

Réhabilitation des délinquants sexuels : le modèle des vies saines

Les derniers développements scientifiques et théoriques à propos des délinquants sexuels et de leur comportement sont surtout orientés vers l'évaluation et la gestion du risque de récidive. Le « Good lives model for offender rehabilitation » ou le « Modèle des vies saines » réintroduit une perspective plus humaniste dans la prise en charge des délinquants sexuels.

Les délits sexuels causent un traumatisme interpersonnel avec des conséquences sur le long terme non seulement pour les victimes directes de l'acte, mais aussi pour l'ensemble de la communauté. La délinquance sexuelle provoque de l'anxiété et des ressentis d'insécurité parmi la population générale¹. Les médias amplifient cette anxiété du public en qualifiant le délinquant sexuel en tant que prédateur, pervers, et individu dangereux. En conséquence, la réactivité publique à la délinquance sexuelle est bien plus marquée que celle suscitée par les autres formes de criminalité². L'attention particulière portée sur le délinquant sexuel est visible également au niveau politique et législatif. Le délinquant sexuel fait l'objet d'une série d'actions politiques et législatives visant la protection de la collectivité publique³. Depuis les années '90, la tendance législative en matière de réhabilitation des délinquants sexuels porte principalement sur la prévention de la récidive. Les réponses législatives tendent vers des mesures de neutralisation en imposant des contraintes et des moyens de surveillances dont la durée s'étend bien au-delà de la peine initiale.

Aux États-Unis, le viol et l'homicide de Megan Kanka, une fillette de 7 ans en 1994, a entraîné l'adoption de la « Megan's Law ». Cette loi oblige les États à faire des registres de délinquants sexuels connus, après leur libération. Ce registre, accessible au public, comporte les nom, photos et adresses des délinquants sexuels, impliquant ainsi une perte du droit à la vie privée et à l'image pour l'individu ayant commis un

délit d'ordre sexuel. La plupart des pays anglophones (l'Australie, le Royaume-Unis, Canada et l'Irlande) ont suivi cet exemple. Cette loi a en outre une portée dépassant les frontières des États-Unis, à partir de 2016, avec la « Megan's Law International » qui implique le placement d'un signe distinctif et permanent sur le passeport du délinquant sexuel⁴. La Suisse connaît également un durcissement des lois pénales visant la répression et le contrôle des délinquants sexuels. La votation populaire en faveur de l'internement à vie pour les délinquants sexuels estimés dangereux est un bon exemple de la tendance répressive actuelle. Cette mesure sécuritaire est toutefois contraire à l'art. 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) qui qualifie la privation de liberté sans perspective de libération de traitement inhumain et dégradant⁵. Depuis 2013, les infractions d'ordre sexuel contre les enfants sont imprescriptibles. En 2018, un projet de modification du Code pénal vise à combler l'absence de contrôle au-delà de l'exécution des peines du délinquant dangereux par une mesure de surveillance dans la société. En France, suite à l'analyse de la législation pénale, Audrey Darsonville, professeure de droit privé et sciences criminelles, conclut à un investissement supérieur aux besoins réels (surinvestissement législatif) dans le domaine des infractions portant atteinte à l'intégrité sexuelle. La réponse législative au crime sexuel en France connaît un nombre important de dérogations au droit pénal classique, mais également aux principes fondamentaux du droit, créant ainsi un

régime pénal spécial pour la répression de la déviance sexuelle⁷.

Cette volonté de protection de la sécurité publique au détriment éventuel des droits fondamentaux des délinquants est également reflétée dans l'évolution en matière de réhabilitation. Les derniers développements scientifiques et théoriques autour du délinquant sexuel et de son comportement sont surtout orientés vers l'évaluation et la gestion du risque de récidive. Cette situation découle principalement du fait qu'un bon nombre d'études sur les délinquants sexuels récidivistes indiquent que ces derniers souffrent de graves troubles de la personnalité. Ces troubles sont estimés incurables par plusieurs spécialistes en psychiatrie. Dès lors, il n'est plus question de savoir si le délinquant sexuel récidivera, mais plutôt de savoir quand il passera de nouveau à l'acte. Partant de cette constatation, il est délétaire de tenter de soigner ces délinquants. Il s'avère ainsi plus simple et moins risqué de les enfermer car la recherche d'autres moyens pour les encourager dans une vie exempte de délit semble compliquée et coûteuse⁸. Les programmes thérapeutiques qui subsistent sont conçus autour d'objectifs d'évitement et laissent peu de place aux innovations en matière d'exécution de sanctions et de traitement psychiatriques des troubles graves de la personnalité⁹.

