduites au sein de programmes axés sur le modèle de PR. Les résultats qui en sont tirés permettent donc de jeter un meilleur éclairage sur l'efficacité du modèle à faire diminuer le taux de récidive des gens qui y participent.

L'efficacité des traitements cognitivo-comportementaux de la déviance sexuelle

Ainsi, le traitement des délinquants sexuels s'est développé d'après l'identification d'une série de caractéristiques semblant différencier ces individus des autres hommes. Cette orientation thérapeutique s'appuyait sur l'hypothèse selon laquelle une intervention efficace sur les caractéristiques identifiées devrait aider ces individus à ne plus commettre de délit sexuel. Or, le but ultime du traitement de la déviance sexuelle ne se limite pas à la modification de caractéristiques personnelles mais vise la diminution de la récidive des hommes traités. Il devenait donc important de vérifier l'impact réel du traitement sur la récidive des participants.

Malgré que l'approche cognitivo-comportementale représente l'option de traitement la plus répandue, l'étude de l'efficacité de tels traitements à diminuer la récidive n'est pas sans embûches. La nature multimodale des traitements rend difficile l'étude de l'effet spécifique de chacune des composantes sur la récidive des individus traités. C'est ainsi que peu de publications portent sur l'impact d'une stratégie thérapeutique en particulier. Les quelques études disponibles portent principalement sur l'impact du traitement des intérêts sexuels déviants et datent presque toutes de l'époque où cette modalité de traitement était la seule utilisée. De ce fait, il n'y a pas encore de données publiées qui démontrent qu'une modification du profil d'excitation sexuelle s'accompagne d'une diminution de la récidive (Barbaree & Seto, 1997 ; Rice *et al.*, 1991 ; Wood *et al.*, 2000). Néanmoins, plusieurs études se sont penchées sur l'efficacité des programmes de traitement de la délinquance sexuelle et les résultats engendrés par ces études apparaissent fluctuants.

Tout d'abord, une célèbre revue de littérature, publiée par Furby, Weinrott et Blackshaw (1989), dressait un portrait plutôt sombre de l'efficacité des traitements de la déviance sexuelle. A l'époque, les auteurs concluaient que les études disponibles n'étaient pas en mesure de démontrer l'efficacité des traitements. Cependant, plusieurs des recherches incluses dans leur revue de littérature portaient sur des traitements déjà jugés désuets (Furby *et al.*, 1989 ; Hall, 1995). Les auteurs soulignaient également que les nombreuses failles méthodologiques des études revues contribuaient probablement à masquer des résultats encourageants.

Une méta-analyse de Hall (1995), quant à elle, a proposé une conclusion plus positive. Une analyse portant sur 12 études a fait ressortir un léger effet de traitement (taille de l'effet = 0,12), effet jugé robuste puisque nécessitant 88 études pour rendre les données non significatives. Globalement, ces 12 études révélaient un taux de récurrence de 19% chez les individus traités, comparativement à un taux de 27% chez les individus non traités. Hall (1995) soutenait également que l'effet des traitements semblait très hétérogène, avec un effet plus important pour les études portant sur une intervention hormonale ou d'orientation cognitivo-comportementale. Mis à part le type de traitement, d'autres variables paraissaient avoir une influence sur l'hétérogénéité des résultats. Les variables proposées par l'auteur comprenaient les taux de base de récurrence, la longueur de la période de suivi et la sévérité de la problématique des participants. Dans une revue de littérature menée par Grossman, Martis et Fichtner (1999), les auteurs proposaient une façon alternative de considérer les résultats de Hall. A cet effet, ils proposaient qu'à partir d'un taux de base de 27%, une réduction du taux de récurrence à 19% chez les individus traités représentait une amélioration de 30%, concluant ainsi que les études incluses dans la méta-analyse de Hall s'avéraient prometteuses. Cet enthousiasme ne paraît cependant pas partagé par l'ensemble de la communauté

scientifique. Une nouvelle analyse des 12 mêmes études par Harris, Rice et Quinsey (1998) a révélé que l'effet de traitement paraissait presque entièrement attribuable aux études ayant utilisé les refus ou les abandons comme groupe de comparaison. De plus, la classification par Hall des traitements dans les catégories «comportemental» ou «cognitivo-comportemental» a été questionnée par Hanson, 1997, 2000a). Finalement, McConaghy (1999) soutient avoir relevé certaines erreurs dans les chiffres utilisés par Hall pour déterminer l'effet de traitement. Bref, bien qu'instructive, l'étude de Hall semble loin de fournir une réponse complète et satisfaisante aux questions concernant l'efficacité du traitement de la déviance sexuelle.

Depuis l'étude méta-analytique présentée par Hall, les efforts visant la mesure de l'efficacité du traitement de la déviance sexuelle se sont poursuivis. Ainsi, de nombreuses études ont été menées mais ont obtenu des résultats fluctuants. Certaines de ces études ont obtenus des résultats intéressants, où les délinquants sexuels traités récidivaient significativement moins que les individus non traités (Looman, Abracen & Nicholaichuk, 2000 ; Marshall & Barbaree, 1988 ; Marshall, Eccles & Barbaree, 1991 ; McGrath, Hoke & Vojtisek, 1998 ; Nicholaichuk *et al.*, 2000 ; Proulx, Ouimet, Pellerin, Paradis, McKibben & Aubut, 1998). D'autres études, bien qu'obtenant des résultats allant dans le sens attendu (c'est-à-dire où les sujets traités tendaient à récidiver moins que les sujets non traités), n'ont pas obtenu de différences atteignant le seuil de signification statistique (Clelland *et al.*, 1998 ; Hanson, Steffy & Gauthier, 1993 ; Marques, 1999 ; Marques, Day, Nelson & West, 1994). Finalement, certains groupes de recherche ont, quant à eux, publié des résultats ne démontrant pas d'effet de traitement (Rice *et al.*, 1991) ou, pire encore, démontrant un taux de récidive sexuelle significativement plus élevé chez

les sujets traités que chez les individus n'ayant pas été soumis au traitement étudié (Quinsey, Khanna & Malcolm, 1998).

Bref, les résultats obtenus à partir de l'étude de différents programmes de traitement de la délinquance sexuelle continuent d'être variables, empêchant l'émission d'une conclusion ferme quant à leur efficacité. De plus, les fluctuations dans les résultats s'accompagnent de fluctuations dans les méthodologies privilégiées par les chercheurs. Dans un premier temps, les sujets des différentes recherches ne présentent pas le même niveau de risque de récidive *a priori*. Tandis que certaines études impliquent un groupe de traitement présentant un risque élevé de récidive (Loonan *et al.*, 2000 ; Quinsey, Khanna & Malcolm, 1998 ; Rice *et al.*, 1991), d'autres études n'ont inclus dans leur groupe de traitement que des sujets présentant un risque faible ou modéré (ex : Clelland *et al.*, 1998).

Dans un deuxième temps, les modalités de traitement, ainsi que la durée et la fréquence des séances, varient d'une recherche à l'autre. Les études présentant des résultats peu encourageants tendent à avoir porté sur un traitement incomplet (Rice *et al.*, 1991) ou ayant subi d'importantes modifications au cours des années (Quinsey, Khanna & Malcolm, 1998). De plus, peu de sujets semblent avoir bénéficié de l'approche de prévention de la rechute. A l'inverse, les recherches prometteuses semblent avoir davantage porté sur des traitements à la fine pointe des connaissances actuelles, incluant l'approche de prévention de la rechute (ex : Marques, 1999 ; Marques *et al.*, 1994 ; McGrath *et al.*, 1998, Proulx *et al.*, 1998).

Troisièmement, les sujets formant les groupes de comparaison n'ont pas tous été sélectionnés de la même façon : certains ont refusé le traitement (Marshall & Barbaree, 1988 ; Quinsey, Khanna & Malcolm, 1998), d'autres n'y ont pas eu accès (Hanson *et al.*, 1993 ; Marques, 1999 ; Marques *et al.*,

1994) ou ont participé à un traitement non spécialisé (McGrath *et al.*, 1998) et d'autres, enfin, ont abandonné le traitement en cours de route (Clelland *et al.*, 1998 ; Proulx *et al.*, 1998 ; Quinsey, Khanna & Malcolm, 1998). Seule l'étude de Marques et ses collaborateurs présente une assignation aléatoire des sujets et malgré cette assignation, des différences significatives ont été trouvées entre les groupes quant à certains facteurs de risque défavorisant le groupe de traitement. Les sujets traités étaient ainsi plus à risque de récidive sexuelle avant même le début de l'expérimentation (Marques, 1999). Une telle différence dans la formation des groupes de comparaison peut influencer sur les résultats des études. On peut s'attendre à ce que des individus ayant refusé ou abandonné le traitement diffèrent des individus ayant accepté et complété un tel traitement. Les résultats d'une méta-analyse menée par Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey et Seto (2002), dont les résultats seront présentés plus loin, semblent d'ailleurs suggérer que les individus qui abandonnent leur programme de traitement récidivent systématiquement plus que les autres délinquants sexuels, alors que les délinquants qui refusent un traitement ne se distinguent pas des individus traités, quant à leur taux de récidive sexuelle. Ils auraient toutefois un taux plus élevé de récidive générale que les individus qui complètent un programme de traitement. Il semble donc que le choix du groupe de comparaison ait une influence sur les résultats à escompter, sans que l'on puisse toutefois connaître la raison exacte d'une telle différence (Hanson *et al.*, 2002).

Finalement, on retrouve à travers les études, une variation importante dans la mesure des taux de récidive. Puisque la récidive sexuelle officielle est un phénomène rare, les chercheurs font face à la nécessité d'augmenter leur taux de base. La plupart l'ont fait en incluant dans les analyses la commission de nouveaux crimes de nature sexuelle et non sexuelle (Clelland *et al.*, 1998 ; Hanson *et al.*, 1993 ; Marques *et al.*, 1994 ; Quinsey,

Khanna & Malcolm, 1998 ; Rice *et al.*, 1991), alors que d'autres ont plutôt opté pour une définition plus large de la récidive sexuelle, incluant des sources d'information autres que les condamnations officielles (ex : Marshall et Barbaree, 1988 ; Marshall *et al.*, 1991). Certains encore, ont combiné ces deux méthodes (Marques *et al.*, 1994).

Ainsi, il apparaît difficile de comparer les différentes études, vu la variabilité dans la méthodologie utilisée. Il est toutefois à noter que cette grande variation n'est que le reflet de la complexité du phénomène à l'étude. Mener une recherche sur l'efficacité d'un traitement de la délinquance sexuelle oblige les chercheurs à faire face à de nombreux défis statistiques et méthodologiques. Le *faible taux de base* de la récidive a déjà été mentionné comme problème et demeure, à l'heure actuelle, un des obstacles majeurs dans l'étude de l'efficacité des traitements (Barbaree, 1997 ; Hanson, 1997, 2000b ; Marshall & Pithers, 1994). A cela s'ajoute un autre problème causé par la *taille de l'effet* des traitements étudiés. Ainsi, Barbaree (1997) rapporte que les études qu'il a révisées ont démontré des effets de traitement allant de 0.29 (Hall, 1995) à 0.50 (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau & Cullen, 1990). Afin de générer une différence statistiquement significative, les études démontrant de tels effets de traitement doivent inclure de larges échantillons (Hanson, 2000), ce qui est rarement accessible aux chercheurs (Barbaree, 1997). Ainsi, la combinaison d'un faible taux de base et d'effets de traitement faibles ou modérés augmenterait la probabilité de commettre une *erreur de type II*, c'est-à-dire de conclure à tort qu'un traitement n'est pas efficace pour faire diminuer la récidive. Finalement, le *contexte social* dans lequel s'insère le phénomène de la déviance sexuelle contrevient à l'élaboration de devis expérimentaux de recherche. Les sujets étudiés sont en quasi-totalité incarcérés ou sous supervision correctionnelle et le comportement à l'étude

en est un illégal. De plus, l'intervention en délinquance sexuelle doit respecter les lois correctionnelles et l'attribution aléatoire des sujets à des conditions de traitement/non traitement n'est pas acceptée par la majorité des systèmes carcéraux.

L'ampleur de ces problèmes a d'ailleurs poussé certaines sommités dans la recherche à conclure que l'agrégation de plusieurs petites recherches en une méta-analyse pouvait fournir une avenue intéressante et prometteuse dans l'étude de l'efficacité du traitement (Barbaree, 1997 ; Hanson, 1997). C'est ce qui a poussé l'ATSA (Association for the Treatment of Sexual Abusers) à former un comité ayant pour objectif de réunir l'ensemble des études sur l'efficacité des traitements de la délinquance sexuelle dans une nouvelle méta-analyse. Les premiers résultats de ce projet sont maintenant disponibles (Hanson *et al.*, 2002).

Cette méta-analyse inclut 43 études portant sur le traitement psychologique des agresseurs sexuels, réunissant en tout 5078 individus traités et 4376 individus n'ayant pas été traités. Les résultats globaux de cette méta-analyse démontrent une réduction significative du taux de récurrence chez les individus traités et ce, autant en ce qui concerne la récurrence sexuelle (12,3% pour les sujets traités contre 16,8% pour les délinquants non traités, OR = 0.81) qu'en regard de la récurrence générale (27,9% pour les sujets traités contre 39,2% pour les délinquants non traités, OR = 0.56). Toutefois, l'efficacité des traitements à diminuer la récurrence des participants semble varier selon le type de groupe de comparaison utilisé.

Ainsi, en ce qui concerne la récurrence sexuelle, les études ayant utilisé les abandons de traitement comme groupe de comparaison ont trouvé les différences les plus significatives (OR = 0.62), alors que les études utilisant les refus de traitement comme groupe de comparaison n'ont pas démontré

de différence significative entre les sujets traités et non traités (OR = 0.90). Les résultats les plus intéressants semblent provenir des études ayant utilisé des groupes fortuits ou aléatoires, où le «odd ratio» obtenu en comparant la récidive sexuelle des individus traités à celle des individus non traités était de 0.69. Le «odd ratio» obtenu pour les traitements dits «actuels» (c'est-à-dire considérés comme respectant les standards actuels de la pratique) était encore plus intéressant et se situait à 0.60, ce qui correspondait à un taux de récidive de 9.9% pour les individus traités, comparativement à un taux de 17.4% chez les sujets non traités.

En regard de la récidive générale des délinquants sexuels, les résultats obtenus dans la méta-analyse de Hanson *et al.* (2002) se sont avérés similaires à ceux obtenus pour la récidive sexuelle. Les études ayant utilisé un groupe de comparaison formé des abandons de traitement et des refus de traitement ont toutes deux fait montre d'une réduction significative de la récidive générale (OR respectifs de 0.38 et de 0.47). Les études ayant formé des groupes de comparaison fortuits ou aléatoires ont, elles aussi, démontré une diminution significative de la récidive générale (OR = 0.69), où les traitements dits «actuels» ont donné lieu à un «odd ratio» de 0.57 (correspondant à des taux de récidive de 32.3% pour les individus traités et de 51.3% pour les délinquants non traités).

Ces résultats ont amené les auteurs à conclure que les taux de récidive des individus traités étaient plus bas que ceux des individus non traités et que les nombres importants de sujets (plus de 9000) et d'études (43) inclus dans leur méta-analyse rendaient ces résultats peu discutables. Par contre, les auteurs ont également conclu que, bien que ces résultats intéressants semblent pouvoir être attribués aux traitements dispensés, une conclusion ferme ne pourrait être tirée qu'en poursuivant la recherche, afin

d'éliminer la possibilité que les résultats soient attribuables aux groupes de comparaison utilisés.

Depuis la publication des premiers résultats de la méta-analyse de Hanson *et al.* (2002), de nouvelles études ont été présentées à la communauté scientifique et seront résumées ici.

Tout d'abord, Marques, Day, Wiederanders & Nelson (2002) ont présenté les dernières analyses du projet SOTEP (Sex Offender Treatment and Evaluation Project). Ce projet visait à déterminer l'effet d'un traitement cognitivo-comportemental, basé sur les principes de la prévention de la rechute, sur la récidive des délinquants sexuels qui y participent. Leur projet permettait une assignation aléatoire aux conditions de traitement et de contrôle. Ainsi, suite à leurs analyses finales, il semble que le groupe assigné à la condition de traitement ne se soit pas distingué de façon significative des individus faisant partie des deux conditions de contrôle (volontaire et non volontaire). Par contre, lorsque les individus du groupe de traitement ont été divisés selon qu'ils avaient ou non complété au moins une année du programme de traitement, le taux de récidive sexuelle des sujets n'ayant pas complété le traitement (35,7%) s'est avéré significativement plus élevé que les taux obtenus dans les autres groupes à l'étude (21,6% pour le traitement complété, 20,0% pour les contrôles volontaires et 19,1% pour les contrôles non volontaires). Par contre, les individus ayant complété le traitement ne se sont toujours pas distingués des sujets n'ayant pas suivi le programme de traitement. Finalement, lorsque les sujets traités ont été catégorisés selon leur réussite au programme de traitement (ici définie, entre autres, par leurs résultats pléthysmographiques, leurs réponses à des échelles mesurant la présence de distorsions cognitives et leur bonne maîtrise des principes de prévention de la rechute), les individus considérés comme n'ayant pas réussi le

programme de traitement se sont avérés récidiver en plus grand nombre que les individus ayant réussi le traitement (29% contre 13%). Cette différence s'est révélée encore plus importante chez les individus ayant un score élevé à la Statique-99 (échelle actuarielle de prédiction du risque de récidive), où les succès thérapeutiques ont récidivé dans 9,1% des cas contre 51,7% pour les échecs thérapeutiques.

Ainsi, il semble que l'ensemble des individus ayant été assignés au traitement ne se distingue pas des individus n'ayant pas été exposés à ce traitement. Toutefois, les sujets ayant abandonné le traitement en cours de route, ainsi que ceux n'ayant pas bien réussi dans le programme, semblent récidiver dans une proportion plus élevée que leurs homologues ayant bien réussi à atteindre les objectifs visés par le traitement. De plus, l'impact de l'atteinte des objectifs de traitement serait d'autant plus important chez les sujets à haut risque statistique de récidive. Il semble toutefois important de mentionner que de telles distinctions n'avaient pas été prévues dans le projet initial de recherche. Elles ont été menées suite à l'obtention de résultats peu encourageants lorsque le groupe de traitement était comparé aux deux conditions de contrôle.

Dans un deuxième temps, Barbaree et ses collaborateurs (Langton, Barbaree & Seto, 2002 ; Seto & Barbaree, 1999) se sont intéressés à l'impact du comportement en traitement (incluant la qualité de la participation des sujets, ainsi que les changements observés en regard des cibles de traitement) et du score au PCL-R, sur la récidive violente des sujets exposés à un programme de traitement. Ainsi, lors d'une première analyse faite en 1999 (Seto & Barbaree, 1999), autant le comportement en traitement que le score au PCL-R prédisaient la récidive violente des sujets. Toutefois, la relation entre les comportements en traitement et la récidive allait dans le sens contraire de ce qui était attendu (c'est-à-dire que les

sujets ayant bien réussi en traitement récidivaient plus que ceux dont la performance avait été jugée moins bonne). Une étude de l'interaction entre le comportement et le score au PCL-R démontrait que les individus présentant un score élevé au PCL-R (établi à 18 et plus) et ayant été jugés bons en traitement étaient cinq fois plus à risque de récidive que tous les autres sujets de l'étude réunis.

Dans une deuxième série d'analyses (menées sur un plus grand nombre de sujets, une plus longue période de suivi et utilisant des méthodes plus efficaces de mesure des comportements en traitement et de la récidive), Langton *et al.* (2002) ont obtenu des résultats différents. Ainsi, ni le comportement en traitement, ni son interaction avec le score au PCL-R n'ont prédit la récidive violente des participants (le PCL-R demeurant le meilleur prédicteur de la récidive violente). En ce qui concerne la récidive sexuelle, le comportement en traitement semblait interagir avec le score au PCL-R, de sorte que les individus présentant un score de 25 et plus au PCL-R et jugés comme n'ayant pas bien travaillé en traitement étaient ceux présentant le plus haut risque de récidive sexuelle. A l'extrême, les sujets ayant abandonné le traitement (et donc, considérés comme étant ceux dont le comportement en traitement était le plus mauvais) étaient à risque très élevé de récidive et ce, particulièrement au cours de leur première année de libération.

Bien que fort intéressantes, ces deux études laissent presque entier le problème de déterminer l'effet du comportement en traitement sur la récidive des participants. D'abord les deux études présentent des résultats allant dans des directions différentes. Ensuite les deux études se sont basées sur des critères différents. Bien que la deuxième étude soit considérée par les auteurs comme étant de meilleure qualité, elle demande à être répliquée. De plus, bien que le comportement en traitement soit

intimement lié à la capacité des participants à atteindre les cibles visées, l'un ne s'avère pas être une mesure exacte et complète de l'autre.

Dans un troisième temps, une étude présentée par Aytes, Olsen, Zakrajsek, Murray & Ireson (2001) a mesuré la récurrence générale de délinquants sexuels ayant participé à un programme de traitement. L'étude a également comparé les taux obtenus avec ceux d'un groupe de délinquants sexuels provenant d'une autre juridiction et n'ayant pas eu accès à un traitement. Les résultats démontrent que les individus traités ont un taux de récurrence légèrement inférieur aux individus non traités (12,4% pour les individus traités contre 15% pour les non traités, avec une période de suivi de cinq ans). La différence entre les groupes n'atteint cependant pas le seuil de signification statistique. Par contre, une différence significative est retrouvée lorsque le groupe traité est divisé afin de considérer comme «traités» uniquement ceux qui ont complété au moins un an de traitement (récurrence de 8,8% pour les sujets traités contre 15% pour ceux provenant de l'autre juridiction). La différence entre les individus traités et non traités s'est également avérée significative lorsqu'une analyse de survie, utilisant la méthode de Kaplan-Meier, a été utilisée (4.35, $p < .04$). De même, les individus considérés comme ayant réussi le traitement ont récidivé dans une moindre mesure que les individus étant considérés par leurs thérapeutes comme n'ayant pas réussi le traitement (6,5% contre 32,5%). Cette étude amène les auteurs à conclure que la magnitude de la différence trouvée dans l'analyse de survie était suffisante pour indiquer un effet clinique significatif. Cependant, bien qu'encourageants, de tels résultats ne s'avèrent pas sans faille. Ainsi, une comparaison des divers groupes démontre que les individus non traités (c'est-à-dire provenant de la juridiction où aucun programme de traitement n'est offert) présentent une histoire criminelle légèrement plus longue et plus sérieuse que les individus

provenant de la juridiction offrant un programme de traitement. De tels facteurs sont reconnus comme étant prédicteurs de la récidive des délinquants sexuels. Ainsi, il demeure difficile de savoir dans quelle mesure la différence entre les taux de récidive peut être attribuable à une différence entre les groupes, quant à des facteurs largement reconnus comme étant prédicteurs de la récidive des délinquants sexuels.

Enfin, McGrath, Cumming, Livingston & Hoke (2003) ont également présenté une recherche mesurant l'effet d'un programme de traitement de la déviance sexuelle offert dans un établissement pénitencier du Vermont. Ils ont ainsi comparé les taux de récidive de 56 individus ayant complété leur programme de traitement (traitement complété) avec ceux de 49 sujets ayant abandonné ou été exclus du programme (traitement partiel) et 90 sujets ayant refusé de participer au traitement (sans traitement). Leurs résultats démontrent que les sujets du groupe «traitement complété» ont un taux de récidive sexuelle (5,4%) significativement moins élevé que ceux des groupes «traitement partiel» (30,6%) et «sans traitement» (30,0%). Des résultats similaires ont été trouvés lorsque la récidive sexuelle a été combinée avec la récidive violente. Par contre, les auteurs révèlent également que les individus du groupe «traitement complété», en plus d'avoir été exposés à leur programme de traitement, ont également été significativement plus nombreux à avoir reçu une supervision par un agent correctionnel et à avoir reçu un suivi thérapeutique spécialisé en délinquance sexuelle en clinique externe lors de leur libération. Les individus appartenant aux autres groupes, quant à eux, auraient davantage été laissés à eux-mêmes une fois libérés. Ainsi, il semble que l'état du Vermont ait été en mesure d'offrir un service efficace à diminuer la récidive des délinquants sexuels. Par contre, il demeure difficile d'isoler l'effet de

chacune des composantes de ce service dont le traitement étudié faisait partie.

En conclusion, l'efficacité de l'intervention auprès des délinquants sexuels a été largement étudiée. Toutefois, le contexte dans lequel s'inscrit le traitement de la déviance sexuelle induit de nombreuses difficultés méthodologiques, rendant les études publiées imparfaites. Bien que parfois fluctuant, l'ensemble des résultats disponibles tend tout de même à démontrer un effet bénéfique du traitement sur la récidive des délinquants qui y participent. L'étude méta-analytique de Hanson *et al.* (2002) appuie d'ailleurs cette conclusion.

Il semble donc maintenant justifié de se pencher sur des questions plus spécifiques telles que l'étude de l'importance de chacune des cibles d'intervention dans l'évitement de la récidive ou l'identification des individus qui bénéficient le plus d'une telle entreprise thérapeutique. Il semblerait que ceux qui atteignent les objectifs de leur programme de traitement soient favorisés par rapport à ceux qui ne réussissent pas ce même programme (Marques *et al.*, 2002). Toutefois, dans la plupart des études, cette distinction a été faite *a posteriori* pour expliquer des résultats initialement peu intéressants. Dans un même ordre d'idées, il semble que la présence de facteurs statiques de risque ait un impact sur les bénéfices tirés d'un programme de traitement (Marques *et al.*, 2002). Il en serait de même pour la présence de caractéristiques associées à la psychopathie (Langton *et al.*, 2002 ; Seto & Barbaree, 1999). Notre connaissance des facteurs capables de différencier les récidivistes des non récidivistes à l'intérieur d'une population de délincite optique que la présente étude tentera d'apporter un éclairage supplémentaire sur certains facteurs pouvant différencier, parmi les individus traités, les délinquants qui récidiveront de ceux qui auront du succès dans leur réintégration à la communauté. Parmi

les facteurs sélectionnés se trouvent le risque statistique de récidive et les caractéristiques reliées à la psychopathie. La littérature pertinente à ces facteurs sera donc brièvement revue.

Les caractéristiques spécifiques aux délinquants sexuels récidivistes

Devant l'impossibilité actuelle de définir l'impact spécifique des diverses composantes de traitement, il sera tenté, dans les prochains paragraphes, d'établir indirectement la pertinence des différents modules de traitement en décrivant les caractéristiques qui ont été identifiées comme différenciant les délinquants sexuels récidivistes de ceux qui ne paraissent pas commettre de nouveaux délits sexuels après leur libération,

Le texte qui suit ne se veut pas une reprise exhaustive de toutes les études publiées sur le sujet mais plutôt un condensé de ce qui est connu jusqu'à maintenant. Ainsi, les principales références utilisées proviendront d'études méta-analytiques et de recherches portant sur les facteurs dynamiques de risque de récidive. Bien qu'une série de facteurs statiques (non modifiables) aient été identifiés comme étant prédicteurs de la récidive, ces variables sont de peu d'utilité dans l'étude de l'efficacité de l'intervention auprès d'une clientèle de délinquants sexuels. Par contre, une connaissance des facteurs dynamiques (modifiables) différenciant les récidivistes des non récidivistes semble en mesure d'apporter un éclairage pertinent sur les cibles qui devraient être visées en traitement.

Tout d'abord, la catégorie de facteurs dynamiques la plus fortement reliée à la récidive sexuelle s'avère être celle correspondant à la déviance sexuelle (Hanson & Bussière, 1998 ; Hanson & Harris, 1998 ; Hanson & Morton-

Bourgon, 2004). Plus spécifiquement, la présence d'intérêts sexuels déviants apparaît être le meilleur prédicteur unique de la récidive sexuelle (Hanson & Bussière, 1998 ; Hanson & Harris, 1998). De même, dans l'étude menée par Hanson & Harris (1998), la présence de préoccupations sexuelles s'est avérée être reliée à la commission d'un nouveau délit sexuel

Dans un second temps, les variables indicatrices d'un mode de vie antisocial apparaissent composer la seconde catégorie prédisant le mieux la récidive sexuelle (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Cette catégorie se compose, notamment, de la présence d'un Trouble de la personnalité antisociale, d'une faible maîtrise de soi, de l'instabilité dans l'emploi, de la toxicomanie et de l'hostilité (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Une étude de Hanson & Harris (1998), portant sur les prédicteurs dynamiques de la récidive sexuelle, appuie les conclusions tirées de la méta-analyse de Hanson et Morton-Bourgon puisque le mode de vie antisocial, une faible maîtrise de soi, la fréquence du chômage, la présence d'influences sociales négatives et la mauvaise coopération avec les surveillants en communauté se sont révélés être prédicteurs de la récidive sexuelle.

Parmi les variables psychologiques, peu se sont révélées être reliées à la récidive. Ainsi, dans les deux méta-analyses publiées par Hanson (Hanson & Bussière, 1998 ; Hanson & Morton-Bourgon, 2004), ni l'anxiété, ni la colère ou la dépression ne se sont avérées corrélées à la récidive sexuelle. Le dysfonctionnement psychologique n'a pas pu être davantage lié à la récidive. Seule la présence d'un Trouble de la personnalité, et plus précisément un Trouble de la personnalité antisociale, s'est révélé être prédicteur de la récidive sexuelle. Par contre, dans l'étude menée par Hanson & Harris (1998), l'humeur négative, la colère et les symptômes psychologiques se sont tous avérés être des facteurs de risque aigus de

récidive (c'est-à-dire des facteurs présents juste avant la récidive sexuelle). De ce fait, ces facteurs ont été inclus dans le ACUTE, un instrument de prédiction du risque de récidive à court terme développé par Hanson & Harris (2001). Il semblerait en effet qu'une modification subite de l'humeur, accompagnée d'une difficulté à gérer efficacement cette modification, rende les délinquants sexuels plus susceptibles de se tourner vers des comportements sexuels déviants dans un court laps de temps (Hanson, 2002).

Finalement, l'étude des variables cliniques (c'est-à-dire reliées au traitement de la déviance sexuelle) révèle des résultats n'allant pas toujours dans le sens attendu. Ainsi, en ce qui concerne les distorsions cognitives, toutes ne se sont pas révélées être d'égale importance face à la récidive des individus traités. En effet, la présence d'attitudes sexuelles déviantes générales ne paraît pas prédire la récidive (Hanson & Harris, 1998), ni, non plus, la négation des délits sexuels (Hanson & Bussière, 1998 ; Hanson & Morton-Bourgon, 2004), la minimisation de la culpabilité (Hanson & Morton-Bourgon, 2004) ou le manque de connaissances sexuelles (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Par contre, la présence d'attitudes révélant une tolérance face au viol ou à l'agression sexuelle d'enfants (Hanson & Harris, 1998 ; Hanson & Morton-Bourgon, 2004), ainsi que les pensées se rapportant aux «droits acquis au sexe» (Hanson & Harris, 1998) ont été mis en lien avec une augmentation de la récidive. Il en a été de même pour l'absence de remords face aux délits antérieurs, la tendance à blâmer la victime pour les gestes déviants posés et la tendance à se percevoir comme ne représentant aucun risque (Hanson & Bussière, 1998).

Toujours parmi les variables cliniques, la présence de problèmes au plan de l'intimité (l'identification affective aux enfants, la présence de conflits

avec les partenaires intimes) semble associée à une augmentation du risque de récidive (Hanson & Morton-Bourgon, 2004).

Bref, la recherche sur les prédicteurs dynamiques de la récidive sexuelle semble appuyer certaines cibles de traitement. La présence d'intérêts sexuels déviants apparaît devoir être ciblée, puisqu'elle représente le meilleur prédicteur de la récidive. De même, le travail sur les distorsions cognitives des délinquants sexuels semble pertinent. Toutefois, ce travail ne paraît pas devoir s'étendre à l'ensemble des attitudes et cognitions déviantes mais pourrait davantage se concentrer sur les attitudes tolérantes face à l'agression sexuelle, l'identification émotive aux enfants et le «droit acquis au sexe». De plus, il semble important de travailler la capacité des délinquants à développer des relations intimes satisfaisantes avec un adulte et leur capacité à bien gérer la recrudescence d'émotions négatives. Finalement, il semble pertinent de fournir une aide face à la maîtrise de soi, la stabilité dans l'emploi et l'hostilité.

