

N° 7
Juin 2002LA PRISE EN CHARGE
DES DÉLINQUANTS SEXUELS AU QUÉBEC

Synthèse réalisée par **Rémy Siret**, enseignant-chercheur à l'ENAP et membre de l'ERC (Equipe de Recherche Clinique), à partir des journées d'étude tenues à l'ENAP les 12 et 13 mars 2002.

Conférenciers : Jacques Bigras, Psychologue Sénior, Gestionnaire régional des délinquants sexuels, Service correctionnel du Canada ; André Mac Kibben, Psychologue, sexologue, Institut Pinel ; Jean Proulx, Professeur en psychologie et criminologie, Centre International de Criminologie Comparée.

Discutants : Jean-Louis Daumas, Chef d'établissement, Centre de détention de Caen ; Philippe Génuit, Psychologue, membre de l'ARTAAS, Centre de détention de Rennes ; Xavier Lameyre, Magistrat, Maître de conférence, Ecole Nationale de la Magistrature ; Philippe Plichard, Médecin-chef, Service Médico-Psychologique Régional de Caen.

Dans le cadre des politiques pénitentiaires comparées, l'ENAP, à l'initiative du département des relations internationales, de la sous-direction de la formation continue, et du département de la recherche, a mis en place deux journées d'études s'adressant aux personnels pénitentiaires ainsi qu'à ceux des différentes administrations partenaires du réseau des écoles de service public. Visant à offrir une information et nourrir une réflexion concernant les modes de prise en charge des délinquants sexuels au Québec, trois conférenciers québécois ont été conviés ainsi que des discutants français susceptibles d'apporter un éclairage sur la situation française afin d'enrichir les débats. En soirée de la première journée, un échange concernant la prise en charge des enfants victimes de violences sexuelles a été organisé qui ne figure pas dans cette synthèse.

LA REPONSE SOCIALE ET PENALE

Vers une uniformisation nationale
des programmes de traitement, et
l'élaboration d'une démarche
scientifique

Conférenciers : A. Mc Kibben, J. Bigras ;
Discutant : X. Lameyre

Le premier programme de traitement a été mis en place en 1979 à l'institut Pinel*. La délinquance sexuelle, phénomène longtemps ignoré, est apparue de façon plus réaliste sous l'influence d'un certain nombre de facteurs tels que le développement des mouvements féministes, les enquêtes de victimologie, le développement de groupes de pression organisés, le développement des droits des victimes ainsi que par l'actualité d'affaires particulièrement médiatisées, avec la nécessité, pour la justice, de trouver des solutions pragmatiques. L'évolution de la réponse sociale à ce phénomène s'est concrétisée par des modifications du contexte pénal ainsi que par l'élaboration de modèles de prise en charge.

Avant les années 80, le modèle de réponse était strictement un modèle juridique rétributif qui mettait l'accent sur le

crime et une réponse proportionnelle à la gravité des faits commis. Dans les années 80, la prise de conscience que les délinquants sexuels étaient des délinquants particuliers ayant des caractéristiques cliniques, impliquant des modes de prise en charge différents, a porté l'accent sur la notion de traitement, bien que les expériences, les moyens et les outils soient encore restreints. Durant ces années, la notion de suivi individualisé, celle de confidentialité, la relation thérapeutique duelle, ont été remis en cause au profit d'approches pluridisciplinaires et en groupe. Au niveau pénal, la notion de « viol » a disparu pour faire place à la notion « d'agression sexuelle » avec trois échelles de gravité. Le début des années 90 a vu le développement de nombreux programmes de traitement et l'apparition des notions de « besoin » et de « risque » consacrant d'une part la notion de traitement et d'autre part la fonction de protection communautaire. Cette période a également retenu le modèle de l'approche cognitivo-comportementale, les théories de l'apprentissage social. Dans le courant des années 90, a été affirmée la base multimodale de travail avec les délinquants sexuels (les distorsions cognitives*, les habiletés sociales*, les variables historiques, les composan-

tes affectives). Cette période a consacré l'uniformisation nationale des programmes de traitement par la création de normes nationales et une démarche d'accréditement par un panel d'experts internationaux. Dans le même mouvement, des échelles actuarielles ont été définies afin d'évaluer les risques de récidive par utilisation des données de la recherche. Dans les années 2000 l'accent a été mis sur les questions d'efficacité, sur l'évaluation scientifique des programmes de traitement et plus particulièrement sur les facteurs dynamiques c'est-à-dire susceptibles d'être modifiés (contrôle de soi, résolution de problème, empathie envers la victime).

