

————— **Rapport de recherche** —————

**Évaluation, traitement et risque de récidive des  
délinquants sexuels : analyse de la documentation**

This report is also available in English. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, prière de s'adresser au Secteur de la recherche et du développement correctionnels, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.



**ÉVALUATION, TRAITEMENT ET RISQUE DE RÉCIDIVE  
DES DÉLINQUANTS SEXUELS :  
ANALYSE DE LA DOCUMENTATION**

Kelley Blanchette

Division de la recherche  
Service correctionnel du Canada

Août 1996

## **REMERCIEMENTS**

Je voudrais exprimer mes remerciements sincères à Larry Motiuk pour avoir dirigé ce projet. Je suis également reconnaissante à Ralph Serin pour m'avoir transmis quelques récents documents inédits auxquels je n'aurais peut-être pas pu avoir accès autrement.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>ÉVALUATION</b> .....	4
Méthodes.....	8
Tests psychologiques.....	8
Tests physiologiques.....	9
Étude des dossiers .....	11
Observation du comportement .....	12
Entrevues cliniques.....	12
Consultation de tiers .....	13
Typologies.....	14
Agresseurs d'enfants .....	15
Voleurs .....	17
Validité .....	19
Typologie des femmes délinquantes .....	21
<b>TRAITEMENT</b> .....	27
Modes de traitement .....	31
Traitement biologique ou médical.....	31
Castration chirurgicale .....	31
Castration chimique .....	32
Psychochirurgie.....	35
Traitement cognitivo-comportemental .....	36
Préférences et comportements sexuels déviants.....	37
Déficits des aptitudes sociales.....	39
Distorsions cognitives .....	41
Prévention des rechutes .....	42
Contrôle des stimuli .....	44
Évitement et fuite .....	44
Réactions d'adaptation programmées.....	44
Maîtrise des pulsions .....	45
Autres méthodes de prévention des rechutes.....	45
Autres modes de traitement.....	46
Groupes spéciaux .....	47
<b>RÉCIDIVE</b> .....	49
<b>CONCLUSIONS</b> .....	53
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	54

## INTRODUCTION

Nous connaissons, depuis un moment déjà, le prix extrêmement élevé de l'agression sexuelle sur les plans personnel, sociétal et financier, mais nous y sommes encore plus sensibilisés ces derniers temps. Le féminisme a attiré l'attention du public sur le fait que les infractions sexuelles constituent un grave problème pour la société, et on a mis l'accent sur la situation des victimes. Cela explique l'augmentation considérable du nombre d'infractions sexuelles qui ont été déclarées au cours de la dernière décennie (Cooper, 1994). Parallèlement, un plus grand nombre de délinquants ont été déclarés comme délinquants sexuels et ont été remis au système de justice pénale. De plus, la proportion de ces délinquants par rapport à l'ensemble de la population carcérale a régulièrement progressé ces dix dernières années (Gordon et Porporino, 1990; Motiuk et Belcourt, 1996).

Motiuk et Belcourt (1996) se sont servis du Système de gestion des détenus (SGD, base de données informatisée) du Service correctionnel du Canada pour dresser un profil de la population des délinquants sexuels sous responsabilité fédérale au Canada au 31 décembre 1995. D'après le SGD, leur nombre total s'élevait à 3 875, ou 17 p. 100 de la population carcérale sous responsabilité fédérale. Les auteurs sont cependant d'avis que ces chiffres indiquent un nombre et une proportion de délinquants sexuels inférieurs à la réalité, parce que les bases de données informatisées actuelles ne font pas mention de toutes les condamnations antérieures pour infractions sexuelles (par exemple, celles qui ont donné lieu à des sentences au niveau provincial), des infractions connexes (par exemple, accompagnées d'homicide) ni des infractions sexuelles précédentes qui n'ont pas abouti à des condamnations.

Un recensement national des délinquants sexuels effectué en 1991 (Porporino et Motiuk) a permis de dénombrer tous ces délinquants en tenant compte des limites susmentionnées des données informatiques. D'après le recensement, le SGD rendait compte de 85 p. 100 de la population des délinquants sexuels. Motiuk et Belcourt se sont

basés sur ce pourcentage pour calculer un facteur de correction (1,173) grâce auquel ils ont estimé qu'au 31 décembre 1995, il y avait 4 542 délinquants sexuels sous responsabilité fédérale, ce qui représentait environ 20 p. 100 de la population carcérale.

Au 31 décembre 1995, le SCC a dénombré 2 766 délinquants sexuels incarcérés dans des établissements fédéraux, soit près d'un cinquième (20 p. 100) du nombre des détenus sous responsabilité fédérale. En se basant sur le facteur de correction, Motiuk et Belcourt (1996) ont estimé que les délinquants sexuels formaient environ 24 p. 100 de la population carcérale sous responsabilité fédérale. La majorité de ces délinquants (67,8 p. 100) étaient détenus dans des établissements à sécurité moyenne, 20 p. 100, dans des établissements à sécurité maximale et le reste (11,9 p. 100), dans des établissements à sécurité minimale. À la fin de 1995, le SCC a déterminé qu'il y avait 1 109 délinquants sexuels en liberté sous condition, soit environ 12 p. 100 des libérés conditionnels sous responsabilité fédérale. En utilisant encore une fois le facteur de correction, les auteurs ont estimé qu'à cette date, il y avait en réalité 1 301 délinquants sexuels sous surveillance communautaire. Ce nombre révisé représente environ 14 p. 100 de l'ensemble de la population des libérés conditionnels sous responsabilité fédérale.

Si on tient compte de tous les délinquants sexuels incarcérés dans des établissements fédéraux en 1995, la durée moyenne de la peine était de 4 ans et 3 mois, soit à peu près la même que dans les cinq années précédentes (Motiuk et Belcourt, 1996). La plupart des délinquants incarcérés dans des établissements fédéraux avaient été condamnés pour agression sexuelle (50,2 p. 100) ou pour des infractions sexuelles « mixtes », c'est-à-dire toute combinaison d'infractions sexuelles (21,2 p. 100). La pédophilie était également courante, représentant 14,9 p. 100 des cas récents d'incarcération de délinquants sexuels dans des établissements fédéraux. De plus, 8,4 p. 100 avaient été incarcérés pour inceste et le reste (5,3 p. 100), pour d'« autres » infractions sexuelles, comme l'exhibitionnisme (Motiuk et Belcourt, 1996). D'après les auteurs, cependant, il ne faut pas perdre de vue que ces chiffres ne rendent compte que des admissions récentes dans les pénitenciers fédéraux et que la population carcérale

comprend vraisemblablement une plus grande proportion de délinquants sexuels graves ou violents purgeant de longues peines d'emprisonnement et ayant de lourds antécédents criminels.

## ÉVALUATION

La gestion du risque et son corollaire, la réduction de la récidive, constituent le but ultime des services correctionnels canadiens. L'évaluation du risque que posent les délinquants sexuels passe par la détermination et l'évaluation des variables qui contribuent à la déviance sexuelle. Comme la proportion des délinquants sexuels actuellement détenus est importante (et ne cesse de croître), il devient de plus en plus important de procéder à des évaluations provisoires structurées.

L'agression sexuelle est un phénomène complexe, dont les antécédents et les répercussions sont variés. Les délinquants sexuels diffèrent les uns des autres par leurs antécédents personnels et criminels, les circonstances qui ont précédé les infractions commises, l'âge et le sexe de leurs victimes, les attitudes et les convictions sur lesquelles s'appuie leur comportement déviant ainsi que le degré de force, de brutalité ou de violence physique qu'ils ont fait subir à leurs victimes (Gordon et Porporino, 1990). Cela revient à dire que les délinquants sexuels forment un groupe hétérogène dont les besoins en matière d'évaluation et de traitement sont variés.

Les délinquants sexuels diffèrent également les uns des autres par leur risque de récidive (Gordon et Porporino, 1990) et les résultats des traitements qui leur sont administrés (Marques, Day, Nelson et West, 1994). Il est donc impératif de procéder à des évaluations à différentes étapes du processus de justice pénale : à l'admission, avant, pendant et après le traitement, pendant la période de suivi ainsi qu'avant et après la libération. Ainsi, on effectue de façon continue un examen systématique des facteurs tant statiques que dynamiques de risque et de besoin, ce qui permet d'intégrer des renseignements précis et pertinents au plan de traitement correctionnel. À chaque étape du processus d'analyse, l'évaluation peut simultanément servir à prédire le risque et à préciser les facteurs dont il faut tenir compte au stade de l'intervention. Dans le cas des délinquants sexuels, les évaluations spécialisées portent en général sur les cognitions, les difficultés sociales, les problèmes liés au style de vie et les déviances sexuelles

(Marshall et Eccles, 1991a). De plus, toutes les évaluations devraient être fondées sur les principes du risque, du besoin et de la réceptivité (Andrews et Bonta, 1994; Andrews, Bonta et Hoge, 1990).

Selon le principe du risque, les services intensifs devraient être réservés aux cas les plus risqués. Ce principe s'appuie sur des observations établissant que ces cas réagissent mieux aux services intensifs qu'aux services moins intensifs, tandis que les délinquants qui présentent le moins de risque réagissent aussi bien sinon mieux si l'intervention est minimale. D'après le principe parallèle du besoin, la cible des services devrait correspondre aux besoins criminogènes du délinquant. Les besoins criminogènes, qui constituent un sous-ensemble du risque (Andrews, Bonta et Hoge, 1990), se distinguent par leur potentiel de changement : ce sont des caractéristiques qui, sous l'effet de modifications, sont associées à des changements de la probabilité de récidive. Enfin, d'après le principe de la réceptivité, le style et le mode des services devraient être adaptés au style d'apprentissage et aux aptitudes des délinquants, de façon à augmenter la probabilité de succès du traitement et, par le fait même, à réduire la récidive.

Les évaluations prétraitement devraient permettre de déterminer le moment, les principaux objectifs, le mode et le contenu du traitement à administrer. Cela est extrêmement important, parce que beaucoup d'études ont démontré que les délinquants les plus dangereux ou qui présentent le plus grand risque profitent davantage des programmes longs et intensifs, tandis que les délinquants à risque moins élevé réagissent mieux à des programmes moins intensifs (Fisher, 1995; Nicholaichuk, 1996). La recherche effectuée permet également de croire que les programmes qui réduisent la récidive chez les agresseurs d'enfants ont peu d'effets sur les violeurs et les exhibitionnistes (Marshall et Barbaree, 1990). Cependant, d'autres paradigmes de traitement ont donné de meilleurs résultats pour les violeurs que pour les agresseurs d'enfants (Marques, Day, Nelson et West, 1994).

Enfin, certains indices permettent de croire que, dans des groupes de pédophiles condamnés, le succès des traitements varie avec le sexe des victimes, certains programmes étant plus efficaces dans le cas des agresseurs de garçons, tandis que d'autres profitent davantage aux agresseurs de filles (Marshall et Barbaree, 1990). Compte tenu de cette hétérogénéité, les évaluations à l'admission et avant le traitement peuvent et doivent permettre à la fois de planifier le traitement et d'en fixer les objectifs précis à la lumière des constatations faites.

Les renseignements d'évaluation recueillis durant le traitement peuvent aider à déterminer les progrès du délinquant et sa réaction au programme de traitement. Cette évaluation provisoire porte sur le principe de la réceptivité : elle permet de vérifier si le traitement réussit d'une façon quelconque à modifier ou à atténuer les facteurs dynamiques (comme les besoins criminogènes) qui ont abouti à l'infraction sexuelle précédente. Selon la durée et la structure du programme, l'évaluation peut soit prendre la forme d'un rapport en bonne et due forme, soit se refléter dans des notes prises au fur et à mesure. Les chercheurs conseillent cependant la prudence lorsqu'on interprète les premiers effets (ou l'absence initiale d'effets) du traitement : il est établi que les délinquants les plus déviants doivent faire beaucoup de changements positifs avant qu'on puisse déceler les effets du traitement, contrairement aux moins déviants, qui montrent des effets après avoir fait des changements sensiblement moins marqués (Fisher, 1995).

Les renseignements tirés des évaluations effectuées après le traitement, en période de suivi et après la libération sont particulièrement importants pour qu'on puisse estimer l'efficacité du traitement et du risque de récidive. Une comparaison avec les évaluations prétraitement fournit des renseignements précieux sur les changements survenus sur le plan des besoins criminogènes. En tant que tel, ces évaluations aident les responsables à décider s'il y a lieu de prendre certaines mesures en ce qui a trait au changement d'établissement, aux visites familiales privées, aux autorisations de sortie, aux mises en liberté sous condition ou aux détentions préventives. Les renseignements tirés des évaluations post-traitement et prélibération sont également essentiels aux stades

de la prélibération et de la planification prélibératoire. Ces évaluations devraient donner un aperçu de la structure des interventions suivantes (par exemple, programme en établissement ou programme communautaire). Marshall (1996) propose, si l'évaluation post-traitement n'a révélé aucun changement dans des domaines particuliers des besoins criminogènes, que le délinquant reprenne les parties du programme dont il ne semble pas avoir bénéficié. De même, si l'évaluation prélibération montre que le risque a été ramené à un niveau adéquat et que le traitement semble avoir influé sur les aspects relatifs aux besoins criminogènes, elle peut servir à recommander une libération anticipée.

La majorité des délinquants sexuels incarcérés seront libérés un jour. Au Canada, les détenus qui purgent une peine fédérale déterminée sont admissibles à la semi-liberté sous réserve d'une décision de la Commission nationale des libérations conditionnelles, après avoir purgé un sixième de leur peine. Ils sont admissibles à la libération conditionnelle totale après les deux tiers de leur sentence. Les délinquants qui n'obtiennent pas la libération conditionnelle sont en général libérés d'office après avoir purgé les deux tiers de leur peine. Les évaluations post-libération favorisent une alliance entre les services correctionnels et la collectivité puisqu'elles permettent de suivre le niveau de risque et de besoin des délinquants après leur libération.

Comme Marshall et Eccles (1991b) l'ont si bien noté, toutes les évaluations prélibération sont effectuées à l'intérieur même de l'établissement, à l'abri des tentations quotidiennes auxquelles les délinquants sexuels seraient soumis s'ils étaient à l'extérieur. Par exemple, les pédophiles ont rarement l'occasion de voir des enfants en prison, sauf peut-être lorsqu'ils sont sous haute surveillance (pendant les visites, par exemple). Il en est de même des violeurs qui, même s'ils peuvent avoir des contacts avec des membres féminins du personnel ou avec des visiteuses, sont eux aussi soumis à une surveillance étroite à ces occasions, ce qui réduit considérablement les tentations. Par contre, les évaluations effectuées après la libération ont lieu dans un environnement où le délinquant est soumis à nombreuses tentations et a donc davantage l'occasion de récidiver. De ce fait, ces évaluations pourraient donner une idée plus réaliste de la propension du

délinquant à récidiver dans la collectivité. De plus, elles permettent de considérer les stratégies de gestion et de surveillance des délinquants dans la communauté, en aidant les agents de gestion de cas à prendre des décisions judicieuses. Il arrive souvent, par exemple, que les délinquants soient orientés vers des programmes communautaires de prévention des rechutes visant à maintenir un comportement prosocial. Enfin, les évaluations post-libération permettent de vérifier le maintien des changements positifs attribuables au traitement et de fixer un niveau de surveillance communautaire adapté au risque.