Par contre, jusqu'à présent, l'intervention visant l'éducation sexuelle, l'empathie envers les victimes, la négation ou la minimisation des délits antérieurs et les habiletés sociales générales n'a pas reçu d'appuis empiriques dans les études menées par Hanson et ses collaborateurs.

La mesure statistique du risque de récidive

La prédiction du risque de récidive fait dorénavant partie intégrante de l'évaluation clinique des délinquants sexuels. Non seulement cette prédiction est-elle régulièrement requise lors des procès, mais elle est également obligatoire lors du passage des délinquants sexuels dans le système correctionnel canadien. De même, dans l'étude de la déviance

sexuelle, il est important de définir correctement le risque de récidive que représente l'échantillon étudié puisque tous les délinquants sexuels ne posent pas le même risque de commettre un nouveau délit. Soucieuse d'assurer aux cliniciens des méthodes efficaces de prédiction du risque, la communauté scientifique s'est depuis longtemps penchée sur cet aspect et fournit maintenant un vaste bassin d'informations et d'outils d'évaluation.

L'utilisation de mesures actuarielles afin de déterminer le risque de récidive des délinquants sexuels est devenue pratique courante. Cette stratégie est privilégiée vu sa capacité supérieure à déterminer avec justesse le risque de récidive que posent les délinquants sexuels, par rapport au jugement clinique des intervenants (Campbell, 2000). Ces échelles sont majoritairement constituées de facteurs statiques (c'est-à-dire non modifiables). Bien que de tels facteurs ne soient pas les seuls à entrer en ligne de compte dans la commission d'un nouveau délit, ils ont longtemps été les meilleurs prédicteurs disponibles (Hanson & Bussière, 1998) et demeurent encore ceux permettant le mieux de quantifier le risque à long terme que représente un délinquant sexuel (Hanson, 2002).

Dans l'ensemble de la littérature portant sur les facteurs prédisant la récidive chez les délinquants sexuels, deux grandes catégories de variables sont identifiables soit : (1) les facteurs statiques (stables) et (2) les facteurs dynamiques (modifiables). Jusqu'à présent, il a été plus difficile de bien établir la nature et l'ampleur de la relation entre la récidive et les facteurs dynamiques pouvant y être associés (Hanson & Bussière, 1998). Par contre, la corrélation entre la commission d'un nouveau délit sexuel et certains facteurs statiques a pu être établie de façon satisfaisante. Il a ainsi été possible de développer des outils de type actuariel permettant de juger et de quantifier le risque à long terme que pose un délinquant sexuel (ex : le MnSOST-R par Epperson, Kaul, Huot, Hesselton, Alexander & Goldman,

1999 ; la Statique-99 par Hanson & Thorton, 1999 ; le SORAG par Quinsey, Harris, *et al.*, 1998). Les recherches sur les facteurs dynamiques, quant à elles, paraissent prometteuses afin d'établir le risque de récidive à court et moyen terme (Hanson, 2002). De tels facteurs modifiables demeurent à l'étude mais aucun instrument n'a encore été suffisamment validé pour être largement utilisé, particulièrement auprès d'une population incarcérée. De plus, l'utilisation d'un instrument de prédiction à très court terme n'est pertinente que lorsque l'individu évalué se retrouve dans un environnement permettant une récidive, ce qui n'est pas le cas des populations incarcérées.

Parmi les outils actuariels développés, deux bénéficient d'une certaine popularité. Il s'agit tout d'abord du «Sex Offender Risk Appraisal Guide» (SORAG) puis de la «Statique-99». Ces deux instruments sont spécifiques à la prédiction du risque chez les délinquants sexuels et seront maintenant révisés plus en détails.

Le Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)

Élaboré par Quinsey et ses collaborateurs (Quinsey, Rice & Harris, 1995 ; Rice & Harris, 1997 ; Quinsey, Harris, *et al.*, 1998), cet instrument permet d'évaluer le risque représenté par un délinquant sexuel de commettre un nouveau délit de nature violente ou sexuelle au cours des sept années qui suivront sa libération. L'échelle donne également une évaluation de ce même risque de récidive pour une période de dix ans suivant la libération du sujet. Cette évaluation est basée sur des critères historiques ayant démontré leur valeur prédictive face à la récidive violente chez les délinquants sexuels. La cotation des items de l'échelle permet d'obtenir une mesure en pourcentage du risque de récidive des sujets évalués.

L'ensemble des items de l'instrument, ainsi que la table présentant les pourcentages de risque de récidive pour une période de sept ans de liberté sont donnés en appendice A.

Les études portant sur le SORAG démontrent des valeurs ROC (Relative Operational Characteristics) allant de .76 à .82 pour la prédiction de la récidive violente (incluant la récidive sexuelle). Par contre, les valeurs ROC en ce qui concerne la prédiction de la récidive strictement sexuelle n'ont été que de .60 et .62 (Rice & Harris, 1997). Le SORAG serait donc plus efficace à prédire la récidive violente (dans laquelle sont inclus les crimes sexuels) que la récidive sexuelle de façon spécifique. Langton *et al.* (2002), dans une comparaison de l'utilité de diverses mesures actuarielles, ont, pour leur part, trouvé que le SORAG constituait la meilleure mesure dans la prédiction de la récidive violente. L'instrument a également bien performé dans la prédiction de la récidive sexuelle. A l'heure actuelle, le SORAG est considéré comme un bon instrument prédictif, présentant une exactitude de prédiction modérée.

La Statique-99

Élaboré par Hanson et Thorton (1999), cet instrument permet d'évaluer le risque de récidive présenté par un délinquant sexuel dans un délit de nature sexuelle et dans un délit de nature violente. L'évaluation faite par la Statique-99 est basée sur des critères stables (ou statiques) ayant démontré leur valeur prédictive face à la récidive sexuelle. La cotation des items de l'échelle permet d'obtenir une catégorisation des sujets évalués parmi quatre catégories de risque (faible, faible-moyen, moyen-élevé, élevé). Le score obtenu permet également d'établir un pourcentage de risque sur une période de cinq, dix ou quinze ans suivant le retour en

liberté. L'ensemble des items de l'instrument, ainsi que les catégories de risque et les taux de récidive sont donnés en appendice B.

Selon l'étude originale menée par Hanson et Thorton (1999), l'exactitude de prévision de l'échelle, mesurée par le test des zones ROC corrélées, est de $A = .71$ ($r = 0,33$) pour la récidive sexuelle et de $A = .69$ ($r = 0,32$) pour toute forme de récidive violente (y compris sexuelle). Cette exactitude de prévision, considérée comme modérée, s'est révélée supérieure à l'exactitude de prévision des deux échelles ayant servi de base à l'élaboration de la Statique-99, soit l'ERRRS et le SACJ-Min. Bien que l'échelle puisse mesurer le risque de récidive violente, elle s'est avérée moins précise, et par conséquent moins utile, face à la prédiction de ce genre de délits (Hanson & Thorton, 1999). Hanson et Thorton (2003) rapportent une série d'études de répétition (Barbaree, Seto & Langton, 2001 ; Nunes, Firestone, Bradford, Greenberg & Broom, 2002 ; Sjöstedt & Langström, 2001 ; tous cités dans Hanson et Thorton, 2003) ayant obtenu des niveaux d'exactitude prédictive semblables à ceux obtenus avec l'échantillon d'élaboration. Finalement, des données présentées par Chevrel (2001) démontrent que la Statique-99 s'est avérée être la plus précise dans la prédiction de la récidive sexuelle, lorsque comparée au SORAG, au PCL-R et au MNSOST-R chez un échantillon de délinquants sexuels francophones. Par contre, dans une étude menée par Seto (2002), la Statique-99 et le SORAG ont été toutes les deux aussi performantes dans la prédiction de la récidive sexuelle.

La délinquance sexuelle et la psychopathie

La psychopathie a été, au fil des ans, largement étudiée. Distincte des troubles de la personnalité définis dans le DSM-IV, elle réfère à un

ensemble de caractéristiques personnelles correspondant, à la fois, à des comportements antisociaux et à des traits de personnalité narcissique (Côté, 2000). La définition de la psychopathie la plus largement utilisée aujourd'hui est, sans contredit, celle suggérée par Hare (1991) et allant de pair avec l'instrument qu'il a développé : le Hare Psychopathie Checklist – Revised (PCL-R) (Hare, 1991). Cette définition se base sur 16 critères élaborés par Cleckley (1976). Aujourd'hui, la définition proposée par Hare se base sur 20 critères. Ces derniers sont présentés à l'appendice C.

La psychopathie est un phénomène plutôt rare dans la société, mais parmi les individus incarcérés, un plus grand nombre correspond au concept tel que mesuré par le PCL-R. Ainsi, selon les études et le niveau sécuritaire d'où provient l'échantillon, la prévalence de la psychopathie en milieu carcéral varierait entre 15% et 30% (Hart & Hare, 1998). Chez les délinquants sexuels, la psychopathie serait plus fréquente chez les violeurs (entre 25% et 35%) que chez les abuseurs d'enfants (entre 5% et 10%) (Hare, 2003). Finalement, parmi les délinquants sexuels ne correspondant pas complètement à la définition de la psychopathie utilisée par Hare, la majorité présente tout de même certaines ou plusieurs caractéristiques associées à ce concept.

Le PCL-R permet d'évaluer la présence de caractéristiques personnelles associées au concept de psychopathie. L'échelle comporte vingt items et se compose de deux facteurs. Alors qu'un premier facteur est constitué d'une constellation de traits de personnalité, le second facteur englobe davantage un ensemble de comportements indicatifs d'un mode de vie chroniquement instable et antisocial (Harpur, Hakstian & Hare, 1988 ; Harpur, Hare & Hakstian, 1989). Une traduction française du PCL-R a été validée au Québec par Côté et Hodgins (1996). L'appendice C présente les items du PCL-R, ainsi que le mode de cotation de l'échelle.

Le PCL-R possède d'excellentes qualités psychométriques. Ainsi, la fidélité intercorrecteurs, établie à l'aide du coefficient interclasse, varie entre .92 et .93 auprès des hommes incarcérés (Hare, 2003) et entre .91 et .98 auprès d'échantillons constitués de délinquants sexuels (Brown & Forth, 1997 ; Rochefort & Earls, 1998). Hare (2003) rapporte également une consistance interne (mesurée par le coefficient alpha de Cronbach) de .81 à .85 chez une population d'hommes incarcérés. La corrélation moyenne inter-items rapportée par Hare (2003) va de .19 à .23. Finalement, le coefficient de généralisation pour le score total est de .82 (Hare, 1991).

Un nombre important d'études s'est penché sur la validité du PCL-R comme mesure de la psychopathie. Afin de rendre ce texte plus fluide, seul un très bref résumé en sera donné ici. Pour des informations plus détaillées, le lecteur est référé au dernier manuel publié par Hare en 2003, d'où est tiré le présent résumé. Ainsi, le PCL-R paraît démontrer une bonne validité convergente avec le diagnostic de psychopathie posé par des psychiatres, de même qu'avec les diagnostics de Trouble de la personnalité antisociale du DMS-IV et de Trouble de la personnalité dyssoziale du CIM-10. Tel qu'attendu, selon la théorie sous-jacente au PCL-R, ce dernier est corrélé avec les Troubles de la personnalité du groupe B du DSM-IV (histrionique, narcissique, borderline et antisociale) ainsi qu'avec les Troubles de la personnalité paranoïaque, passive-agressive et sadique. Le score au PCL-R s'est avéré être corrélé aux résultats obtenus aux échelles Pd et Ma du MMPI et aux échelles antisociale, narcissique, passive-agressive, paranoïaque et d'abus de substance du MCMI-II.

A l'inverse, le PCL-R se distingue de concepts desquels, selon la théorie, il devrait diverger. Par exemple, la présence d'un trouble en Axe I du DSM-

IV s'avère inversement corrélée avec le score au PCL-R, de même que la présence d'un diagnostic de Trouble de la personnalité dépendante ou évitante. Au MMPI, le PCL-R s'avère peu ou pas corrélé à la «triade névrotique» (constituée des échelles Hs, D et Hy) ainsi qu'à la «triade psychotique» (constituée des échelles Pa, Pt et Sc). Au MCMI-II, cette fois, les échelles dépendante, somatoforme, anxiété et dysthymique sont négativement corrélées au score au PCL-R.

Par ailleurs, les délinquants jugés psychopathes (c'est-à-dire recevant un score égale ou supérieur à 30 au PCL-R) semblent se distinguer des autres criminels sur plusieurs caractéristiques. Ils commenceraient leur carrière criminelle plus tôt, s'impliqueraient dans des activités criminelles plus variées et plus intenses, seraient plus violents et leur violence aurait davantage tendance à être «prédatrice», motivée par des buts identifiables, perpétrée de manière froide et calculée et exempte du contexte émotionnel qui caractérise habituellement la violence des autres délinquants. Un score élevé au PCL-R serait associé à une plus grande impulsivité et à la présence d'un plus grand nombre de comportements à risque (ex : utilisation de drogue par intraveineuse, relations sexuelles non protégées ou avec un plus grand nombre de partenaires, utilisation de seringues usagées).

Par contre, le score total au PCL-R ne semble pas pouvoir être mis en relation avec le nombre de crimes de nature sexuelle, contrairement à la relation positive trouvée avec presque tous les autres types de crimes. Ainsi, alors que les psychopathes semblent commettre plus de délits en général et plus de délits violents, ils ne paraissent pas plus enclins à perpétrer un délit sexuel (Douglas & Webster, 1999 ; Quinsey, Rice & Harris, 1995).

Toutes les données révisées plus haut semblent permettre d'affirmer que le PCL-R est une mesure fiable et valide du concept de la psychopathie. Plus encore, le PCL-R aurait une certaine valeur prédictive de la récidive générale et violente. Ainsi, bien que l'instrument n'ait pas été conçu dans le but de prédire la récidive, le score au PCL-R s'avère corrélé à plusieurs instruments de prédiction de la récidive. En effet, Hemphill, Hare & Wong (1998) rapportent une corrélation de .60 avec le Violent Risk Appraisal Guide (VRAG). Barbaree, Seto & Langton (2001), quant à eux, rapportent des corrélations de .70 avec le VRAG, .13 avec le ERRRS, .45 avec la Statique-99, .30 avec le Minnesota Sex Offender Screening Tool-Revised (MnSOST-R) et de .54 avec le Multifactorial Assessment of Sex Offender Risk for Recidivism (MASSOR). Finalement, le PCL-R s'est avéré corrélé avec le HCR-20 (Évaluation du risque de violence) et le Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA) (Hare, 2003).

Chez les délinquants sexuels, le score au PCL-R semble également prédicteur de la récidive générale et violente, comme le démontrent nombre d'études (Barbaree, Seto & Langton, 2001 ; Gretton, McBride, Hare, O'Shaughnessy & Kumka, 2001 ; Hanson & Harris, 2000 ; Langström & Grann, 2000 ; Quinsey *et al.*, 1995 ; Rice & Harris, 1997). Le lien avec la récidive sexuelle apparaît toutefois plus ambiguë. Ainsi, alors que certaines études démontrent la capacité prédictive du PCL-R quant à la récidive sexuelle (Hanson & Harris, 2000 ; Quinsey *et al.*, 1995 ; Rice & Harris, 1997), d'autres n'ont pas obtenu de lien significatif entre le score au PCL-R et la commission d'un nouveau délit sexuel (Barbaree *et al.*, 2001 ; Gretton *et al.*, 2001 ; Langström & Grann, 2000). Il semble, par contre, que la combinaison d'un score élevé au PCL-R et de la présence d'intérêts sexuels déviants (mesuré par la pléthysmographie pénienne) soit prédictive de la récidive sexuelle (Rice & Harris, 1997 ; Hare, 2003).

Ainsi, la mesure de la psychopathie apparaît pertinente dans l'étude de l'efficacité d'un traitement en délinquance sexuelle puisque ce concept semble prédictif de la récidive générale et violente. Chez les individus présentant des intérêts sexuels déviants, le score au PCL-R deviendrait également prédictif de la récidive sexuelle. Finalement, chez les individus traités, le diagnostic de psychopathie semble associé à une élévation du risque de récidive (Rice, Harris & Cormier, 1992).

Présente étude

La présente étude vise à mieux connaître comment un échantillon de délinquants sexuels progresse en traitement et comment cette progression affecte la récidive de ces délinquants. Ainsi, les questions de l'étude seront regroupées sous deux grandes rubriques soit (1) le fonctionnement interne du programme et (2) l'impact sur la récidive.

Sous la première rubrique, il sera tenté de déterminer la capacité des sujets à atteindre les objectifs de traitement ainsi que la cohérence des diverses composantes du programme étudié. Sous la deuxième rubrique, les questions viseront davantage à mesurer les bénéfices tirés d'un tel programme en terme de diminution de la récidive des participants.

Cette étude apparaît des plus intéressante puisqu'elle vise à mieux comprendre le fonctionnement des programmes cognitivo-comportementaux. Puisque de tels programmes semblent avoir un impact positif sur la récidive des délinquants qui y participent, il paraît maintenant important de savoir comment ils arrivent à avoir cet impact et auprès de quels délinquants sexuels cet impact se fait sentir. Bref, il sera tenté de faire un pas supplémentaire dans la connaissance du traitement d'individus dont la criminalité cause un tort considérable et inacceptable à la société. C'est par le biais des questions suivantes que ce pas sera tenté.

A) Fonctionnement interne du programme

Cette rubrique tentera, par le biais de trois questions, de faire la lumière sur le fonctionnement interne du programme étudié. En terme de cibles de

traitement, ce programme présente un haut degré de similitude avec les autres programmes cognitivo-comportementaux dispensés au niveau international. Il semble donc juste de croire que la compréhension de son fonctionnement interne permettra, jusqu'à un certain point, d'améliorer les connaissances de l'ensemble des intervenants dans ce domaine.

Il est toutefois important de noter que le contexte rétrospectif de l'étude a posé un défi important à l'auteur en ce qui concerne la mesure du succès thérapeutique des sujets de l'échantillon. En effet, les informations disponibles au dossier clinique des sujets n'ont pas permis l'utilisation de mesures pré et post-traitement. Bien que certaines échelles aient été utilisées au fil des ans, la quantité d'informations manquantes s'avérait trop importante pour que ces échelles puissent être incluses dans l'étude. De plus, pour la majorité des composantes du traitement, il n'existait pas à l'époque (et il n'existe toujours pas aujourd'hui) de mesures objectives fiables et validées auprès des délinquants sexuels permettant de connaître les changements pré et post-traitement des participants.

Pour contrer cette difficulté, un guide a été élaboré afin d'attribuer une cote à chaque participant selon sa capacité post-traitement à atteindre les objectifs visés par le programme (voir l'appendice D). Bien que cette mesure n'en soit pas une de changement, elle demeure néanmoins pertinente puisqu'elle se calque sur le raisonnement fait par les intervenants pour déterminer dans quelle mesure les individus traités ont «réussi» leur programme de traitement.

Dans cette optique, la première question de l'étude vise à mieux connaître la valeur du guide développé. Par la suite, la «faisabilité» du programme et sa cohérence interne seront abordées.

Première question de l'étude

Quelle est la fidélité intercorrecteurs du «Guide de cotation de l'atteinte des objectifs de traitement»?

Cette question vise à établir la fidélité intercorrecteurs de la mesure développée. Cette fidélité intercorrecteurs était jugée essentielle à une première utilisation du guide. Encore ici, l'absence de mesure de changement objective utilisée sur un nombre suffisant de sujets limite la capacité de l'auteur à établir la validité du guide développé. Par contre, la mesure de la fidélité intercorrecteurs demeure possible et sera donc présentée. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une validation complète de l'instrument, la réponse à cette question pourra néanmoins assurer qu'un individu est jugé de façon équivalente par deux correcteurs indépendants.

Deuxième question de l'étude

Dans quelle mesure les sujets de l'étude atteignent-ils les objectifs visés par le programme de traitement?

Cette question touche un aspect important de l'efficacité d'un traitement, soit sa «faisabilité» pour les sujets qui y participent. Il serait en effet peu pertinent de mener un programme de traitement trop difficile pour les délinquants qui y sont soumis ou, à l'inverse, trop peu poussé et donc de peu d'utilité pour les individus nécessitant un encadrement thérapeutique.

Dans le cas du présent projet, la mesure de la «faisabilité» du programme réfère à la variable «Réussite du traitement» décrite dans le chapitre de la méthodologie. En l'absence de mesures pré et post-traitement, il sera tenté

de déterminer dans quelle mesure les sujets de l'étude arrivent à atteindre les standards du programme ; standards jugés pertinents à l'évitement de la récidive. La répartition des sujets à travers les différents niveaux de cette variable indépendante sera donc décrite.

Troisième question de l'étude

Dans quelle mesure les diverses composantes du programme de traitement sont-elles cohérentes entre elles?

Puisque toutes les composantes du programme visent un même but, soit l'évitement de la récidive, il semble intéressant de voir dans quelle mesure les volets du programme sont reliés entre eux. De même, les connaissances tirées de la recherche antérieure dans le domaine semblent établir certains liens entre les diverses cibles de traitement (ex : lien entre la présence de distorsions cognitives et les lacunes au niveau de l'empathie). Il semble donc juste de croire que la réussite de certains modules entraîne un avancement similaire dans d'autres parties du programme. À l'inverse, certaines cibles de traitement (ex : le traitement des intérêts sexuels déviants) paraissent moins reliées aux autres composantes du programme. Dans ces cas, l'avancement dans un module ne devrait pas affecter la réussite des autres composantes. Finalement, il est possible de croire que des volets qui partagent un trop grand chevauchement ne soient pas assez dissemblables pour justifier leurs deux présences. La présente question pourrait donc fournir d'importantes informations concernant la pertinence des composantes du programme, ainsi que la pertinence du format adopté par ce programme.

Donc, toujours en ayant comme point de départ l'atteinte des objectifs de traitement, cette étude tentera de définir dans quelle mesure les diverses composantes du programme semblent cohérentes et reliées entre elles.

B) Impact sur la récidive

Cette deuxième rubrique présentera quatre questions qui tenteront de connaître l'impact du programme étudié. A l'opposé de la majorité des études disponibles dans la littérature, les bénéfices du programme ne seront pas étudiés en comparant des individus traités à des délinquants sexuels non traités ; cette question ayant déjà reçu beaucoup d'attention de la part de la communauté scientifique. La question de l'impact du programme de traitement sera abordée sous d'autres angles.

D'abord, le nombre de récidivistes pour chaque type de crimes étudié sera calculé dans le but d'établir des taux généraux de récidive. Les types de crimes ayant été retenus seront énumérés et définis dans le chapitre suivant, portant sur la méthodologie. Par la suite, trois questions viseront à faire le lien entre la réussite du programme de traitement, le risque théorique de récidive et la récidive réelle des sujets.

Quatrième question de l'étude

Quels sont les taux de récidive des participants au programme, selon le type de délit considéré?

Cette question, bien que n'étant pas finale en soit, apparaît être le point de départ vers une analyse plus raffinée des données, lors des questions

subséquentes. De plus, la connaissance des taux de récurrence des sujets de l'étude permettra une comparaison avec les taux retrouvés dans la littérature concernant d'autres groupes de délinquants sexuels, ayant reçu ou non un traitement d'orientation cognitivo-comportementale.

Cinquième question de l'étude

Est-ce que l'atteinte des objectifs de traitement prédit le moment de la récurrence des sujets?

Cette question représente l'élément central de l'étude. En effet, le but ultime de ce projet est de déterminer dans quelle mesure la réussite du programme de traitement parvient à faire diminuer le taux de récurrence des participants. Comme il est reconnu dans la littérature que la meilleure analyse statistique pour répondre à une telle question est l'utilisation de courbes de survie, la formulation de la question implique donc une notion de temps entre le moment de la participation au programme et le moment de la récurrence des sujets (ou de l'absence de récurrence chez ceux-ci).

Sixième question de l'étude

Est-ce que les échelles de mesure du risque de récurrence prédisent le moment de la récurrence des sujets?

Le score obtenu aux échelles de prédiction du risque fournit également la possibilité d'étudier indirectement l'efficacité du programme de traitement. En effet, les échelles sélectionnées dans cette étude ont été largement étudiées et leurs propriétés psychométriques sont définies dans la

littérature. Par contre, aucune d'entre elles ne tient compte de l'effet d'un traitement sur le risque de récidive. Dans cette optique, il semble juste de croire qu'un traitement efficace aura un impact sur la capacité des échelles à prédire efficacement le risque de récidive des sujets qui y sont soumis. À l'opposé, si la capacité prédictive des échelles demeure aussi bonne après que les individus aient participé à un programme de traitement, l'efficacité d'un tel programme pourrait être questionnée.

Il est à noter qu'une telle question d'étude demeure indirecte. Elle ne peut fournir qu'une preuve convergente de l'efficacité d'un programme de traitement. Par contre, étant donné la difficulté d'établir un devis de recherche solide dans le contexte de l'agression sexuelle, nous sommes d'avis que toute preuve indirecte de la présence ou de l'absence d'un effet de traitement comporte une certaine valeur, lorsque considérée conjointement avec l'ensemble des connaissances acquises jusqu'à maintenant.

Septième question de l'étude

Est-ce que l'atteinte des objectifs de certains modules du programme de traitement prédit le moment de la récidive des sujets?

De pair avec la question 3, cette question vise à mieux connaître la pertinence des diverses cibles privilégiées dans le traitement à l'étude. Les connaissances actuelles ne permettent pas de connaître l'apport spécifique des diverses cibles de traitement dans l'évitement de la récidive. Une telle connaissance s'avère par contre importante afin d'épurer les programmes des éléments qui s'avéreraient non pertinents. De plus, une telle connaissance pourrait apporter des éléments importants dans l'élaboration

de modèles théoriques de la récidive ou du changement chez les délinquants sexuels.

Méthodologie de recherche

Cette section se propose de définir la méthodologie privilégiée pour la présente recherche. Dans un premier temps, les sujets sélectionnés pour l'étude seront présentés. Ensuite, une description du traitement étudié sera donnée. Troisièmement, les différentes variables incluses dans la recherche seront définies. Quatrièmement, quelques aspects relatifs à l'éthique professionnelle seront brièvement discutés.

A) Sujets

Tous les sujets de l'étude (N = 185) ont été reconnus coupables d'au moins un crime de nature sexuelle ou comportant des éléments de nature sexuelle. Ils ont tous reçu une sentence de deux ans ou plus et, au moment de leur passage au pénitencier de La Macaza, leur niveau de sécurité était évalué à moyen. Les 185 sujets de l'étude correspondent à l'ensemble des individus ayant participé et complété le traitement offert à la clinique La Macaza entre les années 1992 et 2000.

B) Traitement étudié

Le traitement soumis à l'étude consiste en un programme d'intervention dispensé à la clinique La Macaza, dans un pénitencier fédéral à sécurité moyenne. Ce programme intensif, d'une durée de huit mois, est dispensé pendant la période d'incarcération des participants. Le traitement se déroule principalement en sessions de groupe d'une douzaine de participants, avec des rencontres individuelles au besoin. Une des

composantes de ce programme, le traitement des intérêts sexuels déviants, est cependant dispensée sur une base individuelle. Les rencontres de groupe ont lieu cinq jours par semaine, à raison de trois heures par séance. Ce programme est basé sur les approches cognitivo-comportementale et de prévention de la rechute. Il comporte huit composantes distinctes qui seront définies ci-dessous. La description donnée ici est tirée d'un document explicatif fourni par la directrice clinique du programme à l'époque de l'étude, Madame Alexandrine Chevrel.

Le dévoilement

Au cours de ce volet, chaque participant doit faire le dévoilement complet des délits sexuels pour lesquels il a été condamné. Il lui est également demandé de fournir des détails sur les délits sexuels antérieurs, s'il y a lieu. L'objectif qui sous-tend le dévoilement consiste à identifier le déni ou la minimisation entretenus par le participant. La responsabilisation du sujet face à ses délits est jugée essentielle à l'identification ultérieure du cycle d'offense et au développement de l'empathie envers la ou les victimes. Une persistance dans le déni ou la minimisation à outrance entraîne l'exclusion du délinquant du programme de traitement.

La restructuration cognitive

Cette partie du traitement vise l'identification des pensées sexuelles déviantes permettant le maintien du déni ou de la minimisation. De plus, l'individu est amené à identifier les mythes et préjugés qu'il entretient envers les victimes (adultes ou enfants). Une fois les pensées déviantes

identifiées, le participant doit apprendre à les remplacer par des pensées non déviantes favorisant l'adoption de comportements sexuels adaptés.

L'affirmation de soi et les habiletés interpersonnelles

Dans cette section de la thérapie, les participants apprennent les notions de base d'une communication efficace (engager, maintenir et terminer une conversation ; exprimer et recevoir des compliments ; recevoir et faire des critiques constructives ; exprimer des insatisfactions). La résolution de problèmes et de conflits est également abordée au cours de ce volet.

L'entraînement à la gestion de la colère

Ce stade de l'intervention est consacré à l'apprentissage des diverses formes d'expression de la colère, à la différenciation de la colère et de l'agressivité, à l'identification des situations et éléments déclencheurs de la colère chez les participants, de même qu'au développement de modes appropriés d'expression de la colère (relaxation, restructuration cognitive, verbalisation efficace des insatisfactions, contrôle de l'impulsivité). C'est également à ce moment du traitement que le lien entre la colère, l'agressivité et les délits sexuels est exposé.

Le rehaussement de l'empathie du participant envers sa ou ses victimes

Ici, chaque participant est amené à parler des conséquences de l'agression sexuelle chez les victimes en général, ainsi que chez ses propres victimes.

Les conséquences discutées englobent toutes les sphères de la vie des victimes (psychologique, sexuelle, sociale, familiale, professionnelle, scolaire, etc.). Les participants sont également amenés à partager ce qu'ils aimeraient pouvoir exprimer à leurs victimes (lettres aux victimes qui ne sont pas expédiées).

L'éducation sexuelle

Cette portion du traitement vise l'élargissement des connaissances sexuelles des participants, ainsi que la rectification des croyances erronées quant à la sexualité des hommes et des femmes. Les thèmes traités sont l'anatomie et la physiologie masculine et féminine, le développement sexuel, les dysfonctions sexuelles, la prévention des maladies transmises sexuellement et la contraception.

La prévention de la rechute

Ce dernier volet du traitement permet de vérifier les acquis des participants quant aux modules précédents. La prévention de la rechute vise l'identification du cycle d'offense (éléments prédisposants et précipitants des délits) et l'élaboration de stratégies comportementales alternatives afin d'éviter la commission d'un nouveau délit. Ces nouvelles stratégies sont développées à partir des acquis faits au cours des modules précédents de la thérapie.

La modification des intérêts sexuels déviants

Fait sur une base individuelle, cette partie du traitement n'est offerte qu'aux individus présentant d'importants intérêts sexuels déviants ou un profil déviant d'excitation sexuelle, tel que mesuré par la pléthysmographie pénienne. Le traitement offert consiste en une thérapie par aversion où le participant est entraîné à apparier l'excitation sexuelle suscitée par des stimuli déviants à une odeur d'ammoniaque. Cette stratégie vise à réduire le pouvoir érogène des stimuli et fantasmes sexuels déviants, tout en permettant l'augmentation du pouvoir érogène de stimuli et fantasmes sexuels non déviants.

C) Variables de l'étude

Quatre variables sont incluses dans l'étude. Il s'agit : (1) de la réussite des sujets au traitement ; (2) du niveau de risque statistique de récurrence que représentent les sujets ; (3) de leur score à l'échelle de psychopathie de Hare révisée et (4) de la récurrence des sujets. Ces variables seront décrites plus en détails dans les sections suivantes.

Réussite du traitement

Comme vu précédemment, la réussite du traitement constitue une variable centrale de la présente étude. Cette réussite correspond ici à la capacité des sujets à atteindre les objectifs visés par le programme. Les 185 individus ayant complété le traitement ont donc tous été évalués quant à

leur réussite dans l'atteinte des objectifs du traitement. Ces objectifs correspondent aux critères de réussite définis par la clinique La Macaza et se définissent comme suit :

- Avouer ses délits.
- Etre capable de décrire en détails les conséquences physiques et psychologiques de ses délits sur les victimes.
- Avoir démontré une implication importante en thérapie (c'est-à-dire une bonne participation en groupe, l'exécution satisfaisante des devoirs, l'absence de rapports d'offenses institutionnelles, le suivi du plan correctionnel, etc.).
- Avoir réussi des examens écrits mesurant les connaissances par rapport aux différents volets de la thérapie.
- Etre en mesure de décrire en détails la chaîne comportementale ayant mené à la commission du ou des délits sexuels.
- Etre capable de décrire en détails les solutions alternatives adéquates pouvant être adoptées à chaque étape du cycle d'offense.

