

L'efficacité du traitement des agresseurs sexuels adultes²

The Effectiveness of Treatment for Adult Sex Offenders

C.DUCRO^{1, 2}, T.H. PHAM^{1, 3}, & F. CORTONI⁴

¹ Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, Tournai, Be

² Laboratoire SCALAB, CNRS, UMR 9193, Université Lille 3, Fr

³ UMONS, Université de Mons, Be

⁴ Ecole de criminologie, Université de Montréal, Ca

Résumé

La décennie précédente a connu un renouveau des discussions et débats sur l'efficacité du traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles (ASA). Les modèles de « prévention des rechutes », « d'autorégulation », de « risque, besoin et réceptivité », et de « bonne vie » sont préconisés pour le traitement des délinquants sexuels, offrant aux cliniciens le choix parmi un éventail d'approches. En outre, les concepts de psychologie positive basés sur les forces et les approches humanistes sont décrits comme ayant un effet sur le traitement des délinquants sexuels. Cette revue de la littérature décrit ces modèles, à partir des données théoriques et empiriques, via leurs variables pertinentes spécifiques à chaque modèle, dans un cadre conceptuel justifiant une approche clarifiée et systématique pour le traitement des ASA.

Mots-clés : Approches thérapeutiques, traitement, agresseur sexuel, récidive

Abstract

There was a renewal of debates on the effectiveness of the treatment of Sexual Assault Authors (ASA) during the last decade. « Relapse prevention », « self-regulation », « Risk, need and receptivity » and « Good Live models » are advocated for the treatment of sex offenders, offering to clinicians a large range of approaches. In addition, the concepts of positive psychology based on strengths and humanist approaches are mentioned as having an effect on the treatment of sex offenders. This review describes these models based on theoretical and empirical data, via their relevant variables within a conceptual framework justifying a clarified and systematic approach for the treatment of ASA.

Keywords: Therapeutic approaches, treatment, sex offenders, recidivism

-----CET ARTICLE EST PROTÉGÉ PAR UN COPYRIGHT JUSQU'EN 2023-----

² Ce texte a été réalisé avec le soutien du Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de l'égalité des chances de la Région Wallonne. Contact : thiery.pham@crds.be; thierry.pham@umons.ac.be

Introduction

Les Auteurs d'Aggressions Sexuelles (ASA) préoccupent l'opinion publique ainsi que les professionnels des systèmes judiciaires et de la santé. En effet, des questions importantes se posent souvent concernant le nombre, le risque de récurrence, la curabilité ou encore les conséquences des actes pour les victimes. Ces questions sont récurrentes alors qu'elles sont dûment développées au sein de la littérature internationale. Concernant la notion de traitement des ASA, il est établi que les agresseurs sexuels présentent, au-delà du diagnostic clinique, des spécificités criminologiques, étiologiques, cognitives, émotionnelles et cliniques (Cortoni & Pham, 2017a ; Pham, 2006). Les données internationales correctionnelles suggèrent que leur gestion au sein de la société ne devrait pas se limiter à un enfermement judiciaire uniforme et sans prise en charge thérapeutique (Andrews & Bonta, 2010 ; Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009).

Le présent article questionne l'efficacité thérapeutique de la prise en charge des ASA et identifie les cibles de traitement qui contribuent à une diminution du risque de récurrence. Le fil conducteur sera l'évolution des modèles de traitement spécifiques aux ASA, depuis les modèles explicatifs du passage à l'acte considérés dans les approches thérapeutiques jusqu'aux modèles de réhabilitation des ASA. Pour chaque modèle expliqué, une attention particulière sera portée aux concepts clés. Les processus thérapeutiques et/ou cibles de traitement impliqués seront ensuite développés avant de clore sur la mesure de leur efficacité thérapeutique.

Les modèles du passage à l'acte

Ce modèle se base sur la notion du passage à l'acte afin d'expliquer l'agression sexuelle et son éventuelle récurrence. En d'autres termes, il tente d'identifier les éléments qui interagissent et qui amènent les individus à passer à l'acte et notamment de manière sexuelle. Ces notions amènent au développement du modèle de prévention de la récurrence ou de la rechute

considérés comme des modèles explicatifs du passage à l'acte.