## **Méthodes**

Il est avantageux, lorsque cela est possible, de recueillir les renseignements d'évaluation par plusieurs moyens différents : tests psychologiques et physiologiques, étude des dossiers, observation du comportement, entrevues cliniques et consultation de tiers (Motiuk, 1991; Leis, Motiuk et Ogloff, 1995). L'évaluation dite plurimodale est nécessaire pour deux raisons principales : d'abord, chaque source d'information donne une perspective particulière sur les problèmes passés et présents et sur les moyens possibles d'intervention; ensuite, elle permet de contrer les effets de diverses formes de biais de déclaration. Cela s'applique particulièrement dans le cas des délinquants sexuels, qui ont souvent tendance à déformer, à nier ou à minimiser leurs infractions (Barbaree, 1991; Happel et Auffrey, 1995).

Tests psychologiques - Les tests psychologiques peuvent fournir des renseignements sur l'aptitude mentale et le fonctionnement neuropsychologique, la personnalité, les valeurs et les attitudes et elles peuvent permettre d'évaluer le risque. À cet égard, les renseignements tirés des évaluations effectuées à l'admission et avant le traitement servent souvent à écarter les délinquants peu susceptibles de profiter des programmes de traitement. Par exemple, de nombreux programmes comportent des critères d'exclusion interdisant la participation de délinquants ayant un niveau de fonctionnement trop bas ou en situation de psychose active. La majorité des programmes

prévoient également l'exclusion des délinquants qui nient catégoriquement leur culpabilité et ceux qui manifestent des problèmes d'attitude jugés suffisants pour entraver une thérapie de groupe ou la progression d'un traitement (Service correctionnel du Canada, 1995a).

Les tests de personnalité, tels que l'Inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota ou MMPI (Dahlstrom et Welsh, 1960), sont utiles pour déterminer une vaste gamme de traits psychologiques positifs et négatifs. Les inventaires, comme le MMPI, fournissent d'importants renseignements sur l'orientation générale des réponses du sujet. Dans le cas des délinquants sexuels, cela permet notamment de déterminer si le sujet cherche à se présenter sous un jour particulièrement favorable. De plus, les scores donnent la possibilité de recueillir des données sur différents facteurs : troubles caractériels, dépression, anxiété, manie, personnalité antisociale, distorsions cognitives, impulsivité chronique, conflits d'identité sexuelle et toute une série d'autres caractéristiques psychologiques (McGovern, 1991).

Tests physiologiques - Les techniques d'évaluation physiologique telles que l'évaluation phallométrique, donnent des renseignements précis concernant l'excitation et les préférences sexuelles déviantes. L'évaluation phallométrique revêt une importance capitale, étant donné que de nombreux programmes de traitement pour délinquants sexuels ont pour objectif principal la modification des préférences sexuelles déplacées (Service correctionnel du Canada, 1995a). L'évaluation physiologique de l'excitation sexuelle est effectuée au moyen de différents stimuli normalisés (bandes audio, bandes vidéo, diapositives) destinés à déterminer les préférences en matière d'âge et de sexe ainsi que l'intérêt porté à la violence sexuelle par rapport aux interactions sexuelles consensuelles. Cette technique fait appel à un détecteur ou transducteur pouvant mesurer la tumescence pénienne (ou la dilatation vaginale chez les délinquantes sexuelles), un système d'enregistrement et différents stimuli sexuels. Les transducteurs les plus courants sont les pléthysmographes circonférentiels et les dispositifs volumétriques (Abel, Lawry, Karlstrom, Osborn et Gillespie, 1994).

La documentation établit clairement que l'utilisation de ces instruments dans l'évaluation physiologique permet de distinguer les pédophiles des non-pédophiles (Abel et coll., 1994) ainsi que les violeurs des non-violeurs (Lalumière et Quinsey, 1994). De plus, il a été démontré qu'un haut degré de violence et de brutalité obtenu au moyen des stimuli (par exemple, un scénario de viol) permet mieux de distinguer les violeurs des hommes n'ayant aucun antécédent connu d'agression sexuelle (Lalumière et Quinsey, 1994; Rice, Chaplin, Harris et Coutts, 1990). Il existe en outre des indices empiriques tendant à prouver que, parmi les violeurs, on peut assez bien prédire la récurrence sexuelle et violente par la mesure phallométrique de l'intérêt sexuel porté à la *violence non sexuelle* (Rice, Harris et Quinsey, 1990). Enfin, il est établi que la phallométrie est un moyen utile de prédiction du risque, les délinquants sexuels qui manifestent une excitation sexuelle plus déviante étant plus susceptibles que d'autres de récidiver après leur libération (Quinsey, Rice et Harris, 1995).

Les responsables des programmes de traitement cherchent à réduire l'excitation sexuelle déviante des délinquants. En comparant les tests phallométriques avant et après le traitement (sur le même sujet), ils peuvent déterminer si le traitement a contribué à la réalisation de cet objectif. Les tests phallométriques présentent cependant des problèmes dignes de mention. Le premier, c'est que plus de 20 p. 100 des sujets ne peuvent pas être évalués adéquatement, parce que leur niveau d'excitation sexuelle est toujours trop bas (atteignant moins de 10 p. 100 de l'érection complète) pour permettre une classification précise (Abel et coll., 1994; Marshall, 1996). Le deuxième problème découle du fait que la plupart des sujets, surtout les délinquants sexuels condamnés, combattent vraisemblablement leur réaction à des stimuli déviants. Cela limite ainsi l'utilité des tests phallométriques. Quinsey et Chaplin (1988) ont démontré que les sujets peuvent tant atténuer qu'attiser leur réaction sexuelle aux tests phallométriques s'ils ont une bonne raison de le faire. Comme Marshall (1996) l'a noté, « il n'existe pas d'approche standardisée généralement acceptée dans le domaine des tests phallométriques... [et]

certains hommes réussissent à simuler un profil de réaction sans qu'aucun signe apparent les trahisse » (p. 167).

Malgré ces affirmations, la recherche a également démontré qu'il est possible d'éviter la simulation dans l'évaluation phallométrique. Quinsey et Chaplin (1988) ont recouru à cette évaluation pour tester des hommes hétérosexuels non déviants auxquels on a demandé de se conformer à trois séries d'instructions : aucune simulation, simulation d'intérêt sexuel (devant des scènes de viol et de violence non sexuelle, mais pas en présence d'actes sexuels consensuels) et simulation d'intérêt sexuel parallèlement à l'exécution d'une tâche secondaire de poursuite sémantique. Les auteurs se sont servis de stimuli enregistrés sur bande audio. La tâche de poursuite consistait pour les participants à pousser un bouton lorsqu'ils entendaient la description d'un acte sexuel et d'en pousser un autre en cas de violence. Cette tâche permettait de s'assurer qu'ils étaient réceptifs aux stimuli et qu'ils ne se concentraient que sur les éléments essentiels de l'histoire qui leur était racontée. Les résultats de ces tests ont montré que les sujets pouvaient simuler des préférences déplacées (lorsqu'on leur demandait de le faire) s'ils n'avaient pas à accomplir une tâche secondaire. Cependant, les données collectives démontraient que devant une telle tâche, l'excitation sexuelle était entravée en dépit du fait que les sujets avaient reçu l'instruction de simuler un intérêt sexuel. D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer si ces conclusions s'appliquent aussi à des sujets sexuellement déviants.

Étude des dossiers - Les dossiers des établissements comprennent, entre autres, les rapports de police, la transcription officielle du procès, la déclaration de la victime sur les répercussions de l'infraction, le rapport présentenciel et le rapport prédécisionnel, les rapports psychologiques et psychiatriques ainsi que la documentation du plan d'intervention. Même si les dossiers de l'établissement contiennent beaucoup de renseignements qu'on peut trouver par d'autres moyens, ils sont utiles à l'évaluation pour diverses raisons. D'abord, l'information qu'ils renferment peut servir à confirmer ou à infirmer celle qui est extraite d'autres sources. De plus, l'examen du dossier permet

d'émettre des hypothèses qui seront vérifiées au cours de l'entrevue clinique. Les renseignements incohérents ou manquants devraient être soigneusement documentés au cours du processus d'évaluation. L'examen provisoire du dossier d'un délinquant (au cours de chaque évaluation) fournit également un compte rendu chronologique de sa « carrière » criminelle et de son comportement en prison. Ainsi, on peut facilement suivre, grâce à l'examen du dossier, la régression ou le progrès du comportement criminel et de la conduite en détention. Enfin, l'utilisation des dossiers de l'établissement est précieuse lors de l'évaluation parce qu'ils contiennent des renseignements qu'on ne peut se procurer nulle part ailleurs. Cela est particulièrement important dans l'évaluation du risque puisque la recherche a démontré « la grande valeur prévisionnelle d'un vaste éventail de variables pré-détention basées sur le cas, de caractéristiques de l'ensemble de la population de l'établissement et d'événements survenus en prison » (Motiuk, 1991, ii).

Observation du comportement - Les évaluations comportementales sont principalement basées sur les observations cliniques, mêmes si elles peuvent comprendre des rapports d'autosurveillance et des scénarios structurés de simulation. Ces observations peuvent servir à obtenir des renseignements sur le fonctionnement social et l'aptitude à communiquer. Les évaluations comportementales sont particulièrement utiles dans le cas des délinquants sexuels puisque les premières théories concernant l'agression sexuelle mettaient en valeur les déficits d'aptitudes sociales parmi les auteurs de telles infractions (voir, par exemple, Marshall, 1971). De plus, des recherches récentes ont démontré que les violeurs manifestent des déficits d'empathie (Rice et coll., 1990), ce qui tend à confirmer d'autres études ayant établi une corrélation positive entre l'empathie et le comportement prosocial (Miller et Eisenberg, 1988, cités dans Rice et coll., 1990).

La plupart des programmes de traitement modernes comprennent une forme ou une autre d'apprentissage d'aptitudes sociales (Service correctionnel du Canada, 1995a). Par conséquent, l'autosurveillance du comportement ainsi que la maîtrise du stress et de la colère constituent des éléments essentiels de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie de prévention des rechutes (Marques, Day, Nelson et West, 1994; Marshall

et Pithers, 1994; Miner, Marques, Day et Nelson, 1990). Ainsi, une comparaison des évaluations comportementales effectuées avant et après le traitement peut aussi aider à déterminer si le traitement a eu des effets positifs sur la préparation à la libération.

Entrevues cliniques - Comme il y a interaction directe avec le délinquant, l'entrevue clinique constitue peut-être l'élément le plus important de la procédure d'évaluation. C'est en général le seul moyen de vérifier des renseignements tels que l'acceptation de la responsabilité de l'infraction, le degré d'empathie avec la victime et la volonté sincère de subir un traitement pour corriger un comportement sexuel déviant. Cette méthode d'évaluation s'ajoute en général à d'autres, comme les tests psychologiques et l'observation du comportement. De plus, il arrive souvent que l'évaluateur procède à un examen du dossier du délinquant avant l'entrevue clinique.

Même s'il est fréquent pour les délinquants sexuels de nier ou de minimiser leur infraction (Barbaree, 1991; Happel et Auffrey, 1995), il est démontré que, dans des conditions contrôlées, ils peuvent divulguer une foule de renseignements qu'il serait impossible d'obtenir autrement (Weinrott et Saylor, 1991). Cependant, comme le suggèrent O'Connell, Leberg et Donaldson (1990), il importe de choisir soigneusement le thérapeute-interviewer si l'on veut tirer un résultat optimal de l'évaluation clinique. Ces auteurs proposent, comme critères de choix, les études, l'expérience clinique, les connaissances spécialisées, ainsi que les titres et les compétences personnelles. On a également soutenu que l'entrevue clinique sert à la fois à recueillir de l'information et à établir un rapport entre le délinquant et le thérapeute (McGovern, 1991). Il est avantageux de posséder une expérience spécialisée du traitement des délinquants sexuels, car ceux-ci abordent souvent l'évaluation et le traitement avec une attitude défensive, manipulatrice ou trompeuse (O'Connell et coll., 1990). Un thérapeute expérimenté, spécialisé dans l'évaluation et le traitement des délinquants sexuels sera plus en mesure de saisir et d'interpréter les nuances de comportement, sera plus susceptible d'être manipulé et saura tirer une information plus exacte et plus pertinente de l'entrevue.

L'entrevue clinique fait partie intégrante de l'évaluation du risque de récidive. Une entrevue complète porte notamment sur les antécédents sociaux et criminels du délinquant, son développement sexuel, ses caractéristiques psychologiques et ses schémas d'excitation sexuelle (McGovern, 1991). De plus, une entrevue exhaustive permettra de déterminer les facteurs les plus étroitement associés au comportement criminel du sujet. Conjointement avec d'autres moyens d'évaluation, l'entrevue clinique aide à déterminer, avant le traitement, les facteurs dynamiques sur lesquels l'intervention doit être axée et, après le traitement, les attributs dynamiques que l'intervention a le plus influencés.

Consultation de tiers - Les renseignements recueillis auprès de contacts collatéraux peuvent confirmer ou infirmer l'information obtenue du délinquant pendant l'entrevue clinique. Ces contacts peuvent comprendre le conjoint ou partenaire, d'autres membres de la famille, des employés du domaine de la justice pénale, des professionnels de la santé mentale et toute autre personne pouvant favoriser une meilleure compréhension du comportement déviant du délinquant. McGovern (1991) estime qu'il est important de s'entretenir avec les contacts collatéraux (y compris les victimes) chaque fois que cela est possible, car « peu d'individus savent vraiment observer leur propre comportement » (p. 39). Ces entretiens sont le plus utiles lorsque l'information obtenue correspond à celle qu'a fournie le délinquant à l'entrevue clinique, car on peut alors se fier au rapport d'autosurveillance. Par contre, s'il y a d'importantes divergences entre les renseignements tirés des deux sources, il faut faire preuve d'une prudence accrue avant d'accepter les données du rapport d'autosurveillance.

Une évaluation complète des délinquants sexuels est essentielle à l'établissement d'un programme efficace de traitement et à la gestion correctionnelle. Bien qu'il n'existe pas de procédure d'évaluation normalisée s'appliquant aux délinquants sexuels (Canada, Groupe de travail, 1990), les chercheurs, les cliniciens et les responsables des programmes de traitement s'entendent en général pour dire que toutes les évaluations devraient être fondées sur les principes du risque, du besoin et de la réceptivité. De plus,

l'information d'évaluation devrait être obtenue par différents moyens, à intervalles réguliers tout au long (et peut-être au-delà) de la période d'incarcération du délinquant. Les domaines à évaluer comprennent notamment les antécédents sociaux, criminels et sexuels, les préférences, valeurs et attitudes sexuelles, les aptitudes cognitives, les aptitudes sociales, la personnalité, le comportement et le potentiel futur de violence. L'évaluation préalable au traitement et le traitement lui-même devraient être inextricablement liés et on ne devrait mettre en oeuvre aucun plan de traitement avant d'avoir procédé à une évaluation initiale du risque et du besoin afin de déterminer les facteurs dynamiques que l'intervention doit cibler en priorité. Les évaluations après traitement sont essentielles pour déterminer les facteurs à contrôler à l'étape du suivi et aussi pour établir un plan correctionnel permettant de suivre le délinquant après qu'il aura terminé le traitement et quitté l'établissement (Canada, Groupe de travail, 1990).