(Tiré d'un document explicatif fourni par la directrice clinique du programme, Madame Alexandrine Chevrel).

La réussite des participants a été établie à partir du rapport d'intervention des sujets, complété par les intervenants à la fin du traitement. Par conséquent, la définition de l'atteinte des objectifs de traitement se base sur le jugement clinique des intervenants ayant travaillé avec le délinquant. Quatre niveaux ont été déterminés et les sujets traités répartis selon ces niveaux : (1) Objectifs globalement atteints ; (2) Objectifs partiellement atteints – fort ; (3) Objectifs partiellement atteints – faible ; (4) Objectifs non atteints. Pour chaque individu ayant complété le traitement, une classification a été faite en regard de la réussite globale du traitement, de

même qu'en regard de la réussite à chacun des modules de ce traitement. La catégorisation des sujets a été faite par l'auteur de l'étude. Elle a été réalisée à l'aveugle, c'est-à-dire dans l'ignorance du statut du sujet quant au risque statistique de récidive et à la récidive réelle. Afin de guider le chercheur dans l'attribution d'une de ces catégories aux individus traités, un guide de cotation a été élaboré. Ce guide est présenté à l'appendice D. De plus, un accord intercorrecteurs a été effectué sur 18 % des dossiers (N=34) afin d'établir la fidélité du classement des sujets dans les diverses catégories. Le second juge ayant participé à la classification des sujets est une étudiante graduée en psychologie, en stage à la clinique La Macaza au moment de l'étude.

Mesures statistiques du risque de récidive

Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)

L'utilisation du SORAG apparaît pertinente à cette étude vu sa valeur prédictive reconnue quant à la commission d'un nouveau délit violent. Toutefois, il importe de préciser que cet instrument ne permet pas de déterminer le risque de récidive des sujets dans un délit strictement sexuel. L'outil inclut plutôt les délits de nature sexuelle dans la catégorie des récidives violentes. La seule utilisation de cet instrument ne permet donc pas de stipuler sur le risque de récidive strictement sexuelle des participants de l'étude. L'utilisation du SORAG fait partie du protocole d'évaluation de la clinique La Macaza depuis 1992. La cote attribuée à chacun des individus traités fut donc tirée du dossier des sujets.

Statique-99

L'utilisation de la Statique-99 est motivée par la capacité de l'échelle à prédire la récidive sexuelle. La Statique-99 a été cotée *a posteriori* pour tous les sujets, à partir des informations disponibles aux dossiers de la clinique La Macaza ou dans le Système informatique de gestion des détenus (SGD).

Échelle psychopathie de Hare révisée (PCL-R)

Le PCL-R fait partie du protocole d'évaluation de la clinique La Macaza depuis 1992. Tous les sujets de l'échantillon ont donc reçu une cote à cette échelle. Cette cote a été retrouvée dans le dossier de chacun des individus traités.

Il existe deux façons d'utiliser le PCL-R dans l'évaluation d'un sujet. La première, de nature dichotomique, consiste à diviser les individus selon deux catégories distinctes, avec un score de 30 comme point de coupure. Selon cette stratégie, les individus obtenant un score supérieur ou égal à 30 sont considérés comme étant psychopathes, alors que leurs homologues ayant un score inférieur à 30 sont considérés comme n'étant pas psychopathes. Cette conception sous-entend que les individus psychopathes sont distincts des individus non psychopathes, autant qualitativement que quantitativement (Généreux, 2003). Une deuxième méthode consiste à considérer le score au PCL-R de façon linéaire (sur un continuum allant de 0 à 40). Selon cette méthode, il sera considéré que des traits psychopathiques existent chez tous les individus, selon une intensité différente (Généreux, 2003). Ces deux méthodes sont utilisées

dans la littérature et, jusqu'à présent, il n'est pas encore possible d'établir clairement la supériorité d'une méthode sur l'autre (Hart & Hare, 1998).

Aux fins de la présente étude, le PCL-R sera utilisé de façon linéaire. La principale raison motivant cette décision se trouve dans la très faible prévalence d'un score égal ou supérieur à 30 chez les délinquants sexuels. Il apparaît de peu d'utilité de privilégier une stratégie dichotomique si celle-ci ne permet pas de former un groupe de sujets suffisamment grand pour permettre des analyses statistiques intéressantes. La méthode linéaire étant considérée acceptable par la communauté scientifique, elle sera privilégiée ici.

Mesure de la récidive

Par récidive, l'auteur entend *la commission d'un acte criminel judiciairisé suite à toute forme de retour en société du délinquant*. Ceci signifie que seuls les comportements ayant mené à une condamnation ou à une sanction pénale ont été considérés. La récidive des sujets de cette étude a donc été établie à partir de données officielles. Bien qu'il soit connu que la récidive officielle soit une sous-estimation de la récidive réelle (Furby *et al.*, 1989 ; Hanson, 1997 ; Marques *et al.*, 1994), elle demeure néanmoins la seule source de données fiable et constante à travers les années, actuellement disponible à l'auteur. Pour cette raison, elle a été privilégiée à l'analyse de données non officielles.

Aux fins de cette étude, plusieurs types de récidive ont été considérés. Dans un premier temps, la *récidive sexuelle* a été comptabilisée. Elle englobe toute nouvelle condamnation pour une infraction sexuelle ou pour une tentative de perpétrer une infraction sexuelle (agression sexuelle,

attentat à la pudeur, viol, inceste, exhibitionnisme, voyeurisme, téléphones obscènes, possession de matériel pornographique infantile, autres pratiques sexuelles prohibées telles la nécrophilie ou la zoophilie, etc.). Dans un deuxième temps, la *récidive violente non sexuelle* a été considérée. Elle a été définie comme étant toute infraction non sexuelle impliquant l'utilisation de la force, de la menace ou d'une arme (ex : voix de fait, séquestration, enlèvement, vol à main armée, vol qualifié, proférer des menaces). Troisièmement, la *récidive non sexuelle et non violente* a été incluse dans l'étude. Elle est formée de toute offense non incluse dans les deux catégories précédentes et implique donc les crimes perpétrés envers la propriété (ex : entrée par effraction, vol, possession d'armes, de matériel volé ou de substances illicites, recel). Par conséquent, trois types distincts de récidive ont été utilisés dans les analyses statistiques et les résultats qui en découlent seront présentés de façon indépendante.

En plus des trois types de récidive mentionnés ci-dessus, certains regroupements seront faits. Ainsi s'ajouteront, dans la présentation des résultats, des analyses portant sur la combinaison des récidives sexuelle et violente, de même que des analyses portant sur tous les types de récidive considérés ensembles.

La décision de considérer la récidive violente mais non sexuelle des sujets s'appuie sur plusieurs arguments. Dans un premier temps, il est possible de croire qu'un certain nombre de charges pour un crime violent cachent en réalité un délit de nature sexuelle. Cette situation peut être due à un manque de preuve pour une inculpation sexuelle ou encore à une négociation hors cours pour faire diminuer les charges retenues contre l'inculpé (Hanson *et al.*, 1993 ; Quinsey, Khanna & Malcolm, 1998 ; Rice *et al.*, 1991). Dans un deuxième temps, puisque le traitement de la délinquance sexuelle vise l'acquisition de comportements prosociaux, il

semble pertinent d'évaluer sa capacité à diminuer la récidive violente. Finalement, le taux de base de la récidive sexuelle officielle étant relativement faible, l'utilisation de la récidive violente non sexuelle apparaît comme un moyen acceptable d'augmenter ce taux de base et ainsi permettre des analyses statistiques plus intéressantes.

Dans un même ordre d'idées, il paraît pertinent d'inclure la récidive non sexuelle et non violente dans la présente étude. En effet, bien que ce type de criminalité ne soit pas directement visé par le programme de traitement, il demeure un indice de l'adaptation sociale des sujets ayant suivi le traitement offert à la clinique La Macaza. Comme ce traitement vise l'acquisition d'habiletés prosociales, il semble possible de croire que l'atteinte des objectifs de traitement aura une influence positive sur la récidive non sexuelle et non violente des participants.

La récidive a été comptabilisée à partir du Système informatique de gestion des détenus (SGD), par le biais d'une mise à jour de la fiche criminelle des sujets. Ce système est celui utilisé par le Service correctionnel du Canada et les informations qui se retrouvent à la fiche criminelle des sujets sont tirées de la banque de données de la Gendarmerie Royale du Canada. La comptabilisation de la récidive des sujets s'est faite dans la période du 13 juin 2001 au 31 août 2001. Afin d'établir la durée de la période de risque pour chacun des sujets, la date de libération retenue fut celle à partir de laquelle le sujet avait une possibilité de récidive. Cette définition inclut les libérations conditionnelles, les semi-libertés, les assignations en résidence, les expirations de mandat ou toute autre forme de libération. Les séjours en établissement à sécurité minimum n'ont pas été comptabilisés dans les périodes à risque. En ce qui concerne la nature des récidives, il est fréquent qu'un individu soit condamné, dans un même prononcé de sentence, pour des délits appartenant à plus d'une catégorie de récidive

(ex : un individu pourrait être reconnu coupable d'agression sexuelle et de séquestration). Dans de tels cas, les sujets de l'étude ont été considérés comme récidivistes dans chacune des catégories pour lesquelles des charges ont été retenues contre eux. Ainsi, dans l'exemple précédent, le sujet serait compté parmi les récidivistes sexuels et les récidivistes violents.

D) Aspects relatifs à l'éthique professionnelle

Bien que l'étude présentée ici n'impliquait pas de contact direct avec les sujets, certaines considérations d'ordre éthique ont été prises en compte. Dans un premier temps, une attention a été portée au respect de la confidentialité des sujets. Pour ce faire, les noms des sujets de l'étude ont été remplacés par un code numérique.

Dans un deuxième temps, le consentement nécessaire à l'utilisation des données a été obtenu auprès des Services correctionnels canadiens. Ainsi, l'étude n'a été entreprise que suite à l'approbation d'un comité de recherche. Vu la nature rétrospective de l'étude, l'auteur n'a pu obtenir le consentement direct des sujets. Toutefois, tous les individus ayant participé au traitement de la clinique La Macaza ont signé, lors de leur passage à la clinique, un formulaire de consentement à l'utilisation de données les concernant pour d'éventuels projets de recherche.

Résultats

Ce chapitre présente d'abord certaines données sociodémographiques permettant de dresser un bref portrait de l'échantillon sélectionné. Ensuite, les résultats à chacune des questions d'étude seront abordés.

Dès les premières étapes de l'analyse des résultats, un problème fréquent dans le domaine de la récidive chez les délinquants sexuels s'est confirmé. En effet, le taux de base de la variable «récidive» s'est avéré faible, ce qui augmente le risque de commettre une erreur de type II, c'est-à-dire de conclure à tort à l'absence d'un effet de traitement. Certaines stratégies ont donc été tentées afin d'augmenter le taux de base de la variable «récidive».

Dans un premier temps, il a été tenté de redéfinir les critères d'inclusion des sujets servant à former l'échantillon, en utilisant la méthode du «temps fixe de récidive». Selon cette stratégie, un temps minimal de suivi est défini (par exemple, en utilisant la médiane du temps de suivi de l'échantillon global, ou en utilisant une période jugée satisfaisante selon la littérature). Tous les sujets non récidivistes qui n'ont pas atteint ce temps minimal de suivi sont exclus de l'étude. Selon la méthode du temps fixe de récidive, ces individus sont considérés comme du bruit dans l'étude parce que la période au cours de laquelle ils ont été suivis n'est pas assez longue pour qu'ils aient eu le temps de faire leurs preuves (Lalumière, 2003). Selon cette méthode, tous les individus ayant récidivé, ainsi que tous les sujets ayant atteint ou dépassé le temps minimal de suivi sont gardés. Ceci permet d'augmenter le taux de base de la récidive en limitant le nombre de non récidivistes à ceux étant restés en liberté sans récidive pendant une période jugée significative. Dans la présente étude, le temps minimal de suivi a été établi à 36 mois. Cette période apparaissait être un bon

compromis entre le temps généralement considéré comme suffisant dans la littérature et la nécessité de ne pas exclure un trop grand nombre de sujets.

Dans un deuxième temps, il a été tenté de limiter le nombre de catégories de la variable «Atteinte des objectifs de traitement», ceci dans le but d'augmenter le nombre de sujets se retrouvant dans les différents niveaux de cette variable. Pour ce faire, les quatre catégories de la variable ont été regroupées par deux. Ainsi, les catégories «Objectifs non suffisamment atteints» et «Objectifs partiellement atteints – faible» ont été amalgamés pour former un groupe nommé «Traitement plutôt échoué». Les groupes «Objectifs partiellement atteints – fort» et «Objectifs globalement atteints», quant à eux, ont été réunis pour créer le groupe «Traitement plutôt réussi».

Aucune des deux tentatives décrites ci-dessus n'a paru améliorer de façon suffisante le problème du faible taux de base. En effet, les analyses menées avec ces deux stratégies n'ont pas donné lieu à des résultats différents de ceux obtenus avec l'utilisation de la méthodologie originale. Pour cette raison, seules les analyses faites selon le devis de recherche initial seront présentées.

A) Données sociodémographiques et caractéristiques cliniques

Il a été possible d'identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de 105 sujets de l'échantillon. Ces données ont été recueillies par le Groupe de recherche en délinquance sexuelle du Centre régional de réception, entre les années 1995 et 2000, et sont maintenant intégrées à la banque de données de la clinique La Macaza. Chez ces 105 hommes, l'âge s'étale de 20 à 61 ans. Ces sujets sont célibataires dans une

proportion de 55,8% et s'expriment majoritairement en français. 71,8% des individus ont rapportés être hétérosexuels, tandis que 13,6% se sont dits homosexuels et 14,6% bisexuels. La presque totalité de l'échantillon (91,3%) s'est révélée être d'origine caucasienne alors que les Amérindiens et les Inuits comptent pour 8% de l'échantillon. Au niveau académique, dans la majorité des cas, le nombre d'années scolaires complétées était égale à 10 années, avec 40,2% des individus ayant complété le premier cycle, et 25,5%, le deuxième cycle du niveau secondaire. Au plan occupationnel, 64,4% des hommes n'avaient pas d'emploi au moment de la commission du délit. De plus, 51% d'entre eux recevaient des prestations d'aide sociale et 6,7% étaient au chômage. Alors que les sujets rapportent qu'ils étaient sobres lors de la commission de leur délit dans une proportion de 75%, 60,6% d'entre eux sont considérés être des consommateurs réguliers d'alcool et 42,6% des consommateurs réguliers de drogues.

En regard de la nature du délit actuel, les agressions sexuelles comptent pour 58,7% des chefs de condamnation, alors que la proportion s'élève à 34,6% pour les contacts sexuels, à 20,2% pour incitation à des contacts sexuels, à 11,5% pour des relations sexuelles anales, à 10,6% pour agression sexuelle armée, à 6,7% pour agression sexuelle causant des lésions corporelles, à 4,8% pour attentat à la pudeur, à 3,8% pour un meurtre à caractère sexuel et à 2,9% pour inceste. Notons que le total excède 100% puisque certains sujets ont été condamnés pour plus d'un type de délit.

Les victimes, quant à elles, sont des fillettes prépubères dans 30,8% des cas, alors que 29,8% sont des femmes adultes, 26,2% des garçons prépubères, 20,4% des garçons pubères et 14,6% des filles pubères. Ici encore, le total excède 100% parce que certains sujets s'en sont pris à plus d'un type de victime.

Finalement, diverses paraphilies ont été diagnostiquées selon les critères du DMS-IV. Il est toutefois important de noter que le viol ne constitue par une paraphilie dans le DSM-IV. Ainsi, 36,3% des sujets ont reçu un diagnostic de pédophilie homosexuelle, 30,3% de pédophilie hétérosexuelle, 23,7% d'hébéphilie hétérosexuelle et 20,8% d'hébéphilie homosexuelle. Comme certains individus se sont vus diagnostiquer plus d'une paraphilie, le total excède 100%.

B) Questions de l'étude

Question 1 : Fidélité intercorrecteurs du «Guide de cotation de l'atteinte des objectifs de traitement»

Au total, 34 sujets ont été sélectionnés au hasard afin de mesurer l'accord intercorrecteurs dans l'évaluation de la réussite globale au programme de traitement. Par contre, l'évaluation de l'atteinte des objectifs pour chacun des volets du programme de traitement n'a été possible que pour 21 de ces 34 sujets. Les rapports de fin de traitement qui ont été rédigés pendant les premières années où le traitement a été dispensé se sont avérés insuffisamment étoffés pour pouvoir émettre un jugement spécifique pour chacune des composantes du programme. Un jugement était tout de même possible en ce qui concerne la réussite globale du programme de traitement.

L'accord intercorrecteurs a été établi à l'aide de la méthode Kappa de Cohen. Cette méthode a été privilégiée vu le nombre restreint de niveaux

(4) de cette variable. Les coefficients obtenus pour chacun des modules du programme, ainsi que pour la réussite globale du programme de traitement, sont présentés au tableau 1. Les coefficients obtenus pour les volets du programme de traitement (entre .62 et .85) sont jugés comme étant de satisfaisants à excellents, selon les seuils proposés par Landis et Koch, cités dans Fleiss (1981). Ces auteurs stipulent qu'un coefficient situé entre .40 et .75 peut être considéré satisfaisant («fair»), alors qu'un coefficient se situant au dessus de .75 peut être considéré excellent. De plus, l'observation des cas de divergence révèle que les désaccords entre les juges demeurent d'une importance mineure, c'est-à-dire qu'ils présentent, pour la majorité des cas, des divergences d'une seule catégorie (ex : «Objectifs non atteints» pour le juge 1 et «Objectifs partiellement atteints – faible» pour le juge 2). De même, ces divergences indiquent une tendance pour le juge 1 à émettre un jugement plus sévère que le juge 2. La présence d'un accord parfait pour le volet «Intérêts sexuels» peut s'expliquer par la nature des critères utilisés pour déterminer l'atteinte des objectifs. En effet, contrairement aux autres volets, le module portant sur la modification des intérêts sexuels avait l'avantage de fournir une mesure physiologique (objective) des intérêts sexuels des participants et ce, à la fois en début et en fin de traitement (voir l'appendice D : «Guide de cotation de l'atteinte des objectifs de traitement»). L'utilisation de cette mesure a paru augmenter significativement l'accord entre les juges pour ce module. Le Kappa de Cohen obtenu pour la réussite globale du traitement est considéré excellent (.77), toujours selon les seuils de Landis et Koch (Fleiss, 1981).

Tableau I : Accord intercorrecteurs concernant l'atteinte des objectifs de traitement

	Kappa de Cohen
Dévoilement	.62*
Restructuration cognitive	.67*
Habiletés sociales	.65*
Gestion de la colère	.71*
Empathie envers la victime	.72*
Éducation sexuelle	.76*
Intérêts sexuels déviants	1.00*
Prévention de la rechute	.85*
Réussite globale au traitement	.77*

* : sig. à .000

Question 2 : Répartition des sujets selon le degré d'atteinte des objectifs

La figure 2 présente la répartition des sujets dans les diverses catégories d'atteinte des objectifs de traitement et ce, pour chacune des composantes du programme, de même qu'en ce qui concerne la réussite globale du programme. À la lecture de cette figure, il est possible de constater que le volet «Intérêts sexuels» présente une répartition des sujets selon 6 catégories plutôt que 4. Les raisons expliquant ce choix sont détaillées dans le chapitre de la méthodologie. Afin de comprendre les critères régissant ces catégories, le lecteur est référé à l'appendice D («Guide de cotation de l'atteinte des objectifs de traitement»). Comme mentionné précédemment, les renseignements disponibles dans les rapports psychologiques de fin de traitement n'ont pas permis d'établir chez tous les sujets le degré de réussite de chacune des composantes du traitement. La

taille de l'échantillon varie donc selon la composante considérée. Afin de rendre les données plus comparables entre elles, la répartition des sujets est présentée sous forme de pourcentages. Pour les fins de ce tableau, des abréviations ont été utilisées pour désigner les volets du programme. En voici le détail :

D : Dévoilement
R : Restructuration cognitive
HS: Habiletés sociales
GC: Gestion de la colère
E : Empathie
ES : Éducation sexuelle
PR: Prévention de la rechute
IS : Intérêts sexuels
RG: Réussite globale

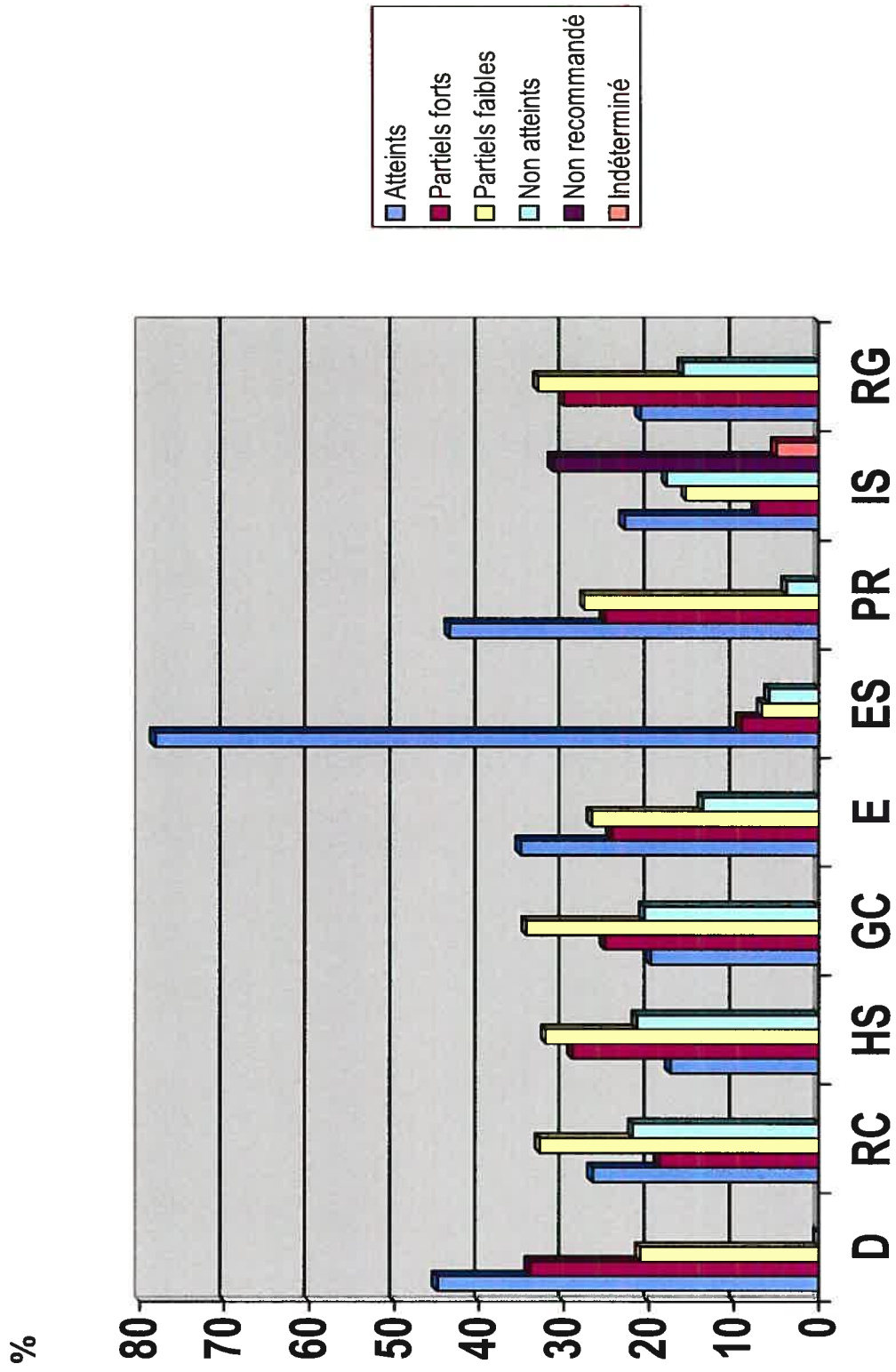


Figure 2 : Répartition des sujets selon l'atteinte des objectifs de chaque composante du programme (en %)

Ainsi, la majorité des sujets semblent avoir été en mesure d'atteindre au moins partiellement les objectifs de chacun des modules du programme de traitement. Les taux d'échec se situent entre 0,01% («Dévoilement») et 21,4% («Habilités sociales»). Toutefois, certaines composantes paraissent avoir été plus facile à réaliser que d'autres. En particulier, les objectifs du volet «Éducation sexuelle» ont été pleinement atteints chez 78% des participants alors que le taux de réussite complète ne dépasse pas 45% dans les autres composantes. De même, les volets «Dévoilement», «Prévention de la rechute», «Empathie envers la victime» et «Intérêts sexuels» sont les seuls autres composantes où la catégorie «Objectifs globalement atteints» forme le plus grand groupe avec respectivement 45%, 43,5%, 35,1% et 22,9%. Pour toutes les autres composantes du programme, c'est la catégorie «Objectifs partiellement atteints – faible» qui est la plus élevée. Finalement, lorsque le traitement est considéré dans son ensemble, 63% des sujets de l'étude ont partiellement atteint les objectifs du programme (30% pour partiel fort et 33% pour partiel faible). La proportion des sujets ayant globalement atteint les objectifs du programme s'élève à 21% et seulement 16% ont été considérés comme ayant échoué le programme de traitement.

Question 3 : Cohérence interne du programme

Des corrélations de Pearson ont été produites afin de connaître dans quelle mesure les différents volets du programme de traitement étaient reliés entre eux. Les coefficients obtenus sont présentés au tableau 2. Pour considérer l'ampleur des corrélations obtenues, les points de coupure suivants ont été utilisés : une corrélation inférieure à .20 a été considérée «Faible», une corrélation entre .20 et .35 a été considérée «Modérée» et une corrélation égale ou supérieure à .36 a été considérée «Forte». Pour les fins de ce tableau, les abréviations utilisées précédemment pour désigner les volets du programme ont été reprises. En voici à nouveau le détail :

D : Dévoilement
 R : Restructuration cognitive
 HS: Habiletés sociales
 GC: Gestion de la colère
 E : Empathie
 ES : Éducation sexuelle
 PR: Prévention de la rechute
 IS : Intérêts sexuels
RG: Réussite globale

Tableau II : Corrélations de Pearson entre les diverses composantes du programme de traitement.

		D	R	HS	GC	E	ES	PR	IS	RG
D	Corrélation de Pearson	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R	Corrélation de Pearson	.281***	-	-	-	-	-	-	-	-
HS	Corrélation de Pearson	.144	.423***	-	-	-	-	-	-	-
GC	Corrélation de Pearson	.212**	.330***	.633***	-	-	-	-	-	-
E	Corrélation de Pearson	.340***	.414***	.423***	.294***	-	-	-	-	-
ES	Corrélation de Pearson	-.099	.250**	.235**	.309***	.089	-	-	-	-
PR	Corrélation de Pearson	.202*	.522***	.533***	.491***	.404***	.255**	-	-	-
IS	Corrélation de Pearson	.047	.065	-.034	.194*	.075	.137	.198*	-	-
RG	Corrélation de Pearson	.343***	.690***	.729***	.709***	.598***	.434***	.695***	.181*	-

*** : p = .001 ** : p = .01 * : p = .05

Tel que démontré dans le tableau 2, la réussite globale du programme de traitement est significativement corrélée avec l'atteinte des objectifs de l'ensemble des composantes de ce traitement (les corrélations allant de $r = .181$ à $r = .729$, $p \leq .05$). De fortes corrélations ont été obtenues entre la réussite globale au traitement et l'atteinte des objectifs des volets «Restructuration cognitive» ($r = .690$, $p = .001$), «Habilités sociales» ($r = .729$, $p = .001$), «Gestion de la colère» ($r = .709$, $p = .001$), «Empathie envers la victime» ($r = .598$, $p = .001$), «Éducation sexuelle» ($r = .434$, $p = .001$) et «Prévention de la rechute» ($r = .695$, $p = .001$). Une corrélation d'amplitude modérée a été obtenue entre la réussite globale et le volet «Dévoilement» ($r = .343$, $p = .001$). Finalement, une corrélation faible a été obtenue entre la réussite globale et l'atteinte des objectifs de la composante «Intérêts sexuels» ($r = .181$, $p = .05$).

En ce qui concerne les différents volets du programme, ils apparaissent majoritairement corrélés entre eux, les corrélations allant de $r = .202$ à $r = .633$ ($p \leq .05$). Par contre, tous ne semblent pas présenter le même degré de corrélation avec les autres parties du programme.

Ainsi, le volet «Intérêts sexuels» présente peu ou pas de corrélation avec les autres composantes du traitement. Seule l'atteinte des objectifs des volets «Gestion de la colère» et «Prévention de la rechute» obtient une faible corrélation significative avec la réussite du traitement des intérêts sexuels déviants ($r = .194$, $p = .05$ et $r = .198$, $p = .05$ respectivement).

Dans un second temps, l'atteinte des objectifs du volet «Dévoilement» paraît moins intimement liée à la réussite des autres composantes du programme. Seuls les volets «Restructuration cognitive», «Gestion de la colère» et «Empathie» obtiennent une corrélation modérée avec le volet «Dévoilement» ($r = .281$, $p = .001$, $r = .212$, $p = .01$ et $r = .340$, $p = .001$ respectivement). La réussite du volet «Prévention de la rechute», quant à elle, est faiblement corrélée avec l'atteinte des objectifs de la composante «Dévoilement» ($r = .202$, $p = .05$).

Les volets «Habilités sociales» et «Éducation sexuelle» n'ont pas obtenu de corrélation significative avec l'atteinte des objectifs du «Dévoilement».

Par contre, les autres composantes du programme démontrent toutes une bonne cohérence interne. Les corrélations obtenus s'avèrent statistiquement significatives et sont considérées d'amplitude modérée à élevée (allant de $r=.235$ à $r = .633$, $p \leq .01$).

Question 4 : Taux obtenus pour chacun des types de récidive étudiés

La période moyenne au cours de laquelle les 185 sujets traités ont été suivis afin de déterminer leur taux de récidive était de 44,22 mois, allant de 3,21 mois à 93,75 mois. Trente-deux (32) sujets ont été identifiés comme ayant commis un nouveau crime (toute nature confondue) pour un taux de récidive générale de 17,4%. Treize (13) de ces sujets ont commis un nouveau crime sexuel, ce qui donne un taux de récidive sexuelle de 7,1%. Le taux de récidive violente s'élève à 4,9% (9 sujets), tandis que le taux de récidive non sexuelle et non-violente, pour sa part, se situe à 7,6% (14 sujets). Finalement, la combinaison de la récidive sexuelle et violente donne un taux de 11,4%, totalisant vingt et un (21) sujets.

Question 5 : Capacité prédictive de la variable «Atteinte des objectifs du traitement»

Question 6 : Capacité prédictive des trois échelles utilisées

Ces deux questions ont été examinées en utilisant la méthode de régression de Cox («Cox Proportional Hazards Regression Model»), qui évalue si le risque de récidive varie en fonction de l'intensité de la variable que l'on croit être associée à cette récidive. L'analyse peut considérer une seule variable (analyse

univariée) ou plusieurs, si on désire simultanément tenir compte de plusieurs facteurs utilisés comme prédicteurs de la récidive. Dans le cas d'une variable catégorielle, une augmentation d'une unité signifie simplement le passage d'une catégorie à une autre. La variable traduisant le degré d'atteinte des objectifs du programme de traitement est ici considérée comme une variable catégorielle ayant quatre catégories (objectifs globalement atteints, partiellement atteints – fort, partiellement atteints – faible et non atteints). Les variables traduisant le risque de récidive (SORAG, Statique-99, PCL-R), quant à elles, sont considérées comme des variables continues et l'augmentation d'une unité traduit donc le passage à un score d'une unité plus élevée aux échelles.

