

La prévention de la récidive : principale modalité de traitement des agresseurs sexuels



Par
Michel Raymond, M. Ps

L'AGRESSION sexuelle constitue un des délits les plus réprouvés par la population. De façon à s'assurer une plus grande protection contre les auteurs de tels méfaits, plusieurs personnes souhaitent l'imposition de mesures punitives ou restrictives plus sévères comme des sentences plus lourdes, la castration chirurgicale ou chimique obligatoire, l'accès par le public à des registres d'agresseurs sexuels, la surveillance électronique, etc. Malheureusement, la seule imposition de ces mesures ne peut assurer une protection totale et n'engendrerait par conséquent qu'une illusion de sécurité.

Le contrôle extérieur n'est pas suffisant à lui seul pour diminuer significativement les risques de récidive sexuelle. Pour augmenter les chances de succès, il est nécessaire d'amener l'agresseur sexuel à s'impliquer activement dans la gestion de sa problématique en l'incitant à entreprendre un traitement qui l'aidera à se responsabiliser et à développer un meilleur contrôle de ses agissements. La judiciarisation des agressions sexuelles et l'imposition d'un cadre légal assorti d'une ordonnance de traitement constituent des incitatifs efficaces pour amener les agresseurs sexuels à commencer et à poursuivre un traitement qu'ils n'entreprennent habituellement pas d'eux-mêmes ou qu'ils sont portés à abandonner dès les premières contrariétés.

L'agresseur sexuel est un individu qui vit la plupart du temps des difficultés au plan personnel et/ou relationnel et qui n'arrive pas à bien gérer les affects qui découlent de ces difficultés. Il cherchera souvent à trouver un certain réconfort en se réfugiant dans un monde fantasmatique où il pourra se sentir accepté, valorisé, admiré, en position de pouvoir ou de contrôle ou encore exprimant sa colère. La masturbation est souvent associée à cette activité fantasmatique. Son effet renforçant et son caractère répétitif mènent alors au développement de préférences sexuelles déviantes (pédophilie, exhibitionnisme, sexualité sous contrainte ou avec violence). L'agresseur sexuel cherchera souvent des moyens d'actualiser ces fantasmes et élaborera des plans pour se retrouver dans une situation propice au passage à l'acte. Ce processus est accompagné de croyances ou dis-

torsions cognitives qui font croire à l'agresseur sexuel que le geste qu'il s'apprête à faire est souhaité par la victime et/ou ne sera pas dommageable pour celle-ci. Le passage à l'acte avec son effet apaisant constitue dans l'esprit de l'agresseur sexuel l'aboutissement de cette séquence. Il faut préciser cependant que le soulagement obtenu n'est qu'éphémère et que les problèmes à l'origine de toute cette séquence demeurent présents, rendant ainsi l'individu à risque de nouveaux passages à l'acte.

Une problématique sur plusieurs plans

L'agression sexuelle n'est pas une problématique strictement sexuelle; un traitement ne touchant que cette dimension ne sera donc pas suffisant. Ainsi, la castration chimique ou même chirurgicale, ou encore les techniques de modification des préférences sexuelles (techniques aversives et reconditionnement orgasmique) n'ont qu'un effet limité lorsque ce sont les seules modalités mises en œuvre. L'approche utilisée doit être plus globale.

Certains parallèles ont été établis entre la problématique d'agression sexuelle et les problématiques d'alcoolisme et de toxicomanie. Pithers s'est d'ailleurs inspiré du modèle de prévention de la rechute utilisé par Marlatt dans le traitement des alcooliques et toxicomanes pour adapter ce modèle au traitement des agresseurs sexuels à la fin des années 1980. La principale philosophie de ce modèle n'est pas de garantir la guérison et l'absence absolue de tout risque de récidive, mais plutôt d'inculquer au patient la notion de risque et la nécessité de gérer ce risque au long cours¹.

Contrairement à ce que prétendait Pithers au départ, bien peu d'agresseurs sexuels se présentent en traitement en étant abstinents et en ayant le désir de le demeurer. Un bon nombre continue à entretenir une activité masturbatoire associée à une fantasmatique sexuelle déviant. Certains continuent à s'exposer à des situations susceptibles d'augmenter le risque de récidive (fréquentation d'enfants, consommation d'alcool ou de drogue, pornographie). D'autres peuvent même envisager commettre d'autres agressions sexuelles.

Comme le principal symptôme est davantage associé au plaisir qu'au déplaisir (comme dans les troubles anxieux ou les troubles dépressifs, par exemple), plusieurs agresseurs sexuels présentent une faible motivation au changement au départ. La plupart sont envoyés

en traitement à la suite d'une ordonnance de la cour ou des pressions de personnes de leur entourage et ne croient pas nécessairement avoir un problème. Certains nient les accusations pour lesquelles ils ont été trouvés coupables, d'autres minimisent grandement les faits qui leur ont été reprochés ou remettent la responsabilité des gestes sur des facteurs extérieurs à eux-mêmes (alcool, drogue, victime). Certains se complaisent dans leur problématique et peuvent prétendre, par exemple, que c'est une bonne chose d'initier les enfants à la sexualité. D'autres reconnaissent le caractère inacceptable de leur geste, mais le présentent comme une erreur de parcours survenue complètement par hasard et se disent persuadés de ne plus jamais récidiver puisqu'ils ont eu leur leçon.