Typologies - Un certain nombre de chercheurs se sont servis des méthodes d'évaluation pour créer une typologie des délinquants sexuels basée sur des précurseurs cognitivo-comportementaux distincts (Barbaree, Seto, Serin, Amos et Preston, 1994; Knight et Prentky, 1991) et des probabilités différentes de récidive (Hall et Hirschman, 1991). Knight et Prentky (1991) ont attesté le rôle bien établi et indispensable de la classification dans l'étude du comportement déviant. Ils soutiennent que « la compréhension de la structure taxinomique d'une population déviante est le fondement de l'élaboration d'une théorie et la pierre angulaire de l'intervention. C'est une base essentielle de la recherche sur une population et un préalable capital pour déterminer la réaction optimale de la société à la déviance » (p. 23). Différents systèmes de classification et différents modèles expliquant la délinquance sexuelle sont proposés (voir, par exemple, Barbaree et Marshall, 1991). Une description approfondie de chacun de ces systèmes déborderait le cadre du présent document. Knight et Prentky (1991) ont élaboré deux systèmes taxinomiques distincts pour les délinquants sexuels masculins, l'un pour les agresseurs d'enfants et l'autre pour les violeurs. Pour donner un échantillon des typologies relatives aux délinquants sexuels, nous présentons dans la section qui suit un bref aperçu de chacun de ces paradigmes de classification.

*Agresseurs d'enfants* : Persuadés que la classification des délinquants est un moyen irremplaçable d'évaluation du risque et du besoin, Knight et Prentky (1991) ont élaboré un système taxinomique pour faciliter la compréhension et la gestion des pédophiles. Ils se sont servis des stratégies de recherche tant déductive-rationnelle qu'inductive-empirique pour construire une taxinomie biaxiale valide et fiable des agresseurs d'enfants. Ces derniers sont classés le long du premier axe selon leur degré de fixation sur les enfants, qui reflète l'intensité de l'intérêt pédophile, et la mesure dans laquelle les enfants constituent un grand foyer de leurs cognitions et de leurs fantasmes. C'est ainsi qu'ils sont dits « à haute fixation » ou « à basse fixation » dans cette dimension. Les délinquants sont ensuite subdivisés, toujours le long du premier axe, selon leur degré d'adaptation sociale (haut ou bas). Ce facteur reflète leur succès sur le marché du travail ainsi que dans leurs responsabilités et leurs relations avec les adultes. Par conséquent, le premier axe de la typologie des agresseurs d'enfants de Knight et Prentky permet quatre catégorisations : haute fixation avec haute ou basse adaptation sociale et basse fixation avec haute ou basse adaptation sociale.

Le second axe consiste en une série hiérarchique de catégorisations dichotomiques, commençant par le degré de contact avec des enfants. Le délinquant est tout d'abord classé « à haut contact » ou « à bas contact » selon le temps qu'il passe à proximité d'enfants. S'il est clairement établi qu'il se trouve souvent en présence d'enfants dans des contextes multiples (tant sexuels que non sexuels), il est classé « à haut contact ». Cette catégorie se subdivise ensuite selon la nature du contact : interpersonnel ou narcissique. Si le délinquant a cherché à établir des relations interpersonnelles (pas nécessairement sexuelles) avec des enfants et que les infractions sexuelles reprochées n'avaient pas un but orgasmique, le délinquant « à haut contact » est dit « interpersonnel ». Par contre, si les infractions avaient un but orgasmique phallique, il est dit « narcissique ».

Tous les délinquants « à bas contact » sont subdivisés en fonction des sévices physiques infligés à leur victime. Si celle-ci présente des signes évidents d'agression, le délinquant est classé dans la catégorie « sévices intenses », la catégorie « sévices légers » étant réservée aux sujets qui ont infligé peu ou pas de blessures à leurs victimes (se limitant, par exemple, à les pousser, à les gifler ou à les menacer). Ensuite, chacun des sous-types de sévices est encore subdivisé selon la présence ou l'absence de fantasmes ou de comportements sadiques. Dans la catégorie « sévices légers », on fait la distinction entre : 1) les exploiters non sadiques et 2) les délinquants au sadisme atténué. Les sujets sont classés dans le deuxième groupe sur la base d'une description de leurs fantasmes sexuelles suggérant que l'infraction était motivée, au moins en partie, par des fantasmes sadiques (asservissement, miction, fessées, etc.). Un délinquant de la catégorie « sévices légers » qui se caractérise par l'absence de fantasmes ou de comportements sadiques est placé dans le groupe des exploiters non sadiques.

Dans la catégorie « sévices intenses », la distinction fondée sur le sadisme est faite selon que la douleur et les souffrances de la victime provoquent ou non de l'excitation sexuelle. Des signes d'excitation résultant de la peur ou de la détresse de la victime, de fantasmes sexuelles violentes, de comportements symboliques ou d'actes sexuels bizarres permettent en général de classer le sujet dans le groupe sadique. En l'absence de tels signes, il est plutôt classé dans le sous-type agressif non sadique.

Dans la taxinomie des agresseurs d'enfants de Knight et Prentky, chaque délinquant reçoit une classification distincte sur les axes I et II, ainsi que des sous-types le long de ces axes. Les points de rencontre entre les quatre groupes de l'axe I et les six groupes de l'axe II définissent 24 combinaisons biaxiales possibles. Même si les auteurs admettent que ce nombre peut sembler excessif, ils présentent de bons arguments à l'appui de leur taxinomie (voir Knight et Prentky, 1991). De plus, il est clair qu'un système de classification précis permet de définir des objectifs de traitement plus individualisés.

*Violeurs* : Knight et Prentky (1991) ont élaboré un système de classification distinct pour les violeurs. Leur typologie classe ces délinquants sexuels dans neuf catégories différentes sur la base de la motivation inférée du viol et de leur degré d'adaptation sociale. En même temps, les sous-types diffèrent également par le degré de criminalité et d'impulsivité. Dans cette taxinomie, les délinquants sont d'abord classés dans les catégories suivantes selon la principale motivation de leur infraction : opportuniste, enragé, vindicatif ou sexuel.

(i) *Type opportuniste* : Les violeurs considérés comme « opportunistes » attaquent en général leur victime de façon impulsive. Leurs infractions sont des actes d'agression non prémédités « contrôlés davantage par le contexte et des facteurs immédiatement antécédents que par un quelconque fantasme sexuel manifeste, prolongé ou stylisé » (p. 44). Les violeurs opportunistes maîtrisent mal leurs impulsions : ils ont souvent des antécédents de comportement antisocial dans de multiples environnements et contextes. Leurs infractions sont ordinairement exemptes de force ou d'agression gratuite et ils manifestent peu de colère sauf si la victime résiste. Leur comportement suggère que leur motivation principale est le plaisir sexuel immédiat et, s'ils recourent à la violence, c'est seulement pour obtenir ce qu'ils veulent de leur victime. Les délinquants opportunistes sont ensuite subdivisés selon que leur adaptation sociale est « haute » ou « basse ».

(ii) *Type enragé* : Le violeur de ce type a pour principale motivation une colère indifférenciée. Contrairement à l'opportuniste, il recourt à la violence gratuite, même en l'absence de résistance de la part de sa victime. Cependant, une telle résistance peut attiser sa brutalité, l'amenant à infliger des blessures graves pouvant causer la mort. Rien n'indique que son agression est inspirée par des fantaisies préexistantes et sa rage n'est pas en général reliée au sexe. Par conséquent, sa colère ne se manifeste pas seulement en présence des femmes. Les violeurs enragés ont ordinairement de nombreux antécédents d'agression et maîtrisent mal leurs impulsions dans beaucoup de domaines.

(iii) *Type vindicatif* : Selon Knight et Prentky, le comportement du violeur « vindicatif » suggère fortement que les femmes constituent l'objet central et exclusif de sa colère. Dans ce cas, l'agression sexuelle est ordinairement accompagnée de blessures physiques. De plus, on peut déduire de ses actes que l'un des principaux objectifs de l'agression est de dégrader et d'humilier sa victime. La colère et l'agression s'expriment de maintes façons, allant des insultes au meurtre brutal. Cependant, contrairement au violeur « enragé », le « vindicatif » ne manifeste pas de colère générale, l'agression étant limitée aux femmes, même s'il n'est pas établi qu'elle a un caractère érotique ou qu'elle est précédée de fantasmes sadiques. Contrairement à l'opportuniste et à l'enragé, le violeur vindicatif manifeste un degré de manifestation moins élevé d'impulsivité dans sa vie quotidienne. Comme les opportunistes, les vindicatifs sont subdivisés sur la base de leur adaptation sociale. Il y a ainsi deux sous-groupes : les vindicatifs à haute adaptation sociale et les vindicatifs à basse adaptation sociale.

(iv) *Type sexuel* : Les violeurs « sexuels » commettent leurs infractions sous l'influence de fantasmes sexuels ou sadiques bien établis. Ils se caractérisent souvent par une forme de préoccupation sexuelle durable, souvent étroitement associée à de l'agression et à des sentiments d'inadaptation. Ils sont subdivisés d'après deux dimensions : le sadisme et l'adaptation sociale. Ils sont d'abord répartis entre sadiques et non sadiques en fonction de la présence ou de l'absence de fantasmes et de comportements sadiques.

Le sous-groupe « sadique » est réparti à son tour entre sadisme manifeste et sadisme atténué, tandis que le sous-groupe « non sadique » est subdivisé entre violeurs à « haute » et à « basse » adaptation sociale. Les sadiques tant manifestes qu'atténués font peu de différence entre l'agression et la pulsion sexuelle et sont souvent hantés par des pensées et des fantasmes érotiques destructives. Le sadique manifeste use de violence et fait mal à ses victimes au cours de l'agression sexuelle. De plus, il est susceptible de préméditer son attaque. Le sadique atténué exprime son agression soit par des moyens symboliques soit par le biais de ses fantasmes, mais non dans son compor-

tement. Knight et Prentky (1991) ont constaté, au terme d'analyses préliminaires, que la distinction entre sadisme manifeste et atténué est en corrélation étroite avec l'adaptation sociale, les sadiques manifestes obtenant des scores peu élevés d'adaptation sociale, tandis que les atténués se classaient nettement plus haut sur cette échelle.

Selon Knight et Prentky, chez le violeur sexuel non sadique, « les fantasmes associés à l'agression sexuelle sont exempts de la relation synergique sexe-agression » (p. 45). Les auteurs croient que ces violeurs, qu'ils aient une haute ou une basse adaptation sociale, manifestent *moins* d'agression interpersonnelle dans tous les domaines. Par conséquent, si leur victime résiste, ils sont plus susceptibles de s'enfuir que de devenir violents ou agressifs. Les auteurs suggèrent également que les agressions et les fantasmes sexuelles des deux sous-groupes non sadiques reflètent un « mélange d'excitation sexuelle, de cognitions «masculines» déformées concernant les femmes et le sexe et de sentiments d'insuffisance face à leur sexualité et à leur masculinité » (p. 45).

### Validité

Les typologies ci-dessus des agresseurs d'enfants et des violeurs proposent deux systèmes de classification qui pourraient se révéler extrêmement avantageux, aux niveaux tant clinique qu'heuristique, pour la compréhension du comportement des agresseurs sexuels. Par exemple, Knight et Prentky (1991) ont déjà démontré l'existence d'une relation sûre et cohérente entre la typologie des agresseurs d'enfants et certains antécédents de développement préalables à l'infraction sexuelle. Les auteurs signalent en outre que les résultats préliminaires d'une étude de 25 ans sur la récidive permettent de croire que certains aspects du système de classification des agresseurs d'enfants ont un pouvoir tant explicatif que prédictif.

Barbaree et ses collaborateurs (1994) ont procédé à une comparaison entre violeurs en se basant sur les sous-groupes sexuels (opportunistes et vindicatifs) et non sexuels (sadiques et non sadiques) de Knight et Prentky (1991). Les résultats ont confirmé l'utilité de la typologie en établissant l'existence de différences entre les groupes sur les plans suivants : violence et sévices infligés aux victimes dans les infractions répertoriées, psychopathie et impulsivité, isolement social et excitation sexuelle résultant de l'évocation d'un viol. Cela implique des caractéristiques variées dans la population des violeurs, tout en suggérant une *certaine* congruence au sein de groupes plus petits.

Dans l'étude menée par Barbaree et ses collaborateurs, les participants comprenaient 60 violeurs adultes incarcérés qui ont été classés dans les catégories suivantes : opportunistes, vindicatifs, sexuels sadiques ou sexuels non sadiques. L'analyse des données a révélé que, dans le groupe « sexuel », les sadiques ont obtenu des scores sensiblement plus élevés que les non sadiques à un test de comportement mesurant la psychopathie (facteur 2, échelle de psychopathie de Hare), ce qui reflétait un comportement criminel remontant à plus loin et l'adoption d'un style de vie criminel. De plus, à comparer aux non sadiques, les violeurs sadiques étaient aussi nettement plus susceptibles d'avoir utilisé une arme en commettant leur infraction.

Il y avait également des différences significatives entre les deux types non sexuels (opportunistes et vindicatifs) et les types sexuels (sadiques et non sadiques) dans les antécédents ayant précédé l'infraction. Les violeurs des groupes non sexuels se sont montrés moins impulsifs et moins susceptibles d'avoir planifié leur infraction, mais avaient usé de plus de force dans leur agression et fait relativement plus mal à leur victime. Les violeurs du type sexuel ont obtenu des scores nettement plus élevés que les autres aux tests mesurant l'isolement social. Enfin, ce qui ne surprend guère, les violeurs des groupes non sexuels ont manifesté moins d'excitation sexuelle en présence d'indices évoquant le viol (à l'évaluation phallométrique) que ceux des types sexuels.

Fait également digne de mention, les chercheurs n'ont pas relevé de différences entre les groupes dans leurs mesures de la colère. Cela semble contraire au point de vue de Knight et Prentky, bien que Barbaree et ses collaborateurs (1994) n'aient pas inclus le groupe « enragé » dans leur étude parce qu'un seul participant s'y inscrivait. On peut donc supposer que la participation à l'étude d'un sous-échantillon suffisant de la catégorie des violeurs « enragés » aurait permis d'aboutir à des résultats différents. Quoiqu'il en soit, les travaux de Barbaree et de ses collaborateurs ont donné des renseignements importants sur de nombreuses différences distinctives entre groupes sur le plan des facteurs statiques et dynamiques. La majorité de leurs conclusions concordait avec les résultats que Knight et Prentky (1991) attendaient de leur taxinomie. De plus, Barbaree et ses collaborateurs (1994) estiment que leurs résultats permettent de croire à l'existence d'un certain nombre de processus psychologiques distincts menant à l'agression sexuelle.

Typologie des femmes délinquantes - Matthews (1993) a noté avec justesse d'importantes différences entre délinquants sexuels masculins et féminins. Les délinquantes sont de loin plus susceptibles de commettre l'infraction en compagnie et recourent rarement ou jamais à la coercition pour s'adjoindre des complices. Par rapport aux hommes, elles usent beaucoup moins souvent de force ou de violence et font moins de menaces de violence pour assurer le silence de leur victime. De plus, lorsqu'elles sont condamnées, les femmes nient moins souvent leur infraction et en assument plus volontiers la responsabilité. En tant que groupe, elles commencent aussi à un âge plus avancé. En effet, s'il est courant pour les délinquants masculins de s'attaquer à des victimes dès l'adolescence, il est extrêmement rare que des femmes le fassent avant l'âge adulte (Matthews, 1993).

La recherche a également démontré que les délinquantes sexuelles diffèrent de leurs homologues masculins par la motivation de leurs infractions sexuelles. Matthews, Matthews et Speltz (1991) ont conçu une taxinomie des délinquantes sexuelles reflétant ces disparités. Se basant sur une analyse de la documentation, Atkinson (1996) admet que cette typologie est la plus utile jamais faite jusqu'ici. Elle comporte trois types de base

fondés sur les facteurs de motivation ayant précédé les infractions : la tutrice-amante, la délinquante sous contrainte masculine ou accompagnée d'un homme et la prédisposée.

