

**Pratiques courantes dans  
les programmes canadiens  
de traitement des agresseurs  
sexuels : sondage 2009 de la  
Safer Society Foundation  
2010-02**

Lawrence Ellerby, Robert J. McGrath, Georgia F. Cumming,  
Brenda L. Burchard et Stephen Zeoli

**Note de l'auteur**

Le courrier traitant de cet article devrait être envoyé à Lawrence Ellerby, Forensic Psychological Services, 705-281, avenue McDermot, Winnipeg (Manitoba) R3B 0S9 (courriel : [Lawrence@fps-ea.com](mailto:Lawrence@fps-ea.com)) ou à Brenda Burchard, Safer Society, P.O. Box 340, Brandon VT 05733 USA ([www.safersociety.org](http://www.safersociety.org)).

**Information sur le produit :**

Février 2010

N° de catalogue : PS3-1/2010-2F-PDF

ISBN : 978-1-100-93991-9

Ottawa

Le présent rapport est un résumé des conclusions canadiennes provenant du sondage 2009 de la Safer Society Foundation : Current Practices and Emerging Trends in Sexual Abuser Management (pratiques actuelles et nouvelles tendances liées à la gestion des agresseurs sexuels) (McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli et Ellerby, 2010). Il est possible de télécharger gratuitement des exemplaires du rapport complet à l'adresse [www.saferociety.org](http://www.saferociety.org).

Le traitement spécialisé des délinquants sexuels est un domaine relativement nouveau qui a pris naissance à la fin des années 1970. Les premiers programmes étaient fondés sur une méthode d'essais et erreurs qui visait à déterminer les mesures qui étaient efficaces, et ce, jusqu'à ce que la recherche permette d'en apprendre davantage sur l'étiologie des déviations sexuelles et sur leur traitement efficace. En 1986, afin d'aider les responsables des programmes à communiquer des informations et à mettre à profit les réussites des autres, la Safer Society Foundation a commencé à effectuer un sondage portant sur les programmes américains. Depuis ce temps, le sondage a été réalisé périodiquement, dans des délais variant entre deux et six ans. Ce sondage permet d'obtenir un portrait global des pratiques d'évaluation et de traitement, qui peuvent maintenant être comparées avec les conclusions de recherche afin de déterminer si elles reflètent les pratiques exemplaires actuelles. En 2009, le sondage, neuvième de la série, incluait pour la première fois les programmes canadiens.

### **Méthodologie**

Les fournisseurs de traitement ont répondu à un sondage en ligne dans lequel on leur demandait de fournir des renseignements sur plusieurs éléments de leur programme. On considérait qu'un programme ne permettait de traiter qu'un seul groupe d'âge (les adultes, les adolescents ou les enfants) et que des personnes du même sexe, et tous les programmes étaient classés comme étant soit des programmes communautaires, soit des programmes en établissement. Plusieurs organisations ont fait parvenir aux fournisseurs des renseignements sur le sondage au moyen de leur liste de distribution. L'Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA), le Service correctionnel du Canada (SCC) et la Safer Society Foundation (SSF) font partie des organisations qui ont aidé à distribuer des renseignements au Canada. Les données ont été recueillies entre le 13 avril 2009 et le 24 mai 2009. On a reçu des données valides sur 72 programmes canadiens offerts dans neuf provinces. Sur les 72 programmes, 32 (44,5 %) étaient destinés aux adultes, 24 (33,3 %) aux adolescents et 16 (22,2 %) aux enfants. Des services étaient offerts à 3 020 personnes en 2008, dont 222 (7,4 %) femmes. La majorité des personnes bénéficiant de ces programmes étaient des adultes (78,6 %); les adolescents représentaient 12,7 % de la clientèle et les enfants, 8,6 %. La plupart des programmes étaient des programmes communautaires (81,9 %), auxquels participaient 62,1 % de la clientèle. Les programmes en établissement représentaient 18,1 % de l'échantillon et étaient offerts à 37,9 % de la clientèle. En raison du faible taux de réponse, les résultats ne sont présentés que pour les programmes communautaires et les programmes en établissement destinés aux adultes de sexe masculin.

Les résultats du sondage ont été comparés avec les pratiques exemplaires liées à la prestation de services aux délinquants sexuels qui sont décrites dans les recherches existantes.