1. Prévention de la récurrence

Ce premier modèle ne constitue pas une méthode de traitement en soi, mais a néanmoins été très rapidement adopté comme tel par les professionnels. A l'origine, il a été développé pour la prise en charge de la toxicomanie notamment à travers les travaux de Marlatt (1980). Ce modèle a été adapté par Marques (1982) afin d'expliquer le processus de passage à l'acte dont l'identification permet au délinquant de repérer les étapes à suivre afin d'éviter un nouveau passage à l'acte (Pithers, Marques, Gibat, & Marlatt, 1983). Le principal travail effectué lors d'une prise en charge visant la prévention de la récurrence est l'élaboration du cycle du délit. Cette élaboration spécifique à chaque individu permet d'identifier des situations à risque élevé et de développer des habiletés afin de les gérer ou de les éviter pour permettre ainsi le développement des stratégies de prévention de la récurrence.

Certains auteurs soulignent le manque d'intérêt concernant la validation empirique du modèle (Laws, 1989; Wheeler, Georges, & Marlatt, 2006) et soulignent que « sa grande popularité, toutefois, l'a conduit à sa perte ... Cette large acceptation de la prévention de la récurrence, sa facilité de mise en œuvre ainsi que la vigueur de son impact ont empêché une évaluation empirique » (Laws, Hudson, & Ward, 2000, p.5). Afin d'illustrer ces limites, le programme SOTEP (Sex Offenders Treatment and Evaluation Project, 1985-1995) peut être référencé. Ce programme consiste en une recherche longitudinale sur l'efficacité de la prévention de la rechute avec assignation aléatoire de participants. Ce programme se déroule sur trois années dont une année complémentaire de suivi. La période moyenne d'observation de la rechute est de huit ans. Cette recherche comprend trois groupes de participants. Tout d'abord, des participants ayant bénéficié du programme et ayant complété le traitement (N = 167), ensuite 225 participants témoins considérés souhaitant participer au programme, mais n'en ayant pas bénéficié et finalement, 220 ASA ne voulant pas participer au

programme. L'impact de ce programme sur la récurrence s'avère peu concluant avec respectivement des taux de récurrence de 22%, 20% et 19%. Plusieurs faiblesses ont été soulignées à savoir : (a) ce programme est insuffisamment centré sur les situations précises conduisant à une infraction (Ward & Hudson, 1996) ; (b) il se focalise exclusivement sur l'évitement (Ward & Hudson, 1996); (c) il suscite un attrait « intuitif » et, par conséquent, n'a pas été validé avant sa large application clinique (Ward & Hudson, 1996); (d) il manque d'intégrité dans son application, car pratiquement tout traitement des ASA revendique la prévention de la récurrence ; enfin (e) il était fréquemment confondu avec les approches de type cognitivo-comportementales. Néanmoins, ce modèle amène une compréhension simple des éléments cognitifs, émotionnels et comportementaux qui se sont combinés pour conduire à des infractions. Il fournit au clinicien un cadre quant au traitement. Cependant, à la suite de ces faiblesses ainsi qu'au fait que ce programme se focalise principalement sur le passage à l'acte, Ward et Hudson (1996) ont, par la suite, proposé les modèles d'autorégulation afin de prendre en charge la clinique des ASA.

2. Les modèles d'autorégulation

Au sein des modèles d'autorégulation, Ward et Hudson (1996) proposent de considérer la régulation de deux processus afin de prévenir la récurrence. En premier lieu, l'approche qui est déclenchée lorsque l'ASA a comme objectif ou but un nouveau passage à l'acte et donc une récurrence. En second lieu, l'évitement lorsque le but de l'ASA est d'écartier la récurrence. Chaque processus est divisé en cheminements « passif automatique » et « actif explicite » qui permettent d'identifier différentes trajectoires. La trajectoire de l'« évitant passif » fait référence à un modèle classique de la rechute par lequel l'ASA souhaite l'éviter, mais ne fait aucun effort pour. Ensuite, la trajectoire de l'« évitant actif », l'ASA fait des efforts actifs pour éviter la récurrence, mais, à contrario, ces efforts augmentent le risque. Un exemple illustratif concerne la masturbation. L'ASA met en place des pratiques masturbatoires afin d'éviter un passage à l'acte. Néanmoins, ces

dernières engendrent une insatisfaction sexuelle déclenchant une rechute.

