



Centre de Recherche
en Défense Sociale

CENTRE DE RECHERCHE EN DEFENSE SOCIALE (CRDS)

En collaboration avec l'Unité de Psychopathologie Légale (UPPL)

et les Équipes de Santé Spécialisées



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 2019

Chercheurs : Claire Ducro & François Brouillard

Directeur de recherche : Prof. Thierry.H. Pham



Wallonie

Avec le soutien de la Région wallonne

Ce rapport porte sur les principales activités menées au cours de l'année 2019 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.

D'un point de vue sociodémographique, les AICS affichent un statut social et professionnel relativement isolé ainsi que 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 pour un peu plus de la moitié des AICS, et que les victimes sont davantage issues de la sphère extrafamiliale mais néanmoins, la sphère intrafamiliale est également très représentée. Le parcours criminel des AICS est, pour sa part, avant tout composé d'infractions sexuelles avec contact et de peu d'antécédents judiciaires, qu'ils soient de nature sexuelle ou non. Les AICS sont traités pour des problématiques principalement relatives à des troubles spécifiques de la personnalité, des troubles des préférences sexuelles, des problèmes liés à des événements de vie négatifs durant l'enfance, 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. Au niveau de la prise en charge, la période de suivi moyenne est d'un peu plus de 3 ans, avec un peu moins d'un rendez-vous fixé par mois. Enfin, plus de 2 documents sont consultés en moyenne par les professionnels dans le cadre du suivi.

Table des matières

Table des matières	4
Rappel du déroulement de l'étude	6
Méthodologie proposée.....	9
Activités 2019	11
Analyses descriptives des caractéristiques sociales, criminelles, diagnostiques et thérapeutiques des AICS	13
Participants.....	13
Instrument employé	13
Analyse des données	14
Procédure	14
Résultats	14
Profil socio-environnemental	15
Profil délictueux	21
Type de faits sexuels commis pour lesquels l'AICS est en traitement	21
Parcours infractionnel antérieur.....	22
Genre des victimes de faits à caractère sexuel	22
Catégories d'âge des victimes de faits à caractère sexuel.....	23
Lien agresseur-victime	23
Profil diagnostique.....	25
Diagnostiques	25
Abus de substances.....	26
Modalités de prise en charge.....	28
Demande, motif de consultation et type de prise en charge proposée	28
Documents consultés	30
Rythme de la prise en charge et sa fin	31
Discussion.....	35
Perspectives d'avenir.....	39
Bibliographie	40
Annexes.....	43

Ce rapport porte sur les principales activités menées au cours de l'année 2019 par le CRDS concernant le 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 un rappel du déroulement de l'étude, la méthodologie proposée, les différentes activités menées en 2019 par le CRDS ainsi que les analyses descriptives de la base de données.

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 obtenus au cours 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 nous donnaient 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. En effet, nous avons tenté de diminuer les taux d'attrition de la cohorte constituée à partir des grilles d'enregistrement, ce taux reste néanmoins encore élevé. À partir de la lecture des dossiers du Service des Cas

Individuels (SCI) 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'évaluations psychométriques en Belgique (Ducro & Pham, 2006 ; Pham & Ducro, 2008) : la Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2002) et la Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG, Quinsey, Rice, & Harris, 1995). Des analyses statistiques ont permis de préciser le niveau de risque des AICS constituant la cohorte et de discuter des taux de récurrence 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 donnaient 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, à travers ces données préliminaires, nous n'étions pas en mesure de détailler les caractéristiques du suivi thérapeutique des AICS : (a) s'il était encore ou non en suivi ; (b) le dosage de ce dernier ; (c) sa modalité individuelle, groupale, multimodale ; (d) son éventuelle orientation théorique. De la même manière, au vu de l'évolution des pratiques, nous nous attendons au fait que la prise en charge des AICS a également 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. Dans cet instrument, il s'avère que certaines variables sont 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 des données à caractère 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 récurrence, qu'elles permettent de cerner également les besoins des AICS quant à une éventuelle prise en charge et leur réceptivité à cette prise en charge.

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 : le présent 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 terminée fin 2009. Suite à cette phase test, les différentes équipes de la Région wallonne ont été sollicitées afin de cibler davantage d'AICS pour une recherche numériquement 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 récidive 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 interjuges 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 qui est offert aux AICS au niveau ambulatoire, et ce, en nuanciant davantage les résultats à travers des variables plus qualitatives en lien, entre autres, 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 évaluations comme la mesure des changements des AICS (Stable et Acute 2000, Hanson & Harris, 2000) pourront être intégrées dans leur pratique. De telles mesures pourraient également être conseillées, intégrées et analysées au sein du présent projet.