### **Conclusions principales**

Les résultats de ce sondage suggèrent qu'une grande proportion des programmes font appel à des pratiques qui se sont avérées efficaces pour réduire le risque de récidive. Les résultats font également ressortir des secteurs pour lesquels les pratiques diffèrent des conclusions des études existantes, ce qui pourrait aider les responsables des programmes à prendre en considération la structure et le contenu de ceux-ci. Dans l'ensemble, il est encourageant de constater que les programmes canadiens de traitement des agresseurs sexuels font appel aux pratiques qui sont actuellement considérées comme exemplaires dans le domaine.

### *Formation du personnel*

Le fait de posséder un diplôme d'études supérieures indique que l'on a au moins reçu un certain niveau de formation professionnelle spécialisée. Plus du tiers des fournisseurs détenaient un doctorat et plus de 70 % d'entre eux possédaient un doctorat ou une maîtrise. De plus, les responsables de nombreux programmes ont mentionné que leur personnel était supervisé sur le plan clinique et recevait de la formation continue. Le personnel de plus de 75 % des programmes en établissement et de près de la moitié des programmes communautaires a reçu de la supervision sur le plan clinique. La formation continue consistait principalement en la participation à des conférences nationales, à des séances de formation locales ou régionales, de même que sur place. Pour environ 25 % des programmes destinés aux adultes de sexe masculin et 50 % des programmes destinés aux femmes adultes, les questions liées au mieux-être du personnel faisaient partie du perfectionnement professionnel.

### *Modèles de programmes*

Dans le cadre du sondage, on a demandé aux responsables des programmes de choisir parmi treize théories les trois qui décrivaient le mieux leur approche de traitement. Le modèle cognitivo-comportemental faisait partie des trois théories choisies par plus de 60 % des responsables des programmes destinés aux adultes et aux adolescents. Ce modèle était en fait celui qui était le plus souvent choisi en premier par les responsables de tous les types de programmes. On peut dire que l'approche cognitivo-comportementale est celle qui a fait l'objet du plus grand nombre de recherches et qui repose sur le plus grand nombre de données empiriques sur les adultes et les adolescents.

Dans plusieurs pays, dont le Canada, le modèle fondé sur les principes du risque, du besoin et de la réceptivité est la pierre angulaire des programmes nationaux de traitement des délinquants sexuels adultes. Cependant, ce modèle ne faisait pas partie des trois théories choisies par la majorité des fournisseurs de traitement. Il est à noter que ce modèle a été choisi par seulement 16 % des responsables des programmes communautaires destinés aux adultes de sexe masculin, soit ceux qui aident le plus grand nombre de clients.

La prévention des rechutes est une approche régulièrement utilisée dans le traitement des délinquants sexuels. Cependant, des critiques importantes ont été formulées récemment par les praticiens et les chercheurs à l'égard de cette approche. On lui reproche notamment de ne décrire qu'une seule voie menant au risque d'infraction et de trop insister sur l'évitement au lieu de mettre l'accent sur ses objectifs. De plus, peu de recherches ont été effectuées afin d'appuyer les résultats de ce traitement. Le modèle lié à la prévention des rechutes se trouvait au deuxième rang des modèles les plus souvent sélectionnés, mais était classé en première place par moins de 16 % des responsables des programmes.

Les modèles de maîtrise de soi et de la bonne vie ont pour but de combler les lacunes perçues au sujet du modèle de prévention des rechutes. Quelque 75 % des responsables des programmes en établissement destinés aux adultes ont choisi le modèle de maîtrise de soi et plus de 20 % des responsables des programmes communautaires pour les adultes et les adolescents ont également choisi ce modèle. Le modèle de la bonne vie, qui est relativement récent, semble gagner en popularité et a été choisi par 75 % des responsables des programmes destinés aux femmes adultes, 50 % des responsables des programmes destinés aux hommes adultes et 20 % des responsables de tous les programmes pour adolescents.

Les modèles théoriques les plus utilisés pour les programmes destinés aux enfants sont les modèles cognitivo-comportemental, des réseaux familiaux, des traumatismes sexuels et d'éducation psychosociale.