La trajectoire de type « automatique » est observée, l'ASA suit des comportements automatiques qui l'amènent à récidiver, l'ASA agit de manière peu planifiée, impulsive et présente une capacité d'autorégulation déficitaire. Enfin, la trajectoire de type « explicite », l'ASA met consciemment en place des stratégies de planification dans le but de récidiver.

Ces modèles d'autorégulation, suite à l'identification des différentes trajectoires, tentent à la fois de comprendre le cheminement vers le passage à l'acte et de mettre en place des stratégies de régulation afin de pallier les difficultés des ASA. Néanmoins, ces modèles sont principalement focalisés sur la description des processus mis en jeu entre les passages à l'acte. Ils n'expliquent pas le pourquoi du passage à l'acte et ne développent pas de modèles spécifiques de prise en charge pour chaque profil. À l'inverse des modèles de prévention de la récurrence, les modèles d'autorégulation se focalisent davantage sur la compréhension des variations inter-individuelles à travers l'identification de trajectoires qui ont fait l'objet de validations empiriques (Bickley & Beech, 2001; Goodall & Lindsay, 2006; Webster, 2005). L'évolution des modèles de prise en charge a permis l'émergence de nouveaux concepts tels que celui de la réhabilitation.

Les modèles de réhabilitation

Les modèles de réhabilitation décrivent les objectifs du traitement, les liens causaux de l'agression sexuelle ainsi que les modalités de prise en charge (Andrews, Bonta, & Hoge, 1990). Quatre points essentiels dans l'élaboration de modèles de réhabilitation des ASA doivent être envisagés (Ward et Hudson, 2004). Les objectifs du traitement doivent être fixés en fonction de l'effet attendu, la question du pourquoi de la mise en place d'un traitement chez tel ou tel individu se pose. Ensuite, il sera nécessaire de justifier précisément les objectifs. Cette justification sera menée lorsque les facteurs, cernés par le traitement, seront identifiés. Nous parlerons de « cibles de traitement ». Pour terminer, les auteurs insistent sur le fait de développer la procédure de

prise en charge. Ces différents aspects sont repris dans différents modèles de réhabilitation tels que le modèle général d'acceptation et d'engagement, le modèle du principe, risque et réceptivité, le modèle de « bonne vie » (GLM).

1. Le modèle général d'acceptation et d'engagement

Les thérapies de l'acceptation et de l'engagement (ACT) sont basées sur les modèles de psychothérapies cognitivo-comportementales dites de nouvelle génération qui utilisent des stratégies d'acceptation et d'attention associées à des stratégies d'engagement et de changement de comportement pour accroître la flexibilité psychologique de l'individu. Elles sont basées sur la théorie du cadre relationnel, théorie complexe qui indique essentiellement que le langage humain est lui-même à la source de la souffrance psychologique de l'individu. Ce modèle général a peu fait l'objet d'études de validation (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Certaines présentent d'importantes limites méthodologiques (Ost, 2008) comme le fait de porter sur des populations non délinquantes. Ces thérapies devraient en fait plutôt être considérées comme des techniques utiles pour la réadaptation générale des délinquants.

