

Quelles sont les interventions les plus efficaces pour réduire le risque de récidive des auteurs de crimes sexuels ?

Par Sébastien BROUILLETTE-ALARIE*

Résumé

Introduction : bien qu'initialement, la recherche ait remis en doute la capacité des interventions correctionnelles à réduire le risque de récidive des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) et des auteurs de crimes sexuels (ACS), l'accumulation de données sur les programmes correctionnels respectant les principes risque-besoin-réceptivité semble avoir inversé la tendance. De nos jours, l'enjeu n'est plus de savoir si les interventions fonctionnent, mais plutôt lesquelles fonctionnent le mieux et pourquoi. Dans cette optique, le présent article avait pour but de proposer un survol des différentes approches psychothérapeutiques et/ou médicales pouvant être utilisées auprès de PPSMJ et d'ACS et de comparer leur efficacité. Puisque la littérature à ce sujet porte presque exclusivement sur les ACS, seuls les résultats les concernant ont été recensés. Résultats : les données tirées des méta-analyses indiquent que l'approche la plus efficace pour réduire le risque de récidive des ACS est l'intervention multisystémique, suivie de la castration chimique et des thérapies cognitivo-comportementales. Les approches psychodynamiques ne semblent pas en mesure de diminuer le risque de récidive des ACS, et très peu de données sont disponibles sur le modèle des bonnes vies. Discussion : la recherche sur l'intervention multisystémique est embryonnaire et doit être développée au regard de l'efficacité importante relevée dans les études initiales. La castration chimique est efficace, mais comporte des enjeux éthiques et des effets secondaires substantiels. L'intervention cognitivo-comportementale représente une valeur sûre, tandis que le modèle des bonnes vies gagnerait à être validé empiriquement, considérant l'engouement des cliniciens et chercheurs pour l'approche.

Mots-clés : intervention correctionnelle, efficacité, risque de récidive, auteur de crime sexuel, approche psychodynamique, thérapie cognitivo-comportementale, intervention multisystémique, modèle des bonnes vies, castration chimique.

Summary

Introduction: Even though research initially questioned the effectiveness of correctional interventions in reducing the recidivism risk of offenders with or without a history of sexual crime, the accumulation of data on correctional programs adhering to risk-need-responsivity principles seems to have reversed this trend. Today, the question is no longer whether treatments work, but which ones work best and why. With this in mind, the purpose of this article was to provide an overview of the different psychotherapeutic and/or medical approaches that can be used with offenders with or without a history of sexual crime and to compare their effectiveness. Because the literature on this topic is almost exclusively focused on offenders with a history of sexual crime, only results obtained with this population were reviewed. Results: Data from meta-analyses indicate

* Département de psychologie, Université du Québec à Montréal; École de criminologie, Université de Montréal.

that the most effective approach is multisystemic treatment, followed by antiandrogen medication, and cognitive-behavioral treatment. Psychodynamic therapies were not able to reduce the risk of offenders with a history of sexual crime, and only scarce data was available on the good lives model. Discussion: Future research should focus on multi-systemic treatment, as initial results suggest it is very effective. Antiandrogen medication is effective but comes with important ethical considerations and numerous side effects. While cognitive-behavioral treatment is unsurprisingly a sure bet, the good lives model would benefit from further empirical validation considering clinicians' and researchers' enthusiasm towards the approach.

Keywords: correctional treatment, effectiveness, recidivism risk, sexual offender, psychodynamic therapy, cognitive-behavioral treatment, multisystemic treatment, good lives model, antiandrogen medication.

Il n'a pas toujours été acquis que les interventions correctionnelles, qu'il s'agisse de programmes psychothérapeutiques ou de mesures de support à la réinsertion sociale, étaient efficaces quant à la réduction du risque de récidive criminelle des personnes placées sous main de justice (PPSMJ). Dans les années 1970, le courant « *nothing works* » dominait largement l'esprit des chercheurs et décideurs. Tel que son nom le suggère, ce courant prétend que l'intervention correctionnelle n'est pas réellement en mesure de réduire le risque de récidive des PPSMJ, peu importe l'approche utilisée (rien ne marche). Le controversé texte de Martinson (1974), souvent identifié comme point d'ancrage du mouvement, proposait une recension de divers programmes correctionnels disponibles à l'époque et de leur efficacité. Ses conclusions étaient que: a) la recherche correctionnelle reposait sur des devis expérimentaux très peu fiables; b) les programmes correctionnels n'étaient généralement pas aptes à contrer l'attrait du mode de vie criminel; et c) même s'il existait des cas isolés de succès, ces programmes ne se distinguaient pas des autres par un ensemble de caractéristiques communes garantes de leur efficacité.

Les réactions des diverses juridictions de l'époque face au courant *nothing works* se sont distinguées sur plusieurs aspects. Si, aux États-Unis, l'inefficacité perçue des interventions correctionnelles déboucha sur une ère où le pénal succéda au clinique (Brouillette-Alarie & Lussier, 2018a; Petrunik, 1994, 2002; Petrunik, Murphy, & Fedoroff, 2008), il en fut tout autrement au Canada. En effet, pour plusieurs, les conclusions de Martinson (1974) furent les déclencheurs d'un investissement massif en recherche correctionnelle, le tout motivé par une volonté de réaffirmer la pertinence d'une approche centrée sur la réhabilitation (Commission des libérations conditionnelles du Canada, 2017). Le modèle canadien mise sur une évaluation du risque par les services correctionnels, puis une gestion du risque et une offre de services en conséquence modulée par les principes de risque, besoin et réceptivité (RBR). Bien qu'en Amérique du Nord, l'évaluation du risque de type actuarielle¹ soit prédominante,

le jugement professionnel structuré² trouve de nombreux partisans dans la francophonie européenne. Si certains résultats suggèrent que la validité prédictive des outils actuariels est légèrement supérieure à celle des outils de jugement professionnel structuré (Hanson & Morton-Bourgon, 2009), d'autres affirment qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les deux méthodes (Campbell, French, & Gendreau, 2009; Fazel, Singh, Doll, & Grann, 2012).

Principes de risque, besoin et réceptivité

Un important corpus de littérature révèle que les interventions correctionnelles ne suivant pas les principes RBR sont susceptibles d'être inefficaces ou de mener à des effets iatrogènes (Andrews & Bonta, 2010), de sorte que ces principes font maintenant partie intégrante de toute pratique correctionnelle reposant sur les données probantes.

Le principe de risque stipule que l'intensité des interventions correctionnelles doit suivre le niveau de risque des PPSMJ (Andrews & Bonta, 2010; Andrews, Bonta, & Hoge, 1990). En effet, les PPSMJ à risque élevé ayant fait l'objet d'interventions intensives récidivent en moins grande proportion que celles qui ont bénéficié d'interventions minimales, tandis que les PPSMJ à faible risque ayant fait l'objet d'interventions intensives récidivent davantage que celles qui ont bénéficié d'interventions minimales (Andrews & Bonta, 2010; Andrews & Friesen, 1987; Andrews & Kiessling, 1980). Ainsi, un excès d'intervention peut être non seulement inutile, mais également générer des effets iatrogènes.

Le principe de besoin postule que l'objectif premier des interventions correctionnelles est de réduire le risque de récidive des PPSMJ. Ce faisant, elles doivent cibler des besoins criminogènes : des sphères de vie problématiques (ex. : problèmes de consommation, fréquentation de pairs criminalisés) qui augmentent le risque de récidive (Andrews & Bonta, 2010; Andrews et al., 1990). En effet, les interventions ciblant des besoins non criminogènes (ex. : estime de soi, anxiété) ne permettent généralement pas de réduire le risque de récidive des groupes traités (Andrews, 1994; Andrews & Bonta, 2010; Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009). Les outils d'évaluation du risque servent alors de canevas pour orienter l'intervention, puisqu'ils proposent une liste relativement exhaustive des domaines criminogènes validés par la recherche. Il est attendu que les efforts d'intervention soient investis sur les dimensions de l'instrument où la PPSMJ a obtenu les scores les plus élevés (Andrews & Bonta, 2010).

