



ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.

_____ **Rapport de recherche** _____

**Modification en cours de traitement
des prédictors dynamiques de la
récidive sexuelle**

This report is also available in English. Should a copy be required, it can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Le présent rapport est également disponible en anglais. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

Modification en cours de traitement des prédicteurs dynamiques de la récidive sexuelle

Leigh Harkins
Université de Birmingham, Royaume-Uni

Jeffrey Abracen
Service correctionnel du Canada

Jan Looman
Service correctionnel du Canada

et

Greg Maillet
Service correctionnel du Canada

Mai 2011

Copyright of this document does not belong to the Crown.
Proper authorization must be obtained from the author for
any intended use.

Les droits d'auteur du présent document n'appartiennent
pas à l'État. Toute utilisation du contenu du présent
document doit être approuvée préalablement par l'auteur.

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier Brian Grant pour sa contribution à la version définitive du manuscrit, ainsi que Franca Cortoni pour sa contribution aux versions antérieures du présent document.

Résumé

Mots clés : *Délinquant sexuel, évaluation.*

Il y a absence de consensus concernant la meilleure mesure de l'efficacité d'un traitement. Certaines personnes ont recommandé d'analyser non seulement les résultats d'intérêt ultimes (l'élimination ou du moins la réduction de la récidive) mais aussi les résultats immédiats (en cours de traitement). Marshall, Anderson et Fernandez (1999) soutiennent de manière convaincante que les études classiques sur la récidive, qui établissent le pourcentage de récidive chez la clientèle étudiée, ne suffisent pas pour déterminer la valeur d'un traitement. Une avenue en particulier mériterait peut-être une analyse plus approfondie : celle de la modification en cours de traitement des facteurs dynamiques (Hanson, 1997). Selon Hanson (2000), les problèmes sur le plan de l'intimité, les influences sociales négatives, la tolérance à l'égard des crimes sexuels, une faible maîtrise de soi en général ainsi que sur le plan émotionnel ou sexuel pourraient être des prédicteurs dynamiques de la récidive chez les délinquants sexuels.

La présente étude porte sur les changements survenus en cours de traitement chez 75 délinquants sexuels traités dans le cadre du Programme pour délinquants sexuels du Centre régional de traitement de l'Ontario (PDESCRT) et tente de déterminer si ces changements peuvent constituer une autre mesure de l'efficacité d'un traitement. Les changements examinés ont trait à la tolérance à l'égard des crimes sexuels, aux problèmes sur le plan de l'intimité et à la maîtrise de soi. La tolérance à l'égard des crimes sexuels a été mesurée à l'aide de la Molest Scale (Échelle d'agression) et de la Rape Scale (Échelle de viol), toutes deux élaborées par Bumby (1996) pour évaluer les distorsions cognitives chez les agresseurs sexuels. Les problèmes sur le plan de l'intimité ont été mesurés à l'aide de l'Échelle d'évaluation de l'intimité sociale de Miller (Social Intimacy Scale; Miller et Lefcourt, 1982) et de l'Échelle révisée d'évaluation de la solitude – UCLA (Russell, Peplau et Cutrona, 1980). La maîtrise de soi a été mesurée à l'aide d'un test sur les réactions face aux situations à risque élevé (The High Risk Situation Test; Marques, Day, Nelson, Miner et West, 1991) et du Test sur la prévention des rechutes, mis au point par le personnel du Centre régional de traitement (CRT).

Comme prévu, des améliorations importantes ont été observées au cours du traitement. À la suite du traitement, les délinquants sexuels visés par l'étude étaient moins enclins, selon les résultats obtenus sur l'Échelle de viol et sur l'Échelle d'agression, à tenter de justifier, de minimiser, de rationaliser et d'excuser les agressions sexuelles contre les femmes et les enfants. Ils affichaient également une bien meilleure connaissance des concepts de prévention des rechutes ainsi qu'une plus grande aptitude à décrire les situations qui augmentent le risque de récidive.

Durant le traitement, aucun changement important n'a été constaté dans les problèmes sur le plan de l'intimité des participants à l'étude. Pour être plus précis, les délinquants qui faisaient partie de l'échantillon n'avaient pas l'impression que leurs niveaux d'intimité étaient plus élevés après le traitement. De plus, aucun changement important n'a été observé dans les résultats obtenus sur l'Échelle révisée d'évaluation de la solitude – UCLA. Ces constats pourraient être expliqués par l'absence de changement dans leurs situations de vie; encore incarcérés au moment des tests

post-traitement, ces délinquants n'avaient en effet pas eu d'occasions de percevoir quelque modification que ce soit de leurs niveaux d'intimité. En ce qui a trait à la solitude, il est également logique que les délinquants se soient sentis tout aussi seuls après le traitement parce qu'ils étaient encore incarcérés et ne recevaient aucun soutien social outre celui d'autres détenus. L'Échelle d'évaluation de l'intimité sociale de Miller a été corrélée avec les réponses socialement souhaitables, avant et après le traitement. Ceci indique que les résultats concernant ces mesures doivent être interprétés avec prudence, parce qu'il est possible que les délinquants aient tenté de présenter une image d'eux-mêmes qui ne correspond pas à leurs vraies réponses aux questions relatives à ces mesures.

La présente étude s'intéresse aux avantages de l'ajout des variables de résultats immédiats aux analyses de l'efficacité des traitements. Il est encourageant de constater que bon nombre des variables ciblées par les programmes de traitement pour délinquants sexuels, offerts par le Centre régional de traitement, révèlent l'existence d'une importante amélioration au cours du traitement.

