Current Psychiatry Reports (2021) 23:51
https://doi.org/10.1007/s11920-021-01259-3

SEXUAL DISORDERS (LE MARSHALL, SECTION EDITOR)

Does Treatment for Sexual Offending Work?

Nichola Tyler[1] · Theresa A. Gannon[2] · Mark E. Olver[3]

Accepted: 27 May 2021 / Published online: 1 July 2021
© The Author(s) 2021

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8249288/

Le traitement de la délinquance sexuelle fonctionne-t-il ? (2021)

Résumé

Objectif de l'étude

Nous examinons et synthétisons la documentation sur l'efficacité du traitement axé sur l'infraction pour la délinquance sexuelle. Plus précisément, nous examinons si la littérature existante suggère que le traitement est efficace pour réduire la récidive sexuelle et les caractéristiques des interventions efficaces. Nous examinons également comment la conception des évaluations de **programmes peut influencer les résultats du traitement.**

Résultats récents

Les recherches récentes suggèrent que les traitements psychologiques axés sur l'infraction sexuelle montrent un certain niveau d'efficacité dans la réduction de la récidive sexuelle et de la récidive générale. De plus, il semble que des caractéristiques clés du programme, de l'individu et de la conception de l'étude soient associées à l'efficacité du traitement.

Résumé

Bien que les résultats récents ouvrent des perspectives optimistes pour les traitements psychologiques axés sur les délits sexuels, d'autres études différentielles de haute qualité sont nécessaires pour comprendre pleinement l'éventail des facteurs liés au contenu, à la prestation et à l'individu qui sont associés aux résultats positifs du traitement, afin d'établir ce qui fonctionne le mieux pour qui.

Mots-clés : Traitement des délits sexuels, Récidive sexuelle, Efficacité du traitement, Délinquance sexuelle, Modérateurs de traitement

Introduction

Dans les pays occidentaux, le traitement spécifique des délits sexuels est couramment dispensé dans le but premier de réduire le risque de récidive sexuelle. Le traitement est souvent psychologique et est dispensé dans différents contextes, notamment dans la communauté, dans les hôpitaux psychiatriques et dans les prisons. Néanmoins, bien que le traitement soit une caractéristique commune de la pratique médico-légale en matière de délinquance sexuelle, il existe de grandes différences entre les programmes en termes de contenu, de structure et de mise en œuvre [1]. Étant donné l'utilisation

répandue du traitement des délits sexuels, il est impératif de comprendre si ces interventions entraînent une réduction significative de la récidive sexuelle, non seulement pour la protection du public, mais aussi pour s'assurer que les interventions sont bénéfiques pour les personnes qui se portent volontaires ou qui sont mandatées pour les suivre.

L'évaluation par le ministère britannique de la Justice du programme de traitement psychologique des délinquants sexuels (SOTP) a récemment souligné l'importance de comprendre « ce qui marche » dans le traitement des délits sexuels [2]. Dans cette étude, qui est la plus grande évaluation à ce jour, les taux de récidive des hommes qui ont suivi le SOTP « Core » (n = 13 219) en Angleterre et au Pays de Galles (entre 2000 et 2012) ont été comparés à ceux d'un groupe témoin non traité apparié par score de propension (n = 2 562). Sur un suivi moyen de 8,2 ans, les taux de récidive non sexuelle sont apparus largement similaires dans les deux groupes. Cependant, la récidive sexuelle dans l'échantillon traité s'est avérée plus élevée que dans le groupe témoin non traité (10 % contre 8 %, respectivement), ce qui représente une augmentation absolue de la récidive sexuelle de 2 % et une augmentation relative de 25 %. Les résultats de cette étude ont, à juste titre, suscité des inquiétudes. En bref, ils suggèrent que des dizaines de milliers d'individus ayant commis des délits sexuels et ayant reçu un « traitement » psychologique ont pu voir leur situation empirer dans le cadre d'un programme destiné à les améliorer [3]. Cette étude a également mis en évidence l'importance de comprendre les ingrédients clés associés à un traitement réussi de la délinquance sexuelle.

Une précédente revue de la littérature sur les interventions psychologiques en matière de délinquance sexuelle a été publiée dans ce journal en 2013 [4]. Depuis lors, il y a eu un certain nombre de développements clés dans le domaine, y compris l'étude du ministère britannique de la Justice et une grande méta-analyse impliquant plus de 40 000 personnes examinant l'efficacité des programmes de traitement psychologique pour la délinquance sexuelle [5]. L'objectif du présent article est de fournir une synthèse récente et actualisée (1) de la littérature sur l'efficacité des traitements psychologiques spécifiques à l'infraction pour réduire la récidive sexuelle et (2) des facteurs qui peuvent influencer l'efficacité de tels programmes (par exemple, l'orientation du programme, le contenu, la dotation en personnel et les caractéristiques individuelles). Nous examinerons également l'effet de la conception de l'étude sur les résultats de l'évaluation, un domaine qui a suscité beaucoup d'attention et de débats de la part des chercheurs dans ce domaine, tant dans le passé [6-9] que plus récemment [10-13]. Tout au long de l'examen, nous nous concentrerons spécifiquement sur les résultats des principales méta-analyses et des études individuelles importantes qui ont contribué à la compréhension actuelle dans ce domaine. Étant donné que la grande majorité des recherches et des pratiques se sont concentrées sur le traitement des hommes adultes ayant commis des délits sexuels, nous nous intéresserons à l'efficacité du traitement de cette population.