(i) *Tutrice-amante* : Comme le suggère la désignation, la tutrice-amante s'attaque le plus souvent à un adolescent. Elle réussit dans son entreprise parce qu'elle est en position de force, ordinairement à cause de son âge et de son rôle dans la vie de la victime. Elle n'éprouve en général aucune hostilité envers sa proie et ne considère pas son propre comportement comme étant criminel. La tutrice-amante semble rechercher une expression sexuelle affectueuse dans ses interactions avec la victime, étant persuadée que ses contacts sexuels avec lui (ou elle) sont un acte de bonté (Matthews et coll., 1991).

La tutrice-amante a en général grandi dans un environnement où les abus verbaux et émotifs étaient courants. La plupart des délinquantes classées dans cette catégorie ont des antécédents d'exploitation sexuelle extrafamiliale, souvent dans leur adolescence. En fait, il n'est pas rare qu'elles aient aussi des antécédents de relations sexuelles abusives avec des amants (Syed et Williams, 1996).

Au départ, la tutrice-amante tend à être sur la défensive et à nier toute responsabilité criminelle. Cela reflète une conscience déformée qui lui suggère que la victime a joui des relations sexuelles et n'a souffert aucun mal. Par conséquent, elle minimise également l'impact négatif de son acte sur la ou les victimes. Malgré ces distorsions, Matthews (1993) soutient que la tutrice-amante est relativement facile à traiter avec succès. Selon l'auteur, le traitement comprend essentiellement une restructuration cognitive permettant de convaincre la délinquante que son comportement est déplacé et a nui à la victime. Matthews et ses collaborateurs (1991) estiment que, par rapport aux autres types, la tutrice-amante tend à avoir des antécédents plus positifs et plus d'aptitudes sociales à sa disposition. De ce fait, la thérapie procède d'habitude très rapidement.

(ii) *Délinquante contrainte ou accompagnée par un homme* : Comme son nom l'indique, cette délinquante est amenée par un homme à participer à une forme d'exploitation sexuelle dont la victime est fréquemment son propre enfant, le plus souvent sa fille. La délinquante contrainte accepte en général les rôles traditionnels dans les relations, s'en tenant à la position subordonnée d'épouse et de mère. Elle craint ordinairement son mari ou son partenaire et se sent tout à fait impuissante dans les relations interpersonnelles. Elle est souvent l'objet de menaces et de sévices physiques de la part de son partenaire. Il n'est pas rare pour une délinquante contrainte par un homme de se joindre à ce dernier dans des actes d'exploitation sexuelle qu'il commettait tout seul auparavant (Matthews et coll., 1991).

Voici quelques caractéristiques communes de ce type : dépendance par rapport aux hommes, manque d'assurance, manque d'estime de soi, niveau d'intelligence peu élevé, impression de ne pas être aimée ou d'en être indigne, solitude et sentiment d'impuissance dans les relations avec autrui. De plus, ces femmes ont souvent des problèmes d'alcool ou de drogue (Syed et Williams, 1996).

Les délinquantes accompagnées par un homme présentent beaucoup des mêmes traits de caractère que les contraintes, sauf qu'elles participent plus volontiers et plus activement à l'exploitation sexuelle de leurs victimes. Tandis que les contraintes sont réticentes et ne participent que par peur des répercussions, les accompagnées semblent agir beaucoup plus de leur propre initiative. Bien que Matthews ait inclus ces dernières dans une première version de sa taxinomie (Matthews, 1987, cité dans Syed et Williams, 1996), cette version a depuis été abandonnée. Pourtant, des recherches récentes permettent de croire que ce type mérite d'être inclus dans la taxinomie (Syed et Williams, 1996).

Atkinson (1996) croit qu'en dépit du fait que les délinquantes contraintes forment un groupe hétérogène, le traitement devrait dans tous les cas être centré sur la rupture des liens de dépendance par rapport à l'homme en cause. Le développement de

l'empathie, dont nous parlons plus loin dans le présent rapport, est également considéré comme essentiel parce qu'il est courant que les délinquantes de ce type soient persuadées que leur victime est responsable de l'exploitation dont elle fait l'objet (Atkinson, 1996). L'importance du développement de l'empathie dans le cas de ces délinquantes découle également, selon d'autres auteurs, du fait qu'elles ont vraisemblablement subi une perte d'empathie après avoir dû réprimer leurs propres sentiments tandis qu'elles assistaient et participaient à des agressions sexuelles particulièrement choquantes (Matthews, 1993).

Une thérapie cognitivo-comportementale dans un environnement de groupe est recommandée aux délinquantes sous contrainte parce que cette forme de traitement vise à combattre la dénégation et la minimisation par confrontation à des pairs. Enfin, Atkinson (1996) souligne avec justesse l'extrême importance d'une surveillance postcarcérale des délinquantes de ce type parce que tout contact avec un homme violent ou manipulateur peut entraîner une récidive.

*(iii) Délinquante prédisposée :* Les délinquantes sexuelles classées parmi les « prédisposées » s'attaquent ordinairement à leurs propres enfants, en l'absence d'un complice masculin. Elles déclarent souvent qu'elles ont été victimes d'exploitation sexuelle dans leur petite enfance et qu'elles ont été agressées pendant des années par plusieurs membres de la famille ou par des personnes chargées de les garder. Même si la plupart échappent aux relations familiales abusives dans leur adolescence, la grande majorité d'entre elles ont des difficultés à avoir des relations sexuelles saines (Matthews et coll., 1991). Aussi beaucoup se retrouvent avec des partenaires masculins violents et finissent par croire que l'exploitation est normalement associée à l'acceptation et au contact humain.

Il n'est pas rare que les délinquantes prédisposées fassent état de fantasmes sadiques déclenchés par la colère. À comparer à la tutrice-amante et à la délinquante contrainte ou accompagnée par un homme, la prédisposée est plus susceptible de

commettre des infractions bizarres ou violentes et de s'attaquer à des enfants de moins de six ans. De plus, elle est plus susceptible d'infliger de la douleur et des sévices physiques à ses jeunes victimes (Matthews et coll., 1991). En même temps, elle est encline à l'automutilation ou est chroniquement suicidaire, manifestant une vaste gamme de troubles émotifs (Matthews, 1993; Matthews et coll., 1991).

Atkinson (1996) soutient que les délinquantes prédisposées sont particulièrement difficiles à traiter à cause de l'importance de leurs problèmes de santé mentale. Plus particulièrement, les séquelles de l'exploitation qu'elles ont elles-mêmes subie dans leur enfance se manifestent souvent par une anxiété extrême ou des troubles dissociatifs (Matthews et coll., 1991). Atkinson (1996) recommande, comme principale considération pour le traitement, de s'attaquer aux fantasmes sexuelles déviantes. En même temps, « il importe de veiller à ce que ces délinquantes n'aient absolument aucun contact avec des enfants ou avec d'autres victimes potentielles... Autrement, la surveillance dépend dans une grande mesure de la volonté de la délinquante de parler spontanément de ses fantasmes déviantes » (p. 41). Enfin, si le thérapeute découvre une importante maladie mentale, il est essentiel d'en surveiller les symptômes et de procéder à une intervention spécialisée dans la mesure du possible.

(iv) *Coléreuse-impulsive* : Syed et Williams (1996) déclarent qu'une des femmes qui avaient participé à leur étude ne pouvait être classée dans aucun des trois types ci-dessus. Par conséquent, les auteurs proposent d'ajouter à la classification le type « coléreuse-impulsive ». Brièvement, une femme de ce groupe agit seule impulsivement sous l'effet de la colère contre une victime adulte de sexe masculin. Il est clair que peu de délinquantes répondent à cette description, même si elle convenait parfaitement à une femme faisant partie d'un petit échantillon ( $n = 19$ ; Syed et Williams, 1996). Les auteurs croient que le traitement des femmes de ce type nécessiterait de s'occuper de questions d'exploitation personnelle, de distorsions cognitives, de développement de l'empathie et de maîtrise de la colère. De plus, les questions relatives à l'excitation déviante et aux

déficits d'aptitudes sociales pourraient ne pas être pertinentes dans le cas des coléreuses-impulsives (Syed et Williams, 1996).

À cause de la rareté des délinquantes sexuelles, il est plutôt difficile de valider des systèmes de classification comme celui de Matthews et ses collaborateurs (1991). Malgré cela, Syed et Williams (1996) ont pu apporter un certain appui à l'utilité de cette taxinomie. Cependant, ils ont estimé que le maintien du type des délinquantes « contraintes par un homme » et l'addition du type « coléreuse-impulsive » augmenteraient la viabilité du modèle. D'autres recherches dans ce domaine seront nécessaires pour confirmer ou infirmer ces points de vue.

Dans chaque typologie, il semble y avoir des points communs dans les antécédents qui ont précédé les infractions sexuelles. De ce fait, les systèmes taxinomiques comme ceux que nous présentons ci-dessus pourraient faciliter la gestion correctionnelle des délinquants sexuels. De plus, Knight (sous presse) a présenté des preuves sérieuses démontrant la validité simultanée, la stabilité temporelle et l'efficacité prédictive de beaucoup des composantes essentielles de la taxinomie des violeurs. Cela tend à confirmer d'autres études qui ont établi l'utilité des instruments de classification dans l'évaluation du risque de récidive postlibératoire tant dans des échantillons d'hommes (Harris, 1994) que dans des échantillons de femmes (Blanchette et Motiuk, 1995). Il est à espérer que l'étude prospective permettra de reproduire ces conclusions dans des échantillons composés exclusivement de délinquants sexuels.

L'un des objectifs fondamentaux de l'évaluation et de la classification correctionnelles est de concevoir des stratégies de traitement et de surveillance parfaitement adaptées aux caractéristiques des délinquants. Cette approche reflète les principes du risque, du besoin et de la réceptivité (Andrews et Bonta, 1994; Andrews, Bonta et Hoge, 1990). L'étude prospective démontrera l'utilité de la classification des délinquants sexuels dans le pronostic postlibératoire. Il est à espérer qu'une classification sur mesure combinée aux résultats de l'évaluation améliorera les chances de

réadaptation des délinquants, assurant ainsi la protection de la société grâce à une meilleure capacité de prédiction des risques.

## TRAITEMENT

Certains indices semblent établir que, parmi les délinquants sexuels, les femmes diffèrent sensiblement des hommes dans leur réponse au traitement. En thérapie, les hommes tendent à se pardonner plus tôt, tandis que les femmes ruminent des sentiments de culpabilité et de honte. Par conséquent, la colère que les femmes éprouvent contre elles-mêmes est plus profondément enracinée, ce qui retarde la guérison par rapport à leur infraction (Matthews, 1993). De plus, comme nous l'avons déjà noté, les motifs qui portent les femmes à commettre des infractions sexuelles sont souvent différents de ceux des hommes. Les typologies exposées plus haut reflètent cette diversité. Cependant, par suite de la rareté des infractions sexuelles commises par des femmes, la recherche et les programmes relatifs aux femmes délinquantes sont insuffisants (Syed et Williams, 1996). Il y a donc lieu de mentionner que le présent chapitre est presque exclusivement basé sur la recherche et la pratique concernant les délinquants sexuels masculins.

Le traitement des délinquants sexuels devrait commencer en milieu carcéral et se poursuivre après la libération et la réintégration dans la société (Canada, Groupe de travail, 1990). Il existe diverses méthodes de traitement, ayant chacune son fondement théorique, bien que la thérapie cognitivo-comportementale avec prévention des rechutes soit actuellement la plus courante (Service correctionnel du Canada, 1995a; Freeman-Longo et Knopp, 1992; Marshall et Barbaree, 1990). Indépendamment du paradigme de traitement, les programmes visent à réduire les besoins criminogènes identifiés au cours de l'évaluation.

Par suite de l'accroissement de la proportion des délinquants sexuels dans les pénitenciers canadiens, la capacité de traitement est passée de moins de 200 par an en 1987 à plus de 1 700 en 1995 (Service correctionnel du Canada, 1995a). Il y a toute une gamme de programmes de traitement des délinquants sexuels. Bien qu'ils s'attaquent tous aux besoins criminogènes et cherchent à maintenir le comportement prosocial, ils diffèrent par le lieu où ils sont administrés ainsi que par leur durée et leur intensité : il

existe des programmes en établissement à haute, moyenne et basse intensité, des programmes communautaires de prévention des rechutes, de l'orientation individuelle et des groupes communautaires d'entraide.

Au niveau fédéral (délinquants purgeant des peines d'emprisonnement de deux ans ou plus), les programmes de traitement à haute intensité sont donnés dans les centres régionaux de traitement, les centres psychiatriques régionaux et à l'Institut Pinel de Montréal. Au cours de l'exercice 1994-1995, les programmes à haute intensité avaient une capacité de 200 personnes par an. La plupart visent les délinquants à risque et à besoin élevés et certains offrent des services spécialisés pour les personnes aux faibles aptitudes. Ces programmes de type résidentiel sont hautement structurés et durent ordinairement huit mois, bien que les traitements puissent se prolonger jusqu'à deux ans. Les professionnels et les auxiliaires qui s'en occupent comprennent des infirmiers et infirmières, des sexologues, des psychologues et des psychiatres (Service correctionnel du Canada, 1995a).

Les programmes d'intensité moyenne sont ordinairement administrés en établissement et durent cinq mois. Ils sont assurés en général par des psychologues ou des sexologues, ou les deux, travaillant pour l'établissement ou engagés à contrat. En 1994-1995, le nombre annuel de places disponibles pour le traitement d'intensité intermédiaire s'élevait à 350. Les programmes de cette nature peuvent être offerts dans des établissements à sécurité minimale, moyenne ou maximale, bien qu'on les trouve le plus souvent dans les derniers. De même, les programmes à basse intensité sont habituellement offerts dans les établissements à sécurité minimale et durent moins longtemps que les traitements à haute et moyenne intensité, c'est-à-dire 2 à 4 mois. En général, ces programmes ne visent pas des délinquants ayant des besoins particuliers, à moins que ces derniers n'aient déjà fait l'objet d'autres programmes. En 1994-1995, le nombre annuel de places de traitement à basse intensité s'élevait à 522 (Service correctionnel du Canada, 1995a).

Les programmes communautaires de prévention des rechutes sont conçus pour maintenir les gains thérapeutiques et le comportement prosocial après la libération. Ils sont généralement administrés par des psychologues de service ou à contrat qui travaillent en milieu collectif sur une base hebdomadaire (Service correctionnel du Canada, 1995a). Les services de traitement communautaires peuvent être offerts en collaboration avec des programmes provinciaux ou municipaux, des organismes communautaires, des hôpitaux ou des universités (Williams, 1996a). En comptant toutes les régions du Canada, il y a plus de 600 endroits où des traitements communautaires sont offerts à des délinquants sexuels (Service correctionnel du Canada, 1995a).