Table des matières

Remerciements.....	ii
Résumé	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	vii
Introduction	1
Les mesures de l'efficacité d'un traitement.....	1
Le changement au cours du traitement.....	2
La présente étude	3
Les objectifs.....	4
Méthode.....	5
Le cadre physique	5
Participants	6
Mesures.....	6
<i>Les réactions socialement souhaitables (RSA)</i>	6
<i>La tolérance à l'égard des crimes sexuels</i>	6
<i>Les problèmes sur le plan de l'intimité</i>	7
<i>Les problèmes sur le plan de la maîtrise de soi</i>	8
Procédure	8
<i>La collecte des données</i>	8
<i>L'analyse des données</i>	9
Résultats	10
La désirabilité sociale.....	10
Les attitudes déformées	10
Les problèmes sur le plan de l'intimité	11
La maîtrise de soi	11
Analyse.....	13
Limites et orientations futures	15
Conclusion	16
Bibliographie	17

Bibliographie17

Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Résultats moyens aux tests psychométriques</i>	12
---	----

Introduction

En dépit du grand nombre d'études et de méta-analyses réalisées sur les résultats des traitements, les constats relatifs à l'efficacité des traitements pour délinquants sexuels demeurent ambigus. Des études et méta-analyses récentes ont permis de réunir des données encourageantes qui tendent à confirmer l'efficacité des thérapies actuelles (Gallagher, Wilson, Hirschfield, Coggeshall et MacKenzie, 1999; Hall, 1995; Hanson et coll., 2002), mais certains chercheurs demeurent sceptiques (Quinsey, Harris, Rice et Lalumiere, 1993; Rice et Harris, 2003).

Il y a également absence de consensus concernant la meilleure mesure de l'efficacité d'un traitement. Les traitements pour délinquants sexuels visent évidemment à réduire la récidive, mais les résultats immédiats (ceux obtenus au cours du traitement) sont, eux aussi, pertinents. Les changements observés à l'égard de mesures théoriquement significatives peuvent aider à comprendre pourquoi certains délinquants récidivent et d'autres pas. La présente enquête a pour but d'examiner les changements observés chez les délinquants sexuels qui ont suivi un traitement en établissement, changements mesurés à l'aide de divers instruments psychométriques.

Les mesures de l'efficacité d'un traitement

Surtout en raison du faible taux de récidive sexuelle, il a été suggéré d'examiner les résultats en fonction de critères plus pratiques que les nouvelles condamnations (Hanson, 1997). Le taux de base correspond au pourcentage de délinquants sexuels, dans une population donnée, qui récidivent après leur mise en liberté. Une étude récente situe à environ 13 % le taux de base de perpétration d'une nouvelle infraction sexuelle à l'intérieur d'une période de quatre à cinq ans après la mise en liberté (Hanson et Bussiere, 1998). La difficulté de trouver des résultats significatifs, en raison du faible taux de base de récidive sexuelle, est décrite en termes élégants par Barbaree (1997); ce chercheur a montré qu'il fallait de grands échantillons, de longues périodes de suivi ou des effets de très grande ampleur pour obtenir des résultats significatifs. Marshall, Anderson et Fernandez (1999) soutiennent de manière convaincante que les études classiques sur la récidive, qui établissent le pourcentage de récidive chez la clientèle étudiée, ne suffisent pas pour déterminer la valeur d'un traitement.

Le changement au cours du traitement

Des chercheurs ont fait la preuve que, pour certaines variables, des changements observables se produisent entre la période antérieure et la période ultérieure au traitement. Par exemple, certains se sont intéressés au changement qui s'opérait en cours de traitement au chapitre de l'acceptation de la culpabilité et de la responsabilité personnelle (Barrett, Wilson et Long, 2003; Stirpe, Wilson et Long, 2001). Stirpe, Wilson et Long (2001) ont examiné un groupe de délinquants à risque élevé et un groupe de délinquants à faible risque. Ils ont constaté que les deux groupes avaient changé pour le mieux en cours de traitement quant à l'acceptation de leur responsabilité et de leur culpabilité, mais que seul le groupe à faible risque avait continué de s'améliorer après la mise en liberté dans la collectivité. Fait encourageant cependant, les délinquants du groupe à risque élevé avaient tout au moins conservé les gains découlant du traitement. Beech, Fisher et Beckett (1998) ont également montré que les délinquants sexuels avaient sensiblement réduit leur niveau de déni et augmenté leur niveau d'acceptation de leur responsabilité pendant toute la durée du traitement. Une étude récente a également montré que les données réunies lors d'une évaluation psychométrique réalisée avant le traitement facilitaient la prédiction de l'infraction sexuelle, même après neutralisation du risque de récidive sexuelle, tel que défini par une évaluation actuarielle (Allan, Grace, Rutherford et Hudson, 2007), et qu'après le traitement, des changements pouvaient survenir à l'égard de différentes mesures psychométriques (Williams, Wakeling et Webster, 2007). À titre d'exemple, Williams et coll. (2007) ont pu examiner six mesures dynamiques administrées, avant et après le traitement, à 211 hommes qui avaient participé à un programme de traitement pour délinquants sexuels du Her Majesty's Prison Service (Royaume-Uni). Les chercheurs ont observé des différences importantes, avant et après le traitement, à l'égard de cinq des six mesures.

Des études ont également révélé que les délinquants peuvent, avant la fin du traitement, améliorer leur compréhension des concepts relatifs à la prévention des rechutes. D'importantes améliorations ont été observées en regard de la conscience des situations à risque élevé (capacité d'en nommer un plus grand nombre), de l'élaboration de stratégies efficaces (capacité d'en élaborer un plus grand nombre) et de la reconnaissance du risque futur (capacité de reconnaître, à la fin du traitement et de façon plus réaliste, le fait qu'ils présentaient eux-mêmes un risque plus élevé; Beech et coll., 1998).

Un certain nombre d'autres études ont examiné les changements survenus durant le traitement en ce qui a trait aux distorsions cognitives endossées par les membres du groupe (Bumby, 1996; Hudson, Wales, Bakker et Ward, 2002; Watson et Stermac, 1994). Au cours du traitement, les délinquants ont modifié de manière positive les distorsions cognitives qu'ils entretenaient au sujet des enfants ainsi que des mythes entourant le viol et autres agressions sexuelles (Pithers, 1994; Pithers, 1999; Watson et Stermac, 1994). Il a également été constaté que les changements survenus dans les attitudes procriminelles étaient associés à une réduction de la récidive; en effet, après le traitement, les récidivistes affichaient de plus fortes tendances à la déviance sexuelle et moins de changements prosociaux constructifs que les non-récidivistes (Hudson et al, 2002). Marques, Nelson, West et Day (1994) ont pour leur part montré que les délinquants ayant moins de distorsions cognitives après le traitement étaient moins susceptibles de commettre un nouveau crime violent.