Activités 2019

L'activité 2019 s'axe principalement sur les points suivants :

- (a) L'encodage de données manquantes relatives aux activités des équipes en 2018 et antérieurement ;
- (b) La communication avec certaines ESS dans l'objectif :
 - a. De faire le point sur les données manquantes et la transmission de celles-ci ;
 - b. De lever certaines questions méthodologiques ; de réorganiser la collecte et la transmission des données.
- (c) La communication autour du projet ou sur des thématiques liées aux AICS:
 - a. Communication orale:
 - i. Ducro, C. Regard empirique sur les prises en charge des AICS, Colloque anniversaire UPPL, janvier 2019, Namur, Belgique. (Annexe 1)
 - ii. Ducro, C., Telle, E., & Pham, T. Évaluation en continu des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suivis au sein d'Equipes de Santé Spécialisées en Région wallonne : taux de récurrence, niveaux de risque et liens avec les caractéristiques délictueuses, diagnostiques et sociale, 10ème congrès international francophone sur l'agression sexuelle. CIFAS, juin 2019, Montpellier, France. (Annexe 2)
 - iii. Oswald, P., Ducro, C., & Pham, T. Évaluation du sadisme sexuel sévère dans une population médico-légale : validation francophone de la Sexual Sadism Scale (SESAS), 10ème congrès international francophone sur l'agression sexuelle. CIFAS, juin 2019, Montpellier, France. (Annexe 3)
 - iv. Ducro, C., Janssens, M., & Lagneaux, J. 20 ans d'évaluation et de traitement d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) : projets en cours et futurs - Constitution d'une base de données des AICS, Colloque anniversaire du CAB (Centre d'Appui Bruxellois) – 20 ans d'évaluation et de traitement d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel – Normes et transgressions sexuelles, novembre 2019, Bruxelles, Belgique. (Annexe 4)
 - b. Articles :
 - i. Oswald, P., Ducro, C., Alvarez, L. & Pham, T.H. (2019). Evaluation du sadisme sexuel sévère dans une population médico-légale. Validation francophone

de la Sexual Sadism Scale (SESAS). *Annales Médico-Psychologiques*, 177(9), 884-890. (Annexe 5)

- ii. Ducro, C., Telle, E., & Pham, T.H. (Sous presses). Recidivism rates of sex offenders released from the French Belgian judicial system. *Acta Psychiatrica Belgica*.
- iii. Ducro, C., & Pham, T.H. (En traduction). Validités convergente, discriminante et prédictive d'instruments d'évaluation du risque de récidive auprès de détenus Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS): la Static-99R, Static-2002R et la BARR-2002R.
- iv. Ducro, C., & Pham, T.H. (En relecture). Validités convergente, discriminante et 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

Participants

L'échantillon total du présent projet est constitué de 596 AICS ayant été suivis ou étant encore en cours de traitement entre 2009 et 2018 au sein de différentes Équipes de Santé Spécialisées en Région wallonne. La moyenne d'âge de la cohorte est de 41,72 ans (SD = 13.47; [17.59-79.91]).

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.

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 sept ESS participantes au projet 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

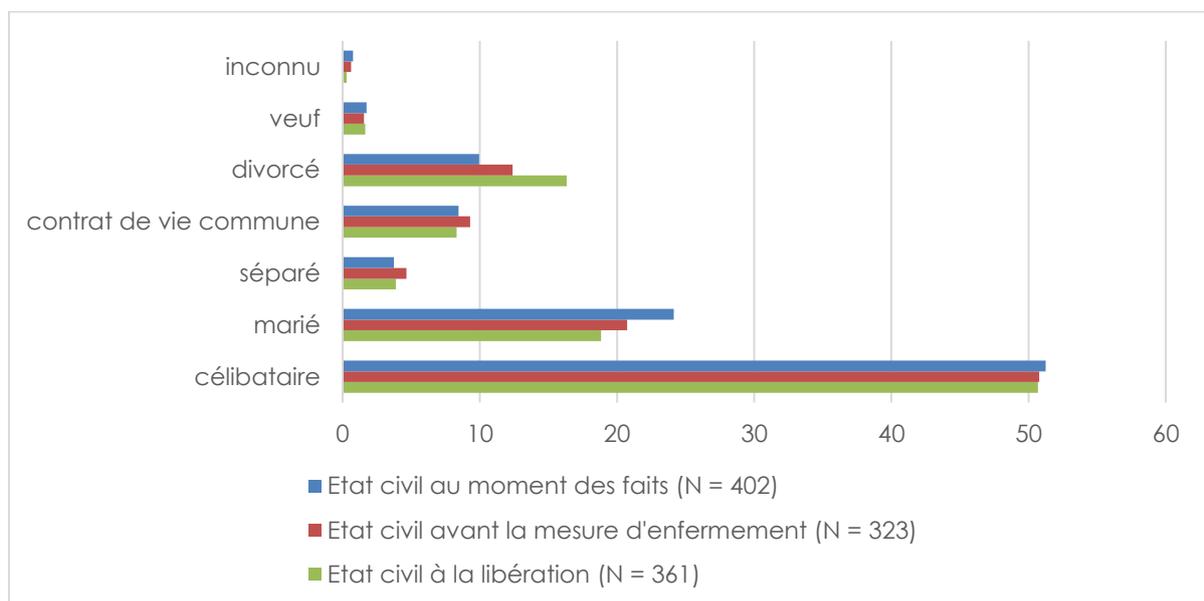
L'instrument d'évaluation en continu des AICS permet d'apporter des renseignements sur les caractéristiques socio-environnementales, délictueuses, les aspects diagnostiques ainsi que les informations relatives à la prise en charge de ces derniers. Ci-après, nous présentons l'état d'encodage de la base 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 sont des données portant 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 ou lors du début du traitement.