2. Le modèle du risque, du besoin et de la réceptivité

Le modèle du risque, du besoin et de la réceptivité (Risk-Need-Receptivity, RNR, Andrews, Bonta, & Hoge, 1990) a été élaboré dans le contexte général des théories de la personnalité ainsi que des processus cognitifs de l'apprentissage social relatif au comportement criminel (Andrews & Bonta, 2010). Selon cette théorie, la délinquance criminelle est le résultat d'une interaction complexe entre des facteurs individuels et environnementaux faisant pencher la balance entre les coûts et les bénéfices en faveur du comportement délinquant. Le but global de l'intervention est donc de modifier cette balance dans tous les domaines de la vie afin de favoriser le comportement pro social. Trois principes de base sont constitutifs de ce modèle. Tout d'abord, le « principe du risque » permet d'adapter le niveau des mesures judiciaires ou de soin au

risque de récidive de l'individu. Ce principe comporte deux aspects essentiels : la réceptivité générale et la réceptivité spécifique. La réceptivité générale fait appel à l'utilisation des méthodes cognitives de l'apprentissage social afin d'influencer le comportement. Des pratiques de base telles que l'application des modèles pro sociaux, l'utilisation appropriée du renforcement et de la désapprobation ainsi que la résolution de problèmes sont retrouvées (Dowden & Andrews, 2004). La réceptivité spécifique, quant à elle, est un ajustement de l'intervention cognitivo-comportementale qui tient compte des points forts, du style d'apprentissage, de la personnalité, de la motivation et des caractéristiques spécifiques de l'individu.

Etant donné qu'un des objectifs des systèmes judiciaire ou médico-légal est de réduire la récidive, il paraît nécessaire de différencier les niveaux de risque des individus afin d'identifier leurs besoins individuels. Le principe des besoins encourage l'évaluation des facteurs criminogènes qui sont, avant tout, des facteurs de risque dynamiques à traiter. Ces facteurs sont modulés en fonction des principaux prédicteurs du comportement criminel, les « huit facteurs centraux » de risque et de besoin : sept facteurs de risque dynamiques et un facteur de risque statique (Andrews & Bonta, 2010). Tout d'abord, la personnalité antisociale qui est identifiée par des niveaux élevés d'impulsivité, de nombreuses recherches aventureuses du plaisir, une énergie agressive et un certain niveau d'irritabilité. Afin de prendre en charge ce facteur central, il faut développer le savoir-être ainsi que la maîtrise de la colère. Sont ensuite considérées les attitudes pro-criminelles, la rationalisation de la criminalité ainsi que les attitudes négatives à l'égard de la loi. Il paraît nécessaire de contrer les rationalisations via des attitudes pro-sociales et d'amener l'individu à se construire une identité sociale. Puis, la notion de soutien social de la criminalité fait l'objet d'un des facteurs. L'objectif étant ici d'amener l'individu à s'écarter des amis et des relations pro-criminelles pour évoluer vers des amis et des relations pro-sociales. La toxicomanie, voire la consommation abusive de substances au sens large, est également un point clé des facteurs. Réduire l'abus d'alcool ou de drogue, promouvoir

des solutions alternatives à ces consommations abusives constitue également une des cibles de l'intervention. Les relations familiales et conjugales constituent un élément central de l'évolution du traitement. Souvent, la surveillance parentale et la discipline sont défaillantes, l'individu faisant l'objet de relations familiales instables et non structurantes. Développer les compétences parentales et familiales dans un cadre chaleureux et de sollicitude constitue un point central de l'intervention thérapeutique. Le niveau scolaire ou le manque de loisirs est un facteur crucial, il paraît nécessaire de valoriser les compétences scolaires ou professionnelles et de développer des relations interpersonnelles professionnelles adéquates. Afin de clôturer la série de facteurs dynamiques, mentionnons un facteur clé comme la notion d'activités récréatives pro-sociales. En effet, une absence de participation aux activités récréatives et de loisirs pro-sociaux est fréquemment observée. Il paraît nécessaire d'encourager la participation aux activités récréatives afin de diminuer le risque de récidive. Finalement, le dernier facteur clé du modèle est statique, il relève du recensement des antécédents criminels. A ces facteurs centraux, nous pouvons ajouter d'autres facteurs connexes tels que l'estime de soi (une faible estime de soi, une faible confiance en soi), de vagues sentiments de détresse personnelle (anxiété, déprime), des troubles mentaux graves (schizophrénie, symptômes maniaco-dépressifs) ou encore une santé physique altérée (malformations, carences, etc..).