Les représentations des acteurs judiciaires

Conférencier : J. Proulx ; Discutant : X. Lameyre

Une recherche a été réalisée, en 1997, visant à identifier les représentations des acteurs judiciaires sur l'efficacité du système judiciaire et de ses alternatives. Une première étude quantitative a été réalisée sous forme d'un questionnaire auprès de 850 personnels des différents corps (policiers, avocats de la défense, avocats de la Couronne, agents correctionnels et agents de probation) comportant 37 questions à choix multiples sur la perception de la criminalité, du droit, des causes des délits, de l'efficacité du système judiciaire, des alternatives à l'incarcération et de l'efficacité de ces alternatives. Une seconde étude qualitative a été réalisée sous forme d'entretiens semi-directifs auprès de 36 professionnels de tous corps. Il ressort de cette recherche que parmi les différentes causes du délit (intérêt personnel, influence du milieu, maladie, problèmes personnels, problèmes

sociaux), les acteurs du système judiciaire considèrent, de façon assez homogène, que la principale cause des agressions sexuelles est l'existence de problèmes personnels pour les agresseurs sexuels de femmes et l'existence d'une maladie pour les agresseurs sexuels d'enfants. Constat qui semble révéler que les représentations des acteurs reposent moins sur la connaissance de la littérature scientifique que sur des représentations subjectives. Un seul groupe déroge à cette orientation générale, les personnels de probation pour lesquels les problèmes individuels paraissent expliquer l'agression sexuelle des femmes comme des enfants. Les auteurs expliquent cette différence par une formation plus importante de ces personnels aux sciences humaines et par leurs fonctions qui les amènent à devoir favoriser la réinsertion des personnes.

LA PRISE EN CHARGE PENITENTIAIRE

Vers une politique spécialisée d'évaluation et d'orientation

Conférencier: J. Bigras ; Discutant : J-L Daumas

Le service correctionnel du Canada prend en charge 24.000 délinquants dont 14.000 sont incarcérés (au 12 janvier 2000). Il emploie 15000 fonctionnaires gérant 52 pénitenciers (répartis en 3 régimes : maximum, médium, et minimum) et 71 bureaux de surveillance (services de suivi en milieu ouvert). Il gère les sentences de 2 ans ou plus. A cette date, on comptait 4295 délinquants sexuels sous juridiction fédérale, soit 19% de la population pénale. Parmi eux, 2857 (66,5%) étaient incarcérés et 1438 (33,5%) sous libération d'office. 67% des délinquants sexuels incarcérés l'étaient dans des établissements médium, 19% dans des établissements maximum et 14% dans des établissements minimum. Leur moyenne d'âge est de 43 ans, dans une échelle d'âge de 18 à 97 ans. L'orientation dans un des établissements se fait à l'issue d'une phase d'évaluation spécialisée et multidisciplinaire qui a lieu dès que le délinquant est admis dans un pénitencier. La procédure d'évaluation, qui dure au moins 40 jours, avec la rencontre de différents intervenants (psychologue, agent de libération conditionnelle, infirmière, médecin et psychiatre si nécessaire) comprend différentes étapes : -une étude des rapports de police et des tribunaux, -des entrevues cliniques avec les différents intervenants, -des passations de tests psychométriques, d'échelles actuarielles et de mesures phallométriques*, -une observation du délinquant au sein de son pavillon, et la production d'enquêtes communautai-

L'évaluation spécialisée porte sur les antécédents criminels et le développement psychosexuel, sur l'étude des préférences sexuelles, sur la nature des distorsions cognitives, sur les attitudes et compétences sociales de la personne, les antécédents médicaux, les résultats des évaluations et traitements antérieurs, l'élaboration des facteurs de risque statique et dynamique, l'évaluation de l'intensité des besoins et du risque de récidive ainsi que des facteurs de réceptivité au traitement.