Les résultats ayant découlé des analyses de Cox seront maintenant présentés. Ces résultats sont résumés au tableau 3. Dans un premier temps, il convient de définir brièvement la stratégie privilégiée lors de la mesure de la capacité prédictive des diverses variables. En consultant le tableau 3, le lecteur constatera que des régressions de Cox ont été menées pour chacune des variables indépendantes de l'étude («atteinte des objectifs de traitement», «SORAG», «Statique-99» et «PCL-R») et pour chacun des types de récidive mesuré («sexuelle», «violente», «non violente», «sexuelle et violente», «tout type de délit»). De plus, il est possible de noter que chacune des échelles a donné lieu à plusieurs analyses. A cet effet, les échelles Statique-99 et SORAG ont donné lieu à deux séries d'analyses, soit une première en considérant le score total obtenu à ces échelles et une seconde en considérant le niveau de risque mesuré par les échelles. En ce qui concerne la Statique-99, les auteurs de l'instrument ont divisé les résultats possibles en quatre catégories de risque soit «faible», «faible-moderé», «modéré-élevé» et «élevé». Ces catégories ont donc été utilisées dans la présente étude. En regard du SORAG, les scores possibles ont été regroupés par les auteurs en neuf catégories, correspondant chacune à un pourcentage de risque de récidive. Pour les fins de cette étude, les neuf catégories ont été arbitrairement regroupées par trois, afin d'assurer un nombre suffisant de sujets dans chacune des catégories. Ainsi, les trois

premières catégories correspondent ici à un risque «faible», les trois suivantes à un risque «modéré» et les trois dernières catégories correspondent à un risque «élevé». Finalement, tel que décrit précédemment, le PCL-R comporte deux facteurs distincts. La valeur prédictive de cette échelle a donc été calculée à partir du score total au PCL-R, ainsi que selon le score obtenu à chacun des deux facteurs.

Tableau III : Capacité des variables indépendantes à prédire la récurrence des sujets.

	Types de récurrence				
	Sexuelle	Violente	Non Violente	Sexuelle ou violente	Toute forme
	Wald	Wald	Wald	Wald	Wald
Réussite	4.03	1.94	2.22	5.44	3.05
SORAG	1.15	2.94	2.78	3.03	5.84**
Score	3.00	1.72	3.44	3.63	6.43*
Catégorie					
STAT-99	2.83	0.00	1.82	2.18	2.85
Score	2.43	0.30	5.07	2.05	3.90
Catégorie					
PCL-R	0.13	0.87	5.31*	0.87	4.91*
Total	0.93	4.44*	2.44	3.29	0.21
Facteur 1	1.51	5.53*	2.86	5.52*	8.62**
Facteur 2					

* : Régression de Cox significative à $p \leq .05$

** : Régression de Cox significative à $p \leq .01$

Tel que démontré dans le tableau 3, l'atteinte des objectifs du programme de traitement ne prédit pas la récurrence chez les sujets de l'échantillon, et ce, pour aucun des types de récurrence étudiés («sexuelle», «violente» et «non violente»). La réussite au traitement ne permet pas non plus de prédire la commission d'un

nouveau délit, même lorsque les récidives sexuelle et violente sont combinées, ni lorsque tous les types de récidive sont considérés ensemble.

Les diverses échelles ont, quant à elles, donné des résultats partagés. Alors qu'aucune des échelles ne semble en mesure de prédire la récidive sexuelle, certaines régressions ont atteint le seuil de signification statistique en ce qui concerne les autres types de récidive. Ainsi, le **SORAG** s'est avéré efficace pour prédire la récidive générale (tout type de délit confondu) et ce, à la fois en utilisant le score total et la catégorie de risque. La régression obtenue à cette échelle atteint presque le seuil de signification statistique en ce qui concerne la récidive violente et la combinaison des récidives violente et sexuelle, lorsque le score total est considéré.

Ensuite, la **Statique-99** s'avère inefficace pour prédire le comportement criminel futur des sujets de l'échantillon. Le score global à cette échelle approche toutefois le seuil de signification statistique en ce qui concerne la récidive sexuelle et la récidive générale.

Finalement, le **PCL-R** s'est avéré être l'échelle permettant le mieux de prédire la récidive des sujets. Le score total obtenu à l'échelle semble permettre de prédire la commission d'un nouveau crime non violent, de même que la récidive générale des sujets. Le score obtenu au facteur 1, quant à lui, semble permettre la prédiction de la récidive violente. De même, le score obtenu au facteur 2 paraît en mesure de prédire la récidive violente, la récidive «violente ou sexuelle» et la récidive générale. Le coefficient de régression obtenu entre le score au facteur 2 et la récidive non violente atteint presque le seuil de signification statistique.

Des analyses plus fines ont également été menées afin de mieux comprendre le rôle de chaque variable dans la prédiction de la récidive des individus sélectionnés. Ainsi, des courbes de survie ont été tracées entre les diverses

catégories d'atteinte des objectifs de traitement. De même, des comparaisons ont été faites entre le risque de récurrence qui était attendu selon le score moyen de l'échantillon aux échelles actuarielles de prédiction du risque et le taux réel de récurrence de ce même échantillon. Ces analyses seront maintenant présentées.

Courbes de survie en fonction de l'atteinte des objectifs de traitement

Des comparaisons ont été faites entre les divers niveaux de la variable «Atteinte des objectifs de traitement», toujours à l'aide de la méthode de régression de Cox. Afin de faciliter la compréhension de ces analyses, les courbes de survie obtenues sont présentées aux figures 3, 4, 5, 6 et 7.

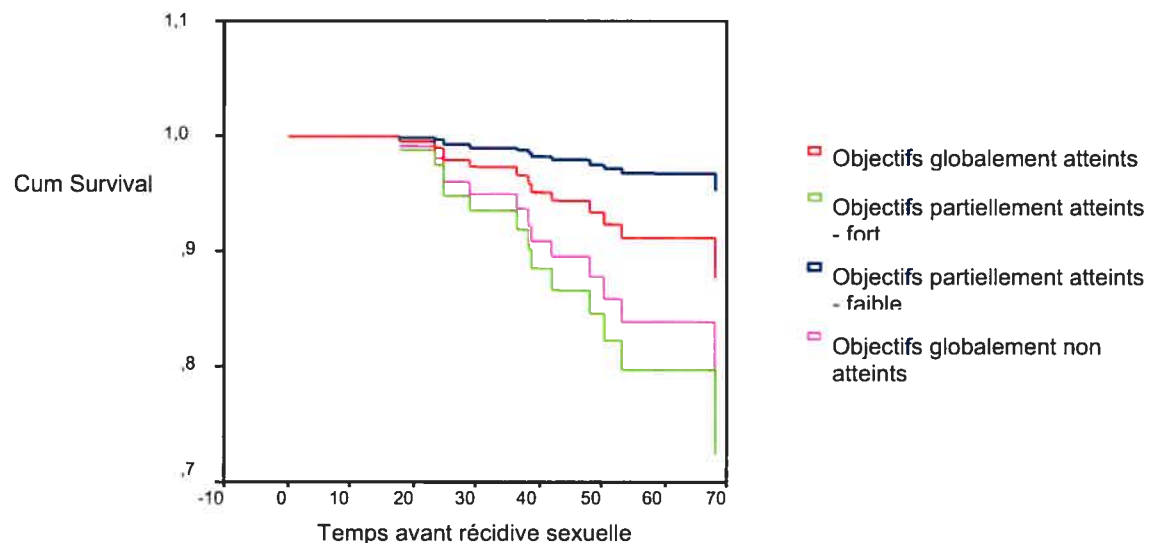


Figure 3 : Régression de Cox selon la récurrence sexuelle en fonction de la réussite globale du traitement

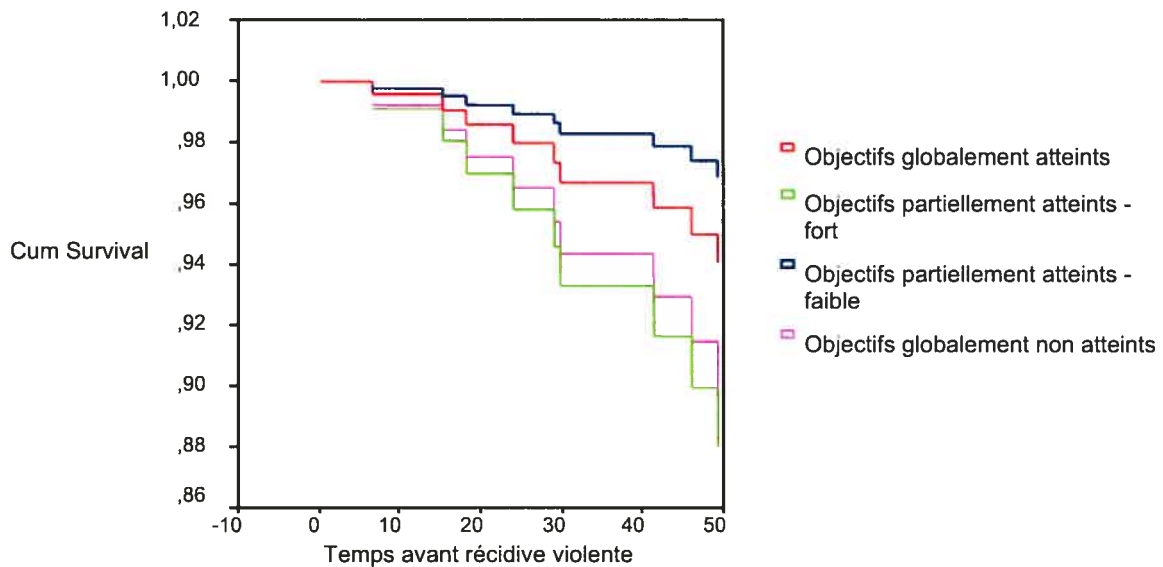


Figure 4 : Régression de Cox selon la récurrence violente en fonction de la réussite globale au traitement

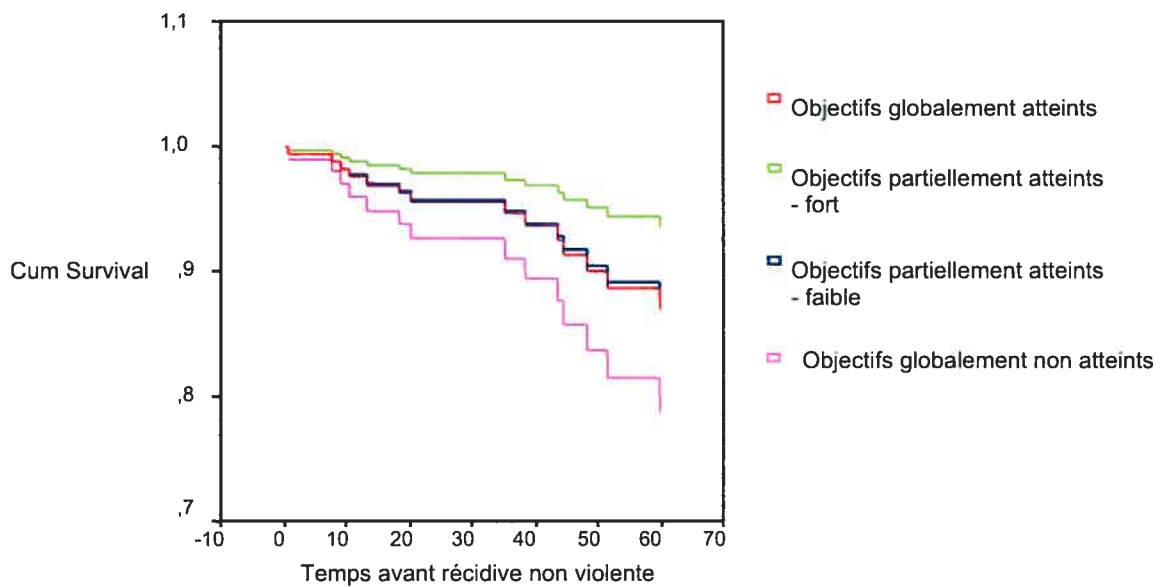


Figure 5 : Régression de Cox selon la récurrence non violente en fonction de la réussite globale au traitement

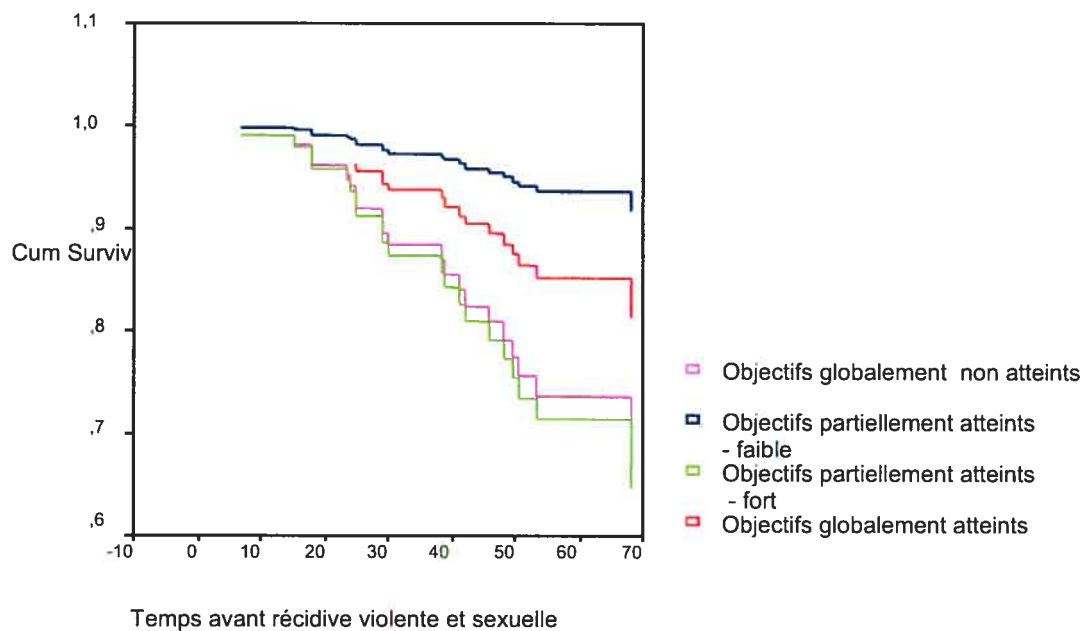


Figure 6 : Régression de Cox selon la récurrence sexuelle et violente en fonction de la réussite globale au traitement

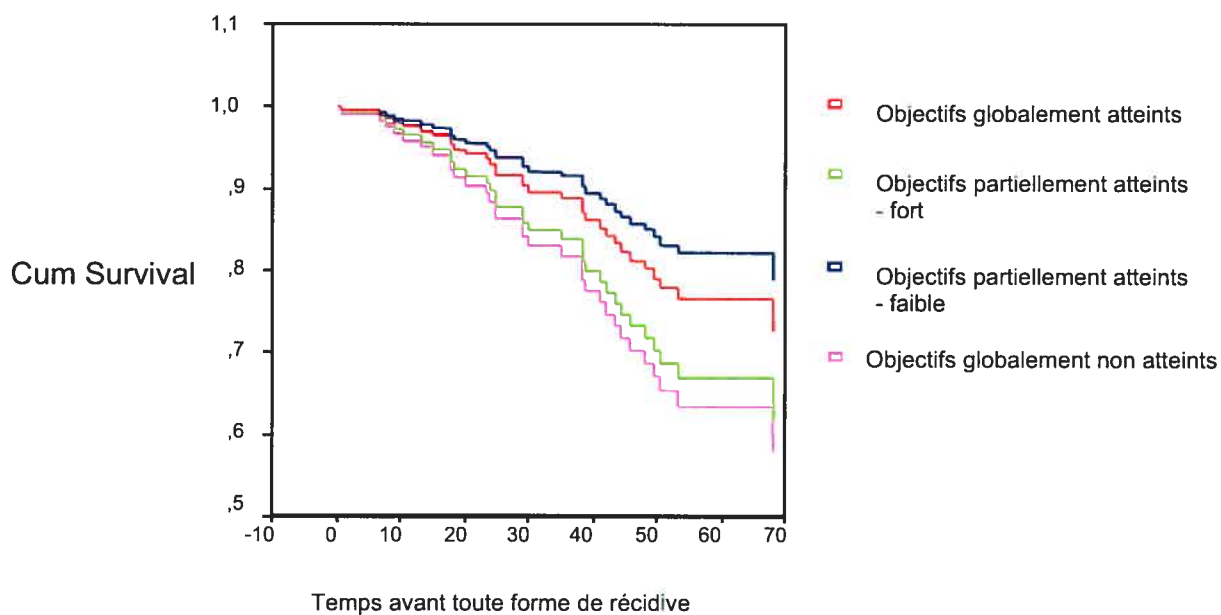


Figure 7 : Régression de Cox selon la récurrence générale (toute forme confondue) en fonction de la réussite globale au traitement

Contrairement à ce qui était attendu, la distribution des sujets selon leur taux de récidive ne suit pas le degré d'atteinte des objectifs de traitement. Lors de l'établissement des questions d'étude, il était attendu que plus un individu arriverait à atteindre les objectifs du programme, moins il aurait de risque de récidiver. Ainsi, le groupe récidivant le moins était censé correspondre au groupe «Objectifs globalement atteints» alors que le groupe récidivant le plus aurait correspondu à celui des «Objectifs globalement non atteints», les deux groupes partiels (fort et faible) se retrouvant en position intermédiaire. Par contre, la présentation graphique des courbes de survie démontre que, de façon quasi systématique, les sujets récidivant le moins sont ceux appartenant au groupe «Objectifs partiellement atteints – faible» alors que ceux récidivant le plus appartiennent au groupe «Objectifs partiellement atteints – fort». Les comparaisons entre les niveaux de la variable «Atteinte des objectifs de traitement» ont révélé certaines différences intéressantes.

Ainsi, lorsque l'on considère la récidive sexuelle combinée à la récidive violente, les individus ayant été catégorisés «Objectifs partiellement atteints – faible» ont récidivé dans une proportion significativement plus petite que les individus catégorisés «Objectifs partiellement atteints – fort» (Wald = 4,302, $p < .05$). De même, la différence entre ces deux groupes s'approche du seuil de signification statistique pour la récidive sexuelle (Wald = 3.128, $p < .077$). Aucune autre comparaison entre les niveaux de la variable «Atteinte des objectifs de traitement» ne s'est avérée significative.

Comparaison de la récidive attendue et de la récidive réelle

La figure 8 présente la distribution des sujets de l'étude selon le score qu'ils ont obtenu au SORAG. De même, la figure 9 donne un aperçu de la répartition de l'échantillon selon le score à la Statique-99. Le tableau 4, quant à lui, présente les moyennes attendues de récidive d'après les résultats de l'échantillon aux

deux échelles actuarielles de prédiction du risque et compare ces résultats attendus à la récurrence réelle des sujets. Le lecteur notera que le tableau 4 ne présente pas de données pour tous les types de récurrence sélectionnés dans cette étude. En effet, les échelles actuarielles utilisées ont été conçues afin de mesurer le risque en fonction de types précis de récurrence. Afin de permettre des comparaisons valables, seuls les types de récurrence correspondant aux définitions données par les auteurs des échelles seront présentés.

Tel qu'il est possible de le constater au tableau 4, des différences notables existent entre le pourcentage de récurrence prévu par le score moyen aux échelles actuarielles et la récurrence réelle de l'échantillon. Alors que la Statique-99 présente une légère différence entre sa prédiction de la récurrence sexuelle (12%) et le comportement réel des sujets (7%), les écarts prennent de l'ampleur lorsque la récurrence considérée est de nature violente (prédiction de 22% et taux réel de 11,35%). Finalement, un écart important est observé entre la prédiction du SORAG (42,7%) et la récurrence violente des sujets (11,35%).

Il est à noter que les échelles actuarielles présentent des prédictions pour une durée précise de suivi. Ainsi, la prédiction du SORAG porte sur sept ans alors que celle de la Statique-99 porte sur cinq ans. Ces périodes sont donc plus longues que la durée moyenne de suivi de l'échantillon (soit 44,22 mois).

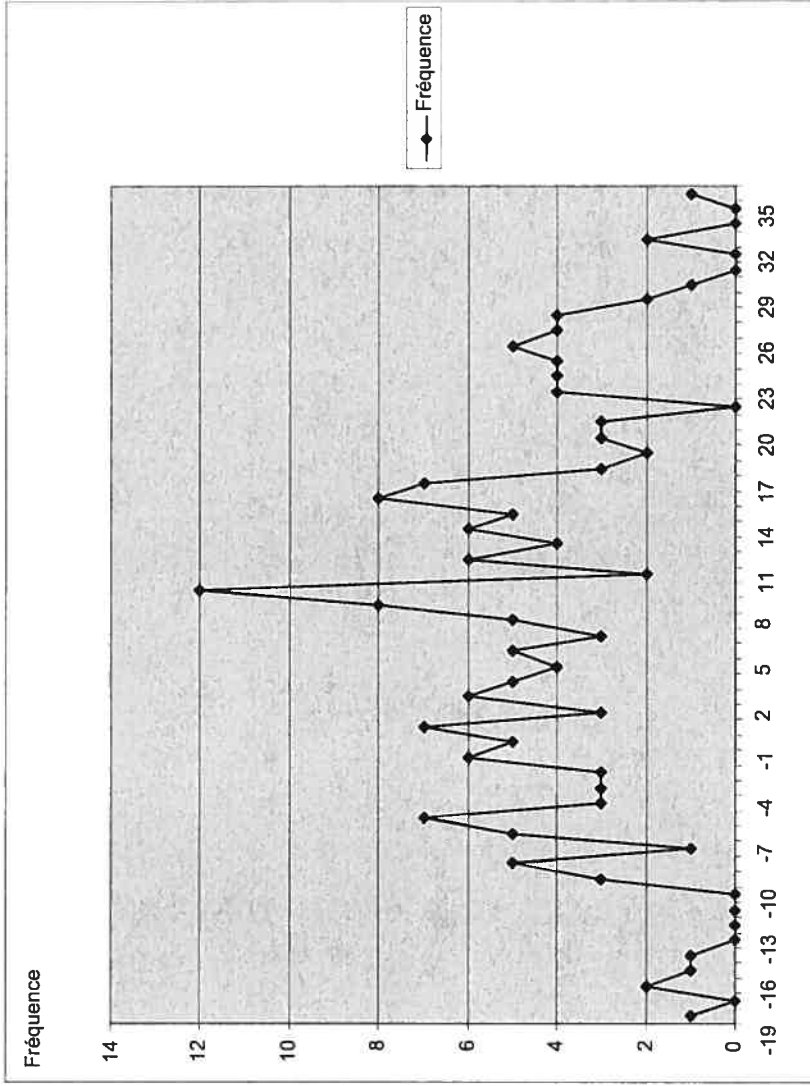


Figure 8 : Distribution des scores au SORAG

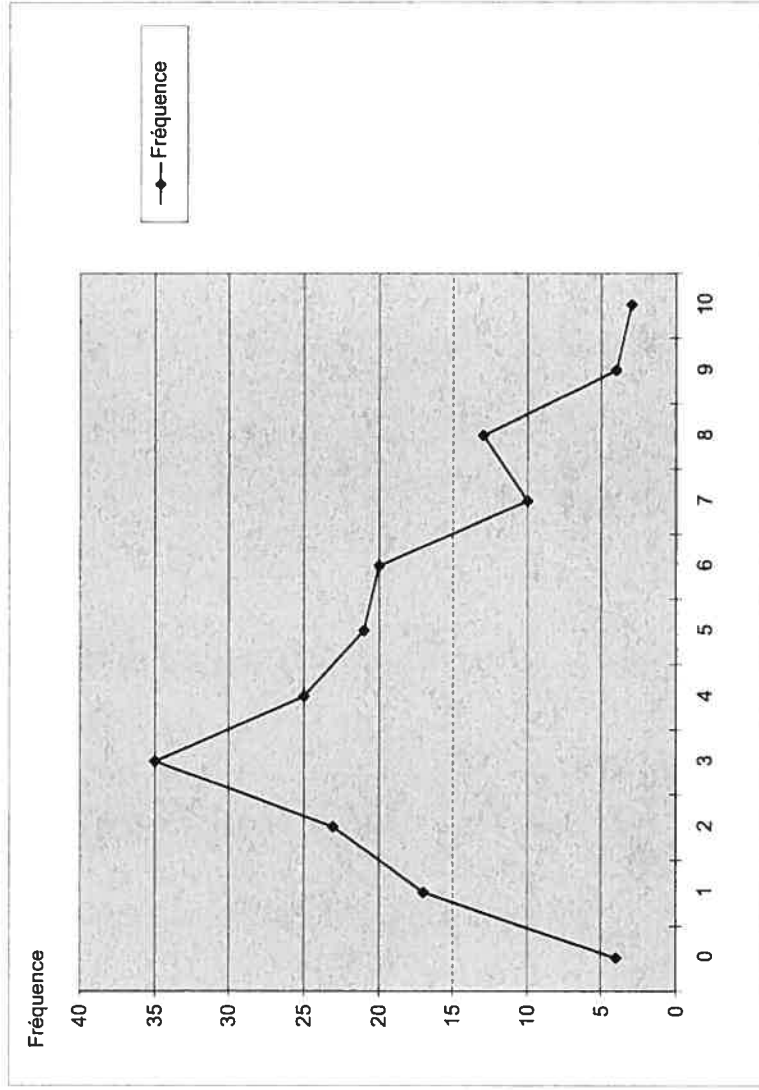


Figure 9 : Distribution des scores à la Statique-99

Tableau IV : Comparaison des moyennes de risque attendues selon le score aux échelles actuarielle et de la récidive réelle

	SORAG^A	Statique-99^B	Récidive réelle
Récidive sexuelle	---	12 %	7 %
Récidive sexuelle et violente	42,7 %	22 %	11,35 %

A : La période couverte par cet estimé est de 7 ans

B : La période couverte par ces estimés est de 5 ans

Question 7 : Capacité prédictive de l'atteinte des objectifs de chaque module du programme

Cette question d'étude s'est avérée, à prime abord, être celle suscitant le plus vif intérêt de la part de l'auteur. Ainsi, il aurait été souhaité de pouvoir déterminer la contribution des différentes composantes du traitement dans l'évitement de la récidive de ceux qui y sont exposés. Malheureusement, cette question a dû être abandonnée pour plusieurs raisons. D'abord, puisque la réussite globale au traitement n'a pas été en mesure de distinguer les sujets, quant à leur taux de récidive, il est apparu non justifié de faire des analyses spécifiques pour chacun des volets du traitement. De plus, le problème du faible taux de base rencontré pour la réussite globale au traitement s'avérait être encore plus criant dans les analyses portant sur les diverses composantes du programme de traitement. En effet, le nombre de sujets, dont les résultats à chacun des volets ont pu être déterminés, est encore plus petit que le nombre de sujets pour qui la réussite globale au traitement a été évaluée. Ainsi, devant un nombre encore plus restreint de sujets, il a été déterminé que les analyses statistiques n'étaient pas justifiées.

Discussion

Question 1 : Fidélité intercorrecteurs du «Guide de cotation de l'atteinte des objectifs de traitement»

Bien que le guide ayant servi à la cotation de l'atteinte des objectifs de traitement n'ait pas fait l'objet d'une validation poussée, les analyses faites quant à la fidélité intercorrecteurs sont encourageantes. Les Kappa de Cohen obtenus varient de «satisfaisant» à «excellent» pour les diverses composantes du traitement. De plus, la cotation du degré de réussite globale au programme obtient un Kappa de Cohen de niveau «excellent». Il semble donc qu'un même sujet, lorsque évalué par deux correcteurs indépendants, reçoive une cotation suffisamment similaire pour justifier l'utilisation du guide dans l'étude.

Toutefois, le présent travail est insuffisant pour conclure à la validité du guide et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, la cotation des sujets a été faite à partir d'un rapport d'intervention rédigé par une tierce personne. Dans une perspective de recherche future, il serait beaucoup plus utile, et davantage pertinent, que le guide soit directement utilisé par les thérapeutes ayant travaillé avec chacun des sujets. Ensuite, dans la présente étude, la cotation des sujets s'est faite rétrospectivement. Dans le but d'établir la validité prédictive du guide de cotation, il serait intéressant de dresser un schème prospectif de recherche. Finalement, une étude approfondie des qualités psychométriques de l'instrument nécessiterait une validation de construit et, dans la mesure du possible, une validation de convergence avec d'autres mesures de changement déjà validées.

Étant donné la poursuite des efforts de recherche actuellement en cours à la clinique La Macaza, une validation plus complète du guide de cotation semble susceptible d'être réalisée dans un avenir rapproché. Par contre, une telle démarche devra s'accompagner d'une réflexion approfondie sur la façon

d'opérationnaliser les objectifs de traitement et les signes témoignant de leur atteinte. A l'heure actuelle, la recherche accuse un sérieux retard sur cette question. Dans un même ordre d'idées, la littérature n'offre pas, au moment présent, suffisamment d'échelles validées auprès d'une population de délinquants sexuels pour permettre d'établir des preuves convergentes de la validité du guide.

Question 2 : Répartition des sujets selon le degré d'atteinte des objectifs de traitement

De façon générale, il semble que le programme de traitement étudié ait permis à la majorité des sujets de cheminer dans le sens attendu. Toutefois, nombre d'entre eux semblent ne pas avoir dépassé le niveau «Objectifs partiellement atteints – faible». Bien qu'une telle distribution ne soit pas l'apanage de toutes les composantes du programme, la proportion des sujets se retrouvant dans la catégorie «Objectifs partiellement atteints – faible» demeure importante, voire majoritaire.

En d'autres termes, lorsque l'on considère l'avancement des sujets par rapport aux objectifs visés par le programme, le cheminement des participants apparaît petit. A première vue, un tel résultat semble plutôt pessimiste puisque la plupart des sujets de l'étude ne sont pas parvenus à atteindre pleinement les objectifs du traitement tels que définis ici (voir la définition des objectifs aux pages 79 et 80, ainsi que le guide de cotation présenté en appendice D). Vu sous cet angle, il semble que le programme de traitement, tel que conçu au cours des années étudiées, ne permettait pas à sa clientèle de faire un cheminement significatif dans les composantes jugées essentielles à l'évitement d'une récidive. Toutefois, plusieurs bémols doivent être apportés à une telle conclusion.

Tout d'abord, puisque la connaissance scientifique sur la façon de définir les objectifs de traitement et leur atteinte est presque inexistante, il semble précoce d'établir des conclusions fermes quant à la valeur d'un programme de traitement de la délinquance sexuelle sur la seule base de la mesure du cheminement de ces participants. Ainsi, bien que la littérature appuie le choix des cibles de traitement du présent programme, l'opérationnalisation des objectifs, de même que le niveau d'avancement nécessaire à l'évitement d'une rechute demeurent incertains.

Dans le présent travail, les sujets ont été évalués selon leur capacité d'atteindre un niveau de fonctionnement jugé optimal en regard de chacune des composantes du traitement. A titre d'exemple, dans le module portant sur les habiletés sociales, pour atteindre globalement les objectifs, les candidats devaient démontrer une bonne maîtrise des habiletés enseignées, ainsi qu'une bonne capacité à les mettre en application dans leur quotidien. Bien que cette façon de définir les succès thérapeutiques soit en accord avec le travail clinique fait par les thérapeutes du programme étudié, sa validité n'a toujours pas été démontrée, ni son lien avec l'évitement de la récidive. De plus, une telle conception du succès en thérapie n'est pas la seule existante. La mesure de l'avancement pré/post-traitement est également largement reconnue comme étant pertinente. De même, rien n'indique que chez les délinquants sexuels, l'avancement nécessaire à l'évitement d'une rechute soit le même d'un individu à l'autre. Bref, il reste encore beaucoup à faire en ce qui concerne la définition opérationnelle des objectifs de traitement et du succès thérapeutique dans le domaine de la délinquance sexuelle.

De plus, il serait dangereux d'oublier que l'objectif ultime du programme à l'étude n'est pas l'atteinte pure et simple des objectifs visés, mais l'évitement de la récidive. Ainsi, la répartition des sujets ne prend tout son sens que lorsqu'elle est mise en relation avec la récidive des sujets. C'est ce qui sera d'ailleurs fait dans une section subséquente de ce chapitre. Bref, alors que la répartition des

sujets semble fournir une analyse intéressante et importante quant à la capacité des participants à atteindre le niveau attendu de fonctionnement, cette variable ne doit pas être la seule considérée dans l'analyse de la pertinence d'un programme de traitement de la déviance sexuelle.