Le principe de réceptivité se divise en deux sous-principes : la réceptivité spécifique et la réceptivité générale. Le principe de réceptivité spécifique recommande d'adapter l'intervention en fonction des caractéristiques individuelles des PPSMJ, notamment leur personnalité, facultés cognitives, croyances religieuses, etc. (Andrews & Bonta, 2010). Il a pour objectif de maximiser l'implication du client dans le processus de réhabilitation en utilisant diverses méthodes motivationnelles (ex. : Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Le principe de réceptivité générale, quant à lui, stipule que les interventions correctionnelles doivent suivre les modèles d'intervention les mieux validés du domaine, dans ce cas-ci, les thérapies cognitivo-comportementales

(Andrews & Bonta, 2010; Hanson et al., 2009; Lösel & Schmucker, 2005; Schmucker & Lösel, 2015).

En somme, les principes RBR permettent non seulement de maximiser les chances qu'une intervention correctionnelle soit efficace, mais également de personnaliser celle-ci en fonction du niveau de risque, des sphères de vie criminogènes et des facteurs de réceptivité de la PPSMJ (Andrews & Bonta, 2010; Cortoni & Lafortune, 2009).

Efficacité des interventions correctionnelles

L'efficacité des interventions correctionnelles a historiquement occupé une place centrale en criminologie. Depuis 1980, plus de 40 méta-analyses ont été publiées sur la capacité des programmes correctionnels à réduire le risque de récidive des PPSMJ (McGuire, 2004). Bien qu'initialement, la recherche ait remis en doute leur pertinence (Furby, Weinrott, & Blackshaw, 1989; Quinsey, 1998; Martinson, 1974), l'accumulation de données sur les interventions respectant les principes RBR semble avoir inversé la tendance. De nos jours, l'enjeu n'est plus de savoir si les interventions fonctionnent, mais plutôt lesquelles fonctionnent le mieux et pourquoi. Comme mentionné précédemment, les programmes ne respectant aucun principe RBR (essentiellement, des approches punitives sans intervention clinique) sont inefficaces et peuvent parfois entraîner des effets iatrogènes; la même affirmation s'applique par ailleurs aux programmes ne respectant qu'un seul principe (Andrews & Bonta, 2010). Les interventions respectant deux ou trois principes RBR, quant à elles, sont en mesure de réduire le risque de récidive des PPSMJ, ces résultats étant soutenus par des études ayant un devis expérimental particulièrement fiable, notamment des essais cliniques randomisés (*randomized controlled trial*). Ces résultats s'appliquent aux populations contrevenantes masculines, féminines, adolescentes, adultes, ainsi qu'aux auteurs de crimes sexuels (ACS) (Andrews & Bonta, 2010; Hanson et al., 2009). Pour fins de comparaison, les interventions correctionnelles respectant l'ensemble des principes RBR sont aussi efficaces pour réduire le risque de récidive criminelle que le pontage coronarien l'est pour réduire le risque de crise cardiaque (Cortoni & Lafortune, 2009; Marshall & McGuire, 2003).

Une question sous-jacente à l'efficacité des interventions correctionnelles concerne la modalité d'intervention psychothérapeutique. Si le principe de réceptivité générale préconise l'utilisation de stratégies cognitivo-comportementales, qu'en est-il de l'efficacité des autres approches telles que la psychanalyse, l'approche humaniste ou l'intervention multisystémique? Étonnamment, les données empiriques comparant l'efficacité des différentes modalités d'intervention sont rares avec les PPSMJ n'ayant jamais commis de crimes sexuels. En effet, la majorité du corpus de littérature concerne les ACS, sur lesquels plusieurs recensions systématiques (Brooks-Gordon, Bilby, & Wells, 2006; Corabian, Dennett, & Harstall, 2011; Dennis et al., 2012; Walton & Chou, 2014) et méta-analyses sont disponibles (Kim, Benekos, & Merlo, 2015; Lösel & Schmucker, 2005; Schmucker & Lösel, 2015; Soldino & Carbonell-Vayá, 2017).

La question du type d'approche psychothérapeutique étant fondamentale pour tout professionnel impliqué dans des efforts de prévention tertiaire auprès de PPSMJ et/ou d'ACS, le présent article proposera un survol de la littérature disponible sur l'efficacité des différentes modalités d'intervention correctionnelle, qu'il s'agisse de l'approche psychodynamique, cognitivo-comportementale, multisystémique, humaniste ou encore d'interventions médicales telles que la castration chimique. Puisque la littérature disponible concerne essentiellement les ACS, les résultats obtenus avec cette population seront mis à l'avant-plan. Toutefois, au regard de l'accumulation de données empiriques suggérant que les ACS ne forment pas un groupe distinct des autres PPSMJ, autant sur le plan de la dangerosité que de la spécialisation criminelle³ (à part dans de très rares cas), il est de l'avis de l'auteur que le présent article devrait pouvoir renseigner sur l'efficacité des différentes approches psychothérapeutiques même avec des PPSMJ n'ayant jamais commis de crimes sexuels. Une certaine prudence quant à la portée du contenu ici présenté s'impose toutefois.

Survol des approches disponibles

Différentes modalités d'intervention correctionnelle ont été préconisées auprès des PPSMJ et ACS en fonction du lieu et de l'époque. Bien qu'en Amérique du Nord, les approches cognitivo-comportementales mettant l'emphase sur la réduction du risque aient été prédominantes dans les 30 dernières années, les pays d'Europe ont plutôt mis l'accent sur les aspects relationnels de l'intervention, empruntant notamment aux approches psychodynamiques (Lussier & Proulx, 2001). Dans les dernières années, des modèles d'intervention multi-systémique ont été implantés et testés, principalement auprès de populations adolescentes, et ont affiché des résultats particulièrement prometteurs. Parallèlement, le modèle des bonnes vies (*good lives model*; Ward & Brown, 2004), une approche humaniste centrée sur les forces des PPSMJ plutôt que l'évitement des situations pouvant mener à une récidive, a gagné en popularité auprès des cliniciens travaillant avec des clientèles ACS. Si le modèle des bonnes vies bénéficie de nombreux partisans à travers l'Europe et l'Amérique du Nord, très peu de données empiriques sont disponibles au sujet de son efficacité, suggérant que son utilisation est présentement davantage idéologique que basée sur les données probantes (Andrews, Bonta, & Wormith, 2011). Finalement, la thérapie anti-androgénique, ou castration chimique, est utilisée avec ou sans intervention psychothérapeutique auprès d'ACS présentant d'importants problèmes de contrôle de leurs pulsions sexuelles.

Intervention psychodynamique

L'intervention psychodynamique considère que les causes de l'agression sexuelle se trouvent dans l'historique développemental de l'individu (Grubin, 2000), plus précisément, les enjeux non résolus ou traumatismes vécus durant les stades de développement psychosexuels, le développement lacunaire du moi ou du surmoi (notamment via le complexe d'Œdipe), ou encore l'utilisation inadaptée de mécanismes de défense (ces derniers pouvant être primitifs et/ou

utilisés à l'excès). Selon Brooks-Gordon et collègues (2006), les interventions psychodynamiques pour ACS partagent les caractéristiques suivantes : a) ce sont des interventions individuelles plutôt qu'en groupe ; b) elles sont données par des psychanalystes de formation ; et c) elles doivent permettre de reconstituer et retravailler, via les mécanismes de transfert, les relations infantiles problématiques. Ce sont des interventions qui considèrent que les délits sexuels sont les symptômes de déficits relationnels ayant un rôle causal dans l'explication des conduites délinquantes (Lussier & Proulx, 2001). Ce faisant, les objectifs thérapeutiques se doivent d'être centrés sur ces déficits plutôt que les facteurs de risque plus immédiats entourant le passage à l'acte. Bien que les fondements psychanalytiques (ex. : les topiques freudiennes) soient généralement consensuels parmi les intervenants utilisant l'approche, les types d'interventions découlant de ces fondements sont à peu près aussi variés qu'il y a d'études sur le sujet (Brooks-Gordon et al., 2006).