L'orientation personnelle complète souvent les programmes de traitement en établissement et les interventions communautaires de groupe. Elle est assurée par des psychologues de service ou à contrat sur une base régulière ou périodique, selon les besoins. Bien que ce genre de traitement soit offert dans le Service correctionnel, il est aussi souvent obtenu à l'extérieur. L'orientation personnelle permet par ailleurs de traiter des problèmes personnels ayant contribué d'une façon périphérique à l'infraction sexuelle (par exemple, traumatismes de l'enfance ou abus de substances intoxicantes). De plus, c'est un service qui est offert en abondance et qui peut agir sur différents problèmes. Les groupes communautaires d'entraide [comme Sexaholics Anonymous (S.A.) ou Sex and Love Addicts Anonymous (S.L.A.A.)] accueillent en outre les personnes aux intérêts sexuels anormaux, sans se limiter aux délinquants. Les groupes d'entraide sont établis et maintenus par leurs membres et, comme chacun décide de la durée de son appartenance au groupe, cette durée peut être indéterminée. L'orientation personnelle et les groupes d'entraide ne sont pas inclus dans la capacité annuelle susmentionnée de 1 700 places de traitement pour les délinquants sexuels.

Les services offerts aux délinquants font partie intégrante du plan correctionnel. Les programmes particulièrement conçus pour les délinquants sexuels ont pour principal objectif de réduire la récidive. Indépendamment des modalités de traitement, la participation aux services offerts à tous les délinquants est nécessairement *volontaire* et

fondée sur un *consentement éclairé* (Williams, 1996a). Pour chacun, la priorité du traitement est déterminée par un certain nombre de facteurs, notamment : la volonté et la motivation de changer, la proximité de la date probable de libération, la probabilité d'un résultat positif par suite du traitement et le risque de récidive (Williams, 1996a). En définitive, le traitement devrait offrir une suite d'interventions proportionnées au risque et au besoin. De plus, les services devraient être disponibles tant dans l'établissement qu'après la libération et les interventions à différents endroits devraient se compléter les unes les autres, assurant une approche intégrée visant la réadaptation (Williams, 1996a).

Certains chercheurs s'interrogent sur l'utilité des paradigmes actuels de traitement : peuvent-ils vraiment réduire les infractions sexuelles à long terme ? Ce doute se fonde en général sur le fait que la presque totalité des études portant sur l'efficacité des traitements souffraient de sérieuses lacunes méthodologiques (Quinsey et coll., 1993). Cependant, d'autres chercheurs estiment qu'un certain nombre de traitements complets des délinquants sexuels ont été validés empiriquement et qu'ils réduisent effectivement la récidive (Marshall, 1993; Marshall et Pithers, 1994). De plus, une étude longitudinale récente, fondée sur une saine méthodologie, offre des résultats prometteurs quant à l'efficacité des traitements (Marques et coll., 1994).

Malgré les doutes exprimés sur cette efficacité, Williams (1996b) note que même une baisse minime des taux de récidive est « rentable ». Un délinquant sexuel passe en moyenne quatre ans dans une prison fédérale, coûtant à l'État près de 50 000 \$ par an. Les autres dépenses – frais de justice, frais légaux, indemnisation des victimes et hospitalisation – ajoutent au bas mot 25 000 \$ à la note. Le traitement d'un délinquant sexuel, par contre, revient à environ 7 400 \$ par an (Williams, 1996b). Par conséquent, même si le traitement n'agit que sur une faible minorité des délinquants ou que pendant une courte période, il aura quand même réduit le fardeau économique de la société. Enfin, on ne peut pas, sans être déraisonnable, passer sous silence les effets extrêmement néfastes de l'infraction sexuelle sur la victime. Bien que la détresse personnelle soit difficile à quantifier objectivement, les effets négatifs à long terme subis

par les victimes d'agression sexuelle sont incontestables (West, 1991). Marshall et Pithers ont noté, avec beaucoup de justesse :

« Nous avons le devoir moral d'offrir des traitements à autant de clients que possible, compte tenu des conséquences désastreuses de la récidive pour des femmes et des enfants innocents. Comme les délinquants sexuels qui récidivent s'attaquent souvent à plus d'une victime, un seul traitement efficace peut éviter de grandes souffrances. » (p. 23)

Bien que les avantages du traitement des délinquants sexuels ne fassent pas l'unanimité parmi les chercheurs contemporains, les services correctionnels ont pour mandat d'offrir des programmes de traitement à leurs pensionnaires. De plus, il est impératif que les interventions aient une base théorique et empirique et qu'elles visent en priorité les délinquants qui en ont le plus besoin (Service correctionnel du Canada, 1994). Malgré ces directives, le traitement des délinquants sexuels demeure problématique parce qu'on ne sait pas quel modèle fonctionne le mieux et dans quels cas. La plupart des programmes ont donc une approche plurimodale. Nous passons en revue, dans la section qui suit, quelques modes de traitement choisis parmi les plus vantés, les plus courants ou les plus importants.

### Modes de traitement

Traitement biologique ou médical - Les paradigmes de traitement à fondement biologique ou médical se basent sur l'hypothèse que les délinquants sexuels ont une anomalie physiologique qui motive leur déviance. En fait, certains chercheurs soutiennent qu'« il ne peut y avoir *aucun doute* [italiques ajoutés] qu'une proportion inconnue de délinquants sexuels commettent des infractions sexuelles sous l'effet de déficits ou de troubles organiques ou psychiatriques » (Cooper, 1994, communication n° 3, p. 1). Pour ces chercheurs, la présence de tels problèmes physiologiques justifie une intervention médicale de nature chirurgicale ou pharmaceutique. Il existe trois grands types

d'intervention médicale dans le cas des délinquants sexuels : la castration chirurgicale, le traitement aux antiandrogènes ou à d'autres hormones et la psychochirurgie (Bradford, 1988).

*Castration chirurgicale* : La castration chirurgicale consiste à pratiquer l'ablation des testicules (qui produisent 95 p. 100 de la testostérone chez les hommes). Comme la testostérone a été mise en cause dans le comportement agressif (voir, par exemple, Owens, Matteson, Schalling et Low, 1980, cités dans Hucker et Bain, 1990) et que la castration réduit très considérablement le niveau de testostérone en circulation, on suppose qu'elle réduit aussi l'agressivité et, par voie de conséquence, les risques d'infractions sexuelles. De plus, après avoir examiné une série d'études pertinentes, Bradford (1988) a conclu qu'il y avait suffisamment d'indices pour appuyer la thèse selon laquelle la castration réduit le taux de récurrence des délinquants sexuels.

Même si l'ablation des testicules a constitué, dans le passé, le principal traitement des déviants sexuels en Europe, elle n'a jamais été très courante en Amérique du Nord (Cooper, 1994). À l'heure actuelle, la plupart des pays d'Europe ont abandonné cette pratique en tant qu'option de traitement viable des délinquants sexuels (Marshall et coll., 1991). Aujourd'hui, elle est jugée désuète, surtout pour des considérations déontologiques, et peu susceptible d'être utilisée au Canada dans un avenir prévisible (Cooper, 1994).

*Castration chimique* : L'administration de médicaments antiandrogènes est parfois appelée castration « chimique » ou « temporaire » parce qu'elle produit des effets semblables à ceux de la castration chirurgicale. Comme d'autres traitements biologiques, les antiandrogènes agissent sur l'appétit sexuel en réduisant les niveaux de testostérone sérique. En Amérique du Nord, les deux principaux produits administrés aux délinquants sexuels sont l'acétate de médroxyprogestérone (MPA) et l'acétate de cyprotérone (CPA).

Les effets du MPA sur l'appétit sexuel sont documentés depuis une trentaine d'années (Heller, Laidlaw, Harvey et Nelson, 1958, cités dans Bradford, 1990). Bien que le MPA soit utilisé depuis assez longtemps dans le traitement des déviants sexuels masculins, ce n'est pas le médicament le plus courant à cause de ses effets secondaires possibles. Dans son analyse de la documentation, Bradford (1990) cite les suivants : prise de poids, maux de tête, fatigue, bouffées de chaleur et frissons, phlébites, nausées et vomissements, hyperglycémie, troubles de la vésicule biliaire, troubles gastro-intestinaux et insomnies.

Il y a lieu de noter, cependant, que l'auteur mentionne de nombreuses études signalant le succès du traitement au MPA : réduction des fantasmes érotiques, baisse de la fréquence des érections et des orgasmes, réduction de l'appétit et de l'activité sexuels, atténuation de l'irascibilité et de l'agressivité. Une étude signale que des effets bénéfiques ont été constatés pendant une période de suivi de huit ans (Money, Wiedeking, Walder et Gain, 1976, cités dans Bradford, 1990). Malgré les avantages déclarés de l'administration de MPA aux délinquants sexuels, les effets secondaires mentionnés ci-dessus sont nombreux et contrariants. Les sujets ont donc tendance à ne pas se conformer aux instructions données et à revenir à leurs anciens schèmes de comportement à la fin du traitement (Bradford, 1990; Marshall et coll., 1991).

Le CPA, comme le MPA qui l'a précédé, réduit les niveaux de testostérone sérique. Les effets du CPA sur le métabolisme et le comportement dépendent dans une grande mesure des doses administrées, bien qu'en général, les avantages soient semblables à ceux du MPA : réduction considérable ou disparition des fantasmes sexuels, baisse sensible de la fréquence des érections, de l'éjaculation et de la spermatogenèse. On rapporte également des indices démontrant une baisse de l'anxiété et de l'irascibilité ainsi qu'une « réduction générale des symptômes psychopathologiques constatés au cours du traitement au CPA » (Bradford, 1990, p. 304).

Bien que le CPA ait lui aussi des effets secondaires possibles, Bradford (1990) dit qu'il ne s'agit que de « risques théoriques » extrêmement peu susceptibles de se manifester aux doses utilisées pour traiter les perversions sexuelles. Après analyse des recherches effectuées, l'auteur dit que les effets secondaires sont rares, mais qu'ils peuvent comprendre des troubles hépatiques, la suppression de la fonction surrénalienne et la féminisation se manifestant par une gynécomastie temporaire ou prolongée.

Malgré un nombre indéterminé de cas d'effets physiques nuisibles, Bradford (1990) soutient qu'« il est clair que le CPA peut jouer un rôle important dans le traitement des délinquants sexuels. Il est bien établi qu'il peut sensiblement réduire les taux de récidence des délinquants sexuels et que ses effets bénéfiques se maintiennent même après la fin du traitement » (p. 306). De plus, l'auteur affirme, en se basant sur une analyse des recherches pertinentes et sur sa propre expérience clinique, qu'il n'est pas essentiel d'administrer le CPA indéfiniment : la dose peut, sans risque de rechute, être réduite progressivement après une période de traitement de 6 à 12 mois (Bradford, 1990).

Il n'y a pas de doute que l'administration d'antiandrogènes réduit l'appétit sexuel, inhibant les fantasmes sexuels ainsi que l'érection et l'éjaculation. De plus, il semble établi que les antiandrogènes abaissent les taux de récidence, au moins pendant la durée du traitement. Cependant, il faut noter que de nombreux effets secondaires possibles sont associés à ces produits. Le traitement aux antiandrogènes devrait donc être réservé à des personnes pour lesquelles il a été établi d'une façon catégorique qu'il n'y a aucune contre-indication médicale.

Il est absolument indispensable d'obtenir un consentement éclairé et sans restrictions avant d'administrer un traitement au MPA ou au CPA. Cela s'applique particulièrement en milieu carcéral où il serait autrement facile d'amener subtilement les délinquants à accepter le traitement en leur suggérant qu'il améliore leurs chances d'obtenir une libération anticipée. Cela peut se produire parce que l'admissibilité à la libération conditionnelle dépend en partie de la participation du délinquant aux

programmes de traitement de l'établissement. De plus, la valeur d'un traitement aux antiandrogènes dans un environnement strictement contrôlé, comme celui d'un établissement correctionnel, est plutôt douteuse. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, les délinquants sexuels n'ont pas vraiment l'occasion, en prison, de commettre des infractions sans courir le risque de se faire prendre. Par conséquent, les traitements pharmaceutiques y sont un peu superflus. Pour ces raisons, Bradford (1990) estime que le traitement aux antiandrogènes ne devrait être administré qu'après la libération du délinquant, lorsqu'il est soumis à toutes sortes de tentations au sein de la collectivité.

Dans une méta-analyse des effets du traitement sur le taux de récidive des délinquants sexuels, Hall (1995) a conclu que les traitements aux hormones comptent parmi les plus efficaces. Cette conclusion appuie celles d'une étude antérieure de Marshall et coll. (1991). On peut donc dire que les antiandrogènes tels que le MPA ou le CPA sont utiles dans le traitement des délinquants sexuels. Cependant, il y a d'importants facteurs à prendre en considération avant de décider d'en administrer. D'abord, il est suggéré de réserver les antiandrogènes aux délinquants qui ne présentent aucune contre-indication médicale et qui ont librement donné un consentement informé. Il est également recommandé que ces produits soient limités aux délinquants déjà réintégrés dans la collectivité. Enfin, il ne faut pas perdre de vue que les antiandrogènes ne changent rien à d'autres problèmes comme l'attitude criminelle et les distorsions cognitives. Ainsi, ils semblent réduire l'intensité de la pulsion sexuelle, mais non l'orientation de l'expression sexuelle. Par exemple, l'administration d'hormones à un pédophile, sans traitement d'appoint, peut réduire la fréquence ou l'intensité des besoins sexuels, mais non la préférence sexuelle déviante. Pour augmenter au maximum les effets bénéfiques du MPA ou du CPA, les chercheurs proposent de les utiliser comme traitement d'appoint, parallèlement à d'autres traitements, plutôt que comme traitement de base (Marshall et coll., 1991).

*Psychochirurgie* : Certaines recherches permettent de croire que des anomalies structurales du cerveau jouent un rôle important dans la perpétration d'infractions

sexuelles (Barnard, Fuller, Robbins et Shaw, 1989, cités dans Cooper, 1994). Le plus souvent, les structures et les fonctions associées aux lobes temporaux du cerveau sont reliées au comportement sexuel (Langevin, 1990). Ainsi, Langevin (1990) signale une fréquence accrue de lésions des lobes temporaux, le plus souvent sous forme d'une dilatation de la corne du lobe temporal droit, chez les sadiques sexuels, par rapport aux non-sadiques. D'autres chercheurs ont trouvé des anomalies structurales de l'hémisphère gauche chez les pédophiles (Hucker et coll., 1986, cité dans Langevin, 1990) et des déficits fonctionnels de l'hémisphère gauche chez les exhibitionnistes (Flor-Henry et Lang, 1988, cités dans Langevin, 1990).

La psychochirurgie modifie de façon permanente la structure cérébrale en produisant des lésions entre le cortex frontal et le système limbique du cerveau (Bradford, 1985). Bien qu'on considère que la psychochirurgie modifie la déviance sexuelle par déplacement structurel, le mécanisme exact de cette modification demeure inconnu. S'ajoutant au caractère extrêmement précaire et invasif de cette procédure, ce fait la rend au mieux douteuse. On a rarement recouru à la psychochirurgie puisqu'elle ne peut être sanctionnée du point de vue déontologique, sans compter que sa valeur comme traitement des délinquants sexuels demeure douteuse.

Thérapie cognitivo-comportementale - Les premières approches comportementales du traitement des délinquants sexuels se basaient sur l'hypothèse que les motifs de leur infraction étaient exclusivement sexuels. Par conséquent, les traitements visaient presque uniquement à changer les préférences sexuelles déviantes (Marshall et Barbaree, 1990; Marshall et coll., 1991). Cependant, les recherches récentes ont démontré que l'infraction sexuelle est un phénomène ayant des causes multiples et que les paradigmes de traitement devaient donc comprendre d'autres composantes, comme la restructuration cognitive, le développement des aptitudes sociales et la maîtrise de la colère. Ainsi, le traitement comportemental a évolué de façon à inclure ces dimensions dans un modèle plus complet à la fois cognitif et comportemental. À l'heure actuelle, les programmes cognitivo-comportementaux sont les plus courants au Canada

(Service correctionnel du Canada, 1995). De plus, les examens de la documentation et les méta-analyses établissent que la thérapie cognitivo-comportementale est, par rapport aux autres modes de traitement, celle qui agit le plus sur le taux de récidive (Marshall et coll., 1991; Hall, 1995). De fait, certains auteurs disent de l'approche cognitivo-comportementale, lorsqu'elle est accompagnée d'une thérapie de prévention des rechutes, qu'elle représente le *nec plus ultra* des traitements contemporains des délinquants sexuels (Freeman-Longo et Knopp, 1992).