Efficacité du traitement spécifique des délits sexuels

Un certain nombre de méta-analyses ont été réalisées au cours des 20 dernières années pour synthétiser les évaluations des résultats des traitements de la délinquance sexuelle [5-8, 10, 12, 14-17]. Nombre de ces études ont examiné à la fois les traitements biologiques et psychologiques [8, 10] ou les traitements psychologiques spécifiques aux infractions sexuelles et les traitements psychologiques plus généraux [7, 16]. Si toutes ces méta-analyses n'ont pas conclu à des effets positifs des traitements [6, 17], au moins sept d'entre elles indiquent une réduction de la récidive sexuelle [5, 7, 8, 10, 12, 14, 16].

La méta-analyse de Lösel et Schmucker de 2005 comprenait 69 évaluations de traitements biologiques (par exemple, castration chirurgicale et médicaments hormonaux) et psychologiques pour les adultes et les adolescents ayant commis des délits sexuels (n = 22 181) [8]. Les groupes traités présentaient

des taux de récidive sexuelle (11,1 % contre 17,5 %), de récidive violente (6,6 % contre 11,8 %) et de récidive tout court (22,4 % contre 32,5 %) inférieurs à ceux des groupes de comparaison. Dans l'ensemble, les traitements biologiques (vs. psychologiques) ont produit des effets plus importants, de même que les traitements conçus spécifiquement pour les délits sexuels. Schmucker et Lösel ont mis à jour cette méta-analyse dix ans plus tard, mais en se concentrant exclusivement sur les études de haute qualité (c'est-à-dire une conception quasi-expérimentale avec une égalité entre les groupes ou plus) [12]. Vingt-sept études (n = 10 387) ont été incluses dans la méta-analyse finale, et toutes étaient des interventions psychologiques. Bien que de faibles taux de récidive aient été observés dans les groupes traités, ils étaient inférieurs à ceux détectés dans la méta-analyse précédente (10,1 % contre 13,7 % pour la récidive sexuelle ; 32,6 % contre 41,2 % pour la récidive tout court).

Plus récemment, Gannon et al.1 ont réalisé la plus grande méta-analyse à ce jour, portant sur 41 476 individus ayant commis une infraction sexuelle et incluant l'évaluation SOTP « Core » du ministère britannique de la Justice, qui a une influence politique [5--]. Cette méta-analyse n'a examiné que les traitements psychologiques spécifiques à la délinquance sexuelle, ainsi que les variables relatives au personnel et au programme qui n'avaient pas été étudiées auparavant. Bien que l'évaluation du ministère britannique de la Justice ait été identifiée comme une valeur aberrante, lorsqu'elle a été incluse dans l'analyse, on a constaté que les programmes de traitement des délits sexuels produisaient des réductions significatives de tous les types de récidive, et plus particulièrement de la récidive sexuelle (9,5% contre 14,1%), ce qui représente une réduction relative de la récidive sexuelle de 32,6%. Cette méta-analyse a également mis en évidence les principaux modérateurs du personnel et du programme de traitement nécessaires à une réduction optimale de la récidive, que nous décrivons dans les sections ci-dessous.

Facteurs influençant l'efficacité du traitement

Étant donné que les décideurs et les praticiens du secteur correctionnel sont soumis à des pressions croissantes pour mettre en place des interventions d'une efficacité maximale, tant d'un point de vue sociétal que fiscal, il est essentiel de comprendre les caractéristiques ou les ingrédients fondamentaux du traitement qui produisent les effets les plus forts et les plus durables. Les facteurs modérateurs potentiels qui ont été examinés jusqu'à présent peuvent être regroupés de manière générale en (1) orientation du programme et méthode de prestation (par exemple, théorie sous-jacente, principes, durée et modalité), (2) contenu du programme (par exemple, exercices, cibles de traitement), (3) dotation en personnel du programme et (4) cadre du traitement.

Orientation du programme et méthode de prestation

Les méta-analyses ont montré que la théorie sous-jacente, les principes, le dosage et la modalité du traitement sont associés à des différences dans les résultats du traitement. Par exemple, les programmes psychologiques qui adhèrent aux principes de risque (c'est-à-dire qui adaptent l'intensité du traitement au niveau de risque), de besoin (c'est-à-dire qui donnent la priorité aux facteurs de risque dynamiques, également appelés besoins criminogènes, pour l'intervention) et de réceptivité (c'est-à-dire qui individualisent les traitements en fonction des caractéristiques uniques du client) (ou RNR) d'une réadaptation efficace [19] montrent des réductions plus importantes de la récidive sexuelle et générale par rapport à ceux qui n'adhèrent pas à ces principes [7]. Il a également été démontré que les interventions psychologiques à orientation cognitivo-comportementale (par exemple, la TCC) ont des effets positifs plus importants [8, 12, 20]. Cependant, il est important de noter que la majorité des évaluations se sont concentrées sur les interventions basées sur la TCC ; il est donc difficile de faire des comparaisons avec d'autres approches thérapeutiques [5, 8, 16].