Du point de vue du délinquant sexuel

Les effets dévastateurs de l'acte sur la victime et ses proches semblent a priori justifier une volonté législative

orientée sur la prévention du risque de récidive. Certaines de ces mesures seraient toutefois à redéfinir du point de vue éthique. La préoccupation pour le risque de récidive soumet le délinquant sexuel à des sanctions interminables qui visent non seulement à punir un acte dans le passé mais aussi à prévenir un acte dans le futur. Le délinquant sexuel n'est plus considéré comme un être humain en besoin de soutien et de guidance, mais plutôt comme un risque à gérer. Certaines de ces mesures empiètent sur le droit à la vie privée, mettent à mal le principe

« Les effets dévastateurs de l'acte sur la victime et ses proches semblent a priori justifier une volonté législative orientée sur la prévention du risque de récidive. Certaines de ces mesures seraient toutefois à redéfinir du point de vue éthique »

de proportionnalité de la peine¹⁰, ou encore le droit à l'oubli. Alors que nous témoignons d'un avancement dans la protection des droits de l'homme dans tous les domaines de la société, qu'ils concernent la médecine, l'orientation sexuelle, le genre, le handicap, les classes sociales, la situation en droit pénal semble régresser. Être soumis indéfiniment à une restriction de liberté dans un établissement ou dans la société, être perpétuellement ramené à ses délits, n'aide pas à recouvrer la dignité et laisse peu de perspectives pour un changement et une évolution personnelle.

La réhabilitation du délinquant sexuel selon le « modèle des vies saines »

En se basant sur le sens de la dignité humaine, Ward et Beech (2006)¹¹ délimitent les bases du « Modèle des vies saines » de prise en charge des

délinquants sexuels. Il s'agit d'un modèle de réhabilitation associant un ensemble de principes généraux qui visent à guider la pratique du thérapeute lors d'un programme de traitement des délinquants¹². Ward, Gannon et Brigden (2007)¹³ s'efforcent dans un premier temps de réintroduire une perspective humaniste dans la prise en charge des délinquants sexuels. Les auteurs partent d'une analyse des droits humains définis par la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies¹⁴. Ils concluent que la raison d'être des droits de l'homme est de protéger les conditions personnelles, économiques, sociales et environnementales permettant aux êtres humains de vivre dignement. Dans ce sens, les droits humains sont des besoins innés et nécessaires pour l'épanouissement individuel¹⁵. Les auteurs soutiennent l'hypothèse qu'en raison de l'universalité et l'inaliénabilité des droits humains, le délinquant sexuel ne diffère pas des autres humains et est, en même temps, détenteur et violateur de ces mêmes droits humains. Partant du principe du libre arbitre, il est toutefois fréquemment admis que les délinquants sexuels ont risqué la perte de leurs droits en commettant un acte portant préjudice à autrui. Dès lors, les contraintes exercées sur leurs libertés individuelles sont une conséquence justifiée de leurs actes. Toutefois, un traitement efficace ne peut naître dans un contexte où seule est prise en compte l'appréciation des droits de la victime et de la société. La prise en charge des délinquants sexuels doit être ainsi orientée vers la présomption que comme tout un chacun, ils tentent de satisfaire un certain nombre de besoins humains basiques.

Le modèle des vies saines s'est ainsi développé en réponse critique au modèle de la gestion des risques criminels (risques-besoins-réceptivité). Le fait de se baser d'une manière prédominante ou exclusive sur la gestion des risques criminels de récidive, néglige les besoins personnels du

« Un traitement efficace ne peut naître dans un contexte où seule est prise en compte l'appréciation des droits de la victime et de la société »

délinquant et impacte négativement sa motivation à adhérer au traitement¹⁶. Ce modèle se voit également reprocher de focaliser le traitement sur les déficits de l'individu, plutôt que sur ses ressources. Contrairement à la présomption que les délinquants sont porteurs de risques, l'approche du « modèle des vies saines » envisage les délinquants sexuels comme porteurs de droits humains, mettant en avant leurs besoins, mais aussi leurs responsabilités envers les autres. Dès lors, un programme de réhabilitation suivant le modèle des vies saines impliquerait un travail vers l'acquisition des besoins primaires inhérents à chaque humain, soit des activités, des dispositions d'esprit, des caractéristiques personnelles, des états ou des expériences susceptibles d'augmenter le bien être psychologique¹⁷. Concrètement, au niveau de l'explication de l'acte délictuel, selon le modèle des vies saines le délinquant sexuel utilise des moyens inappropriés, (le délit sexuel), pour satisfaire des besoins humains fondamentaux (p.ex., le besoin du relationnel)¹⁸. Le traitement devrait ainsi viser des objectifs d'acquisition des aptitudes nécessaires à sécuriser les besoins primaires d'une façon qui ne porte pas préjudice à autrui, au lieu de cibler des objectifs d'évitement (éviter la réalisation du risque criminel dans le futur). En orientant ainsi le traitement vers l'acquisition de leurs besoins et les ressources de l'individu pour ce faire, la motivation du délinquant à l'adhésion au traitement serait augmentée et en parallèle, le risque de récidive diminuerait.