Les traitements cognitivo-comportementaux sont offerts tant dans les établissements correctionnels que dans la collectivité, après la libération. Beaucoup sont complétés par une thérapie de prévention des rechutes (que nous décrivons plus loin dans le présent document). Bien que l'intervention cognitivo-comportementale varie d'un programme à l'autre, ses principaux objectifs portent en général sur ce qui suit : les comportements et les intérêts sexuels déviants, un vaste éventail de déficits en matière d'aptitudes sociales ainsi que les attitudes et les distorsions cognitives relatives au comportement déviant (Marshall et Barbaree, 1990). Par conséquent, les objectifs du traitement comprennent la modification du comportement et des préférences sexuels déviants, la restructuration cognitive et une meilleure adaptation sociale. Comme dans le cas des autres programmes, tous ces objectifs convergent sur un but fondamental : la réduction de la récidive.

*Préférences et comportements sexuels déviants* : L'examen de la documentation montre clairement que certains délinquants sexuels manifestent de l'excitation face à des comportements (comme le viol) ou à des partenaires (comme les enfants) déplacés (Abel et coll., 1994; Lalumière et Quinsey, 1994; Rice et coll., 1990). Par conséquent, les programmes cognitivo-comportementaux comprennent souvent un module visant à combattre les préférences sexuelles déviantes tout en maintenant ou en accentuant l'excitation en présence de stimuli appropriés. Il y a différents moyens d'atteindre ce but : la sensibilisation cachée, le déconditionnement ou thérapie par aversion, la thérapie par la

honte et le reconditionnement masturbatoire. La plupart des programmes contemporains comprennent une combinaison de ces méthodes.

La sensibilisation cachée consiste à demander d'abord au délinquant de déterminer la suite d'événements ou de comportements qui ont abouti à l'infraction sexuelle. Ensuite, ces événements ou comportements sont systématiquement associés à des conséquences hautement négatives, comme d'être appréhendé et d'aller en prison. On espère qu'en répétant ces images, on amènera le délinquant à associer les précurseurs de l'infraction aux conséquences négatives. Le traitement par sensibilisation cachée comporte des variantes. Par exemple, il y a des thérapeutes qui produisent des scénarios (avec l'aide des délinquants) décrivant l'enchaînement des événements qui ont mené à l'infraction ainsi que les conséquences aversives. Par la suite, les scénarios sont recopiés sur de petites cartes que le délinquant porte sur lui et qu'il lit au moins trois fois par jour (Marshall et Barbaree, 1990). Une fois de plus, l'objectif de cette pratique est de créer une association entre le comportement qui a précédé l'infraction et les conséquences négatives qui en ont découlé.

Comme la sensibilisation cachée, la thérapie par aversion se fonde sur les principes du reconditionnement classique pour réduire les schèmes d'excitation déplacés. En général, elle associe les sujets ou les occasions d'excitation à des stimuli désagréables, comme un léger choc électrique ou une odeur nauséabonde. Dans beaucoup de traitements, ce conditionnement est suivi par la présentation de sujets ou d'occasions d'excitation (par exemple, l'image d'une femme adulte nue dans le cas de pédophiles) auxquels n'est pas associé un stimulus répulsif. On espère ainsi que des associations répétées du sujet ou de l'occasion d'excitation déviante à des stimuli aversifs amèneront le délinquant à ne plus être sexuellement stimulé par des partenaires ou des actes déplacés.

De même, le reconditionnement masturbatoire vise à réduire ou à éliminer l'excitation sexuelle en présence de signaux déviants, tout en maintenant ou en augmentant

l'excitation résultant de stimuli appropriés. Dans cette méthode, on dit au délinquant de se créer un fantasme sexuel non déviant et de se masturber jusqu'à l'éjaculation.

Immédiatement après l'orgasme, tandis que le sujet est en phase réfractaire de non-excitation, il reçoit l'ordre de se laisser aller à ses fantaisies déviantes et de se masturber pendant une période déterminée. Comme la masturbation en phase réfractaire n'aboutit ordinairement pas à un orgasme, le sujet apprend à associer ses fantaisies déviantes à une activité sexuelle insatisfaisante. De plus, grâce à un reconditionnement répété, l'excitation déviante est atténuée tant que l'excitation résultant de stimuli appropriés est intensifiée.

La thérapie par la honte, également appelée répétition modifiée du comportement déviant, est une méthode plus rare de traitement des préférences sexuelles déviantes. Dans ce traitement, on demande au délinquant de simuler son comportement déviant sur des mannequins, pendant que la scène est enregistrée sur bande vidéo. La bande est ensuite passée devant le délinquant. Dans certaines variantes du traitement, la bande est présentée au groupe dont fait partie le sujet, ou encore à son épouse ou sa famille. En montrant l'enregistrement au délinquant lui-même et à d'autres, on espère détruire chez lui toute illusion agréable associée aux fantaisies déviantes (O'Connell et coll., 1990).

Maletzky (1991) a produit de solides preuves de la valeur de ces divers modes de traitement des préférences et des comportements déviants. Cependant, après une analyse de la documentation pertinente, Laws et Marshall (1990) ont conclu que, même si certains indices montrent que ces traitements adaptés au comportement sont supérieurs aux interventions psychothérapeutiques traditionnelles, il est impossible d'en tirer des conclusions définitives. De plus, les traitements décrits ci-dessus sont habituellement appuyés par d'autres interventions, comme le développement des aptitudes sociales et les médicaments antiandrogènes (Laws et Marshall, 1990). Il y a également lieu de souligner que ce ne sont sûrement pas *tous* les délinquants sexuels qui manifestent des schèmes d'excitation déviants. En fait, on a estimé que seule une très faible proportion d'entre eux (moins de 10 p. 100) ont très fréquemment des pensées déviantes intrusives

associées à la masturbation et se sentent fortement entraînés à commettre des agressions sexuelles (Marshall, 1996). Ces données tendent à confirmer des théories concurrentes de l'agression sexuelle selon lesquelles les infractions sont motivées par un désir de puissance et de contrôle plutôt que par la libido (Darke, 1990). Il faudrait donc en conclure que le traitement des préférences sexuelles déviantes devrait être réservé aux délinquants qui réagissent à des signes déviants. De plus, on affirme que la valeur de ces méthodes augmenterait dans une certaine mesure si elles étaient associées à d'autres modes de traitement.

*Déficits des aptitudes sociales* : Beaucoup de délinquants présentent de nombreux déficits des aptitudes sociales et manifestent des attitudes et des schèmes de pensée pouvant les amener, s'ils ne sont pas combattus, à commettre d'autres infractions. Aussi les programmes de traitement cognitivo-comportementaux visent également à améliorer l'aptitude à communiquer d'une manière adéquate, à éprouver de l'empathie et à établir et maintenir des relations avec des partenaires appropriés. Par conséquent, ces modules comprennent souvent des interventions dans le domaine des attitudes envers les femmes, de la maîtrise de la colère et des pulsions ainsi que des programmes complémentaires d'encouragement de l'affirmation de soi (Service correctionnel du Canada, 1995a).

Comme nous l'avons noté plus haut, une forte proportion des délinquants sexuels nient ou minimisent leur infraction (Happel et Auffrey, 1995). Bien que certains se défendent catégoriquement de toute participation à l'infraction, il est plus courant de les voir minimiser leur rôle ou les traumatismes que leur comportement a infligés à leur victime (Marshall, 1996). Avant que d'autres aspects du traitement puissent être vraiment efficaces, le délinquant doit pleinement assumer la responsabilité de sa conduite criminelle et de ses conséquences néfastes. Les dénégations, la minimisation et la justification sont fréquemment ciblées en thérapie de groupe. Certaines techniques de thérapie collective prévoient de mettre les sujets « sur la sellette », en les forçant à écouter les commentaires (souvent hostiles) d'autres membres du groupe. De plus, elles

comprennent souvent de l'appâtage et de la provocation délibérés ainsi que l'utilisation des techniques psychodynamiques telles que la réponse en miroir, le doublage et la simulation (Maletzky, 1991). Certains indices démontrent que le recours à ces techniques en thérapie de groupe aide à combattre la dénégation et la minimisation chez les délinquants sexuels (Maletzky, 1991; Marshall, 1994a, cité dans Marshall, 1996).

Il arrive souvent que les délinquants sexuels soient incapables d'empathie envers leur victime (Maletzky, 1991; Rice et coll., 1994). Rice et ses collaborateurs (1994) avaient démontré que l'excitation sexuelle déviante (par exemple, devant des scènes de viol) est en relation inverse avec l'empathie. Cela revient à dire que l'absence d'empathie, s'ajoutant aux signes de détresse de la victime, contribue à l'excitation sexuelle chez les violeurs. La recherche sur l'empathie et la conduite morale a démontré que l'empathie est en relation directe avec le comportement prosocial (Miller et Eisenberg, 1988; cités dans Rice et coll., 1994). Beaucoup de programmes cognitivo-comportementaux comprennent donc une forme ou une autre de développement de l'empathie chez les délinquants sexuels (Service correctionnel du Canada, 1995a).

Parmi les méthodes d'établissement de l'empathie, on peut signaler les suivantes : thérapie de groupe avec simulation (inversion de rôles) et rétroaction, rédaction de lettres hypothétiques d'explications et d'excuses à la victime, lecture par le délinquant des rapports de la victime et des dossiers de la police, lecture de la déclaration de la victime sur les répercussions du crime et observation d'enregistrements vidéo de victimes relatant leurs expériences (Maletzky, 1991; Marshall, 1996). On suppose qu'une augmentation de l'empathie est accompagnée d'une diminution de l'excitation déviante. Malgré des rapports affirmant que les délinquants ressentent de « puissants effets [de développement de l'empathie] sur leur comportement ultérieur » (Maletzky, 1991, p. 166), en dépit des données suggérant que l'empathie inhibe l'agression sexuelle (Canada, Groupe de travail, 1990), il est difficile de déterminer si ces traitements réduisent aussi la récidive. Le développement de l'empathie est invariablement un traitement d'appoint, ce qui veut dire qu'il est impossible d'en éprouver l'efficacité de façon indépendante.

Les recherches les plus récentes montrent clairement qu'en tant que comportement, l'agression sexuelle est associée à des caractéristiques psychologiques telles que l'acceptation de la violence interpersonnelle, le conservatisme sexuel et l'hostilité envers les femmes (Koss et Dinero, 1988). La plupart des traitements cognitivo-comportementaux combattent ces attitudes par diverses manières. Des modules éducatifs visent à accroître les connaissances et à développer des attitudes responsables et saines envers la sexualité et l'intimité. La maîtrise de la colère et l'affirmation de soi peuvent aider à former les aptitudes nécessaires pour exprimer les besoins et les désirs d'une manière appropriée exempte d'agression et de manipulation. Il y a différents moyens d'enseigner ces aptitudes. Les plus courants sont le modelage, la répétition du comportement et la désensibilisation (Maletzky, 1991). À mesure que le répertoire de réactions positives et de comportements sociaux appropriés du délinquant se développe, les attitudes et les comportements favorables à la violence interpersonnelle s'atténuent.

*Distorsions cognitives* : Les distorsions cognitives se manifestent sous forme de croyances et d'attitudes déformées qui servent à justifier le comportement. Elles peuvent comprendre, par exemple, la conviction que ce sont les enfants qui prennent l'initiative de l'activité sexuelle, que les attouchements ne constituent pas vraiment une forme d'exploitation sexuelle ou que des vêtements séduisants sur une femme équivalent à une invite sexuelle. La majorité des délinquants sexuels entreprennent le traitement avec une multitude de distorsions cognitives (Murphy, 1990). En particulier, les mythes sur le viol et l'hostilité envers les femmes sont chose courante, surtout chez les violeurs (Koss et Dinero, 1988). La modification des distorsions cognitives, également nommée restructuration cognitive, fait partie des modules de développement des aptitudes sociales. Presque tous les paradigmes contemporains de traitement des délinquants sexuels comprennent une forme ou une autre de restructuration cognitive (Service correctionnel du Canada, 1995a).

Le traitement des distorsions cognitives commence par une formation destinée à développer chez les délinquants la conscience des processus cognitifs et affectifs qui entretiennent le comportement sexuel criminel. Par la suite, ces cognitions et affects sont remplacés par d'autres, plus appropriés et plus adaptatifs. Encore une fois, cela se fait en général par modelage, répétition du comportement et confrontation directe. Souvent, un homme et une femme animent les séances de groupe pour démontrer l'égalité des sexes. De plus, des exemples d'interactions efficaces entre hommes et femmes peuvent être montrés sur bande ou dans le cadre de simulations avec échanges d'observations entre les membres du groupe (Maletzky, 1991). Ce genre de traitement s'applique de la même façon aux pédophiles, sauf, bien entendu, que le but est de combattre les cognitions déformées relatives aux enfants. Il est suggéré que la thérapie de groupe pourrait être particulièrement utile dans ce cas, car les autres participants contestent les distorsions et les réflexions déviantes du délinquant. La restructuration cognitive, comme l'empathie et le développement des aptitudes sociales, est toujours administrée parallèlement à d'autres modes de traitement. Elle comprend une composante d'intervention cognitivo-comportementale. Marshall et ses collaborateurs en évaluent actuellement l'efficacité (Marshall, 1996) dans le traitement des délinquants sexuels.

Ensemble, les diverses techniques énumérées ci-dessus composent l'intervention cognitivo-comportementale visant les délinquants sexuels. Les programmes correspondants sont plus ou moins devenus la norme dans le traitement contemporain de ces délinquants. Ils sont sans conteste les plus prolifiques (Service correctionnel du Canada, 1995a) et sont partout vantés comme les plus efficaces parmi les traitements actuels (Canada, Groupe de travail, 1990; Hall, 1995; Marshall et coll., 1991; Marshall et Pithers, 1994).

Prévention des rechutes - La prévention des rechutes est la dernière innovation dans les programmes de traitement des délinquants sexuels. Même si, à l'origine, elle a été conçue pour assurer le maintien du changement thérapeutique chez ceux qui abusent de substances intoxicantes (Pithers, 1990), la recherche a démontré la valeur de ses

principes de base dans le cas des délinquants sexuels (Marshall et coll., 1991; Miner et coll., 1990). Il y a lieu de noter, cependant, que la prévention des rechutes est invariablement prescrite en conjonction avec l'intervention cognitivo-comportementale (Service correctionnel du Canada, 1995a). Il est donc difficile d'en faire une évaluation indépendante.

Dans les programmes de prévention des rechutes, on apprend aux délinquants à reconnaître les situations risquées ou problématiques pouvant les amener à récidiver et on leur inculque les stratégies nécessaires d'adaptation, d'évitement et de fuite permettant de réagir adéquatement à ces situations (Fisher, 1995). La prévention des rechutes est donc une intervention hautement individualisée qui procure une méthode de renforcement de la maîtrise de soi. Comme les modalités sont particulières à chaque délinquant, Pithers (1990) recommande une évaluation approfondie pour déterminer les objectifs précis de traitement. Plus particulièrement, l'évaluation devrait nécessairement : 1) préciser les situations de risque élevé pour le sujet, 2) déterminer ses moyens d'adaptation du moment, et 3) analyser les premiers antécédents de son comportement sexuel déviant (Pithers, 1990).