En premier lieu, nous remarquons que 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 (64,92%), pendant la détention (67,79%) ou à la libération (70,91%), 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. Enfin, nous observons que plus de la moitié des AICS sont célibataires (Figure 1).

Figure 1 : Etat civil des AICS (%)



Concernant l'évolution de l'état civil des AICS entre la commission des faits et la libération ou le début du traitement, le tableau 1 documente ces changements. Sur 320 AICS, nous observons que pour 244 d'entre eux, leur situation n'évolue pas entre les deux périodes. Pour les 76 pour lesquels leur situation évolue, c'est-à-dire pour quasi un quart de la

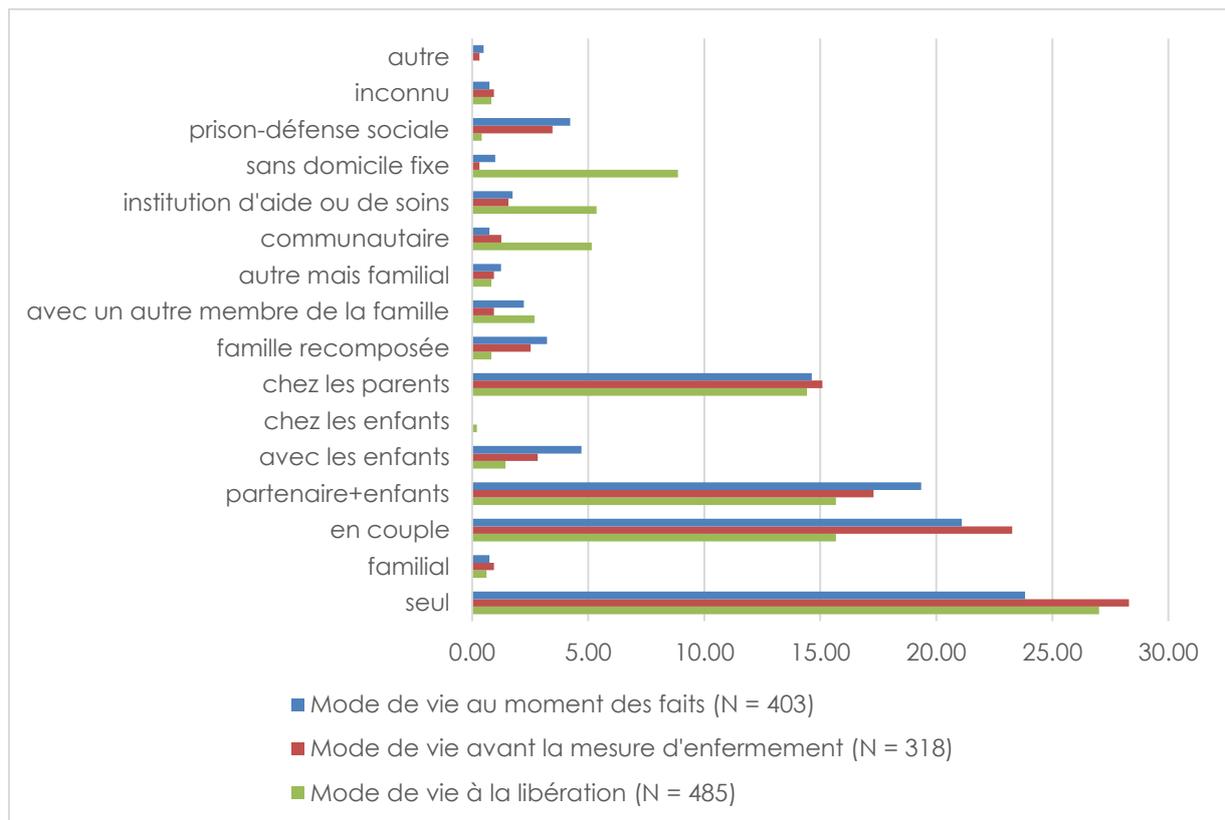
cohorte, 51 AICS voient leur état civil évoluer vers une certaine forme d'isolement social (Chiffres documentés en rouge) et 25 voient leur état civil évoluer vers une vie de couple sous un statut de marié ou en contrat de vie commune (Chiffres documentés en vert). Donc en ce qui concerne les AICS pour lesquels leur statut évolue, les 2/3 se voient basculer vers un état civil de type célibataire, séparé ou divorcé.