### *Méthodes d'évaluation*

Les études existantes ont mis en évidence l'importance d'utiliser des méthodes d'évaluation du risque fondée sur des données probantes, et ces méthodes sont utilisées dans le cadre d'un grand nombre de programmes canadiens. On avait recours aux outils actuariels d'évaluation du risque adaptés aux délinquants sexuels dans le cadre de presque tous les programmes destinés aux hommes adultes. En effet,

un seul responsable de programme a indiqué ne pas utiliser ces outils. L'outil actuariel le plus utilisé est la Statique-99. On utilise aussi beaucoup les outils d'évaluation des facteurs de risque dynamiques : ils sont utilisés dans le cadre de 87,5 % des programmes en établissement destinés aux hommes adultes et de 63 % des programmes communautaires destinés à la même clientèle. Les échelles STABLE-2007 et AIGU-2007 sont les outils les plus utilisés. Trois outils structurés d'évaluation du risque, l'ERASOR, le J-SOAP-II et le JSORRAT-II, sont très utilisés pour évaluer le risque présenté par les adolescents de sexe masculin. Les deux tiers des responsables des programmes destinés à cette population indiquent qu'ils utilisent au moins un de ces outils.

On peut aussi évaluer les risques au moyen d'outils psychophysiologiques. Après une condamnation, on se sert du polygraphe afin de vérifier que le traitement et la surveillance sont respectés. Rares étaient les programmes canadiens qui utilisaient le polygraphe : aucun responsable des programmes pour hommes adultes en établissement ne l'utilisaient, alors que seulement 10,5 % des responsables des programmes communautaires pour hommes adultes ont indiqué qu'ils s'en servaient. La pléthysmographie pénienne mesure la tumescence, généralement au moyen d'un extensomètre, lorsqu'un homme regarde des diapositives ou des bandes-vidéo ou entend des bandes sonores présentant divers stimuli sexuels appropriés et inappropriés. Plus des trois quarts (87,5 %) des responsables des programmes en établissement destinés aux hommes adultes, 37 % des responsables des programmes communautaires à l'intention des hommes adultes et 20 % des responsables des programmes communautaires pour adolescents de sexe masculin ont indiqué qu'ils utilisaient la pléthysmographie pénienne.

L'analyse du temps requis pour que l'intérêt sexuel se manifeste consiste à calculer le temps passé par une personne à regarder des diapositives d'hommes et de femmes de différents âges. Les temps de réponse reflètent les intérêts sexuels de la personne. Le quart des responsables des programmes en établissement à l'intention des hommes adultes ont indiqué qu'ils utilisaient cet outil. Les responsables des programmes communautaires pour hommes utilisaient l'analyse du temps de réponse moins fréquemment : 10,5 % des responsables des programmes pour adultes et 13,3 % des responsables des programmes pour adolescents ont indiqué y avoir recours.

### *Objectifs de traitement*

Au cours de la dernière décennie, une série de méta-analyses a permis de déterminer les types de problèmes auxquels sont confrontés les agresseurs et qui sont liés à leur risque de récidive sexuelle. On croit que ces problèmes, que l'on appelle souvent des facteurs criminogènes, sont les objectifs de traitement permettant la plus importante réduction de la récidive. Les participants au sondage ont cependant indiqué que les objectifs de traitement ne correspondaient souvent pas aux résultats des recherches existantes. La responsabilisation en ce qui concerne l'infraction et l'empathie envers la victime, par exemple, sont des objectifs pour au moins la moitié des responsables des programmes destinés aux adultes et aux adolescents, mais il existe pourtant encore très peu de données montrant que le fait de se concentrer sur ces questions dans le cadre du traitement permet de réduire les taux de récidive. En revanche, les agresseurs sexuels qui adoptent des attitudes favorisant l'agression et qui ont des difficultés à maîtriser leur excitation sexuelle (p. ex. qui ont des obsessions sexuelles et des intérêts sexuels déviants) présentent des taux de récidive sexuelle élevés. Par contre, un nombre relativement faible de responsables des programmes ont indiqué que ces questions étaient ciblées dans le cadre du traitement. Il faut interpréter ces données avec prudence, étant donné que l'on a demandé aux participants au sondage si un objectif en particulier faisait partie des objectifs visés, et non à quel point ils se concentraient sur cet objectif.