Dans la thérapie de prévention des rechutes, on commence par aider le délinquant à reconnaître et à éviter les situations pouvant mener à une récidive. Ce processus de reconnaissance des précurseurs de l'infraction se poursuit tout le long du traitement. À mesure que celui-ci progresse, le délinquant apprend à discerner les subtilités de comportement et d'attitude qu'il ne rattachait pas auparavant à ses infractions. Grâce à une analyse continue de cas, la thérapie de groupe maintient l'aptitude du délinquant à reconnaître les situations susceptibles d'aboutir à une infraction (Pithers, 1990).

Par la suite, le traitement procure aux sujets des stratégies pour prévenir la récidive et affronter efficacement les régressions de la maîtrise de soi. Si le délinquant décèle un recul, il devrait, de concert avec le thérapeute, analyser les circonstances qui l'ont précédé. En identifiant les facteurs ayant précédé la rechute, le thérapeute peut concevoir

de nouvelles stratégies pouvant réduire la probabilité d'une récurrence. Ainsi, le délinquant apprend quelles tactiques précises il doit adopter pour prévenir les rechutes futures (Pithers, 1990).

La prévention des rechutes recourt à plusieurs procédures de renforcement de la maîtrise de soi et de prévention de la récidive. Une fois que le délinquant a appris à identifier les précurseurs de l'infraction, on lui inculque diverses méthodes lui permettant de s'y adapter efficacement, notamment : les procédures de contrôle des stimuli, les stratégies d'évitement et de fuite, les réactions d'adaptation programmées ainsi que la maîtrise des pulsions et les interventions de renforcement des aptitudes (Pithers, 1990).

*Contrôle des stimuli* : Il s'agit ici d'apprendre à maîtriser les stimuli externes qui pourraient susciter une récidive. Par exemple, si la consommation d'alcool précède ordinairement la perpétration d'une infraction, la prévention des rechutes apprendrait au sujet à vivre dans un environnement exempt d'alcool et à éviter de s'en procurer.

*Évitement et fuite* : De même, les stratégies d'évitement permettent au délinquant de contrôler dans une certaine mesure son environnement. Par exemple, un pédophile ne devrait pas habiter à proximité d'une école ou d'un terrain de jeux. Il convient de recourir aux stratégies de fuite lorsque le délinquant se sent vulnérable et qu'il aborde une situation à risque élevé. Il devrait mettre en oeuvre ces stratégies le plus tôt possible après avoir pris conscience d'une situation qu'il ne se sent pas en mesure d'affronter. L'exécution rapide des stratégies de fuite est essentielle car le délinquant en situation de risque élevé est assimilable à une personne « qui se trouverait dans une pièce avec une bombe à retardement dont le mécanisme d'horlogerie est enclenché » (Pithers, 1990, p. 354).

*Réactions d'adaptation programmées* : Les réactions d'adaptation programmées sont imaginées par le délinquant lui-même. Elles font intervenir un processus ordinaire de résolution de problèmes dans le cadre duquel il apprend et pratique une suite routinière

d'actions. La procédure commence par une description détaillée de la situation qui fait problème. Ensuite, le délinquant imagine des réactions d'adaptation possibles, évalue le résultat probable de chacune et s'attribue une cote exprimant sa capacité d'adopter le comportement d'adaptation en cause. Une fois qu'il a conçu un nombre suffisant de bonnes stratégies, le délinquant les applique un certain nombre de fois et reçoit des observations à leur sujet. On estime qu'en pratiquant ces réactions d'adaptation efficaces souvent et dans diverses situations, on aboutit à une généralisation face à des circonstances critiques (Pithers, 1990).

*Maîtrise des pulsions* : Les traitements de prévention des rechutes apprennent aux délinquants à combattre leurs pulsions en les informant que le fait de céder à une pulsion est une *décision* qu'ils *choisissent* eux-mêmes et que les quelques instants de satisfaction qu'ils en tirent ne valent pas les répercussions à long terme (comme le sentiment de culpabilité et l'emprisonnement). Souvent, la probabilité de rechute augmente lorsque le délinquant concentre ses souvenirs sur les aspects satisfaisants de l'infraction, en oubliant ses conséquences négatives. La thérapie de prévention des rechutes cherche à combattre les pulsions en remplaçant les images de satisfaction par des images d'aversion. Pithers (1990) a donné un bon exemple de cette stratégie : « Un délinquant peut être encouragé à s'imaginer qu'un membre de sa famille qu'il aime bien regarde par-dessus son épaule pendant qu'il éprouve l'envie de pratiquer une fellation sur un garçon. De telles images découragent la soumission passive aux pulsions, créant un délai suffisant pour penser aux conséquences négatives de l'acte » (p. 355).

*Autres méthodes de prévention des rechutes* : Il convient de noter enfin que la prévention des rechutes se base également sur certaines des interventions associées plus couramment au traitement cognitivo-comportemental, comme la restructuration cognitive et les procédures de développement des aptitudes. De plus, les « contrats » sont courants en thérapie de prévention des rechutes : le délinquant et le thérapeute déterminent ensemble des limites claires aux situations et aux comportements précaires. Des limites sans équivoques sont inscrites dans le contrat, que le délinquant signe à son

inscription au programme de traitement. Les limites précisent quelles rechutes sont tolérables. Pour un exemple de contrat, voir Pithers (1990, p. 356).

La dimension interne de maîtrise de soi qu'on trouve dans la prévention des rechutes présente un aspect positif : elle apprend aux délinquants à assumer la responsabilité de leur propre traitement. Paradoxalement, on a suggéré que les agresseurs sexuels pourraient négliger d'user de leurs aptitudes acquises dans des moments critiques de vulnérabilité. Et, ce qui rend le problème encore plus complexe, les délinquants négligent souvent d'informer leur thérapeute, le responsable de leur programme de traitement ou leur agent de surveillance de leurs rechutes (Pithers, 1990). Tout en reconnaissant les avantages d'un renforcement de la maîtrise de soi, certains chercheurs soutiennent que, prise séparément, la dimension interne de maîtrise de soi de la prévention des rechutes est insuffisante (Pithers, 1990).

Pour surmonter cette lacune, Pithers et ses collaborateurs (Pithers, Buell, Kashima, Cumming et Beal, 1987, cités dans Pithers, 1990) ont ajouté une dimension de « surveillance externe » à la thérapie de prévention des rechutes. Cette dimension remplit trois fonctions qui augmentent l'efficacité de la surveillance : 1) surveillance de précurseurs précis de l'infraction, 2) création d'un réseau éclairé de contacts collatéraux pouvant aider l'agent de probation ou de libération conditionnelle à surveiller le comportement du délinquant, et 3) établissement de rapports de collaboration avec les professionnels de santé mentale (s'il y en a) qui participent au plan de traitement du délinquant.

Ensemble, la dimension interne de maîtrise de soi et la dimension externe de surveillance de la thérapie de prévention des rechutes sont très prometteuses pour la gestion des délinquants sexuels. Lorsqu'elle est appliquée en conjonction avec la thérapie cognitivo-comportementale ou après la libération, la thérapie de prévention des rechutes est particulièrement intéressante. Les données longitudinales préliminaires recueillies

confirment l'efficacité de ce paradigme (Freeman-Longo et Knopp, 1992; Miner et coll., 1990; Pithers et Cumming, 1989; cités dans Pithers, 1990).

Autres modes de traitement - Même si le présent document est axé sur l'évaluation et l'intervention dans le cas des délinquants sexuels, il convient de noter que ces derniers partagent beaucoup des déficits qui caractérisent les délinquants non sexuels, comme l'abus de substances intoxicantes, les difficultés d'apprentissage et d'emploi, les troubles affectifs et les problèmes de relations avec les pairs et la famille. De plus, cela est vrai pour les délinquants sexuels de sexe tant masculin (Motiuk et Porporino, 1993) que féminin (Syed et Williams, 1996). La majorité des déficits reflètent des besoins criminogènes qui, à défaut de traitement, peuvent mener à la récidive tant dans des échantillons mixtes (Gendreau, Little et Goggin, 1995) que dans des échantillons composés exclusivement de délinquants sexuels (Motiuk et Brown, 1996). Par conséquent, il est important que l'intervention cible également ces facteurs.

Groupes spéciaux - En conclusion de ce chapitre sur l'évaluation et le traitement des délinquants sexuels, il y a lieu de mentionner le fait que les paradigmes et pratiques mentionnés ici ont invariablement été conçus et mis en oeuvre pour des délinquants masculins de race blanche. Il existe quelques importantes différences entre groupes qui mettent en évidence le besoin d'autres recherches sur les groupes spéciaux de délinquants sexuels.

Par exemple, nous avons parlé de l'efficacité des interventions biologiques, surtout celles qui sont basées sur l'administration d'antiandrogènes. Bien sûr, ces traitements ne peuvent pas s'appliquer à des femmes. Nous avons mentionné, ailleurs dans le présent rapport, d'autres différences entre les délinquants des deux sexes. Malgré l'inefficacité de certains des traitements actuels dans le cas des femmes, on espère que la connaissance prospective aboutira à d'autres paradigmes spécifiques pour ce groupe.

Nahanee (1996) a mis en évidence quelques autres aspects s'appliquant particulièrement aux délinquants sexuels autochtones. Ces aspects revêtent une importance capitale parce que la proportion de ces derniers est *extrêmement* élevée dans les établissements correctionnels fédéraux du Canada. Près de 40 p. 100 des délinquants autochtones purgeant des peines de deux ans ou plus (dans des établissements fédéraux) ont été condamnés pour une infraction d'ordre sexuel (Nahanee, 1996).

De plus, la tendance à abuser d'alcool et de drogue est sensiblement plus forte dans ce groupe. Les infractions commises par les délinquants autochtones se distinguent de celles des non-autochtones sous d'autres aspects importants, notamment le lieu de l'infraction et les liens avec la victime. Les délinquants autochtones ne commettent en général leurs infractions que dans les collectivités autochtones et presque exclusivement dans l'unité familiale (Nahanee, 1996). Ces différences devraient avoir des répercussions importantes sur le traitement.

Bien que la majorité des modes de traitement mentionnés ci-dessus s'appliquent à *tous* les agresseurs sexuels, on espère que la recherche future mettra en évidence des traitements nouveaux et novateurs conçus particulièrement pour des groupes spéciaux, comme les Autochtones et les femmes. Les graves effets soufferts par les victimes d'agressions sexuelles justifient de telles recherches, même si ces groupes spéciaux ne comptent relativement que très peu de membres.

## RÉCIDIVE

L'étude de la récidive chez les délinquants sexuels, de ses corrélats et du pouvoir thérapeutique du traitement constitue un défi de taille pour les chercheurs. La détermination des causes de la récidive et des éléments qui l'influencent dépend de facteurs complexes, tels que la période de risque passée dans la collectivité (plus la période postcarcérale est longue, plus le taux de récidive est élevé), le degré de surveillance et tout un éventail de variables. Les études réalisées dans ce domaine concordent rarement sur les taux de récidive relevés, en partie à cause du nombre de définitions données au terme « récidive ». Les interprétations larges de ce terme tiennent compte des suspensions et révocations de la libération conditionnelle, des nouvelles mises en accusation, des nouvelles condamnations ainsi que du retour en prison pour d'autres motifs. Par contre, les définitions plus étroites ne prennent en considération que les condamnations officielles (parfois pour certaines infractions seulement) dans le calcul des taux officiels de récidive. Ces différences rendent ardue l'interprétation des études sur la récidive.

En outre, une foule d'autres problèmes compliquent l'interprétation des recherches sur les résultats des traitements. Dans le cas des délinquants sexuels, la taille des échantillons doit être extrêmement élevée, pour compenser les faibles taux de récidive d'ordre sexuel (Marshall et Pithers, 1994). De plus, l'utilisation exclusive des données officielles abaisse faussement les taux de récidive, étant donné qu'un grand nombre d'infractions ne sont pas officiellement déclarées (Weinrott et Saylor, 1991). Il y a également le problème de l'attrition (Marques et coll., 1994), un certain nombre de participants étant soustraits pour diverses raisons, à l'étude ou au programme de traitement.

Toutes les études sur l'efficacité des traitements devraient permettre de faire correspondre les délinquants traités à des délinquants non traités compte tenu de diverses variables pertinentes telles que l'âge, les antécédents criminels et la

reconnaissance de l'infraction (Motiuk et Brown, 1996). Dans une situation idéale, le groupe témoin devrait aussi être comparé au groupe traité en fonction de variables comme la psychopathie et l'excitation sexuelle déviante. On a en effet découvert que ces facteurs sont liés à la récidive parmi les violeurs (Rice, Harris et Quinsey, 1990) et les agresseurs d'enfants (Rice et coll., 1991). Cela pose un problème de plus puisque les critères de sélection qui régissent l'admission dans les programmes de traitement peuvent compromettre la procédure d'appariement (Marshall et Pithers, 1994).

L'affectation aléatoire de participants à des groupes de recherche (traité et non traité) soulève également des difficultés. Par exemple, les délinquants qui ne veulent pas recevoir un traitement ne peuvent pas être forcés d'y participer. Par ailleurs, beaucoup de chercheurs et de cliniciens mettent en doute le bien-fondé de refuser le traitement à des délinquants qui souhaitent y participer (Marshall, 1993).

On relève aussi d'autres problèmes : la délimitation de l'intervention thérapeutique en cause (la plupart des traitements étant plurimodaux), le degré de conformité du thérapeute au protocole de traitement et la prise en compte du laps de temps qui s'écoule entre la fin du traitement et la libération (Marshall, 1993; Marshall et Pithers, 1994). La liste des facteurs confusionnels qui peuvent empêcher d'aboutir à des conclusions solides est pratiquement illimitée. Ce qui précède ne représente qu'un échantillon des différents problèmes méthodologiques qui sèment confusion et désaccord parmi les chercheurs d'aujourd'hui.

Une fois toutes ces limites reconnues, il est clair que la réponse à la question « Le traitement des délinquants sexuels est-il efficace ? » ne peut être que la suivante : Nous ne sommes pas encore sûrs. Le désaccord règne, même parmi les chercheurs les plus réputés et les mieux renseignés dans ce domaine. Si certains soutiennent que les effets des programmes de traitement des délinquants sexuels ne sont pas clairs (Quinsey et coll., 1993), d'autres affirment qu'il est *démontré* que le traitement réduit la récidive (Marshall, 1993; Marshall et coll., 1991; Marshall et Pithers, 1994).

Les résultats préliminaires d'une récente étude basée sur une méthodologie très rigoureuse sont prometteurs (Marques et coll., 1994). De plus, une méta-analyse des récentes études sur les traitements, effectuée par Hall (1995), montre que le traitement a un effet léger, mais sensible, par comparaison au non-traitement. Plus particulièrement, l'auteur a constaté, pour l'ensemble des études, que le taux de récidive sexuelle des délinquants non traités s'élevait à 27 p. 100, par rapport à 19 p. 100 pour les délinquants traités. À mesure que les méthodes d'évaluation et de traitement s'améliorent pour mieux répondre aux besoins particuliers de chaque délinquant sexuel, nous pouvons nous attendre à une hausse de l'efficacité des programmes et à une baisse correspondante du taux de récidive postcarcéral.