Le modèle des vies saines est un modèle de réhabilitation récent qui a toutefois gagné une certaine popularité dans les pays anglo-saxons et qui fait son

chemin dans les pays francophones¹⁹. Bien qu'il soit encore trop tôt pour tirer des conclusions générales des recherches, plusieurs études démontrent l'efficacité du modèle des vies saines en termes d'amélioration de l'engagement du délinquant au traitement. La comparaison entre deux groupes de traitement, le premier orienté vers des objectifs d'évitement et le deuxième vers des objectifs d'acquisition, a mis en évidence que les participants du deuxième groupe ont démontré une plus grande motivation à la poursuite du traitement que ceux dans le premier groupe. Une autre étude a observé que les délinquants sexuels ayant participé à un programme de traitement focalisé sur les ressources des délinquants sexuels et le développement de leurs capacités à atteindre leurs objectifs de vie ont présenté, par la suite, un taux de récidive d'un délit sexuel faible (3.2% en 5 ans et 5.6% en 8 ans). Ce taux était plus faible que celui initialement prédit par les outils actuariels d'évaluation du risque de récidive (16.8%, respectivement, 23.8%)²⁰.

■ **Melody Bozinova**

Sources

- ¹ Levenson, J.S. et al. (2007). Public Perceptions About Sex Offenders and Community Protection Policies. *The Society for the Psychological Study of Social Issues*, 7, 1 : 1-25.
- ² Long, A. (2009). Sex Offender Laws of the United Kingdom and the United States: Flawed Systems and Needed Reforms. *18 Transnat'l L. & Contemp. Probs.* 145.
- ³ DiBennardo, R.A. (2018). Ideal Victims and Monstrous Offenders: How the News Media Represent Sexual Predators. *Socius: Sociological Research for a Dynamic World*, 4: 1-20.
- ⁴ Vess, J. (2009). Fear and loathing in public policy: Ethical issues in laws for sex offenders. *Aggression and Violent Behaviour*, 14: 264-272.
- ⁵ Centre Suisse de compétence pour les droits humains (CSDH) (2013). Une privation de liberté à perpétuité incompressible viole l'art. 3 CEDH : <https://www.skmr.ch/frz/domaines/police/nouvelles/privation-liberte-perpetuite.html>.
- ⁶ Quéloz, N. (2020). Société du « risque zéro » et principe de réinsertion sociale : une impasse. In : Genillod- Villard, F. et al. (Eds). *La réhabilitation dans la société du risque zéro*. Stämpfli, Bern.
- ⁷ Darsonville, A. (2012). Le surinvestissement législatif en matière d'infractions sexuelles. *Carine info*, num. 34/1 : 31-43.
- ⁸ Restellini, J-P. (2004). Internement des délinquants sexuels et avenir de la médecine pénitentiaire en Suisse. *Revue médicale Suisse*, 1247.
- ⁹ Ward, T. (2011). Human Rights and Dignity in Offender Rehabilitation, *Journal of Forensic Psychology Practice*, 11:2-3, 103-123.
- ¹⁰ Kuhn, A., et al. (2014). Dangerosité, mesures et droit pénal: Un ménage à trois voué au divorce. *ZStR* 4, 353-366.
- ¹¹ Ward, T., et A. Beech (2006). « An integrated theory of sexual offending », *Aggression and*

Violent Behavior, vol. 11, no 1, p. 44-63.

- ¹² Corneille, S. & Henrard, N. (2019). Le Good Lives Model : un modèle alternatif au modèle de prévention de la récidive. In : Dieu, E. (Ed.). *Les innovations criminologiques*. Éditions l'Harmattan.
- ¹³ Ward, T., Gannon, T.A., et Birgden, A. (2007). Human Rights and the Treatment of Sex Offenders. *Sex Abuse*, 19:195-216.
- ¹⁴ Déclaration universelle des droits de l'homme, Nations Unies.
- ¹⁵ Ward, T. (2011). Human Rights and Dignity in Offender Rehabilitation, *Journal of Forensic Psychology Practice*, 11 (2-3), 103-123.
- ¹⁶ Collie, R.M, Ward, T., & Gannon, T.A. (2006). In : McAnulty, R. & Burnette, M. *Sex and Sexuality: Sexual deviation and Sexual Offences*. Praeger : London.
- ¹⁷ Corneille, S. & Henrard, N. (2019). Le Good Lives Model : un modèle alternatif au modèle de prévention de la récidive. In : Dieu, E. (Ed.). *Les innovations criminologiques*. Éditions l'Harmattan.
- ¹⁸ Siegert, J.R., et al. (2007). A Good Lives Model of clinical and community rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 29 (20-21), 1604 - 1615.
- ¹⁹ Good-lives-model (GLM): Premières rencontres internationales francophones : <http://www.fihabsbl.be/getattachment/1024ad03-262d-49d9-a9ea-f0e9536dc892/161020-Marronniers-GLM-Presentation.aspx>.
- ²⁰ Willis, G. & Ward, T. (2013). The good lives model: Evidence that it works. In L. Craig, L. Dixon, & T.A. Gannon (2013), *What Works in Offender Rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and Treatment*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons.