



Centre de Recherche
en Défense Sociale

CENTRE DE RECHERCHE EN DÉFENSE SOCIALE (CRDS)

UNITÉ DE PSYCHOPATHOLOGIE LÉGALE (UPPL)



PROJET DE RECHERCHE ACTION : 2010 À -

Évaluation en continu des caractéristiques délictueuses, des aspects diagnostiques, de l'environnement social et de la prise en charge des AICS au sein d'équipes de Santé Spécialisées en Région wallonne

Rapport d'activité 2018

Chercheurs : Claire Ducro, Emilie Telle & François Brouillard

Directeur de recherche : Prof. Thierry Pham



Wallonie

Avec le soutien de la Région wallonne

Ce rapport porte sur les principales activités menées au cours de l'année 2018 par le CRDS concernant la mise en place du projet relatif à l'évaluation en continu des caractéristiques délictueuses, des aspects diagnostiques, de l'environnement social et de la prise en charge des AICS au sein d'Équipes de Santé Spécialisées en région wallonne. Nous y développerons une description relative à l'état actuel de la base de données afin de détailler au mieux la population étudiée dans ce projet.

Au plan sociodémographique, les AICS affichent un statut social et professionnel assez isolé et précaire. Ces difficultés, au lieu de s'améliorer avec le temps, ont plutôt tendance à perdurer, voire à s'accroître. On observe qu'ils abusent majoritairement de victimes de sexe féminin, de moins de 14 ans, et ce, dans un contexte intrafamilial.

Le parcours criminel des AICS est avant tout composé d'infractions sexuelles avec contact avec peu d'antécédents judiciaires, qu'ils soient de nature sexuelle ou non. Les AICS sont traités pour des problématiques principalement relatives à des troubles des préférences sexuelles, des problèmes liés à des événements de vie négatifs durant l'enfance, des troubles spécifiques de la personnalité, des problèmes liés à des circonstances légales, l'abus d'alcool, ainsi que la présence de retard mental. L'usage de substances revêt une assez grande importance dans le cas d'infractions sexuelles. Dans plus de 40% des cas, elles ont eu lieu sous leur emprise. Au niveau de la prise en charge, la période moyenne de suivi est d'un peu plus de 3 ans, avec près d'un rendez-vous fixé par mois, un taux relativement proche d'entretiens respectés et un faible taux de rendez-vous annulés. Enfin, plus de 2 documents sont consultés en moyenne par les professionnels dans le cadre du suivi.

TABLE DES MATIÈRES

Rappel du déroulement de l'étude	5
Méthodologie proposée	8
Activités 2018	10
Analyses descriptives des caractéristiques sociales, criminelles, diagnostiques et thérapeutiques des AICS	12
Introduction.....	13
Caractéristiques sociodémographiques chez les AICS	13
Troubles psychiatriques des AICS.....	14
Profil délictueux des AICS.....	16
Méthodologie	18
Participants.....	18
Instrument employé.....	18
Analyse des données	18
Procédure	19
Résultats	20
Profil socio-environnemental.....	20
Profil délictueux.....	24
Genre des victimes	24
Âge des victimes	24
Lien avec les victimes	25
Infractions actuelles	27
Antécédents judiciaires	33
Profil diagnostique	37
Diagnostics.....	37
Abus de substances	39
Modalités de prise en charge	43
Modalités de prise en charge sur le parcours total.....	44
Modalités de prise en charge par année de suivi.....	47
Documents consultés	49
Discussion	51
Perspectives d'avenir	55
Bibliographie	56
Annexes	65

Rappel du déroulement de l'étude

L'étude du parcours post-institutionnel d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS), suite à la prise en charge post-pénitentiaire en Région wallonne, a permis d'évaluer les taux de récurrence de ces AICS (Rapport du projet de recherche, partie 1, 2006-2007). Ces taux ont été mesurés auprès d'une population d'AICS ayant fait l'objet d'un enregistrement au sein d'une grille de renseignements relatifs à l'activité des différentes équipes durant les années 2001 et 2002. À partir d'environ 1200 fiches de renseignements, seuls 219 AICS ont fait l'objet de cette étude (Rapport du projet de Recherche, Partie 1, 2006-2007).

Les résultats de cette recherche soulignent, sur une période de libération moyenne de 4,12 ans, 27,70% de récurrence générale, 7,50% de récurrence sexuelle, 3,80% de récurrence violente non sexuelle et 19,30% de récurrence non violente non sexuelle. Ces taux sont inférieurs aux taux de récurrence évalués au sein de la littérature internationale ainsi qu'aux taux évalués par le CRDS auprès d'une population d'internés (Menghini, Ducro, & Pham, 2005). Les taux obtenus sont proches de ceux rapportés par les méta-analyses évaluant l'efficacité thérapeutique de la prise en charge des AICS au sein de la littérature internationale. Les résultats de cette première partie de recherche, soutiennent l'hypothèse que le système de prise en charge en ambulatoire en Région wallonne contribue au faible taux de récurrence sexuelle de la cohorte (Hanson, communication personnelle). Néanmoins, différentes limites ont été soulignées : Le taux d'attrition élevé au sein de la cohorte, l'absence de mesure du risque de récurrence des AICS, l'absence d'un groupe contrôle d'AICS n'ayant pas bénéficié d'un suivi ambulatoire, la mesure de taux de récurrence à partir uniquement de données officielles, ainsi que l'absence de données relatives à la prise en charge (les grilles de renseignements fournissaient seulement des informations relatives à la prise en charge au cours des années 2001 et 2002).

Courant 2007 et 2008, une seconde phase de la recherche a été menée. L'objectif de cette seconde phase était de pallier certaines de ces limites. Nous avons tenté de diminuer les taux d'attrition de la cohorte constituée à partir des fiches de renseignements, ce taux reste néanmoins encore élevé. À partir de la lecture des dossiers du Service des Cas Individuels et du Casier Judiciaire, nous avons également évalué le risque de récurrence de l'ensemble de la cohorte à partir de deux instruments statiques d'évaluation du risque de récurrence des AICS

ayant fait l'objet d'évaluation psychométrique en Belgique (Ducro & Pham, 2006 ; Pham & Ducro, 2008) : la Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2002) et la Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG, Quinsey *et al.*, 1998). Des analyses statistiques ont permis de préciser le niveau de risque des AICS constituant la cohorte et de discuter les taux de récidive en fonction de ce niveau de risque (cf. Rapport de Recherche, Partie 2, 2007-2008).

Au cours de ces deux années de recherche, nous nous sommes confrontés à une difficulté liée à la dimension rétrospective de la recherche. En effet, la qualité de la recherche et la validité des résultats dépendent de la qualité et de l'exhaustivité des renseignements repris dans les grilles AICS de 2001 - 2002, ainsi que dans les dossiers du SCI (des dossiers pour lesquels les faits remontent parfois à plus de 10 ans). L'encodage de données dans un tel fichier ou le classement de documents dans un dossier judiciaire ont évolué. De plus, les fiches de renseignements fournissaient des informations quant à la prise en charge de l'AICS au sein des équipes, cependant ces informations reflétaient l'activité 2001 - 2002. Par conséquent, ces données préliminaires ne permettaient pas de détailler les caractéristiques du suivi thérapeutique : (a) encore ou non en suivi ; (b) dosage ; (c) modalité individuelle, groupale, multimodale ; (d) orientation théorique. Au vu de l'évolution des pratiques, nous nous attendons au fait que la prise en charge des AICS a évolué entre 2001 et 2008.

Au vu de ces remarques et afin de pallier ces différentes limites, notre objectif était de mener une recherche-action de type prospectif sur du long terme. La littérature internationale, et notamment les travaux de Bonta et collaborateurs (Bonta & Andrews, 2007), souligne l'importance d'intégrer ces trois dimensions - Risque, Besoin et Réceptivité - au sein de la prise en charge des populations délinquantes. Dans ce projet, la mise en place, en 2009, d'un instrument d'évaluation, reprenant des données délictueuses, diagnostiques, socio-environnementales et des données relatives à la prise en charge, avait pour objectif de suivre l'évolution continue de la cohorte des AICS suivis au sein des Équipes de Santé Spécialisées (ESS) en Région wallonne. Cet instrument intègre certaines variables communes à celles recensées dans les grilles d'enregistrement des données à caractère épidémiologique de la Région wallonne. Afin de faciliter l'encodage pour les équipes, nous avons adapté notre système de codage afin de suivre celui des grilles d'enregistrement épidémiologique. Cet instrument d'évaluation, ainsi constitué, permettrait de mesurer le niveau de risque statique

de l'AICS lors de sa libération, de connaître son type de libération, son suivi au sein d'une ou de plusieurs Équipes de Santé Spécialisées (en cas de réorientation), ses critères diagnostiques, ainsi que l'environnement social dans lequel il évolue. Il est important de souligner que ces différentes variables sont reconnues comme étant potentiellement prédictives d'un risque de récidive, qu'elles permettent de cerner également les besoins des AICS quant à une éventuelle prise en charge et leur réceptivité.

Méthodologie proposée

Population : AICS issus des Équipes de Santé Spécialisées (ESS) de la Région wallonne pour lesquels un dossier de traitement est ouvert.

Déroulement de la recherche-action : l'instrument d'évaluation a été proposé en 2009 à plusieurs équipes volontaires, dans le but de l'implémenter et de voir la faisabilité de l'évaluation par les professionnels des ESS. Une phase test réalisée auprès de 4 équipes s'est achevée fin 2009. Suite à cette phase, les différentes équipes de la Région wallonne ont été sollicitées afin de cibler davantage d'AICS pour une recherche qui soit la plus représentative possible de la population concernée.

Les données recensées dans cet instrument seront transmises au CRDS afin que les psychologues-chercheurs intègrent les informations au sein de la recherche.

Évaluation :

(1) *Instrument d'évaluation en continu des caractéristiques des AICS :*

- Les caractéristiques délictueuses de l'AICS (antécédents délictueux, faits actuels, fréquence, victime, type de peine, type de libération, etc.) ;
- Les caractéristiques diagnostiques (présence d'un trouble, mode d'évaluation de ce trouble, type d'évaluation proposé, etc.) ;
- Les caractéristiques socio-environnementales (statut conjugal, emploi, évolution de ces variables au cours du suivi de l'AICS) ;
- Les caractéristiques de la prise en charge (type, fréquence, absentéisme, orientation du praticien, nombre de praticiens, etc.).

(2) *Évaluation du niveau de risque statique de l'AICS lors de sa libération.*

(3) *Évaluation de la récurrence générale, sexuelle, violente non sexuelle et non violente non sexuelle.*

Ces deux dernières évaluations seront réalisées par des psychologues-chercheurs du CRDS, et ce, à partir des variables recensées au sein de l'instrument d'évaluation en continu des AICS

ainsi que de la consultation des dossiers de la Direction Générale de la Détention (DGD) et du casier judiciaire (tout au moins pour la variable récidive) ou des dossiers greffes des établissements de Défense Sociale. Le CRDS veillera à contrôler la validité des évaluations en réalisant des accords inter-juges à partir d'un nombre suffisant de participants.

Analyse des données : l'objectif étant de cerner l'apport des Équipes de Santé Spécialisées sur un laps de temps suffisamment long. Chaque année, à une période donnée, des taux de récidive seront calculés et mis en lien avec les différentes variables recensées dans le présent projet. *Soulignons qu'au plus la période d'observation sera longue, au plus les résultats seront valides.*

Implications : les résultats obtenus seront discutés à la lueur de la littérature internationale. Des pistes de réflexion, quant à la prise en charge et notamment à l'apport du réseau, pourront émaner au cours du projet. Il sera nécessaire de moduler la recherche en fonction des résultats obtenus au cours des premières années et d'intégrer, si possible, les remarques et attentes des ESS au présent projet. Ainsi, *nous pourrions davantage cerner l'apport des équipes et du réseau de santé spécialisé offert aux AICS au niveau ambulatoire, et ce, en nuanciant les résultats via des variables plus qualitatives en lien avec la prise en charge.* Il sera intéressant d'examiner comment les principes de Risque, de Besoin et de Réceptivité peuvent être articulés, et ce, notamment, au niveau du dosage thérapeutique. Au cours du projet, certains praticiens souhaiteront sans doute mesurer l'impact spécifique d'une prise en charge. De nouvelles variables, comme l'évaluation des changements (Stable et Acute 2000, Hanson & Harris, 2001), pourront être intégrées dans leur pratique. De telles variables pourraient également être conseillées, intégrées et analysées au sein du présent projet.

L'activité 2018 s'axe principalement sur les points suivants :

- (a) L'encodage de données manquantes relatives aux activités des équipes en 2017 et antérieurement ;
- (b) La rencontre des différentes ESS dans l'objectif :
 - a. De présenter ou d'effectuer un rappel du déroulement du projet ;
 - b. De faire le point sur les données manquantes et la transmission de celles-ci ;
 - c. De lever certaines questions méthodologiques ; de réorganiser la collecte et la transmission des données ;
 - d. De souligner la disponibilité des chercheurs afin de répondre aux questions des ESS à tout moment de l'année (par téléphone, mails ou déplacements si besoin).
- (c) La communication autour du projet :
 - a. Communications posters:
 - i. Ducro, C., Strzoda, I., & Pham, T.H. Recidivism rates and predictive validity of the Static-99R, BARR 2002R and VRAGR evaluations among released sex offenders in Belgium, *18th Annual Conference International Association of Forensic Mental Health Services (IAFMHS); June 2018, Anvers, Belgique (Annexe 1)*.
 - ii. Ducro, C., Telle, E., & Pham, T.H. Recidivism rates of released sex offenders in Belgium, *15th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), Aout 2018, Vilnius, Lituanie (Annexe 2)*.
 - iii. Ducro, C., & Pham, T.H. Predictive validity of the Static-99R, BARR 2002R and VRAGR assessment among released sex offenders in Belgium, *15th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), Aout 2018, Vilnius, Lituanie (Annexe 3)*.
 - iv. Ducro, C., Telle, E., & Pham, T.H. Criminal, socio-demographic, diagnostic and treatment characteristics of sex offenders in Belgium: A longitudinal study, *15th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), Aout 2018, Vilnius, Lituanie (Annexe 4)*.

b. Communication orale:

- i. Ducro, C., Telle, E., & Pham, T.H. Actualisation des résultats de la recherche en Région wallonne, Tournai, CRP Les Marronniers, 19 avril 2018.

c. Articles :

- i. Ducro, C., Telle, E., & Pham, T.H. (Soumis). Recidivism rates of sex offenders released from the French Belgian judicial system. *Acta Psychiatrica Belgica*.
- ii. Telle, E., Ducro, C., & Pham, T.H. (En préparation). Caractéristiques sociodémographiques, criminelles, diagnostiques et thérapeutiques des délinquants sexuels en Belgique.
- iii. Ducro, C., & Pham, T.H. (En préparation). Validité prédictive d'instruments d'évaluation du risque de récidive auprès de détenus Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel : La SORAG et la VRAG-R.

**Analyses descriptives des caractéristiques
sociales, criminelles, diagnostiques et
thérapeutiques des AICS**

Introduction

La prévalence d'individus condamnés pour des infractions sexuelles (viol, attentat à la pudeur, outrage public aux mœurs, pédopornographie) a augmenté de manière significative au cours des deux dernières décennies (15 à 20%), et ce, tant en Belgique que dans le monde occidental (Anderson, Sample, & Cain, 2015 ; Burchfield, 2012 ; Carson & Sabol, 2012 ; Greenfeld, 1997 ; Klein, 2015 ; Ministère de la Sécurité Publique du Québec, 2011). La délinquance sexuelle est un problème de santé publique présentant un important impact médiatique et politique au sein de notre société, d'autant plus dans le cas de jeunes victimes (Weatherred, 2015). La récente « Affaire Weinstein » a, par ailleurs, aussi joué un rôle important dans la médiatisation et l'émergence d'une certaine forme d'activisme sur internet, en lien avec les plaintes pour abus sexuels, à travers le mouvement « #MeToo » (Peters & Besley, 2018). Néanmoins, il subsiste une certaine méconnaissance à l'égard des personnes commettant différentes formes d'abus sexuels (Blasko, 2016 ; Malinen, Willis & Johnston, 2013). Malgré le fait qu'il soit impossible d'établir un profil prédéfini de la population AICS, il importe de mener une revue de la littérature afin de contribuer à l'étude et la compréhension du profil sociodémographique, diagnostique et délictueux des AICS en Région wallonne. Ceci permettrait de dégager des implications cliniques résultant de la pratique de terrain.

Caractéristiques sociodémographiques chez les AICS

Les AICS ont généralement un mode de vie social assez isolé, que ce soit avant, après les faits ou durant le traitement post-carcéral ou post-institutionnel. En effet, les taux de prévalence oscillent entre 36 et 54% concernant les AICS célibataires, 17 et 40% pour les AICS mariés et 11 et 35% pour les AICS divorcés (Achã, Rigonatti, Saffi, Barros, & Serafim, 2011 ; Balier, Ciavaldini, & Girard-Khayat, 1997 ; Greenfeld, 1997 ; Lee et al., 2010 ; Nicholaichuk, Olver, Gu, & Wong, 2014 ; Proulx et al., 1997). Cette tendance est d'autant plus marquée chez les AICS les plus violents (Guay, Proulx, Cusson, & Ouimet, 2001). En ce qui concerne la sphère professionnelle, 32 à 40% des AICS sont sans emploi tandis que près de 60% exercent une profession. Dans cette dernière situation, on retrouve une prévalence du métier d'ouvrier dans près de 35% des cas. Cette tendance à la précarité professionnelle se retrouve chez les délinquants en général (Hepburn & Griffin, 2004 ; Kitchen, 2007 ; Koch, Berner, Hill, & Briken, 2011 ; Lee et al., 2010 ; Sacco & Kennedy, 2002 ; Statistique Canada, 1999). Les AICS

commettant des infractions sans contact, majoritairement des faits de pédopornographie, présentent un taux d'emploi moins élevé avant l'incarcération par rapport aux AICS commettant des infractions sexuelles avec contact (Faust, Bickart, Renaud, & Camp, 2015).

Ces différents éléments de nature dynamique peuvent représenter des indicateurs de bien-être social et de réinsertion au sein de cette population, jouant, de ce fait, également un rôle dans l'évaluation du risque de récidive. En effet, les récentes recherches, traitant du phénomène de désistance, mettent en avant que l'emploi ainsi que les relations interpersonnelles et intimes constituent deux principaux facteurs impliqués dans le processus de sortie de la délinquance, y compris sexuelle (de Vries Robbé, Mann, Maruna, & Thornton, 2015 ; Grossi, 2017 ; Kruttschnitt, Uggen, & Shelton, 2000 ; Laub & Sampson, 2001 ; Mann, 2004 ; Van Den Berg, Bijleveld, Hendriks, & Mooi-Reci, 2014 ; Ward & Laws, 2010). De fait, des évolutions positives concernant le domaine socioprofessionnel, sont liées à des changements plus profonds chez l'AICS. Ceux-ci peuvent amener des restructurations identitaires, rendant ses valeurs intrinsèques incompatibles avec la poursuite de la délinquance (Digard, 2014 ; Farrall, Hunter, Sharpe, & Calverley, 2014 ; Maruna, 2001 ; Rocque, Posick, & Paternoster, 2016).