Sensibiliser l'agresseur

Le premier défi du thérapeute confronté à cette clientèle sera d'ébranler les convictions erronées et amener l'agresseur sexuel à reconnaître que ses agissements constituent un problème pour lui. Il est peu utile au départ de tenter de le sensibiliser au caractère illégal et immoral de ses gestes ou de tenter de le sensibiliser aux conséquences des abus sexuels pour sa victime ou pour les victimes en général. Comme l'agresseur sexuel est dans la majorité des cas un individu centré sur lui-même, il est beaucoup plus profitable de le sensibiliser d'abord aux conséquences de ses gestes sur lui-même (judiciarisation, incarcération, perte d'emploi, pertes d'argent, pertes relationnelles, etc.). Il sera utile de lui demander de noter par écrit toutes ces conséquences et d'ajouter également celles qu'ont vécues les personnes de son entourage ainsi que celles qu'il serait susceptible de vivre s'il récidivait. Cet exercice constitue habituellement un bon moyen d'augmenter la motivation en début de traitement. La liste écrite (et/ou le souvenir des conséquences négatives) pourra être ressortie par le client dans des moments critiques, notamment s'il se retrouve dans une situation à risque de récidive ou encore lorsque les fantasmes sexuelles déviantes surviennent.

Une autre façon d'augmenter la motivation est d'amener le client à reconnaître la présence d'autres problèmes dans sa vie (problèmes d'estime personnelle, difficulté à établir ou à maintenir des relations, difficultés d'affirmation de soi, difficultés à bien gérer ses affects ou sa colère, difficultés de couple, dysfonctions ou malaises sexuels, etc.). On explique alors en quoi la problématique sexuelle constitue une façon mal adaptée de gérer ces problèmes. On présentera au client comment la thérapie peut l'aider à travailler ces difficultés et à diminuer la souffrance subjective qui y est associée, diminuant ainsi la probabilité de recourir aux fantasmes sexuelles déviantes et aux agissements sexuels déviantes comme moyen de régulation.

L'exercice central de la prévention de la récidive consiste à amener le client à parler des éléments significatifs de sa vie et à faire ressortir la séquence des événements et réponses cognitives, affectives et comportementales qui ont précédé les agissements sexuels déviantes.

Le thérapeute fera alors ressortir les éléments causaux et les principaux signes de danger vis-à-vis desquels le client devra se montrer vigilant à l'avenir. Il travaillera également avec le client à la modification de ces éléments.

Éviter la récidive

Lorsque le suivi thérapeutique a lieu en clinique externe, il importe que le thérapeute garde en tête le fait que son client est susceptible de se retrouver quotidiennement dans des situations à risque de récidive. Il doit donc rapidement sensibiliser le client à cette notion et l'amener à répertorier les situations à risque pour lui. Il doit aussi l'inciter à révéler, lors des séances de thérapie, les moments où il a pu se retrouver dans ces situations au cours de la semaine. Plusieurs clients seront réticents à rapporter au thérapeute le fait de s'être retrouvés dans de telles situations, soit parce qu'ils se complaisent dans celles-ci soit parce qu'ils ont peur d'être blâmés ou punis. Il importe que le thérapeute mette bien en lumière son rôle d'aidant afin d'éviter d'être perçu comme un enquêteur ou un délateur. La qualité de l'alliance établie avec le client sera déterminante sur ce plan. Le thérapeute enseignera au client que le meilleur moyen d'éviter la récidive est d'adopter systématiquement des stratégies pour éviter de se retrouver dans ces situations à risque et pour fuir celles-ci rapidement lorsqu'il s'y retrouve de manière tout à fait imprévue. Il peut parfois s'avérer nécessaire de travailler avec le client pour qu'il dévoile sa problématique aux personnes de son entourage susceptibles de le mettre en contact avec des enfants, afin de s'assurer que des précautions soient prises en vue de superviser les contacts. L'illusion de contrôle du patient constitue la principale difficulté à laquelle se heurte le thérapeute dans son travail de gestion des situations à risque. Par exemple, le client pourra évoquer le fait qu'il a eu sa leçon, qu'il ne veut pas récidiver, qu'il n'a plus de fantasmes déviantes, qu'il s'est souvent retrouvé auparavant en de telles situations sans pour autant vivre de problèmes. Le thérapeute pourra alors faire des parallèles avec l'alcoolisme ou demander le témoignage d'autres participants (si la thérapie se déroule en groupe) qui ont récidivé alors qu'ils se trouvaient dans une position similaire.