Intervention cognitivo-comportementale

Plusieurs considèrent que le succès des interventions correctionnelles auprès des ACS est tributaire du développement des thérapies cognitivo-comportementales (Abel, Osborn, Anthony, & Gardos, 1992 ; Grossman, Martis, & Fichtner, 1999). Ces interventions ont pour objectifs de modifier les systèmes de croyances et de valeurs des ACS, de diminuer leurs comportements inappropriés et de favoriser leurs comportements appropriés par l'entremise de mécanismes de conditionnement et/ou de renforcement (Grossman et al., 1999). L'approche cognitivo-comportementale est souvent dite « scolaire », puisqu'elle mise sur l'apprentissage de réponses adaptées pour remplacer les réponses inadaptées précédemment apprises au cours du développement de l'individu. Les techniques purement comportementales ont d'abord été développées, suivies par celles intégrant davantage d'aspects cognitifs. Bien que la distinction entre les deux soit parfois poreuse, on retrouve parmi les techniques dites comportementales la thérapie aversive⁴, la thérapie olfactive⁵, la sensibilisation voilée⁶, la désensibilisation par la pensée (*imaginal desensitization*)⁷ et le reconditionnement masturbatoire⁸. Parmi les techniques cognitivo-comportementales, on retrouve la restructuration cognitive⁹, l'amélioration des habiletés sociales¹⁰, l'éducation sexuelle¹¹, la prévention de la rechute¹² et la sensibilisation aux conséquences pour les victimes¹³.

Intervention multisystémique

L'intervention multisystémique repose sur le modèle écologique de Bronfenbrenner (1986), qui suggère que le développement humain est tributaire de plusieurs systèmes (ontosystème, microsystèmes, exosystèmes) dont les influences doivent toutes être considérées. Développée par Henggeler et collègues (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 1998) pour des enfants et adolescents ayant des troubles de comportement, l'intervention multisystémique propose de travailler non seulement auprès de la personne, mais également auprès de son entourage familial et scolaire pour

diminuer son implication dans les conduites criminelles. L'intervention multisystémique a été adaptée pour être utilisée auprès d'adolescents ACS (ex.: Borduin, Henggeler, Blaske, & Stein, 1990) et propose d'impliquer activement la famille dans le bris du cycle de l'agression sexuelle, en fournissant des interventions susceptibles d'améliorer les habiletés parentales et de réduire le risque non seulement de l'individu, mais également des membres de sa famille. Ainsi, l'intervention peut porter sur: a) les processus cognitifs de l'adolescent (ex.: empathie, déni/minimisation, distorsions cognitives); b) la qualité des relations familiales (ex.: cohésion familiale, discipline et supervision parentale); c) les relations avec les pairs (ex.: relations appropriées avec des pairs de son âge à l'école); et d) la performance scolaire (Borduin et al., 1990).

Intervention humaniste

Le modèle des bonnes vies (Ward & Brown, 2004) est un modèle thérapeutique pour ACS ayant été développé pour répondre à certaines critiques formulées à l'encontre des interventions basées sur les principes RBR. Les approches traditionnelles sont décrites par les partisans du modèle des bonnes vies comme des stratégies d'évitement du risque: il faut «éviter» de côtoyer des pairs antisociaux, «éviter» les relations conjugales instables, «éviter» de consommer des substances, etc. Or, l'évitement préconisé par l'approche RBR constitue rarement un objectif de changement motivant pour les PPSMJ, ce qui est paradoxal au principe de réceptivité spécifique (Ward & Brown, 2004).

Le modèle des bonnes vies postule que tous – ACS, PPSMJ et individus n'ayant jamais commis de délits – sont motivés par l'atteinte de buts fondamentaux tels que l'amitié, l'intimité, le bonheur, et que les comportements de violence sexuelle sont le résultat de stratégies inadaptées pour atteindre ces objectifs universels (Yates, 2013). Ainsi, afin qu'un individu cesse ses comportements de violence sexuelle, il est nécessaire de comprendre quels besoins étaient comblés par ces comportements et de les remplacer par d'autres comportements prosociaux susceptibles de combler ces mêmes besoins. L'évitement de comportements ou de situations à risque n'est donc pas suffisant; il est nécessaire de proposer des objectifs de vie intrinsèquement motivants pour l'ACS pour que ses gestes de violence sexuelle cessent.

Si les auteurs à l'origine du modèle des bonnes vies sont critiqués par rapport aux interventions suivant les principes RBR, ils présentent toutefois leur modèle comme un complément aux approches centrées sur l'évaluation, la gestion et la réduction du risque (Ward & Brown, 2004). En effet, une intervention purement humaniste serait susceptible de négliger certains besoins criminogènes et ainsi d'être inefficace dans la réduction du risque de récidive des PPSMJ/ACS (Yates, Prescott, & Ward, 2010).

Castration chimique

La thérapie anti-androgénique, ou castration chimique, est une procédure utilisée pour réduire le niveau de testostérone d'une personne par la prise de médication, diminuant de ce fait son désir sexuel. Les deux principaux types

de substances administrées sont l'acétate de médroxyprogestérone, utilisée principalement aux États-Unis, et l'acétate de cyprotérone, utilisée au Canada et en Europe (Grossman et al., 1999). La testostérone étant une hormone impliquée dans une panoplie de processus biologiques, la prise de médication anti-androgénique comporte une quantité alarmante d'effets secondaires, notamment la dépression, des sentiments de fatigue extrême, l'anémie, l'ostéoporose et la dysfonction érectile (ex.: McLeod, 1997). Ce faisant, elle constitue une option de dernier recours et s'accompagne de dilemmes éthiques importants. Toutefois, son efficacité est manifeste en ce qui concerne les taux de récurrence des groupes traités par rapport aux groupes non traités (Lösel & Schmucker, 2005). Selon certains auteurs, la thérapie anti-androgénique est un traitement qui devrait être réservé pour des conditions médicales telles que le cancer de la prostate. La présenter aux ACS comme une avenue thérapeutique serait non seulement éthiquement douteux, mais trompeur, puisque les effets secondaires importants de la castration chimique relèvent davantage de la neutralisation que de la réhabilitation (Petrunik et al., 2008; Winslade, Stone, Smith-Bell, & Webb, 1998).

Efficacité relative des approches

De nombreuses études ont comparé l'efficacité relative des modalités d'intervention psychothérapeutiques et/ou médicales auprès d'ACS. Afin d'éviter les potentiels biais associés à l'utilisation d'études isolées, les méta-analyses sont souvent employées pour avoir un portrait global de l'efficacité d'une pratique, d'un médicament ou d'une intervention. La méta-analyse est une démarche scientifique permettant de combiner les résultats d'études se penchant sur une même problématique, augmentant ainsi largement le nombre de cas étudiés. Ce faisant, elles minimisent les biais d'échantillonnage et permettent d'intégrer les résultats divergents (Walker, Hernandez, & Kattan, 2008). Le présent article se limitera donc principalement aux résultats méta-analytiques pour comparer l'efficacité des diverses approches cliniques utilisées auprès d'ACS.