Bien que les approches psychologiques basées sur les facteurs de protection, telles que le Good Lives Model [21], soient de plus en plus populaires dans le système de justice pénale, il n'existe pratiquement pas d'évaluations longitudinales examinant les effets de ces approches sur la récidive sexuelle [22]. Une exception à cette règle est l'étude récente d'Olver, Marshall, Marshall et Nicholaichuk, qui a présenté une évaluation comparative rétrospective de deux interventions psychologiques en milieu carcéral axées sur les délits sexuels : Le SOTP du Service correctionnel du Canada (SCC) et une première version du programme de traitement Rockwood [23-]. Les deux interventions évaluées étaient fondées sur une approche de TCC/RBR ; toutefois, le programme Rockwood incorporait des éléments fondés sur les facteurs de protection, tandis que le programme SOTP du SCC comprenait des principes plus traditionnels de réduction/gestion des risques [23-25]. Les bénéficiaires des deux groupes ont été comparés à un groupe témoin non traité sur la base de données de récidive obtenues à partir des dossiers de la police, qui comprenaient toutes les accusations et condamnations sur une période de suivi moyenne de 8 ans. Des contrôles statistiques ont été utilisés pour gérer les principales différences entre les groupes, telles que le risque de base. Bien que les deux groupes de traitement aient affiché des taux de récidive sexuelle et violente significativement inférieurs à ceux du groupe de comparaison, le programme Rockwood basé sur les forces a généré les taux de récidive sexuelle les plus bas (5,4 % contre 12,6 % pour le programme SOTP du SCC et 19,6 % pour le groupe de comparaison). Bien qu'il s'agisse d'une seule étude, les résultats soutiennent l'inclusion d'éléments fondés sur la force dans le traitement psychologique de la délinquance sexuelle.

Les chercheurs sont parvenus à des conclusions diverses quant à l'impact de la durée et du format du traitement sur sa réussite. Par exemple, Schmucker et Lösel [12] n'ont pas trouvé de lien entre la durée du traitement (mesurée par le nombre de semaines de traitement) et la récidive ; cependant, Gannon et al. ont rapporté des effets en fonction du nombre d'heures de traitement [5--]. Des réductions de la récidive ont été observées pour toutes les durées de traitement ; cependant, les programmes de 100 à 200 heures ont généré des effets plus faibles que les programmes plus courts (moins de 100 heures) et plus longs (plus de 200 heures). Bien que ces deux méta-analyses aient tiré des conclusions différentes quant à l'influence de la durée du traitement sur son efficacité, aucune n'a pris en compte le niveau de risque des participants, qui peut déterminer la durée du traitement.

Une analyse récente de Day et al. a mis en évidence des problèmes similaires dans la recherche sur l'intensité et le moment du traitement (c'est-à-dire le moment où le traitement est dispensé pendant la peine) [26-]. En ce qui concerne l'intensité, Day et al. ont conclu qu'il y a beaucoup d'incohérence dans l'opérationnalisation de l'intensité du traitement au sein des juridictions et entre elles, et qu'il est nécessaire de normaliser davantage le calcul de la dose pour les programmes de délinquance sexuelle. De plus, en ce qui concerne le moment du traitement, bien que Day et al. aient identifié une opinion clinique sur le moment optimal du traitement, ils n'ont pu identifier aucune étude ayant directement examiné l'effet du moment du traitement et ont donc conclu qu'il n'était pas possible de tirer des conclusions définitives. Les résultats concernant l'effet de la forme de traitement sont également variables, Schmucker et Lösel faisant état d'effets plus importants pour les traitements individuels et les traitements mixtes individuels/groupes [12] et Gannon et al. d'effets plus importants pour les traitements en groupe uniquement [5--]. Il convient toutefois de noter que la méta-analyse de Gannon et al. comportait un plus grand nombre d'études sur les traitements mixtes individuels/groupes (n = 18) que celle de Schmucker et Lösel (k = 4). De plus, alors que Gannon et al. n'ont inclus que des études portant sur des échantillons d'adultes traités, Schmucker et Lösel ont également inclus des études sur les résultats des traitements chez les adolescents, qui présentaient certains modèles de traitement individuel (p. ex., la thérapie multisystémique) ayant des effets importants sur le traitement. Enfin, Thornton (communication personnelle du 22 novembre 2019) a évoqué la possibilité que la présence et/ou la supervision d'un psychologue modère l'association entre la modalité et le résultat ; dans son

examen des données de Gannon et al., lorsque l'un de ces éléments était disponible, il y avait peu de différence dans l'ampleur de l'effet pour la modalité de groupe par rapport à la modalité mixte ; cependant, lorsque aucun de ces éléments n'était disponible, il y avait un effet nettement plus important pour la modalité de groupe. D'autres recherches sont nécessaires pour comparer directement le traitement individuel par rapport au traitement de groupe ou le traitement mixte individuel/groupe par rapport au traitement de groupe uniquement sur la récidive en utilisant des comparaisons directes (par exemple, la même intervention délivrée dans des formats différents).

Contenu du programme

À ce jour, une seule méta-analyse a examiné directement l'impact du contenu du programme sur les résultats du traitement. Gannon et al. ont spécifiquement examiné si l'inclusion de procédures de reconditionnement comportemental pour l'excitation sexuelle inappropriée avait un impact sur l'efficacité du traitement [5--]. Les programmes qui incluaient une forme de reconditionnement comportemental (k = 23) étaient associés à des résultats supérieurs (c'est-à-dire à des réductions plus importantes de la récidive) par rapport à ceux qui n'incluaient pas cet élément (k = 5) ou pour lesquels cet élément n'était pas connu (k = 16). Il s'agit d'un résultat particulièrement intéressant étant donné que les procédures de reconditionnement comportemental n'ont pas été utilisées dans le SOTP « de base » évalué par le ministère de la justice. Gannon et al. ont également examiné si les programmes incluaient ou non le test polygraphique dans leur protocole. Bien que seul un petit nombre de programmes ait intégré le test du polygraphe (k = 6), ils ont généré des effets plus faibles que les programmes qui ne contenaient pas cet élément ou pour lesquels cet élément était inconnu. S'il est possible que le recours au détecteur de mensonges entrave le processus et l'efficacité du traitement, les études examinées n'ont pas effectué de comparaisons directes entre le recours au détecteur de mensonges et l'absence de détecteur de mensonges dans le cadre d'un programme donné. Compte tenu de la petite taille des études, nous ne savons pas non plus si elles sont représentatives de tous les programmes qui utilisent le polygraphe et comment les autres caractéristiques de ces programmes relatives au traitement, en termes de contenu et d'objectifs, se comparent à celles d'autres programmes ailleurs dans le monde.