Deux autres clarifications doivent être apportées en ce qui concerne la distribution des sujets selon l'atteinte des objectifs du traitement. Dans un premier temps, certaines précautions doivent être prises en ce qui concerne les données se rapportant au volet «Dévoilement». La distribution des sujets dans cette composante apparaît en effet biaisée par les critères d'exclusion utilisés par le programme. Ainsi, un individu n'étant pas en mesure de présenter une version minimalement acceptable de ses délits était exclu de son groupe de traitement dès les premières semaines d'intervention. De cette façon, la majorité des délinquants qui auraient appartenu à la catégorie «Objectifs globalement non atteints» pour le volet «Dévoilement» n'ont pas terminé le programme et n'ont donc pas fait partie de l'échantillon de cette étude. Un tel fait impose donc la prudence dans l'interprétation des résultats obtenus en regard de cette composante.

Dans un deuxième temps, les catégories d'atteinte des objectifs de la composante «Intérêts sexuels déviants» ont été formées différemment des autres composantes du traitement afin de pouvoir rendre compte des individus pour qui cette portion du traitement n'avait pas été jugée obligatoire. En effet, pour être mandaté au traitement des intérêts sexuels déviants, le participant au programme devait présenter, à l'évaluation pléthysmographique prétraitement, un profil d'intérêts sexuels déviants ou, à tout le moins, d'importants intérêts sexuels déviants. Dans l'échantillon étudié, 68,72% des sujets ont été mandatés pour un tel traitement alors que 31,28% ne l'ont pas été. Deux raisons justifiaient la non recommandation de la thérapie par aversion ; soit la présence d'un profil d'intérêts sexuels non déviant ou l'obtention de résultats d'évaluation invalides.

Cette distribution tranche avec certaines idées véhiculées dans la communauté scientifique. Bien qu'il soit largement reconnu que les délinquants sexuels se distinguent, en tant que groupes, des individus non agresseurs en regard de leur profil d'intérêts sexuels (Barbaree, 1990 ; Barbaree & Seto, 1997 ; Barsetti *et al.*, 1998 ; Hall *et al.*, 1993 ; Malcolm *et al.*, 1993 ; Quinsey & Lalumière, 2001), l'importance de ce facteur au plan individuel ne jouit pas de la même acceptation. En effet, plusieurs cliniciens véhiculent l'idée que seule une faible minorité des délinquants sexuels présente un profil d'intérêts sexuels déviants. Par conséquent, le traitement de ce facteur est maintenant abandonné par certains programmes de traitement (Marshall, 1999) ou travaillé de façon non personnalisée par le biais de séances de groupe (Programme national de traitement en délinquance sexuelle : Intensité faible et modéré, SCC 2005). Toutefois, la distribution obtenue dans le présent échantillon n'appuie pas ces idées. 68,72% des sujets de l'étude ont fait montre d'intérêts sexuels déviants assez importants pour justifier le traitement spécifique de ce facteur. De plus, le processus décisionnel utilisé est demeuré prudent puisqu'une évaluation phallométrique invalide n'a pas mené à l'obligation, pour le sujet, de suivre la thérapie par aversion. Il apparaît juste de croire que l'échantillon étudié était représentatif de la population de délinquants sexuels sous juridiction fédérale puisque le traitement offert à la clinique La Macaza a constitué le principal centre de traitement en pénitencier pour la province de Québec, entre les années 1992 et 2000. Il est donc possible de croire que, parmi les délinquants sexuels participant à un traitement en pénitencier, la présence d'intérêts sexuels déviants soit plus répandue que ce qui est véhiculé dans la littérature. La distribution des sujets au SORAG et à la Statique-99 démontre que les délinquants sexuels à haut risque de récidive ne sont pas surreprésentés dans l'échantillon (voir les figures 8 et 9 aux pages 112 et 113). Il n'est donc pas possible de conclure que la prévalence des intérêts sexuels déviants soit explicable par le profil de l'échantillon quant au risque attendu de récidive.

Il demeure important de souligner que la population de délinquants sexuels qui se retrouve dans les établissements pénitenciers ne correspond pas à l'ensemble des agresseurs sexuels. En effet, nombre d'auteurs de crimes sexuels sont condamnés à des peines plus courtes que deux ans, voire même à des sentences en sursis qu'ils purgent dans la communauté. De plus, un certain nombre d'hommes ayant commis un délit sexuel sont pris en charge par des organismes, telle la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), et ne reçoivent pas de condamnation criminelle pour les gestes posés. Sur la seule base des données recueillies ici, il serait injustifié d'émettre une quelconque opinion sur le profil d'excitation sexuelle de tous ces individus. Néanmoins, en ce qui concerne la population carcérale fédérale, les résultats obtenus ici présentent un intérêt certain et devraient stimuler la recherche.

Il serait des plus important de parfaire notre connaissance sur la prévalence de ce facteur chez les différents groupes de délinquants sexuels. De même, les connaissances actuelles sur les divers types de profils pouvant être attendus ainsi que sur leur interprétation et leur rôle quant à la récurrence demeurent embryonnaires. Puisque ces points sont centraux à l'évaluation, au traitement et à la gestion des délinquants sexuels, il apparaît important de se poser de telles questions. Pour une raison inexplicée, les efforts de recherche qui avaient été entrepris dans les années 1970 – 1980 semblent avoir été abandonnés par nombre de chercheurs. Certaines questions demeurent donc partiellement ou non répondues et ce facteur fondamental de la déviance sexuelle demeure insuffisamment connu.

Question 3 : Cohérence interne du programme

Globalement, le programme étudié semble présenter une bonne cohérence interne. En effet, le niveau atteint par les participants dans chacune des composantes du traitement est significativement corrélé avec le niveau de

réussite globale du programme. Il en va de même pour les corrélations entre les diverses composantes du programme, où l'obtention d'une corrélation non significative demeure l'exception.

Bien qu'il soit logique qu'un individu qui réussit bien dans chacune des composantes soit également jugé comme un succès thérapeutique dans le traitement pris globalement, un tel lien ne paraissait pas aussi assuré en ce qui concerne les corrélations entre composantes. En effet, les écrits scientifiques ont longtemps appuyé le format clinique adopté par le programme étudié en encourageant les intervenants à utiliser une approche multimodale, où chacun des facteurs ciblés était traité de façon spécifique. Une telle orientation encourageait donc une conception morcelée du traitement de la déviance sexuelle où chaque facteur était considéré comme étant, à tout le moins, partiellement indépendant des autres. Toutefois, à l'heure actuelle, il n'existe aucune théorie qui soutient une telle conception. En réalité, il n'existe aucune théorie pouvant rendre compte de l'ensemble des facteurs jugés pertinents dans la problématique de la déviance sexuelle. Un tel état de fait semble donc avoir eu comme conséquence de promouvoir le format thérapeutique utilisé par le présent programme. Cependant, depuis quelques années, certaines publications proposent une vision légèrement différente, où des liens théoriques sont établis entre diverses variables de traitement, faisant émerger l'idée d'un chevauchement important entre certains facteurs (Fernandez & Marshall, 2003 ; McFall, 1982, 1990 ; McFall & Dodge, 1982 ; McKibben *et al.*, 1994). De même, depuis l'apparition de l'approche de Prévention de la rechute, le concept d'interrelation entre les diverses composantes du traitement apparaît de plus en plus évident. Il semble donc des plus justifié de s'intéresser au chevauchement pouvant exister entre les composantes, ainsi qu'à leur signification clinique.

Malgré que le test statistique utilisé ici ne permette pas l'inférence de liens causaux, il permet néanmoins certaines observations pouvant être mises en

parallèle avec les théories existantes ou les idées largement répandues dans le domaine. C'est ce qui sera fait dans les sections suivantes.

A) Le dévoilement

Avant d'aller plus loin dans la discussion des résultats se rapportant au volet «Dévoilement», il est nécessaire de se rappeler que la distribution des sujets dans cette composante a été influencée par les critères d'exclusion du programme. Ainsi, les individus ne présentant pas une responsabilisation minimale face à leur délit étaient exclus du programme de traitement. Néanmoins, la réussite des sujets au volet «Dévoilement» est apparue modérément corrélée à la réussite dans les volets «Restructuration cognitive», «Gestion de la colère», «Empathie» et «Prévention de la rechute».

L'objectif principal visé par le dévoilement était de favoriser la responsabilisation des sujets, c'est-à-dire la reconnaissance de la nature et de l'étendue des gestes sexuels déviants, de leur fréquence, du niveau de violence ou de manipulation utilisé et, idéalement, du fait d'être seuls responsables des gestes sexuels posés. Ainsi, la responsabilisation impliquait l'absence (ou la faible présence) de négation des délits ou de minimisation de ceux-ci. Il n'est donc pas surprenant de retrouver une corrélation modérée avec la composante «Restructuration cognitive».

Dans un même esprit, le volet «Dévoilement» partageait plusieurs éléments avec la composante «Empathie». C'est d'ailleurs avec cette composante que le «Dévoilement» partage la plus forte corrélation. Comme expliqué plus tôt, une bonne responsabilisation implique une bonne reconnaissance du rôle actif joué dans la perpétration des délits et des stratégies utilisées pour s'assurer la collaboration de la (des) victime(s). Ici devient donc plus clair le lien avec la capacité d'empathie envers les victimes, puisqu'une responsabilisation adéquate

implique une perception réaliste de la position de la (des) victime(s) et de son (leur) expérience par rapport au délit sexuel subi.

Par contre, la corrélation trouvée entre le «Dévoilement» et le volet «Gestion de la colère» semble moins facile à expliquer. Une hypothèse pourrait être tentée en suggérant que l'agressivité puisse être utilisée plus fréquemment comme stratégie de défense par certains délinquants sexuels ayant de la difficulté à accepter les délits sexuels commis. Une autre possibilité serait que les délinquants sexuels ayant un style passif de gestion de la colère aient plus de difficultés à percevoir leurs propres comportements (ou absence de comportement) comme étant partiellement responsables des délits sexuels commis. Bref, le lien entre la capacité de responsabilisation et la gestion de la colère demeure à vérifier et à expliquer.

Comme mentionné plus tôt, le volet « Dévoilement » vise, avant tout, à travailler la capacité de responsabilisation des participants. Dans cet optique, le choix de faire ce travail par le biais d'un dévoilement des délits mérite d'être discuté.

Tout d'abord, à notre connaissance, il n'existe dans la littérature aucune étude démontrant la nécessité d'exiger un dévoilement des délits pour s'assurer de la responsabilisation des délinquants sexuels traités. Cette stratégie a, par contre, été largement utilisée, sans doute parce qu'elle apparaissait logique et pratique. De plus, Marshall (1994) rapporte avoir obtenu de bons résultats, quant au niveau de déni et de minimisation de délinquants sexuels négateurs, en utilisant la technique du dévoilement. Toutefois, les stratégies thérapeutiques qu'il propose se distinguent de celles utilisées dans le programme étudié, notamment par le temps consacré au travail sur la responsabilisation des sujets. Finalement, les négateurs ont longtemps été exclus de certains programmes de traitement, puisque jugés comme étant des candidats peu «traitables» et non souhaitables au sein d'un groupe de thérapie.

Depuis quelques années par contre, plusieurs programmes de traitement choisissent de ne pas accorder autant d'importance à l'exercice du dévoilement. En effet, une bonne proportion des chercheurs et des cliniciens pense maintenant que le dévoilement des délits n'a pas d'impact positif sur la récurrence des participants et, plus encore, que la négation des délits sexuels ne constitue pas un facteur de risque de récurrence sexuelle. Cette tendance est appuyée par une célèbre méta-analyse publiée par Hanson & Bussière en 1998, où la négation des délits sexuels commis ne s'était pas révélée être un prédicteur de la récurrence des 28 972 sujets formant le total de l'échantillon. Ces résultats ont été répliqués dans une mise à jour de la méta-analyse par Hanson & Morton-Bourgon (2004) totalisant cette fois 31 216 sujets. Dans un même ordre d'idées, Hanson (2002) rapporte que, parmi les prédicteurs dynamiques de la récurrence sexuelle, les distorsions cognitives n'ont pas toutes le même poids. Ainsi, seules les distorsions cognitives où le délinquant perçoit ses comportements sexuels déviants comme étant justifiés le mettraient à risque de récurrence. Dans cette optique, la négation ou la minimisation des gestes sexuels déviants passés ne semblent pas liées à une augmentation de la dangerosité des délinquants sexuels.

La responsabilisation des délinquants, face à leur problématique sexuelle, demeure cependant une cible importante de traitement (Marshall, 1994), même parmi les programmes n'exigeant pas de dévoilement. Il est en effet reconnu que la responsabilisation du délinquant est nécessaire au travail sur les cibles plus directement liées à la récurrence. Comme il sera vu plus tard, la minimisation des délits ou le fait de faire porter le blâme à la victime ont un impact majeur sur la capacité d'empathie des agresseurs sexuels. De même, afin de travailler efficacement les intérêts sexuels déviants et la fantasmagorie déviante des participants, il est nécessaire que ceux-ci reconnaissent d'abord la présence de ces importants facteurs de risque.

Il semble donc que le travail sur la responsabilisation des délinquants sexuels en traitement soit justifié, puisque nécessaire à un travail efficace sur des cibles plus directement liées à la récidive. Les corrélations obtenues ici, entre la réussite des participants au volet «Dévoilement» et certaines autres composantes du programme, semblent appuyer une telle pensée. Toutefois, le degré de responsabilisation nécessaire demeure inconnu. De même, les aspects précis sur lesquels il est nécessaire d'avoir une bonne responsabilisation restent à définir plus clairement. Finalement, les meilleures stratégies d'intervention quant à la responsabilisation des participants se devraient d'être précisées. Le travail sur le dévoilement des délits sexuels en est un ardu, qui demande énormément d'investissement de la part des participants et des thérapeutes. Il paraît donc important de bien mesurer le rapport coûts/bénéfices d'une telle entreprise. Dans l'éventualité où d'autres stratégies d'intervention moins éprouvées s'avéreraient tout aussi efficaces, celles-ci pourraient être privilégiées.

B) La restructuration cognitive, les habiletés sociales et la gestion de la colère

Les corrélations obtenues entre les volets «Restructuration cognitive» et «Habiletés sociales», de même qu'entre «Restructuration cognitive» et «Gestion de la colère» démontrent un important chevauchement dans la réussite de ces volets. Bien que le volet «Restructuration cognitive» porte plus précisément sur les pensées erronées entretenues à l'égard des crimes sexuels perpétrés, il semble que le travail fait lors de cette composante partage certains éléments avec le travail fait lors des deux autres volets. Du point de vue clinique, cette observation paraît logique. En effet, pour être en mesure de recadrer leurs perceptions face aux victimes, les participants au traitement doivent être en mesure d'appliquer la méthode de la restructuration cognitive en général. De plus, l'utilisation de cette technique cognitive est prônée lors de la pratique de l'affirmation de soi, ainsi que dans l'apprentissage de la saine gestion de la

colère. Il apparaît donc évident qu'un individu réussissant à bien maîtriser les stratégies de restructuration cognitive bénéficiera également de cette maîtrise dans les volets «Habilités sociales» et «Gestion de la colère».

C) La restructuration cognitive et l'empathie

Les volets «Restructuration cognitive» et «Empathie» présentent une corrélation significative de forte amplitude. Ainsi, le succès dans un de ces volets semble s'accompagner d'un succès similaire dans l'autre volet. Encore une fois, aucun lien de cause à effet ne peut être élaboré. Par contre, il semble pertinent de préciser que, tout au long des années étudiées, le volet «Restructuration cognitive» a toujours précédé le travail sur l'empathie lors de la prestation du programme.

Bien qu'à première vue ces deux cibles semblent distinctes, un regard plus approfondi permet de faire des liens intéressants entre ces deux composantes. En effet, comme démontré dans la recension des écrits, il est largement reconnu que les auteurs de crimes sexuels entretiennent des pensées ou attitudes erronées à l'égard de leurs victimes et de leurs gestes sexuels. A titre d'exemple, les abuseurs d'enfants croient souvent, à tort, que leur victime a été l'initiatrice des contacts sexuels, ou a bénéficié de ceux-ci. Dans cet esprit, l'analyse des distorsions cognitives largement répandues chez les délinquants sexuels démontre que nombre d'entre elles impliquent une mauvaise perception des attitudes ou comportements des victimes, ainsi qu'une compréhension lacunaire de l'impact que peuvent avoir eu les gestes sexuels déviants dans la vie des victimes. Ce genre de pensées erronées chevauche donc, en grande partie, la notion d'empathie. Dans la mesure où les participants arrivent à recadrer leurs perceptions erronées, il n'est pas surprenant qu'ils en tirent également un bénéfice en regard de l'empathie ressentie pour les victimes. A l'inverse, une meilleure sensibilisation à la réalité des victimes obligera le

délinquant à modifier certaines des perceptions qu'il entretenait à l'égard de ses comportements déviants et des individus les ayant subis.

En plus de paraître logique, une telle réflexion s'accompagne d'appuis dans la littérature scientifique. L'empathie est vue comme une habileté sociale complexe qui implique à la fois des composantes perceptives, cognitive, émotionnelle et comportementale (Marshall *et al.*, 1995 ; Pithers, 1999 ; Williams, 1998 ; Williams & Cullen, 1999). De plus, Fernandez & Marshall (2003) ont suggéré que, puisque les déficits d'empathie mesurés chez les agresseurs sexuels se centrent spécifiquement sur leurs propres victimes, ce problème pourrait être mieux défini s'il était considéré comme une distorsion cognitive. De même, certaines études ont démontré la présence d'une corrélation entre les déficits au niveau de la composante cognitive de l'empathie et (1) l'endossement de distorsions cognitives chez un groupe d'abuseurs d'enfants (Marshall *et al.*, 2001) ou (2) l'hostilité rapportée à l'égard des femmes chez un groupe de violeurs (Marshall & Moulden, 2001).

A la lumière de ces informations, il apparaît pertinent de considérer les notions de distorsions cognitives et de déficits d'empathie comme ayant un certain lien. D'ailleurs, les plus récentes études sur les prédicteurs dynamiques de la récidive démontrent que ce sont les distorsions cognitives qui augmentent le plus le risque de récidive sont celles permettant au sujet de considérer qu'il est justifié de poser un geste sexuel déviant (Hanson, 2002). Puisqu'il est logiquement impossible qu'une agression sexuelle soit justifiée, ceci implique donc nécessairement une lacune dans la capacité du délinquant à bien percevoir la réalité de sa victime.

A l'heure actuelle, il apparaît prématuré de s'avancer sur la nature réelle de l'interaction entre ces deux concepts. Par contre, les présents résultats démontrent l'importance de se poser de telles questions. Une meilleure compréhension du fonctionnement cognitif des délinquants sexuels et de son lien avec leur capacité à demeurer empathiques envers les victimes potentielles ne

pourra que mener à une intervention plus efficace auprès de cette population. A ce sujet, la théorie de la «déconstruction cognitive» («*Cognitive Deconstruction*») proposée par Ward, Hudson et Marshall (1995) paraît intéressante.

Pour en faire un résumé fort succinct, cette théorie propose que, lors d'états émotifs négatifs, les agresseurs sexuels aient tendance à s'éloigner des niveaux plus abstraits (et plus réalistes) d'interprétation, pour se concentrer sur des niveaux plus concrets, c'est-à-dire davantage orientés vers les sensations physiques et les éléments proximaux de leurs comportements. Ainsi, lors d'expériences stressantes ou négatives, ces individus cesseraient de porter attention aux aspects plus moraux ou sociaux de leurs désirs ou comportements sexuels déviants, pour se concentrer davantage sur des aspects concrets tels l'excitation sexuelle ou le plaisir physique ressenti. Cet état «déconstruit» rendrait, évidemment, beaucoup plus difficile la considération des impacts traumatiques des gestes déviants chez la victime, puisque de telles considérations demandent un niveau plus abstrait d'attention. De plus, selon cette approche, un état cognitif déconstruit favoriserait une mauvaise interprétation des comportements de la victime, avant ou pendant l'agression, et celle-ci serait plus facilement perçue comme consentante, voire initiatrice. La théorie proposée par Ward et ses collaborateurs semble donc pouvoir fournir une explication, à tout le moins partielle, du processus cognitif par lequel les agresseurs sexuels arrivent à justifier leurs gestes et à nier les conséquences négatives que ceux-ci ont entraînées chez leur(s) victime(s). De même, le concept de «déconstruction cognitive» paraît prometteur afin de fournir une explication quant au processus cognitif sous-jacent à la mauvaise interprétation de la réalité des victimes pendant la perpétration des délits sexuels.

Bien que cette approche théorique ait été présentée il y a de cela une dizaine d'années, il n'existe, à notre connaissance, aucune publication ayant tenté d'étudier l'application possible de cette théorie aux lacunes observées dans l'empathie des agresseurs sexuels pour leurs victimes. Une telle entreprise

paraît souhaitable, puisqu'elle pourrait éclairer les cliniciens, quant au processus par lequel leurs clients passent lorsqu'ils s'apprêtent à agresser une victime. Plus encore, si cette théorie s'avérait fondée, elle pourrait avoir d'importants impacts sur l'approche clinique et les stratégies d'intervention utilisées auprès des agresseurs en traitement.

D) Les habiletés sociales, la gestion de la colère et l'empathie

Les corrélations obtenues entre ces trois composantes se sont toutes avérées significatives et d'amplitude modérée à élevée. Ainsi, un individu réussissant bien dans l'un de ces modules, réussissait également bien dans les deux autres composantes du traitement. Comme il sera démontré ci-dessous, ces trois concepts partagent plusieurs éléments communs, tant en ce qui a trait à leur définition qu'au travail clinique fait en cours de traitement.

Dans un premier temps, les façons de définir «les habiletés sociales et l'affirmation de soi» et «l'empathie» dans le travail clinique se recoupent. Bien que chaque programme présente des définitions personnelles de ces composantes, les concepts centraux demeurent généralement les mêmes, puisque tous s'appuient sur la même littérature. Ainsi, l'affirmation de soi, objectif ultime du volet portant sur les habiletés sociales, est vue comme *«la capacité d'exprimer nos désirs, faire valoir nos droits et mettre nos limites, tout en respectant les désirs, droits et limites de l'autre»* (adaptation libre de la définition utilisée par le programme étudié). Cette définition implique donc deux notions importantes, soit celle de l'expression personnelle et celle du respect d'autrui. C'est cette deuxième notion qui chevauche le plus la définition donnée à l'empathie soit : *«la capacité de percevoir correctement les sentiments ou émotions de l'autre, de comprendre ces sentiments et émotions, d'imaginer ce que ce doit être de vivre de tels sentiments ou émotions et finalement, de démontrer à l'autre que ce qu'il (elle) vit a de l'importance pour nous, que l'on se*

sent concerné» (définition utilisée dans le manuel de traitement du programme étudié, Clinique La Macaza, 2001). Il apparaît donc que pour s'affirmer correctement, il est nécessaire de bien considérer ce que notre interlocuteur pense et ressent. Inversement, pour bien comprendre ce que notre interlocuteur pense et ressent, il est nécessaire d'établir avec lui une saine communication et de développer nos habiletés à décoder le langage verbal et non verbal d'autrui. Dans un même ordre d'idées, le travail clinique fait lors de ces deux composantes présente des éléments communs. D'abord, l'affirmation de soi est présentée comme la principale stratégie permettant de bien saisir la réalité d'autrui (empathie) et la capacité d'écoute est jugée essentielle à l'affirmation de soi. Cette capacité d'écoute fait d'ailleurs l'objet de certains exercices de groupe. De même, lors du travail portant spécifiquement sur l'empathie envers les victimes, le langage non verbal de celles-ci, lors des abus, est souvent analysé en vue de recadrer les perceptions erronées des agresseurs.

Il en est de même en ce qui concerne la gestion de la colère. En effet, au plan clinique, il est considéré que la saine gestion de la colère implique une communication respectueuse avec les personnes concernées (affirmation de soi), en vue de trouver une solution respectueuse des deux parties (empathie). Les délinquants sexuels présentant une tendance agressive sont donc invités à tempérer leurs comportements, alors que ceux étant plutôt passifs sont invités à s'exprimer davantage. De plus, dans le travail sur l'empathie, la colère est identifiée comme un obstacle potentiel à la capacité de maintenir une attitude empathique envers les autres. Donc, selon la philosophie du programme étudié, pour pouvoir demeurer empathiques, les agresseurs sexuels se doivent d'améliorer leur capacité à bien gérer leur colère (manuel de traitement du programme étudié, Clinique La Macaza, 2001).

Bref, en regard du travail clinique, il n'est pas surprenant que les trois composantes se soient révélées être corrélées quant à la réussite des

participants au programme. Il semble également que la relation entre ces trois concepts reçoive certains appuis théoriques et empiriques.

En effet, un modèle théorique de la compétence sociale et des habiletés sociales a été proposé par Richard M. McFall, il y a de cela plusieurs années déjà (McFall, 1982, 1990 ; McFall & Dodge, 1982). Dans ce modèle, les habiletés sociales sont organisées dans un système hiérarchique à trois niveaux soit : les habiletés de décodage, les habiletés de décision et les habiletés d'encodage. C'est le premier niveau qui apparaît d'intérêt ici. Les habiletés de décodage impliqueraient : (1) la réception, (2) la perception et (3) l'interprétation de l'information. Or, comme vu précédemment, la perception et l'interprétation forment également des concepts importants de l'empathie. De plus, certaines études tendent à valider, en partie, la présence de déficits au niveau des habiletés de décodage chez les délinquants sexuels. Ainsi, Lipton *et al.* (1987) ont démontré que, lorsque comparés à d'autres types de délinquants fédéraux, les violeurs de leur étude présentaient une perception significativement inférieure des indices émotionnels négatifs émis par des femmes lors d'interactions sociales. De même, plusieurs auteurs ont noté un lien entre de mauvaises perceptions et l'adoption de comportements sexuels coercitifs ou pédophiles (Abbey, MacAuslan & Ross, 1998 ; Goodchilds & Zellman, 1984 ; Kanin, 1984 ; Muehlenhard & Linton, 1987 ; Shea, 1993 ; Stermac & Segal, 1989).

Il semble donc que la compétence sociale, la saine gestion de la colère et l'empathie envers les victimes partagent toutes des notions théoriques et cliniques communes. Par contre, aucune étude ne semble s'être intéressée à la mesure de ces chevauchements. Une telle question d'étude pourrait, en plus d'améliorer l'efficacité des stratégies thérapeutiques, apporter un regard intéressant sur les facteurs de maintien de comportements sexuels déviants. Inversement, la comparaison de délinquants récidivistes et non récidivistes, quant aux notions abordées plus haut, pourrait permettre de mieux cerner les cibles d'intervention.

E) L'éducation sexuelle

En ce qui a trait l'éducation sexuelle, il semble que la réussite de cette composante soit modérément corrélée à la réussite des volets «Restructuration cognitive», «Habilités sociales» et «Gestion de la colère». Comme vu dans le chapitre portant sur la recension des écrits, peu de littérature scientifique est disponible en regard de ce facteur. Il n'existe aucune donnée reliant l'éducation sexuelle des délinquants et leur récidive. Qui plus est, la méta-analyse menée par Hanson & Morton-Bourgon (2004) n'a pas trouvé de lien significatif entre le manque de connaissance sexuelle et la récidive sexuelle des sujets de l'étude. A notre connaissance, il n'existe, non plus, aucune étude démontrant clairement que les délinquants sexuels se distinguent, en tant que groupe, quant à leur connaissance de la sexualité humaine. Généralement, les délinquants sexuels sont plutôt considérés comme un groupe hétérogène, parmi lequel une certaine proportion des individus fait montre de lacunes dans ses connaissances de la sexualité humaine. Néanmoins, l'éducation sexuelle continue d'être un facteur ciblé par plusieurs programmes de traitement.

Bien qu'il n'y ait aucune raison de croire que cette composante puisse être nocive pour les délinquants en traitement, il n'est pas possible non plus, à l'heure actuelle, de connaître l'impact d'un tel volet sur le cheminement thérapeutique et l'évitement de la récidive des sujets traités. Le bien fondé d'une telle composante demeure donc à prouver et n'a pu, malheureusement, être investigué efficacement ici. L'analyse des corrélations obtenues dans cette étude permet toutefois d'émettre certaines hypothèses pouvant être vérifiées subséquemment.

Ainsi, il est possible que certaines distorsions cognitives, entretenues par les délinquants sexuels, dérivent d'une mauvaise connaissance de la sexualité humaine. Cette idée apparaît d'ailleurs supportées par certaines observations tirées de la courte expérience clinique de l'auteur. Par exemple, certains

pédophiles attribuent des intentions sexuelles à de très jeunes enfants parce que ceux-ci portent leurs mains à leurs parties génitales ou soulèvent leur jupe devant un adulte. Il n'est pas rare, non plus, de constater qu'un violeur est convaincu que sa victime a apprécié l'expérience du viol, parce qu'elle s'est mise à lubrifier pendant l'agression. Dans de telles situations, il devient utile de mieux renseigner les participants sur le développement psychosexuel des enfants ou sur les réactions physiologiques normales d'une femme en situation d'agression. Ceci pourrait expliquer le chevauchement trouvé entre la réussite au module « Restructuration cognitive » et celle du volet «Éducation sexuelle». Toutefois, puisque, dans le programme étudié, le travail sur les distorsions cognitives a toujours précédé celui fait sur la sexualité humaine, la nécessité de ce dernier volet reste à établir. De plus, l'ordre dans lequel ces deux volets devraient être dispensés demeure à déterminer.

Les corrélations trouvées avec les volets «Habilités sociales» et «Gestion de la colère» apparaissent toutefois plus difficiles à établir. Comment la réussite dans ces deux composantes peut-elle être reliée à la réussite du volet «Éducation sexuelle»? Les participants présentant de meilleures habiletés interpersonnelles hésitent peut-être moins à aborder des sujets intimes, parvenant mieux à combler leurs lacunes en regard de la sexualité. Peut-être ont-ils également moins tendance à mal connaître la sexualité, étant donné, entre autre, leur plus grande facilité à établir des contacts intimes avec des partenaires sexuels. Par contre, la corrélation trouvée entre la gestion de la colère et l'éducation sexuelle reste à vérifier et à expliquer.

F) La prévention de la rechute

Le succès dans la composante «Prévention de la rechute» s'est révélé être significativement corrélé avec l'atteinte des objectifs de toutes les autres

composantes du programme étudié. Cette situation était attendue et même souhaitée.

En effet, tel que vu dans le chapitre portant sur la recension des écrits, le modèle de la Prévention de la rechute stipule, entre autres, que l'évitement de la récidive passe par le développement d'une panoplie de compétences permettant aux délinquants sexuels de développer un mode de vie sain et satisfaisant, tout en gérant efficacement les situations posant un risque de récidive pour eux. Ainsi, c'est sur la base des acquis faits dans les modules précédents du programme que les participants sont jugés compétents ou non. Il est donc logique que le succès du volet «Prévention de la rechute» soit, en partie, tributaire du succès dans le reste du programme. L'absence d'une corrélation entre cette composante et les autres modules du traitement aurait été jugée problématique.

Par contre, il est important de noter que la Prévention de la rechute ne se limite pas à l'acquisition de compétences cognitives et comportementales. Le succès de cette composante exige également des participants qu'ils comprennent bien la chaîne d'éléments les ayant conduits à la commission d'un crime sexuel (c'est-à-dire leur cycle d'offense) ainsi que leurs situations à risque. Ce volet implique donc, de la part des participants, une réflexion personnelle sur leur mode de fonctionnement. Bien sûr, cette réflexion est influencée et facilitée par le travail fait précédemment en thérapie. Par contre, elle demeure, jusqu'à un certain point, distincte des autres composantes du programme.

Dans cet esprit, il serait intéressant de mesurer séparément le succès des participants à développer leur cycle d'offense et leur succès à développer les compétences nécessaires à l'évitement de la récidive. Selon Marques *et al.* (2002), cette distinction serait importante puisque les récidivistes qu'ils ont pu rencontrer semblaient dire qu'ils savaient être à risque mais ne savaient pas quoi faire pour se sortir du pétrin.

De plus, une telle question de recherche permettrait de mieux savoir jusqu'où les thérapeutes doivent pousser les membres de leur groupe dans leur réflexion introspective. Malheureusement, la méthodologie privilégiée ici, et surtout, la nature rétrospective de l'étude, n'ont pas permis de répondre à une telle question. Toutefois, puisque l'équipe thérapeutique du programme de la Clinique La Macaza poursuit la collecte de données chez sa clientèle, l'avenir permettra peut-être une telle entreprise.