Des nuances importantes doivent être considérées quant aux résultats qui seront présentés ci-dessous. D'une part, les études et méta-analyses sur l'efficacité du traitement auprès d'ACS utilisent comme principal critère la réduction du risque de récurrence des personnes traitées. Or, une panoplie d'autres bienfaits sont susceptibles de découler d'une intervention correctionnelle, par exemple une estime de soi augmentée, l'acquisition de connaissances, etc. Ainsi, une approche dite «inefficace» dans le cadre du présent article sera inefficace dans la réduction des taux de récurrence des groupes traités par rapport aux groupes non traités. Cela n'implique pas que l'intervention en question soit dénuée d'autres bienfaits potentiels.

Ensuite, les études quantitatives, particulièrement les méta-analyses, de par leur niveau d'agrégation, évaluent des tendances centrales ne s'appliquant pas nécessairement à l'ensemble des individus. Bien qu'une taille de l'effet importante suggère qu'une approche soit efficace (ou inefficace) auprès d'une clientèle donnée «la plupart du temps», elle n'implique pas qu'il n'y aura

aucune exception à la règle. Certains ACS seront susceptibles de bénéficier grandement d’approches dites «inefficaces», alors que d’autres tireront très peu d’avantages d’approches dites «efficaces». Toutefois, par définition, plus une taille de l’effet est élevée, plus les exceptions à la règle se feront rares.

Finalement, il est important de garder en tête que plusieurs facteurs dépassant le type d’approche psychothérapeutique/médicale peuvent influencer l’efficacité d’une intervention, et ce, autant du côté du thérapeute, du patient que de l’établissement. Par exemple, l’empathie, la motivation et la personnalité du patient, l’alliance thérapeutique et le contexte d’intervention sont reconnus comme étant des facteurs associés au succès des interventions psychothérapeutiques (Lynch, 2012; Marshall et al., 2003; Yates, 2013). Toutefois, puisqu’ils dépassent le cadre et les objectifs du présent article, ils ne seront pas explicitement couverts. Ils ne doivent pas pour autant être évincés des considérations des cliniciens et décideurs.

Le tableau 1 présente les résultats de trois méta-analyses ayant comparé l’efficacité de différentes modalités d’intervention psychothérapeutique et/ou médicale auprès de clientèles ACS (Lösel & Schmucker, 2005; Schmucker & Lösel, 2015; Soldino & Carbonell-Vayá, 2017). La méta-analyse de Lösel et Schmucker (2005) regroupait 69 études et 80 comparaisons entre traités et non

Tableau 1

Efficacité relative des modalités d’intervention psychothérapeutique/médicale

Modalité d’intervention	Lösel & Schmucker (2005)		Schmucker & Lösel (2015)		Soldino & Carbonell-Vayá (2017) ^A	
	<i>k</i>	Rapport de cote [I.C.]	<i>k</i>	Rapport de cote [I.C.]	<i>k</i>	Rapport de cote [I.C.]
Psychodynamique	5	0,98 [0,51 – 1,89]	2	0,97 [0,36 – 2,59]	-	-
Béaviorale	7	2,19** [1,22 – 3,92]	20 ^B	1,38** [1,08 – 1,75] ^B	2/7 ^{B, C}	2,13** / 1,39* [1,27 – 3,45 /
Cognitivo-comportem.	35	1,45** [1,12 – 1,86]				
Multisystémique	-	-	2	21,76*** [3,70 – 128,02]	2	4,35** [1,41 – 12,50]
Modèle des bonnes vies	-	-	-	-	-	-
Castration chimique	6	3,08*** [1,40 – 6,79]	-	-	-	-

Notes. *k* = nombre d’études. Rapport de cote (*odds ratio*) : un rapport de cote supérieur à 1 indique un effet positif, alors qu’un rapport de cote inférieur à 1 indique un effet iatrogène. Les rapports de cote à effets aléatoires (*random effects*) sont présentés.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

^A Les rapports de cote de cette étude ont été inversés pour être comparables à ceux de Lösel et Schmucker (2005) et Schmucker et Lösel (2015).

^B Les interventions béaviorales et cognitivo-comportementales sont regroupées dans cette étude.

^C Le premier chiffre concerne les interventions cognitivo-comportementales n’ayant pas de composante de prévention de la rechute, alors que le deuxième concerne les interventions cognitivo-comportementales intégrant cette composante.

traités, pour un total de 22 181 participants. Les critères d'inclusion étaient assez larges, demandant essentiellement que les études 1) portent sur les ACS, 2) évaluent l'efficacité d'un traitement et 3) que le critère d'efficacité soit la récurrence criminelle. En 2015, les mêmes auteurs ont mis à jour leur méta-analyse (Schmucker & Lösel, 2015) en ajoutant un critère de sélection, soit celui d'avoir un protocole expérimental suffisamment fiable (de niveau 3 sur le *Maryland Scientific Methods Scale*; Farrington, Gottfredson, Sherman, & Welsh, 2002). Ce faisant, leur méta-analyse à jour regroupe 29 comparaisons, pour un total de 10 387 participants (4 939 traités, 5 448 non traités). La troisième méta-analyse recensée est celle de Soldino et Carbonell-Vayá (2017), dont la particularité était de se limiter aux études publiées dans la dernière décennie (2004-2014) et d'inclure des textes publiés en espagnol. Elle regroupe 17 études et 6 681 participants (3 659 traités, 3 022 non traités).

Les résultats des trois méta-analyses sont relativement consensuels. Du côté de l'intervention psychodynamique, les rapports de cote indiquent que l'approche n'est pas en mesure de réduire le risque de récurrence des ACS. Toutefois, elle ne semble pas comporter d'effets iatrogènes; si c'était le cas, le rapport de cote serait significativement en deçà de 1,00. Ensuite, les approches comportementales et cognitivo-comportementales s'imposent de par leur efficacité à réduire le risque de récurrence des ACS, avec des tailles de l'effet oscillant entre 1,38 (Schmucker & Lösel, 2015) et 2,19 (Lösel & Schmucker, 2005). De plus, puisque ces interventions ont plus souvent été évaluées que les approches psychodynamiques ou émergentes (ex. : intervention multisystémique, modèle des bonnes vies), il y a peu de risque que les résultats les concernant soient biaisés ou non représentatifs. Étonnamment, il n'est pas certain que l'ajout d'aspects cognitifs aux thérapies purement comportementales mène à de meilleurs résultats. En effet, dans Lösel et Schmucker (2005), la taille de l'effet des thérapies comportementales était plus élevée que celle des interventions cognitivo-comportementales. Dans Soldino et Carbonell-Vayá (2017), l'ajout de modules sur la prévention de la rechute – des modules largement cognitifs – semblait diminuer l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales.

L'approche psychothérapeutique la plus efficace semble être l'intervention multisystémique, affichant des tailles de l'effet oscillant entre 4,35 (Soldino & Carbonell-Vayá, 2017) et 21,76 (Schmucker & Lösel, 2015). Toutefois, ces résultats sont basés sur trois études seulement (Borduin et al., 1990; Borduin, Schaeffer, & Heiblum, 2009; Worling, Litteljohn, & Bookalam, 2010), ouvrant la porte à des biais d'échantillonnage et/ou une représentativité limitée. L'étude de Borduin et collègues (2009) employait toutefois un devis expérimental d'essai clinique randomisé, impliquant que ses résultats étaient particulièrement fiables, même si basés sur un nombre limité de participants ($N = 48$).