Dotation en personnel des programmes

En raison des pressions associées à la fourniture de traitements spécialisés à grande échelle et à faible coût, les paraprofessionnels ont été de plus en plus utilisés pour fournir des interventions psychologiques spécifiques à l'infraction par opposition aux psychologues qualifiés, ces derniers évoluant vers un rôle de contrôle ou de supervision « sans intervention » dans certaines juridictions [27, 28]. Gannon et Ward ont émis l'hypothèse que l'implication directe de psychologues qualifiés dans la mise en œuvre du traitement devrait produire des effets plus positifs en raison de leur niveau de compétence clinique et de leur expertise spécifique [27]. Cependant, peu de recherches ont examiné si le recours à des paraprofessionnels avait eu un impact sur la qualité ou la prestation du traitement. Gannon et al. ont examiné les effets de l'apport psychologique direct dans la prestation du traitement (par exemple, la facilitation « pratique ») ainsi que la présence ou l'absence de supervision pour le personnel du programme [5--]. Ils ont constaté que le traitement psychologique axé sur l'infraction sexuelle était plus efficace lorsqu'un psychologue autonome agréé était constamment présent pour faciliter le traitement (par rapport à une présence irrégulière, inconnue ou jamais présente). La présence d'une supervision était également associée à des résultats de traitement plus positifs ; cependant, le fournisseur de cette supervision semblait moins important, à moins que des psychologues et des non-psychologues ne soient impliqués dans la fourniture de cette supervision, où les résultats de traitement étaient plus faibles.

Cadre du traitement

Étant donné que le traitement de la délinquance sexuelle est dispensé dans différents contextes (prisons, communautés thérapeutiques, hôpitaux psychiatriques sécurisés et milieux communautaires), il n'est pas surprenant que le cadre du traitement ait été considéré comme un facteur modérateur potentiel. Contrairement aux autres facteurs modérateurs examinés jusqu'à présent, les résultats de la recherche concernant le cadre de traitement sont plus cohérents. Dans l'ensemble, les interventions psychologiques réalisées en milieu hospitalier et dans la communauté ont été associées à une réduction de la récidive sexuelle ; cependant, la majorité des méta-analyses suggèrent que les programmes communautaires semblent produire des effets de traitement plus importants pour la récidive sexuelle et générale [5--, 7, 8, 16]. L'exception est la méta-analyse de Schmucker et Lösel de 2015, qui a révélé que seuls les programmes communautaires réduisaient de manière significative la récidive sexuelle [12].

Qu'est-ce qui fonctionne le mieux pour qui ?

Jusqu'à présent, nous nous sommes concentrés sur les caractéristiques du traitement qui ont été associées à des résultats supérieurs. Cependant, si les méta-analyses à grande échelle semblent suggérer un effet positif global pour le traitement des infractions sexuelles qui est à la fois spécifique à l'infraction sexuelle et psychologique, il est important de noter que la littérature plus large sur la psychothérapie suggère que même lorsque des effets de groupe pour le traitement sont identifiés, au niveau individuel, la même intervention peut être plus (ou moins) bénéfique pour certaines personnes que pour d'autres [29]. Compte tenu de l'hétérogénéité des personnes ayant fait l'objet d'une condamnation pour infraction sexuelle, il existe une série de facteurs individuels susceptibles d'agir comme modérateurs potentiels du traitement, notamment l'âge, le type d'infraction, le niveau de risque, le (non-)achèvement du traitement et le niveau de coercition (c'est-à-dire le fait que le traitement soit obligatoire ou volontaire). Nous allons maintenant examiner les résultats des recherches disponibles pour chacun de ces éléments.

Plusieurs méta-analyses à grande échelle ont montré que le traitement des délits sexuels produisait les effets les plus importants chez les clients de moins de 18 ans [7, 8, 12, 14, 16, 30]. Dans les échantillons d'adultes, le traitement de groupes homogènes en termes d'âge a produit des effets plus importants [8, 30]. Si le traitement des délits sexuels semble réduire de manière significative la récidive sexuelle tant chez les hommes ayant commis des délits contre des enfants que chez ceux ayant commis des délits contre des adultes, les effets les plus marqués ont été rapportés chez les personnes condamnées pour des délits contre des adultes (par exemple, viol et exhibitionnisme) [8, 30]. La recherche n'a pas indiqué de manière concluante de différences significatives dans les résultats du traitement pour les personnes classées comme présentant un risque élevé de récidive par rapport à celles classées comme présentant un risque faible ; cependant, les résultats suggèrent un effet de traitement plus important pour les personnes présentant un risque plus élevé [7, 12, 23]. Les différences entre les études concernant les résultats en matière de risque ont été largement attribuées aux différentes façons dont les catégories de risque (par exemple, faible, moyen et élevé) ont été opérationnalisées [7, 12].