Tableau 1 : Etat civil des AICS (n)

N = 320		Etat civil au moment des faits						
		célibataire	marié	séparé	contrat de vie commune	divorcé	veuf	Inconnu
Etat civil à la libération	célibataire	147	7	3	8	3	0	1
	marié	6	41	0	1	2	0	0
	séparé	0	8	5	1	0	0	0
	contrat de vie commune	7	0	0	19	1	0	0
	divorcé	0	23	4	1	25	0	0
	veuf	0	0	0	0	0	6	0
	inconnu	0	0	0	0	0	0	1

Au sein de la population étudiée, 67,23% 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 (63,83%), et de façon plus prononcée à la libération (52,37%), à l'exception du mode de vie familial « chez les parents » ou « avec un autre membre de la famille ». Le fait de commettre une infraction à caractère sexuel semble donc favoriser un mode de vie plus isolé ou, du moins, un éloignement 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 lors de la détention ainsi qu'à la libération. Nous remarquons également que les modes de vie communautaire, institutionnel, ou de type sans domicile fixe augmentent fortement au cours des trois périodes (Figure 2).

Figure 2 : Mode de vie des AICS (%)



Concernant l'évolution du mode de vie des AICS entre la commission des faits et la libération ou le début du traitement, sur 328 AICS, 161 ne voient pas leur statut évoluer, c'est-à-dire environ 50% (Tableau 2). Parmi les changements, 42 AICS se voient vivre en institution (communautaire, d'aide ou de soins ou en détention ou en défense sociale) suite aux faits, soit environ 25% (chiffres documentés en bleu dans le tableau), 51 AICS qui vivaient au sein du cercle familial (en famille, en couple, avec les enfants, etc.) se retrouvent seuls (environ 30%, chiffres documentés en rouge) et 23 AICS qui étaient seuls au moment des faits vivent lors de leur libération ou lors de leur début de traitement au sein du cercle familial, c'est-à-dire environ 13% des AICS pour lesquels leur statut évolue (chiffres documentés en vert dans le tableau).

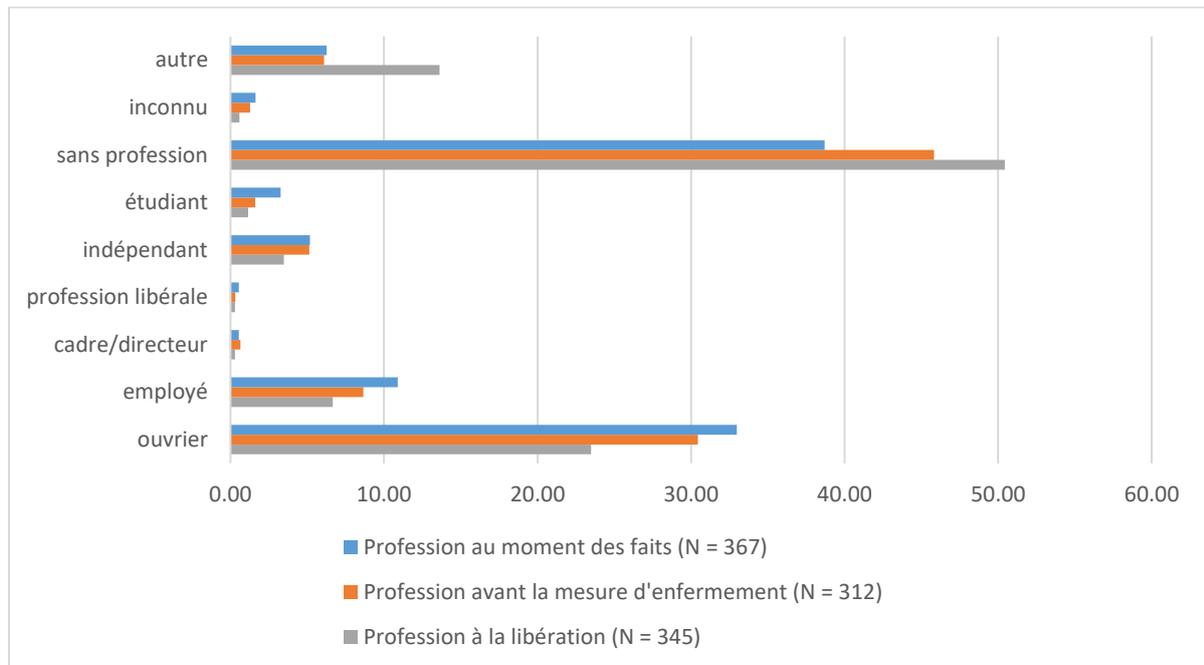
Tableau 2 : Mode de vie des AICS (n)