Aucune des méta-analyses recensées ne contenait de résultats sur le modèle des bonnes vies. En effet, il n'existe pratiquement aucune étude, même à ce jour, qui évalue empiriquement l'efficacité de ce modèle. En 2014, Netto, Carter et Bonell ont fait une revue systématique de l'efficacité de l'approche pour réduire le risque de récurrence des PPSMJ et n'ont trouvé aucune étude

éligible. Ces auteurs se sont toutefois limités aux essais cliniques randomisés – une denrée rare dans le domaine de la prévention des violences sexuelles au regard des implications éthiques d'un tel devis de recherche. En 2020, Mallion, Wood et Mallion ont fait une revue systématique des impacts des interventions basées sur le modèle des bonnes vies en acceptant un éventail plus large de devis expérimentaux que Netto et collègues (2014). Bien que leur recherche bibliographique ait recensé cinq études évaluant certains impacts de ces interventions, aucune ne comparait les taux de récurrence des groupes traités par rapport aux groupes non traités (ou encore traités avec d'autres approches).

Quant aux procédures de castration chimique, les résultats indiquent une efficacité manifeste, avec un rapport de cote de 3,08 (Lösel & Schmucker, 2005). Aucune approche psychothérapeutique n'était en mesure de surpasser l'efficacité de l'intervention anti-androgénique dans la méta-analyse de Lösel & Schmucker (2005). Toutefois, leur méta-analyse n'incluait aucune étude évaluant les interventions multisystémiques. Les tailles de l'effet obtenues dans les études subséquentes (Schmucker & Lösel, 2015; Soldino & Carbonell-Vayá, 2017) suggèrent que l'intervention multisystémique serait susceptible d'équivaloir, voire de surpasser en efficacité la castration chimique. Néanmoins, aucune méta-analyse disponible ne compare directement ces deux approches.

Discussion

Le présent article avait pour objectif de proposer un survol des différentes modalités d'intervention correctionnelle et de leur efficacité relative dans la réduction du risque de récurrence des ACS. Bien qu'une comparaison de leur efficacité auprès de PPSMJ n'ayant jamais commis de crimes sexuels eût été à propos, la littérature est pour le moment presque exclusivement centrée sur les ACS. Ce constat est certainement en contraste avec la grande quantité d'études mettant à l'épreuve les principes RBR auprès de PPSMJ, où les essais cliniques randomisés abondent (Andrews & Bonta, 2010). Ainsi, une avenue de recherche future découlant de la présente recension concerne la production ou l'intégration de connaissances sur l'efficacité des différentes approches psychothérapeutiques auprès de PPSMJ n'ayant jamais commis de crimes sexuels.

Les résultats méta-analytiques recensés dans le présent article indiquent que la modalité d'intervention la plus efficace auprès des ACS est l'intervention multisystémique, suivie de la castration chimique¹⁴ et des thérapies cognitivo-comportementales. Les thérapies psychodynamiques ne semblent pas en mesure de réduire le risque de récurrence des ACS, et aucune donnée n'est disponible sur le modèle des bonnes vies. Bien que plus récentes, il n'est pas évident que les thérapies cognitivo-comportementales surpassent les thérapies purement comportementales en termes d'efficacité. Finalement, il importe de mentionner que les résultats concernant l'intervention multisystémique étaient basés sur un petit nombre d'études.

Plusieurs recommandations pour la pratique et la recherche émergent de ces résultats. D'une part, du moment que l'objectif est la réduction du risque

de récurrence des ACS, les thérapies psychodynamiques ne devraient pas être priorisées. Selon certains auteurs, plusieurs caractéristiques fréquemment retrouvées chez les ACS/PPSMJ, par exemple l'impulsivité, la difficulté à résoudre des problèmes, l'utilisation de mensonges/duperie et le manque de motivation, limitent leur capacité à s'engager et profiter d'interventions non directives centrées sur l'introspection (Andrews & Bonta, 2010; Cortoni & Lafortune, 2009). Cela ne signifie pas qu'elles soient dénuées d'autres bienfaits en termes de santé mentale, estime de soi ou autre. Une avenue potentielle pour les partisans de l'approche psychodynamique serait d'intégrer des éléments psychanalytiques à des canevas cognitivo-comportementaux éprouvés centrés sur la réduction du risque et l'apprentissage et les tâches concrètes. À ce sujet, Marshall (1996; 1999; 2010), une figure de proue dans le développement des interventions nord-américaines pour ACS, place les théories de l'attachement au cœur de ses productions scientifiques et recommandations thérapeutiques. Bien que les théories psychodynamiques et les théories de l'attachement ne soient pas issues des mêmes époques et des mêmes auteurs, elles mettent toutes deux l'emphase sur les relations infantiles comme le fondement de la personnalité. Selon Lussier et Proulx (2001), un rapprochement semble s'effectuer depuis les années 90 entre les approches psychodynamiques et cognitivo-comportementales, réduisant de ce fait le schisme perçu entre l'Amérique du Nord et l'Europe quant aux modalités de traitement des ACS.

Les interventions cognitivo-comportementales se sont imposées, sans grande surprise, comme l'avenue éprouvée pour réduire le risque de récurrence des ACS. Ces interventions ont plusieurs avantages notoires sur les alternatives disponibles : par rapport aux approches psychodynamiques, elles sont d'une courte durée, sans que cela implique une perte d'efficacité¹⁵. Elles sont donc potentiellement plus adaptées aux contextes judiciaires impliquant des suivis d'une durée limitée. Ensuite, elles sont moins coûteuses, autant en termes d'argent que de main d'œuvre, que les thérapies plus intensives telles que l'intervention multisystémique. Finalement, leur efficacité et fondements théoriques reposent sur des bases empiriques solides. Toutefois, plusieurs résultats invitent à la prudence quant à certains aspects de l'intervention cognitivo-comportementale. Les modules de prévention de la rechute, en dépit de leur popularité massive, ne bénéficient pas d'un support empirique important (Yates, 2013). Ensuite, l'empathie envers les victimes n'étant pas un facteur de risque de la récurrence sexuelle (Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2005), il est étonnant de voir des modules cognitivo-comportementaux entiers consacrés à cet effet. Bien que le principe de besoin d'Andrews et Bonta (2010) ne proscrive pas la considération de caractéristiques non criminogènes dans l'intervention, il décourage l'organisation de programmes entiers autour de telles caractéristiques. En somme, il est possible que la présence de ces modules ait influencé à la baisse l'efficacité perçue des interventions cognitivo-comportementales, notamment lorsque comparées avec les thérapies purement comportementales.

L'intervention multisystémique s'est imposée comme l'approche la plus prometteuse auprès des ACS, avec des tailles de l'effet surpassant largement toute autre approche psychothérapeutique ou même médicale. Ces résultats étaient toutefois basés sur trois études contenant un nombre limité de participants (Borduin et al., 1990, 2009; Worling et al., 2010). Bien que davantage de preuves empiriques de son efficacité soient nécessaires avant que des recommandations claires puissent être émises quant à son utilisation, l'intervention multisystémique constitue certainement une avenue de recherche future importante. Si son efficacité dans la réduction du risque de récurrence des ACS et PPSMJ est aussi élevée que les études initiales le suggèrent, l'approche gagnerait à être connue, étudiée et implantée. Ses coûts monétaires et en ressources humaines sont certes un obstacle (disponibilité des thérapeutes 24 heures sur 24, sept jours sur sept, contacts quotidiens avec les familles, présence dans leur milieu de vie), mais les bénéfices anticipés en termes de réduction du risque de récurrence justifieraient amplement l'investissement initial, au regard des coûts sociaux substantiels du crime (Henggeler et al., 1998). Un autre aspect à considérer est l'adaptation de l'approche pour une clientèle ACS adulte. En effet, les études actuellement disponibles évaluent des implantations auprès d'adolescents ACS, suggérant qu'un important travail de reconceptualisation devrait être déployé avant que l'approche puisse être utilisée avec des adultes.