G) Les intérêts sexuels déviants

Le volet «Modification des intérêts sexuels déviants» s'avère peu ou pas corrélé avec les autres volets du programme. Les résultats obtenus se distinguent donc de ceux concernant les autres volets du programme. Ainsi, il semble que la modification des intérêts sexuels déviants des sujets n'a été que peu influencée par les progrès réalisés dans les autres composantes du programme. Seuls les volets «Gestion de la colère» et «Prévention de la rechute» ont obtenu une faible corrélation avec la composante «Modification des intérêts sexuels déviants». Ici, les théories existantes quant à la déviance sexuelle n'appuient pas toutes de tels résultats. Plus encore, les présents résultats apparaissent en contradiction avec les positions adoptées récemment par certains chercheurs. Par exemple, Marshall (1999) affirme depuis quelques années qu'il a la conviction qu'un travail sur l'acquisition de saines habiletés de vie a un impact positif sur les intérêts sexuels déviants des participants. De même, Rice *et al.* (1994) soutiennent que l'amélioration de la capacité d'empathie chez les violeurs peut inhiber l'excitation sexuelle de ces derniers face aux signes d'inconfort ou de douleur émis par leur(s) victime(s). Or, les corrélations obtenues ici n'appuient pas de telles affirmations.

Tout d'abord, le travail sur l'empathie fait par les sujets étudiés ne s'est pas avéré corrélé avec celui fait sur les intérêts sexuels déviants. L'hypothèse mise

de l'avant par Rice et ses collaborateurs n'est donc pas appuyée par la présente étude. Cette contradiction rend évident le besoin d'approfondissement des connaissances en regard des liens pouvant exister entre l'empathie et l'excitation sexuelle générée par la présentation de stimuli déviants. Dans un deuxième temps, l'hypothèse émise par Marshall ne semble pas, non plus, être appuyée par les présents résultats. En effet, le succès dans les volets portant sur l'acquisition de saines habiletés de vie n'a pas été corrélé avec le succès dans la modification des intérêts sexuels déviants.

Dans un autre ordre d'idées, certaines corrélations significatives ont pu être obtenues entre le succès du traitement des intérêts sexuels déviants et les composantes «Gestion de la colère», «Prévention de la rechute» et «Réussite globale».

En ce qui concerne le volet «Gestion de la colère», les résultats obtenus viennent appuyer les observations de l'équipe de l'Institut Philippe Pinel de Montréal. Ces chercheurs ont en effet publié des études démontrant que la présence d'émotions négatives, telles que la colère ou la dépression, était reliée à la recrudescence de la fantasmagie déviante chez leurs sujets (McKibben *et al.*, 1994). La présente étude, quant à elle, paraît démontrer que l'amélioration de la capacité des délinquants à gérer leur colère, ou autres émotions négatives, est corrélée avec l'amélioration de leur profil d'intérêts sexuels. Toutefois, il ne s'agit ici que d'une corrélation et l'interrelation entre ces deux composantes de traitement n'a pas fait l'objet d'une question spécifique d'étude. La prudence est donc de mise dans l'émission de conclusion. Il n'en demeure pas moins que l'observation de cette corrélation apparaît intéressante. L'utilisation de la fantasmagie déviante, accompagnée ou non de masturbation, est régulièrement rapportée par les délinquants sexuels comme étant une stratégie utilisée pour gérer leurs émotions négatives. Il serait pertinent de tenter d'étudier le lien causal pouvant exister entre ces deux facteurs.

En regard du volet «Prévention de la rechute», l'obtention d'une corrélation significative semble appuyer le modèle de Prévention de la rechute. En effet, selon ce modèle, l'intervention clinique vise à habiliter les individus à mieux gérer les situations présentant un risque de récidive pour eux, ainsi qu'à développer de meilleures habiletés de vie en général. La présence d'une fantasmagorie déviante y est vue comme une situation à haut risque de récidive et la gestion adéquate d'une telle situation est considérée comme primordiale à l'évitement de la rechute. Or, une telle gestion adéquate se base, entre autres, sur la capacité des sujets à mettre un terme aux fantasmes déviants, tout en adoptant des attitudes et comportements susceptibles de freiner la réapparition de tels fantasmes. Le travail clinique portant sur la modification des intérêts sexuels déviants s'insère donc bien dans le modèle théorique de Prévention de la rechute. Toutefois, la corrélation obtenue ici s'est avérée de faible amplitude, ce qui apparaît surprenant si l'on considère que la présence d'intérêts sexuels déviants constitue le meilleur prédicteur unique de la récidive chez les délinquants sexuels (Quinsey, Harris, *et al.*, 1998).

Dans un même ordre d'idées, une faible corrélation a été obtenue entre la réussite du traitement des intérêts sexuels déviants et la réussite globale au programme. Bien que la littérature n'offre pas d'information quant au poids que devrait avoir la variable «Modification des intérêts sexuel déviants» sur la réussite globale des participants, il demeure questionnable que cette variable soit parmi celles ayant obtenu les plus faibles corrélations avec le jugement des intervenants quant au succès thérapeutique de leurs participants.

Une explication peut être tentée afin de mieux comprendre les faibles corrélations obtenues avec la composante «Prévention de la rechute» et la réussite globale du traitement. Dans le programme étudié, toutes les composantes du traitement sont abordées en groupe, à l'exception du volet «Modification des intérêts sexuels déviants», qui se fait sur une base individuelle, par un intervenant autre que ceux rédigeant habituellement les rapports de fin

d'intervention. Il se peut donc que les intervenants oublient de considérer le travail individuel, ou sous-estiment l'importance de ce travail, dans leurs conclusions cliniques. Si tel était le cas, les conclusions émises quant à la réussite des participants s'avéreraient biaisées. Considérant l'importance de la saine gestion des fantasmes déviants dans l'évitement de la récidive, le biais potentiellement engendré apparaît de première importance puisqu'il peut être nocif à la gestion post-traitement des délinquants sexuels. De plus, un tel biais pourrait expliquer, en partie, l'absence de pouvoir prédictif de la variable «Réussite du traitement» quant à la récidive des sujets de l'étude. Il apparaît donc important de porter une attention particulière à cette question lors de recherches futures.

En conclusion, la modification des intérêts sexuels déviants semble demeurer un facteur assez indépendant dans le traitement des délinquants sexuels. Bien que cette étude ne permette pas de déterminer l'impact du traitement par aversion sur la récidive des sujets, elle permet toutefois d'observer que le travail sur les autres cibles de traitement ne semble pas avoir eu d'impact sur la modification du profil d'intérêts sexuels des participants. Considérant que les intérêts sexuels déviants demeurent, à l'heure actuelle, le meilleur prédicteur unique de la récidive sexuelle, il apparaît précipité d'éliminer cette composante des programmes de traitement, comme certains auteurs disent l'avoir fait. L'étude des changements intra-traitement n'en est qu'à ses premiers balbutiements et la prudence semble donc s'imposer avant d'éliminer des cibles de traitement.

Question 4 : Récidive des sujets de l'échantillon

Bien que la simple comparaison de taux de récidive soit reconnue comme étant une façon imparfaite de mesurer l'efficacité d'un traitement, cette technique demeure tout de même utile pour établir le degré de similitude entre des échantillons provenant d'études différentes. Dans le cas présent, il semble

intéressant de comparer les taux de récidive obtenus avec ceux généralement rapportés dans la littérature. Ainsi, il pourrait être possible d'amener un éclairage supplémentaire aux données recueillies au cours de cette étude.

Rappelons d'abord les taux de récidive obtenus. Pour une période moyenne de suivi de 44,22 mois, 7% des sujets ont commis un nouveau crime sexuel, 4,9% ont récidivé dans un délit de nature violente, tandis que le taux de récidive non sexuelle et non violente se situe à 7,6%. La combinaison des récidives sexuelle et violente s'élève à 11,35% alors que la récidive générale correspond à 17,3% de l'échantillon.

De façon générale, les études méta-analytiques rapportent des taux de récidive plus élevés que ce qui a été trouvé ici. Ainsi, dans la méta-analyse menée par Hall (1995), la récidive sexuelle des sujets s'élevait à 19% pour les sujets traités et à 27% chez les délinquants non traités. Toutefois, certaines des études incluses dans l'analyse de Hall avaient utilisé un critère plus englobant pour déterminer le nombre de récidivistes (ex : considération des accusations n'ayant pas mené à une condamnation). Une seconde méta-analyse menée par Hanson et Bussière (1998), quant à elle, rapporte des taux de récidive de l'ordre de 13,4% (sexuelle), 12,2% (violente) et 36,3% (tout type confondu) après une période de suivi de quatre ou cinq ans. Une troisième méta-analyse, menée par un comité érigé par l'ATSA (Hanson *et al.*, 2002), rapporte elle aussi des taux plus élevés de récidive sexuelle (12,3% pour les sujets traités et 16,8% chez ceux non traités) et de récidive générale (27,9% chez les individus traités contre 39,2% chez les délinquants non traités). Finalement, Hanson & Morton-Bourgon (2004) rapportent un taux de récidive sexuelle de 13,7%, de récidive violente de 14%, de récidive sexuelle et violente de 25% et de récidive générale de 36,8% pour une durée moyenne de suivi de cinq à six ans.

Récemment, Harris et Hanson (2004) se sont penchés spécifiquement sur la question de la récidive des délinquants sexuels. Leur étude présente des

données sur la récidive de 4724 délinquants sexuels, majoritairement non traités, provenant de dix sous-échantillons, dont sept sont canadiens. Les auteurs y rapportent des taux de récidive sexuelle de 14% après cinq ans de suivi, de 20% après dix ans et de 24% après 15 ans. De plus, cette étude fournit d'intéressantes informations sur la vitesse de la récidive sexuelle des délinquants sexuels. Ainsi, les auteurs rapportent : «Dans tous les cas, sans exception, plus les délinquants restent longtemps dans la collectivité sans commettre d'infraction, moins ils sont susceptibles de commettre une nouvelle infraction sexuelle» (page 7). Ils ajoutent que la période à risque élevée de récidive sexuelle se situe dans les premières années de remise en liberté.

Bien qu'il soit difficile d'élaborer des conclusions fermes sur la base de ces comparaisons, il n'en demeure pas moins que les taux trouvés dans la présente étude semblent bas en comparaison de ce qui se produit ailleurs. De plus, la période moyenne de suivi de l'étude correspond à la période la plus à risque de récidive selon Harris et Hanson (2004), soit les trois ans et huit mois suivant la libération des sujets.

Avant de spéculer sur les raisons d'une telle différence, d'autres investigations apparaissent nécessaires. Par exemple, il serait souhaitable de pouvoir comparer la récidive des délinquants ayant complété et réussi le présent programme, avec d'autres délinquants n'ayant pas bénéficié du traitement. Toutefois, la constitution d'un groupe de comparaison valable pose un énorme défi méthodologique, bien illustré d'ailleurs dans l'étude de Hanson et ses collaborateurs (2002).

Puisque tous les délinquants sexuels canadiens sous juridiction fédérale sont maintenant dirigés vers un programme de traitement de la déviance sexuelle, ceux qui ne reçoivent pas ce traitement sont ceux qui le refusent, l'abandonnent en cours de route ou sont exclus par les intervenants cliniques. Or, il est facile de concevoir que ces individus risquent de différer des délinquants traités sur

des variables importantes telles que la motivation ou la transparence. Hanson *et al.* (2002) rapportent d'ailleurs que, dans leur méta-analyse, les différences trouvées entre la récidive des délinquants traités et non traités étaient systématiquement plus importantes lorsque le groupe de comparaison se constituait d'abandons ou d'exclusions de traitement.

Question 5 : Le succès thérapeutique comme prédicteur de la récidive

La question se révélant du plus grand intérêt pour l'auteur était sans contredit celle-ci. «Est-ce que les délinquants sexuels qui performent bien en traitement voient leur risque de récidive diminuer?» Il s'agissait d'une question claire et directe, dont la réponse, espérait-on, validerait les efforts surhumains que déploient quotidiennement ceux qui interviennent auprès de cette population. La réponse, toutefois, ne s'est pas révélée facile à obtenir et, malheureusement, n'a pas apporté tous les éclaircissements désirés.

Ainsi, globalement, le degré de réussite au programme de traitement ne prédit pas la récidive des délinquants sexuels de l'échantillon étudié et ce, pour aucun des types de délits considérés (voir le tableau 3, p. 105). Puisqu'il est maintenant assez clairement démontré que les programmes cognitivo-comportementaux ont un impact positif sur la récidive des délinquants sexuels (Hanson *et al.*, 2002), tentons maintenant d'analyser pourquoi le plus ou moins grand succès à atteindre les objectifs du traitement ne s'est pas révélé être prédicteur de la récidive.

Parlons d'abord statistique. Le lecteur se rappellera qu'au total, 32 individus sur 185 ont commis un nouveau crime (toute nature confondue), ce qui représente 17,4% de l'échantillon total. Considérant que la variable «Réussite du traitement» comporte 4 niveaux, peu de récidivistes se sont retrouvés dans

chacun de ces niveaux. Ce fait pose un important problème de puissance statistique. Les chances de faussement conclure à l'absence d'un effet de traitement (erreur de type II) sont importantes dans cette étude et ne doivent pas être oubliées. Néanmoins, il apparaît réducteur de se contenter d'affirmer que l'absence de résultats significatif s'explique par une trop faible puissance statistique.

Parmi les autres hypothèses existantes vient, bien sûr, la possibilité que la réussite à un programme de traitement de la déviance sexuelle ne soit pas prédicteur de la récidive des participants. Cet énoncé ne paraît cependant pas bien s'accorder avec les résultats obtenus dans les études sur l'efficacité de tels programmes. Toutefois, bien qu'il semble maintenant acceptable de croire que la participation à un traitement diminue la récidive des délinquants, cet impact positif n'est peut-être pas tributaire du plus ou moins grand avancement des délinquants en traitement. Ainsi, une participation, de quelque valeur qu'elle soit, pourrait, à elle seule, expliquer l'impact sur la récidive. Ou encore, la diminution de la récidive observée chez les individus traités n'est peut-être pas due au traitement reçu mais plutôt à d'autres variables n'ayant pas été prises en compte par les études (ex : certaines caractéristiques personnelles telles que la motivation à changer ou la confiance dans le système carcéral et ses agents).

Une autre explication possible des résultats pourrait être que la réussite au traitement, telle que définie dans cette étude, ne prédit pas la récidive des délinquants sexuels. Cette hypothèse apparaît fort pertinente. Ainsi, tel que décrit précédemment (voir ci-dessus «*La répartition des sujets selon leur degré d'atteinte des objectifs*»), le succès des sujets de l'étude était jugé selon leur capacité à atteindre un niveau optimal de fonctionnement en regard de chacune des composantes du programme. Cette définition permet donc à un individu ayant peu progressé en traitement d'être jugé meilleur qu'un individu ayant fait des progrès, dans la mesure où il aurait déjà présenté de bonnes habiletés en prétraitement. Ainsi, la définition employée ici ne se penche pas sur les efforts et

l'avancement des participants, mais plutôt sur leur capacité post-traitement à bien fonctionner selon les standards du programme. Or, cette mesure n'est peut-être pas celle permettant le mieux de connaître l'impact du cheminement thérapeutique sur la récurrence des délinquants sexuels.

En effet, une analyse de l'avancement des sujets basée sur les différences pré et post-traitement pourrait s'avérer plus éclairante, dans la mesure où les chercheurs auraient accès à une façon fiable de mesurer ces changements. Ainsi, il n'est peut-être pas nécessaire que les délinquants sexuels traités atteignent un niveau X de fonctionnement. Un avancement par rapport à leur fonctionnement en prétraitement, aussi minime soit-il, s'avérerait peut-être plus significatif.

Pour être en mesure de tester cette hypothèse, il sera d'abord nécessaire de développer et d'améliorer l'éventail de mesures existantes des changements en cours de traitement. Les échelles auto-révélatrices disponibles sont hautement transparentes et posent donc d'importants problèmes de validité (Rouleau, Barsetti, Renaud, Tétrault, Lavallée & Dufresne, 2004 ; Tierney & McCabe, 2001). Pire encore, certaines composantes de traitement ne peuvent être évaluées efficacement puisque aucune mesure n'a encore été validée, voire développée, auprès d'une population de délinquants sexuels (c'est par exemple le cas pour la gestion de la colère, l'éducation sexuelle et la prévention de la rechute).

Bref, beaucoup reste à découvrir avant de pouvoir connaître la valeur prédictive du succès thérapeutique sur la récurrence des délinquants sexuels. Toutefois, alors que la réussite au traitement, prise dans son ensemble, n'a donné aucun résultat significatif dans cette étude, l'analyse plus poussée des niveaux de la variable «Atteinte des objectifs de traitement» et de leur lien avec la récurrence s'est avérée plus intéressante.

Tel que vu précédemment, lorsque des courbes de survie sont tracées pour toutes les catégories de la variable «Atteinte des objectifs de traitement», la distribution des sujets, en regard du moment de récurrence, ne va pas dans le sens attendu. En effet, le moment de la récurrence des sujets n'est pas retardé par une meilleure performance en traitement. Au contraire, la catégorie «Objectifs partiellement atteints – faible» performe presque toujours mieux que les autres, même si les différences sont, dans la majorité des cas, non significatives. Ce chamboulement de la distribution pourrait même être en mesure d'expliquer l'absence d'un effet de traitement sur la récurrence. Par contre, une telle distribution n'est pas sans intérêt.

Tout d'abord, la seule différence significative trouvée s'avère être tout aussi intéressante qu'inattendue. Le lecteur se rappellera que cette différence a été observée entre les groupes «Objectifs partiellement atteints – faible» et «Objectifs partiellement atteints – fort», où le premier groupe a significativement moins récidivé que le second, lorsque la récurrence sexuelle et la récurrence violente ont été combinées.

Ces résultats semblent intéressants, puisque reliés au type de récurrence présentant le plus grand intérêt, soit la récurrence sexuelle. De plus, sa combinaison avec la récurrence violente concorde avec les écrits scientifiques, puisqu'il est maintenant reconnu qu'une certaine proportion des condamnations de nature violentes cache un délit à caractère sexuel (Hanson *et al.*, 1993 ; Quinsey, Harris, *et al.*, 1998 ; Rice *et al.*, 1991). Par contre, la différence trouvée ne s'est pas avérée être dans le sens attendu, ce qui apparaît nouveau lorsque comparé aux écrits existants. En effet, dans la majorité des études publiées, même lorsque les différences entre les groupes traités et non traités n'atteignent pas le seuil de signification statistique, elles vont généralement dans le sens attendu, c'est-à-dire que les individus traités récidivent moins que les individus non traités. Les raisons pouvant expliquer la distribution trouvée ici sont nombreuses et ne peuvent sans doute pas être énumérées de façon exhaustive.

Toutefois, les paragraphes suivants tenteront de décrire les possibilités apparaissant les plus probables.

Dans un premier temps, la possibilité que les résultats significatifs obtenus soient tout simplement dus à une plus grande puissance statistique pour les niveaux «Fort» et «Faible» a été soulevée. En effet, ces deux catégories sont celles où se retrouvent le plus grand nombre de sujets avec 55 individus dans la catégorie «Fort» et 61 dans la catégorie «Faible», formant 116 des 185 sujets de l'étude (62,7%). Pour leur part, les catégories «Atteints» et «Non atteints» récoltent respectivement 39 et 30 sujets, totalisant 37,3% de l'échantillon.

Vu l'importance de la taille de l'échantillon, induite par le faible taux de base de la récidive, cette question est apparue fort pertinente. Toutefois, dans la mesure où les résultats significatifs obtenus ne soient dus qu'à un artefact statistique, il serait attendu que les analyses présentant un taux de base plus élevé de récidive donnent, elles aussi, des différences significatives. Or, tel n'est pas le cas. Ainsi, 11,4% des sujets (N = 21) a commis un nouveau délit sexuel ou violent après le passage en traitement. Cette proportion s'élève à 17,3% (N = 32) lorsque tous les types de délits sont combinés. Bien que la distribution des sujets face à la récidive générale soit la même que face à la récidive sexuelle ou violente (c'est-à-dire que le groupe «Fort» récidive plus que le groupe «Faible»), la différence trouvée n'est pas significative et ce, malgré un plus haut taux de base de la récidive. Il semble donc que la seule différence significative obtenue ne puisse s'expliquer uniquement par un phénomène statistique.

Comment, alors, un faible niveau d'atteinte des objectifs de traitement peut-il retarder le moment de la commission d'un nouveau délit sexuel ou violent lorsque comparé à un fort niveau d'atteinte des objectifs de ce même traitement? Une première hypothèse pourrait porter sur l'impact différent du traitement sur les différents types de crimes étudiés. Ainsi, le travail fait en cours de traitement par les sujets de l'étude semble avoir eu un impact plus grand sur les crimes

contre la personne (c'est-à-dire sexuels et violents), alors qu'il aurait peut-être eu moins d'impact sur la commission d'un nouveau crime acquisitif. Étant donné l'emphase mise en traitement sur le respect de l'autre et les conséquences pour les victimes d'un délit sexuel, une telle idée demeure plausible. Elle n'explique toutefois pas pourquoi les individus jugés «faibles» ont moins récidivés que leurs collègues jugés «forts».

Une seconde hypothèse reprend l'idée selon laquelle le problème se situe dans la définition de la réussite au traitement. Puisque cette idée a été expliquée précédemment, elle ne sera pas reprise ici. Par contre, la différence significative trouvée paraît appuyer la thèse selon laquelle la définition du succès thérapeutique ne permet pas de saisir l'impact du traitement sur la récidive des délinquants sexuels.

Parmi les autres explications pouvant être avancées, notons la présence possible d'une différence entre les groupes «Fort» et «Faible» quant à leur honnêteté en traitement. Bien qu'une telle caractéristique n'ait pas été prise en compte dans l'étude, l'honnêteté des délinquants sexuels, particulièrement dans le contexte d'un traitement dispensé en établissement carcéral, demeure un sujet de préoccupation constante. Puisque la participation au traitement est une condition essentielle pour que les délinquants sexuels aient accès plus rapidement à une forme de libération, leur motivation à suivre un tel traitement reste parfois extrinsèque. Il est depuis longtemps connu que certains délinquants «jouent le jeu» qu'ils croient nécessaire pour contenter les intervenants qui jugeront éventuellement leur cheminement et leur mérite. Par contre, tous ne sont pas motivés par de telles considérations extrinsèques. Plus encore, même parmi ceux qui décident de «tricher», tous ne le font pas de la même façon, ni avec le même tact. Ainsi est-il possible que pour certains sujets de l'étude, l'avancement perçu n'ait pas reflété l'avancement réel, et ce, dans les deux sens qui nous préoccupent.

Plus précisément, il serait possible de croire que, parmi les individus jugés comme ayant peu progressé (groupe «Faible»), certains n'aient en effet pas beaucoup changé selon les standards du traitement mais aient, par contre, fait de petits avancement réels. Ainsi, ce cheminement, bien que fort partiel, pourrait avoir un impact important sur eux, puisque traduisant réellement des efforts de changement. A l'opposé, il est possible que certains délinquants du groupe «Fort» n'aient fait que peu d'avancement honnête et aient plutôt choisi de dire ce qu'ils croyaient devoir dire pour bien paraître. Peut-être certains d'entre eux avaient-ils davantage tendance à manipuler ou étaient-ils meilleurs pour le faire. Ce questionnaire apparaît devoir être étudié plus à fond puisqu'il touche à un aspect important du traitement de la déviance sexuelle, soit l'identification des individus ne pouvant pas bénéficier d'un effort thérapeutique. De plus, en traitement, la manipulation et le mensonge demeurent des sujets de constante préoccupation et ont souvent un effet fort nocif sur les individus honnêtes, puisque affaiblissant la confiance qu'ils ont dans la pertinence du travail thérapeutique.

De l'opinion de l'auteur, la vérité pourrait fort bien se trouver dans la combinaison de certaines idées mentionnées plus haut. En effet, une évaluation différente de l'avancement en traitement, basée sur des mesures pré et post-traitement, pourrait être beaucoup plus révélatrice que la simple considération des capacités post-traitement des sujets. Qui plus est, une telle mesure, combinée avec une meilleure évaluation de l'honnêteté et de la transparence des délinquants en traitement, pourrait mieux dévoiler qui a vraiment bénéficié du programme. Il serait alors plus facile d'établir des liens logiques avec la récidive des participants. Finalement, un plus grand échantillon de délinquants traités permettrait d'augmenter la puissance statistique de l'étude et, par le fait même, diminuerait le risque de commettre une erreur de type II.

Bref, loin d'avoir donné réponse à toutes les questions soulevées, cette étude demeure tout de même intéressante. Elle a en effet permis de mettre en lumière

un effet bénéfique du traitement sur la récidive sexuelle et violente d'un certain groupe de sujets. Néanmoins, les résultats mis à jour ici soulèvent, à leur tour, de multiples questions. Il serait intéressant de mieux connaître les différences pouvant exister entre les groupe «Fort» et «Faible» quant à diverses caractéristiques personnelles telles que le niveau socio-économique, l'histoire criminelle, la présence possible de troubles de la personnalité, le type de délit sexuel commis, etc. De même, il serait intéressant de pouvoir mettre en lien l'avancement en traitement et la tendance au mensonge ou à la manipulation. Plus important encore, il serait primordial de développer des mesures fiables de l'avancement pré et post-traitement des sujets afin de modifier la façon de déterminer le succès thérapeutique.

Toutes ces questions visent en réalité à répondre à la question que tout intervenant en délinquance sexuelle se pose : «Qui bénéficie le plus des programmes offerts, et qui n'est pas un bon candidat au traitement?» Maintenant qu'il semble établi que le travail fait auprès de cette population est bénéfique, il serait plus qu'important de mieux définir vers qui il faut orienter nos efforts et qui ne devrait pas être admis en traitement.

Question 6 : Les échelles comme prédicteurs de la récidive

Tel que mentionné précédemment, trois échelles ont été utilisées dans cette étude. Deux de ces échelles sont dites actuarielles et ont été spécifiquement conçues pour prédire le risque de récidive des délinquants sexuels (le SORAG et la Statique-99). La troisième échelle (le PCL-R), pour sa part, mesure la présence de caractéristiques associées à la psychopathie, concept qui est, lui aussi, associé à un plus haut risque de récidive.

Les résultats obtenus, quant à la capacité prédictive des trois échelles, sont présentés au tableau 3 de la section «Résultats». Ils ne seront donc que

brèvement résumés ici. La capacité prédictive des trois échelles s'est avérée partielle, faisant d'elles des prédicteurs plutôt imparfaits de la récidive des sujets de l'étude. Or, de tels résultats ne reflètent pas les données retrouvées dans la littérature. Dans les paragraphes qui suivent, il sera tenté d'expliquer les résultats obtenus, ainsi que leur degré de concordance avec les données retrouvées dans la littérature scientifique. Il est toutefois important de noter que la présente étude ne visait pas à valider les échelles de prédiction du risque. Les questions de cette recherche ne permettent pas une telle validation et ce travail a déjà été fait par d'autres.

Le Sexual Risk Appraisal Guide (SORAG)

Les études disponibles quant à la valeur prédictive du SORAG démontrent que, chez une population de délinquants sexuels, l'échelle arrive à prédire la récidive sexuelle ou violente de façon acceptable (ROC allant de .76 à .82). Par contre, les résultats obtenus dans cette étude ne paraissent pas corroborer ces données. En effet, dans l'échantillon étudié, le SORAG n'a pu prédire efficacement la récidive sexuelle ou violente. Seule la catégorie «Tout type de récidive confondu» a donné lieu à un résultat significatif, à la fois en considérant le score brut à l'échelle et la catégorie de risque y correspondant (Wald de 5.84, $p = .01$ et Wald = 6.43, $p = .05$ respectivement). Il semble possible de croire que ce résultat significatif soit partiellement attribuable au nombre plus élevé de récidivistes dans cette dernière catégorie. Les résultats significatifs obtenus ne traduiraient donc qu'un artefact statistique. Ainsi, dans l'échantillon d'individus ayant complété le traitement, le SORAG ne prédit pas aussi bien la récidive que ce qui est rapporté dans la littérature. Surtout, il ne s'avère pas en mesure de prédire le phénomène qu'il est censé prédire, soit la récidive violente (incluant la récidive sexuelle).

La Statique-99

Rappelons que la statique-99 est considérée par ses auteurs comme ayant une exactitude prédictive modérée (Hanson & Thorton, 1999 ; Harris, Phenix, Hanson & Thorton, 2003). L'échelle arriverait ainsi à modérément bien prédire la récidive sexuelle et la récidive violente chez les délinquants sexuels. De plus, les auteurs de l'échelle précisent que la valeur prédictive s'applique surtout aux délinquants sexuels non traités, puisque les échantillons sur lesquels s'est basée l'élaboration de l'outil étaient majoritairement constitués de délinquants peu ou pas traités. La Statique-99 ayant été soumise à de nombreuses études de répétition (Harris *et al.*, 2003), il semble justifié de considérer l'échelle comme valide et généralisable.

Or, la Statique-99 n'a pas su prédire la récidive des sujets de cette étude et ce, pour aucun des types de délits pris séparément. Seule la catégorie «Tout type de récidive confondu» a obtenu un résultat significatif (Wald = 2.85, $p = .05$ pour le score global) lorsque mise en lien avec la récidive des sujets. Il semble possible de croire que ce résultat significatif soit encore une fois partiellement attribuable au nombre plus élevé de récidivistes dans cette dernière catégorie. Ainsi, dans le présent échantillon, la Statique-99 ne performe pas aussi bien que ce qui est rapporté dans la littérature. Tout comme pour le SORAG, elle n'arrive pas à bien prédire les phénomènes pour lesquels elle a été spécifiquement conçue, soit la récidive sexuelle et la récidive violente (incluant les délits sexuels).

L'échelle révisée de psychopathie de Hare (PCL-R)

Bien que le PCL-R ne soit pas une échelle de prédiction du risque de récidive, il est maintenant reconnu que la présence de caractéristiques associées à la psychopathie contribue à l'augmentation du risque de récidive des délinquants

sexuels. Dans cette étude, le PCL-R s'est révélé être le meilleur instrument pour prédire la récidive des sujets. Même si toutes les analyses ne se sont pas révélées significatives, cet instrument a été le seul à obtenir une relation significative avec certains types de délits pris de façon particulière. Ainsi, le score total au PCL-R prédit la récidive non violente ainsi que la récidive générale («Tous types de crimes confondus») des participants à l'étude. Le score obtenu au facteur 1 prédit, quant à lui, la récidive violente des sujets. Finalement, le score au facteur 2 prédit la récidive violente et la récidive sexuelle ou violente. Seule la récidive sexuelle prise séparément n'est pas bien prédite par le PCL-R. Il s'agit ici de résultats intéressants puisque, contrairement aux deux autres échelles, le PCL-R n'a pas été conçu pour prédire la récidive. Les résultats obtenus ici concordent cependant avec les résultats rapportés dans la littérature (Hare, 2003).

Comparaison de la récidive attendue et de la récidive réelle

Tel qu'illustré au tableau 4, la récidive réelle des sujets de l'étude s'avère moindre que ce qui a été prédit par le SORAG et la Statique-99. Malgré que la période de suivi de l'échantillon soit plus courte que celle couverte par les échelles, ces distinctions apparaissent pertinentes. En effet, les différences entre les prédictions et le comportement de l'échantillon apparaissent trop grandes pour n'être explicables que par la différence dans la période de suivi. Cette opinion est d'ailleurs supportée par les études sur la récidive qui démontrent clairement que les années suivant immédiatement la remise en liberté représentent la période la plus à risque de récidive (Harris & Hanson, 2004). Il est maintenant solidement établi que plus un délinquant passe de temps en collectivité sans récidiver, moins il est susceptible de commettre une nouvelle infraction dans le futur. Il est donc pertinent de considérer que les courbes de survie de tous les types de récidive subiraient un aplanissement au fil des ans, freinant ainsi l'augmentation des taux de récidive de l'échantillon.

Bref, les échelles actuarielles ne se sont pas avérées aussi efficaces que ce qui était attendu. Bien qu'il soit possible que de tels résultats soient attribuables à des lacunes dans les échelles, une telle hypothèse ne semble pas supportée par la littérature. De même, comme pour toutes les autres variables de l'étude, la valeur prédictive des échelles a été affectée par le faible taux de base de la récidive dans le groupe étudié. Par contre, cette explication, à elle seule, ne paraît pas répondre à toutes les interrogations soulevées par les résultats obtenus.