N = 328		Mode de vie au moment des faits													
		seul	familial	en couple	Partenaire + enfants	avec les enfants	chez les parents	famille recomposée	avec un autre membre de la famille	autre mais familial	communautaire	institution d'aide ou de soins	sans domicile fixe	inconnu	autre
Mode de vie à la libération ou en début de traitement	seul	45	1	14	19	7	5	2	3	0	0	2	1	0	1
	familial	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	en couple	10	0	36	3	1	2	2	0	0	0	0	0	1	0
	Partenaire+enfants	8	0	4	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	avec les enfants	0	0	1	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	chez les parents	4	0	6	2	2	33	1	1	0	0	0	0	0	0
	famille recomposée	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
	avec un autre membre de la famille	1	0	0	3	2	1	0	3	0	0	1	0	0	0
	autre mais familial	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0
	communautaire	6	0	3	3	0	2	0	0	1	2	0	1	0	0
	institution d'aide ou de soins	5	0	1	1	2	6	0	0	0	0	2	1	1	0
	prison-défense sociale	3	0	5	1	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0
	inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	autre	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

Concernant la sphère professionnelle, les AICS sont majoritairement dans des situations d'inoccupation professionnelle ou exercent des emplois faiblement rémunérés au cours des trois périodes considérées (environ 73%). Au moment des faits, le pourcentage d'AICS sans emploi est de 38,69%, ce nombre augmentant au cours de la détention (45,83%) et à la libération (50,43%). Le fait de commettre une infraction de nature sexuelle semble avoir un lien avec la perte d'emploi ou la possibilité de retrouver un emploi, posant, de fait, 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 (Figure 3).

Figure 3 : Profession des AICS (%)



Pour ce qui est de l'évolution de la situation professionnelle des AICS entre la commission des faits et la libération d'une mesure d'enfermement ou le début de leur traitement (Tableau 3), nous observons que sur 307 AICS, 234 soit environ 76% ne voient pas leur statut évoluer (chiffres documentés en gras dans le tableau). Pour les 73 AICS voyant leur statut évoluer, 46 avaient un emploi lors des faits et se retrouvent sans emploi par la suite, soit environ 63% (chiffres documentés en rouge dans le tableau) et 5 donc à peine 1% qui n'avaient pas d'emploi se voient bénéficier d'une activité professionnelle lors de leur sortie d'une mesure d'enfermement ou lors du début de leur traitement (chiffres documentés en vert dans le tableau).

Tableau 3 : Profession des AICS (n)

N = 307		Profession au moment des faits								
		ouvrier	employé	Cadre/directeur	profession libérale	indépendant	étudiant	sans profession	inconnu	autre
Profession à la libération	ouvrier	69	1	0	1	2	1	4	0	0
	employé	0	20	0	0	0	1	1	0	0
	Cadre/directeur	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	profession libérale	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	indépendant	0	0	0	0	10	0	0	0	1
	étudiant	0	0	0	0	0	4	0	0	0
	sans profession	28	9	1	0	3	5	110	2	0
	inconnu	0	0	0	0	0	0	0	2	0
	autre	5	1	0	0	2	0	5	0	17

En résumé :