Si peu de recherches ont été menées pour déterminer si les caractéristiques personnelles modéraient les résultats du traitement des infractions sexuelles, l'accent a été mis davantage sur les effets du (non) achèvement du traitement et de la coercition (par exemple, si le traitement est suivi volontairement ou s'il est imposé). Les personnes qui commencent un traitement peuvent ne pas le terminer pour diverses raisons, notamment la motivation, l'état de préparation au traitement, l'insatisfaction quant au contenu, à l'exécution et à la forme du programme (par exemple, le travail en groupe), et la

pertinence perçue de l'intervention [31, 32]. Les recherches menées dans la littérature correctionnelle au sens large suggèrent que le fait de ne pas achever le traitement ou de l'achever partiellement est associé à un niveau élevé de récidive [33, 34]. Cet effet s'est répété dans les synthèses des traitements de la délinquance sexuelle, l'inachèvement du traitement doublant les chances de récidive [8, 34]. En ce qui concerne la coercition, les conclusions de la littérature générale sur les programmes de traitement correctionnel suggèrent que le traitement obligatoire en milieu carcéral est particulièrement inefficace, alors que le traitement volontaire produit des effets significatifs quel que soit le cadre du traitement [35]. Cet effet se reflète dans les méta-analyses portant exclusivement sur le traitement des délits sexuels [8, 12].

L'influence de la conception de la recherche

Jusqu'à présent, notre analyse s'est concentrée sur les principaux facteurs individuels et de programme qui ont été identifiés comme modérateurs de la réussite du traitement. Cependant, il est également important d'examiner le rôle de la conception de la recherche et la façon dont elle a influencé la prolifération des connaissances dans ce domaine.

Mesures des résultats

Les données relatives aux recondamnations (c'est-à-dire le fait d'être condamné par un tribunal pour une autre infraction après le traitement) sont souvent utilisées comme mesure des résultats à long terme pour évaluer la réussite du traitement, car elles correspondent à l'objectif principal de réduction des comportements délinquants et peuvent être mesurées de manière systématique et objective grâce aux données policières régulièrement enregistrées [36]. Cependant, la littérature criminologique et psychologique a largement débattu de l'exactitude de la recondamnation en tant que mesure de résultat, à la fois en ce qui concerne la manière dont elle est enregistrée et la question de savoir si elle reflète réellement les niveaux réels de délinquance non détectée [36, 37]. C'est pourquoi certaines études ont utilisé des mesures plus larges de la réussite du traitement (arrestation, nouvelle condamnation, récidive, fuite, violation de la probation, violation de la liberté conditionnelle, suspension de la liberté conditionnelle, révocation de la liberté conditionnelle et incarcération) ; toutefois, ces mesures reposent également sur la détection et l'enregistrement officiels [36]. Il est également possible que des opérationnalisations plus libérales au-delà du seuil de condamnation (par exemple, une nouvelle arrestation) puissent représenter des faux positifs (par exemple, un verdict de non-culpabilité). En outre, d'autres ont utilisé des indices de gravité de l'infraction basés sur la nature et le nombre de nouvelles condamnations, tels que l'échelle de Cormier-Lang, pour évaluer les effets du traitement dans le cadre d'un modèle de réduction des risques [38]. Peu d'études ont intégré des données provenant de dossiers non officiels ou d'auto-évaluations (par exemple, comportements liés à l'infraction). Cependant, lorsqu'elles le font, les recherches indiquent que ces mesures de résultats plus larges entraînent des taux de récidive plus élevés [39]. Des méta-analyses sur le traitement de la délinquance sexuelle ont examiné les effets de la qualité des données sur la récidive sur les résultats du traitement et ont constaté que les études classées comme ayant des indicateurs de récidive de haute ou de très haute qualité (par exemple, des durées de suivi plus longues) sont associées à des réductions plus importantes de la récidive [5, 12].

Modèles de recherche

Les essais contrôlés randomisés (ECR) sont considérés comme l'étalon-or de l'évaluation des interventions dans toutes les disciplines. Cependant, il est reconnu qu'il n'est pas toujours possible de mettre en œuvre des essais contrôlés randomisés lors de l'évaluation du traitement de la délinquance sexuelle en raison de préoccupations juridiques et éthiques concernant le refus de traitement et/ou la

fourniture d'un traitement sous-optimal à un ou plusieurs groupes dans le cadre de l'essai et le risque de préjudice pour la communauté [1, 40]. En conséquence, de nombreuses évaluations des interventions en matière de délinquance sexuelle ont adopté des modèles quasi-expérimentaux, comparant les résultats obtenus par les personnes ayant achevé le traitement à ceux de divers groupes de comparaison « non traités » (par exemple, cohortes fortuites, cohortes rétrospectives, personnes n'ayant pas achevé le traitement, personnes ayant abandonné le traitement, personnes ayant moins besoin d'un traitement) [10]. Bien que les modèles quasi-expérimentaux représentent des évaluations de bonne qualité (niveau inférieur aux ECR), les méta-analyses internationales suggèrent que les caractéristiques méthodologiques et contextuelles peuvent influencer les résultats du traitement. Par exemple, la taille de l'échantillon, la qualité des rapports sur les résultats (par exemple, la source et la qualité des données sur la récidive), le taux de base de la récidive, la définition et la qualité du groupe de comparaison (par exemple, l'utilisation de personnes qui n'ont pas terminé le traitement ou qui l'ont abandonné) et l'utilisation (ou la non-utilisation) de l'appariement expliquent une partie de la variance des résultats de l'étude [5, 8, 10, 12]. Récemment, Lösel et al. ont examiné l'effet de différentes approches d'appariement (par exemple, l'appariement exact et l'appariement par score de propension) sur les résultats du traitement d'un échantillon de 693 hommes condamnés pour un délit sexuel et résidant dans des prisons allemandes [11-]. Alors que les résultats étaient globalement similaires avec les deux méthodes, des effets différents ont été identifiés pour certains types de récidive. Par exemple, l'appariement exact a montré une tendance négative pour la récidive sexuelle et l'appariement par score de propension un effet positif. Lösel et al. ont conclu que davantage d'études de haute qualité, y compris des réplications et des études de différenciation (par exemple, des comparaisons méthodologiques et de résultats), sont nécessaires pour permettre de tirer des conclusions plus solides sur l'effet plus large du traitement de la délinquance sexuelle.