Concernant les facteurs de risque, les éléments majorants sont les suivants : une orientation sexuelle axée sur les enfants, la présence de victimes de sexe masculin, une victime inconnue de l'agresseur, des antécédents d'infraction sexuelle, une pénétration de la victime, une précocité de la délinquance sexuelle, un grand nombre de victimes, la présence de distorsions cognitives, la présence de pensées et de fantasmes déviantes*, des échecs antérieurs de traitements, des activités criminelles variées et nombreuses et une absence de relations sociales stables et significatives. Les recherches permettent ainsi de classer par risque croissant : les incestueux, les violeurs, les pédophiles, les délinquants aux victimes variées et les exhibitionnistes.

L'évaluation est intégrée au système informatique du service correctionnel et soumis à la loi sur la protection des renseignements individuels. Une copie est remise au délinquant et à la commission nationale des libérations conditionnelles. Chaque centre de traitement peut procéder à des évaluations plus spécifiques. Chaque traitement doit contenir une évaluation post-traitement qui doit comporter les éléments suivants : les objectifs

du traitement corrélativement au risque que représente le sujet, les progrès réalisés, les plans futurs dans l'intervention, les recommandations en ce qui a trait au risque, et une nouvelle évaluation des facteurs dynamiques liés au risque.

Des aménagements de peine liés au type de traitement

Conférencier: J. Bigras ; Discutant : J-L Daumas

Les sentences fédérales sont en grande partie tributaires des traitements. Les programmes sont structurés et administrés en groupe (des sessions individuelles n'intervenant que pour des ajustements) et animés par deux intervenants dont l'un est psychologue. Les programmes de traitement des délinquants donnent lieu à une accréditation par un jury d'experts internationaux et doivent répondre à des normes concernant tant les caractéristiques des programmes que les qualifications des intervenants. La participation à un traitement est volontaire, fondée sur un consentement éclairé d'une personne reconnaissant ses actes. Les traitements reposent sur une orientation cognitivo-comportementale pour laquelle la façon de réagir à un événement dépend des pensées et opinions qui permettent de l'interpréter, la modification du comportement et des attitudes étant possible par un apprentissage d'un autre mode d'interprétation. Les techniques utilisées sont les exercices d'apprentissage social par observation et imitateur (avec l'utilisation d'appareil vidéo), le jeu de rôle, des devoirs et exercice pour une meilleure intégration de apprentissages. L'efficacité des traite-

intensité de traitement proportionnel au risque que représente le délinquant, - il doit répondre aux besoins criminogènes de celui-ci, - il doit être adapté aux capacités de réceptivité (capacités mentales de la personne), - il doit être ajusté par l'intervenant responsable aux forces et faiblesses de la personne.

Les traitements sont divisés en trois catégories. Les traitements d'intensité élevée qui durent entre 6 et 8 mois à raison d'environ 15 heures par semaine (360 heures) et 1 heure de thérapie individuelle. Ils s'adressent aux détenus qui présentent des besoins et des risques élevés ou des besoins élevés et des risques modérés. Ils sont proposés au sein d'unités spécialisées de psychiatrie ou au sein des pénitenciers. Le programme commence par l'exposé dans le détail du délit (et de ceux qui ont précédé le cas échéant). Il se poursuit par la mise à jour du comportement sexuel déviant (chaîne de comportement, motivations) et des distorsions cognitives dans la confrontation des mythes, des préjugés et de la réalité. Quatre programmes seront ensuite proposés. Dans le programme d'acquisition d'habiletés sociales, les participants sont appelés à développer des capacités relationnelles et de résolution de conflits. Le programme de gestion de la colère et des émotions vise à identifier les éléments qui suscitent chez eux de telles réactions et de trouver des moyens de la diminuer. Les programmes pour augmenter l'empathie à l'égard des victimes visent à faire recon-