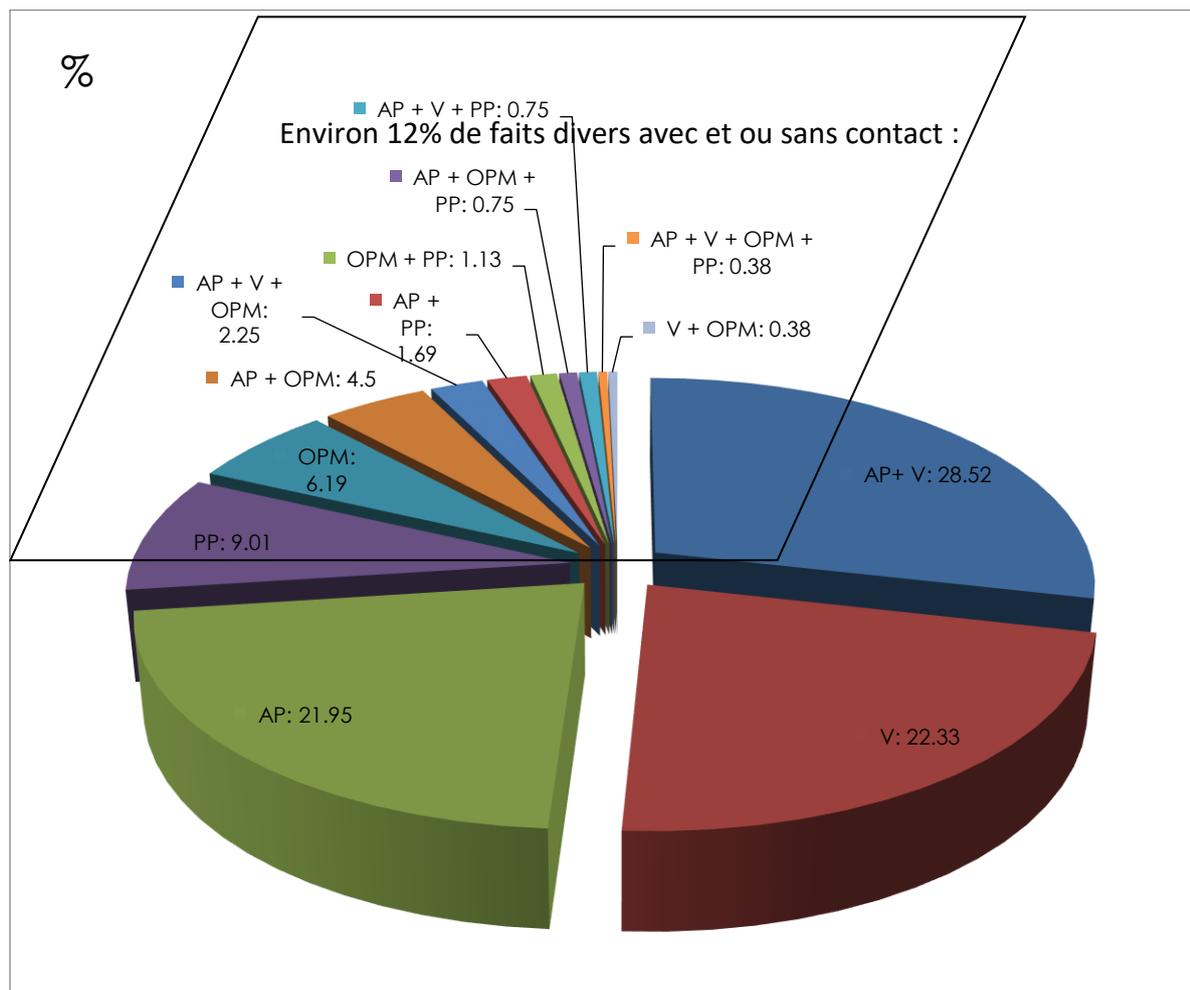
La situation maritale des AICS n'évolue pas pour 76% des AICS, mais quand celle-ci varie, elle s'oriente vers une augmentation de l'isolement social. En effet, nombreux sont ceux qui vivent un isolement social, celui-ci variant de 64% à 70% entre le moment des faits et le début du traitement. Plus de 50% des AICS sont célibataires. En ce qui concerne le mode de vie, seuls 50% environ des AICS ne voient pas de variation entre leur mode de vie lors des faits et au début du traitement. Pour les changements observés, d'un mode de vie de type familial lors des faits, on observe soit une institutionnalisation ou un mode de vie de type seul chez les AICS. Professionnellement, nous observons une certaine précarité avec environ 73% des AICS sans emploi ou dans des situations d'emploi précaire lors des faits. La situation professionnelle des AICS évolue peu et lorsqu'elle évolue, ceci concerne davantage les AICS en activité lors des faits qui se retrouvent sans emploi lors du traitement. Les résultats suggèrent donc que l'on observe une certaine fragilité socioprofessionnelle lors des faits qui tend à s'accroître en début de traitement.

Profil délictueux

Type de faits sexuels commis pour lesquels l'AICS est en traitement

Le profil délictueux des AICS (Figure 4) souligne une large proportion d'AICS commettant des faits de viol (22,33%) ou des faits d'attentat à la pudeur (21,95%) ou la combinaison de ces deux faits (28,52%). Le quart restant commet soit uniquement des outrages publics aux mœurs (6,19%), des faits de consultations de matériel pédopornographique (9,01%) ou divers faits avec et/ou sans contact (environ 12%). Il est donc important de souligner que la majorité des AICS commettent des faits de viols et/ou d'attentats à la pudeur.