Aucune donnée n'était disponible sur la capacité du modèle des bonnes vies à réduire le risque de récurrence des ACS. L'absence d'études sur le sujet inquiète, considérant que les bases théoriques du modèle ont été développées il y a maintenant plus de 15 ans (Ward & Brown, 2004). Certaines études suggèrent toutefois que l'approche a des plus-values comparativement aux programmes traditionnels de gestion du risque. Simons, McCullar et Tyler (2008) ont comparé des PPSMJ ayant suivi un programme de prévention de la rechute à des PPSMJ ayant suivi une thérapie adhérent aux principes du modèle des bonnes vies. Leurs résultats indiquaient que les PPSMJ ayant participé à l'intervention humaniste étaient plus susceptibles de compléter le traitement (ou d'y participer plus longtemps), d'être davantage motivés et de développer de meilleures stratégies d'adaptation. Yates, Simons, Kingston et Tyler (2009) ont obtenu des résultats similaires, indiquant que les PPSMJ ayant suivi une thérapie basée sur le modèle des bonnes vies abandonnaient en moins grande proportion le traitement que celles ayant suivi un programme de prévention de la rechute¹⁶. Toutefois, la prévention de la rechute étant l'un des éléments les plus fréquemment critiqués des thérapies cognitivo-comportementales (ex.: Laws, 2003; Yates, 2013), il est possible que de l'utiliser comme critère de comparaison avec le modèle des bonnes vies ait mené à des résultats particulièrement favorables pour le modèle humaniste. Finalement, Willis et Ward (2011), dans le cadre d'une étude qualitative réalisée avec 16 auteurs d'agression sexuelle d'enfants, ont recueilli des avis suggérant que les participants ayant suivi une thérapie basée sur le modèle des bonnes vies s'identifiaient aux objectifs de vie fondamentaux de l'approche et rapportaient que leur expérience de réinsertion sociale avait été

facilitée par la considération de ces objectifs. Toutefois, aucune comparaison n'était proposée avec des ACS ayant suivi un programme traditionnel. En somme, le modèle des bonnes vies repose sur des bases théoriques solides et comporte de nombreux partisans et utilisateurs en Europe et en Amérique du Nord. Ce faisant, il n'y a pas de raison valable de ne pas le soumettre à une validation empirique en bonne et due forme quant à sa capacité à réduire le risque de récurrence. Il n'est même pas nécessaire que des résultats supérieurs aux approches traditionnelles soient obtenus ; si le modèle des bonnes vies obtient une efficacité similaire aux approches RBR et comporte des avantages en termes de motivation et d'attrition, il n'aura plus à faire ses preuves. Cependant, en l'absence de données sur sa capacité à diminuer le risque, il n'est pas encore possible de recommander sans réserve son utilisation et implantation.

La thérapie anti-androgénique, ou castration chimique, s'est révélée efficace pour réduire le risque de récurrence des ACS ; la taille de l'effet de la procédure dépasse largement celles des approches psychodynamiques, comportementales et cognitivo-comportementales. Son efficacité s'accompagne toutefois de coûts importants, reliés aux nombreux effets secondaires de la médication. En ce sens, plusieurs la considèrent à mi-chemin entre une procédure de réhabilitation et de neutralisation, et soulignent les aspects éthiques l'entourant. Au Canada, la thérapie anti-androgénique ne peut être entreprise que sur une base volontaire. Toutefois, cinq états américains ont adopté des lois permettant d'obliger les ACS à suivre une thérapie anti-androgénique s'ils désirent bénéficier d'une probation ou d'une libération conditionnelle (Petrunik et al., 2008). Par exemple, en Californie, depuis 1997, tout ACS envers enfant récidiviste se doit de suivre une thérapie anti-androgénique pour bénéficier de mesures d'élargissement. Bien qu'un formulaire de consentement doive être signé par le requérant, le consentement peut difficilement être considéré libre, étant lié à l'obtention de mesures d'élargissement. Ensuite, la castration chimique, lorsque non complétée d'intervention psychothérapeutique, ignore plusieurs sphères de vie criminogènes de l'ACS, par exemple les problèmes relationnels, les attitudes antisociales et l'impulsivité. Ce faisant, elle ne respecte pas le principe de besoin, n'agissant que sur le désir sexuel. En ignorant les facteurs de risque reliés au style de vie antisocial, elle risque d'être inefficace dans la réduction du risque de récurrence non sexuelle (Brouillette-Alarie, Babchishin, Hanson, & Helmus, 2016; Brouillette-Alarie & Proulx, 2019). Finalement, de par la réduction de qualité de vie qu'elle entraîne, la castration chimique est susceptible d'être peu motivante pour ses utilisateurs. Plusieurs études indiquent d'ailleurs que les taux d'attrition des thérapies anti-androgéniques sont élevés (Fedoroff, Wisner-Carlson, Berlin, & Dean, 1992; Meyer, Cole, & Emory, 1992). Malgré ces limites importantes, son efficacité ne peut être niée, la rendant pertinente pour des cas où les préoccupations sexuelles seraient si envahissantes qu'elles justifieraient que l'utilisateur, sur une base volontaire, décide de s'exposer aux effets secondaires de la médication.

Conclusion

Le présent article proposait de couvrir les principes de l'intervention correctionnelle efficace RBR, et plus spécifiquement, d'approfondir le principe de réceptivité générale voulant que les interventions cognitivo-comportementales soient priorisées aux alternatives psychothérapeutiques disponibles pour réduire le risque de récidive criminelle (Andrews & Bonta, 2010). Pour ce faire, une recension des études comparant l'efficacité de diverses approches psychothérapeutiques et/ou médicales auprès des ACS a été effectuée. Les résultats méta-analytiques ont confirmé la pertinence d'employer des techniques cognitivo-comportementales, mais ont aussi mis en lumière l'efficacité d'autres approches telles que l'intervention multisystémique ou la castration chimique. Malgré l'engouement pour le modèle des bonnes vies, très peu de données sont présentement disponibles sur sa capacité à réduire le risque de récidive. Quant aux approches psychodynamiques, les études empiriques n'ont pas confirmé leur efficacité dans la réduction du risque des ACS. Il n'est pas pour autant acquis qu'elles soient dénuées d'autres bénéfices potentiels. En somme, nous encourageons les praticiens et décideurs à considérer les approches psychothérapeutiques utilisées dans leur établissement, tout particulièrement s'il est correctionnel, puisque celles-ci influencent, en combinaison avec d'autres facteurs tels que l'alliance thérapeutique, la capacité des interventions à réduire le risque de récidive des ACS/PSSMJ.

Références

- Abel, G. G., Osborn, C., Anthony, D., & Gardos, P. (1992). Current treatments of paraphiliacs. *Annual Review of Sex Research*, 3, 255-290. doi:10.1080/10532528.1992.10559881
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct (5th ed.)*. New Providence, NJ: LexisNexis/Matthew Bender.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52. doi:10.1177/0093854890017001004
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model: Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, 735-755. doi:10.1177/0093854811406356
- Andrews, D. A., & Friesen, W. (1987). Assessments of anticriminal plans and the prediction of criminal futures: A research note. *Criminal Justice and Behavior*, 14, 33-37. doi:10.1177/0093854887014001004
- Andrews, D. A., & Kiessling, J. J. (1980). Program structure and effective correctional practices: A summary of the CaVIC research. In R. R. Ross & P. Gendreau (Eds.), *Effective correctional treatment* (pp. 441-463). Toronto: Butterworths.
- Bonta, J. (1996). Risk-needs assessment and treatment. In A. T. Harland (Ed.), *Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply* (pp. 18-32). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34, 105-113. doi:10.1177/0306624X9003400204

- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 26-37. doi:10.1037/a0013035
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22*, 723-742. doi:10.1037/0012-1649.22.6.723
- Brooks-Gordon, B., Bilby, C., & Wells, H. (2006). A systematic review of psychological interventions for sexual offenders I: Randomised control trials. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 17*, 442-466. doi:10.1080/14789940600819341
- Brouillette-Alarie, S., Babchishin, K. M., Hanson, R. K., & Helmus, L.-M. (2016). Latent constructs of the Static-99R and Static-2002R: A three-factor solution. *Assessment, 23*(1), 96-111. doi:10.1177/1073191114568114
- Brouillette-Alarie, S., & Hanson, R. K. (2017). L'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels. In F. Cortoni & T. H. Pham (Eds.), *Traité de l'agression sexuelle* (pp. 97-127). Bruxelles, BE: Éditions Mardaga.
- Brouillette-Alarie, S., & Lussier, P. (2018a). The risk assessment of offenders with a history of sexual crime: Past, present and new perspectives. In P. Lussier & E. Beauregard (Eds.), *Sexual offending: A criminological perspective* (pp. 349-375). Abingdon, UK: Routledge.
- Brouillette-Alarie, S., & Lussier, P. (2018b). Entre justice populiste et gestion du risque: La réponse socio-légale nord-américaine face aux crimes sexuels. *Cahiers de la sécurité et de la justice, 43*, 130-141.
- Brouillette-Alarie, S., & Proulx, J. (2019). The etiology of risk in sexual offenders: A preliminary model. *Sexual Abuse, 31*(4), 431-455. doi:10.1177/1079063218759325
- Campbell, M. A., French, S., & Gendreau, P. (2009). The prediction of violence in adult offenders: A meta-analytic comparison of instruments and methods of assessment. *Criminal Justice and Behavior, 36*, 567-590. doi:10.1177/0093854809333610
- Commission des libérations conditionnelles du Canada. (2017, March 15). Historique de la libération conditionnelle au Canada. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/commission-liberations-conditionnelles/organisation/historique-de-la-liberation-conditionnelle-au-canada.html>
- Corabian, P., Dennett, L., & Harstall, C. (2011). Treatment for convicted adult male sex offenders: An overview of systematic reviews. *Sexual Offender Treatment, 6*(1). Retrieved from <http://www.sexual-offender-treatment.org/93.html>
- Cortoni, F., & Lafortune, D. (2009). Le traitement correctionnel fondé sur des données probantes: une recension. *Criminologie, 42*, 61-89. doi:10.7202/029808ar
- Dennis, J. A., Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M. J., & Duggan, C. (2012). Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*. doi:10.1002/14651858.CD007507.pub2
- Douglas, K. S., & Kropp, P. R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior, 2*, 617-658. doi:10.1177/009385402236735
- Farrington, D. P., Gottfredson, D. C., Sherman, L. W., & Welsh, B. C. (2002). The Maryland scientific methods scale. In L. W. Sherman, D. P. Farrington, B. C. Welsh, & D. L. MacKenzie (Eds.), *Evidence-based crime prevention* (pp. 13-21). London, UK: Routledge.
- Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). The prediction of violence and antisocial behaviour: A systematic review and meta-analysis of the utility of risk assessment instruments in 73 samples involving 24,827 individuals. *British Medical Journal, 345*, e4692. doi:10.1136/bmj.e4692
- Fedoroff, J. P., Wisner-Carlson, R., Berlin, F. S., & Dean, S. (1992). Medroxy-pregesterone acetate in the treatment of paraphilic sexual disorders. *Journal of Offender Rehabilitation, 18*, 109-124. doi:10.1300/J076v18n03_10
- Furby, L., Weinrott, M., & Blackshaw, L. (1989). Sexual offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin, 105*, 3-130. doi:10.1037/0033-2909.105.1.3
- Grossman, L. S., Martis, B., & Fichtner, C. G. (1999). Are sex offenders treatable? A research overview. *Psychiatric Services, 50*, 349-361. doi:10.1176/ps.50.3.349

- Grubin, D. (2000). Complementing relapse prevention with medical intervention. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp. 201-212). London, UK: Sage Publications.
- Hanson, R. K. (2009). The psychological assessment of risk for crime and violence. *Canadian Psychology*, 50, 172-182. doi:10.1037/a0015726
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891. doi:10.1177/0093854809338545
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362. doi:10.1037/0022-006X.66.2.348
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1154
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 119 prediction studies. *Psychological Assessment*, 21, 1-21. doi:10.1037/a0014421
- Harkins, L., Flak, V. E., Beech, A. R., & Woodhams, J. (2012). Evaluation of a community-based sex offender treatment program using a good lives model approach. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24, 519-543. doi:10.1177/1079063211429469
- Hart, S. D., Laws, D. R., & Kropp, P. R. (2003). The promise and the peril of sex offender risk assessment. In T. Ward, D. R. Laws, & S. M. Hudson (Eds.), *Sexual deviance: Issues and controversies* (pp. 207-225). Newbury Park, CA: Sage.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Treatment manuals for practitioners. Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Kim, B., Benekos, P. J., & Merlo, A. V. (2016). Sex offender recidivism revisited: Review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17, 105-117. doi:10.1177/1524838014566719
- Laws, D. R. (2003). The rise and fall of relapse prevention. *Australian Psychologist*, 38, 22-30.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146. doi:10.1007/s11292-004-6466-7
- Lussier, P., & Proulx, J. (2001). Le traitement et l'évaluation des agresseurs sexuels: Perspectives nord-américaines et européennes. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 1, 69-87.
- Lynch, M. M. (2012). Factors influencing successful psychotherapy outcomes (Master's dissertation). Retrieved from https://sophia.skate.edu/msw_papers/57/
- Mallion, J. S., Wood, J. L., & Mallion, A. (2020). Systematic review of 'Good Lives' assumptions and interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 55, 101510. doi:10.1016/j.avb.2020.101510
- 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, 162-199. doi:10.1177/0093854896023001011
- Marshall, W. L. (1999). Current status of North American assessment and treatment programs for sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 221-239. doi:10.1177/088626099014003002
- Marshall, W. L. (2010). The role of attachments, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sexual and Relationship Therapy*, 25, 73-85. doi:10.1080/14681990903550191
- Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Serran, G. A., Mulloy, R., Thornton, D., Mann, R. E., & Anderson, D. (2003). Process variables in the treatment of sexual offenders: A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 205-234. doi:10.1016/S1359-1789(01)00065-9