Le personnel

Enfin, l'efficacité des programmes dépend de leur mise en œuvre et, à cet égard, la dotation en personnel est essentielle. Le personnel de première ligne exécute les programmes, il est les yeux et les oreilles de l'établissement et il est chargé de transmettre de nouvelles compétences comportementales prosociales et des stratégies de résolution de problèmes à sa clientèle correctionnelle. Nous voyons ici au moins deux problèmes, le premier étant la fidélité du programme. Lorsque les programmes sont mis en œuvre comme prévu, ils ont des effets cumulatifs plus importants en termes de réduction de la récidive [41]. La deuxième question concerne les relations entre le personnel et la clientèle. Le principe général de réceptivité peut être succinctement énoncé comme suit : « Les efforts de réadaptation efficaces impliquent des travailleurs qui sont chaleureux, tolérants et flexibles sur le plan interpersonnel, tout en étant sensibles aux règles et procédures conventionnelles » [19] (pp. 36-37). Il existe une abondante documentation démontrant que les caractéristiques des membres du personnel et la qualité de leurs relations avec la clientèle correctionnelle ont une incidence sur les résultats des programmes. Appelées « pratiques correctionnelles de base » (« core correctional practices » -CCP), elles désignent une constellation de techniques et de comportements du personnel qui comprennent les pratiques relationnelles, l'utilisation efficace de l'autorité, la modélisation de rôles prosociaux, le renforcement efficace, la désapprobation efficace et la résolution de problèmes prosociaux. Dans une méta-analyse classique, Dowden et Andrews ont constaté que les programmes correctionnels adhérant largement aux principes RBR avaient des effets significativement plus importants en termes de réduction de la récidive lorsque les CCP étaient respectés ($\phi = 0,25$, $k = 75$) par rapport à d'autres programmes « appropriés » qui ne démontraient pas l'utilisation des CCP ($\phi = 0,16$, $k = 71$) [42]. Une méta-analyse récente portant spécifiquement sur les agents de surveillance communautaire a révélé que les agents formés aux CCP présentaient des taux de récidive plus faibles parmi leurs probationnaires que les

agents non formés (36,2 % contre 49,9 %, respectivement, k = 10) [43]. En résumé, un programme peut être solide dans sa forme et son contenu et évalué avec une méthodologie élégante et rigoureuse; cependant, tout cela devient discutable sans un personnel bien formé pour mettre en œuvre le programme avec fidélité et adhérer à des pratiques relationnelles efficaces et humaines avec leur clientèle.

Conclusions

D'une manière générale, les recherches récentes suggèrent que le traitement psychologique spécifique des infractions sexuelles a un certain effet sur la réduction de la récidive sexuelle et générale et que les résultats peuvent être optimisés sous certaines conditions, par exemple en adhérant aux principes RBR, en incorporant des principes cognitivo-comportementaux, y compris le reconditionnement comportemental pour l'excitation sexuelle inappropriée, en faisant participer un psychologue agréé à la mise en œuvre du traitement, en assurant la supervision du personnel du programme et en mettant en œuvre le traitement dans des environnements communautaires. En outre, les personnes classées comme présentant un risque élevé et qui s'engagent volontairement dans le traitement (c'est-à-dire qui ne sont pas obligées d'y participer) sont susceptibles de réaliser les gains les plus importants. En revanche, l'utilisation du détecteur de mensonges dans le cadre du traitement et la supervision mixte par un psychologue et un praticien non psychologue se sont avérées associées à de moins bons résultats. Il semble également que l'achèvement partiel ou incomplet du traitement ait des effets néfastes, conformément à la littérature générale sur le traitement correctionnel. Bien que les recherches existantes nous fournissent certains indicateurs sur les conditions nécessaires à la réussite du traitement, il y a un manque d'accord entre les études concernant certains facteurs, tels que le mode de prestation (par exemple, en groupe ou individuel), le moment du traitement et l'intensité du traitement, tandis que d'autres facteurs de traitement ont été négligés jusqu'à présent (par exemple, la composition homogène ou hétérogène du groupe, les qualifications du thérapeute et le ratio thérapeute-client) [26-]. Les recherches futures gagneraient à explorer plus avant les ingrédients clés d'un traitement réussi ainsi que le rôle des caractéristiques individuelles, afin de déterminer « ce qui fonctionne le mieux pour qui ? » En particulier, davantage d'études différentielles de haute qualité sont nécessaires pour permettre de tirer des conclusions plus solides sur les effets plus larges du traitement, pour trancher le débat sur l'impact de certaines caractéristiques du traitement lorsque les résultats actuels sont contradictoires ou peu concluants, ainsi que pour poursuivre le développement des connaissances sur « ce qui fonctionne le mieux pour qui ».

Respect des normes éthiques

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Notes de bas de page

1Une autre méta-analyse a été publiée depuis par Harrison et al [18] ; cependant, cette méta-analyse n'inclut aucune étude publiée après 2012.