Parmi les autres éléments ayant été sensiblement modifiés en cours de traitement, il faut mentionner l'empathie pour les victimes (Marshall, Champagne, Sturgeon et Bryce, 1997; Pithers, 1994; 1999), l'intimité et la solitude (Bumby et Hansen, 1997; Fisher, Beech et Brown, 1999; Seidman, Marshall, Hudson et Robertson, 1994). De son côté, Thornton (2002) a observé que les attitudes déformées, un plus grand dysfonctionnement socio-affectif et une piètre maîtrise de soi permettaient de distinguer les récidivistes des délinquants ayant une seule condamnation à leur actif. À la suite d'une étude récente sur les facteurs dynamiques liés à la récidive chez les délinquants sexuels, Hanson (2006) a proposé de classer les problèmes sur le plan de l'intimité, les attitudes favorables aux infractions sexuelles ainsi que l'autorégulation émotionnelle/sexuelle parmi les variables dynamiques que la recherche relie à la récidive sexuelle.

La présente étude

La présente étude avait pour objet d'examiner l'efficacité des traitements à l'aide de résultats immédiats. Elle porte sur les changements survenus en cours de traitement, tels qu'ils ont été mesurés par des questionnaires psychométriques administrés aux délinquants qui suivaient le Programme pour délinquants sexuels du Centre régional de traitement de l'Ontario (PDSCRT). Les changements seront cotés sur des échelles d'évaluation de la tolérance à l'égard des crimes sexuels, ainsi que des problèmes sur le plan de l'intimité et de la maîtrise de soi. La tolérance à l'égard des crimes sexuels sera mesurée à l'aide de la Molest Scale (Échelle d'agression) et de la Rape Scale (Échelle de viol), toutes deux élaborées par Bumby (1996) pour

évaluer les distorsions cognitives chez les agresseurs sexuels. Les problèmes sur le plan de l'intimité seront mesurés à l'aide de l'Échelle d'évaluation de l'intimité sociale de Miller (Social Intimacy Scale; Miller et Lefcourt, 1982) et de l'Échelle révisée d'évaluation de la solitude – UCLA (Russell, Peplau et Cutrona, 1980). La maîtrise de soi sera mesurée à l'aide du Test sur les réactions face aux situations à risque élevé (The High Risk Situation Test; Marques, Day, Nelson, Miner et West, 1991) et du Test sur la prévention des rechutes, mis au point par le personnel du Centre régional de traitement (CRT).

Les objectifs

La présente étude vise à enrichir nos connaissances concernant la possibilité que des prédicteurs dynamiques du risque puissent constituer des cibles utiles dans le cadre d'un traitement pour délinquants sexuels. Comme on l'a déjà mentionné, la modification des mesures dynamiques pourrait offrir une avenue de rechange aux méthodes traditionnelles de recherche sur les résultats des traitements pour délinquants sexuels, qui s'intéressaient essentiellement aux mesures de la récidive.

La question à laquelle la présente étude tentera de répondre est la suivante : Est-ce que les notes obtenues sur les échelles d'évaluation des facteurs de risque dynamiques (p. ex., la tolérance à l'égard des infractions sexuelles, les problèmes sur le plan de l'intimité et de la maîtrise de soi) diffèrent avant et après le traitement?

En ce qui concerne la tolérance à l'égard des infractions sexuelles, il est posé comme hypothèse que les délinquants sexuels traités déclarent des niveaux beaucoup plus faibles d'attitudes déformées lors du test post-traitement. Pour ce qui est des problèmes sur le plan de l'intimité et de la solitude, on présume que les délinquants sexuels, en tant que groupe, verront fléchir leur niveau de solitude et leurs problèmes sur le plan de l'intimité grâce au traitement. On prévoit également que les délinquants sexuels auront sensiblement amélioré leurs résultats lorsque leur niveau de maîtrise de soi sera de nouveau évalué lors des tests après le traitement.

Méthode

Le cadre physique

Les participants suivaient le Programme pour délinquants sexuels du Centre régional de traitement de l'Ontario (PDSCRT). Ce programme se donne dans un centre psychiatrique résidentiel qui est situé à l'intérieur du périmètre de sécurité d'un pénitencier fédéral à sécurité maximale, dans la région de l'Ontario, du Service correctionnel du Canada (SCC). Le CRT offre un programme de traitement aux délinquants sexuels à risque élevé et ayant de très grands besoins. Ce programme, fondé sur une approche cognitivo-comportementale, aborde notamment des aspects tels que les attitudes à l'égard de la sexualité et les relations interpersonnelles, le développement de l'empathie et la sensibilisation à la souffrance des victimes, la gestion de la colère et des émotions, les techniques de réduction ou de contrôle de l'excitation sexuelle déviante, et la saine maîtrise de soi. Le PDS comprend un volet de thérapie en groupe et un volet de thérapie individuelle, et s'adresse à des patients qui résident au CRT (voir Abracen et Looman 2004; Abracen, Looman et Langton, 2008, pour une description du programme). Son efficacité a déjà été démontrée. Looman, Abracen et Nicholaichuk (2000) ont montré que, sur une période de suivi de 10 ans, les délinquants sexuels traités au CRT affichaient un taux de récidive correspondant à environ la moitié de celui observé chez les sujets non traités d'un groupe témoin (23,6 % comparativement à 51,7 %). Des données plus récentes sur les résultats (Abracen, Looman, Ferguson, Harkins, Mailloux et Serin, 2010) ont permis de constater que tant les sujets traités que ceux du groupe témoin affichaient de très faibles taux de récidive (environ 10 % pour les deux groupes, sur des périodes de suivi de plus de neuf ans). Toutefois, les sujets traités qui avaient été classés à risque élevé à l'aide d'une mesure actuarielle conçue pour évaluer le risque de récidive sexuelle (c.-à-d., l'Évaluation rapide du risque de récidive sexuelle; ERRRS) présentaient des taux de récidive beaucoup plus faibles que ceux prévus. En fait, seulement deux des 34 sujets traités, classés à risque moyen ou élevé sur cette échelle d'évaluation du risque, avaient récidivé au cours de la période de suivi. Seulement 13 sujets du groupe témoin s'étaient vu attribuer un niveau de risque moyen ou élevé sur cette mesure, dont deux ont commis une nouvelle infraction sexuelle.