En dernier lieu, le principe de réceptivité tente d'optimiser la capacité du délinquant à bénéficier positivement des enseignements de l'intervention réhabilitante en lui proposant une approche de type cognitivo-comportementale (TCC) et en adaptant l'intervention de manière individuelle selon son style d'apprentissage, sa motivation, ses capacités et difficultés. Il paraît nécessaire de mettre en place un traitement visant à accroître la motivation de l'individu et à lever les obstacles à la participation au traitement.

Les composantes des TCC efficaces auprès des délinquants incluent le style interactif, une

présentation dynamique en intervention, un apprentissage multi sensoriel, une instruction avec modelage direct ou symbolique, un modelage progressif, une acquisition graduelle des nouvelles habiletés, des rétroactions, un appui par l'intervenant de tout comportement ou attitude souhaitable adopté, le développement d'habiletés d'auto-évaluations, la répétition et la pratique de nouveaux comportements, les jeux de rôle ainsi qu'un encadrement adéquat (Cortoni & Pham, 2017b). Néanmoins, le modèle RBR ne se limite pas à : (a) une intervention à la suite de la lecture d'un manuel psychoéducatif ; (b) une approche basée uniquement sur l'évitement de facteurs de risque, car des changements positifs doivent se produire afin d'inverser la balance des coûts et des bénéfices vers un mode de vie pro-social ; (c) au cycle de la prévention de la récidive ; ou encore (d) une approche qui ne prête aucune attention à la relation thérapeutique auprès des personnes en traitement.

En ce qui concerne le support empirique, Hollin et Palmer (2006) soulignent que le traitement basé sur les principes RBR réduit la récidive parmi les délinquants adultes et adolescents, hommes et femmes, de minorités ethniques, violents ou sexuels. Néanmoins, ce modèle présente certaines faiblesses. En effet, il est silencieux sur la manière d'améliorer la motivation et la préparation au traitement, sur la manière de capitaliser les forces et les ressources existantes du délinquant. Ces facteurs ont longuement été discutés au sein de la littérature (Ward, Day, Howells, & Birgden, 2004). Il apparaît que le traitement doit répondre à ces aspects (Andrews & Dowden, 2007). A ces faiblesses vient s'ajouter la critique majeure selon laquelle le modèle ne mentionne rien sur l'alliance thérapeutique. Malgré ces faiblesses, ce modèle s'inscrit dans la philosophie des modèles de réhabilitation et fait l'objet de validité empirique établie. Dans la vague des modèles de réhabilitation, le modèle de bonne vie s'est développé peu après le modèle RBR.

3. *Le modèle de bonne vie (le Good Lives Model ; Ward & Stewart, 2003)*

A la fin des années 90 et au début des années 2000, le modèle RBR, dont les aspects thérapeutiques étaient quasi exclusivement