Les objectifs de traitement des trois quarts des programmes pour adultes concernent les relations interpersonnelles, la maîtrise des émotions et les compétences sociales. Les objectifs de traitement les plus fréquents pour les programmes destinés aux adolescents et aux enfants sont la sensibilisation à ce que vivent les victimes et l'empathie envers elles, les relations interpersonnelles, la résolution de problèmes, les compétences sociales et les réseaux de soutien familiaux.

Contrairement aux programmes communautaires, une majorité (75 %) des programmes en établissement destinés aux hommes adultes visent à maîtriser l'excitation sexuelle. La sensibilisation cachée, qui consiste à ce qu'une personne imagine qu'elle réussit à faire face à des situations de récurrence, est la méthode la plus utilisée tant dans le cadre des programmes communautaires que dans le cadre des programmes en établissement. On utilise parfois des médicaments pour maîtriser l'excitation sexuelle des agresseurs et pour diminuer leurs pensées obsessionnelles liées à la sexualité. À cet effet, les médicaments les plus utilisés sont les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine, un type d'antidépresseurs auquel on a très souvent recours. Les médecins en ont prescrit aux agresseurs dans le cadre de 47 % des programmes communautaires destinés aux hommes adultes et de 75 % des programmes en établissement destinés à cette même clientèle. On prescrit également des antiandrogènes, un type de médicaments servant à réduire la quantité de testostérone dans le corps. On utilise au moins un antiandrogène dans le cadre d'environ 30 % des programmes pour hommes adultes. Quant aux médicaments visant à maîtriser l'excitation, on y a recours dans le cadre de 75 % des programmes en établissement destinés aux hommes adultes et de 63 % des programmes communautaires. Par contre, ces médicaments sont utilisés seulement dans un quart des programmes destinés aux adolescents de sexe masculin et des programmes destinés aux femmes adultes et aucun responsable des programmes pour enfants n'a indiqué les utiliser.

#### *Posologie des traitements*

La posologie des traitements désigne le type, la quantité, la fréquence et la durée des services de traitement. La posologie varie beaucoup en fonction des types de programmes. Le type de programmes le plus fréquent pour les hommes adultes est le traitement en groupe. On le trouve dans tous les programmes communautaires et dans 88 % des programmes en établissement. Le traitement individuel est le plus utilisé dans le cadre de tous les programmes communautaires : un seul des responsables de programmes pour hommes adultes a indiqué ne pas y avoir recours. Le traitement individuel est aussi utilisé dans le cadre de la moitié des programmes en établissement destinés aux hommes adultes. On a offert une thérapie familiale dans le cadre d'au moins 85 % de tous les programmes destinés aux enfants et aux adolescents. Moins de 30 % des programmes communautaires pour adultes comportaient des thérapies familiales ou de couple.

Le nombre moyen d'heures de traitement requises pour achever un programme de traitement va de 183 heures pour les adolescents de sexe masculin participant à des programmes communautaires à 33 heures pour les enfants de sexe féminin participant à des programmes communautaires. Le nombre moyen de mois nécessaires pour achever des programmes de traitement va de cinq pour les hommes adultes participant à des programmes en établissement à douze pour les adolescents et les adolescentes participant à des programmes communautaires. Même si ce n'est pas fait dans le cadre de tous les programmes, la plupart des responsables ont indiqué qu'un suivi était effectué auprès des clients ou que l'on diminuait progressivement les services qui leur étaient offerts. Plus de la moitié des responsables de tous les programmes communautaires canadiens ont déclaré qu'ils effectuaient un suivi et qu'ils diminuaient progressivement l'offre de services. On a demandé aux participants au sondage d'estimer le pourcentage de clients ayant achevé le programme qu'ils avaient commencé. Les taux d'achèvement varient entre 89 et 96 %.

#### **Comparaison entre les programmes canadiens et américains pour ce qui est de la prestation des traitements**

Dans l'ensemble, les pratiques liées aux programmes de traitement destinés aux agresseurs sexuels au Canada et aux États-Unis sont très similaires. Cependant, on a remarqué quelques différences qu'il convient de noter. Les programmes communautaires canadiens sont plus souvent gérés par des organisations publiques, et donc financés par les administrations provinciales et fédérales. Les programmes communautaires américains, quant à eux, sont généralement gérés par des organisations privées et sont financés par les paiements de leurs clients.