- Marshall, W. L., & McGuire, J. (2003). Effect sizes in the treatment of sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 653-663. doi:10.1177/0306624X03256663
- Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 35, 22-54.
- McGuire, J. (2004). *Understanding psychology and crime: Perspectives on theory and action*. Berkshire, UK: Open University Press.
- McLeod, D. G. (1997). Tolerability of nonsteroidal antiandrogens in the treatment of advanced prostate cancer. *The Oncologist*, 2, 18-27.
- Meyer, W. J., Cole, C., & Emory, E. (1992). Depo provera treatment for sex offending behavior: An evaluation of outcome. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 20, 249-259.
- Netto, N. R., Carter, J. M., & Bonell, C. (2014). A systematic review of interventions that adopt the "good lives" approach to offender rehabilitation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53(6), 403-432. doi:10.1080/10509674.2014.931746
- Petrunik, M. G. (1994). Modèles de dangerosité: les contrevenants sexuels et la loi. *Criminologie*, 272, 87-125. doi:10.7202/017357ar
- Petrunik, M. G. (2002). Managing unacceptable risk: Sex offenders, community response, and social policy in the United States and Canada. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46, 483-511. doi:10.1177/0306624X02464009
- Petrunik, M. G., Murphy, L., & Fedoroff, J. P. (2008). American and Canadian approaches to sex offenders: A study of the politics of dangerousness. *Federal Sentencing Reporter*, 21, 111-123. doi:10.1525/fsr.2008.21.2.111
- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Applied clinical psychology. Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 343-361). New York, NY: Plenum Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. doi:10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Quinsey, V. (1998). Treatment of sex offenders. In M. Tonry (Ed.), *The handbook of crime and punishment* (pp. 403-425). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11, 597-630. doi:10.1007/s11292-015-9241-z
- Simons, D. A., McCullar, B., & Tyler, C. (2008, October). The utility of the self-regulation model to re-integration planning. *Paper presented at the meeting of the Association for the Treatment of Sexual Abusers*, Atlanta, GA.
- Soldino, V., & Carbonell-Vayá, E. J. (2017). Effect of treatment on sex offenders' recidivism: A meta-analysis. *Anales de Psicología*, 33, 578-588. doi:10.6018/analesps.33.2.267961
- Walker, E., Hernandez, A. V., & Kattan, M. W. (2008). Meta-analysis: Its strengths and limitations. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75, 431-439.
- Walton, J. S., & Chou, S. (2015). The effectiveness of psychological treatment for reducing recidivism in child molesters: A systematic review of randomized and nonrandomized studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16, 401-417. doi:10.1177/1524838014537905
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime, & Law*, 10, 243-257. doi:10.1080/10683160410001662744
- Willis, G. M., & Ward, T. (2011). Striving for a good life: The good lives model applied to released child molesters. *Journal of Sexual Aggression*, 17, 290-303. doi:10.1080/13552600.2010.505349
- Winslade, W., Stone, T. H., Smith-Bell, M., & Webb, D. M. (1998). Castrating pedophiles convicted of sex offenses against children: New treatment or old punishment? *SMU Law Review*, 51, 349-412.
- Worling, J., Litteljohn, A., & Bookalam, D. (2010). 20-year prospective follow-up study of specialized treatment for adolescents who offended sexually. *Behavioral Sciences & the Law*, 28, 46-57. doi:10.1002/bsl.912.

- Yates, P. M. (2013). Treatment of sexual offenders: Research, best practices, and emerging models. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8, 89-95. doi:10.1037/h0100989
- Yates, P. M., Prescott, D. S., & Ward, T. (2010). *Applying the good lives and self-regulation models to sex offender treatment: A practical guide for clinicians*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Yates, P. M., Simons, D. A., Kingston, D. A., & Tyler, C. (2009, October). The good lives model of rehabilitation applied to treatment: Assessment and relationship to treatment progress and compliance. *Paper presented at the meeting of the Association for the Treatment of Sexual Abusers*, Dallas, TX.

Notes

- 1 L'évaluation actuarielle vise à déterminer le risque de récidive de façon précise et reproductible à l'aide d'une combinaison mécanique de facteurs de risque empiriquement validés (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017). On qualifie souvent ce courant « d'athéorique », du fait que le principal critère d'inclusion d'items dans une échelle est la présence de liens statistiques entre ces items et la récidive. Une échelle actuarielle tentant de prédire la récidive sexuelle inclura simplement un ensemble de facteurs de risque de la récidive sexuelle, sans qu'une théorie unisse à priori ces facteurs (Andrews & Bonta, 2010; Bonta, 1996). Chaque item est pondéré à l'avance par les concepteurs de l'instrument. Le niveau de risque est déterminé par la somme des items de l'instrument – donc de l'ensemble des facteurs de risque que présente l'ACS. Une fois le score total déterminé, l'évaluateur peut se référer aux tables normatives de l'instrument pour obtenir un aperçu plus aisément communicable du risque de récidive de son client.
- 2 Le jugement professionnel structuré fournit un cadre au jugement clinique en spécifiant quels facteurs de risque évaluer et comment les évaluer (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017; Douglas & Kropp, 2002; Hart, Laws, & Kropp, 2003). Cette méthode corrige donc une importante lacune du jugement clinique non structuré, soit la fréquente utilisation de facteurs non pertinents et l'omission de facteurs potentiellement pertinents (Hanson, 2009). Les facteurs de risque prescrits se doivent d'être empiriquement validés et de fournir des lignes directrices pour l'intervention (Hart et al., 2003). Contrairement aux outils actuariels, aucune procédure mathématique n'est indiquée pour compiler les résultats. Plutôt que de faire la somme de facteurs de risque dont la pondération est spécifiée à l'avance, l'évaluateur doit considérer les facteurs présents chez l'individu et rendre sa décision finale quant au niveau de risque de la PPSMJ, en faisant appel à son jugement et son expérience professionnelle (Douglas & Kropp, 2002; Hart et al., 2003). Le niveau de risque déterminé par le clinicien n'est pas associé à une table faisant le lien entre scores totaux et taux de récidive anticipés (Hanson & Morton-Bourgon, 2009).
- 3 Pour une discussion détaillée sur le sujet, consultez entre autres Brouillette-Alarie et Lussier (2018b).
- 4 Procédure de pairage entre un stimulus sexuel déviant et un stimulus aversif (choc électrique, respiration d'ammoniac).
- 5 Pairage entre les différentes étapes du passage à l'acte et un stimulus aversif olfactif (ammoniac), de sorte qu'en situation à risque, une odeur désagréable surgira et sera susceptible de servir de signal d'alarme.
- 6 Pairage entre des fantaisies sexuelles déviantes et les conséquences négatives susceptibles d'en découler (emprisonnement, conséquences pour la victime, etc.).
- 7 Apprentissage de techniques de relaxation, puis pairage avec les différentes étapes du passage à l'acte. L'objectif est ici d'enseigner aux ACS qu'ils peuvent rester calmes et métaboliser l'excitation sexuelle déviante sans pour autant passer à l'acte.
- 8 Pairage de renforceurs aux fantaisies sexuelles adaptées et de punitions aux fantaisies sexuelles déviantes. Généralement, le client se masturbe jusqu'à éjaculation en verbalisant des

scénarios sexuels consentants. Suite à l'éjaculation, durant la période réfractaire, le client associe du contenu fantasmatique déviant à un stimulus aversif par une masturbation à vide.

- 9 Exploration des distorsions cognitives du client supportant ou rationalisant ses comportements de violence sexuelle, puis confrontation de ces dernières afin de les remplacer par des schèmes cognitifs plus adaptés.
 - 10 Amélioration d'habiletés sociales déficitaires potentiellement impliquées dans le passage à l'acte, par exemple l'aisance sociale, la résolution de conflits, la gestion de la colère et la capacité à exprimer ses désirs adéquatement.
 - 11 Cours visant à améliorer les connaissances du participant en matière de sexualité (autant l'aspect physiologique que psychologique) et d'intimité.
 - 12 Identification de la chaîne comportementale menant aux comportements de violence sexuelle. Identification des situations à risque et développement de stratégies d'adaptation (coping) pour diminuer le risque de passage à l'acte. Basé sur le modèle de Pithers (1990).
 - 13 Sensibilisation aux conséquences des gestes de violence sexuelle pour les victimes, de sorte à confronter les distorsions cognitives minimisant les conséquences de ces gestes.
 - 14 Tel que mentionné précédemment, bien que les rapports de cote de l'intervention multisystémique dépassaient ceux de la castration chimique, ils n'étaient pas tirés de la même étude.
 - 15 Les méta-analyses indiquent que les interventions plus courtes sont soit plus efficaces (Soldino & Carbonell-Vayá, 2017), soit aussi efficaces (Schmucker & Lösel, 2015) que les interventions plus longues.
 - 16 Harkins, Flak, Beech et Woodhams (2012) n'ont cependant trouvé aucune différence d'attrition entre les participants ayant suivi une intervention basée sur le modèle des bonnes vies plutôt qu'un programme de prévention de la rechute.
-