Cet article fait partie de la collection thématique sur les troubles sexuels.

Note de l'éditeur

Springer Nature reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les cartes publiées et les affiliations institutionnelles.

Contributeurs

Nichola Tyler, Email: zn.ca.wuv@relyT.alohciN.

Theresa A. Gannon, Email: ku.ca.tnek@nonnaG.aserehT.

Mark E. Olver, Email: ac.ksasu@revlO.kraM.

Go to:

Bibliographie

1. Marshall LE. The utility of treatment for sexual offenders. In: Proulx J, Cortoni F, Craig LA, Letourneau EJ, editors. The Wiley handbook of what works with sexual offenders: contemporary perspectives in theory, assessment, treatment and prevention: John Wiley & Sons Ltd; 2020. Chapter 10. 10.1002/9781119439325.ch10.

2.••. Mews A, Di Bella L, & Purver M. Impact evaluation of the prison-based core sex offender treatment programme. Ministry Justice Anal Series. 2017. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/623876/sotp-report-web-.pdf. **Largest single study evaluation of specialist psychological treatment for sexual offending. Findings suggested negative effect of treatment on reoffending and led to international concern regarding the effectiveness of sexual offending treatment. Illustrates the importance of understanding "what works" in treating sexual offending.**

3. Brown P, Ross C. Academic oversight in policy research: questions arising from the sex offender treatment programme study. *Lancet Psychiatry.* 2019;3:224–226. doi: 10.1016/S2215-0336(19)30374-8. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

4. Hanson RK, Yates PM. Psychological treatment of sex offenders. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15:348. doi: 10.1007/s11920-012-0348-x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

5.••. Gannon TA, Olver ME, Mallion JS, James M. Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. Clin Psychol Rev. 2019. 10.1016/j.cpr.2019.101752**The most recent and largest meta-analysis of sexual offense treatment to date and examined the importance of staff and treatment program moderators in contributing to program effectiveness. Highlights the importance of these factors in producing superior treatment outcomes.** [PubMed]

6. Dennis JA, Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Duggan C. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12. 10.1002/14651858.CD007507.pub2/full. [PubMed]

7. Hanson RK, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S. The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders. *Crim Justice Behav.* 2009;36:865–891. doi: 10.1177/0093854809338545. [CrossRef] [Google Scholar]

8. Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol.* 2005;1:117–146. doi: 10.1007/s11292-004-6466-7. [CrossRef] [Google Scholar]

9. Seto MC, Marques JK, Harris GT, Chaffin M, Lalumière ML, Miner MH, Berliner L, Rice ME, Lieb R, Quinsey VL. Good science and progress in sex offender treatment are intertwined: a response to Marshall and Marshall (2007) *Sex Abus J Res Treat.* 2008;20:247–255. doi: 10.1177/1079063208317733. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

10. Beech A, Freemantle N, Power C, Fisher D. An examination of potential biases in research designs used to assess the efficacy of sex offender treatment. *J Aggress Confl Peace Res.* 2015;7:204–222. doi: 10.1108/JACPR-01-2015-0154. [CrossRef] [Google Scholar]

11.•. Lösel F, Link E, Schmucker M, Bender D, Breuer M, Carl L, Endres J, Lauchs L. On the effectiveness of sexual offender treatment in prisons: a comparison of two different evaluation designs in routine practice. *Sex Abus J Res Treat.* 2020;32(4):452–475. doi: 10.1177/1079063219871576. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

12. Schmucker M, Lösel F. The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations. *J Exp Criminol.* 2015;11:597–630. doi: 10.1007/s11292-015-9241-z. [CrossRef] [Google Scholar]

13. Walton JS, Chou S. The effects of psychological treatment for reducing recidivism in child molesters: a systematic review of randomized and nonrandomized studies. *Trauma Violence Abuse.* 2015;16:401–417. doi: 10.1177/1524838014537905. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

14. Alexander M. Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sex Abus J Res Treat.* 1999;11:101–116. doi: 10.1007/BF02658841. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

15. Gallagher CA, Wilson DB, Hirschfield P, Coggeshall MB, MacKenzie DL. A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual re- offending. *Correct Manag Q.* 1999;3:19–29. [Google Scholar]

16. Hanson RK, Gordon A, Harris AJR, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, Seto MC. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abus.* 2002;14:169–194. doi: 10.1177/107906320201400207. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

17. Långström N, Babchischin KM, Fazel S, Lichtenstein P, Frisell T. Sexual offending runs in families: a 37-year nationwide study. *Int J Epidemiol.* 2015;44:713–720. doi: 10.1093/ije/dyv029. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

18. Harrison JL, O'Toole SK, Ammen S, Ahlmeyer S, Harrell SN, Hernandez JL. Sexual offender treatment effectiveness within cognitive-behavioral programs: a meta-analytic investigation of general, sexual, and violent recidivism. *Psychiatry Psychol Law.* 2020;27(1):1–25. doi: 10.1080/13218719.2018.1485526. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

19. Andrews DA, Zinger I, Hoge RD, Bonta J, Gendreau P, Cullen FT. Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology.* 1990;28:369–404. doi: 10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x. [CrossRef] [Google Scholar]

20. Mpofu E, Athanasou JA, Rafe C, Belshaw SH. Cognitive-behavioral therapy efficacy for reducing recidivism rates of moderate- and high-risk sexual offenders: a scoping systematic literature review. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2018;62(1):170–186. doi: 10.1177/0306624X16644501. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