Figure 4 : Type de faits sexuels commis (N = 533)



OPM : Outrage public aux mœurs ; PP : Pédopornographie, AP : Attentat à la pudeur ; V : Viol

Parcours infractionnel antérieur

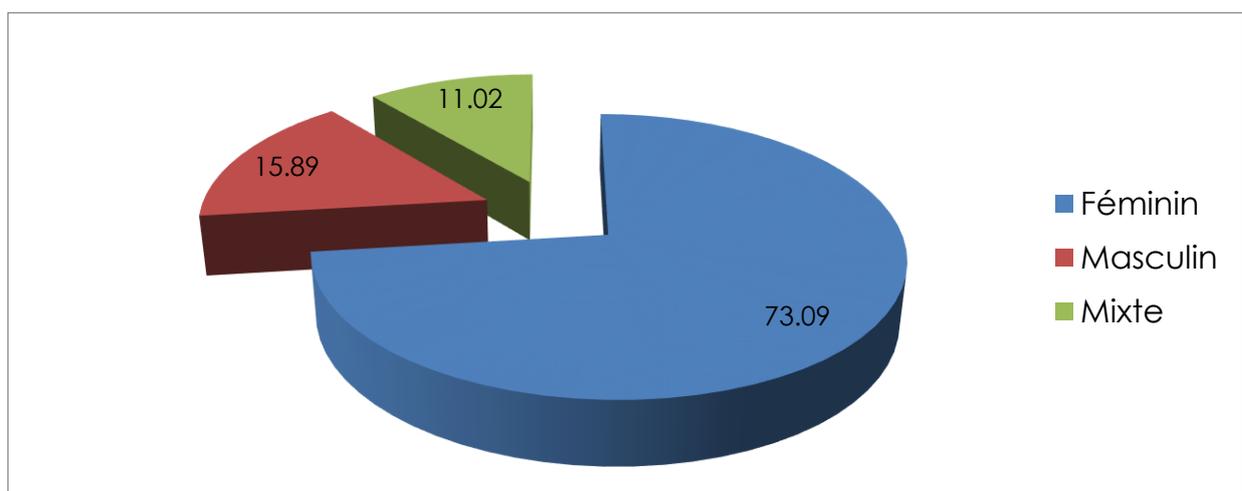
Concernant le parcours infractionnel antérieur des AICS, nous observons des antécédents non sexuels violents antérieurs pour 9,88% de ceux-ci et non-violents antérieurs pour 14,41% de ceux-ci. Parmi les AICS en traitement, 14,91% de ceux-ci présentent des antécédents de faits à caractère sexuel.

Concernant le parcours infractionnel complet des AICS, 58,96% de ceux-ci sont considérés comme étant officiellement primaires, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas d'antécédent infractionnel. De plus, nous observons que 63,15% des AICS recensés dans l'étude ne commettent que des faits à caractère sexuel.

Genre des victimes de faits à caractère sexuel

La figure 5 rapporte la prévalence d'AICS selon le genre des victimes d'abus sexuels. Il s'avère qu'environ les trois quarts des AICS soit 73,09% ont des victimes de sexe féminin, 15,89% ont des victimes de sexe masculin et 11% ont des victimes masculines et féminines.

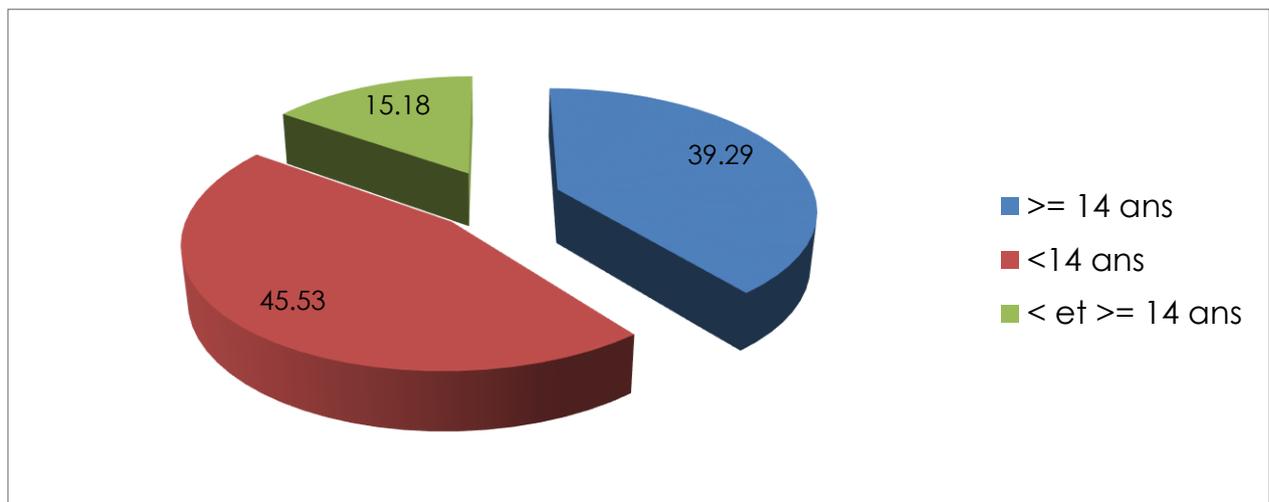
Figure 5 : Prévalence (%) d'AICS selon le genre des victimes d'abus sexuels(N = 472)