Troubles psychiatriques des AICS

Plusieurs études ont montré que les troubles mentaux sont plus prévalents chez les AICS qu'en population générale. En effet, ceux-ci seraient six fois plus susceptibles de présenter des troubles psychiatriques, autant de l'Axe I (environ 69%) que de l'Axe II (environ, 59%), et ce, dans des contextes légaux et institutionnels variés (internement, prison, hôpital psychiatrique médico-légal) (Chen, Chen, & Hung, 2016 ; Fazel, Sjöstedt, Långström, & Grann, 2007 ; Harsch, Bergk, Steinert, Keller, & Jockusch, 2006 ; Jackson & Richards, 2007). Cette idée est soutenue par la surreprésentation des maladies mentales chez les délinquants. Cependant certaines études ne relèvent pas de lien établi entre trouble mental et récidive. Néanmoins, des diagnostics plus spécifiques possèdent une certaine validité prédictive (Abracen et al., 2014 ; Corrado, Cohen, Hart, & Roesch, 2000 ; Diamond, Wang, Holzer III, Thomas, & Cruser, 2001 ; Fazel & Danesh, 2002 ; Kingston, Olver, Harris, Wong, & Bradford, 2015 ; Langström, Sjöstedt, & Grann, 2004 ; Mann, Hanson, & Thornton, 2010). La majeure partie des troubles de l'Axe I diagnostiqués chez les AICS concernent des problèmes liés à l'usage de substances

(47,10%), l'alcool étant un désinhibiteur des conduites ; des troubles du contrôle des impulsions (16,20%), de l'humeur (5,90%), de l'anxiété (5,90%) et du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (5,90%). Ces différentes pathologies ont été reportées comme étant associées aux infractions sexuelles impliquant des paraphilies (Chen et al., 2016 ; Kafka, 2012). Concernant les troubles de l'Axe II (ou troubles de la personnalité), 15 à 28% des AICS présentent des troubles appartenant au Cluster A (paranoïaque, schizoïde et schizotypique), 60 à 92% au Cluster B (antisocial, limite, narcissique et histrionique) et 30 à 36% au Cluster C (obsessionnel-compulsif, évitant et dépendant) (Chen et al., 2016 ; McElroy et al., 1999). Plus spécifiquement, les paraphilies sont davantage représentées. Sur les 20% de diagnostics de paraphilies évalués au sein d'un échantillon d'AICS, près de 90% d'entre eux étaient de type pédophile (Harris, 2011 ; Tesson, Cordier, & Thibaut, 2012 ; Vanderstukken, Lamy, & Delavenne, 2014 ; Rotenberg, 2017). De plus, plusieurs études portant sur la récurrence mettent en avant que les AICS sont davantage susceptibles de présenter des troubles mentaux, sans que ces derniers ne soient nécessairement en lien avec leur infractions sexuelles (Hanson & Morton-Bourgon, 2005 ; Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson, & Miner, 1999).

Les troubles mentaux sont également considérés comme facteur de risque de récurrence chez ces derniers (Boer, Eher, Craig, Miner, & Pfäfflin, 2011). En effet, plusieurs études ont mis en avant qu'un intérêt sexuel déviant et persistant envers les enfants pubères ou prépubères, notamment motivé par une sexualité dite « atypique » (paraphilie, hypersexualité), ou des tendances antisociales (impulsivité, prise de risque, brutalité, attitude offensive), constituent des facteurs importants pour la persistance de ces comportements (Hanson & Morton-Bourgon, 2004, 2005 ; Pullman, Stephens, & Seto, 2016). De plus, ce type de profil est davantage rencontré auprès d'AICS extrafamiliaux par rapport aux AICS intrafamiliaux (Seto, Babchishin, Pullman, & McPhail, 2015). De même, les AICS dits socio-légaux (beaux-pères, personnes ayant une autorité légale) souffrent davantage de problématiques liées à l'abus de substances que les AICS incestueux (Pullman, Sawatsky, Babchishin, McPhail, & Seto, 2017). Enfin, le fait de présenter un trouble psychiatrique a un impact au niveau de la sphère socioprofessionnelle, évoquée précédemment. En effet, les personnes atteintes de troubles mentaux sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination ce qui, en plus des difficultés qu'elles peuvent subir, liées à leurs conditions préalables, ajoute des difficultés à leur parcours sur le plan social. Une étude portant sur l'attitude du grand public à l'égard des

personnes atteintes de maladies mentales a par ailleurs mis en évidence que les gens présentaient des niveaux élevés de peur, d'intolérance ou de croyances favorisant leur exclusion sociale, en particulier si la délinquance se combinait au trouble mental (Brooker & Ullman, 2008).

Profil délictueux des AICS

En Belgique, environ 39% des AICS sont condamnés pour viol, 45% pour attentat à la pudeur et 16% pour outrage public aux mœurs (Falzone & Rutten, 2008). Concernant les antécédents judiciaires, dont près de la moitié concerne le même type de délit, on recense : 15 à 28% d'antécédents sexuels, 29% d'antécédents violents et 35% d'antécédents sexuels et violents (Harris & Hanson, 2004 ; Lussier, 2010 ; Tesson et al., 2012). Bien que certains AICS tendent à se « spécialiser » dans les infractions uniquement à caractère sexuel, la tendance à la diversification criminelle est plus couramment observée (vol avec ou sans effraction, vente ou usage de drogue, violence, etc.) (Harris, Knight, Smallbone, & Dennison, 2011; Magers, Jennings, Tewksbury, & Miller, 2009; Miethe, Olson, & Mitchell, 2006). Pour leur part, les AICS à tendance plus « spécialisée » sont les agresseurs d'enfants, en particulier extrafamiliaux ayant commis des infractions sans contact (Harris et al., 2011 ; Lussier, LeBlanc, & Proulx, 2005 ; Miethe et al., 2006 ; Sothill, Francis, Sanderson, & Ackerley, 2000).

En ce qui concerne l'orientation sexuelle, les AICS sont majoritairement hétérosexuels, avec 80 à 90 % de victimes féminines. Les estimations sont à deux à trois fois plus faibles dans le cas de victimes de sexe masculin (20%) (Black & Pettway, 2001 ; Douglas & Finkelhor, 2005 ; Ministère de la Sécurité Publique du Québec, 2015 ; Proulx et al., 1999 ; Rotenberg, 2017 ; Snyder, 2000).

Concernant le critère d'âge des victimes, les AICS ayant des victimes mineures représentent 45 à 75% des abuseurs sexuels. Parmi ces derniers, 46 à 51% sont des agresseurs d'enfants et 20 à 30% des agresseurs d'adolescents (pubères). Les agresseurs d'adultes sont, pour leur part, estimés entre 21 et 28% et ceux ayant des victimes d'âges mixtes, aussi bien mineures que majeures, à près de 10%. Ces prévalences sont également plus ou moins équivalentes chez les victimes (Ackerman, Harris, Levenson, & Zogba, 2011 ; AuCoin, 2005 ; Black & Pettway, 2001 ; Ministère de la Sécurité Publique du Québec, 2011, 2015 ; Proulx et al., 1999 ; Snyder, 2000). Les agressions les plus violentes sont généralement perpétrées auprès des

victimes majeures, le plus fréquemment de sexe féminin (Statistique Canada, 1999 ; Vaillancourt, 2010).

Dans près de 90% des cas, l'agresseur sexuel est connu de sa victime, bien que dans environ 60% des cas on ne retrouve aucun lien de parenté. L'agresseur et la victime se connaissent d'autant plus fréquemment lorsque cette dernière est un enfant. Les pères biologiques et les beaux-pères représentent la majorité des abuseurs intrafamiliaux. Dans 10% des cas, la victime est totalement étrangère à son agresseur (AuCoin, 2005 ; Bajos & Bozon, 2008 ; Catalano, 2005 ; Ogrodnik, 2010 ; Rotenberg, 2017 ; Tjaden & Thoennes, 2006). La majorité des abus sexuels se produisent au sein de la sphère relationnelle de l'AICS. Aussi, le profil des victimes peut être mis en lien avec certains types d'abus particuliers. En effet, on observe que les filles sont davantage victimes d'abus sexuels intrafamiliaux tandis que les garçons et les victimes majeures, d'abus sexuels extrafamiliaux (AuCoin, 2005 ; Banyard, Williams, & Siegel, 2004 ; Edinburgh, Saewic, & Levitt, 2006 ; Tourigny & Baril, 2011).

Au regard des différents éléments relevés dans cette revue de la littérature, notre objectif vise à explorer le profil relatif à ces caractéristiques chez les AICS en Région wallonne. Certains éléments caractérisant le profil des AICS, repris plus haut, constituent des facteurs statiques ou dynamiques impliqués dans le risque de récurrence, tout comme certains peuvent être considérés comme des facteurs protecteurs. Il est important dès lors de considérer l'intégralité de ces facteurs dans l'évaluation du profil des AICS afin de saisir leurs faiblesses mais aussi leurs forces.

Méthodologie

Participants

L'échantillon total du présent projet est constitué de 547 AICS ayant été suivis ou étant encore en cours de traitement entre 2009 et 2017 au sein de différentes Équipes de Santé Spécialisés en Région wallonne. La moyenne d'âge de la cohorte est de 41,47 ans (SD = 13,30; E = 18,35 – 79,91).

Instrument employé

Instrument d'évaluation en continu des caractéristiques des AICS, centralisant les informations sur les :

- Caractéristiques socio-environnementales : état civil, mode de vie, profession, évolution des cas variables au cours du suivi (faits, détention, libération, etc.) ;
- Caractéristiques diagnostiques : présence de troubles mentaux ou problématiques psychosociales, modalités d'évaluation du trouble, type d'évaluation proposé, type de prise en charge proposé, abus de substances (lors des faits et/ou du traitement) ;
- Caractéristiques délictueuses : antécédents judiciaires et infractions actuelles (sexuels, violents non sexuels, non violents non sexuels), fréquence des faits, type de victimes (genre, âge, lien) ;
- Caractéristiques thérapeutiques (modalités organisationnelles) : type de prise en charge, fréquence des rendez-vous, compliance thérapeutique (respect des entretiens, absentéisme), orientation du praticien, nombre de praticiens, etc.

Analyse des données

Des analyses descriptives ont été réalisées afin de présenter la population d'AICS étudiée selon ses réalités sociodémographiques, délictueuses, ses liens vis-à-vis des victimes, ainsi que différentes modalités de prise en charge. Les données relatives aux infractions sexuelles actuelles, aux antécédents judiciaires, aux réalités diagnostiques et d'abus de substances ainsi qu'aux modalités de prise en charge ont été croisées selon le profil de victimes d'AICS (genre, âge et lien) et les analyses comparatives correspondantes ont été appliquées (Test du Khi carré, Test exact de Fisher, U de Mann Whitney et Test de Kruskal-Wallis).

Procédure

Une première phase de prétest a été conduite. Cette dernière était destinée à accorder la démarche de recherche et l'utilisation de l'instrument préalablement rempli par les ESS auprès de la Région wallonne afin, notamment, d'éviter des redondances entre les informations récoltées dans l'instrument et celles des grilles épidémiologiques.

Dès lors, il a été convenu avec six ESS participantes, qu'elles fournissent une copie des grilles épidémiologiques de la Région wallonne ainsi qu'une copie de l'instrument. Ces données sont anonymisées via un procédé rigoureux mis en place par le CRDS.

Résultats

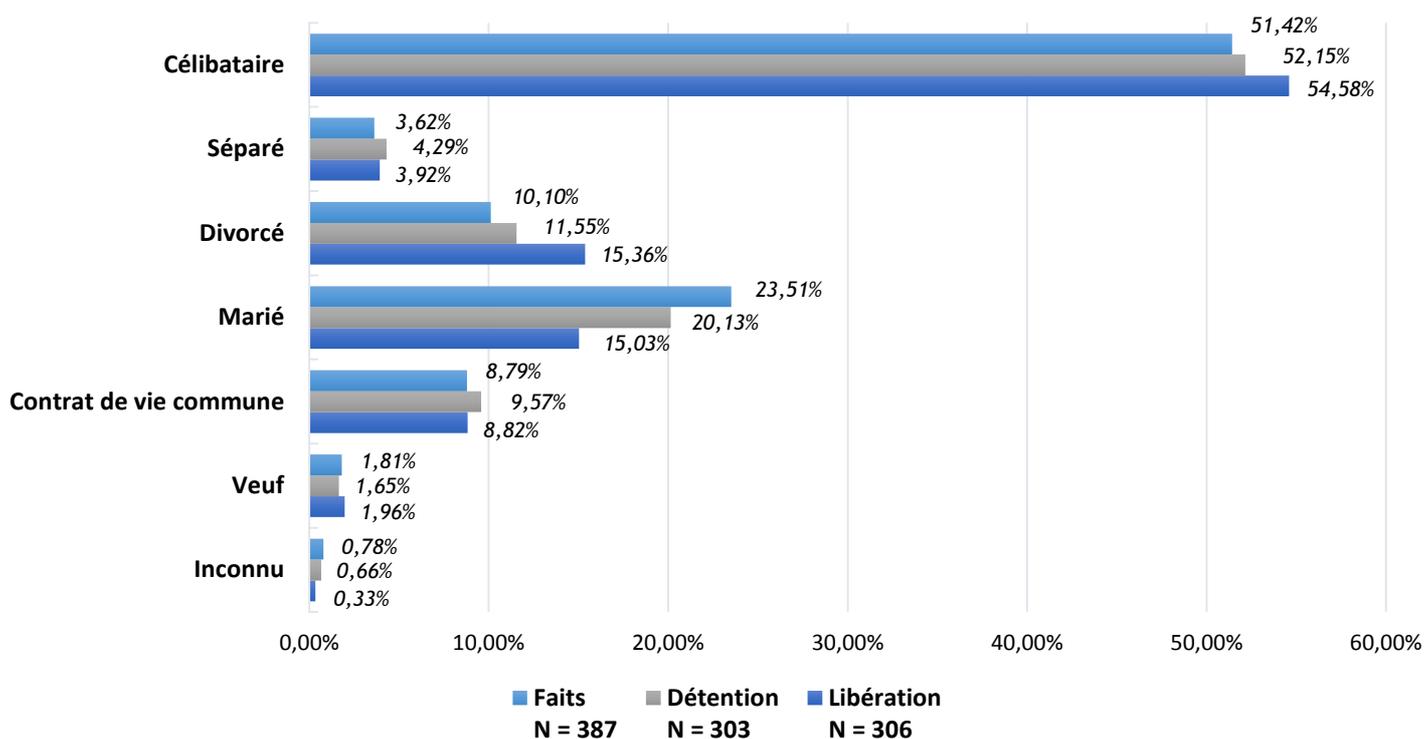
L'instrument d'évaluation en continu des AICS permet d'apporter des renseignements sur les caractéristiques socio-environnementales, délictueuses, les aspects diagnostiques ainsi que les informations relatives à la prise en charge de ces derniers. Ci-après, nous présentons l'état d'encodage de la base de données relative à ce projet et exposons, de fait, le profil des AICS lié à ces différentes caractéristiques.

Profil socio-environnemental

Les caractéristiques sociodémographiques portent sur trois domaines, à savoir : l'état civil, le mode de vie et la profession. Ces informations sont, de plus, renseignées selon trois périodes : au moment des faits, lors de la détention et à la libération.

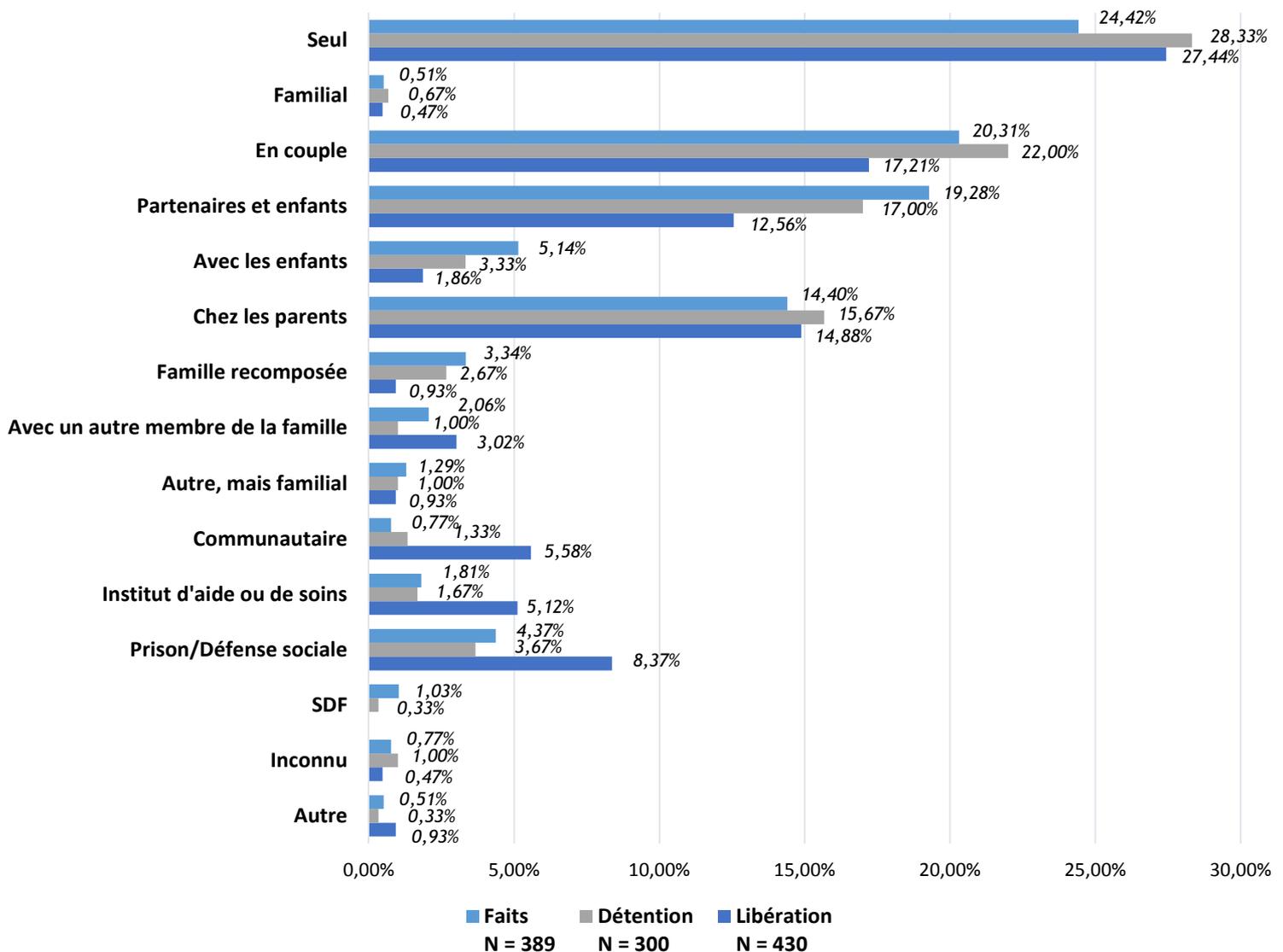
En premier lieu, l'échantillon est majoritairement constitué d'AICS présentant un état civil pouvant traduire une certaine forme d'isolement social (célibataires, séparés, divorcés), que ce soit lors des faits (65,14%), pendant la détention (67,98%) ou à la libération (73,86%), ces modalités augmentant au cours des trois périodes. À contrario, la proportion d'AICS mariés tend, pour sa part, à diminuer au fil du temps. Notons enfin que plus de la moitié des AICS sont célibataires. (Fig.1).

Figure 1- Distribution des AICS selon l'état civil



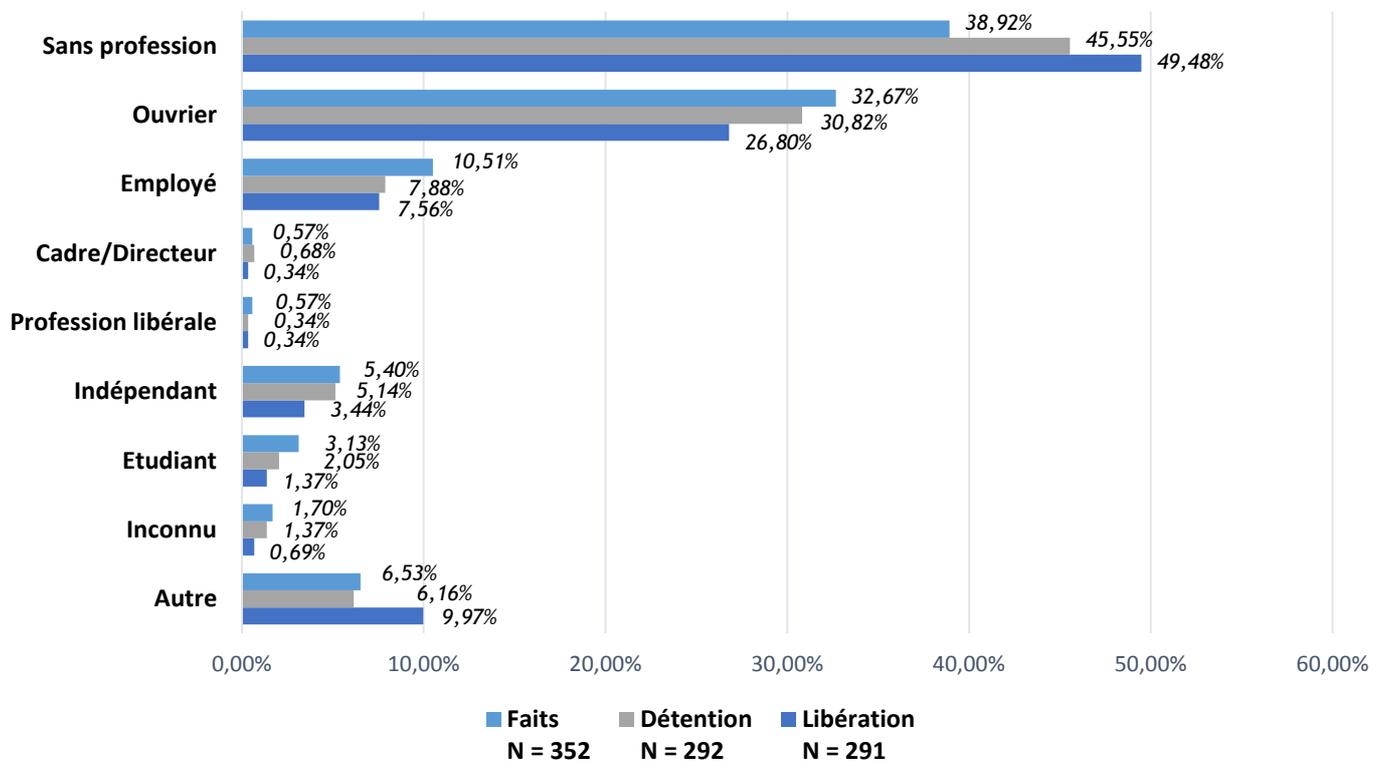
Au sein de la population étudiée, 66,33% des AICS vivent selon un mode de vie de type familial au moment des faits (en couple, partenaires et enfants, avec les enfants, etc.). A la suite des faits commis ce pourcentage tend à diminuer, notamment lors de la détention (63,34%), et de façon plus prononcée à la libération (51,86%), à l'exception du mode de vie familial « Chez les parents ». Le fait de commettre une infraction à caractère sexuel semble donc favoriser un mode de vie plus isolé ou, du moins, éloigné de la sphère familiale. De plus, les AICS vivant de manière plus isolée (seul) représentent environ un quart de l'échantillon. Cette modalité tend à augmenter entre le moment des faits et la détention ainsi qu'à la libération. Nous remarquons également que les modes de vie communautaire, institutionnel, carcéral ou de type « internement » augmentent fortement au cours des trois périodes (Fig.2).

Figure 2 – Distribution des AICS selon le mode de vie



Concernant la sphère de travail, les AICS sont majoritairement dans des situations d'inoccupation professionnelle ou exercent des emplois faiblement rémunérés au cours des trois périodes considérées. Effectivement, au moment des faits, le pourcentage d'AICS en situation de précarité professionnelle est de 71,59%, ce nombre augmentant au cours de la détention et à la libération (76,28%). Ceci se remarquant plus particulièrement pour l'absence de profession. De plus, le fait de commettre une infraction de nature sexuelle semble avoir un lien avec la perte d'emploi ou la possibilité d'en retrouver un, posant, ainsi, la question du rôle joué par l'étiquette « Délinquant sexuel ». En effet, l'ensemble des statuts professionnels (ouvrier, employé, indépendant, etc.) diminue au cours des trois périodes (Fig.3).

Figure 3 – Distribution des AICS selon la profession



En résumé :

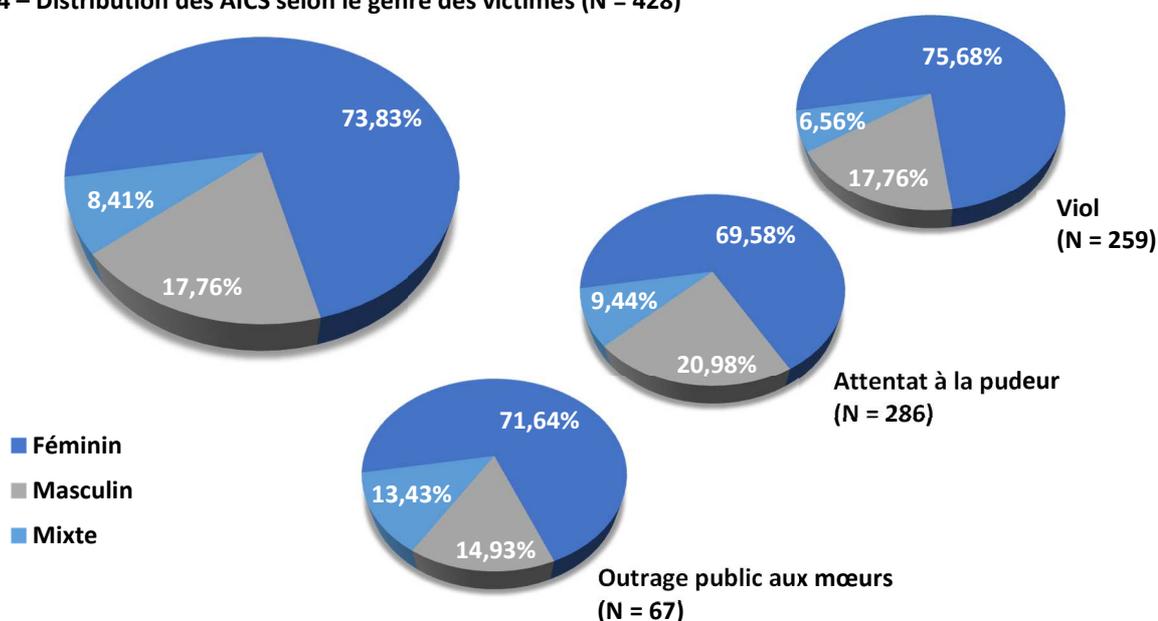
Les AICS ont un état civil principalement célibataire (51,42 à 54,58%) ou divorcé (10,10 à 15,36%). Au moment des faits, ils présentent essentiellement un mode de vie de type familial (66,33 %) ou seul (24,42%). Concernant le versant professionnel, les AICS exercent majoritairement le métier d'ouvrier lors des faits (32,67%) ou sont sans profession (38,92 à 49,48%). Cependant, l'état civil et le mode de vie plus isolé ainsi que l'inoccupation professionnelle augmentent entre les faits et la libération. Finalement, le fait de commettre des infractions à caractère sexuel augmente la précarisation et la désinsertion sociale et professionnelle des AICS.

Profil délictueux

Genre des victimes

Au sein de l'échantillon total, nous remarquons que les AICS tendent majoritairement à victimiser des individus de sexe féminin (73,83%) tandis que les AICS ayant des victimes de sexe masculin représentent 17,76%. Ceux ayant des victimes mixtes représentent 8,41% (N = 428). Selon le type d'infraction sexuelle commis (viol, attentat à la pudeur et outrage public aux mœurs), une répartition similaire des AICS est également observée, les victimes les plus fréquentes se trouvant être de sexe féminin et le type mixte étant le moins représenté. Néanmoins, nous notons une proportion plus élevée d'AICS victimisant des personnes des deux sexes lors des outrages publics aux mœurs (Fig.4).

Figure 4 – Distribution des AICS selon le genre des victimes (N = 428)

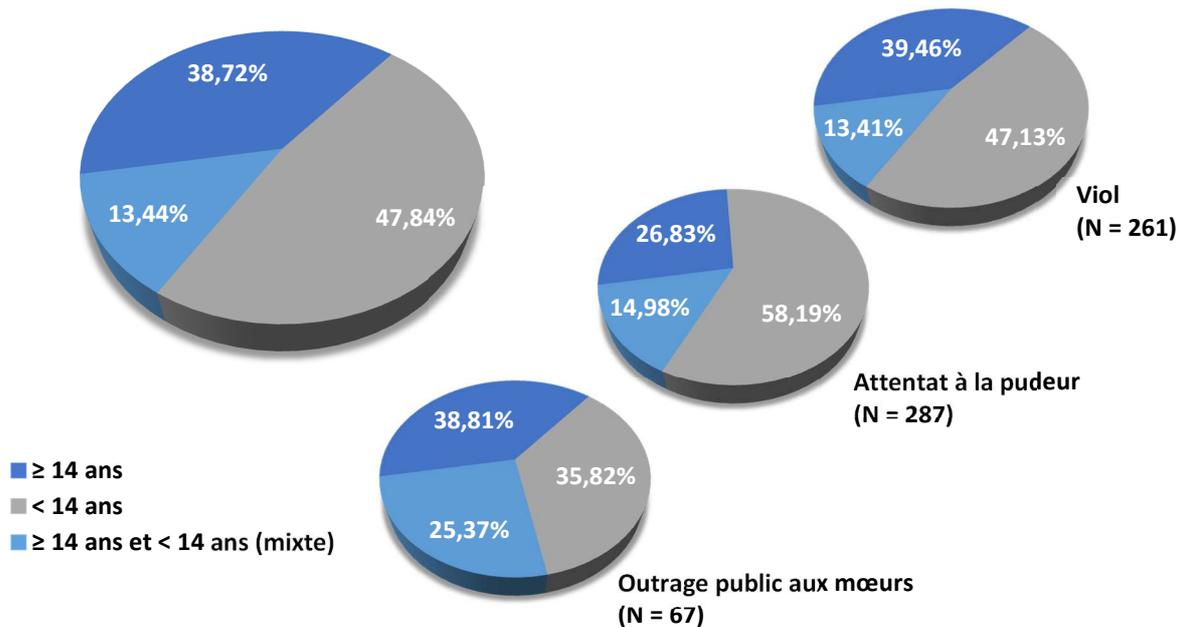


Âge des victimes

Concernant les AICS catégorisés selon l'âge des victimes, nous constatons que près de la moitié d'entre eux victimisent des personnes relativement jeunes (moins de 14 ans). Ensuite, nous notons que près de 40% ont tendance à commettre des faits à caractère sexuel sur des victimes plus âgées (14 ans ou plus). Enfin, une plus faible proportion des AICS ont des victimes qui se trouvent être à la fois plus jeunes et plus âgées (13,44 %). Cette distribution se retrouve également lorsque les AICS commettent des viols ou des attentats à la pudeur.

Cependant, dans le cadre des attentats à la pudeur, le nombre d'AICS agressant des victimes plus jeunes se situe à un niveau plus élevé (58,74%). Enfin, lors d'outrages publics aux mœurs, le nombre d'AICS victimisant uniquement des personnes de moins de 14 ans ou de plus de 14 ans tend à s'équilibrer, tandis que le nombre d'AICS ayant des victimes d'âge mixte est plus important (25,37%) (Fig.5).

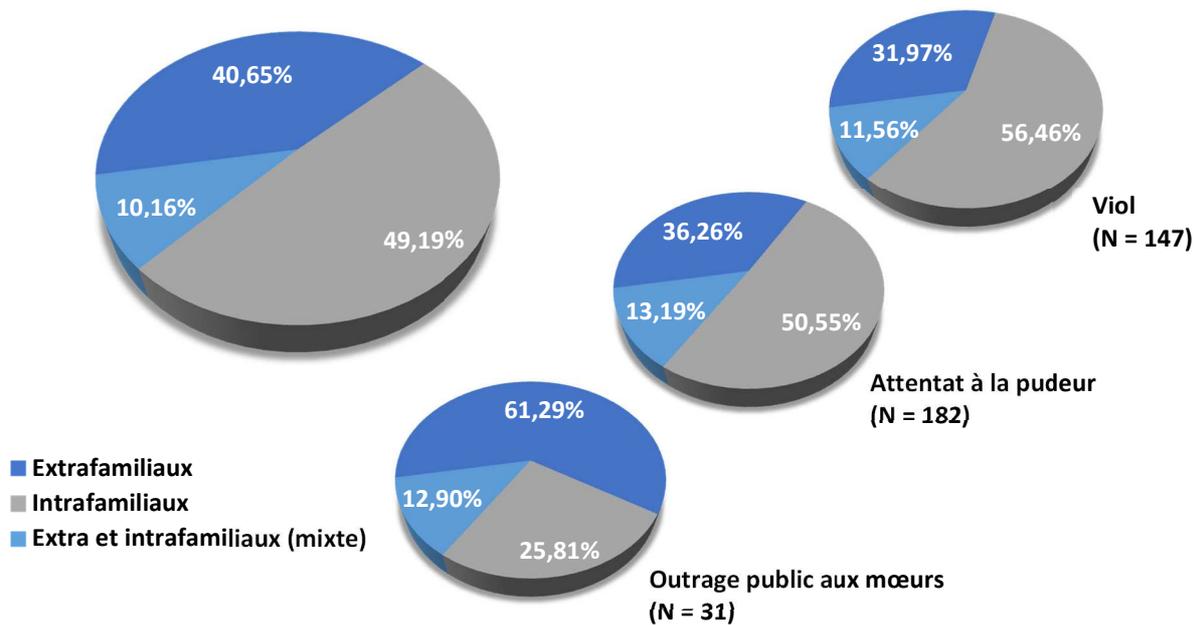
Figure 5 – Distribution des AICS selon l'âge des victimes (N = 439)



Lien avec les victimes

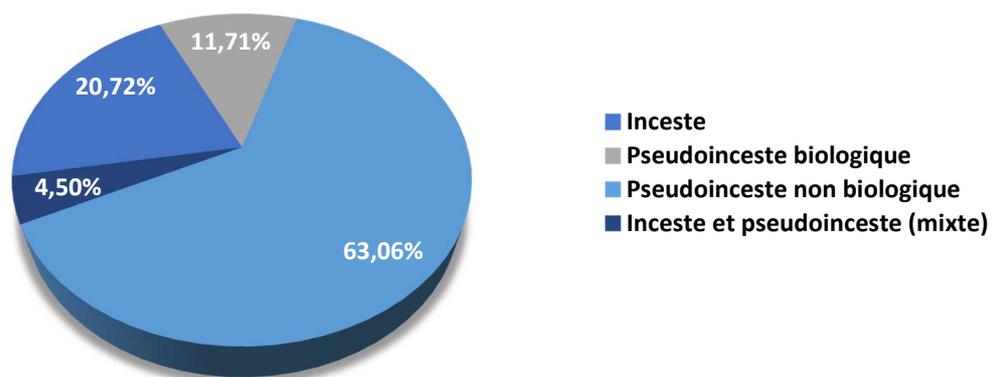
En dernier lieu, nous nous sommes attachés à explorer la répartition des AICS en fonction du lien avec les victimes plus jeunes (moins de 14 ans). Nous observons que les infractions sexuelles ont majoritairement lieu dans le cercle familial (près de 50%). Cette distribution est également retrouvée pour les faits de viol, où le pourcentage d'abus intrafamiliaux atteint 56,46%, ainsi que pour les attentats à la pudeur, où il atteint 50,55%. Cependant, dans le cas d'outrages publics aux mœurs, le nombre d'AICS victimisant des personnes extrafamiliales est davantage représenté (61,29%) (Fig.6).

Figure 6 – Distribution des AICS selon le lien avec les victimes jeunes de moins de 14 ans (N = 246)



Finalement, l'analyse des liens intrafamiliaux auprès des AICS ayant des victimes de moins de 14 ans révèle une proportion plus importante de pseudo incestes (74,77%) dont la majorité sont des pseudo incestes non biologiques (exemple : beau-père) (63,06%) et, en moindre proportion, de type biologiques (exemple : oncle, grand-père, cousin, etc.) (11,71%). Les incestes, correspondant aux infractions sexuelles commises par un parent biologique du premier degré, représentent un cinquième des AICS intrafamiliaux de l'échantillon (Fig.7).

Figure 7 – Distribution des AICS selon le lien avec les victimes intrafamiliales (N = 111)

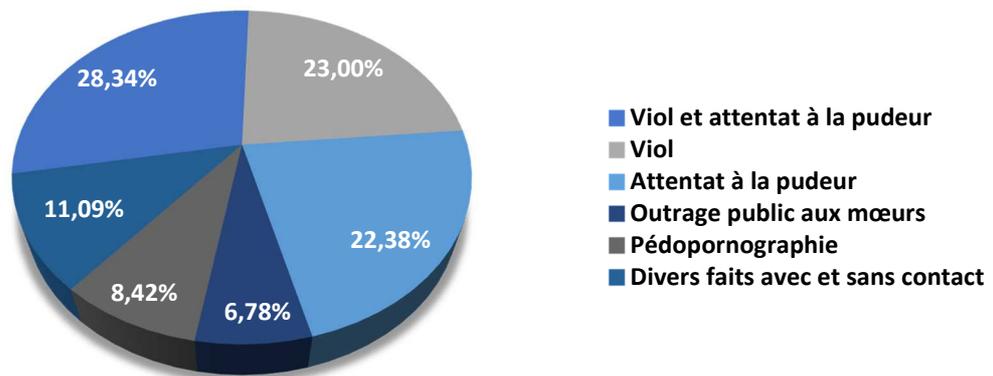


Infractions actuelles

Les AICS recensés au sein de l'échantillon commettent majoritairement trois types de délits : viols et attentats à la pudeur simultanément ; viols ; et attentats à la pudeur (73,72%). Ceci nous indique également que près de trois quarts de la cohorte commet des infractions sexuelles avec contact. Parmi ces AICS en cours de suivi pour au moins une infraction sexuelle, 66,39% d'entre eux en sont à leur première infraction (primo-délinquants) et 70,98% d'entre eux présentent uniquement des infractions sexuelles au cours de leur parcours criminel (N = 479). De plus, nous observons que près de 40% des AICS ont tendance à commettre des infractions sexuelles ayant un caractère polymorphe, à savoir des viols et des attentats à la pudeur au cours du même fait ou divers faits avec et sans contact (exemple : attentat à la pudeur et outrage public aux mœurs, viol et pédopornographie, etc.) (Fig.8).

Les AICS sont condamnés, en moindre proportion, pour des infractions violentes non sexuelles dans 8,48 % des cas et pour des infractions non sexuelles non violentes dans 5,45% des cas (N = 495), ces faits étant concomitants aux infractions sexuelles actuelles.

Figure 8 – Distribution des AICS selon leurs infractions sexuelles actuelles (N = 487)



Nous avons ensuite croisé les données relatives aux infractions actuelles, pour lesquelles les AICS sont en traitement, avec les différents profils d'AICS liés au genre, à l'âge et aux liens avec les victimes et avons réalisé des comparaisons 2 à 2.

Selon le genre des victimes (tableau 1), nous remarquons que les cas de doubles infractions (attentat à la pudeur et viol) sont plus fréquents chez les AICS agressant des victimes des deux sexes ($\chi^2 = 13,19$; $p = .00$). Ces derniers commettent davantage d'infractions sexuelles de type « attentat à la pudeur et viol » que :

- Les AICS ayant des victimes de sexe féminin (Test exact de Fisher = 11,69 ; $p = .00$) ;
- Les AICS ayant des victimes de sexe masculin (Test exact de Fisher = 10,79 ; $p = .00$).

Cependant pour les faits de viol, la tendance inverse est observée ($\chi^2 = 15,06$; $p = .00$). Les AICS victimisant des personnes des deux sexes commettent moins de faits de viol que :

- Les AICS ayant des victimes de sexe féminin (Test exact de Fisher = 13,98 ; $p = .00$) ;
- Les AICS ayant des victimes de sexe masculin (Test exact de Fisher = 8,84 ; $p = .00$).