Tel qu'il est mentionné plus haut, le polygraphe est peu utilisé au Canada afin de vérifier si le traitement et la surveillance sont respectés. Par contre, cette pratique est répandue aux États-Unis, et les données

indiquent qu'elle est de plus en plus utilisée. En effet, aux États-Unis, 79 % des responsables des programmes pour adultes et 50 % des responsables des programmes pour adolescents ont indiqué qu'ils utilisaient le polygraphe. En 2002, 70 % des responsables des programmes pour adultes et 44 % des responsables des programmes pour adolescents avaient indiqué qu'ils utilisaient le polygraphe. Il convient de noter l'augmentation continue de l'utilisation du polygraphe étant donné qu'il n'a pas été établi que celle-ci réduisait la récidive sexuelle.

En plus de demander aux responsables si la responsabilisation en ce qui concerne l'infraction était un objectif de leur programme, on leur a aussi demandé d'indiquer la quantité d'informations sur les infractions qu'il fallait divulguer pour réussir le programme. Dans le cas de tous les programmes canadiens, les clients n'avaient pas à divulguer tous les renseignements liés à leurs infractions sexuelles pour réussir un programme. En fait, un quart des programmes communautaires et un tiers des programmes en établissement destinés aux adultes ne nécessitent pas que les délinquants fournissent des renseignements sur leurs infractions. En revanche, aux États-Unis, pour environ un tiers des programmes pour adultes et un quart des programmes pour adolescents, il est nécessaire de divulguer la presque totalité des renseignements sur les infractions afin de réussir les programmes. Moins de 10 % des programmes américains destinés aux adultes et aux adolescents pouvaient être réussis sans que les participants divulguent des informations sur leurs infractions.

Au Canada, la posologie des traitements est généralement bien moindre que celle observée aux États-Unis. Par exemple, au Canada, la posologie médiane des programmes en établissement destinés aux hommes adultes est de 100 heures de traitement sur une période de cinq mois. La posologie médiane des programmes destinés à la même clientèle aux États-Unis est de 348 heures réparties sur 18 mois. Dans le cadre du sondage, on n'a pas tenté de savoir si les agresseurs suivaient d'autres traitements, par exemple des programmes sur les compétences cognitives ou de traitement de la toxicomanie, ce qui constitue une pratique courante au Canada. On ne sait pas si ces méthodologies supplémentaires liées aux programmes de traitement ont été prises en considération dans la détermination de la posologie des traitements.

### **Conclusion**

Heureusement, il y a maintenant de nombreux travaux de recherche sur les types de programmes de traitement les plus efficaces pour réduire la récidive chez les agresseurs sexuels (Hanson, Bourgon, Helmus et Hodgson, 2009). Les résultats de ce sondage permettent de croire que les pratiques exemplaires décrites dans ces recherches sont observées dans un grand pourcentage des programmes canadiens. Les résultats du sondage permettent aussi de dégager certaines pratiques des programmes qui devraient être comparées aux pratiques décrites dans les recherches actuelles traitant de ce sujet. En général, les pratiques des programmes canadiens et américains sont similaires. Cependant, on a constaté certaines différences intéressantes qu'il convient de noter et qui justifient que l'on examine la question de plus près. Compte tenu de l'ensemble des pratiques qui ont été décrites dans le sondage, les personnes ayant commis des infractions sexuelles, leur famille, les victimes, les bailleurs de fonds des programmes, les décideurs et le public peuvent avoir une grande confiance dans les services offerts, qui sont conformes aux pratiques fondées sur des données probantes. Grâce aux efforts déployés et aux recherches continues visant à élaborer des traitements et des pratiques de gestion efficaces, il est possible de réduire la victimisation sexuelle et, ainsi, de contribuer à rendre notre société plus sécuritaire.

## **Bibliographie**

HANSON, R. K., et coll. *Méta-analyse de l'efficacité du traitement des délinquants sexuels : risque, besoin et réceptivité*, Ottawa, Sécurité publique Canada, 2009, Rapport pour spécialistes n° 2009-01.

MCGRATH, R., et coll. *Current Practices and Emerging Trends in Sexual Abuser Management: The Safer Society 2009 North American Survey*, Brandon (Vermont), Safer Society Press, 2010.