cognitivo-comportementaux, a commencé à essuyer des critiques et ce malgré le souci des auteurs de les pallier. Ainsi, un modèle alternatif a vu le jour, celui-ci intègre les principes du risque, des besoins et de la réceptivité à ceux, plus larges, de la psychologie humaniste (Ward & Birgden, 2007) : le Good Lives Model (GLM) ou « modèle de bonne vie » (Ward & Gannon, 2006; Ward & Stewart, 2003). Ce modèle se veut plus holistique et plus constructif dans la prise en charge des délinquants. Il s'agit de moins se focaliser sur les déficits individuels que sur les contextes personnels, interpersonnels et sociaux. Ces contextes sont nécessaires pour construire et maintenir une vie harmonieuse. En effet, les humains sont motivés à acquérir des « biens primaires » qui donnent une bonne vie. Le but du traitement est d'aider les délinquants à développer les moyens afin de « bien vivre » (Ward & Stewart, 2003). En effet, la réhabilitation serait davantage conditionnée par l'amélioration du bien-être que par les stratégies d'évitement de la récidive. Ce bien-être est, à son tour, conditionné par la recherche et l'assouvissement de besoins primaires tels que des dispositions d'esprit, des caractéristiques personnelles, des activités ou des expériences qui sont recherchées pour le bénéfice propre, susceptibles d'augmenter le bien-être psychologique (Ward & Stewart, 2003). Selon Ward, la meilleure façon de réduire la récidive est d'aider les délinquants à vivre une vie productive constituée des besoins primaires. Ces besoins primaires sont : une vie saine et une bonne santé physique, des connaissances suffisantes, un accomplissement dans les loisirs, dans le travail, une certaine autonomie, c'est-à-dire une certaine capacité à décider pour soi-même, un équilibre émotionnel, des relations sociales, affectives, familiales stables, un sentiment d'appartenance à un environnement social, à une communauté, une spiritualité via le fait de pouvoir donner ou trouver du sens à sa vie, du bonheur et un certain degré de créativité. Ces besoins sont adaptés aux valeurs et aux priorités de l'individu. Dans ce modèle, les besoins instrumentaux secondaires (un certain travail par exemple) sont également travaillés, ils constituent les moyens de répondre à ces besoins primaires et sont des buts à atteindre. Dans cette approche, il est recommandé au thérapeute d'adopter une approche humaniste

visant à développer l'autodétermination du patient ainsi que sa capacité à faire des choix personnels. Selon cette approche, l'être humain est fondamentalement bon et évoluera toujours positivement s'il suit son instinct, son expérience. La violence et la prédation sont les résultats de la désespérance et non un choix de comportement dicté par la rentabilité, la facilité ou le principe du plaisir. Les délinquants sont considérés comme des personnes tentant de vivre une « bonne vie » selon leurs propres capacités, l'agression sexuelle constitue un moyen de combler un besoin primaire. Le thérapeute doit respecter la qualité du changement chez le délinquant et l'aider à trouver de meilleurs moyens. Une intervention de type GLM poursuit deux objectifs fondamentaux qui sont le fait de promouvoir les bonnes ressources et de réduire le risque de récidive. Ainsi, le thérapeute aide l'individu à acquérir une nouvelle identité personnelle et une vie plus satisfaisante en tenant compte de ses préférences, ses priorités, ses habilités et ses facteurs de milieu. Il est nécessaire d'établir une attitude constructive et humaniste. Celle-ci s'établit dans un cadre clair pour la thérapie, dans un climat de collaboration entre le thérapeute et le délinquant. Cette approche favorise une alliance forte en amenant le délinquant à se focaliser sur une motivation au changement. Un encouragement à examiner le « vieux soi » et le « nouveau soi » est favorisé. Par contre, ce modèle, sous sa forme initiale, ne fait l'objet d'aucune validation empirique quant à l'efficacité thérapeutique du modèle. Selon Ogloff et Davis (2004), celui-ci améliore la réceptivité au traitement plutôt qu'il ne constitue un strict modèle de traitement. Il importe de souligner sa complexité. En effet, il est difficile d'identifier précisément les besoins primaires qui ont été recherchés via l'agression. Quels sont les besoins humains fondamentaux tels que les relations sociales, l'excellence dans le travail ou encore un certain degré d'autonomie ou les difficultés dans la vie du délinquant ? L'agression constitue-t-elle une façon directe ou indirecte pour la satisfaction de besoins primaires ? Avec cette approche, il paraît nécessaire d'être vigilant afin de ne pas retomber dans des thérapies non directives uniquement axées sur l'aide aux délinquants dans leur mieux-être. En effet, ces thérapies se sont précédemment avérées inefficaces. Ce programme

semble peu adapté aux patients difficiles à traiter comme ceux présentant un niveau élevé de psychopathie ou ceux présentant des intérêts sexuels déviants fortement minimisés voire niés. Enfin, ce modèle doit être contextualisé et des adaptations sont nécessaires pour les délinquants institutionnalisés.

Conclusion

L'objectif du présent article était de questionner l'efficacité de la prise en charge des ASA et d'identifier des cibles de traitement contribuant à une diminution du risque de récidive. L'évolution des modèles de traitement spécifiques aux ASA, depuis les modèles explicatifs du passage à l'acte jusqu'aux modèles de réhabilitation, suscite de nouveaux débats sur la manière de traiter efficacement les ASA. Marshall et Marshall (2017) ont souligné que, si à l'origine les programmes étaient basés sur des idées et non des faits vérifiés, les récents programmes identifient des facteurs dynamiques de risque de récidive et le travail clinique correspondant (Marshall & Marshall, 2012).

Ainsi, une évaluation de l'efficacité thérapeutique des programmes se fait via une évaluation du risque de récidive dynamique des ASA à différents moments de la prise en charge, en fin de prise en charge, voire même après la prise en charge. A ce jour, certains auteurs soulignent que la littérature n'établit pas, de manière définitive, l'efficacité thérapeutique des différentes approches de prise en charge des ASA (Rice & Harris, 2013). Selon ces auteurs, seul un essai randomisé peut fournir une réponse univoque à la question de l'efficacité. D'autres auteurs, comme Marshall, soulignent que ce type de recherche n'est pas réaliste dans la mesure où les environnements médico-légaux ne permettent pas de placer les délinquants sexuels dangereux dans des groupes « non traité ». Par ailleurs, certains programmes sont évalués démontrant une réduction de la récidive après traitement (Marshall, Marshall, & Burton, 2013). Néanmoins, une limite de ces programmes (Marshall & Marshall, 2017) ne permet pas d'affirmer, après une approche comparative, si

une approche spécifique (exemple : Good live) est plus efficace qu'une autre (exemple : prévention de la rechute). Par ailleurs, des méta-analyses à grande échelle (Lösel & Schmucker, 2005, 2014) impliquant plus de 20000 participants ont rapporté des résultats relatifs aux taux de récidive et à leur évolution, ceux-ci suggèrent un effet significatif du traitement sur la récidive des ASA afin d'orienter les professionnels dans le choix de leurs cibles thérapeutiques.

Bibliographie

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct.*, 5th ed. Cincinnati, OH, US: Anderson Publishing Co.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19–52. DOI : [10.1177/0093854890017001004](https://doi.org/10.1177/0093854890017001004)
- Andrews, D. a., & Dowden, C. (2007). The Risk–Need–Responsivity Model of Assessment and Human Service in Prevention and Corrections: Crime-Prevention Jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology & Criminal Justice*, 49(4), 439–464. DOI : [10.3138/cjccj.49.4.439](https://doi.org/10.3138/cjccj.49.4.439)
- Bickley, J., & Beech, A. R. (2001). Classifying Child Abusers: Its Relevance to Theory and Clinical Practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(1), 51–69. DOI : [10.1177/0306624X01451004](https://doi.org/10.1177/0306624X01451004)
- Cortoni, F. & Pham, H.T. (2017a). *Traité de l'agression sexuelle*. Mardaga.
- Cortoni, F. & Pham, H.T. (2017b). *Fondement théorique et empirique des méthodes de traitement pour délinquants sexuels : les modèles d'autorégulation et de la Bonne Vie*. 9ème congrès international francophone sur l'agression sexuelle. Cifas, Montréal (Canada).
- Dowden, C., & Andrews, D. a. (2004). The Importance of Staff Practice in Delivering Effective Correctional Treatment: A Meta-Analytic Review of Core Correctional Practice. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 48(2), 203–214. DOI : [10.1177/0306624X03257765](https://doi.org/10.1177/0306624X03257765)
- Goodall, J., & Lindsay, W. R. (2006). Applying the Good Lives Model and Self-regulation Model for Sex Offender Treatment for Sex Offenders with Id. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(3). Retrieved from