naître les répercussions et incidences de leurs délits sur les victimes. Le programme de prévention de la rechute vise à faire identifier leurs cycles d'offense (situations, sentiments, comportements qui précèdent les délits) et à les gérer à partir de situations à risque. Les programmes de lutte contre les fantasmes déviantes visent à les détourner de leurs choix par des stimuli aversifs. Les traitements d'intensité modérée s'adressent aux délinquants présentant un risque modéré et un besoin modéré ou élevé, et sont proposés dans les établissements médium. Ils durent entre 4 et 5 mois à raison de 10 heures par semaine (200 heures). Les programmes sont les mêmes que précédemment mais optionnels, sauf le module prévention de la rechute et celui de l'examen du cycle délictuel qui sont obligatoires, ceci en fonction des besoins des délinquants. Les traitements d'intensité faible sont dans les établissements provinciaux aux personnes présentant un faible risque de récurrence et dont les besoins sont faibles ou moyens (par exemple : délinquants incestueux ou délinquants sans antécédent et de plus de 40 ans). Le traitement dure de 2 à 4 mois à raison de 5 heures par semaine (80 heures). Les programmes proposés concernent la prévention de la rechute, les distorsions cognitives et l'empathie envers les victimes.

Des programmes de maintien des acquis peuvent être proposés aux délinquants qui ont terminé un traitement.

Les sentences pour les personnes

Pour en savoir plus :

- Archer Evry (sous la direction), *Aggressions sexuelles : victimes et auteurs*, Paris, l'Harmattan, 1998.

- Aubut Jocelyn, et collaborateurs, *les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement*, Montréal, Ed. de la Chenelière, 1993.

- Lameyre Xavier, *La criminalité sexuelle*, Paris, Flammarion, dominos, 2000.

- Service correctionnel du Canada : www.csc.scc.gc.ca

- Centre international de criminologie comparée : www.cicc.umontreal.ca

- Institut Pinel : www.pinel.qc.ca

se trouvant dans les pénitenciers vont de 2 ans à perpétuité. 85% des délinquants sexuels ont une sentence inférieure à 5 ans. Les aménagements de peines possibles sont : la semi-liberté (6 mois avant le tiers de la peine), la libération totale (au tiers), la libération d'office (au deux tiers). Dans les faits, les délinquants sexuels ne bénéficient pas de la semi-liberté. La libération totale dépend du déroulement des traitements et de l'évaluation des risques de rechute. La libération d'office est dans 90% des cas automatique, mais si les services correctionnels démontrent la présence d'un risque de rechute, le délinquant peut être maintenu jusqu'à expiration du mandat, faire l'objet d'une assignation à résidence ou d'une surveillance intensive. Les délinquants « à contrôler » peuvent faire l'objet d'un suivi jusqu'à 10 ans après l'expiration du mandat.

LES PRISES EN CHARGE MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

Des types de prise en charge qui intègrent des processus d'évaluation

Conférencier : J. Proulx ; Discutant : P. Plichard, M. Genuit

Les programmes de traitement proposés par l'institut Pinel, les services correctionnels et le centre hospitalier Robert-Giffard, présentent une très grande variété mais avec un objectif général d'apprentissage du cycle de l'agression ainsi que de mise en œuvre de stratégies pour le rompre. Ils s'articulent autour d'objectifs thérapeutiques spécifiques au délit, les excès et déficits directement associés au passage à l'acte (l'empathie envers les victimes, le déni et la minimisation, les distorsions cognitives, les fantasmes sexuelles et la connaissance du cycle de l'agression), et d'objectifs thérapeutiques indirects relatifs à des déficits favorisant l'émergence de situations propices au passage à l'acte (la gestion de la colère, la gestion du stress, la consommation de drogue et d'alcool, les habiletés sociales, l'éducation sexuelle et les habiletés de résolution de problèmes). Les traitements reposent sur un travail en groupe et des exercices que la personne doit effec-

tuer seule pour renforcer les apprentissages. A l'institut Pinel s'ajoute la milieu-thérapie visant à favoriser la généralisation des apprentissages dans le cadre de vie quotidienne de l'établissement, et des interventions spécifiques individualisées lorsqu'une intervention sur les troubles de la personnalité s'avère nécessaire.

Afin d'évaluer les traitements un instrument à été mis au point : l'AGEF (Autogestion des Emotions et des Fantasmes). Ce questionnaire que les patients doivent remplir quotidiennement sur ordinateur vise à évaluer comment ceux-ci mettent en place des stratégies d'évitement pour gérer les situations à risque (conflits interpersonnels, émotions négatives, fantasmes sexuelles déviantes). Il ressort que les troubles de la personnalité déterminent les types d'apprentissages et leur efficacité : les patients présentant des troubles de la personnalité du bloc anxieux (évitant, dépendant) considèrent les stratégies d'évitement (de diversion) comme les plus efficaces afin de gérer les sentiments négatifs, alors que les patients présentant des troubles de la personnalité du bloc dramatique (narcissique, antisocial) estiment que c'est l'apprentissage de stratégies

d'approche qui le sont.