21. Ward T, Gannon TA. Rehabilitation, etiology, and self-regulation: the comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggress Violent Behav.* 2006;11:77–94. doi: 10.1016/j.avb.2005.06.001. [CrossRef] [Google Scholar]

22. Marshall WL, Marshall LW, Olver ME. An evaluation of strength-based approaches to treatment of sex offenders: a review. *J Criminal Psychol.* 2017;7:221–228. doi: 10.1108/JCP-04-2017-0021/full/pdf. [CrossRef] [Google Scholar]

23.•. Olver ME, Marshall LE, Marshall WL, Nicholaichuk TP. A long-term outcome assessment of the effects on subsequent reoffense rates of a prison-based CBT/RNR sex offender treatment program with strength-based elements. Sex Abus, 2020;32(2):127–153. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30362904. **Large single study representing first outcome evaluation directly comparing a strength-based program to a traditional risk reduction/risk management**

program. Indicates some support for including strength-based elements in psychological treatment sexual offending. [PubMed]

24. Marshall WL, Marshall LE, Serran GA, O'Brien MD. Rehabilitating sexual offenders: a strength-based approach. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.

25. Willis G, Ward T. The good lives model: evidence that it works. In: Craig L, Dixon L, Gannon TA, editors. What Works in Offender Rehabilitation: An evidence based approach to assessment and Treatment: John Wiley & Sons; 2020. Chapter 17.

26.•. Day A, Ross S, Casey S, Vess J, Johns D, Hobbs G. The intensity and timing of sex offender treatment. *Sex Abus J Res Treat.* 2019;31(4):397–409. doi: 10.1177/1079063217745069. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

27. Forde RA. *Bad psychology: how forensic psychology left science behind.* London: Jessica Kingsley Publishers; 2017. [Google Scholar]

28. Gannon TA, Ward T. Where has all the psychology gone? A critical review of evidence-based psychological practice in correctional settings. *Aggress Violent Behav.* 2014;19:435–446. doi: 10.1016/j.avb.2014.06.006. [CrossRef] [Google Scholar]

29. Bohar AC, Wade AG. The client in psychotherapy. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change.* 6. New York: Wiley; 2013. [Google Scholar]

30. Schmucker M, Lösel F. Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema.* 2008;20:10–19. [PubMed] [Google Scholar]

31. Casey S, Day A, Howells K, Ward T. Assessing suitability for offender rehabilitation: development and validation of the treatment readiness questionnaire. *Crim Justice Behav.* 2007;34:1427–1440. doi: 10.1177/0093854807305827. [CrossRef] [Google Scholar]

32. McMurran M, McCulloch A. Why don't offenders complete treatment? Prisoners' reasons for non-completion of a cognitive skills programme. *Psychol Crime Law.* 2007;13:345–354. doi: 10.1080/10683160601060424. [CrossRef] [Google Scholar]

33. McMurran M, Theodosi E. Is treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment? *Psychol Crime Law.* 2007;13:333–343. doi: 10.1080/10683160601060374. [CrossRef] [Google Scholar]

34. Olver ME, Stockdale KC, Wormith JS. A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *J Consult Clin Psychol.* 2011;79:6–21. doi: 10.1037/a0022200. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

35. Parhar KK, Wormith JS, Derkzen DM, Beauregard AM. Offender coercion in treatment. *Crim Justice Behav.* 2008;35(9):1109–1135. doi: 10.1177/0093854808320169. [CrossRef] [Google Scholar]

36. Friendship C, Falshaw L, Beech AR. Measuring the real impact of accredited offending behaviour programmes. *Legal and Crim Psychol.* 2003;8:115–127. doi: 10.1348/135532503762871282. [CrossRef] [Google Scholar]

37. Maguire M. Crime statistics, patterns and trends: changing perceptions and their implications. In: Maguire M, Morgan R, Reiner R, editors. *The oxford handbook of criminology.* Oxford: Clarendon Press; 1997. [Google Scholar]

38. Olver ME, Nicholaichuk TP, Gu D, Wong SCP. Sex offender treatment outcome, actuarial risk, and the ageing sex offender in Canadian corrections: a long-term follow-up. *Sex Abus.* 2013;25:396–342. doi: 10.1177/1079063212464399. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

39. Falshaw L, Bates A, Patel V, Corbett C, Friendship C. Assessing reconviction, reoffending and recidivism in a sample of UK sex offenders. *Legal Crim Psychol.* 2003;8:207–215. doi: 10.1348/135532503322362979. [CrossRef] [Google Scholar]

40. Hollin CR. Evaluating offending behaviour programmes: does only randomization glisten. *Criminol Crim Just.* 2008;8:89–106. doi: 10.1177/174889580708587. [CrossRef] [Google Scholar]

41. Duriez SA, Sullivan C, Latessa EJ, Brusman LL. The evolution of correctional program assessment in the age of evidence-based practices. *Corr Pol Prac Res.* 2018;3:119–136. doi: 10.1080/23774657.2017.1343104. [CrossRef] [Google Scholar]

42. Dowden C, Andrews DA. The importance of staff practice in delivering effective correctional treatment: a meta-analytic review of core correctional practice. *Int J Off Therapy Comp Crim.* 2004;48:203–214. doi: 10.1177/0306624x03257765. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

43. Chadwick N, DeWolf A, Serin R. Effectively training community supervision officers: a meta-analytic review of the impact on offender outcome. *Crim Justice Behav.* 2015;42:977–989. doi: 10.1177/0093854815595661. [CrossRef] [Google Scholar]