Un certain nombre d'études s'accordent sur les variables associées à la récidive parmi les délinquants sexuels. Chose qui ne surprend guère, les variables prédictives de la récidive non sexuelle (violente et non violente) sont semblables à celles qui motivent les délinquants non sexuels (Hanson et Bussière, 1996; Motiuk et Brown, 1996; Rice et coll., 1990). Ces variables comprennent l'âge à la libération, les antécédents criminels, l'abus de substances intoxicantes, le chômage et les conditions de logement instables.

Il existe, par ailleurs, un nombre significatif d'études établissant que la récidive sexuelle peut assez bien être prédite par le nombre d'infractions sexuelles antérieures et l'excitation sexuelle déviante (Hanson et Bussière, 1996; Motiuk et Brown, 1996; Prentky, Knight et Lee, sous presse; Quinsey et coll., 1995). La psychopathie serait également un autre facteur de risque important (Harris, Rice et Cormier, 1991; Quinsey et coll., 1995).

En général, les violeurs récidivent davantage que les agresseurs d'enfants. Cela est vrai pour la récidive violente, tant sexuelle (Canada, Groupe de travail, 1990) que non sexuelle (Hanson et Bussière, 1996). Cependant, parmi les agresseurs d'enfants, ceux qui s'attaquent à des garçons semblent avoir le taux de récidive le plus élevé, suivis par ceux qui s'attaquent à des filles non apparentées (Canada, Groupe de travail, 1990;

Hanson et Bussière, 1996; Quinsey et coll., 1995). Les délinquants condamnés pour inceste ont toujours les taux de récidive les plus bas de tous les délinquants sexuels (Motiuk et Brown, 1996; Quinsey et coll., 1995). Lorsque les agresseurs sexuels récidivent, ils ont tendance à commettre la même infraction (Canada, Groupe de travail, 1990).

Enfin, il y a lieu de mentionner que la récidive sexuelle dépend également, dans une moindre mesure, des mêmes variables qui expliquent la récidive dans des échantillons de délinquants non sexuels, comme l'âge à la libération (Hanson et Bussière, 1996; Motiuk et Brown, 1996), l'état matrimonial (Hanson et Bussière, 1996; Quinsey et coll., 1995) et les problèmes d'alcool et de drogue (Motiuk et Brown, 1996).

## CONCLUSIONS

Nous avons présenté ici une analyse de la documentation relative aux paradigmes contemporains d'évaluation et de traitement des délinquants sexuels. On y met en évidence l'importance d'une évaluation complète et approfondie ainsi que d'un traitement individualisé. On peut conclure provisoirement que les paradigmes actuels de traitement sont encourageants quant à leurs effets sur la réduction de la récidive. Cela semble particulièrement vrai dans le cas des traitements complets conçus sur le modèle cognitivo-comportemental avec des composantes d'appoint visant la prévention des rechutes. Pour certains délinquants, le traitement aux antiandrogènes ou à d'autres hormones peut comporter des avantages supplémentaires.

Nous avons fait état de certains problèmes fondamentaux qui se posent lorsqu'on examine les résultats de la recherche sur la récidive et le résultat des traitements. Malgré ces problèmes, quelques études sérieuses s'entendent sur plusieurs facteurs de corrélation et de prédiction de la récidive tant sexuelle que non sexuelle dans des échantillons de délinquants sexuels. Nous avons donné un aperçu de ces facteurs.

Les infractions sexuelles constituent encore un grave problème au Canada. Comme le nombre et la proportion des délinquants sexuels sont en hausse dans les établissements de détention fédéraux, nous avons un besoin urgent de recherches longitudinales fondées sur des bases empiriques solides. Bien que les résultats préliminaires relatifs à l'efficacité des traitements actuels semblent favorables, l'évaluation et le traitement ont invariablement été conçus en fonction d'un type de délinquant sexuel. En effet, les chercheurs se sont très peu occupés des femmes et des Autochtones en dépit de leurs différences évidentes par rapport au délinquant sexuel type.

Il est à espérer que la recherche prospective aboutira à des méthodes pouvant améliorer les modèles actuels d'évaluation et de traitement, de façon à réduire la récidive et à mieux protéger le public.

## BIBLIOGRAPHIE

Abel, G. G., Lawry, S. S., Karlstrom, E., Osborn, C. A., & Gillespie, C. F. (1994). Screening tests for pedophilia. Criminal Justice and Behavior, 21 (1), 115-131.

Andrews, D. A. & Bonta, J. (1994). The Psychology of Criminal Conduct. Cincinnati: Anderson.

Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. Criminal Justice and Behavior, 17, 19-52.

Atkinson, J. L. (1996). Analyse des recherches sur les délinquantes sexuelles. Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle, 8 (2), 39-43.

Barbaree, H. E. (1991). Déni de la réalité et minimisation par les délinquants sexuels: évaluation et résultats du traitement. Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle, 3 (4), 35-38.

Barbaree, H. E. & Marshall, W. L. (1991). The role of male sexual arousal in rape: Six models. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59 (5), 621-630.

Barbaree, H. E., Seto, M. C., Serin, R. C. , Amos, N. L., & Preston, D. L. (1994). Comparison between sexual and nonsexual rapist subtypes. Criminal Justice and Behavior, 21 (1), 95-114.

Blanchette, K. & Motiuk, L.L. (1995, June). Female Offender Risk Assessment: The Case Management Strategies Approach. Paper Presented at the Canadian Psychological Association Annual Convention, Charlottetown, Prince Edward Island, Canada.

Bradford, J. M. W. (1985). Organic treatments for the male sexual offender. Behavioural Sciences and the Law, 3 (4), 355-375.

Bradford, J. M. W. (1988). Organic treatment for the male sexual offender. In: R. A. Prentky & V. L. Quinsey, Human Sexual Aggression: Current Perspectives (pp. 193-202). New York: Annals of the New York Academy of Sciences.

Bradford, J. M. W. (1990). The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. In W. L. Marshall & H. E. Barbaree (Eds.), Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offenders (pp. 297-310). New York: Plenum.

Cooper, M. (1994). Setting Standards and Guiding Principles for the Assessment, Treatment, and Management of Sex Offenders in British Columbia. Vancouver: BC Institute on Family Violence.

Dahlstrom, W. M. & Welsh, G. S. (1960). An MMPI Handbook: A Guide to Use in Clinical Practice and Research. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Darke, J. L. (1990). Sexual aggression: Achieving power through humiliation. W. L. Marshall & H. E. Barbaree (Eds.), Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offenders (pp. 55-72). New York: Plenum.

Fisher, D. (1995). The therapeutic impact of sex offender treatment programmes. Probation Journal, 42 (1), 2-7.

Freeman-Longo, R. E. & Knopp, H. F. (1992). State-of-the-art sex offender treatment: outcome and issues. Annals of Sex Research, 5 (3), 141-160.

Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1995). A Meta-Analysis of the Predictors of Adult Offender Recidivism: Assessment Guidelines for Classification and Treatment. Ottawa: User report submitted to the Corrections Branch, Ministry Secretariat, Solicitor General of Canada.

Gordon, A., & Porporino, F. J. (1990). Le traitement des délinquants sexuels: l'approche du Canada. (Rapport de recherche No B-05). Ottawa: Service correctionnel du Canada.

Groupe de travail sur le traitement des délinquants sexuels (1990). Gestion et traitement des délinquants sexuels. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

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

Hall, G.C. & Hirschman, R. (1991). Toward a theory of sexual aggression: A quadripartite model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59 (5), 662-669.

Hanson, R. K. & Bussière, M. T. (1996). Prédicteurs de la récidive chez les délinquants sexuels: une méta-analyse. (Rapport pour spécialistes: No de catalogue JS4-1/1996-4F). Ottawa: Solliciteur général Canada.

Happel, R. M. & Auffrey, J. (1995). Sex offender assessment: Interrupting the dance of denial. American Journal of Forensic Psychology, 13 (2), 5-22.

Harris, P. M. (1994). Client Management Classification and Prediction of Probation Outcome. Crime and Delinquency, 40 (2), 154-174.

Harris, P. M., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1991). Psychopathy and violent recidivism. Law and Human Behavior, 15, 223-236.

Hucker, S. J. & Bain, J. (1990). Androgenic Hormones and Sexual Assault. In W. L. Marshall & H. E. Barbaree (Eds.), Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offenders (pp.93-113). New York: Plenum.

Knight, R. A. (in press). Validation of a typology for rapists. In W.L. Marshall & J. Frenken (Eds.), Sex Offender Research and Treatment: State - of - the- Art in North America and Europe. Beverly Hills: Sage Publications.

Knight, R. A. & Prentky, R. A. (1990). Classifying sex offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In W. L. Marshall & H. E. Barbaree (Eds.), Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offenders (pp.23-52). New York: Plenum.

Koss, M. P. & Dinero, T. E. (1988). Predictors of sexual aggression among a national sample of male college students. In R. A. Prentky & V. L. Quinsey (Eds.), Human Sexual Aggression: Current Perspectives (pp. 133-147). New York: New York Academy of Sciences.

Lalumière, M. L. & Quinsey, V. L. (1994). The discriminability of rapists from non-sex offenders with phallometric measures: A meta-analysis. Criminal Justice and Behaviour, 21, 150-175.

Langevin, R. (1990). Sexual Anomalies in the brain. In W. L. Marshall & H. E. Barbaree (Eds.), Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offenders (pp. 103-113). New York: Plenum.

Laws, H. E. & Marshall, W. L. (1990). A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preference and behavior. In W. L. Marshall & H. E. Barbaree (Eds.), Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offenders (pp. 209-229). New York: Plenum.

Leis, T. A., Motiuk, L. L., & Ogloff, J. R. (Eds.). (1995). Psychologie médico-légale, politique et pratiques en milieu correctionnel. Ottawa: Service correctionnel Canada.

Maletzky, B.M. (1991). Treating the Sexual Offender. Newbury Park: Sage Publications.

Marques, J. K., Day, D. M., Nelson, C., & West, M. (1994). Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: Preliminary results of a longitudinal study. Criminal Justice and Behavior, 21 (1), 28-54.

Marshall, W. L. (1971). A combined treatment method for certain sexual deviations. Behaviour Research and Therapy, 9, 292-294.

Marshall, W. L. (1993). The treatment of sex offenders: What does the outcome data tell us? A Reply to Quinsey, Harris, Rice, & Lalumière. Journal of Interpersonal Violence, 8 (4), 524-530.

Marshall, W. L. (1996). Assessment, treatment, and theorizing about sex offenders: Developments during the past twenty years and future directions. Criminal Justice and Behavior, 23 (1), 162-199.

Marshall, W. L. & Barbaree, H. E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In: William 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. & Eccles, A. (1991a). Valeur des programmes de traitement communautaires offerts aux délinquants sexuels remis en liberté. Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle, 3 (4), 13-17.

Marshall, W. L., & Eccles, A. (1991b). Issues in clinical practice with sex offenders. Journal of Interpersonal Violence, 6, (1), 68-93.

Marshall, W. L., Jones, R., Ward, T., Johnson, P. & Barbaree, H. E. (1991). Treatment outcome with sex offenders. Clinical Psychology Review, 11, 465-485.

Marshall, W. L. & Pithers, W. D. (1994). A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. Criminal Justice and Behavior, 21 (1), 10-27.

Matthews, J. K. (1993). Working with female sexual abusers. In M. Elliott (Ed.), Female Sexual Abuse of Children (pp.57-73). New York: Guilford Press.

Matthews, J. K., Mathews, R., & Speltz, K. (1991). Female sexual offenders: A typology. In M.Q. Patton Family Sexual Abuse: Frontline Research and Evaluation (199-219). Newbury Park: Sage Publications.

McGovern, K. B. (1991). The assessment of sexual offenders. In B. M. Maletzky Treating the Sexual Offender. Newbury Park: Sage Publications.

Miner, M. H., Marques, J. K., Day, D. M., & Nelson, C. (1990). Impact of relapse prevention in treating sex offenders: preliminary findings. Annals of Sex Research, 3 (2), 165-185.

Motiuk, L.L. (1991). Antecedents and Consequences of Prison Adjustment: A Systematic Assessment and Reassessment Approach. Unpublished doctoral dissertation, Carleton University, Ottawa, Ontario, Canada.

Motiuk, L. L., & Belcourt, R. (1996). Profil des délinquants sexuels sous responsabilité fédérale au Canada. Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle, 8 (2), 3-8.

Motiuk, L.L. & Brown, S. L. (1996). Facteurs liés à la récidive chez les délinquants sexuels sous responsabilité fédérale en libération sous condition.

Communication présentée aux XXVI Congrès international de psychologie à Montréal (Canada).

Motiuk, L. L. & Porporino, F. (1993). Examen des antécédents des délinquants sexuels dans le système correctionnel fédéral (Rapport # R-30). Ottawa: Service correctionnel Canada.

Murphy, W. D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In: William 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.

Nahanee, T. A. (1996). Profil des délinquants sexuels autochtones sous responsabilité fédérale. Forum - Recherche sur l'actualité correctionnel, 8 (2), 9-10.

Nicholaichuk, T. P. (1996). La priorité dans le domaine du traitement des délinquants sexuels: une illustration du principe du risque et des besoins. Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle, 8 (2), 30-32.

O'Connell, M. A., Leberg, E. & Donaldson, C. R. (1990). Working with Sex Offenders: Guidelines for Therapist Selection. Newbury Park: Sage Publications.

Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention for sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. In: William 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.

Porporino, F. J. & Motiuk, L. L. (1991). Résultats préliminaires de l'enquête nationale sur les délinquants sexuels. Ottawa: Service correctionnel Canada.

Prentky, R. A., Knight, R. A. & Lee, A. F. S. (in press). Risk Factors Associated with Recidivism Among Extrafamilial Child Molesters.

Quinsey, V. L. & Chaplin, T.C. (1988). Preventing faking in phallometric assessments of sexual preference. In: R. A. Prentky & V.L. Quinsey (Eds.) Human Sexual Aggression: Current Perspectives (pp.49-58). New York: New York Academy of Sciences.

Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. & Lalumière, M. L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. Journal of Interpersonal Violence, 8 (4), 512-523.

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

Rice, M. E., Chaplin, T. C., Harris, G. T. & Coutts, J. (1994). Empathy for the victim and sexual arousal among rapists and non-rapists. Journal of Interpersonal Violence, 9 (4), 435-449.

Rice, M. E., Harris, G. T. & Quinsey, V. L. (1990). A follow-up of rapists assessed in a maximum security psychiatric institution. Journal of Interpersonal Violence, 5, 435-449.

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

Service correctionnel du Canada (1994, décembre). Directive du Commissaire N° 840, Services de psychologie.

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

Syed, F., & Williams, S. (1996). Étude de cas délinquantes sexuelles sous la responsabilité du Service correctionnel du Canada. Ottawa: Service correctionnel Canada.

Weinrott, M. R. & Saylor, M. (1991). Self-report of crimes committed by sex offenders. Journal of Interpersonal Violence, 6 (3), 286-300.

West, D. J. (1991). The Effects of Sex Offences. In: Clive R. Hollin & Kevin Howells (Eds.), Clinical Approaches to Sex Offenders and their Victims. Wiley Series in Clinical Approaches to Criminal Behaviour (pp. 55-74). Chinchester, England: John Wiley & Sons.

Williams, S. M. (1996a). Normes et lignes directrices relatives à la présentation de services aux délinquants sexuels. Ottawa: Service correctionnel Canada.

Williams, S. M. (1996b). Une stratégie nationale pour la gestion des délinquants sexuels. Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle, 8 (2), 33-35.