Une hypothèse alternative sera donc tentée. Il paraît possible de suggérer que l'incapacité des outils à prédire la récidive sexuelle ou violente soit attribuable à une différence dans l'échantillon étudié, soit le passage des sujets en traitement. En effet, il semble juste d'émettre l'hypothèse que le traitement ait eu un impact sur la capacité prédictive du SORAG et de la Statique-99. Ainsi, ces échelles ont une bonne valeur prédictive, tel que rapporté dans la littérature. Par contre, elles ne considèrent pas les effets possibles d'un traitement sur la récidive des individus. Qui plus est, les auteurs de la Statique-99 rapportent que l'échelle paraît être davantage applicable aux sujets non traités (Harris *et al.*, 2003). Il pourrait en être de même du SORAG, bien qu'aucune note ne soit disponible à cet effet de la part des auteurs.

Puisque les études de réplication utilisant le SORAG et la Statique-99 ne tiennent généralement pas compte du passage ou non des sujets en traitement, il est difficile de les comparer à la présente recherche. Toutefois, ces études de réplication tendent à confirmer la valeur prédictive des échelles actuarielles. Ceci renforce donc la plausibilité de l'hypothèse d'un effet de traitement. Cette hypothèse ne demeure cependant qu'une preuve indirecte d'un possible effet de traitement.

Utilité du PCL-R dans le prédiction du risque

Contre toute attente, c'est le PCL-R qui s'est avéré le plus utile dans la prédiction de la récidive de l'échantillon. Il semble donc que parmi cet échantillon de délinquants sexuels traités, les caractéristiques liées à la psychopathie sont plus influentes que les facteurs de risque statistiques dans la prédiction des comportements criminels futurs. Qui plus est, les deux facteurs de l'échelle s'avèrent encore plus intéressants puisqu'ils permettent de prédire la récidive violente (facteurs 1 et 2) et la combinaison des récidives sexuelle et violente (facteur 2). Rappelons que le premier facteur de l'échelle réfère à des caractéristiques davantage liées à la personnalité psychopathique, tandis que le facteur 2 traduit le mode de vie antisocial des individus psychopathes. Ainsi, les facteurs de personnalité semblent prédictifs de la violence future de l'échantillon, tandis que les facteurs liés au mode de vie sont utiles, à la fois dans la prédiction de la violence et dans la prédiction de comportements sexuels ou violents. Fait étonnant, l'utilisation du score total à l'échelle a été associée ici à une perte du pouvoir prédictif des comportements violents au profit d'un gain dans la capacité prédictive de la récidive non violente et générale.

Forces et limites de l'étude

Limites de l'étude

Dans un premier temps, cette étude présente un inconvénient important, celui d'être rétrospective. Puisque le devis de recherche a été établi après le passage des sujets en traitement, l'auteur s'est heurtée à deux obstacles.

Un premier obstacle a consisté en l'absence de mesures objectives de changement lors du traitement des sujets. En effet, bien que certaines échelles auto-révélées aient été utilisées au fil des ans, il a été difficile de retrouver au dossier une assez grande consistance dans les informations pour utiliser les

résultats de ces échelles. De plus, même à l'heure actuelle, il existe fort peu d'échelles spécifiques à la délinquance sexuelle et ayant été validées de façon satisfaisante pour être utilisées en recherche. Cette situation n'était que plus criante à l'époque où les sujets ont été traités. Qui plus est, l'utilisation de mesures auto-révélées auprès d'une population carcérale pose un sérieux problème de validité déjà reconnu dans la littérature depuis de nombreuses années. Les personnes au prise avec une problématique de déviance sexuelle ont une forte tendance à la minimisation, voire la négation de leur problème et tentent souvent, dans un contexte d'évaluation, de se présenter sous un biais positif.

Un deuxième obstacle, posé par un devis rétrospectif, a été l'impossibilité d'obtenir un jugement standardisé sur la réussite de chacun des sujets par les thérapeutes ayant été responsables d'eux en cours de traitement. Par conséquent, l'auteur a dû créer sa propre mesure et l'évaluation de l'atteinte des objectifs du programme a dû être faite par une tierce personne. Cette stratégie risquait ainsi d'introduire un biais dans l'évaluation d'une variable centrale de la recherche. Plus important encore, en l'absence de mesure standardisée pré et post- traitement, il s'est avéré impossible d'établir avec certitude le changement chez les sujets, suite au passage en traitement. Le rapport de fin de traitement a fourni assez de renseignements pour établir où se situaient les sujets en fin de traitement par rapport aux cibles visées, mais n'établissait pas clairement où se situaient ces mêmes individus en début de traitement. Le guide de cotation n'a donc pas pu fournir de renseignements standardisés sur l'évolution des sujets en cours de traitement. Cet obstacle a d'ailleurs été longuement discuté plus tôt, puisqu'il est considéré comme ayant potentiellement eu un impact sur les résultats obtenus.

Toutefois, dans le travail clinique fait auprès des délinquants sexuels, il est attendu qu'un individu diminue son risque de récidive s'il arrive à utiliser adéquatement les diverses compétences enseignées en traitement. Bien que

les cliniciens soient conscients de l'importance de l'évolution des sujets en cours de traitement, l'évaluation de leur capacité à éviter la récidive est souvent faite par l'analyse de leurs habiletés post-traitement en regard des diverses cibles d'un programme. L'utilisation d'un guide tel que celui développé ici semble donc se coller sur la pratique clinique dans le domaine. Les résultats obtenus ici peuvent donc être mis en parallèle avec la pratique des intervenants. De plus, les résultats fournissent un éclairage sur la façon dont devraient être définis les critères de réussite.

Puisque cette étude s'insère dans un effort de recherche continue, le guide ayant servi ici continue d'être utilisé auprès des nouveaux délinquants traités. Cette fois, par contre, l'évaluation de l'atteinte des objectifs de traitement est directement faite par les deux intervenants en charge de chacun des sujets. Ceci permettra de poursuivre le travail de validation, tout en fournissant une mesure plus sûre de la performance des sujets. En attendant, puisque l'outil utilisé n'a pas pu être soumis à des tests psychométriques poussés, les inconnus en regard de sa validité contribuent à diminuer la force de l'étude.

Un autre facteur affectant la force de l'étude se trouve dans la faible puissance statistique due au faible taux de base de la récidive. Bien qu'il soit positif pour la société d'avoir peu de récidive sexuelle, cette situation rend difficile l'étude de l'efficacité des traitements. Le problème de la puissance statistique est loin d'être spécifique au présent échantillon et se retrouve largement dans la littérature (Barbaree, 1997 ; Hanson, 2000b). Dans le cas présent, il a été décidé de limiter la définition de la récidive aux nouvelles condamnations officielles, parce qu'une définition plus large a été jugée comme introduisant une marge d'erreur plus grande que les bénéfices qui auraient pu en être tirés.

En plus d'être affectée par le nombre de récidivistes, la puissance statistique s'avère également tributaire de la taille de l'effet de traitement (Barbaree, 1997). Or, considérant le taux de base de la récidive officielle, il est reconnu que l'effet

de traitement nécessaire pour atteindre le seuil de signification statistique risque de dépasser l'effet de traitement qu'il est réaliste d'attendre (Barbaree, 1997). Ce fait contribue donc à diminuer la force de l'étude. Par contre, cet obstacle n'est pas spécifique à la présente recherche et ne devrait pas freiner les efforts empiriques de mesure de l'efficacité d'un traitement. La publication de plusieurs petites recherches apparaît avoir été d'une grande utilité dans l'étude de l'efficacité des traitements de la délinquance sexuelle (Hanson *et al.*, 2002). Il paraît donc pertinent de maintenir une telle position dans l'étude plus spécifique de l'impact de l'atteinte des objectifs de traitement sur les comportements criminels futurs des individus traités.

Forces de l'étude

Les points forts de cette étude sont multiples. Tout d'abord, la stabilité du programme de traitement dans le temps apparaît enrichir les résultats obtenus. En effet, contrairement à de nombreuses études publiées, le traitement sélectionné ici n'a pas subi de modification au cours des années étudiées. Alors que dans plusieurs recherches, l'intervention a évolué au fil des ans (ex : Rice *et al.*, 1991) ou n'a pas été la même pour tous les sujets de l'échantillon (ex : Marshall & Barbaree, 1988), le présent programme a été appliqué dans son entier, pour tous les sujets, et les composantes sont restées les mêmes du début à la fin. Un tel fait profite à la science puisqu'il réduit la variabilité de la principale variable de l'étude.

La stabilité du traitement est, elle-même, tributaire d'une autre grande force de l'étude, soit la conformité du programme avec ce que la littérature décrit comme étant idéal dans l'intervention auprès des délinquants sexuels. En effet, alors que d'autres centres de traitement ont fait évoluer leur programme au fur et à mesure des avancements dans les connaissances scientifiques, le programme de la clinique La Macaza a été conçu suite à une étude approfondie de la littérature et est assez récent pour avoir intégré, dès le départ, l'ensemble des

composantes jugées nécessaire à la réduction de la récidive. De même, les principes du modèle de Prévention de la rechute ont été intégrés au programme dès ses tout débuts, rendant ainsi l'intervention davantage conforme à la littérature.

Dans un deuxième temps, cette recherche visait *a priori* à mesurer l'impact de la performance en traitement, plutôt que de procéder à une telle analyse *a posteriori*. Un tel fait rend l'étude intéressante pour plusieurs raisons. Ainsi, les questions d'étude permettent l'avancement des connaissances en proposant une analyse plus spécifique que la comparaison d'individus traités à des individus non traités. Puisque cette dernière question a déjà reçu certains appuis empiriques, l'impact de la performance en traitement apparaît maintenant prendre tout son sens. De plus, puisque les questions ont été prévues avant l'analyse des résultats, elles ont permis une réflexion plus approfondie sur la manière de mesurer les avancements en traitement et ont ainsi mené à l'élaboration d'un outil qui pourra être utilisé et amélioré dans le futur.

Troisièmement, les analyses statistiques choisies tiennent compte d'un facteur central dans l'étude de la récidive, soit la longueur variable de la période de suivi d'un sujet à l'autre. Cette sélection des analyses statistiques rend donc l'étude plus solide.

Quatrièmement, les questions de l'étude ont permis de contourner un obstacle important dans la recherche sur l'efficacité des traitements de la délinquance sexuelle, soit celui de trouver un groupe de comparaison valable. En effet, il a déjà été mentionné que la comparaison des délinquants sexuels traités à leurs homologues non traités posait plusieurs problèmes parce que les groupes de comparaison disponibles s'avéraient rarement équivalents aux individus traités. Hanson *et al.* (2002) résumant bien cet obstacle et notent l'importance de former des groupes de comparaison autres que ceux constitués par les refus, abandons

et exclusions de traitement. Dans la présente étude, un tel problème ne se présentait pas, puisque les individus traités étaient comparés entre eux.

Finalement, il est de l'avis de l'auteur que la présente recherche possède un intérêt clinique certain, puisque les résultats obtenus ont pu être mis en relation avec le travail quotidien des intervenants dans le domaine. En effet, contrairement à un phénomène trop fréquent dans la recherche en psychologie, la présente recherche ne s'avère pas déconnectée de la réalité des cliniciens. Au contraire, plusieurs liens, autant théoriques que cliniques, ont pu être faits à partir des résultats obtenus. De même, l'étude ouvre toute grande la réflexion sur les questions qui peuvent être posées afin de poursuivre l'effort entrepris ici. C'est ainsi que cette étude semble permettre l'avancement, à la fois en ce qui concerne les fondements théoriques du traitement de la délinquance sexuelle et en ce qui a trait aux implications concrètes des interventions faites auprès d'une telle population. De même, l'étude ouvre la réflexion sur la prédiction statistique du risque de récidive auprès des individus traités.

Conclusion

En résumé, l'étude présentée ici tentait de connaître l'impact d'un traitement cognitif-behavioral sur la récurrence d'un groupe de délinquants sexuels. Le programme étudié, de nature multimodale, correspond aux standards dictés par la littérature scientifique. L'efficacité de traitements similaires à faire diminuer la récurrence semble de mieux en mieux établie. L'auteur s'est donc intéressé à l'impact que pouvait avoir l'atteinte des objectifs de traitement sur la réussite des sujets lors de leur retour en communauté. Un intérêt était également porté à la capacité prédictive d'échelles de mesure du risque, utilisées auprès d'un échantillon traité.

C'est ainsi que le degré de réussite du traitement a été mesuré chez 185 délinquants sexuels. Ces sujets ont été suivis pendant une période moyenne de 44,22 mois. Les taux de récurrence des sujets se sont avérés plus bas que les taux généralement trouvés dans la littérature. Ces taux se sont également différenciés des pourcentages de récurrence attendus, selon des échelles actuarielles validées et largement utilisées.

Toutefois, cette recherche révèle que, dans l'échantillon étudié, les échelles actuarielles de mesure du risque ont perdu leur pouvoir prédictif. Seul le PCL-R a pu être corrélé avec la récurrence violente des sujets. De même, les bénéfices tirés du programme ne semblent pas avoir été proportionnels à l'atteinte des objectifs du programme. En effet, le programme semble avoir produit le plus grand impact chez les délinquants ayant fait de petits avancements cliniques (Objectifs partiellement atteints – faible). Leurs homologues ayant mieux réussi (Objectifs partiellement atteints – fort), pour leur part, semblent être ceux éprouvant le plus de difficultés lors de leur remise en liberté.

Dans un autre ordre d'idée, cette étude a révélé une bonne cohérence interne entre les diverses composantes du programme, à l'exception de la portion du traitement portant sur la modification des intérêts sexuels déviants. Il semble que les divers volets du programme se chevauchent tous, dans une certaine mesure, ce qui correspond bien aux notions théoriques et cliniques retrouvées dans la littérature scientifique. Par contre, la prévalence des intérêts sexuels déviants et l'indépendance de cette composante face au reste du programme, tranchent avec plusieurs idées véhiculées par la communauté scientifique.

Cette recherche a donc permis de jeter un éclairage intéressant sur les défis qui attendent les chercheurs dans le domaine. A cet effet, il semble justifier de proposer que les recherches futures s'attardent davantage à mieux opérationnaliser le concept de «réussite en traitement». Plus précisément, l'auteur suggère de mesurer la réussite clinique en termes de changements pré et post-traitement. Pour ce faire, des efforts considérables devront être déployés afin de développer des outils cliniques valides, permettant de mesurer de tels changements. De même, il semble important de développer des devis de recherche comportant un plus grand nombre de sujets, suivis sur une plus longue période de temps. L'agrégation de plusieurs échantillons, provenant de programmes similaires, apparaît une avenue prometteuse.

De plus, l'importance des intérêts sexuels déviants semble avoir été sous-estimée par certains auteurs. La prévalence d'un tel facteur chez la population carcérale demande à être mieux connue. De même, des études supplémentaires demandent à être conduites, afin de mieux connaître les méthodes les plus efficaces pour s'adresser à ce problème majeur. Étant donné l'importance des intérêts sexuels déviants dans la récurrence des délinquants sexuels, le désintéressement actuel de la communauté scientifique ne paraît pas justifié.

Finalement, il semble primordial de poursuivre les efforts en vue d'identifier les individus les plus susceptibles de bénéficier d'un traitement. Le travail clinique auprès d'une telle clientèle exige des ressources énormes, autant au plan humain que financier. Un meilleur ciblage de la clientèle s'avère donc important. Dans un même ordre d'idées, une des questions de cette étude n'a pu être répondue. En effet, la pertinence de chacun des modules du programme n'a pas pu être étudiée. Cette question demeure donc de première importance. L'auteur espère qu'en allongeant la période de suivi de son échantillon, des résultats intéressants pourront être trouvés à ce sujet.

Références

- Abbey, A., McAuslan, P., & Ross, L.T. (1998). Sexual assault perpetration by college men : The role of alcohol, misperception of sexual beliefs and experiences. Journal of Social and Clinical Psychology, 17, 167-195.
- Abel, G.G., Becker, J.V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent and cognitions in sex between children and adults. International Journal of Law and Psychiatry, 7, 89-103.
- Abel, G.G., Gore, D.K., Holland, C.L., Camp, N., Becker, J.V., & Rathner, J. (1989). The measurement of cognitive distortions of child molesters. Annals of Sex Research, 2, 135-152.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. Criminology, 28, 369-404.
- Aubut, J., Proulx, J., Lamoureux, B., & McKibben, A. (1998). Sexual offenders' treatment program of the Philippe Pinel Institute of Montréal. In: W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, S. M. Hudson, & T. Ward (Éds), Sourcebook of treatment programs for sexual offenders (pp. 221-233). New York : Plenum Press.
- Aytes, K.E., Olsen, S.S., Zakrajsek, T., Murray, P., & Ireson, R. (2001). Cognitive/behavioral treatment for sexual offenders: An examination of recidivims. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13(4), 223-231.
- Barbaree H.E. (1990) Stimulus control of sexual arousal: Its role on sexual assault. In: W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.). Hanbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of The Offender. (pp. 115-142). New York: Plenum Press.
- Barbaree, H.E. (1991). Denial and minimization among sex offenders : Assessment and treatment outcome. Forum on Corrections Research, 3, 30-33.
- Barbaree, H.E. (1997). Evaluating treatment efficacy with sexual offenders : The insensitivity of recidivism studies to treatment effect. Sexual Abuse : Journal of Research and Treatment, 9, 111-128.
- Barbaree, H.E., Marshall, W.L., & Connor, J. (1988). The social problem-solving of child molesters. Manuscrit non publié. (Kingston, Canada, Queen's University).

- Barbaree, H.E., & Seto, M.C. (1997). Pedophilia : Assessment and treatment. In: R.D. Laws, & W. O'Donohue (Eds.). Sexual Deviance : Theory, Assessment, and Treatment. (pp. 175-193). New York : Guilford Press.
- Barbaree H.E., Seto, M.C., & Langton, C. (2001). Psychopathy, Treatment behavior, and Sex Offender Recidivism : An extended Follow-up. Papier présenté au 20^{ème} congrès de l'Association for the Treatment of Sexual Offenders, San Antonio : Texas.
- Barsetti, I., Earls, C.M., Lalumière, M., & Bélanger, N. (1998). The differentiation of intrafamilial and extrafamilial child molesters. Journal of Interpersonal Violence, 13(2), 275-286.
- Beckett, R.C., Beech, A.R., Fisher, D., & Fordham, A.S. (1994). Community-Based Treatment for Sex Offenders: An Evaluation of Seven Programmes. London: Home Office.
- Beech, A., Friendship, C., Erikson, M., & Hanson, R.K. (2002). The relationship between static and dynamic risk factors and reconviction in a sample of U.K. child abusers. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 14(2), 155-167.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). Manuel for the Sexual Violence Risk-20 : Professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Vancouver, C-B : Institute against Family Violence.
- Brown, S.L., & Forth, A.E. (1997). Psychopathy and sexual assault : Static risk factors, emotional precursors, and rapist subtypes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 848-857.
- Burt, M.R. (1983). Justifying personal violence : A comparison of rapists and the general public. Victimology : An International Journal, 8, 131-150.
- Campbell, T.W. (2000). Sexual predator evaluations and phrenology: Considering issues of evidentiary reliability. Behavioral Sciences and the Law, 18, 111-130.
- Carich, M.S., & Stone, M.H. (2001). Using relapse intervention strategies to treat sexual offenders. The Journal of Individual Psychology, 57(1), 26-36.
- Chevrel, A. (2001) Programme d'évaluation et de traitement intensif des délinquants sexuels de la Clinique La Macaza : Dossier de présentation. Services correctionnels du Canada.
- Cleckley, H.M. (1976). The Mask of Sanity (5e ed.). St-Louis : C.V. Mosby.

- Clelland, S.R., Studer, L.H., & Reddon, J.R. (1998). Brief report : Follow-up of rapists treated in a forensic psychiatric hospital. Violence and Victims, 13(1), 79-86.
- Clinique La Macaza (2001). Programme d'évaluation et de traitement intensif des délinquants sexuels : Dossier de présentation et Manuels de traitement.
- Côté, G. (2000). Vers une définition de la psychopathie. In: G. Côté & T.H. Pham (Eds.). Psychopathie : Théorie et recherche. (pp.19-46). Villeneuve-d'Ascq, France : Presses universitaire du Septentrion.
- Côté, G., & Hodgins, S. (1996). L'Échelle de Psychopathie de Hare – Révisée (PCL-R) : Éléments de validation française. Toronto : Multi-Health Systems.
- Douglas, K.S., & Webster, C.D. (1999). The HCR-20 violence risk assessment scheme : Concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. Criminal Justice and Behavior, 26, 3-19.
- Earls, C.M., & Castonguay, L.G. (1989). The evaluation of olfactory aversion for a bisexual pedophile with a single-case multiple baseline design. Behavior Therapy, 20, 137-146.
- Earls, C.M., & Quinsey, V.L. (1985). What is to be done? Future research on the assessment and behavioral treatment of sex offenders. Behavioral Sciences and the Law, 3(4), 377-390.
- Eccles, A., & Marshall, W.L. (1999). Relapse Prevention. In: W.L. Marshall, D. Anderson & Y. Fernandez (Eds.). Cognitive-Behavioral Treatment of Sexual Offenders, (pp. 127-146). Wiley: Toronto.
- Epperson, D. L., Kaul, J. D., Huot, S. J., Hesselton, D., Alexander, W., & Goldman, R. (1999). Minnesota Sex Offender Screening Tool Revised (MnSOST-R). St-Paul, MN: Minnesota Department of Correction.
- Fernandez, Y.M., & Marshall, W.L. (2003).Victim Empahy, Social Self-Esteem, and Psychopathy in Rapist. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 15(1), 11-26.
- Fernandez, Y.M., Marshall, W.L., Lightbody, S., & O'Sullivan, C. (1999). The child molester empathy measure: Description and examination of its reliability and validity. Sexual Abuse: Journal of Reaserch and Treatment, 11, 17-31.

- Field, H. (1978). Attitudes towards rape : A comparative analysis of police, rapists, crisis counselors, and citizens. Journal of Personality and Social Psychology, 36, 156-179.
- Fleiss, J.L. (1981). Statistical Methods for Rates and Proportions. 2nd Edition. NY: John Wiley.
- Freeman-Longo, R.E., Bird, S., Stevenson, W.F., & Fiske, J.A. (1995). 1994 Nationwide Survey of Treatment Programs and Models: Serving Abuse-Reactive Children and Adolescent and Adult Sex Offenders. Brandon, VT : Safer Society Press.
- Furby, L., Weinrott, M.R. et Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism : A review. Psychological Bulletin, 105, 3-30.
- Généreux, M-A. (2003). Efficacité d'un traitement cognitivo-béavioral administré en communauté pour le contrôle des intérêts sexuels déviants chez trois types d'abuseurs sexuels. Thèse de doctorat présentée à l'Université de Montréal. Montréal : Qc.
- George, W.H., & Marlatt, G.A. (1989). Introduction. In: D.R. Laws (Ed.) Relapse prevention with sex offenders (pp. 1-31), New York : Guilford Press.
- Goodchilds, J.D., & Zelman, G.L. (1984). Sexual signaling, and sexual aggression in adolescent relationships. In: N.M. Malamuth & E. Donnerstein (Eds.). Pornography and Sexual Aggression. Orlando FL : Academic Press.
- Gretton, H., McBride, M., Hare, R.D., O'Shaughnessy, R., & Kumka, G. (2001). Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders. Criminal Justice and Behavior, 28, 427-449.
- Grossman, L.S. (1985). Research directions in the evaluation and treatment of sex offenders : An analysis. Behavioral Sciences and the Law, 3, 421-440.
- Grossman, L.S., Martis, B., & Fichtner, C.G. (1999). Are sex offender treatable. A research review. Psychiatric Services, 50(3), 349-361.
- Hall, R.L. (1989). Relapse Rehearsal. In: D.R. Laws (Ed.) Relapse prevention with sex offenders (pp. 197-206), New York : Guilford Press.
- Hall, G.C.N. (1995). Sexual offender recidivism revisited : A meta-analysis of recent treatment studies. Journal of Consulting and Clinnical Psychology, 63, 802-809.

- Hall, G.C.N., Shondrick, D.D., & Hirshman, R. (1993). Conceptually derived treatment for sexual aggressors. Professional Psychology : Research and Practice, 24, 62-69.
- Hamilton, M., & Yee, J. (1990). Rape knowledge and propensity to rape. Journal of Research in Personality, 57, 925-939.
- Hanson, R.K. (1997). How to know what works with sexual offenders. Sexual Abuse : Journal of Research and Treatment, 9, 129-145.
- Hanson, R.K. (2000a). What Is So Special About Relapse Prevention ? In: D.R. Laws, S.M. Hudson & T. Ward (Eds.) Relapse Prevention with Sex Offenders : A Sourcebook (pp. 27-38). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Hanson, R.K. (2000b). Treatment outcome and evaluation problems (and solutions). In R.L. Laws, S.M. Hudson, & T. Ward (Eds.), Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: A Sourcebook, (pp. 485-499). Sage: Thousand Oaks, CA.
- Hanson, R.K. (2002). Formation sur l'utilisation du statique-99 et du SONAR dans l'évaluation du risque de récidive chez l'agresseur sexuel. Québec (Qc), automne 2002.
- 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., Gizzarelli, R., & Scott, H. (1994). The attitudes of incest offenders : Sexual entitlement and acceptance of sex with children. Criminal Justice and Behavior, 21, 187-202.
- 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(2), 169-194.
- Hanson, R.K., & Harris, A. (1998). Les prédicteurs dynamiques de la récidive sexuelle. Recherche correctionnelle, Ministère du Solliciteur général du Canada.
- Hanson, R.K., & Harris, A. (2000). L'échelle d'évaluation des besoins des délinquants sexuels (SONAR) : Une méthode permettant de mesurer le changement de niveau de risque. Recherche correctionnelle, Ministère du Solliciteur général du Canada.

- Hanson, R.K., & Harris, A. (2001). Projet de surveillance dynamique : Manuel de cotation stable. Recherche correctionnelle, Ministère du Solliciteur général du Canada.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K. (2004). Les prédicteurs de la récidive sexuelle : Une méta-analyse à jour. Recherche correctionnelle, Ministère du Solliciteur général du Canada.
- Hanson, R.K., & Scott, H. (1995). Assessing perspective taking among sexual offenders, nonsexual criminals and nonoffenders. Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 7, 259-277.
- Hanson, R.K., Steffy, R.A., & Gauthier, R. (1993). Long-term recidivism of child molesters. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(4), 646-652.
- Hanson, R.K., & Thornton, D. (1999). Static-99 : Improving Actuarial Risk Assessments for Sex Offenders. Ministère du Solliciteur general du Canada.
- Hanson, R.K., & Thornton, D. (2003). Notes sur l'élaboration de la Statique-2002. Ministère du Solliciteur général du Canada.
- Hare, R.D. (1991). Manual for Revised Psychopathy Checklist. Toronto : Multi-Health Systems. (77 pp.).
- Hare, R.D. (2003). Hare Psychopathy Checklist-Revised, Second Edition. Toronto : Multi-Health Systems. (222 pp.).
- Harpur, T.J., Hakstian, A.R., & Hare, R.D. (1988). Factor structure of the Psychopathy Checklist. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 741-747.
- Harpur, T.J., Hare, R.D., & Hakstian, A.R. (1989). Two-factor conceptualization of psychopathy : Construct validity and assessment implications. Psychological Assessment : A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1, 6-17.
- Harris, A.J.R., Phenix, A., Hanson, R.K., & Thornton, D. (2003). Statique-99 : Règles de codage révisées. Ottawa, Department of the Solicitor General of Canada.
- Harris, G.T., & Hanson, K.R. (2004). La récidive sexuelle : d'une simplicité trompeuse. Recherche correctionnelle, Ministère du Solliciteur général du Canada.

- Harris, G.T., Rice, M.E., & Quinsey, V.L. (1998). Appraisal and management of risk in sexual aggressor : Implications for criminal justice policy. Psychology, Public Policy, and Law, 4, 73-115.
- Hart, S.D., & Hare, R.D. (1998). Psychopathy : Assessment and association with criminal conduct. In: D.M. Stoff, J. Brieling, & J. Maser (Eds.). Handbook of Antisocial Behavior. (pp. 22-35). NY : Wiley.
- Hartley, C.C. (1998). How incest offenders overcome internal inhibitions through the use of cognitions and cognitive distortions. Journal of Interpersonal Violence, 13, 25-39.
- Hayashino, D.S., Wurtele, S.K., & Klebe, K.J. (1995). Child molesters : An examination of cognitive factors. Journal of Interpersonal Violence, 10, 106-116.
- Hemphill, J.F., Hare, R.D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism : A review. Legal and Criminological Psychology, 3, 139-170.
- Howells, K., & Wright, E. (1978). The sexual attitudes of aggressive sexual offenders. British Journal of Criminology, 18, 170-174.
- Hudson, S.M., Marshall, W.L., Wales, D.S., McDonald, E. Bakker, L.W., & McLean, A. (1993). Emotional recognition skills of sex offenders. Annals of Sex Research, 6, 199-211.
- Hudson, S.M., Marshall, W.L., Ward, T., Johnston, P.W., & Jones, R.L. (1995). Kia Marama: A cognitive-behavioral program for incarcerated child molesters. Behavior Change, 12, 69-80.
- Kanin, E.J. (1984). Date rape : Unofficial criminals and victims. Victimology, 9, 95-108.
- Knopp, F.H., Freeman-Longo, R., & Stevenson, W. (1992). Nationwide Survey of Juvenile and Adult Sex-Offender Treatment Programs. Orwell, UT: Safer Society Press.
- Lalumière, M. (2003). Communication personnelle, La Macaza.
- Langström, N., & Grann, M. (2000). Risk for criminal recidivism among young sex offenders. Journal of Interpersonal Violence, 15, 856-872.
- Langton, C.M., Barbaree, H.E., & Seto, M.C. (2002). How should we interpret behavior in treatment? Papier présenté à la 21^{ième} conférence de la Association for the Treatment of Sexual Abusers, Montréal (Qc).

- Langton, C.M., & Marshall, W.L. (2000). The role of cognitive distortions in relapse prevention programs. In: D.R. Laws, S.M. Hudson, & T. Ward (Eds.). Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders : A Sourcebook. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Larsen, J., Hudson, S.M., & Ward, T. (1995). Evaluation of attributional change in a relapse prevention programme for child molesters. Behaviour Change, 12, 127-138.
- Laws, D.R. (1995). Verbal satiation: Notes on procedure, with speculations on its mechanism of effect. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 7(2), 155-166.
- Laws, D.R. (2001). Olfactory aversion: Notes on procedure, with speculations on its mechanism of effect. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 13 (4), 275- 287.
- Laws, D.R., Hudson, S.M., & Ward, T. (2000). The Original Model of Relapse Prevention with Sex Offenders : Promises Unfulfilled. In: D.R. Laws, S.M. Hudson & T. Ward (Eds.) Relapse Prevention with Sex Offenders : A Sourcebook (pp. 3-24). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Laws, D.R., & Marshall, W.L. (1990). A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preference and behavior. In: W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.). Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of The Offender. (pp. 209-229). New York: Plenum Press.
- Lipton, D.N., McDonel, E.C., & McFall R.M. (1987). Heterosexual perception in rapists. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 17-21.
- Looman, J., Abracen, J., & Nicholaichuk, T.P. (2000). Recidivism among treated sexual offenders and matched controls: Data from the Regional Treatment Centre (Ontario). Journal of Interpersonal Violence, 15(3), 279-290.
- 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.
- Malamuth, N.M., & Brown, L.M. (1994). Sexually aggressive men's perceptions of women's communications : Testing three explanations. Journal of Personality and Social Psychology, 67, 699-712.