Pour les faits d'attentat à la pudeur ($\chi^2 = 8,48$; $p = .01$), les AICS ayant des victimes de sexe masculin en commettent plus que :

- Les AICS ayant des victimes de sexe féminin (Test exact de Fisher = 5,74 ; $p = .02$) ;
- Les AICS ayant des victimes des deux sexes (Test exact de Fisher = 6,19 ; $p = .01$).

Tableau 1 – Taux d'infractions sexuelles des AICS répartis selon le genre des victimes

	Féminin (N = 316)	Masculin (N = 76)	Mixte (N = 36)	χ^2
Attentat à la pudeur et viol	30,06%	26,32%	58,33%	13,19**
Viol	28,80%	21,05%	0%	15,06**
Attentat à la pudeur	23,42%	36,84%	13,89%	8,48*
Outrage public aux mœurs	7,28%	1,32%	8,33%	3,96
Pédopornographie	3,80%	9,21%	0%	6,06*
Divers faits avec et sans contact	10,13%	14,47%	19,44%	3,42

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

La catégorisation selon l'âge des victimes (tableau 2) met en évidence que les AICS ayant des victimes plus âgées, c'est-à-dire de 14 ans et plus, commettent moins d'attentat à la pudeur et de viol conjoints que les ($\chi^2 = 22,08$; $p = .00$) :

- AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 22,11 ; $p = .00$) ;
- AICS ayant des victimes d'âges mixtes (Test exact de Fisher = 4,81 ; $p = .04$).

Inversement, les AICS agressant des personnes plus âgées commettent plus de viols que les ($\chi^2 = 38,10$; $p = .00$) :

- AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 34,64 ; $p = .00$) ;
- AICS ayant des victimes d'âges mixtes (Test exact de Fisher = 11,20 ; $p = .00$).

Ces derniers ont aussi tendance à présenter moins de faits de nature sexuelle avec et sans contact que les ($\chi^2 = 13,97$; $p = .00$) :

- AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 4,48 ; $p = .04$) ;
- AICS ayant des victimes d'âges mixtes (Test exact de Fisher = 14,59 ; $p = .00$).

Toujours concernant ce type de faits, les AICS ayant des victimes d'âges mixtes ont tendance à en commettre davantage que les AICS ayant les victimes les plus jeunes (moins de 14 ans) (Test exact de Fisher = 4,69 ; $p = .04$).

Enfin, les outrages publics aux mœurs sont significativement moins représentés chez les AICS ayant des victimes de moins de 14 ans lorsqu'ils sont comparés avec les ($\chi^2 = 11,29$; $p = .01$) :

- AICS ayant des victimes de 14 ans ou plus (Test exact de Fisher = 11,34 ; $p = .00$) ;
- AICS ayant des victimes d'âges mixtes (Test exact de Fisher = 4,78 ; $p = .04$).

Tableau 2 – Taux d'infractions sexuelles des AICS répartis selon l'âge des victimes

	≥ 14 ans (N = 168)	< 14 ans (N = 210)	Mixte (N = 59)	χ^2
Attentat à la pudeur et viol	18,45%	40,95%	32,20%	22,08**
Viol	41,07%	14,29%	16,95%	38,10**
Attentat à la pudeur	23,21%	28,10%	18,64%	2,63
Outrage public aux mœurs	10,71%	2,38%	8,47%	11,29**
Pédopornographie	2,38%	7,14%	8,47%	5,25
Divers faits avec et sans contact	5,95%	12,38%	23,73%	13,97**

** $p \leq .01$

Chez les AICS ayant des victimes plus jeunes (tableau 3), les analyses sur les taux d'infractions sexuelles actuelles selon le lien AICS-victimes révèlent que ceux ayant des victimes de moins de 14 ans extrafamiliales commettent moins de double infraction « attentat à la pudeur et viol » que les ($\chi^2 = 15,35$; $p = .00$) :

- AICS intrafamiliaux (Test exact de Fisher = 9,89 ; $p = .00$) ;
- AICS ayant un lien mixte avec les victimes (Test exact de Fisher = 11,84 ; $p = .00$).

Cependant, ces derniers réalisent plus d'outrages publics aux mœurs que les AICS intrafamiliaux (Test exact de Fisher = 7,30 ; $p = .01$).

Tableau 3 - Taux d'infractions sexuelles des AICS répartis selon le lien avec les victimes de moins de 14 ans

	Extrafam. (N = 99)	Intrafam. (N = 121)	Mixte (N = 25)	χ^2
Attentat à la pudeur et viol	24,24%	44,63%	60%	15,35**
Viol	20,20%	20,66%	4%	3,99
Attentat à la pudeur	31,31%	23,97%	16%	3,00
Outrage public aux mœurs	8,08%	0,83%	0%	9,16**
Pédopornographie	7,07%	4,96%	8%	0,59
Divers faits avec et sans contact	14,14%	8,26%	20%	3,58

** $p \leq .01$

Concernant le lien avec les victimes intrafamiliales (tableau 4), aucune différence n'est observée entre les groupes quant à la répartition des infractions sexuelles pour lesquelles les AICS sont en traitement.

Tableau 4 - Taux d'infractions sexuelles des AICS répartis selon le lien avec les victimes intrafamiliales

	Inceste (N = 24)	Pseudo inceste bio. (N = 14)	Pseudo inceste non bio. (N = 71)	Mixte (N = 6)	χ^2
Attentat à la pudeur et viol	54,17%	57,14%	45,07%	16,67%	3,40
Viol	20,83%	21,43%	21,13%	0%	1,59
Attentat à la pudeur	16,67%	14,29%	23,94%	50%	3,68
Pédopornographie	8,33%	7,14%	4,23%	0%	1,05
Divers faits avec et sans contact	8,33%	0%	8,45%	33,33%	5,93

Enfin, les données relatives à la primo-délinquance et à la délinquance sexuelle exclusive (au cours du parcours criminel) sont mises, ci-dessous, en lien avec les différents profils délictueux présentés par les AICS.

Concernant le genre des victimes nous notons que, quel qu'il soit, un taux relativement similaire d'AICS sont en traitement pour leur première infraction et commettent uniquement des infractions sexuelles au cours de leur parcours infractionnel (tableau 5).

Selon l'âge des victimes, la primo-délinquance est significativement plus présente chez les AICS ayant pour victimes les personnes les plus jeunes (< 14 ans) par rapport aux ($\chi^2 = 6,88$; $p = .03$) :

- AICS ayant des victimes de 14 ans ou plus (Test exact de Fisher = 4,53 ; $p = .03$) ;
- AICS ayant des victimes d'âges mixtes (Test exact de Fisher = 4,76 ; $p = .04$).

De surcroît, les AICS ayant les victimes les plus âgées présentent un taux significativement moins élevé de délinquance sexuelle exclusive que les ($\chi^2 = 15,75$; $p = .00$) :

- AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 15,76 ; $p = .00$).

À propos du lien avec les victimes les plus jeunes (moins de 14 ans), les AICS intrafamiliaux présentent un taux de primo-délinquance plus élevé que les ($\chi^2 = 33,94$; $p = .00$) :

- AICS extrafamiliaux (Test exact de Fisher = 14,64 ; $p = .00$) ;
- AICS ayant un lien mixte avec les victimes (Test exact de Fisher = 31,72 ; $p = .00$).

Pour ce même cas de figure, les AICS extrafamiliaux présentent également un plus haut taux de primo-délinquance que les AICS ayant un lien mixte avec les victimes (Test exact de Fisher = 8,75 ; $p = .00$).

D'autre part, nous observons qu'il y a significativement plus d'infractions uniquement sexuelles perpétrées par les AICS intrafamiliaux en comparaison aux ($\chi^2 = 22,52$; $p = .00$) :

- AICS extrafamiliaux (Test exact de Fisher = 21,82 ; $p = .00$) ;
- AICS ayant un lien mixte avec les victimes (Test exact de Fisher = 7,56 ; $p = .01$).

Enfin, en tenant compte du lien avec les victimes intrafamiliales, les AICS diffèrent quant à la primo-délinquance ($\chi^2 = 9,29$; $p = .03$). En effet, les AICS ayant un lien mixte avec les victimes ont un niveau significativement plus faible que les :

- AICS incestueux (Test exact de Fisher = 7,47 ; $p = .02$) ;
- AICS pseudo incestueux non biologiques (Test exact de Fisher = 7,99 ; $p = .02$).

Tableau 5 – Taux de primo-délinquance et délinquance sexuelle exclusive des AICS répartis selon le profil des AICS (genre, âge et lien avec les victimes)

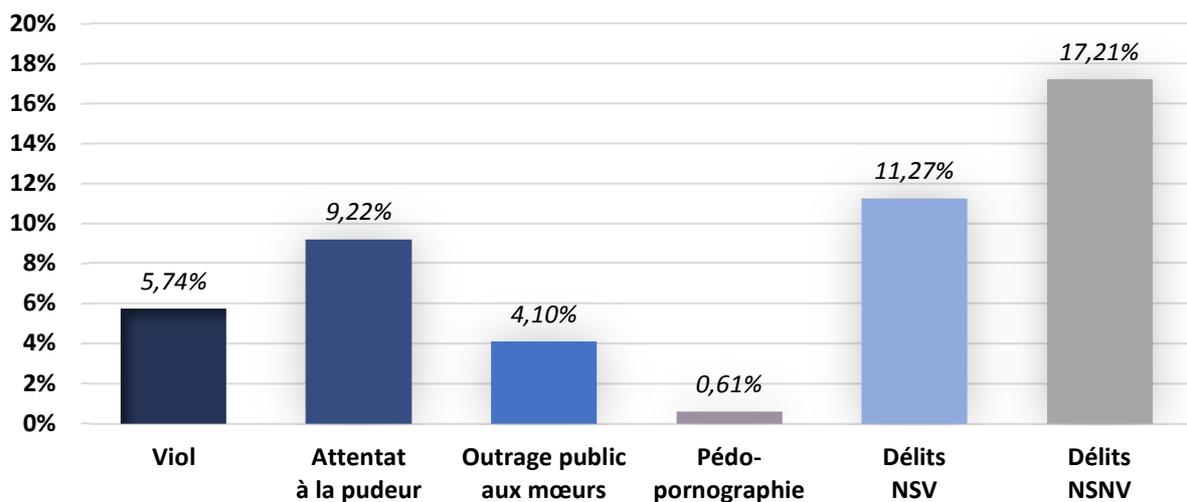
		N	Primo-délinq.	χ^2	Délinq. sex. exclusive	χ^2
Genre	Féminin	304	65,79%	0,37	67,43%	1,83
	Masculin	71	61,97%		73,24%	
	Mixte	34	64,71%		76,47%	
Âge	≥ 14 ans	159	59,75%	6,88*(.032)	57,86%	15,75**
	< 14 ans	203	70,44%		77,34%	
	Mixte	58	55,17%		67,24%	
Lien (< 14 ans)	Extrafam.	99	57,58%	33,94**(,00)	59,60%	22,52**
	Intrafam.	118	81,36%		87,29%	
	Mixte	22	22,73%		63,64%	
Lien intrafam.	Inceste	23	86,96%	9,29*(.026)	91,30%	2,78
	Pseudo inceste bio.	14	78,57%		85,71%	
	Pseudo inceste non bio.	69	82,61%		88,41%	
	Mixte	6	33,33%		66,67%	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Antécédents judiciaires

Concernant les antécédents judiciaires, 14,72% des AICS présentent des antécédents sexuels ; ces antécédents ayant lieu majoritairement avec contact (viol ou attentat à la pudeur) (N = 489). Les AICS recensés au sein de l'étude présentent davantage d'antécédents de nature non sexuelle, parmi lesquels les délits non sexuels non violents sont les plus représentés (exemple : vols) (Figure 9).

Figure 9 – Distribution des AICS selon leurs antécédents judiciaires (N = 488)



Lors de nos analyses, nous avons croisé les antécédents judiciaires des AICS et leurs profils infractionnels.

Selon le genre des victimes (tableau 6), des différences intergroupes sont observées concernant les antécédents d'attentat à la pudeur ($\chi^2 = 8,73$; $p = .01$). En effet, les AICS ayant des victimes de sexe masculin présentent un taux significativement plus haut d'antécédents d'attentat à la pudeur que les AICS ayant des victimes féminines (Test exact de Fisher = 8,71 ; $p = .01$).

Tableau 6 – Taux d'antécédents judiciaires des AICS répartis selon le genre des victimes

	Féminin		Masculin		Mixte (N = 36)	χ^2
	N	%	N	%		
Viol	307	5,54%	73	6,85%	11,11%	1,76
Attentat à la pudeur	307	6,84%	73	17,81%	11,11%	8,73**
Outrage public aux mœurs	307	3,26%	73	2,74%	8,33%	2,58
Pédopornographie	307	0,33%	73	0%	0%	0,36
Délits NSV	308	13,31%	72	9,72%	11,11%	0,76
Délits NSNV	308	19,16%	72	13,89%	16,67%	1,15

** $p \leq .01$

En tenant compte de la répartition selon l'âge des victimes (tableau 7), les AICS agressant des victimes de 14 ans ou plus présentent moins d'antécédents d'attentat à la pudeur par rapport aux ($\chi^2 = 10,95$; $p = .00$) :

- AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 8,18 ; $p = .00$) ;
- AICS ayant des victimes d'âges mixtes (Test exact de Fisher = 10,01 ; $p = .00$).

De plus, les AICS ayant des victimes de moins de 14 ans présentent des taux d'antécédents d'outrage public aux mœurs plus faibles que les AICS ayant des victimes d'âges mixtes (Test exact de Fisher = 6,75 ; $p = .02$).

Ces derniers ont également un pourcentage significativement moins élevé d'antécédents non sexuels violents et non violents que les AICS ayant des victimes de 14 ans et plus (Test exact de Fisher = 6,27 ; $p = .02$ et Test exact de Fisher = 4,14 ; $p = .05$).

Tableau 7 – Taux d'infractions sexuelles des AICS répartis selon l'âge des victimes

	≥ 14 ans (N = 165)	< 14 ans (N = 203)	Mixte (N = 59)	χ^2
Viol	3,64%	7,39%	10,17%	3,87
Attentat à la pudeur	4,24%	12,81%	16,95%	10,95**
Outrage public aux mœurs	3,64%	2,46%	10,17%	7,19*
Pédopornographie	0,61%	0,49%	0%	0,35
Délits NSV	16,97%	8,37%	16,95%	7*
Délits NSNV	23,64%	15,27%	13,56%	5,28

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Concernant le lien avec les victimes les plus jeunes (tableau 8), les AICS mixtes ont des taux significativement plus hauts de viol ($\chi^2 = 29,53$; $p = .00$) et d'attentat à la pudeur ($\chi^2 = 22,79$; $p = .00$) que les :

- AICS extrafamiliaux (Test exact de Fisher = 19,92 ; $p = .00$ et Test exact de Fisher = 12,54 ; $p = .00$) ;
- AICS intrafamiliaux (Test exact de Fisher = 21,95 ; $p = .00$ et Test exact de Fisher = 21,69 ; $p = .00$).

De surcroît, davantage d'antécédents non sexuels non violents sont présents chez les AICS intrafamiliaux en comparaison aux ($\chi^2 = 28,19$; $p = .00$) :

- AICS extrafamiliaux (Test exact de Fisher = 26,30 ; $p = .00$) ;
- AICS ayant un lien mixte avec les victimes (Test exact de Fisher = 17,72 ; $p = .00$).

Tableau 8 - Taux d'infractions sexuelles des AICS selon le lien avec les victimes de moins de 14 ans

	Extrafam. (N = 98)	Intrafam. (N = 117)	Mixte (N = 24)	χ^2
Viol	5,10%	5,13%	37,50%	29,53**
Attentat à la pudeur	11,22%	6,84%	41,67%	22,79**
Outrage public aux mœurs	4,08%	1,71%	8,33%	2,98
Pédopornographie	1,02%	0%	0%	1,45
Délits NSV	13,27%	6,84%	12,50%	2,62
Délits NSNV	31,63%	5,13%	33,33%	28,19**

** $p \leq .01$

Pour terminer, concernant la répartition selon le lien avec les victimes intrafamiliales (tableau 9), l'analyse fait ressortir des différences significatives entre les groupes concernant les infractions non sexuelles violentes ($\chi^2 = 8,25$; $p = .04$). En effet, les AICS ayant un lien mixte présentent des taux significativement plus hauts que les AICS pseudo incestueux non biologiques (Test exact de Fisher = 7,19 ; $p = .05$).

Tableau 9 - Taux d'infractions sexuelles des AICS répartis selon le lien avec les victimes intrafamiliales

	Inceste (N = 24)	Pseudo inceste bio. (N = 14)	Pseudo inceste non bio. (N = 67)	Mixte (N = 6)	χ^2
Viol	0%	7,14%	5,97%	16,67%	2,98
Attentat à la pudeur	4,17%	7,14%	5,97%	33,33%	6,61
Outrage public aux mœurs	0%	7,14%	1,49%	16,67%	6,54
Délits NSV	4,17%	14,29%	4,48%	33,33%	8,25*
Délits NSNV	8,33%	7,14%	5,97%	0%	0,60

* $p \leq .05$

En résumé :

Les AICS s'en prennent davantage à des victimes de sexe féminin, de moins de 14 ans, et ce, dans un contexte intrafamilial (notamment dans le cadre de pseudo incestes non biologiques). Ils commettent en majorité des infractions sexuelles avec contact, dont des faits de viol et/ou d'attentat à la pudeur. Lors d'outrages publics aux mœurs, ils agressent aussi bien des victimes plus jeunes (35,82%) que plus âgées (38,81%) et aussi extrafamiliales (61,29%).

Les AICS ayant des victimes des deux sexes commettent plus d'attentat à la pudeur et de viol conjoints (58,33%) tandis que ceux ayant des victimes uniquement masculines tendent davantage à perpétrer des faits d'attentat à la pudeur (36,84%). Ceux ayant des victimes plus âgées, pour leur part, ont tendance à commettre plus de viols (41,07%). De plus, les AICS ayant des victimes d'âges mixtes présentent plus d'infractions avec ou sans contact (23,73%). Les extrafamiliaux commettent plus de faits d'outrage public aux mœurs.

Aussi, la plupart des AICS sont des primo-délinquants (66,39%) et n'ont commis que des infractions sexuelles au cours de leur parcours infractionnel (70,98%). Les AICS ayant des victimes de moins de 14 ans intrafamiliales sont essentiellement primo-délinquants. En revanche, les AICS commettant des actes incestueux et pseudo incestueux (mixte) le sont plus rarement. Quant à la délinquance sexuelle exclusive, les intrafamiliaux présentent le taux le plus élevé (87,29%). Près d'un AICS sur 7 (14,72%) présente des antécédents sexuels principalement pour des faits de viol et d'attentat à la pudeur. Cependant, ils présentent également des antécédents pour des infractions violentes non sexuelles (11,27%) et non sexuelles non violentes (17,21%).

Les AICS ayant des victimes masculines ont plus d'antécédents d'attentat à la pudeur (17,81%) et ceux ayant des victimes de 14 ans ou plus ont des taux plus élevés d'antécédents violents non sexuels (16,97%) et non violents non sexuels (23,64%). Davantage d'antécédents d'outrage public aux mœurs sont répertoriés chez les AICS victimisant des personnes d'âges mixtes (10,17%). Aussi, les AICS victimisant des personnes internes ou externes à leur cercle familial présentent plus d'antécédents de type viol (37,50%) et attentat à la pudeur (41,67%). Enfin, les AICS intrafamiliaux ont plus d'antécédents non sexuels non violents et les AICS incestueux et pseudo incestueux ont majoritairement des antécédents violents non sexuels dans leur parcours criminel.

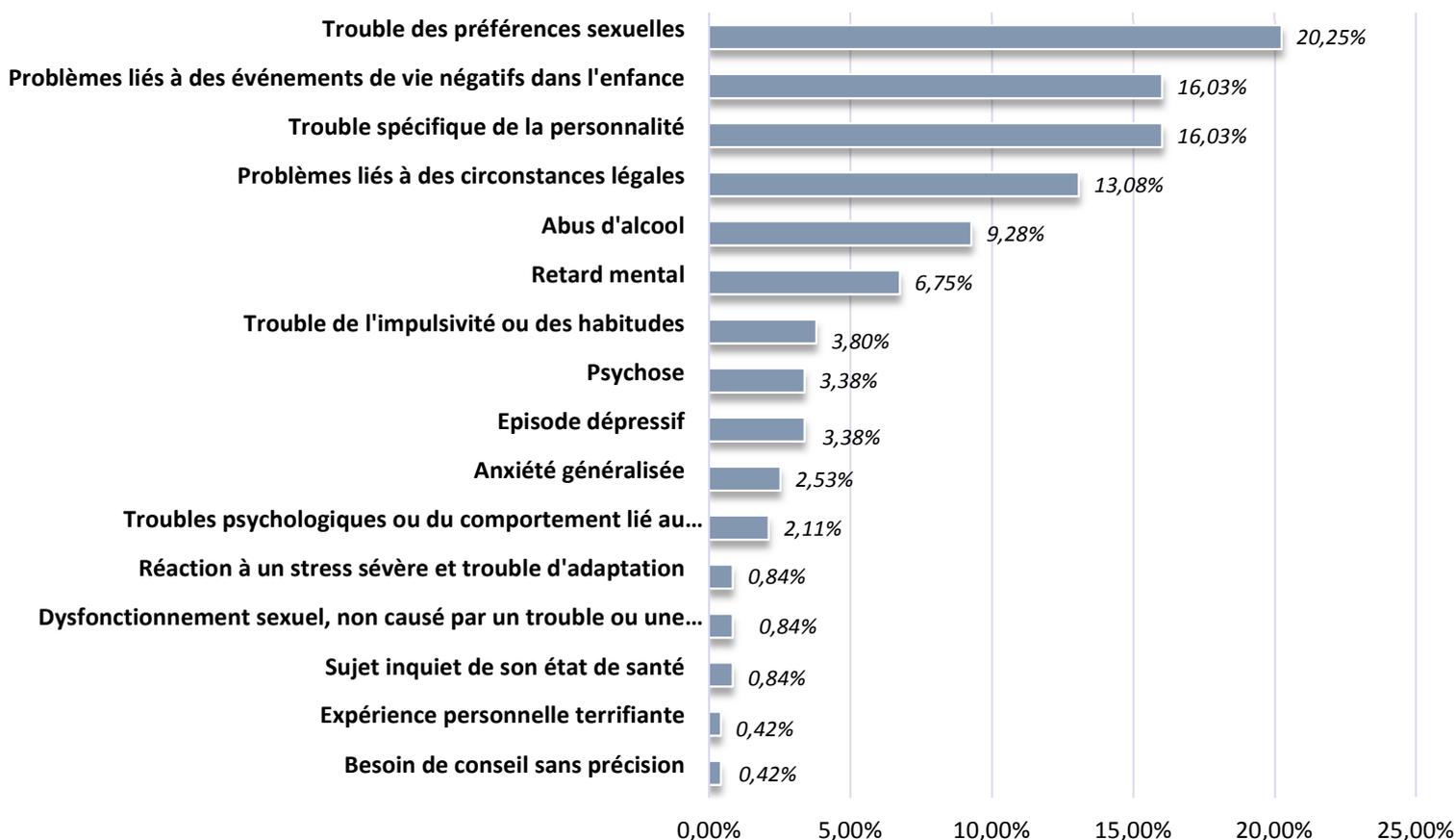
Profil diagnostique

Diagnostics

L'instrument d'évaluation en continu des caractéristiques des AICS permet également d'explorer les aspects diagnostiques des AICS ayant été ou encore en cours de traitement en Région wallonne. Actuellement, ces informations sont renseignées pour 237 AICS. Cependant, pour les autres AICS, il n'est pas possible d'évaluer la présence de diagnostic en cause d'un manque d'information concernant ce dernier ou si les AICS ne présentent effectivement aucun diagnostic.

Les diagnostics principalement présentés par les AICS sont : des troubles des préférences sexuelles (20,25%), des problèmes liés à des événements de vie négatifs durant l'enfance (16,03%), des troubles spécifiques de la personnalité (16,03%), des problèmes liés à des circonstances légales (13,08%), l'abus d'alcool (9,28%) et le retard mental (6,75%) (Figure 10).

Figure 10 – Principaux diagnostics des AICS en cours de traitement rapportés par les professionnels (N = 237)



Les données relatives aux principaux diagnostics des AICS, les six premiers repris dans la figure précédente (Figure 10), ont été croisées avec les différents profils délictueux.

Pour la répartition selon le genre des victimes (tableau 10), les AICS diffèrent uniquement concernant les troubles de préférences sexuelles ($\chi^2 = 9,28$; $p = .01$). À ce sujet, les AICS ayant des victimes des deux sexes présentent significativement plus de troubles de ce type que les AICS ayant des victimes féminines (Test exact de Fisher = 9,26 ; $p = .00$).

Tableau 10 – Principaux diagnostics des AICS répartis selon le genre des victimes

	Féminin (N = 145)	Masculin (N = 38)	Mixte (N = 21)	χ^2
Troubles des préférences sexuelles	15,17%	18,42%	42,86%	9,28**
Problèmes liés à des événements de vie négatifs dans l'enfance	16,55%	21,05%	19,05%	0,45
Troubles spécifiques de la personnalité	17,93%	15,79%	0%	4,46
Problèmes liés à des circonstances légales	16,55%	10,53%	9,52%	1,37
Abus d'alcool	9,66%	7,89%	9,31%	0,11
Retard mental	6,90%	2,63%	6,86%	2,88

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Concernant les AICS catégorisés selon l'âge des victimes, l'analyse ne révèle aucune différence entre groupes quant aux diagnostics présentés par les AICS (tableau 11).

Tableau 11 – Principaux diagnostics des AICS répartis en fonction de l'âge des victimes

	≥ 14 ans (N = 82)	< 14 ans (N = 98)	Mixte (N = 29)	χ^2
Troubles des préférences sexuelles	15,85%	18,37%	27,59%	1,95
Problèmes liés à des événements de vie négatifs dans l'enfance	14,63%	22,45%	10,34%	3,12
Troubles spécifiques de la personnalité	13,41%	18,37%	13,79%	0,93
Problèmes liés à des circonstances légales	14,63%	12,24%	20,69%	1,31
Abus d'alcool	9,76%	10,20%	6,90%	0,29
Retard mental	9,76%	5,10%	3,45%	2,12

Finalement, la répartition selon le lien avec les victimes plus jeunes (< 14 ans) (tableau 12) met en lumière que les AICS ayant des victimes intrafamiliales ont significativement plus de problèmes liés à des circonstances légales que ceux ayant des victimes extrafamiliales (Test exact de Fisher = 5,56 ; $p = .03$).

Tableau 12 - Principaux diagnostics des AICS répartis selon le lien avec les victimes de moins de 14 ans

	Extrafam. (N = 49)	Intrafam. (N = 46)	Mixte (N = 14)	χ^2
Troubles des préférences sexuelles	22,45%	17,39%	35,71%	2,11
Problèmes liés à des événements de vie négatifs dans l'enfance	14,29%	21,74%	21,43%	0,98
Troubles spécifiques de la personnalité	22,45%	13,04%	7,14%	2,55
Problèmes liés à des circonstances légales	4,08%	19,57%	7,14%	6,05*
Abus d'alcool	6,12%	17,39%	7,14%	3,32
Retard mental	6,12%	2,17%	7,14%	1,09

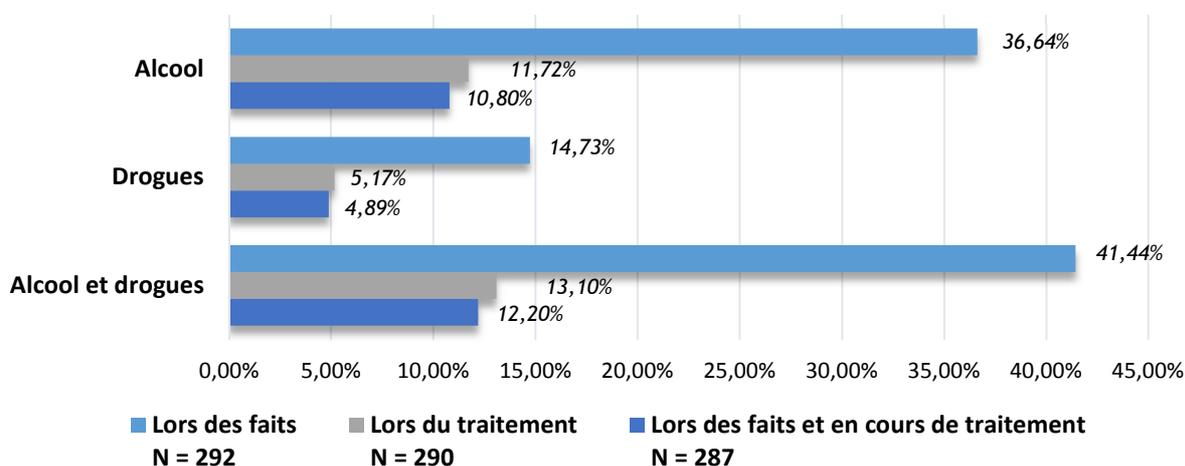
* $p \leq .05$

Il n'est pas possible d'effectuer la même démarche auprès des AICS ayant uniquement un lien intrafamilial avec les victimes, car le taux d'attrition est trop important.

Abus de substances

Concernant l'abus de substances, nous notons que les AICS étaient sous effet d'une substance, lorsqu'ils ont commis une infraction à caractère sexuel, dans 41,44% des cas. L'abus d'alcool est celui qui est majoritairement représenté (36,64%). La consommation de drogue est, quant à elle, moins effective (14,73%). Nous observons également une diminution des abus de substances, peu importe leur nature, entre les faits et la prise en charge. Il semble également que, quel que soit l'abus de substances considéré (alcool, drogue ou les deux), une proportion plus ou moins équivalente des AICS présentent un abus de substances lors du traitement et lors des deux périodes (faits et traitement). Notons, enfin, que ces renseignements sont délivrés pour près de la moitié de l'échantillon total (Figure 11).

Figure 11 – Abus de substances (alcool et drogues) des AICS lors des faits et lors du traitement



Les données s’attardant sur l’abus de substances au cours des faits, du traitement ou lors des deux périodes ont été croisées avec le profil délictueux des AICS.

Globalement, concernant le genre des victimes, il ne ressort pas de différence entre les groupes à partir de l’analyse (tableau 13).

Tableau 13 – Taux d’abus de substances des AICS répartis selon le genre des victimes

		Féminin		Masculin		Mixte		χ^2
		N	%	N	%	N	%	
Faits	Alcool et drogue	181	45,86%	45	42,22%	23	56,52%	1,28
	Alcool	181	39,23%	45	42,22%	23	52,17%	1,45
	Drogue	181	17,13%	45	15,56%	23	8,70%	1,09
Traitement	Alcool et drogue	181	14,36%	44	15,91%	22	13,64%	0,09
	Alcool	181	12,71%	44	15,91%	22	9,09%	0,64
	Drogue	181	5,52%	44	9,09%	22	4,55%	0,89
Faits et traitement	Alcool et drogue	179	13,41%	43	13,95%	22	13,64%	0,09
	Alcool	179	11,73%	43	13,95%	22	9,09%	0,34
	Drogue	179	5,59%	43	6,98%	22	4,55%	0,19

Pour les AICS distingués selon l’âge des victimes (tableau 14), l’analyse révèle des différences intergroupes. En effet, les AICS ayant des victimes plus âgées (≥ 14 ans) consomment significativement plus de substances et particulièrement d’alcool au cours des faits que les ($\chi^2 = 12,58$; $p = .00$ et $\chi^2 = 10,20$; $p = .00$) :

- AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 9,28 ; $p = .01$ et Test exact de Fisher = 7,86 ; $p = .01$) ;
- AICS ayant des victimes d’âges mixtes (Test exact de Fisher = 7,83 ; $p = .01$ et Test exact de Fisher = 5,74 ; $p = .02$).

Ces derniers consomment aussi plus de drogue au cours des faits que les AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 6,28 ; $p = .01$) ainsi que ceux ayant des victimes d’âges mixtes (Test exact de Fisher = 4,07 ; $p = .04$).

De plus, l’analyse révèle également que les AICS ayant des victimes d’âges mixtes consomment significativement moins de substances (alcool et drogue) lors du traitement que les AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 4,11 ; $p = .04$) ainsi que ceux ayant des victimes plus âgées (≥ 14 ans) (Test exact de Fisher = 4,01 ; $p = .05$).

Tableau 14 - Taux d'abus de substances des AICS répartis selon l'âge des victimes

		≥ 14 ans		< 14 ans		Mixte (N = 35)	χ ²
		N	%	N	%		
Faits	Alcool et drogue	102	58,82%	120	38,33%	31,43%	12,58**
	Alcool	102	51,96%	120	33,33%	28,57%	10,20**
	Drogue	102	24,51%	120	11,67%	8,57%	8,44*
Traitement	Alcool et drogue	101	15,84%	119	15,97%	2,86%	4,24
	Alcool	101	13,86%	119	14,29%	2,86%	3,48
	Drogue	101	7,92%	119	5,88%	0%	2,95
Faits et traitement	Alcool et drogue	100	15,00%	117	14,53%	2,86%	3,75
	Alcool	100	13,00%	117	12,82%	2,86%	2,99
	Drogue	100	8,00%	117	5,13%	0%	3,24

* p ≤ .05 ; ** p ≤ .01

L'analyse en fonction du lien avec les victimes de moins de 14 ans rapporte que les AICS ne diffèrent pas quant à l'abus de substances au cours des faits, du traitement ou des deux périodes (tableau 15).

Tableau 15 - Taux d'abus de substances des AICS répartis selon le lien avec les victimes de moins de 14 ans

		Extrafam.		Intrafam.		Mixte		χ ²
		N	%	N	%	N	%	
Faits	Alcool et drogue	58	41,38%	69	46,38%	16	43,75%	0,32
	Alcool	58	36,21%	69	43,48%	16	43,75%	0,77
	Drogues	58	15,52%	69	11,59%	16	6,25%	1,10
Traitement	Alcool et drogue	59	11,86%	69	20,29%	15	13,33%	1,77
	Alcool	59	10,17%	69	18,84%	15	13,33%	1,93
	Drogues	59	5,08%	69	7,25%	15	0%	1,27
Faits et traitement	Alcool et drogue	58	10,34%	67	17,91%	15	13,33%	1,47
	Alcool	58	8,62%	67	16,42%	15	13,33%	1,69
	Drogues	58	5,17%	67	5,97%	15	0%	0,93

Le taux d'attrition étant trop élevé, nous ne pouvons fournir les résultats des taux d'abus de substances selon le lien intrafamilial engagé entre l'AICS et les victimes.

En résumé :

Les diagnostics les plus présents chez les AICS sont les troubles des préférences sexuelles (20,25%), les problèmes liés à des événements de vie négatifs durant l'enfance (16,03%), les troubles spécifiques de la personnalité (16,03%), les problèmes liés à des circonstances légales (13,08%), l'abus d'alcool (9,28%) et la présence de retard mental (6,75%). Aussi, dans 41,44% des cas, les faits ont été commis sous influence de l'alcool. Entre les faits et le traitement, l'usage de substances diminue de manière importante. Cependant, chez une proportion équivalente des AICS cette problématique est persistante, quel que soit la période et le produit consommé.

Les AICS victimisant des personnes des deux sexes présentent davantage de troubles des préférences sexuelles (42,86%). La répartition des AICS selon le lien avec les victimes les plus jeunes (< 14 ans) montre que ceux ayant des victimes intrafamiliales présentent davantage de problèmes liés à des circonstances légales (19,57 %). De plus, les AICS ayant des victimes de 14 ans ou plus ont tendance à davantage consommer au cours des faits (58,82%). Les AICS ayant des victimes d'âges mixtes, pour leur part, consomment moins de substances lors de la phase de traitement.

Modalités de prise en charge

Notre échantillon est suivi en moyenne sur une période de 3,20 ans (SD = 1,69 ; E = 0 – 9). La période de traitement des AICS prend en compte le parcours de suivi à partir de la prison (intra-muros) jusqu'au terme du suivi extra-muros réalisé par les Équipes de Santé Spécialisées.

L'analyse comparative révèle des différences entre les groupes d'AICS selon l'âge des victimes (tableau 16). En effet, les AICS ayant des victimes de 14 ans ou plus sont suivis significativement moins longtemps que les (H = 9,60 ; p = .01) :

- AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (U = 12185 ; p = .01) ;
- AICS ayant des victimes d'âges mixtes (U = 3174,50 ; p = .01).

Des différences sont également observées quant à la période de suivi pour les AICS selon leur lien avec les victimes. De fait, les AICS ayant un lien mixte avec les victimes sont suivis lors d'une période significativement plus longue que les AICS ayant des victimes extrafamiliales (U = 788,50 ; p = .05) ainsi que les AICS ayant des victimes intrafamiliales (U = 924 ; p = .02).

Tableau 16 – Nombre d'années de suivi selon le profil des AICS (genre, âge et lien avec les victimes)

		N	M	SD	E	H
Genre	Féminin	287	3,27	1,65	1 – 9	0,99
	Masculin	71	3,15	1,92	1 – 9	
	Mixte	31	3,32	1,80	1 – 7	
Âge	≥ 14 ans	146	2,90	1,53	1 – 8	9,60**
	< 14 ans	198	3,39	1,79	1 – 9	
	Mixte	57	3,63	1,76	1 – 8	
Lien (< 14 ans)	Extrafam.	93	3,39	1,92	1 – 9	5,34
	Intrafam.	115	3,21	1,69	1 – 8	
	Mixte	23	4,30	2,08	1 – 8	
Lien intrafam.	Inceste	21	3,10	1,73	1 – 6	0,30
	Pseudo inceste bio.	14	3,43	2,06	1 – 7	
	Pseudo inceste non bio.	68	3,31	1,65	1 – 8	
	Mixte	6	3,17	1,47	1 – 5	

* p ≤ .05 ; ** p ≤ .01

Concernant les différentes modalités de prise en charge, nous nous attardons sur le nombre de mois de suivi par année, le nombre d'entretiens fixés par les équipes ainsi que ceux annulés et respectés par mois par les AICS, pour chaque année de traitement. Nous explorons également ces différentes modalités sur base du parcours thérapeutique total et, pour terminer, le nombre et le type de documents consultés dans le cadre du suivi.

Modalités de prise en charge sur le parcours total

Par rapport aux modalités de prise en charge établies sur le parcours total, les AICS sont suivis en moyenne 8,72 mois par an (N = 454). De plus, près d'un rendez-vous par mois est fixé par les équipes auprès de ceux-ci dans le cadre de leur prise en charge et ils respectent moins d'un entretien par mois. Nous pouvons également observer un taux relativement bas de rendez-vous annulés par les AICS (tableau 17).

Tableau 17 – Modalités organisationnelles de prise en charge des AICS sur le parcours total (N = 454)

	M	σ	E
Nombre de mois de suivi par an	8,72	2,54	0,5 – 12
RDV fixés par mois	0,99	0,50	0 – 7,07
RDV respectés par mois	0,83	0,45	0 – 6,07
RDV annulés par mois	0,17	0,18	0 – 1,50

Ces modalités organisationnelles de prise en charge ont été croisées avec le profil délictueux des AICS.

Pour le nombre de mois de suivi par an (tableau 18), l'analyse ne révèle pas de différences entre les groupes d'AICS concernant le nombre de mois de suivi par année, sur le parcours total de prise en charge.

Tableau 18 – Nombre de mois de suivi par an (parcours total) selon le profil des AICS (genre, âge et lien avec les victimes)

		N	M	σ	E	H
Genre	Féminin	287	8,84	2,42	1 – 12	2,37
	Masculin	71	8,26	2,79	2 – 12	
	Mixte	31	8,59	2,64	2 – 12	
Âge	≥ 14 ans	146	8,64	2,62	1 – 12	0,27
	< 14 ans	198	8,66	2,52	1 – 12	
	Mixte	57	8,94	2,28	2 – 12	
Lien (< 14 ans)	Extrafam.	93	8,27	2,31	2 – 12	3,78
	Intrafam.	115	8,51	2,68	2 – 12	
	Mixte	23	9,04	2,51	1 – 12	
Lien intrafam.	Inceste	21	8,55	2,80	2 – 12	0,21
	Pseudo inceste bio.	14	8,08	3,13	2 – 12	
	Pseudo inceste non bio.	68	8,65	2,52	2 – 12	
	Mixte	6	8,59	2,98	3 – 12	

Concernant le nombre de rendez-vous fixés par mois (tableau 19), selon l'âge ou le lien agresseur-victime, nous notons que les AICS intrafamiliaux se voient fixer un nombre significativement plus élevé de rendez-vous que les AICS extrafamiliaux ($U=12996$; $p=.05$) ou mixtes ($U=1362$; $p=.05$). Néanmoins, nous observons que plus ou moins un rendez-vous est fixé par mois.

Tableau 19 – Nombre de rendez-vous fixés par mois (parcours total) selon le profil des AICS (genre, âge et lien avec les victimes)

		N	M	σ	E	H
Genre	Féminin	287	1	0,54	0 – 7,07	0,61
	Masculin	71	0,99	0,35	0,25 – 2,33	
	Mixte	31	1,03	0,38	0,33 – 2	
Âge	≥ 14 ans	146	0,99	0,64	0 – 7,07	1,17
	< 14 ans	198	1	0,41	0,11 – 2,88	
	Mixte	57	1	0,33	0,15 – 2,03	
Lien (< 14 ans)	Extrafam.	93	0,97	0,38	0,25 – 2,88	2,99
	Intrafam.	115	1	0,39	0,11 – 2,42	
	Mixte	23	0,89	0,41	0,31 – 2,33	
Lien intrafam.	Inceste	21	1,10	0,35	0,65 – 1,88	0,97
	Pseudo inceste bio.	14	1	0,27	0,59 – 1,50	
	Pseudo inceste non bio.	68	1,01	0,41	0,11 – 2,42	
	Mixte	6	0,98	0,35	0,72 – 1,67	

Concernant le nombre de rendez-vous respectés (tableau 20), moins d'un rendez-vous par mois est respecté par les AICS, quelle que soit la catégorie, ce taux étant très peu variable. En effet, l'analyse ne révèle aucune différence entre les groupes.

Tableau 20 – Nombre de rendez-vous respectés par mois (parcours total) selon le profil des AICS (genre, âge et lien avec les victimes)

		N	M	σ	E	H
Genre	Féminin	287	0,83	0,48	0 – 6,07	1,91
	Masculin	71	0,82	0,32	0,17 – 2,25	
	Mixte	31	0,87	0,28	0,33 – 1,49	
Âge	≥ 14 ans	146	0,83	0,57	0 – 6,07	1,01
	< 14 ans	198	0,83	0,36	0 – 2,63	
	Mixte	57	0,82	0,30	0,15 – 1,58	
Lien (< 14 ans)	Extrafam.	93	0,81	0,36	0 – 2,63	1,19
	Intrafam.	115	0,83	0,33	0 – 1,92	
	Mixte	23	0,79	0,40	0,31 – 2,25	
Lien intrafam.	Inceste	21	0,90	0,36	0,47 – 1,75	1,11
	Pseudo inceste bio.	14	0,86	0,30	0,45 – 1,50	
	Pseudo inceste non bio.	68	0,81	0,33	0 – 1,92	
	Mixte	6	0,88	0,23	0,67 – 1,28	

Enfin, concernant le nombre de rendez-vous annulés (tableau 21), malgré l'absence de différence intergroupe entre les AICS selon le lien avec les victimes, nous observons que les AICS ayant un lien mixte, à la fois intra- et extrafamilial, avec les victimes ont tendance à annuler moins de rendez-vous que Les AICS ayant des victimes extrafamiliales ($U = 1784,50$; $p = .05$).

Tableau 21 – Nombre de rendez-vous annulés par mois (parcours total) selon le profil des AICS (genre, âge et lien avec les victimes)

		N	M	σ	E	H
Genre	Féminin	287	0,17	0,18	0 – 1,50	1,06
	Masculin	71	0,17	0,17	0 – 0,80	
	Mixte	31	0,16	0,21	0 - 1	
Âge	≥ 14 ans	146	0,16	0,16	0 – 1	0,97
	< 14 ans	198	0,17	0,20	0 – 1,50	
	Mixte	57	0,18	0,15	0 – 0,60	
Lien (< 14 ans)	Extrafam.	93	0,16	0,16	0 – 0,67	2,30
	Intrafam.	115	0,17	0,22	0 – 1,50	
	Mixte	23	0,10	0,13	0 – 0,50	
Lien intrafam.	Inceste	21	0,19	0,17	0 – 0,51	2,41
	Pseudoinceste bio.	14	0,13	0,15	0 – 0,58	
	Pseudoinceste non bio.	68	0,20	0,25	0 – 1,50	
	Mixte	6	0,10	0,15	0 – 0,39	

Modalités de prise en charge par année de suivi

Nous nous attardons ici sur les modalités organisationnelles de prise en charge pour chaque année de suivi. Concernant le nombre de mois de suivi par an (tableau 22), cette modalité tend à s'intensifier à partir de la deuxième année de traitement et semble rester stable jusqu'à la huitième année.

À propos du nombre de rendez-vous fixés avec les AICS, ce dernier semble décroître à partir de la deuxième année de traitement. Pour les deux premières années de suivi, un peu plus d'un rendez-vous par mois est fixé auprès des AICS en cours de traitement.

Enfin, moins d'un rendez-vous est respecté ou annulé par mois par les AICS. De plus, le nombre de rendez-vous respectés décroît au cours du temps tandis que le nombre de rendez-vous annulés s'accroît, plus particulièrement entre la première et la cinquième année, avant de diminuer légèrement à nouveau. Ces marqueurs nous indiquent que la compliance thérapeutique des AICS tend à s'affaiblir au cours de la prise en charge.

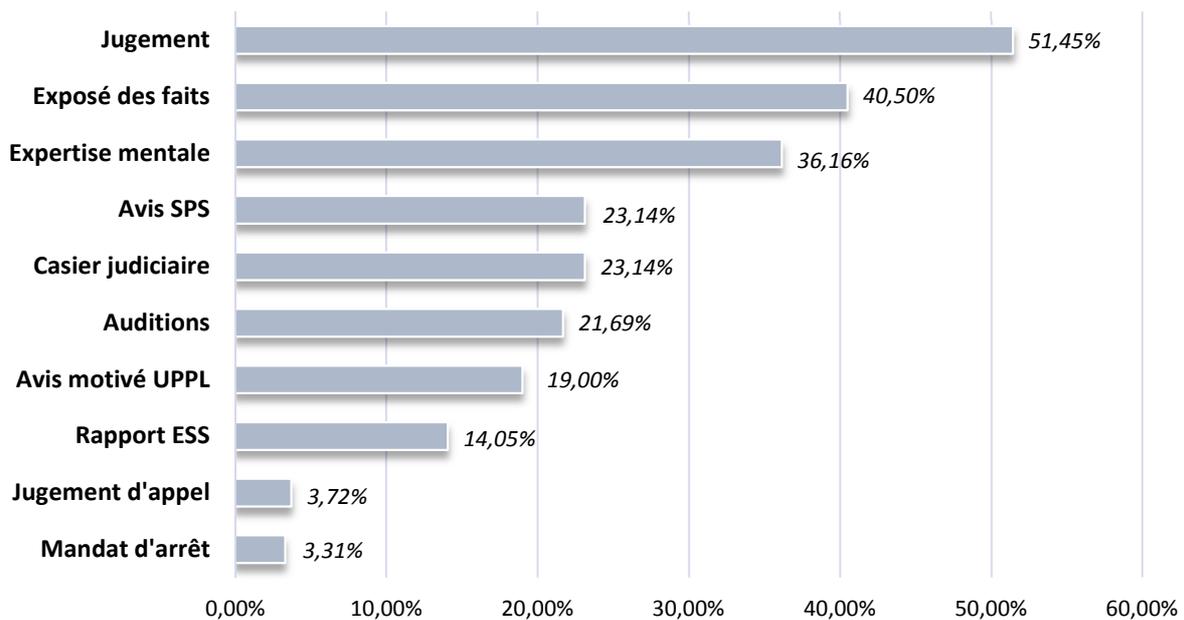
Tableau 22 – Modalités organisationnelles de prise en charge des AICS par année de traitement

		N	M	σ	E
Année 1	Nombre de mois de suivi	448	6,60	3,50	1 – 12
	RDV fixés par mois	448	1,06	0,61	0 – 6,91
	RDV respectés par mois	448	0,91	0,59	0 – 6,73
	RDV annulés par mois	448	0,15	0,23	0 – 1,50
Année 2	Nombre de mois de suivi	375	11,29	2,21	1 – 12
	RDV fixés par mois	375	1,03	0,80	0 – 13
	RDV respectés par mois	375	0,87	0,74	0 – 12
	RDV annulés par mois	375	0,16	0,20	0 – 1
Année 3	Nombre de mois de suivi	269	10,83	2,63	1 – 12
	RDV fixés par mois	269	0,94	0,47	0 – 3
	RDV respectés par mois	269	0,77	0,45	0 – 3
	RDV annulés par mois	269	0,17	0,20	0 – 0,92
Année 4	Nombre de mois de suivi	171	10,21	3,40	1 – 12
	RDV fixés par mois	171	0,94	0,53	0 – 4,08
	RDV respectés par mois	171	0,75	0,47	0 – 3,92
	RDV annulés par mois	171	0,19	0,25	0 – 1,27
Année 5	Nombre de mois de suivi	107	10,08	3,20	1 – 12
	RDV fixés par mois	107	0,89	0,39	0,17 – 2,50
	RDV respectés par mois	107	0,70	0,31	0 – 1,58
	RDV annulés par mois	107	0,18	0,26	0 – 2
Année 6	Nombre de mois de suivi	45	9,09	3,68	2 – 12
	RDV fixés par mois	45	0,88	0,44	0 – 1,78
	RDV respectés par mois	45	0,70	0,37	0 – 1,71
	RDV annulés par mois	45	0,17	0,19	0 – 0,58
Année 7	Nombre de mois de suivi	23	8,70	4	1 – 12
	RDV fixés par mois	23	0,83	0,43	0,33 – 2
	RDV respectés par mois	23	0,67	0,36	0,20 – 2
	RDV annulés par mois	23	0,16	0,24	0 – 1
Année 8	Nombre de mois de suivi	8	8,38	3,38	3 – 12
	RDV fixés par mois	8	0,59	0,17	0,33 – 0,88
	RDV respectés par mois	8	0,52	0,21	0,17 – 0,75
	RDV annulés par mois	8	0,07	0,12	0 – 0,33
Année 9	Nombre de mois de suivi	2	3,50	2,12	2 – 5
	RDV fixés par mois	2	0,75	0,35	0,50 – 1
	RDV respectés par mois	2	0,75	0,35	0,50 – 1
	RDV annulés par mois	2	0	0	0

Documents consultés

Pour finir, en moyenne, le nombre de documents consultés dans le cadre du suivi des AICS s'estime à 2,36 ($\sigma = 1.93$; $E = 0 - 10$) ($N = 484$). De surcroît, notons que les documents les plus fréquemment consultés sont : le jugement, l'exposé des faits et l'expertise mentale (figure 12).

Figure 12 – Documents consultés par les ESS dans le cadre de la prise en charge des AICS



Enfin, le croisement de données avec le nombre de documents consultés par les professionnels (tableau 23) révèle qu'il y a significativement moins de documents consultés pour les AICS ayant des victimes de plus de 14 ans en comparaison à ceux ayant des victimes plus jeunes ($U = 14634,50$; $p = .03$).

Tableau 23 – Nombre de documents consultés dans le cadre du suivi selon le profil des AICS (genre, âge et lien avec les victimes)

		N	M	σ	E	H
Genre	Féminin	307	2,49	2,05	0 – 10	2,39
	Masculin	74	2,09	1,51	0 – 6	
	Mixte	35	2,69	1,83	0 – 6	
Âge	≥ 14 ans	163	2,16	1,94	0 – 10	5,69
	< 14 ans	206	2,56	1,97	0 – 10	
	Mixte	57	2,58	1,88	0 – 8	
Lien (< 14 ans)	Extrafam.	97	2,88	1,91	0 – 9	3,01
	Intrafam.	120	2,47	1,93	0 – 10	
	Mixte	25	2,92	2,24	0 – 8	
Lien intrafam.	Inceste	24	2,92	1,77	0 – 6	4,51
	Pseudoinceste bio.	14	3,14	2,11	0 – 6	
	Pseudoinceste non bio.	70	2,41	2	0 – 10	
	Mixte	6	1,67	1,21	0 – 3	

En résumé :

La période de suivi moyenne des AICS par les ESS est d'environ 3 ans, celle-ci prenant en compte le parcours de suivi à partir du milieu intra-pénitencier jusqu'au terme du suivi extra-muros. Les AICS sont suivis en moyenne 8,72 mois par an, avec près d'un rendez-vous fixé par mois (0,99), moins d'un rendez-vous respecté (0,83) et un faible taux de rendez-vous annulés par eux-mêmes (0,17). Un peu plus de 2 documents sont consultés par les professionnels dans le cadre du suivi, et sont principalement : le jugement (51,45%), l'exposé des faits (40,50%) et l'expertise mentale (36,16%).

L'analyse comparative révèle que les AICS suivis le plus longtemps sont ceux ayant les victimes les plus jeunes (3,39 ans) ou d'âges mixtes (3,63 ans) ainsi que ceux ayant des liens à la fois intrafamiliaux et extrafamiliaux avec les victimes (4,30 ans). Néanmoins, il y a peu de variabilité concernant les modalités pratiques plus spécifiques (nombre de mois de suivi, rendez-vous fixés, respectés ou annulés).

Discussion

L'objectif visé par la rédaction de ce rapport est d'actualiser les informations octroyées par les ESS dans le cadre de l'évaluation en continu des AICS, notamment en ce qui concerne leurs caractéristiques socio-environnementales, diagnostiques, délictueuses, ainsi que celles portant sur les modalités de leur prise en charge.

Les analyses menées tout au long du travail mettent en évidence que les AICS en Région wallonne se trouvent dans des situations socio-environnementales et professionnelles relativement précaires. En effet, environ la moitié de l'échantillon est célibataire, 24,42 à 27,44% des AICS vivent seuls et 38,92 à 49,48% d'entre eux sont sans emploi. En sus, cette situation de précarisation sociale et professionnelle a tendance à se maintenir au cours du temps, voire à s'accroître après la libération (Achã *et al.*, 2011 ; Lee *et al.*, 2010 ; Nicholaichuk *et al.*, 2014). Les modes de vie caractérisés par une organisation de type familiale passent de 66,33 à 51,86% entre le moment des faits et la libération tandis que, dans le même temps, est observée une augmentation des modes de vie communautaire, carcéral ou interné ainsi qu'institutionnel. Le pourcentage de personnes ayant un emploi, pour sa part, passe de 52,85 à 39,85%, avec une baisse observée pour tout type de professions, tandis qu'une hausse de l'inactivité professionnelle est mise en évidence. Bien qu'à notre connaissance il n'existe pas, à l'heure actuelle, de travaux relatifs à la précarisation sociale et professionnelle des AICS en tant que facteurs de risque, la littérature a montré que la situation de vie, le statut professionnel et la qualité du réseau social peuvent représenter des facteurs de protection impliqués dans le processus de désistance (Brown *et al.*, 2012 ; Miller, 2006 ; Ullrich & Coid, 2011 ; de Vries Robbé *et al.*, 2015). Aussi, cette précarisation au niveau de la sphère sociale et professionnelle amène des questions sur les difficultés qui peuvent être rencontrées par les AICS dans leur parcours de réintégration, notamment du fait du rôle joué par l'étiquette de « Délinquant sexuel ». À ce propos, Willis, Levenson et Ward (2010) indiquent que l'opinion publique ainsi que les politiques entreprises pour répondre à la délinquance sexuelle ont également une incidence sur la qualité et les possibilités de réinsertion sociale. Saloppé & Pham (2006) avaient déjà relevé cet état de cause en indiquant que le fait que cette population apparaisse comme la cible de pressions de la part de l'opinion publique aurait des conséquences sur sa qualité de vie, et réduirait ses libertés individuelles.

En ce qui concerne les caractéristiques délictueuses, le nombre d'AICS primo-délinquants (66,39%) ainsi que celui relatif à ceux n'ayant uniquement commis que des infractions sexuelles au cours de leur parcours (70,98%) sont relativement élevés. Ce phénomène est d'autant plus observé parmi les AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (70,44% et 77,34%) et ceux ayant un lien intrafamilial avec elles (81,36% et 87,29%).

Les victimes des AICS sont principalement de sexe féminin (73,83 à 75,68%) et âgées de moins de 14 ans (35,82 à 58,74%), et ce, peu importe le type d'infraction délit sexuelle considérée. En ce qui concerne les AICS agressant des victimes de moins de 14 ans, ceux-ci le font majoritairement dans un contexte intrafamilial (49,19 à 56,46%). De plus, la plupart des AICS intrafamiliaux présentent un lien de parenté pseudo incestueux non biologique avec les victimes (par exemple : beau-père). En ce qui concerne les faits sexuels ayant amené à une prise en charge, près de trois quarts des AICS commettent des infractions sexuelles avec contact et environ 40% des AICS ont tendance à commettre des infractions sexuelles ayant un caractère polymorphe au cours d'un même fait. Cependant, une plus faible propension à commettre des délits violents ou non violents en même temps que l'infraction sexuelle (8,48% et 5,45%) a été observée. En sus, un faible taux d'antécédents judiciaires est observé parmi notre échantillon, dont 14,72% d'antécédents sexuels (Harris & Hanson, 2004 ; Lussier, 2010 ; Tesson *et al.*, 2012). Les aspects plus à risque relevés au sein de la littérature, tels que le fait de présenter des victimes des deux sexes, des victimes d'âges mixtes et des victimes extrafamiliales plus jeunes ou plus âgées, se retrouvent davantage chez les auteurs d'outrages public aux mœurs et les auteurs de faits sexuels multiples (avec contact et/ou sans contact) (Hanson & Yates, 2013 ; Hanson *et al.*, 2003).

Les diagnostics les plus souvent présents chez les AICS sont : les troubles des préférences sexuelles (20,25%), les problèmes liés à des événements de vie négatifs durant l'enfance (16,03%), les troubles spécifiques de la personnalité (16,03%), les problèmes liés à des circonstances légales (13,08%), l'abus d'alcool (9,28%) et la présence de retard mental (6,75%). En comparaison à la littérature internationale, ces résultats sous-estiment la prévalence des diagnostics chez les AICS (Chen *et al.*, 2016). Une exception peut être mise en avant pour les troubles des préférences sexuelles, dont le taux est presque identique à celui observé dans la littérature, concernant les diagnostics de paraphilies évalués chez les AICS (20%) (Harris, 2011 ; Tesson *et al.*, 2012 ; Rotenberg, 2017 ; Vanderstukken *et al.*, 2014). En ce

qui concerne l'abus de substances, une part importante des infractions sexuelles sont commises dans cet état (41,44%), et notamment sous influence de l'alcool, plus particulièrement chez les AICS extrafamiliaux. Une diminution nette de la consommation est néanmoins observée de manière générale entre le moment des faits et le traitement, mais nous notons qu'une proportion équivalente d'AICS présente cette problématique au cours du traitement ainsi qu'au cours des faits et du traitement, quel que soit le produit consommé, indiquant une problématique plus accrue et perdurant au cours du temps chez ce groupe. Ces résultats sont importants à prendre en compte, notamment de par le fait que l'intoxication représente un facteur de risque dynamique, à cause de l'effet désinhibant sur le comportement (Cortoni, 2009 ; Hanson & Harris, 2000).

Finalement, nous observons que les AICS sont suivis par les ESS au cours d'une période moyenne de 3,20 ans en Région wallonne (au niveau intra et extra pénitencier), avec 8,72 mois de suivi par an et près d'un rendez-vous fixé par mois (0,99). Par rapport à ces derniers, environ le même nombre est respecté par mois (0,83), tandis que le nombre d'entretiens annulés est, pour sa part, faible (0,17). Concernant les renseignements consultés au cours du suivi par les professionnels de santé, nous observons une lecture moyenne de 2,3 documents qui sont, majoritairement, le jugement, l'exposé des faits et l'expertise mentale. Au vu du faible corpus d'études relatives aux modalités organisationnelles de prise en charge des AICS, nous ne pouvons comparer les résultats ici présents avec la littérature. En effet, aucun consensus n'a pu être dégagé à l'heure actuelle sur les modalités organisationnelles relatives à la prise en charge des AICS, hormis l'indication d'adapter le traitement en fonction des aspects du risque présentés par les individus (IATSO, n.d.).

Concernant les limites de la recherche, nous observons un taux d'attrition concernant les variables diagnostiques. En effet, nous ne disposons de ces informations que dans moins de 50% des cas. Dès lors, il n'est pas possible d'indiquer si le faible taux de troubles mentaux au sein de notre échantillon est à mettre en lien avec une absence effective de pathologie ou bien à une impossibilité pour les ESS à pouvoir nous transmettre cette information. Néanmoins, suite à une prise de contact avec les différentes ESS, un certain nombre de données diagnostiques ont pu être récupérées par rapport à l'année passée (N=49). En plus de cette problématique d'attrition, certaines variables se retrouvent être difficiles à investiguer. C'est notamment le cas concernant le statut professionnel des AICS, au sein

duquel nous retrouvons la proposition « Autre » qui augmente entre les faits et la libération (6,53 à 9,97%). Pallier ces limites permettrait d'apporter toujours plus de précisions quant à l'étude du parcours post-carcéral et la réinsertion sociale et professionnelle des AICS.

Néanmoins, les résultats de cette recherche mettent en évidence que la meilleure compréhension du profil socio-environnemental, diagnostique et délictueux des AICS passe par l'étude systématisée de leurs caractéristiques au travers d'un instrument tel que celui utilisé ici. Les résultats obtenus permettent également d'apporter une contribution auprès des équipes veillant à leur prise en charge, aussi bien d'un point de vue clinique, que dans l'appréciation et la gestion du risque de récurrence, permettant, par la même occasion, d'ouvrir un champ de réflexion concernant les facteurs de protection qui peuvent jaloner le parcours de vie des AICS.

Plusieurs pistes de travail sont à envisager pour les années futures dans le cadre du présent projet.

- En premier lieu, l'objectif principal visé sera de poursuivre la collecte des données auprès des ESS afin de pouvoir intégrer de nouveaux patients au sein de la base de données, mais également continuer à compléter les informations auprès des patients toujours en cours de suivi. Ceci afin de pouvoir disposer des renseignements les plus précis possibles concernant la population AICS en Région wallonne ;
- Puis effectuer une nouvelle évaluation des taux de récurrence et tenter d'identifier des variables prédictives ou protectrices de la récurrence qui pourraient venir en complément des outils d'évaluation du risque de récurrence disponibles au sein de la communauté scientifique ;
- Enfin, les résultats décrits dans cette recherche pourront faire l'objet de différents articles scientifiques ainsi qu'être présentés lors de congrès nationaux ou internationaux.

- Abracen, J., Langton, C. M., Looman, J., Gallo, A., Ferguson, M., Axford, M., & Dickey, R. (2014). Mental health diagnoses and recidivism in paroled offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 58(7), 765-779. doi : 10.1177/0306624X13485930.
- Achã, M.F.F., Rigonatti, S.P., Saffi, F., Barros, D.M. & Serafim, A.P. (2011). Prevalence of mental disorders among sexual offenders and non-sexual offenders. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 11-15. doi : 10.1590/S0047-2085201100010000.
- Ackerman, A., Harris, A., Levenson, J. & Zgoba, K. (2011). Who are the people in your neighborhood ? A descriptive analysis of individuals on public sex offender registries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(3), 149-159. doi : 10.1016/j.ijlp.2011.04.001.
- Anderson, A. L., Sample, L. L., & Cain, C. M. (2015). Residency restrictions for sex offenders: Public opinion on appropriate distances. *Criminal Justice Policy Review*, 26(3), 262-277. doi : 10.1177/0887403413513897.
- AuCoin, K. (2005). Les enfants et les jeunes victimes de crimes avec violence. *Juristat*, 25(1), 1-26. En ligne <http://www.publications.gc.ca/Collection-R/Statcan/85-002-XIF/0010585-002-XIF.pdf>.
- Babchishin, K. M. (2013). *Sex offenders do change on risk-relevant propensities: Evidence from a longitudinal study of the ACUTE-2007*. Doctoral dissertation, Carleton University Ottawa, Canada.
- Bajos, N. & Bozon, M. (2008). Les violences sexuelles en France : Quand la parole se libère. *Population et Sociétés*, 445. En ligne https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19113/pop_soc445.fr.pdf.
- Balier, C., Ciavaldini, A. & Girard-Khayat, M. (1997). *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*. Direction Générale de la Santé, Paris, France.
- Banyard, V.L., Williams, L.M. & Siegel, J.A. (2004). Childhood sexual abuse : A gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9(3), 223-238. doi : 10.1177/107755904266914.

- Black, M.S. & Pettway, C. (2001). *Profile of ODRC sex offenders assessed at the sex offender risk reduction center*. Department of Rehabilitation and Correction, Ohio, United States of America.
- Blasko, B. L. (2016). Overview of sexual offender typologies, recidivism and treatment. In Jeglic, E. L. & Calkins, C. (Eds.), *Sexual violence: Evidence based policy and prevention* (pp. 11-29). New York: Springer Publishing.
- Bonta, J. L., & Andrews, D. A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Ottawa : Sécurité publique Canada.
- Brown, S., Harkins, L., & Beech, A. R. (2012). General and victim-specific empathy: Associations with actuarial risk, treatment outcome, and sexual recidivism. *Sexual Abuse, 24*(5), 411-430. doi : 10.1177/1079063211423944.
- Burchfield, K. B. (2012). Assessing community residents' perceptions of local registered sex offenders: Results from a pilot survey. *Deviant Behavior, 33*(4), 241-259. doi : 10.1080/01639625.2011.573396.
- Carson, E. A., & Sabol, W. J. (2012). *Prisoners in 2011*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.
- Catalano, S. M. (2005). *Criminal Victimization, 2004, Bureau of Justice Statistics National Crime Victimization Survey, NCJ 210674*. Washington, DC: Department of Justice.
- Chen, Y. Y., Chen, C. Y., & Hung, D. L. (2016). Assessment of psychiatric disorders among sex offenders: Prevalence and associations with criminal history. *Criminal Behaviour and Mental Health, 26*(1), 30-37. doi : 10.1002/cbm.1926.
- Corrado, R. R., Cohen, I., Hart, S., & Roesch, R. (2000). Comparative examination of the prevalence of mental disorders among jailed inmates in Canada and the United States. *International Journal of Law and Psychiatry, 23*(5-6), 633-647. doi : 10.1016/S0160-2527(00)00054-6.
- Cortoni, F. (2009). Factors associated with sexual recidivism. In A. R. Beech, L. A. Craig, & K. D. Browne (Eds.), *Assessment and treatment of sex offenders: A handbook* (pp. 39-52). West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- de Vries Robbé, M., Mann, R. E., Maruna, S., & Thornton, D. (2015). An exploration of protective factors supporting desistance from sexual offending. *Sexual Abuse, 27*(1), 16-33. doi : 10.1177/1079063214547582.

- Diamond, P. M., Wang, E. W., Holzer, C. E., & Thomas, C. (2001). The prevalence of mental illness in prison. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 29(1), 21-40. doi : 10.1023/A:1013164814732.
- Digard, L. (2014). Encoding risk: Probation work and sex offenders' narrative identities. *Punishment & Society*, 16(4), 428-447. doi : 10.1177/1462474514539536.
- Douglas, E.M. & Finkelhor, D. (2005). *Childhood sexual abuse fact sheet*. Crime against Children Research Center, University of New Hampshire, United States.
- Ducro, C. & Pham, T.H. (2006). Evaluation of the SORAG and the Static-99 on Belgian sex offenders committed to a forensic facility. *Sexual Abuse: journal of research and Treatment*.
- Edinburgh, L, Saewyc, E., & Levitt, C. (2006). Gender differences in extrafamilial sexual abuse experiences among young teens. *The Journal of School Nursing*, 22(5), 278-284. doi : 10.1177/10598405060220050601.
- Falzone, C. & Rutten, J. (2008). *Evaluation des lois de 1995 et 2000 en matière de mœurs ainsi que de quelques autres instruments connexes*. Service de la Politique Criminelle, Belgique.
- Farrall, S., Hunter, B., Sharpe, G. & Calverley, A. (2014). *Criminal careers in transition: The social context of desistance from crime*. Oxford University Press.
- Faust, E., Bickart, W., Renaud, C., & Camp, S. (2015). Child pornography possessors and child contact sex offenders: A multilevel comparison of demographic characteristics and rates of recidivism. *Sexual Abuse*, 27(5), 460-478. doi : 10.1177/1079063214521469.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The lancet*, 359(9306), 545-550. doi : 10.1016/S0140-6736(02)07740-1.
- Fazel, S., Sjöstedt, G., Långström, N. & Grann, M. (2007). Severe mental illness and risk of sexual offending in men: A case-control study based on Swedish national registers. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(4), 588-596. doi : 10.4088/JCP.v68n0415.
- Fernandez, Y., Harris, A. J., Hanson, R. K., & Sparks, J. (2012). *Stable-2007 coding manual revised 2012*. Unpublished manuscript. Public Safety Canada.
- Greenfeld, L.A. (1997). *Sex offenses and offenders : An analysis of data on rape and sexual assault*. Bureau of Justice Statistics, Washington, United States.
- Grossi, L. (2017). Sexual offenders, violent offenders, and community reentry: Challenges and treatment considerations. *Aggression And Violent Behavior*, 34, 59-67. doi: 10.1016/j.avb.2017.04.005

- Guay, J.-P., Proulx, J., Cusson, M. & Ouimet, M. (2001). Victim-choice polymorpha among serious sex offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 30(5), 521-533. doi: 10.1023/A:1010291201588.
- Hanson, K. R., & Harris, A. (2000). *The Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR): A method for measuring change in risk levels 2000-1*. Corrections Research Department of the Solicitor General, Canada.
- Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis (2004-02)*. Public Safety and Emergency Preparedness, Ottawa, Canada.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological assessment*, 21, 1-21.
- Hanson, R., Morton, K. E., & Harris, A. J. (2003). Sexual offender recidivism risk. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989(1), 154-166. doi: 10.1111/j.1749-6632.2003.tb07303.x.
- Hanson, R.K., & Thornton, D. (1999). *Statique-99 : Une amélioration des évaluations actuarielles du risque chez les délinquants sexuels*. Rapport pour spécialistes n°1999-02. Ottawa : Ministère du Solliciteur général du Canada.
- Hanson, R.K. & Thornton, D. (2002). *Statique-99 : Une amélioration des évaluations actuarielles du risque chez les délinquants sexuels*. Ottawa : Ministère Solliciteur Général du Canada.
- Hanson, R. K., & Yates, P. M. (2013). Psychological treatment of sex offenders. *Current Psychiatry Reports*, 15(3), 348. doi : 10.1007/s11920-012-0348-x.
- Harris, A.J.R. & Hanson, K.R. (2004). *Sex offender recidivism : A simple question*. Public Safety and Emergency Preparedness, Ottawa, Canada.
- Harris, A.J.R. (2011). *Paraphilies : Incidence et concomitance dans des échantillons normatifs et des échantillons de délinquants sexuels*. Rapport de recherche R-235. Service correctionnel, Ottawa, Canada.

- Harris, D. A., Knight, R. A., Smallbone, S., & Dennison, S. (2011). Postrelease specialization and versatility in sexual offenders referred for civil commitment. *Sexual Abuse, 23*(2), 243-259. doi : 10.1177/1079063210384276.
- Harsch, S., Bergk, J. E., Steinert, T., Keller, F., & Jockusch, U. (2006). Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. *International journal of law and psychiatry, 29*(5), 443-449. doi : 10.1016/j.ijlp.2005.11.001.
- Hepburn, J.R. & Griffin, M.L. (2004). *An analysis of risk factors contributing to the recidivism of sex offenders on probation*. Department of Justice, Washington, United States.
- IATSO (n.d.). Standards of Care for the Treatment of Adult Sex Offenders of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders. Retrieved from <https://www.iatso.org/index.php?...standards...treatment...sexual-offenders...standards>.
- Jackson, R. L., & Richards, H. J. (2007). Diagnostic and risk profiles among civilly committed sex offenders in Washington State. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 51*(3), 313-323. doi : 10.1177/0306624X06292874.
- Kafka, M. (2012). Axis I psychiatric disorders, paraphilic sexual offending and implications for pharmacological treatment. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 49*(4), 255-61.
- Kingston, D. A., Olver, M. E., Harris, M., Wong, S. C., & Bradford, J. M. (2015). The relationship between mental disorder and recidivism in sexual offenders. *International Journal of Forensic Mental Health, 14*(1), 10-22. doi : 10.1080/14999013.2014.974088.
- Kitchen, P. (2007). *Exploring the link between crime and socio-economic status in Ottawa and Saskatoon : A small-area geographical analysis*. Department of Justice, Ottawa, Canada.
- Klein, J. L. (2015). Vilifying the pedophiles and perverts: A nationwide test of the Community Attitudes toward Sex Offenders (CATSO) scale. *Criminology, Criminal Justice Law & Society, 16*(3), 41-60.
- Koch, J., Berner, W., Hill, A. & Briken, P. (2011). Sociodemographic and diagnostic characteristics of homicidal and nonhomicidal sexual offenders. *Journal of Forensic Sciences, 56*(6), 1626-1631. doi : 10.1111/j.1556-4029.2011.01933.x.
- Kruttschnitt, C., Uggen, C., & Shelton, K. (2000). Predictors of desistance among sex offenders: The interaction of formal and informal social controls. *Justice Quarterly, 17*(1), 61-87. doi : 10.1080/07418820000094481.

- Långström, N., Sjöstedt, G., & Grann, M. (2004). Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(2), 139-150. doi : 10.1177/107906320401600204.
- Laub, J. H., & Sampson, R. J. (2001). Understanding desistance from crime. *Crime and justice*, 28, 1-69. doi : 10.1086/652208.
- Lee, C.-Y., Chao, S.-S., Chen, S.-P., Chou, F. H.-C., Su, C.-Y. & Ho, W.-W. (2010). The characteristics of and risk factors associated with incarcerated sex offenders in Taiwan. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(3), 144-148. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.03.003.
- Lussier, P. (2010). Trajectoires criminelles et récidive des délinquants sexuels adultes : L'hypothèse « statique » revue et corrigée. *Criminologie*, 43(2), 269-302. doi : 10.7202/1001778ar.
- Lussier, P., LeBlanc, M., & Proulx, J. (2005). The generality of criminal behavior: A confirmatory factor analysis of the criminal activity of sex offenders in adulthood. *Journal of Criminal Justice*, 33(2), 177-189. doi : 10.1111/j.0011-1348.2005.00008.x.
- Magers, M., Jennings, W. G., Tewksbury, R., & Miller, J. M. (2009). An Exploration of the Sex Offender Specialization and Violence Nexus. *Southwest Journal of Criminal Justice*, 6(2).
- Malinen, S., Willis, G., & Johnston, L. (2013). Might informative media reporting of sexual offending influence community members' attitudes towards sex offenders?. *Psychology, Crime & Law*, 20(6), 535-552. doi: 10.1080/1068316x.2013.793770
- Mann, R. E. (2004) Innovations in sex offender treatment. *Journal of Sexual Aggression* 10(2), 141–152. doi : 10.1080/1355260042000261751.
- Mann, R.E., Hanson, R.K. & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 22(2), 191-217. doi : 10.1177/1079063210366039.
- Maruna, S. (2001). *Making good: How ex-offenders reform and rebuild their lives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McElroy, S. L., Soutullo, C. A., Taylor Jr, P., Nelson, E. B., Beckman, D. A., Brusman, L. A., ... & Keck Jr, P. E. (1999). Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(6), 414-420. doi : 10.4088/JCP.v60n0613.
- Menghini, M., Ducro, C., & Pham T.H. (2005). Évaluation de la récidive auprès d'AICS issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone. *Forensic, numéro spécial*, 31-40.

- Miethe, T. D., Olson, J., & Mitchell, O. (2006). Specialization and persistence in the arrest histories of sex offenders: A comparative analysis of alternative measures and offense types. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 43(3), 204–229. doi : 10.1177/0022427806286564.
- Miller, H. A. (2006). A dynamic assessment of offender risk, needs, and strengths in a sample of pre-release general offenders. *Behavioral sciences & the law*, 24(6), 767-782. doi : 10.1002/bsl.728.
- Ministère de la Sécurité Publique du Québec. (2011). *Statistiques 2009 sur les agressions sexuelles au Québec*. Gouvernement du Québec, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Canada.
- Ministère de la Sécurité Publique du Québec. (2015). *Infractions sexuelles au Québec : Faits saillants 2013*. Gouvernement du Québec, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Canada.
- Nicholaichuk, T.P., Olver, M.E., Gu, D. & Wong, S.C.P. (2014). Age, actuarial risk, and long-term recidivism in a national sample of sex offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 26(5), 406-428. doi: 10.1177/1079063213492340.
- Ogrodnik, L. (2010). *Child and youth victims of police-reported violent crime, 2008*. Canadian Centre for Justice Statistics.
- Peters, M., & Besley, T. (2018). Weinstein, sexual predation, and ‘Rape Culture’: Public pedagogies and Hashtag Internet activism. *Educational Philosophy And Theory*, 51(5), 458-464. doi: 10.1080/00131857.2018.1427850
- Pham, H.T. & Ducro, C. (2008). Évaluation du risque de récidive en Belgique francophone : données préliminaires d’analyse factorielle de la « Sex Offender Recidivism Appraisal Guide » (SORAG) et de la Statique-99. *Annales Médico-Psychologiques*, 166, 575-579.
- Proulx, J., Pellerin, B., Paradis, Y., McKibben, A., Aubut, J. & Ouimet, M. (1997). Static and dynamic predictors of recidivism in sexual aggressors. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 9(1), 7-27. doi: 10.1177/107906329700900102.
- Pullman, L. E., Sawatsky, M. L., Babchishin, K. M., McPhail, I. V., & Seto, M. C. (2017). Differences between biological and sociolegal incest offenders: A meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 34, 228-237. doi : 10.1016/j.avb.2017.01.003.