La survenue des fantasmes sexuelles déviantes, l'augmentation de leur fréquence ou de leur intensité, les intentions de passage à l'acte, la planification et les comportements d'approche constituent des signaux de danger à surveiller de près et sur lesquels il importe d'intervenir. Au plan des fantasmes sexuels déviantes, on tente d'identifier avec l'individu les déclencheurs possibles de façon à les éliminer. On explique aussi le rôle renforçant de la masturbation sur les fantasmes déviantes. On incite le client à éviter de se masturber avec de telles fantasmes ou encore à cesser sa masturbation lorsque ces fantasmes surgissent. On l'invite à entreprendre une activité distrayante pour se changer les idées ou encore à repenser aux conséquences difficiles qu'il a vécues ou à celles qu'il vivrait s'il récidivait.

Les techniques aversives et les techniques de modification des préférences sexuelles, ou encore la castration chimique, peuvent être introduites à ce stade-ci.

Les distorsions qui soutiennent le passage à l'acte (comme : avoir des contacts sexuels avec les enfants n'est pas dommageable et constitue une bonne façon de leur enseigner la sexualité; les femmes qui s'habillent de manière sexy désirent être violées) doivent systématiquement être soulignées et confrontées.

Reconnaître l'impact des abus

La reconnaissance de l'impact des abus sexuels sur les victimes doit être augmentée. Pour ce faire, on peut explorer avec le patient les réactions qu'a vécues la victime au moment des abus et subséquemment. On peut explorer les raisons qui ont amené la victime à dévoiler l'agression et relire les éléments des déclarations qu'elle a faites aux policiers ou aux autres intervenants. On peut faire état des résultats de recherches portant sur les conséquences à court et à long terme des abus sexuels sur les victimes et inviter une victime prête à venir témoigner. Si le client a été victime d'abus sexuel dans le passé, on peut le questionner sur les conséquences de ces abus sur lui et tenter de l'amener à voir les parallèles entre ce qu'il a vécu et ce que sa victime a pu vivre. En groupe, le témoignage de clients qui ont été victimisés s'avère souvent utile.

Le traitement des agresseurs sexuels au plan de la prévention de la récidive doit porter sur toutes les dimensions spécifiques énumérées ci-dessus. Une fois celles-ci travaillées, il importe d'explorer les besoins que l'agresseur sexuel cherche à combler à travers ses agressions sexuelles ou ce qu'il recherche à travers ses fantasmes déviantes et ses pratiques masturbatoires. Cela peut être un besoin de se sentir accepté et valorisé qu'il n'arrive pas à combler dans ses contacts

avec les adultes de son entourage. Cela peut être un besoin d'exercer un contrôle qu'il n'arrive pas à exercer ailleurs dans sa vie. La thérapie doit nécessairement aborder ces besoins pour aider l'individu à mieux les gérer ou à les satisfaire de façon plus socialement acceptable. Lorsque les clients gèrent mieux leurs besoins, qu'ils parviennent à atteindre une vie professionnelle et relationnelle plus satisfaisante, nous observons souvent une diminution du recours aux pratiques masturbatoires associées à des fantasmes sexuelles déviantes ainsi qu'une diminution des comportements à risque de récidive.

En général, la recherche démontre que les agresseurs sexuels qui complètent un traitement récidivent moins que ceux qui ne sont pas traités (13 % de récidive par rapport à 18 %)². Au plan des approches thérapeutiques, les thérapies comportementales et plus spécifiquement celles qui comportent un volet portant sur la prévention de la récidive sont plus efficaces que les thérapies purement comportementales ou que les approches plus anciennes non spécifiques à la délinquance sexuelle (7,2 % de récidive avec la prévention de la récidive vs 13,9 % avec traitements purement comportementaux³).

La prévention de la récidive ne constitue pas une panacée mais représente une approche efficace pour améliorer la qualité de vie des agresseurs sexuels et diminuer significativement le nombre de victimes qu'ils peuvent faire.

Michel Raymond est psychologue à l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

Références

1. Laws, R. (2000). *Remaking Relapse Prevention With Sex Offenders*. Sage.
2. Alexander, M. (1999). « Sexual offender treatment efficacy revisited ». *Sexual Abuse*, vol. 11, n° 2.
3. Hanson, K. et al. (2002) « First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders ». *Sexual Abuse*, vol. 14, n° 2.

CLINIQUE CHERRIER

SERVICES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

G. BELZILE ET J. HUOT, fondateurs

La Clinique Cherrier recherche des psychologues d'au moins 3 ans d'expérience en évaluation et psychothérapie individuelle ou de couple, d'approche cognitivo-comportementale, auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes.

Nous recherchons des candidats intéressés par la pratique privée, autonomes, rigoureux et motivés à exercer leurs fonctions en soirée ou le samedi en journée, à salaire horaire.

Transmettre votre curriculum vitae accompagné de deux lettres de référence avant le 31 mars 2005 à l'attention de Geneviève Derome à cliniquecherrier@on.aita.com, par la poste ou télécopieur.

837, rue Cherrier Est, Montréal (Québec) H2L 1H6 • Tél.: (514) 521-8282 • Fax: (514) 521-4898