Participants

Les participants étaient 75 délinquants sexuels qui avaient suivi le PDSCRT entre 1998 et 2003. Ces participants avaient répondu, avant et après le traitement, à certaines ou à l'ensemble des questions constituant des mesures d'intérêt.

Tous les participants avaient signé des formulaires de consentement autorisant l'utilisation des renseignements fournis à des fins de recherche.

Mesures

Ces mesures proviennent de différents questionnaires d'autoévaluation qui avaient été administrés aux participants traités, avant le début du traitement et une fois le traitement terminé.

Les réactions socialement souhaitables (RSA)

Les réponses ont été évaluées à l'aide du Questionnaire sur les réactions souhaitables (QRS; Paulus, 1984). L'échelle d'illusion sur soi-même (20 questions) sert à mesurer les tendances à s'illusionner sur soi-même (Paulus, 1984). L'échelle de gestion des impressions (20 questions) est utilisée pour évaluer la tendance à tromper intentionnellement les autres (Paulus, 1984). Les coefficients alphas obtenus étaient supérieurs à 0,8 pour les deux sous-échelles et la fiabilité de test-retest s'élevait à plus de 0,6 (Paulhus, 1991). La validité concurrente avec d'autres mesures de la désirabilité sociale a été confirmée (entre 0,71 et 0,80; Paulhus, 1991).

La tolérance à l'égard des crimes sexuels

L'aspect a été évalué à l'aide de la Molest Scale (Échelle d'agression) et de la Rape Scale (Échelle de viol), toutes deux élaborées par Bumby (1996). Ces deux échelles se composent d'une série de questions relatives aux distorsions cognitives en regard des agressions sexuelles contre des enfants ou contre des adultes, respectivement. Chaque question est cotée sur une échelle de Likert. Les cotes supérieures sur ces échelles d'évaluation indiquent de plus nombreuses justifications, minimisations, rationalisations et excuses (Bumby, 1996). Des données empiriques convaincantes témoignent de la cohérence interne (coefficient alpha de 0,97), de la fiabilité de test-retest ($r = 0,84$) à un intervalle de deux semaines ainsi que de la validité discriminative de l'Échelle d'agression (Bumby, 1996). Pour l'Échelle de viol, les résultats indiquent l'existence d'une bonne cohérence interne (coefficient alpha de 0,96) et d'une

fiabilité de test-retest ($r = 0,86$) à un intervalle de deux semaines. Les résultats sont moins concluants en ce qui concerne la validité convergente et discriminative de l'Échelle de viol. Des chercheurs ont utilisé à la fois l'Échelle d'agression (Marshall, Marshall, et coll., 2003) et l'Échelle de viol pour réaliser leurs études sur les délinquants sexuels (Blumenthal, Gudjonsson et Burns, 1999). L'Échelle de viol est un peu moins populaire, mais les écrits disponibles demeurent favorables à son utilisation (Bumby, 1996).

Les problèmes sur le plan de l'intimité

Les problèmes sur le plan de l'intimité ont été mesurés à l'aide de l'Échelle d'évaluation de l'intimité sociale (Social Intimty Scale; Miller et Lefcourt, 1982). Cette échelle comprend 17 questions qui demandent aux répondants de coter la fréquence ou l'intensité de leur participation à des activités qui reflètent l'intimité avec un partenaire. Cette échelle a fait la preuve de sa cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach de 0,91) et de sa fiabilité test-retest ($r = 0,96$; Miller et Lefcourt, 1982). Miller et Lefcourt (1982) ont montré que l'échelle possédait une validité convergente (0,71) et une validité discriminative satisfaisantes (entre 0,41 et 0,57).

L'Échelle d'évaluation de l'intimité sociale a été utilisé dans différentes études sur le traitement des délinquants sexuels (Looman, Abracen, DiFazio et Maillet, 2004; Marshall, Champagne, Brown et Miller, 1997; Seidman et coll., 1994). Selon la théorie élaborée par Marshall (1989, 1993), les problèmes sur le plan de l'intimité et le sentiment de solitude qui en découle sont des aspects qui sous-tendent l'agression sexuelle et qui en font partie intégrante.

Une deuxième mesure pertinente pour cette catégorie de traitement est l'Échelle révisée d'évaluation de la solitude – UCLA (Russell et coll., 1980). Cette mesure exige que les répondants cotent, sur une échelle de quatre points, à quelle fréquence ils ressentent les sentiments de satisfaction ou d'insatisfaction à l'égard des relations interpersonnelles, tels qu'ils sont décrits dans chacun des énoncés. Les cotes plus élevées sur cette échelle indiquent des niveaux plus élevés de solitude. Cette mesure possède une forte cohérence interne (son coefficient alpha de Cronbach se chiffre à 0,94) ainsi qu'une validité concurrente (entre 0,32 et 0,62) et discriminative satisfaisante (Russell et coll., 1980). Beech (1998) a pour sa part prouvé que sa fiabilité de test-retest s'élève à 0,7 sur une période de sept mois.