- Pullman, L. E., Stephens, S., & Seto, M. C. (2016). A motivation-facilitation model of adult male sexual offending. In C. A. Cuevas, & C. M. Rennison (Eds.), *Handbook on the psychology of violence* (pp. 482-500). Hoboken, NY: Wiley-Blackwell.
- Quinsey, V.L., Khanna, A., & Malcolm, P.B. (1998). A retrospective evaluation of the Regional Treatment Centre sex offender treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 621-644.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rocque, M., Posick, C., & Paternoster, R. (2016). Identities through time: An exploration of identity change as a cause of desistance. *Justice Quarterly*, 33(1), 45-72. doi : 10.1080/07418825.2014.894111.
- Rotenberg, C. (2017). *Police-reported sexual assaults in Canada, 2009 to 2014: A statistical profile*. Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics.
- Sacco, V.F. & Kennedy, L.W. (2002). *The Criminal Event*. Nelson Thompson Learning, Toronto, Canada.
- Seto, M. C., Babchishin, K. M., Pullman, L. E., & McPhail, I. V. (2015). The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: A meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. *Clinical psychology review*, 39, 42-57. doi : 10.1016/j.cpr.2015.04.001.
- Snyder, H.N. (2000). *Sexual assault of young children as reported to law enforcement : Victim, incident and offender characteristics*. National Center for Juvenile Justice, United States.
- Soothill, K., Francis, B., Sanderson, B., & Ackerley, E. (2000). Sex offenders: Specialists, generalists—or both?. *British Journal of Criminology*, 40(1), 56-67. doi : 10.1093/bjc/40.1.56.
- Statistique Canada (1999). Délinquants sexuels : Programme de l'intégration et de l'analyse. *Juristat*, 19(3). En ligne <http://publications.gc.ca/Collection-R/Statcan/85-002-XIF/0039985-002-XIF.pdf>.
- Tesson, J., Cordier, B. & Thibaut, F. (2012). Loi du 17 juin 1998 : Bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs de Haute Normandie. *Encéphale*, 38(2), 133-40. doi : 10.1016/j.encep.2011.06.003.
- Tjaden, P. & Thoennes, N. (1998). Prevalence, incidence, and consequences of violence against women : Findings from the National Violence Against Women Survey. National Institute of

- Justice, Centers of Disease Control and Prevention, Washington, United States. En ligne <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/172837.pdf>.
- Tourigny, M. & Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance : Ampleur et facteurs de risque. In M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants Tome 1* (pp. 7-42). Presses de l'Université du Québec.
- Ullrich, S., & Coid, J. (2011). Protective factors for violence among released prisoners—Effects over time and interactions with static risk. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 79(3), 381. doi : 10.1037/a0023613.
- Vaillancourt, R. (2010). *Les différences entre les sexes en ce qui touche les crimes violents déclarés par la police au Canada, 2008*. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, Canada.
- Van Den Berg, C., Bijleveld, C., Hendriks, J., & Mooi-Reci, I. (2014) The juvenile sex offender: The effect of employment on offending. *Journal of Criminal Justice*, 42(2), 145–152. doi : 10.1016/j.jcrimjus.2013.09.001.
- Vanderstukken, O., Lamy, S. & Delavenne, H. (2014). Les auteurs de violences sexuelles : Agressors agressés. Résultats préliminaires de l'étude EPIRARA. *European Psychiatry*, 29(8), 623. doi : 10.1016/j.eurpsy.2014.09.112.
- Ward, T., & Laws, D. R. (2010). Desistance from sex offending: Motivating change, enriching practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(1), 11-23. doi : 10.1080/14999011003791598.
- Weatherred, J. (2015). Child Sexual Abuse and the Media: A Literature Review. *Journal Of Child Sexual Abuse*, 24(1), 16-34. doi: 10.1080/10538712.2015.976302
- Willis, G. M., Levenson, J. S., & Ward, T. (2010). Desistance and attitudes towards sex offenders: Facilitation or hindrance?. *Journal of Family Violence*, 25(6), 545-556. doi : 10.1007/s10896-010-9314-8.

Annexe 1:

Ducro, C., Strzoda, I., & Pham, T.H. Recidivism rates and predictive validity of the Static-99R, BARR 2002R and VRAGR evaluations among released sex offenders in Belgium, 18th Annual Conference International Association of Forensic Mental Health Services (IAFMHS); June 2018, Anvers, Belgique.

Recidivism rates and Predictive validity of the Static-99R, BARR-2002R and VRAGR evaluations among released sex offenders in Belgium
 DUCRO C.^{1,2}, STRZODA, I.^{1,3}, & PHAM, H.T.^{1,3}
¹Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Be; ²Université Charles-de-Gaulle, Lille, Fr; ³Université de Mons-Hainaut, Be
 Claire.ducro@crds.be

Assessment of recidivism risk:
 ✓Crucial to the effective management of sexual offenders
 ✓Empirical actuarial risk tools have become routine

Actuarial risk scale for assessing general, violent and/or sexual recidivism among male sex offenders are still evolving:
 ✓Static-99 (Hanson & Thornton, 1999) was conducted in the Static-99R (Hanson & Thornton, 2003);
 ✓BARR-2002R (Babchishin, et al., 2013) emerged to assess the risk of violent recidivism among sex offenders;
 ✓VRAG (Harris, et al.,1993) and the SORAG (Quinsey, et al., 1995) were revised in the VRAG-R (Harris, et al., 2015).

Sex offenders N = 342 Released in Belgium and assigned to treatment services in the Belgium Walloon Region		Repartition (%)	Age of sex offenders	Follow-up (years)
Victims of:	> 13 years	22.8%	M = 39.12; SD = 10.52	M = 8.71; SD = 5.97
	< 14 years	62.0%	M = 44.56; SD = 11.41	M = 10.08; SD = 5.65
	< 13 and > 14 years	15.2	M = 43.38; SD = 12.90	M = 8.66; SD = 5.32

Instruments	Predicted recidivism by instruments	Data analysis	Recidivism rates %
BARR-2002R	General recidivism & Violent recidivism including sexual	✓General recidivism: RG	Predictive validity AUC
SORAG & VRAG-R	Violent recidivism including sexual	✓Sexual recidivism: RS	
Static-99R & Static-2002	Sexual recidivism	✓Violent non sexual recidivism: RV	
		✓Non violent non sexual recidivism: RNVNS	

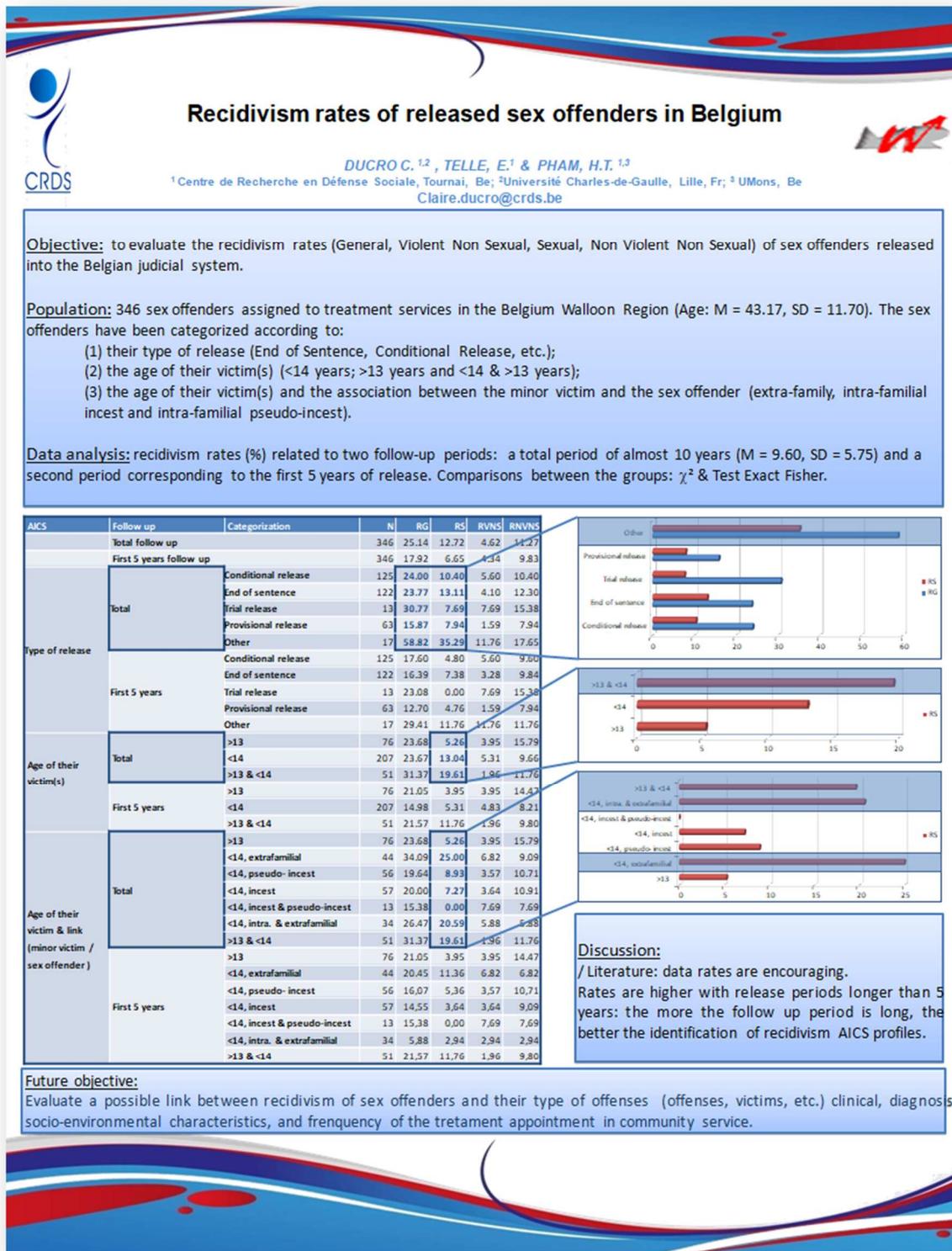
Results: recidivism rates (%)		RG	RS	RV	RNVNS
Total		25.14	12.72	4.62	11.27
Sex offenders, victims of	> 13 years	23.68	5.26	3.95	15.79
	< 14 years	23.67	13.04	5.31	9.66
	< 13 and > 14 years	31.37	19.61	1.96	11.76

Results: Predictive validity (AUC)		RG		RS		RVNS		RNVNS	
Total scores		AUC	IC	AUC	IC	AUC	IC	AUC	IC
BARR-2002R (N = 319)		.685**	.620 - .751	.568	.478 - .659	.741**	.630 - .852	.756**	.674 - .837
Static-99R (N = 309)		.704**	.638 - .769	.680**	.594 - .766	.734**	.616 - .852	.689**	.596 - .783
Static-02 (N = 308)		.680**	.614 - .746	.681**	.594 - .768	.682*	.567 - .797	.655**	.565 - .745
SORAG (N = 301)		.637**	.565 - .710	.533	.453 - .652	.659*	.547 - .771	.687**	.593 - .780
VRAG-R (N = 300)		.660**	.589 - .732	.551	.450 - .652	.676*	.551 - .801	.732**	.546 - .818

Discussion / Predictive validities:
 ✓ BARR-2002R conforms to the objectives of the tool: RG and RV, moreover the predictive validity of the RNVNS is interesting
 ✓ Statics-99R and 2002 do not differ from one another and predict RG, RS, RVNS and RNVNS.
 The Static-99 slightly better predicts RS and RG.
 ✓ SORAG and VRAG-R do not differ from one another, however they only predict RG, RVNS and RNVNS.
 Limitation: low RV rates but large follow up period

Annexe 2:

Ducro, C., Telle, E., & Pham, T.H. Recidivism rates of released sex offenders in Belgium, 15th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), Aout 2018, Vilnius, Lituanie.



Annexe 3:

Ducro, C., & Pham, T.H. Predictive validity of the Static-99R, BARR 2002R and VRAGR assessment among released sex offenders in Belgium, 15th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), Aout 2018, Vilnius, Lituanie.



Predictive validity of the Static-99R, BARR-2002R and VRAG-R assessments among released sex offenders in Belgium

DUCRO C. ^{1,2} & PHAM, H.T. ^{1,3}
¹ Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Be; ² Université Charles-de-Gaulle, Lille, Fr; ³ U Mons, Be
 Claire.ducro@crds.be

Assessment of recidivism risk:

- ✓ Crucial to the effective management of sexual offenders
- ✓ Empirical actuarial risk tools have become routine in forensic settings

Actuarial risk scale for assessing general, violent and/or sexual recidivism among male sex offenders are in progress:

- ✓ Static-99 (Hanson & Thornton, 1999) was conducted in the Static-99R (Hanson & Thornton, 2003);
- ✓ BARR-2002R (Babchishin, et al., 2013) emerged to assess the risk of violent recidivism among sex offenders;
- ✓ VRAG (Harris, et al., 1993) and the SORAG (Quinsey, et al., 1995) were revised in the VRAG-R (Harris, et al., 2015).

Sex offenders N = 342 Released in Belgium and assigned to treatment services in the Belgium Walloon Region		Repartition (%)	Age of sex offenders	Follow-up (years)
Victims of:	> 13 years	22.8%	M = 39.12; SD = 10.52	M = 8.71; SD = 5.97
	< 14 years	62.0%	M = 44.56; SD = 11.41	M = 10.08; SD = 5.65
	< 13 and > 14 years	15.2%	M = 43.38; SD = 12.90	M = 8.66; SD = 5.32

Instruments	Predicted recidivism by instruments	Data analysis			
BARR-2002R	General recidivism & Violent recidivism including sexual	✓ General recidivism: RG		Recidivism rates	%
SORAG & VRAG-R	Violent recidivism including sexual	✓ Sexual recidivism: RS		Predictive validity	AUC
Static-99R & Static-2002	Sexual recidivism	✓ Violent non sexual recidivism: RV			
		✓ Non violent non sexual recidivism: RNVNS			

Results:	RG		RS		RVNS		RNVNS	
Recidivism rates (%)	25.14		12.72		4.62		11.27	
Predictive validity / Total scores	AUC	IC	AUC	IC	AUC	IC	AUC	IC
BARR-2002R (N = 319)	.685**	.620 - .751	.568	.478 - .659	.741**	.630 - .852	.756**	.674 - .837
Static-99R (N = 309)	.704**	.638 - .769	.680**	.594 - .766	.734**	.616 - .852	.689**	.596 - .783
Static-02 (N = 308)	.680**	.614 - .746	.681**	.594 - .768	.682*	.567 - .797	.655**	.565 - .745
SORAG (N = 301)	.637**	.565 - .710	.533	.453 - .652	.659*	.547 - .771	.687**	.593 - .780
VRAG-R (N = 300)	.660**	.589 - .732	.551	.450 - .652	.676*	.551 - .801	.732**	.546 - .818

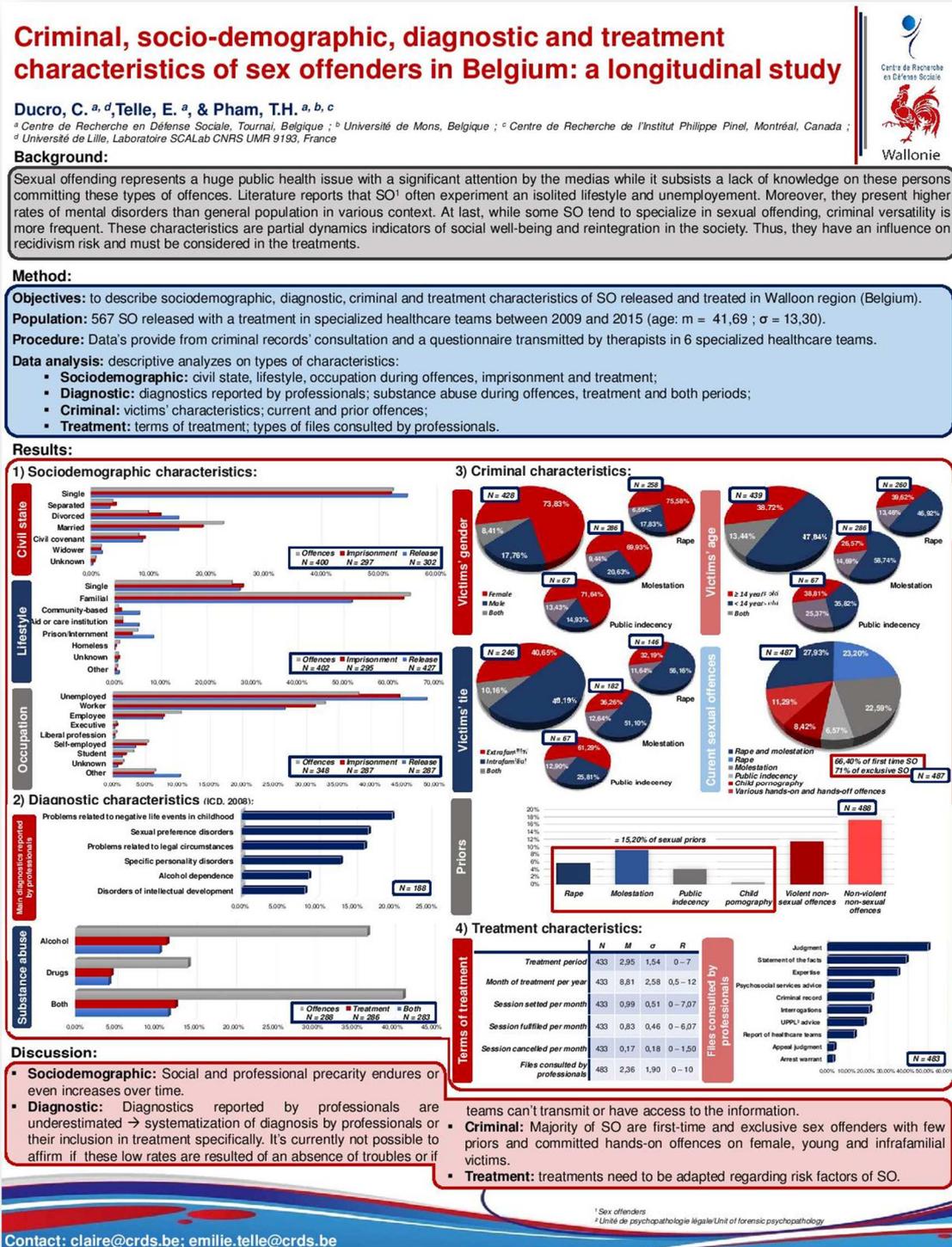
Discussion / Predictive validity:

- ✓ BARR-2002R conforms to the aims of the tool: RG and RV, moreover the predictive validity of the RNVNS is interesting
- ✓ Statics-99R and 2002 do not differ from one another and predict RG, RS and RNVNS.
The Static-99 slightly better predicts RS and RG.
- ✓ SORAG and VRAG-R do not differ from one another, however they only predict RG and RNVNS.

Limitation: low RV rates

Annexe 4:

Ducro, C., Telle, E., & Pham, T.H. Criminal, socio-demographic, diagnostic and treatment characteristics of sex offenders in Belgium: a longitudinal study, 15th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), Aout 2018, Vilnius, Lituanie.



Le présent rapport d'activité a trait aux recherches menées en 2018 par le Centre de Recherche en Défense Sociale, à propos de l'étude du parcours post-institutionnel d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suite à la prise en charge post-pénitentiaire par les Équipes de Santé Spécialisées (ESS), et ce, en Région wallonne. Il vise à opérer une description de l'état actuel de la base de données relative à la population mentionnée ci-dessus, notamment en ce qui concerne ses versants sociaux, criminels, diagnostiques et thérapeutiques.

Cette recherche permet de mettre en évidence que les AICS présentent un statut relativement isolé sur le plan social ainsi que précaire au niveau de l'emploi. Cette situation a, par ailleurs, tendance à perdurer au fil du temps. On observe également que les profils de victimes les plus fréquents sont des personnes de sexe féminin, âgées de moins de 14 ans et intrafamiliales. L'historique criminel présenté par les AICS est composé d'infractions sexuelles avec contact, mais on observe cependant peu d'antécédents judiciaires dans leur parcours. L'influence d'une substance lors de l'infraction sexuelle est, pour sa part, relevée dans un peu plus de 40% des cas. Enfin, la période de suivi thérapeutique a lieu sur une durée d'un peu plus de 3 ans, avec près d'un rendez-vous fixé par mois, un taux similaire d'entretiens respectés et peu d'entretiens annulés.