- <https://insights.ovid.com/applied-research-intellectual-disabilities/jarid/2006/09/000/applying-good-lives-model-self-regulation-sex/240/00060809>
- 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(9), 865-891. DOI : [10.1177/0093854809338545](https://doi.org/10.1177/0093854809338545)
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. DOI : [10.1016/j.brat.2005.06.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006)
- Hollin, C. R., & Palmer, E. J. (2006). Offending Behaviour Programmes: History and Development. In C. R. Hollin & E. J. Palmer (Eds.), *Offending Behaviour Programmes* (pp. 1–32). John Wiley & Sons, Ltd. DOI : [10.1002/9780470713341.ch1](https://doi.org/10.1002/9780470713341.ch1)
- Laws, D. R. (1989). *Relapse Prevention with Sex Offenders*. The Guilford Press.
- Laws, D. R., Hudson, S. M., & Ward, T. (2000). *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: A Sourcebook*. SAGE Publications, Inc; 1 edition.
- Lösel, F., et Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 1-29. DOI : [10.1007/s11292-004-6466-7](https://doi.org/10.1007/s11292-004-6466-7)
- Lösel, F., et Schmucker, M. (2014). Treatment of sex offenders. In G. Bruinsma & D. Weisburd (Eds.), *Encyclopedia of criminology and criminal justice* (pp. 5323-5332). New York: Springer.
- Marlatt, G. A. (1980). *Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviors*. University of Washington.
- Marshall, W. L. & Marshall, L. E. (2012). Treatment of sexual offenders: Effective elements and appropriate outcome evaluations. In E. Bowen & S. Brown (Eds.), *Perspectives on evaluating criminal justice and corrections* (pp. 71-94). London: Emerald Publishing.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., et Burton, D. L. (2013). Features of treatment delivery and group processes that maximize the effects of offender programs. In J. L. Wood & T. A. Gannon (Eds.), *Crime and crime reduction: The importance of group processes* (pp. 159-176). New York: Taylor Francis Group.
- Marshall, W.L. & Marshall, L.E. (2017). Le traitement des agresseurs sexuels adultes. In: F. Cortoni, T.H. Pham (Eds) *Mardaga, Publisher: Mardaga, Traité de l'agression sexuelle*.
- Ogloff, J. R. P., & Davis, M. R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk–needs–responsivity approach. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 229–242. DOI : [10.1080/10683160410001662735](https://doi.org/10.1080/10683160410001662735)
- Ost, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296–321. DOI : [10.1016/j.brat.2007.12.005](https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005)
- Pham, H.T. (Ed.) (2006). *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels. Collection psychodiagnostic*. Direction : J Grégoire. Liège : Mardaga.
- Pithers, W. D., Marques, J. K., Gibat, C. C., & Marlatt, G. A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and maintenance of change. *The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatment*, 214–239.
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (2013). Treatment for adult sex offenders: May we reject the null hypotheses? In K. Harrison & B. Riley (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of legal and ethical aspects of sex offender treatment and management* (pp. 219-235). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Ward, T., & Birgden, A. (2007). Human rights and correctional clinical practice. *Aggression & Violent Behavior*, 12(6), 628–643. DOI : [10.1016/j.avb.2007.05.001](https://doi.org/10.1016/j.avb.2007.05.001)
- Ward, T., & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 77–94. DOI : [10.1016/j.avb.2005.06.001](https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.06.001)
- Ward, T., & Hudson, S. M. (1996). Relapse prevention: A critical analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8(3), 177–200. DOI : [10.1007/BF02256634](https://doi.org/10.1007/BF02256634)
- Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 645-673. DOI : [10.1016/j.avb.2003.08.001](https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.08.001)
- Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 353–360. DOI : [10.1037/0735-7028.34.4.353](https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.353)
- Webster, S. D. (2005). Pathways to Sexual Offense Recidivism Following Treatment: An

Examination of the Ward and Hudson Self-Regulation Model of Relapse. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(10), 1175–1196. DOI : 10.1177/0886260505278532

Wheeler, J.G., Georges, W.H., & Marlatt, G.H. (2006). Relapse Prevention for Sexual Offenders: Considerations for the “Abstinence Violation Effect. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 18(3):233-48. DOI : 10.1007/s11194-006-9016-1.

Article reçu le
7 septembre 2017
et accepté le
22 février 2018