L'Échelle révisée d'évaluation de la solitude – UCLA a également été utilisée dans le cadre d'études sur les délinquants sexuels (Beech, 1998; Fisher, Beech et Browne, 1999; Hudson et coll., 2002; Milsom, Beech et Webster, 2003). Fischer et coll. (1999) ont découvert que les agresseurs d'enfants obtiennent des scores très différents de ceux des non-délinquants sur cette échelle. Beech (1998) a constaté que les délinquants sexuels à fortes tendances déviantes affichaient des cotes beaucoup plus élevées de solitude émotionnelle, sur l'Échelle révisée d'évaluation de la solitude – UCLA, que les délinquants sexuels à faibles tendances déviantes.

Les problèmes sur le plan de la maîtrise de soi

Les problèmes sur le plan de la maîtrise de soi ont été mesurés à l'aide d'un test sur les réactions face aux situations à risque élevé (High Risk Situation Test; Marques et coll., 1991). Ce test consiste à demander aux clients d'indiquer si leur risque de récidive pouvait augmenter s'ils font face à une situation particulière. Le résultat souhaité est qu'à la fin du programme de traitement les clients reconnaissent un plus large éventail de situations comme présentant pour eux un risque de récidive. Des cotes plus élevées indiquent que les participants ont amélioré leur capacité de recenser les situations à risque élevé. Toutes les situations sont cotées sur une échelle de Likert.

Le Test sur la prévention des rechutes est une autre mesure qui a été examinée. Ce test a été mis au point par le personnel du Centre régional de traitement (CRT) pour évaluer le niveau de connaissance des participants concernant les concepts de prévention des rechutes. Différents moyens sont utilisés pour évaluer ce niveau de connaissance, qui devrait être plus élevé à la suite du traitement. Il n'existe pas encore de données psychométriques.

Procédure

La collecte des données

Les données provenaient des dossiers des délinquants traités au CRT. Les auteurs de l'étude ont également consulté les résultats par question aux tests psychométriques administrés aux participants avant le début du PDSCRT et une fois le traitement terminé.

L'analyse des données

Dans un premier temps, les résultats pré et post-traitement ont été analysés afin de déterminer s'ils étaient rattachés à la désirabilité sociale. Ensuite, des tests *t* jumelés ont été administrés aux délinquants afin de déterminer s'il y avait eu des changements importants dans les mesures psychométriques d'intérêt entre la période antérieure et la période ultérieure au traitement. Ces analyses ont été réalisées à l'aide du Progiciel de statistiques pour les sciences sociales (SPSS 12.0).

Résultats

La désirabilité sociale

Chaque test a été examiné afin de déterminer s'il était corrélé avec le Questionnaire sur les réactions souhaitables (QRS). Aux tests prétraitement, une corrélation modérée a été observée entre l'Échelle d'illusion sur soi-même du QRS et le Test sur les réactions face aux situations à risque élevé ($r = -0,38$, $p = 0,04$). Les résultats plus faibles obtenus au Test sur les réactions face aux situations à risque élevé sont révélateurs d'une faible capacité de repérer ce genre de situations. Cette corrélation avec le QRS indique que les délinquants se sont peut-être dupés eux-mêmes en se déclarant moins à risque qu'ils ne le sont réellement, en endossant moins de situations à risque élevé dans leurs réponses au test sur les réactions face aux situations à risque élevé. Avant le traitement, l'Échelle de gestion des impressions présentait une corrélation moyenne avec l'Échelle d'évaluation de l'intimité sociale ($r = 0,34$, $p = 0,025$), indiquant ainsi que ces délinquants pourraient avoir tenté de présenter une image positive d'eux-mêmes (c.-à-d. des niveaux plus élevés d'intimité). Aucun des autres éléments évalués avant le traitement n'était corrélé avec les échelles du Questionnaire sur les réactions souhaitables (QRS).

Au test post-traitement, l'Échelle révisée d'évaluation de la solitude – UCLA présentait une corrélation modérée avec les échelles d'illusion sur soi-même et de gestion des impressions ($r = -0,43$, $p = 0,013$ et $r = -0,48$, $p = 0,005$, respectivement). Ce constat indique que les délinquants se présentaient eux-mêmes comme moins seuls (volontairement et involontairement) qu'ils ne l'étaient en réalité. Au test post-traitement, l'Échelle d'évaluation de l'intimité sociale (Miller) affichait une corrélation modérée avec les deux échelles, l'Échelle d'illusion sur soi-même et l'Échelle de gestion des impressions ($r = 0,38$, $p = 0,041$ et $r = 0,50$, $p = 0,005$, respectivement). Ceci indique que les sujets se décrivaient peut-être eux-mêmes comme des personnes ayant davantage de relations intimes que ce n'était réellement le cas.

Les attitudes déformées

Le tableau 1 présente les écarts-types moyens pour toutes les mesures examinées avant et après le traitement ainsi que les cotes de changement sur ces mesures. Des tests t pour échantillons appariés ont été administrés aux délinquants pour déterminer les différences pré et post-traitement sur l'Échelle du viol et l'Échelle d'agression. Comme on peut le voir dans le

tableau 2, les participants se voyaient attribuer des cotes beaucoup plus faibles sur l'Échelle de viol ($t(65) = 4,25, p < 0,01$) et sur l'Échelle d'agression ($t(64) = 4,45, p = 0,01$) après avoir suivi un traitement. On peut donc en déduire que, après le traitement, les délinquants sexuels visés par la présente étude endossaient moins de justifications, de minimisations, de rationalisations et d'excuses sur ces deux échelles, en rapport avec les infractions sexuelles contre des femmes et des enfants.

Les problèmes sur le plan de l'intimité

Des tests t pour échantillons appariés ont été administrés aux délinquants, tant pour l'Échelle révisée d'évaluation de la solitude – UCLA que pour l'Échelle d'évaluation de l'intimité sociale, afin de déterminer s'il y avait eu des changements significatifs dans les cotes obtenues avant le traitement et celles obtenues après le traitement. Les résultats sur l'Échelle d'évaluation de l'intimité sociale indiquaient l'absence de différences importantes entre les cotes attribuées avant le traitement et celles attribuées après le traitement ($t(29) = -1,11$, différence non significative). Ce constat indique que les délinquants sexuels faisant partie de l'échantillon n'ont pas déclaré de niveaux d'intimité plus élevés à la suite du traitement. En ce qui concerne l'Échelle révisée d'évaluation de la solitude – UCLA, aucune différence significative n'a été observée dans les résultats des tests administrés avant et après le traitement ($t(30) = 1,5$, différence non significative), ce qui montre que les délinquants faisant partie de l'échantillon ont déclaré des niveaux similaires de solitude avant et après le traitement.

La maîtrise de soi

Des tests t pour échantillons appariés ont été administrés aux délinquants, pour le Test sur la prévention des rechutes et le Test sur les réactions face aux situations à risque élevé. Pour le Test sur la prévention des rechutes, les cotes attribuées aux délinquants s'étaient beaucoup améliorées entre la période antérieure et la période ultérieure au traitement ($t(55) = -7,4$, $p < 0,01$), témoignant d'une meilleure connaissance des concepts relatifs à la prévention des rechutes. Les cotes obtenues par les délinquants au Test sur les réactions face aux situations à risque élevé s'étaient aussi fortement améliorées entre la période avant et celle après le traitement ($t(72) = -4,04$, $p < 0,01$), ce qui révélait une capacité accrue de repérer les situations qui augmentent le risque de récidive pour chaque délinquant.

Tableau 1

Résultats moyens aux tests psychométriques

	Avant le traitement		Après le traitement		Modification des résultats	
	M	Écart-type	M	Écart-type	M	Écart-type
Échelle d'illusion sur soi-même du QRS	5,83 (n = 54)	3,50	5,93 (n = 43)	4,00	0,465 (43)	3,16
Échelle de gestion des impressions du QRS	5,31 (n = 54)	3,64	5,70 (n = 43)	3,96	0,581 (n = 43)	3,92
Échelle d'agression	55,68 (n = 69)	20,04	48,06 (n = 69)	13,61	-8,015 (n = 65)	14,51**
Échelle de viol	55,62 (n = 70)	17,19	49,73 (n = 69)	14,65	-5,74 (n = 66)	10,98**
Échelle d'évaluation de l'intimité sociale (Miller)	124,15 (n = 59)	28,93	129,49 (n = 31)	25,52	5,23 (n = 30)	25,92
Échelle révisée d'évaluation de la solitude – UCLA	44,64 (n = 61)	9,73	43,23 (n = 56)	12,27	-1,36 (n = 55)	10,26
Test sur les réactions face aux situations à risque élevé	86,35 (n = 74)	34,37	102,92 (n = 74)	40,37	16,82 (n = 73)	35,62**
Test sur la prévention des rechutes (RP)	13,52 (n = 56)	3,80	16,05 (n = 75)	3,55	2,67 (n = 56)	2,64**

Nota. QRS = Questionnaire sur les réactions souhaitables

*p < 0,05, **p < 0,01

Analyse

Comme on l'a vu dans l'introduction, il est parfois difficile de prouver l'efficacité d'un traitement pour délinquants sexuels. Les auteurs de la présente étude se sont intéressés à l'une des avenues qu'il avait été suggéré d'explorer pour étoffer les études sur les résultats en matière de récidive. Plus précisément, ils ont examiné les changements survenus en cours de traitement par rapport à des variables éminemment caractéristiques réelles ou présumées des délinquants sexuels représenter des prédicteurs dynamiques de la récidive. Il a été posé comme hypothèse que le traitement pouvait modifier chez ces délinquants leur tolérance à l'égard des crimes sexuels ainsi que leurs problèmes sur le plan de l'intimité et de la maîtrise de soi. Comme prévu, des améliorations importantes ont été observées au cours du traitement. En particulier, les délinquants étaient devenus beaucoup moins tolérants à l'égard des agressions sexuelles. Ces constatations donnent à penser que le personnel chargé d'offrir le traitement avait réussi à modifier positivement les distorsions cognitives des délinquants concernant les femmes et les enfants. De plus, les délinquants avaient grandement amélioré leur capacité de comprendre les concepts inhérents à la prévention des rechutes ainsi que leur aptitude à repérer les situations à risque élevé. Bien sûr, en l'absence d'un groupe témoin non traité, il est impossible de conclure que ces changements sont attribuables au seul traitement. Cependant, de tels résultats portent à croire qu'il est possible qu'un traitement entraîne des changements positifs en ce qui a trait aux facteurs de risque dynamiques. Avant le traitement, les cotes obtenues au Test de réaction face aux situations à risque élevé étaient corrélées avec les tendances à s'illusionner sur soi-même. Cette constatation indique que ces délinquants s'étaient peut-être trompés eux-mêmes en se décrivant comme des personnes à plus faible risque qu'ils ne l'étaient en réalité. Toutefois, le changement important survenu au cours du traitement et l'absence de corrélation significative avec les réactions socialement souhaitables aux tests après le traitement donnent à penser que, après avoir suivi le traitement, les délinquants ont répondu plus honnêtement aux questions portant sur les situations qui augmentent leur risque de récidive.

Au cours du traitement, aucune modification importante des problèmes sur le plan de l'intimité n'a été observée chez les délinquants visés par l'étude. Plus particulièrement, les délinquants faisant partie de l'échantillon n'avaient pas l'impression que leurs niveaux d'intimité étaient plus élevés après le traitement. Ces constats pourraient s'expliquer par l'absence de changement dans leurs situations de vie; encore incarcérés au moment des tests post-traitement,

ces délinquants n'avaient en effet pas eu d'occasions de percevoir quelque modification que ce soit de leurs niveaux d'intimité. En ce qui a trait à la solitude, il est également logique que les délinquants se soient sentis tout aussi seuls après le traitement, pour les raisons susmentionnées. En utilisant la même mesure de la solitude (Beech et coll., 1998), d'autres études ne sont pas parvenues non plus à mettre au jour des changements importants en cours de traitement.