- Malcolm, P.B., Andrews, D.A., & Quinsey, V.L. (1993). Discriminant and predictive validity of phallometrically measured sexual age and gender preference. Journal of Interpersonal Violence, 8(4), 486-501.
- Maletzky, B.M. (1997). Exhibitionism : Assessment and Treatment. In: D.R. Laws & W. O'Donohue (Eds.) Sexual Deviance : Theory, Assessment, and Treatment (pp. 40-74), New York : Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1982). Relapse Prevention : A Self-Control Program for the Treatment of Addictive Behaviors. In: R.B. Stuart (Ed.), Adherence, compliance, and generalization in behavioral medicine (pp. 329-378). New York : Brunner/Mazel.
- Marolla, J., & Scully, D. (1986). Attitudes towards women, violence, and rape : A comparison of convicted rapists and other felons. Deviant Behavior, 7, 337-355.
- Marques, J.K. (1999). How to answer the question: "Does sex offender treatment work?". Journal of Interpersonal Violence, 14(4), 437-451.
- Marques, J.K., Day, D.M., Nelson, C., & West, M.A. (1994). Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism : Preliminary results of a longitudinal study. Criminal Justice and Behavior, 21, 28-54.
- Marques, J.K., Day, D.M., Wiederanders, M., & Nelson, C. (2002). Main effects & beyond: New findings from the California Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). Papier présenté à la 21^{ème} conférence de la Association for the Treatment of Sexual Abusers, Montréal (Qc).
- Marshall, W.L. (1994). Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. Behaviour Research and Therapy, 32, 559-564.
- Marshall, W.L., (1996). Assessment, treatment, and theorizing about sex offenders: Development during the past twenty years and future directions. Criminal Justice and Behavior, 23, 162-199.
- Marshall, W.L. (1999). Diagnosing and treating sexual offenders. In: A.K. Hess & I.B. Weiner (Eds.). The Handbook of Forensic Psychology (2nd Edition). New York : John Wiley & Sons.
- Marshall, W.L., & Anderson, D. (1996). An evaluation of the benefits of relapse prevention programs with sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Therapy, 8(3), 209-221.
- Marshall, W.L., & Anderson, D. (2000). Do relapse prevention components

- enhance treatment effectiveness? In: R.L. Laws, S.M. Hudson, & T. Ward (Eds.), Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: A Sourcebook, (pp. 39-55). Sage: Thousand Oaks, CA.
- Marshall, W.L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999a). The development of cognitive-behavioral approaches. In: W.L. Marshall, D. Anderson & Y. Fernandez (Eds.). Cognitive-Behavioral Treatment of Sexual Offenders, (pp. 9-31). Wiley: Toronto.
- Marshall, W.L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999b). Sexual preferences. In: W.L. Marshall, D. Anderson & Y. Fernandez (Eds.). Cognitive-Behavioral Treatment of Sexual Offenders, (pp. 110-126). Wiley: Toronto.
- Marshall, W.L., & Barbaree, H.E. (1988). The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. Behaviour Research and Therapy, 26(6), 499-511.
- Marshall, W.L., & Barbaree, H.E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In: W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.). Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender (pp. 363-385). New York: Plenum Press.
- Marshall, W.L., Barbaree, H.E., & Fernandez, Y. (1995). Some aspects of social competence in sexual offenders. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 7, 113-127.
- Marshall, W.L., Eccles, A., & Barbaree, H.E. (1991). The treatment of exhibitionists: A focus on sexual deviance versus cognitive and relationship features. Behavior Research and Therapy, 29(2), 129-135.
- Marshall, W.L., Hamilton, K., & Fernandez, Y. (2001). Empathy deficits and cognitive distortions I child molesters. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13(2), 123-130.
- Marshall, W.L., Hudson, S.M., Jones, R., & Fernandez, Y.M. (1995). Empathy in sex offenders. Clinical Psychology Review, 15, 99-113.
- Marshall, W.L., & Lippens, K. (1977). The clinical value of boredom. The Journal of Nervous and Mental Disease, 165, 283-287.
- Marshall, W.L., & Moulden, H. (2001). Hostility toward women and victim empathy in rapists. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13(4), 249-255.

- Marshall, W.L., O'Sullivan, C., & Fernandez, Y.M. (1996). The enhancement of victim empathy among incarcerated child molesters. Legal and Criminological Psychology, 1, 95-102.
- Marshall, W.L., & Pithers, W.D. (1994). A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. Criminal Justice and Behavior, 21, 10-27.
- Marshall, W.L., Ward, T., Jones, R., Johnston, p., & Barbaree, H.E. (1991). An optimistic evaluation of treatment outcome with sex offenders. Violence Update, Mars, 1-8.
- McConaghy, N. (1999). Methodological issues concerning evaluation of treatment for sexual offenders: Randomization, treatment dropouts, untreated controls, and within-treatment studies. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 11(3), 183-193.
- McFall, R.M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. Behavioral Assessment, 4, 1-33.
- McFall, R.M. (1990). The enhancement of social skills: An information-processing analysis. In: W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.). Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender (pp. 311-330). New York: Plenum Press.
- McFall, R.M., & Dodge, K.A. (1982). Self-management and interpersonal skills learning. In: P. Karoly (Ed.). Self-Management and Behavior Change. NY : Permagon Press, 353-392.
- McGrath, R.J., Cumming, G., Livingston, J.A., & Hoke, S.E. (2003). Outcome of a treatment program for adult sex offenders: From prison to community. Journal of Interpersonal Violence, 18(1), 3-17.
- McGrath, R.J., Hoke, S., & Vojtisek, J.E. (1998). Cognitive-behavioral treatment of sex offenders : A treatment comparison and long-term follow-up study. Criminal Justice and Behavior, 25(2), 203-225.
- McKibben, A., Proulx, J., & Lusignan, R. (1994). Relationship between affective components and deviant sexual behaviours in rapists and pedophiles. Behaviour Research and Therapy, 32, 295-310.
- Muehlenhard, C.L., & Linton, M.A. (1987). Date rape and sexual aggression in dating situations : Incidence and risk factors. Journal of Counseling Psychology, 34(2), 186-196.

- Mulloy, R., & Marshall, W.L. (1999). Social functioning. In: W.L. Marshall, D. Anderson & Y. Fernandez (Eds.). Cognitive-Behavioral Treatment of Sexual Offenders, (pp. 93-109). Wiley: Toronto.
- Murphy, W.D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In: W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.). Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender (pp. 331-342). New York: Plenum Press.
- Nelson, C., & Jackson, P. (1989). High-Risk Recognition : The Cognitive-Behavioral Chain. In: D.R. Laws (Ed.) Relapse prevention with sex offenders (pp. 167-177), New York : Guilford Press.
- Nicholaichuk, T.P. (1996) La priorité dans le domaine du traitement des délinquants sexuels : Une illustration du principe du risque et des besoins. Forum on Correctional Research, 8(2), 30-32.
- Nicholaichuk, T., Gordon, A., Gu, D., & Wong, S. (2000). Outcome of an institutional sex offender treatment program: A comparison between treated and matched untreated offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 12(2), 139-153.
- Overholser, J.C. & Beck, S. (1986). Multimethod assessment of rapists, child molesters, and three control groups on behavioral and psychological measures. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 682-687.
- Pithers, W.D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. In: W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.). Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender (pp. 343-361). New York: Plenum Press.
- Pithers, W.D. (1994). Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offender's empathy for sexual abuse survivors. Behaviour Research and Therapy, 32, 565-570.
- Pithers, W.D. (1999). Empathy: Definition, enhancement, and relevance to the treatment of sexual abusers. Journal of Interpersonal Violence, 14, 257-284.
- Pithers, W.D., Marques, J.K., Gibat, C.C., & Marlatt, G.A. (1983). Relapse Prevention with Sexual Aggressives : A Self-Control Model of Treatment and Maintenance of Change. In: J.C. Greer & I.R. Stuart (Eds.), The sexual aggressor : Current perspectives on treatment (pp. 214-239). New York : Van Nostrand Reinhold.

- Porter, J.F., & Critelli, J.W. (1994). Self-talk and sexual arousal in sexual aggression. Journal of Social and Clinical Psychology, 13, 233-239.
- Proulx, J. (1993). La modification des préférences sexuelles. In: J. Aubut (Ed.). Les agresseurs sexuels : Théorie, évaluation et traitement. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Proulx, J., Ouimet, M., Pellerin, B., Paradis, Y., McKibben, A., & Aubut, J. (1998). Posttreatment recidivism rates in sexual aggressors : A comparison between dropout and nondropout subjects. Les cahiers de l'école de criminology, 98-22.
- 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.
- Proulx, J., Tardif, M., Lamoureux, B., & Lussier, P. (2000). How does recidivism risk assessment predict survival? In: R.L. Laws, S.M. Hudson, & T. Ward (Eds.), Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: A Sourcebook, (pp. 455-465). Sage: Thousand Oaks, CA.
- Pryor, J.B., & Stoller, L.M. (1994). Sexual cognition processes in men high in likelihood to sexually harass. Personality and Social Psychology Bulletin, 20, 163-169.
- Quinsey, V.L., Chaplin, T.C., & Carrigan, W.F. (1980). Biofeedback and signaled punishment in the modification of inappropriate sexual age preferences. Behavior Therapy, 11, 567-576.
- Quinsey, V.L., & Earls, C.M. (1990). The modification of sexual preferences. In: W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.). Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender (pp. 279-295), New York: Plenum Press.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (1998). Violent Offenders : Appraising and Managing Risk. Washington, DC : American Psychological Association.
- Quinsey, V.L., Khanna, A., & Malcolm, P.B. (1998). A retrospective evaluation of the regional treatment centre sex offender treatment program. Journal of Interpersonal Violence, 13, 621-644.
- Quinsey, V.L., & Lalumière, M.L. (2001) Assessment of Sexual Offenders against Children 2nd edition, Thousand Oaks : Sage Publications, 81 pp.

- Quinsey, V.L., & Marshall, W.L. (1983). Procedures for reducing inappropriate sexual arousal: An evaluation review. In: J.G. Geer & I.R. Stuart (Eds.). The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatment NY : Van Nostrand Reinhold Company.
- Quinsey, V.L., Rice, M.E., & Harris, G.T. (1995). Actuarial prediction of sexual recidivism. Journal of Interpersonal Violence, 10(1), 85-105.
- Rice, M.E., Chaplin, T.C., Harris, G.T., & Coutts, J. (1994). Empathy for the victim and sexual arousal among rapists and nonrapists. Journal of Interpersonal Violence, 9, 435-449.
- Rice, M.E., & Harris, G.T. (1997). Cross-validation and extension of the Violent Risk Appraisal Guide for child molesters and rapists. Law and Human Behavior, 21, 231-241.
- Rice, M.E., Harris, G.T., & Cormier C.A. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. Law and Human Behavior, 16, 399-412.
- Rice, M.E., Quinsey, V.L., & Harris, G.T. (1991). Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security institution. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 381-386.
- Rocheffort, S., & Earls, C.M. (1998). Facteurs déterminants du fonctionnement antisocial et psychopathique chez deux groupes de sujets détenus en milieu carcéral. Présentation faite au 66^{ème} congrès de l'Association Canadienne Française pour l'Avancement des Sciences (ACFAS).
- Rouleau, J.L., Barsetti, I., Renaud, P., Tétrault, S., Lavallée, K., & Dufresne, M-H (2004). Programme de traitement spécialisé de la délinquance sexuelle du Centre d'Étude et de Recherche de l'Université de Montréal.
- Roys, D.T. (1997). Empirical and theoretical considerations of empathy in sex offenders. Interpersonal Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 41, 53-64.
- Scott, R.L., & Tétrault, L.A. (1987). Attitudes of rapists and other violent offenders towards women. The Journal of Social Psychology, 127, 375-380.
- Segal, Z.V., & Marshall, W.L. (1985a). Heterosexual social skills in a population of rapists and child molesters. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 55-63.

- Segal, Z.V., & Marshall, W.L. (1985b). Self-report and behavioral assertion in two groups of sexual offenders. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16, 223-229.
- Segal, Z.V., & Marshall, W.L. (1986). Discrepancies between self-efficacy predictions and actual performance in a population of rapists and child molesters. Cognitive Therapy and Research, 10, 363-376.
- Service correctionnel du Canada (2005). Manuel du programme national de traitement en délinquance sexuelle : Intensité faible et modéré.
- Seto, M.C. (2002). How Should We Interpret The Results of Multiple Actuarial Risk Assessment Instruments ? Présentation faite à la 21^{ième} conférence annuelle de l'ATSA, Montréal, Qc.
- Seto, M.C., & Barbaree, H.E. (1999). Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. Journal of Interpersonal Violence, 14(12), 1235-1248.
- Shea, M.C.E. (1993). The effects of selective evaluation on the perception of female cues in sexually coercive and noncoercive males. Archives of Sexual Behavior, 22, 415-433.
- Smallbone, S.W., Wheaton, J., & Hourigan, D. (2003). Trait empathy and criminal versatility in sexual offenders. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 15(1), 49-60.
- Steenman, H., Nelson, C., & Viesti Jr., C. (1989). Developing coping strategies for high-risk situations. In: D.R. Laws (Ed.) Relapse prevention with sex offenders (pp. 178-187), New York: Guilford Press.
- Stermac, L.E., & Quinsey, V.L. (1986). Social competence among rapists. Behavioral Assessment, 8, 171-185.
- Stermac, L.E., & Segal, Z.V. (1989). Adult sexual contact with children: An examination of cognitive factors. Behavior Therapy, 20, 573-584.
- Stermac, L.E., Segal, Z.V., & Gillis, R. (1990). Social and cultural factors in sexual assault. In: W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.). Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender (pp. 143-159). New York: Plenum Press.
- Tierney, D.W., & McCabe, M.P. (2001). An evaluation of self-report measures of cognitive Distorsions and empathy among Australian sex offenders. Archives of Sexual Behaviors, 30, 495-519.

- Ward, T., Fon, C., Hudson, S.M., & McCormack, J. (1998). A descriptive model of dysfunctional cognitions on child molesters. Journal of Interpersonal Violence, 13, 129-155.
- Ward, T., & Hudson, S.M. (1996). Relapse prevention : A critical analysis. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 8, 177-200.
- Ward, T., Hudson, S.M., Johntson, L., & Marshall, W.L. (1997). Cognitive Distorsions in sex offenders : An integrative review. Clinical Psychology Review, 17, 479-507.
- Ward, T., Hudson, S.M., & Marshall, W.L. (1995). Cognitive distortions and affective deficits in sex offenders : A cognitive deconstructionist interpretation. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 7(1), 67-83.
- Ward, T., Hudson, S.M., & Siegert, R.J. (1995). A critical comment on Pithers' relapse prevention model. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 7 (2), 167-175.
- Ward, T., Loudon, K., Hudson, S., & Marshall, W.L. (1995). A Descriptive Model of the Offense Chain for Child Molesters. Journal of Interpersonal Violence, 10(4), 452-472.
- Ward, T., McCormack, J., Hudson, S.M., & Polaschek, D. (1997). Rape: Assessment and treatment. In: D.R. Laws & W. O'Donohue (Eds.). Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment (pp. 356-393), New York: Guilford Press.
- Weinrott, M.R., Riggan, M., & Frothingham, S. (1997). Reducing deviant arousal in juvenile sex offenders using vicarious sensitization. Journal of Interpersonal Violence, 12(5), 704-728.
- Williams, S.M. (1998). Empathy and victim awareness: Battling perceptual, cognitive and emotional deficits in sex offenders. Conférence présentée à Orlando, dans le cadre du congrès annuel de l'ATSA.
- Williams, S.M., & Cullen, M.C. (1999). Assessing and treating empathy deficits in sex offenders: Melding theory, research, and practice. Workshop présenté à San Diego, dans le cadre du congrès annuel de l'ATSA.
- Williams, S.M., & Khanna, A. (1990). Empathy Training for Sex Offenders, Acte du troisième symposium sur la violence et l'agression, University of Saskatchewan, CPR Prairies, Canada.

Wood, R.M., Grossman, L.S., & Fichtner, C.G. (2000). Psychological assessment, treatment, and outcome with sex offenders. Behavioral Sciences and the Laws, 18, 23-41.

Appendice A

SEXUAL OFFENDER RISK APPRAISAL GUIDE (SORAG)
Ensemble des items et table des probabilités de récidive

Items du Sexual Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)

1. A vécu avec ses deux parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans (excepté pour la mort d'un parent)

Oui = -2 Non = +3

2. Ajustement à l'école primaire

Pas de problème	= -1
Problèmes mineurs ou modérés	= +2
Problèmes sévères	= +5

3. Histoire de problème d'alcool

Un point est accordé pour chacun des items suivants : alcoolisme parental, problème d'alcool à l'adolescence, problème d'alcool à l'âge adulte, alcool impliqué dans un délit antérieur, alcool impliqué dans le délit actuel.

0 = -1, 1 ou 2 = 0, 3 = +1, 4 ou 5 = +2

4. Statut marital

Déjà marié (ou cohabitation pour au moins 6 mois)	= -2
Jamais marié	= +1

5. Histoire criminelle non violente (selon le système de cotation Cormier-Lang)

0	= -2
1 ou 2	= 0
3 et plus	= +3

6. Histoire criminelle violente (selon le système de cotation de Cormier-Lang)

0	= -2
1 ou 2	= 0
3 et plus	= +6

7. Nombre de délits sexuels antérieurs

Aucun	= -1
1 ou 2 délits	= +1
3 délits ou plus	= +5

8. Délits sexuels commis uniquement à l'encontre de victimes féminines, âgées de moins de 14 ans

Oui = 0 Non = +4

9. Est déjà contrevenu à une libération conditionnelle ou une probation

Oui = +3 Non = 0

10. Âge au moment de la commission du délit sexuel actuel

39 ans ou plus	= -5
34 à 38 ans	= -2
28 à 33 ans	= -1
27 ans	= 0
26 ans ou moins	= +2

11. Présence d'un diagnostic d'un Trouble de la personnalité (selon DMS-III)

Oui = +3 Non = -2

12. Rencontre les critères diagnostiques de la schizophrénie (selon DMS-III)

Oui = -3 Non = +1

13. Présence d'intérêts sexuels déviants mesurés par la phallométrie

Tous les tests indiquent des préférences sexuelles non déviantes	= -1
Au moins un test montre une préférence sexuelle déviante	= +1

14. Score à l'échelle révisée de Psychopathie de Hare (PCL-R)

4 ou moins	= -5
5 à 9	= -3
10 à 14	= -1
15 à 24	= 0
25 à 34	= +4
35 ou plus	= +12

Table des probabilités de récidive violente (incluant la récidive sexuelle)

Probabilité de récidive violente (incluant la récidive sexuelle) en
fonction de 9 catégories d'égale grandeur au SORAG

Catégories Du SORAG	Score au SORAG	7 ans
1	- 8 ou moins	0.07
2	- 9 à - 4	0.15
3	- 3 à + 2	0.23
4	+ 3 à + 8	0.39
5	+ 9 à + 14	0.45
6	+ 15 à + 19	0.58
7	+ 20 à + 24	0.58
8	+ 25 à + 30	0.75
9	+ 31 ou plus	1.00

Appendice B

STATIQUE-99

Ensemble des items et table des probabilités de récurrence

Items de la Statique-99 et système de cotation

Facteur de risque	Codes		Score
Infractions sexuelles antérieures (Mêmes règles que pour l'ERRRS)	Accusations Aucune 1-2 3-5 6 +	Condamnations Aucune 1 2-3 4 +	0 1 2 3
Prononcés de peine antérieurs (non comprise l'infraction répertoriée)	3 ou moins 4 ou plus		0 1
Condamnations pour infractions sexuelles sans contact	Non Oui		0 1
Infractions de violence non sexuelle répertoriées	Non Oui		0 1
Infractions de violence non sexuelle antérieures	Non Oui		0 1
Au moins une victime sans lien de parenté avec le délinquant	Non Oui		0 1
Au moins une victime qui était un inconnu	Non Oui		0 1
Au moins une victime du sexe masculin	Non Oui		0 1
Jeune	25 ans ou plus 18 – 24,99 ans		0 1
Célibataire	Le délinquant a-t-il déjà cohabité pendant au moins deux ans avec son amant? (homme ou femme) Oui Non		0 1
Score total			

Catégories de risque selon le score

0 ou 1 = risque faible
 2 ou 3 = risque faible – modéré
 4 ou 5 = risque modéré – élevé
 6 et plus = risque élevé

Table de probabilités de récidive

Cotation	Récidive sexuelle			Récidive violente		
	5 ans	10 ans	15 ans	5 ans	10 ans	15 ans
0	0,05	0,11	0,13	0,06	0,12	0,15
1	0,06	0,07	0,07	0,11	0,17	0,18
2	0,09	0,13	0,16	0,17	0,25	0,30
3	0,12	0,14	0,19	0,22	0,27	0,34
4	0,26	0,31	0,36	0,36	0,44	0,52
5	0,33	0,38	0,40	0,42	0,48	0,52
6+	0,39	0,45	0,52	0,44	0,51	0,59

Appendice C

ÉCHELLE DE PSYCHOPATHIE DE HARE - REVISEE **Ensemble des items et système de cotation**

Items formant l'échelle révisée de psychopathie de Hare (PCL-R)

1. Loquacité et charme superficiel
2. Surestimation de soi
3. Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer
4. Tendance au mensonge pathologique
5. Duperie et manipulation
6. Absence de remords et de culpabilité
7. Affect superficiel
8. Insensibilité et manque d'empathie
9. Tendance au parasitisme
10. Faible maîtrise de soi
11. Promiscuité sexuelle
12. Apparition précoce de problèmes de comportement
13. Incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste
14. Impulsivité
15. Irresponsabilité
16. Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes
17. Nombreuses cohabitations de courtes durées
18. Délinquance juvénile
19. Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle
20. Diversité des types de délits commis par le sujet

Système de cotation de l'échelle

Chaque item reçoit une cote de 0, 1 ou 2 d'après le degré de correspondance entre l'item et le sujet. Une cote de 0 signifie l'absence de correspondance entre l'item et le délinquant. Une cote de 1 est donnée lorsque l'item définit bien le délinquant à certains égards mais qu'il subsiste des réserves ou des doutes quant au caractère spécifique des observations. Finalement, une cote de 2 correspond à un item qui caractérise bien le détenu. De cette façon, les scores obtenus peuvent varier entre 0 et 40. Le diagnostic de psychopathie est posé pour un score de 30 ou plus. L'absence de psychopathie, quant à elle, est notée pour un score inférieur à 20. Les résultats mitoyens (entre 20 et 29) correspondent à une problématique dite mixte. Le point de coupure de 30, bien que n'étant pas universellement accepté, semble être celui permettant la meilleur classification des sujets (Côté, 2000).

Appendice D

GUIDE DE COTATION DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE TRAITEMENT

Efficacité du traitement de la Clinique La Macaza

ATTEINTE DES OBJECTIFS DE TRAITEMENT

Guide de cotation

Élaboré par Marie-Hélène Dufresne

Hiver 2001

ATTEINTE DES OBJECTIFS DE TRAITEMENT

L'atteinte des objectifs de traitement est évaluée à partir du rapport psychologique final émis par la Clinique La Macaza. Ainsi, l'évaluateur est invité à se baser sur l'opinion clinique émise par les intervenants ayant travaillé avec le participant, quant à la réussite de ce dernier dans l'atteinte des divers objectifs visés.

Afin de guider l'évaluation des participants, le document suivant a été élaboré. Il contient divers éléments sur lesquels l'évaluateur doit baser son jugement. Ces éléments sont considérés comme des indices. En effet, vu la variation dans la formulation des rapports, il est impossible d'établir des critères absolus de classification. Toutefois, les éléments décrits ci-après se veulent une façon de standardiser l'évaluation des divers participants au traitement de la Clinique La Macaza.

Dans un premier temps, une série d'énoncés viseront à établir la réussite globale des participants au traitement. Ainsi, il sera possible d'établir si, dans l'ensemble, les participants paraissent avoir atteint globalement, partiellement ou n'avoir pas atteint les objectifs du traitement considéré comme un tout.

Dans un second temps, divers énoncés viseront à guider l'évaluateur dans l'établissement de l'atteinte des objectifs de traitement pour chacun des volets de la thérapie. A ce niveau, il devrait être possible d'émettre un jugement distinct pour chacune des parties du traitement. Il est à noter qu'un tel jugement ne sera pas possible pour la totalité des participants. En effet, la quantité d'information contenue dans certains rapports psychologique ne permet pas de déterminer la réussite des différents modules de traitement. Dans ce cas, l'évaluateur est invité à émettre un jugement quant à la réussite globale du traitement mais non en ce qui concerne chacun des modules. Il devra alors omettre la cotation pour les modules.

RÉUSSITE GLOBALE DU TRAITEMENT

Objectifs globalement atteints

L'attribution de cette cote devrait se faire lorsqu'un individu présente une réussite satisfaisante dans tous les modules du traitement (ou dans tous les modules pour lesquels le correcteur possède de l'information). Il est peu probable qu'un participant atteigne totalement l'ensemble des objectifs du traitement. Pour cette raison, cette cote sera attribuée même s'il subsiste des difficultés chez l'individu, dans la mesure où ces difficultés sont mineures.

Pour obtenir cette cote, le sujet devra avoir fait des acquis significatifs s'étant maintenus dans le temps. Il devra avoir démontré une bonne implication, à la fois au cours des séances de groupe et dans les exercices complétés au cours des divers volets. De plus, l'individu devra avoir démontré une motivation au changement et une intégration des concepts abordés en thérapie.

Cette cote peut également être attribuée à un individu ayant éprouvé des difficultés plus importantes dans l'un des modules mais ayant tout de même globalement atteint l'ensemble des autres objectifs du traitement.

Objectifs partiellement atteints - FORT

Cette cote est attribuée lorsque le sujet démontre un avancement dans l'ensemble des modules du traitement mais qu'il reste des difficultés à certains niveaux.

Il peut s'agir d'un sujet ayant eu des difficultés marquées dans plus d'un module mais ayant réussi à atteindre les objectifs des autres volets. Il peut également s'agir d'un individu ayant réussi de façon suffisante dans tous les modules mais démontrant le besoin de poursuivre le travail entrepris.

Cette cote est attribuée aux participants ayant fait preuve d'une motivation ou d'une implication variable ou incomplète. Elle est aussi donnée à un sujet ayant eu des difficultés à compléter quelques exercices dans la mesure où ces difficultés n'ont entravé que partiellement l'atteinte des objectifs du traitement.

Un individu présentant des difficultés résiduelles à intégrer les concepts vus en thérapie pourrait recevoir cette cote dans la mesure où un début d'intégration et de compréhension est observable.

Objectifs partiellement atteints – FAIBLE

Cette cote est attribuée à un individu ayant démontré un début d'avancement dans l'ensemble des modules mais pour qui les difficultés résiduelles demeurent notables.

Il peut s'agir d'un sujet ayant eu des difficultés marquées dans plusieurs modules mais ayant tout de même réussi à faire certains acquis. Il peut également s'agir d'un individu ayant réussi de façon suffisante dans tous les modules mais démontrant encore un besoin d'accompagnement pour poursuivre le travail entrepris.

Cette cote est attribuée aux participants ayant fait preuve d'une motivation ou d'une implication variable ou incomplète. Elle est aussi donnée aux sujets ayant eu des difficultés à compléter plusieurs exercices, ce qui aurait entravé l'atteinte des objectifs de traitement. Toutefois, il doit tout de même y avoir un début d'acquis notable.

Un individu présentant des difficultés résiduelles à intégrer ou à comprendre certains concepts vus en thérapie pourrait recevoir cette cote.

Objectifs non suffisamment atteints

Cette cote est attribuée à un individu dont les acquis sont non satisfaisants ou non significatifs. Un tel individu peut avoir présenté une mauvaise compréhension des concepts vus en thérapie ainsi qu'une difficulté importante à intégrer ces mêmes concepts. Le rendement de ces individus peut avoir été insatisfaisant dans chacun des modules de la thérapie.

Les individus qui obtiennent cette cote ont démontré des difficultés majeures dans tous les volets du traitement ou dans la majorité de ceux-ci. Ils peuvent avoir démontré une motivation et une implication faibles ou questionnables. Leurs apprentissages paraissent limités et non généralisés. De même, ils peuvent démontré une évolution en dents de scie, caractérisée par de multiples régressions par rapport aux acquis faits en thérapie.

Une telle cote peut également être attribuée à un individu ayant démontré d'importantes difficultés à compléter les exercices demandés. Toutefois, cette caractéristique doit être accompagnée d'une difficulté à atteindre les objectifs de traitement.

Il est à noter que l'attribution de la cote « objectifs non suffisamment atteints » ne peut être attribuée que lorsque plus d'un des éléments décrits ci-dessus est présent.

RÉUSSITE DES MODULES DE TRAITEMENT EN GROUPE

Objectifs globalement atteints

Exercices bien complétés

Réussite satisfaisante des objectifs du module (les difficultés résiduelles doivent être mineures)

Acquis significatifs maintenus dans le temps

Intégration satisfaisante des concepts (impliquant des changements dans les sphères initialement problématiques)

Bonne motivation

Bonne implication

Objectifs partiellement atteints - FORT

Exercices complétés mais quelques difficultés résiduelles de compréhension

Avancement significatif mais difficultés résiduelles d'une certaine importance

Besoin de poursuivre le travail entrepris

Intégration des concepts bien amorcée mais encore incomplète (impliquant des changements quelque peu instables ou insuffisants dans les sphères initialement problématiques)

Motivation, implication et/ou attitude bonnes (qui peuvent cependant avoir été momentanément chancelantes)

Besoin résiduel de supervision

Difficulté à comprendre, identifier ou intégrer seul certains concepts vus.

A identifié ses difficultés personnelles et a amorcé un changement qui demeure partiel ou incomplet

Objectifs partiellement atteints – FAIBLE

Exercices complétés mais compréhension incomplète

Début d'avancement visible mais incomplet vu la présence de difficultés résiduelles

Besoin notable de poursuivre le travail entrepris

Début d'intégration des concepts mais de façon clairement incomplète (impliquant des changements clairement instables ou insuffisants dans les sphères initialement problématiques)

Motivation, implication et/ou attitude souvent chancelantes ou fréquemment instable

Besoin important de supervision

Difficulté à comprendre, identifier ou intégrer seul plusieurs concepts vus

A identifié ses difficultés personnelles mais le changement amorcé est absent ou minime

Objectifs non suffisamment atteints

Acquis non satisfaisants ou non significatifs, limités, fragiles ou minimes

Mauvaise compréhension des concepts

Intégration absente ou embryonnaire

Motivation, implication et/ou attitude faibles ou questionnables

Plus d'un exercice du volet incomplet ou incompris

Besoin de supervision constante

Incapacité à comprendre, identifier ou intégrer seul les concepts

Plus d'un de ces critères doit être présent pour attribuer cette cote.

RÉUSSITE DU TRAITEMENT EN LABORATOIRE

Objectifs globalement atteints

Profil d'intérêts sexuels normal :

Traitement au laboratoire réussi (c'est-à-dire que le participant a réussi à y modifier son profil d'intérêts sexuels afin de le rendre normal).

Profil d'excitation au post-test normal (c'est-à-dire où l'intérêt normal est plus fort que l'intérêt déviant et où les intérêts déviants, si présents, sont très faibles, voire non significatifs).

Ces 2 éléments doivent être présents

Objectifs partiellement atteints - FORT

Profil d'intérêts sexuels modifié mais encore présence d'intérêts sexuels déviants :

Traitement au laboratoire réussi (c'est-à-dire que le participant a réussi à y modifier son profil d'intérêts sexuels afin de le rendre normal)

Présence résiduelle d'intérêts sexuels déviants au post-test.

Toutefois, le profil du participant au post-test doit être non déviant (c'est-à-dire que les intérêts normaux doivent être plus élevés que les intérêts déviants)

Objectifs partiellement atteints – FAIBLE

Profil d'intérêts sexuels modifié mais encore déviant :

Traitement au laboratoire réussi (c'est-à-dire que le participant a réussi à y modifier son profil d'intérêts sexuels afin de le rendre normal)

Résultats au post-test démontrant un profil déviant OU démontrant des intérêts sexuels déviants élevés.

Objectifs non suffisamment atteints

Traitement non terminé

Traitement non commencé vu l'impossibilité pour le participant de fournir des cassettes suffisamment excitantes.

Profil d'intérêts déviants au post-test non modifié

Traitement non recommandé

Les individus pour qui le traitement au laboratoire n'a pas été recommandé sont placés dans cette catégorie.

Impossibilité de se prononcer

Les individus dont les résultats au post-test sont invalides doivent être mis dans cette catégorie vue l'impossibilité de postuler sur le profil d'intérêts sexuels tel que mesuré de façon standardisée.

Refus de traitement

Correspond aux individus pour qui le traitement au laboratoire a été recommandé mais qui ont refusé d'y participer.

Abandon du traitement

Correspond aux individus qui ont débuté le traitement au laboratoire mais qui l'ont abandonné d'eux même avant la fin du traitement.