Concernant l'impact des traitements sur la récurrence, si de nombreux débats ont eu lieu lors des années 90, l'ensemble des auteurs semble maintenant s'accorder sur un certain nombre de résultats : - les agresseurs sexuels ayant mené à leur terme un programme ont un taux de récurrence inférieur à ceux qui n'ont pas été « traités » (7,2% contre 17,6%), - les agresseurs sexuels d'enfant ayant terminé un programme ont un taux de récurrence inférieur à ceux qui l'ont interrompu (5,7% contre 26,9%), - les agresseurs sexuels de femmes qui ont suivi un traitement de 2 ans ont un taux de récurrence inférieur à ceux qui ont suivi un traitement d'une année, ainsi que ceux qui ont interrompu un traitement (respectivement : 26,9%, 50,2%, 54,2%).

L'évaluation du risque de récurrence doit prendre en compte des prédicteurs statiques, non modifiables comme les antécédents judiciaires, les caractéristiques socio-démographiques, etc. Ainsi, les agresseurs sexuels d'enfants se caractérisent par rapport aux non-récidivistes par une préférence sexuelle déviante, un plus grand nombre d'antécédents de délits

sexuels, un nombre plus élevé de victimes masculines ainsi que de victimes extra-familiales. Ils sont plus jeunes et vivent souvent seuls au moment du délit. Par contre les agresseurs sexuels de femmes multirécidivistes ne se distinguent par aucun critère des non-récidivistes. Cette évaluation doit également prendre en compte les prédateurs dynamiques, qui peuvent être modifiés, comme les préférences sexuelles, les troubles de la personnalité et les distorsions cognitives. Ainsi, les agresseurs sexuels d'enfants ont un noyau constitué de troubles de la personnalité du bloc anxieux caractérisés par des affects de dépression, de solitude, d'anxiété et de faible estime de soi, de distorsions cognitives, de préférences sexuelles et de fantasmes sexuelles propédothiques ainsi que par une carrière criminelle spécialisée dans les délits sexuels contre les enfants. Les agresseurs sexuels de femmes ont, quant à eux, un noyau constitué de troubles de la personnalité du bloc anxieux caractérisés par des affects de colère, un style de vie impulsif, et une carrière criminelle non spécialisée (multiplicité des types de délits). Cette différence semble expliquer pourquoi les traitements apparaissent efficaces pour les agresseurs sexuels d'enfants car ils portent sur les éléments dynamiques qui les caractérisent, alors qu'ils s'avèrent inefficaces pour les agresseurs sexuels de femmes qui se caractérisent pas des éléments statiques.

L'expérience de l'institut Pinel, précurseur en matière de prise en charge des délinquants sexuels

Conférencier : A. Mc Kibben ; Discutant : P. Plichard, M. Genuit

Le premier programme de traitement des délinquants sexuels a été mis en place en 1979 à l'institut Pinel, en réponse à une préoccupation sociale grandissante au regard des victimes et des agresseurs, d'une population pénitentiaire en croissance et posant le problème de leur prise en charge. L'institut Pinel s'est présenté dès le début comme un lieu de rassemblement de production et de diffusion des connaissances. La prise en charge des délinquants sexuels a permis d'établir le constat d'une hétérogénéité des publics, de fortes résistances de ceux-ci aux traitements, de modes relationnels perturbés et la nécessité de cibler les interventions. Par ailleurs, l'inadaptation des modèles théoriques disponibles, que ce soit le modèle comporte-

mentaliste reposant sur un facteur causal unique, évacuant les motivations, ou le modèle psychanalytique posant des problèmes quant aux objectifs poursuivis et la mesure des résultats, a conforté la nécessité d'étudier plus avant cette question. Cela a conduit à l'élaboration empirique d'un modèle s'arrimant à plusieurs ancrages théoriques et à sa validation afin d'opérationnaliser et de mesurer les objectifs du traitement, les méthodes d'intervention et les résultats. Les traitements reposent sur la prise en compte de trois axes d'intervention : - les déficits variés mais contributifs au délit, - les déficits non spécifiques, - la sexualisation des conflits.