Ces constatations ne remettent pas nécessairement en cause l'importance de cibler ce facteur au cours d'un traitement. Elles signifient tout simplement que les tests de suivi ne devraient peut-être pas être administrés avant que les délinquants n'aient des occasions de mettre leurs nouvelles habiletés à l'épreuve avec les personnes qui sont présentes dans leur vie, des personnes autres que des délinquants sous responsabilité fédérale (p. ex., après leur mise en liberté).

Aussi bien avant qu'après le traitement, une corrélation a été établie entre l'Échelle d'évaluation de l'intimité sociale (Miller) et les réponses socialement souhaitables. L'Échelle révisée d'évaluation de la solitude – UCLA a également été corrélée avec les réponses socialement souhaitables. Ceci porte à croire que les résultats obtenus sur ces mesures doivent être interprétés avec prudence. Les délinquants faisant partie de l'échantillon pourraient avoir tenté de présenter une image d'eux-mêmes qui ne correspond pas à leurs véritables réactions.

Mills et Kroner (2005) ont proposé une autre explication des résultats obtenus par les participants sur l'Échelle d'évaluation des réactions socialement souhaitables, en soulignant qu'une relation négative importante avait été relevée entre ces résultats et le risque criminel, dans différents échantillons correctionnels indépendants. Le constat s'applique tout particulièrement à l'Échelle de gestion des impressions, du Questionnaire sur les réactions souhaitables. Les données recueillies indiquent que les délinquants mal cotés en regard des réactions socialement souhaitables (ceux qui répondent honnêtement) présentent un risque plus élevé de récidive. Comme l'ont reconnu ces auteurs, il est difficile de fournir une explication satisfaisante de l'existence d'une telle corrélation (p. 77). Selon Mills et Kroner (2006), il est possible d'expliquer ces constatations par le fait que les délinquants faisant partie de leurs échantillons aient voulu répondre honnêtement aux questions portant sur des infractions criminelles relativement mineures. Il ne faut pas non plus écarter la possibilité d'un biais dans les réponses des non-délinquants aux questions concernant de tels types de comportement criminel (p. ex., le vol), parce qu'ils se sentaient menacés sur le plan psychologique ou craignaient de compromettre

leur position sociale. Cependant, ces questions n'ont peut-être pas la même importance aux yeux des délinquants qui purgent des peines pour des crimes graves, tels que des voies de fait ou un meurtre (c.-à-d., les délinquants qui faisaient partie de leurs échantillons). Une telle explication pourrait éclairer les résultats contre-intuitifs rapportés par Mills et Kroner (2005). Les auteurs rappellent que le Questionnaire sur les réactions souhaitables (QRS) doit être administré avec prudence lorsqu'il s'agit d'échantillons du milieu correctionnel. Compte tenu des récentes constatations de Mills et Kroner (2006), les résultats de la présente enquête qui font référence aux réactions socialement souhaitables doivent être interprétés avec beaucoup de circonspection. Il se pourrait que les analyses réalisées sans utiliser comme covariables les données obtenues à l'aide du QRS, comme celles ayant servi à la présente étude, soient plus exactes.

Limites et orientations futures

La présente étude comporte plusieurs limites. L'une des plus importantes est la petite taille de l'échantillon, elle-même attribuable au nombre de tests psychométriques qui avaient été administrés à l'époque de la réalisation de l'étude. Certains tests n'étaient administrés que depuis peu, ce qui signifie que bon nombre des délinquants qui s'y étaient soumis avant le traitement n'avaient pas encore terminé leur traitement au moment où la présente étude a été effectuée. Il serait intéressant d'examiner les résultats aux tests psychométriques lorsque davantage de données auront été accumulées. Un autre facteur à explorer est le temps qui s'est écoulé entre l'évaluation post-traitement et la mise en liberté. Le délinquant qui fait des progrès et modifie positivement son comportement entre la période antérieure et la période ultérieure au traitement, en regard de ces mesures, peut néanmoins régresser sensiblement et perdre de tels acquis avant même d'être mis en liberté, surtout si celle-ci n'est prévue que des années après l'achèvement du traitement. L'étude de la relation entre le changement survenu en regard des variables examinées d'une part et la récidive d'autre part ferait une importante contribution à la compréhension que nous avons des prédicteurs dynamiques et des objectifs de traitement utiles.

Il serait également intéressant d'examiner de plus près les prédicteurs du risque dynamiques recensés par Hanson (2006). Il faut employer des méthodes innovatrices pour examiner des objectifs de traitement, sans les biais répétitifs associés aux études rétrospectives dont les résultats sont connus. Des études prospectives sur les facteurs de risque potentiellement dynamiques chez les délinquants sous surveillance dans la collectivité aideraient probablement à préciser la relation entre ces variables et la récidive. Elles permettraient de fixer les objectifs thérapeutiques fondés sur des données empiriques, qui devraient être intégrés dans les programmes de traitement des délinquants sexuels.

Conclusion

La présente étude s'intéresse aux avantages de l'ajout des variables de résultats immédiats aux analyses de l'efficacité des traitements. Il est encourageant de constater que, pour bon nombre des variables ciblées par les programmes de traitement pour délinquants sexuels offerts par le Centre régional de traitement, les résultats se sont grandement améliorés au cours du traitement.

Bibliographie

- Abracen, J., & Looman, J. (2004). Issues in the treatment of sexual offenders: Recent developments and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 229-246.
- Abracen, J., Looman, J., Ferguson, M., Harkins, L., Mailloux, D., & Serin, R. C. (2010). Recidivism among treated sexual offenders and comparison subjects: Recent outcome data from the Regional Treatment Centre (Ontario) High Intensity Sex Offender Treatment Program. *Journal of Sexual Aggression*, Première édition le : 25 mai 2010 (iFirst).
- Abracen, J., & Looman, J., & Langton, C. M. (2008). Treatment of psychopathy: Clinical and research perspectives. *Trauma, Violence and Abuse, 9*, 144-166.
- Allan, M., Grace, R. C., Rutherford, B., & Hudson, S. M. (2007). Psychometric assessment of dynamic risk factors for child molesters. *Sexual Abuse, 19*, 347-367.
- Barratt, M., Wilson, R. J., & Long, C. (2003). Measuring motivation to change in sexual offenders from institutional intake to community treatment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15*(4), 269-283.
- Barbaree, H. E. (1997) Evaluating treatment efficacy with sexual offenders: The insensitivity of recidivism studies to treatment effects. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 9*, 111-128.
- Beech, A. R. (1998). A psychometric typology of child abusers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 42*, 319-339.
- Beech, A., Fisher, D. & Beckett, R. (1998). Step 3: An evaluation of the prison sex offenders treatment programme. Home Office Occasional Report. Londres : HMSO. Disponible en format électronique à l'adresse suivante : www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf.
- Blumenthal, S., Gudjonsson, G., & Burns, J. (1999). Cognitive distortions and blame attribution in sex offenders against adults and children. *Child Abuse and Neglect, 23*(2), 129-143.
- Bumby, K. M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 8*, 37-54.

- Bumby, K. M. & Hansen, D. J. (1997). Intimacy deficits, fear of intimacy, and loneliness among sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 24(3), 315-331.
- Fisher, D., Beech, A., & Browne, K. (1999). Comparison of sex offenders to non offenders on selected psychological measures. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(4), 471-491.
- Gallagher, C. A., Wilson, D. B., Hirschfield, P., Coggeshall, M. B., MacKenzie, D. L. (1999) A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual offending. *Corrections Management Quarterly*, 3, 19-29.
- Hall, G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.
- Hanson, R. K. (1997). How to know what works with sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 129-145.
- Hanson, R. K. (2000). Treatment outcome and evaluation problems (and solutions). Dans D. R. Laws, S.M. Hudson et T. Ward (éds), *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: A Sourcebook* (pp. 484-499), Londres : Sage Publications, Inc.
- Hanson, R. K. (2006). Stability and change: dynamic risk factors for sexual offenders. Dans W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, L. E., Marshall et G. A. Serran (éds), *Sexual Offender Treatment: Controversial Issues* (pp. 17-31), Angleterre : John Wiley and Sons.
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., & Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-194.
- Hudson, S. M., Wales, D. S., Bakker, L., & Ward. T. (2002). Dynamic risk factors: The Kia Marama evaluation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(2), 103-119.
- Looman, J. Abracen, J., DiFazio, R., Maillet, G. (2004). Alcohol and drug abuse among sex offenders: Relationship to intimacy deficits, loneliness and coping strategies. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(3), 177-189.

- Looman, J., Abracen, J., & Nicholaichuk, T. P. (2000). Recidivism among treated sexual offenders and matched controls: Data from the Regional Treatment Centre (Ontario). *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 279-290.
- Marques, J. K., Day, D. M., Nelson, C., Miner, M. H., & West, M. A. (1991). The sex offender treatment and evaluation project: Fourth report to the legislature in response to PC 1365. Sacramento, CA: California State Department of Mental Health.
- Marques, J., Nelson, C., West, M. A., & Day, D. M. (1994). The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters. *Behavior Research and Therapy*, 32(5), 577-588.
- Marshall, W. L. (1989). Invited essay. Intimacy, Loneliness and sexual offenders. *Behavior Research and Therapy*, 27, 491-503.
- Marshall, W. L. (1993). The role of attachment, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sexual and Marital Therapy*, 8, 109-121.
- Marshall, W. L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive behavioral treatment of sexual offenders*. New York : J. Wiley & Sons.
- Marshall, W. L., Champagne, F., Brown, C., & Miller, S. (1997). Empathy, intimacy, loneliness, and self-esteem in nonfamilial child molesters. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6, 87-97.
- Marshall, W. L., Champagne, F., Sturgeon, C., & Bryce, P. (1997). Increasing the self-esteem of child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9(4), 321-333.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Sachdev, S., & Kruger, R. L. (2003). Distorted attitudes and perceptions, and their relationship to self-esteem and coping in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(3), 171-181.
- Mills, J. F., & Kroner, D. G. (2005). An investigation into the relationship between socially desirable responding and offender self-report. *Psychological Services*, 2, 70-80
- Mills, J. F., & Kroner, D. G. (2006). Impression management and self-report among violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 178-192.
- Miller, R. S., & Lefcourt, H. M. (1982). The assessment of social intimacy. *Journal of Personality Assessment*, 46, 514-518.

- Milsom, J., Beech, A. R., & Webster, S. D. (2003). Emotional loneliness in sexual murderers: A qualitative analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(4), 285-296.
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Individual Differences*, 46(3), 598-609.
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and control of response bias. Dans J. P. Robinson, P. E. Shaver, et L. S. Wrightsman (éds), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp.17-59), New York : Academic Press.
- Pithers, W. (1994). Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offender's empathy for sexual abuse survivors. *Behavioural Research and Therapy*, 32(5), 565-570.
- Pithers, W. (1999). Empathy: Definition, enhancement, and relevance to the treatment of sexual abusers. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(3), 257-284.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Lalumiere, M.L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 512-523.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (2003). The size and sign of treatment effects in sex offender therapy. Dans R. A. Prentky, E. S., Janus et M. C. Seto (éds). *Annals of the New York Academy of Science*, volume 989 (pp. 428-440), New York : The New York Academy of Sciences.
- Seidman, B. T., Marshall, W. L., Hudson, S. M., & Robertson, P. J. (1994). An examination of intimacy and loneliness in sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 518-534.
- Stirpe, T., Wilson, R.J., & Long, C. (2001). Goal attainment scaling with sexual offenders: A measure of clinical impact at post-treatment and at community follow-up. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13(2), 65-77.
- Thornton, D (2002). Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(2), 139-153.

Williams, F., Wakeling, H., Webster, S. (2007). A psychometric study of six self-report measures for use with sexual offenders with cognitive and social functioning deficits. *Psychology, Crime & Law*, 13, 505-522.

Watson, R. J. & Stermac, L.E. (1994). Cognitive group counseling for sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38(3), 259-270.