Les déficits variés et spécifiques sont l'ensemble des facteurs qui peuvent contribuer à la commission du délit (les habiletés sociales, la gestion des émotions, les distorsions cognitives, les préférences sexuelles déviantes, la négation ou la minimisation) qui peuvent donner lieu à des apprentissages théoriques de connaissances, de stratégies et de techniques.

Les facteurs non spécifiques sont ceux qui se trouvent mis en jeu dans la « thérapie de milieu », c'est à dire au cours de la vie quotidienne, dans ses différentes activités (les achats, les responsabilités assumées, le travail, le sport, la scolarité, les loisirs, les sorties, etc.) qui font l'objet d'une observation, d'expérimentation de relations, de réactions, et le lieu de la généralisation des apprentissages.

La sexualisation des conflits désigne l'identification de la séquence délictueuse (événements-pensées-fantasmes-passages à l'acte), sa connaissance par le patient et la mise en place de stratégies pour la briser. Ceci s'effectue principalement par la validation d'associations entre l'état psycho-affectif (présence de conflits psycho-affectifs, présence d'une humeur négative) et les comportements déviantes (fantasmes sexuelles déviantes envahissantes, comportement masturbatoire déviant) au travers d'un journal informatisé que la personne remplit quotidiennement. Analyse qui aboutit à l'établissement de liens significatifs entre états psycho-affectifs et comportements déviantes, selon les catégories de délits, et selon les individus.

La connaissance de ces cycles d'agression et notamment des facteurs psycho-affectifs doit aboutir pour le patient à la mise en place de stratégies de préventions aux travers d'appren-

tissages et de généralisations dans le milieu et qui seront évaluées par les intervenants.

En conclusion

Les interventions des discutants ainsi que les questions et réponses des participants ont souligné les différences suivantes :

Si la prise en charge au Québec s'est très tôt articulée autour du traitement, la réponse française a mis l'accent sur l'aspect répressif même si la loi du 17 Juin 1998 a institué une articulation entre la sanction et le soin.

L'articulation entre autorités judiciaires et autorité médicale est très étroite en France tant dans le prononcé de la sanction que dans les aménagements de peine (au travers des expertises notamment). Cette articulation n'existe pas comme telle au Québec au sens où les traitements sont les pivots des affectations en établissements pénitentiaires, des aménagements de peine (qui relèvent de la commission nationale des libérations conditionnelles, instance non juridictionnelle), et sont assurés par des acteurs divers (psychologues, criminologues, sexologues), les psychiatres n'intervenant que de manière très spécifique en fonction des besoins.

D'un point de vue culturel et éthique, les pratiques d'accréditation des programmes, le pragmatisme de la démarche, le recours aux recherches scientifiques, aux instruments de mesure (statistiques, tests, échelles, outils) et au modèle cognitivo-comportemental, contrastent avec la situation française, tant en ce qui concerne la pluralité des initiatives locales, des approches théoriques (comportementale, systémique, clinique, etc.) que des modalités de prise en charge (traitement hormonal, thérapie familiale, travail en groupe, individuel, etc.).

GLOSSAIRE

Institut Philippe Pinel : Centre de psychiatrie légale de Montréal précurseur en matière de prise en charge des délinquants sexuels.

Fantasmie sexuelle : images mentales organisées selon un scénario, excitantes pour l'individu.

Habiletés sociales : compétences en matière de décodage de l'information, de prise de décision et de réalisation concrète d'un comportement.

Mesure phallométrique : mesure de la réactivité du pénis à l'écoute de situations sexuelles différentes.

Distorsions cognitives : interprétation erronée d'une réalité.

SYN.A.P.S.E

Directeur de la publication : Patrick Mounaud - Rédacteur en chef : François Courtine - Rédaction : Rémy Siret

Conception : Yves Sauthieux - Maquette : Patricia Chauché - Impression : ENAP-Patrick Lebasnier - ISSN : 1631-7300 - Dépôt légal : à parution

Contact : Patricia.Chauche@justice.fr - Tél. : 05 53 98 90 95

École Nationale d'Administration Pénitentiaire - 440, avenue Michel Serres - B.P. 28 - 47916 AGEN Cedex 9