Catégories d'âge des victimes de faits à caractère sexuel

Les AICS ont été répartis selon la catégorie d'âge de leurs victimes (Figure 6), nous observons qu'environ 45% agressent des victimes âgées de moins de 14 ans et que quasiment 40% agressent des victimes de 14 ans ou plus. La plupart des AICS se répartissent donc au sein de ces deux catégories d'âge. Seuls 15% de ceux-ci n'ont pas de catégorie d'âge spécifique et agressent des victimes âgées de moins de 14 ans, mais également d'autres victimes âgées de 14 ans ou plus.

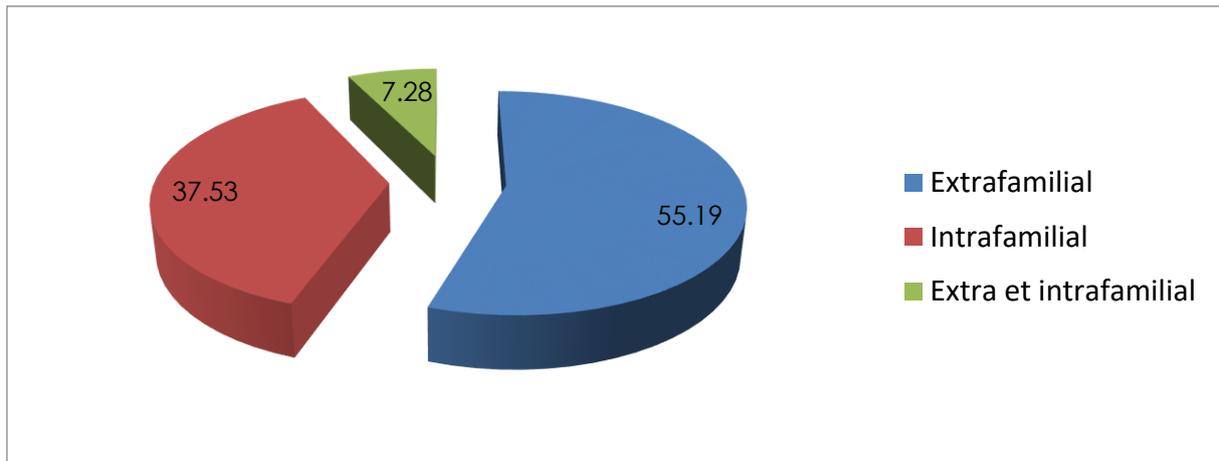
Figure 6 : Prévalence (%) des AICS selon la catégorie d'âge des victimes de faits à caractère sexuel (N = 481)



Lien agresseur-victime

Lorsque les AICS sont répartis selon le lien qu'ils entretiennent avec leur(s) victime(s) (Figure 7), nous observons qu'une majorité d'entre eux n'ont pas de lien intrafamilial avec les victimes (environ 55%). Lorsqu'ils ont un lien intrafamilial avec celle-ci, nous observons que la majorité n'a que des victimes présentant ce type de lien. En effet, peu d'AICS ont des victimes issues des sphères intra et extrafamiliales (environ 7%).

Figure 7 : Prévalence (%) des AICS catégorisés selon leur lien avec leur(s) victime(s) (N=453)



En résumé :

La majorité des AICS, et plus précisément les trois quarts, commettent davantage de faits à caractère sexuel avec contact (viols et/ou attentats à la pudeur). Au regard du parcours infractionnel complet des AICS recensés dans cette étude, une majorité (63,15%) n'ont dans leur parcours infractionnel que des faits à caractère sexuel, sachant qu'une grande proportion de ceux-ci en sont à leur premier passage à l'acte judiciairisé. Concernant les caractéristiques des victimes, la plupart sont des victimes de sexe féminin (73,09%). Nous observons une proportion quasi équivalente d'AICS qui victimisent uniquement des victimes de moins de 14 ans (45,53%), que d'AICS qui victimisent des victimes de 14 ans ou plus. De plus, nous observons pour plus de 50% des AICS que les victimes sont issues uniquement de la sphère extrafamiliale, et 38% sont issues uniquement de la sphère intrafamiliale.

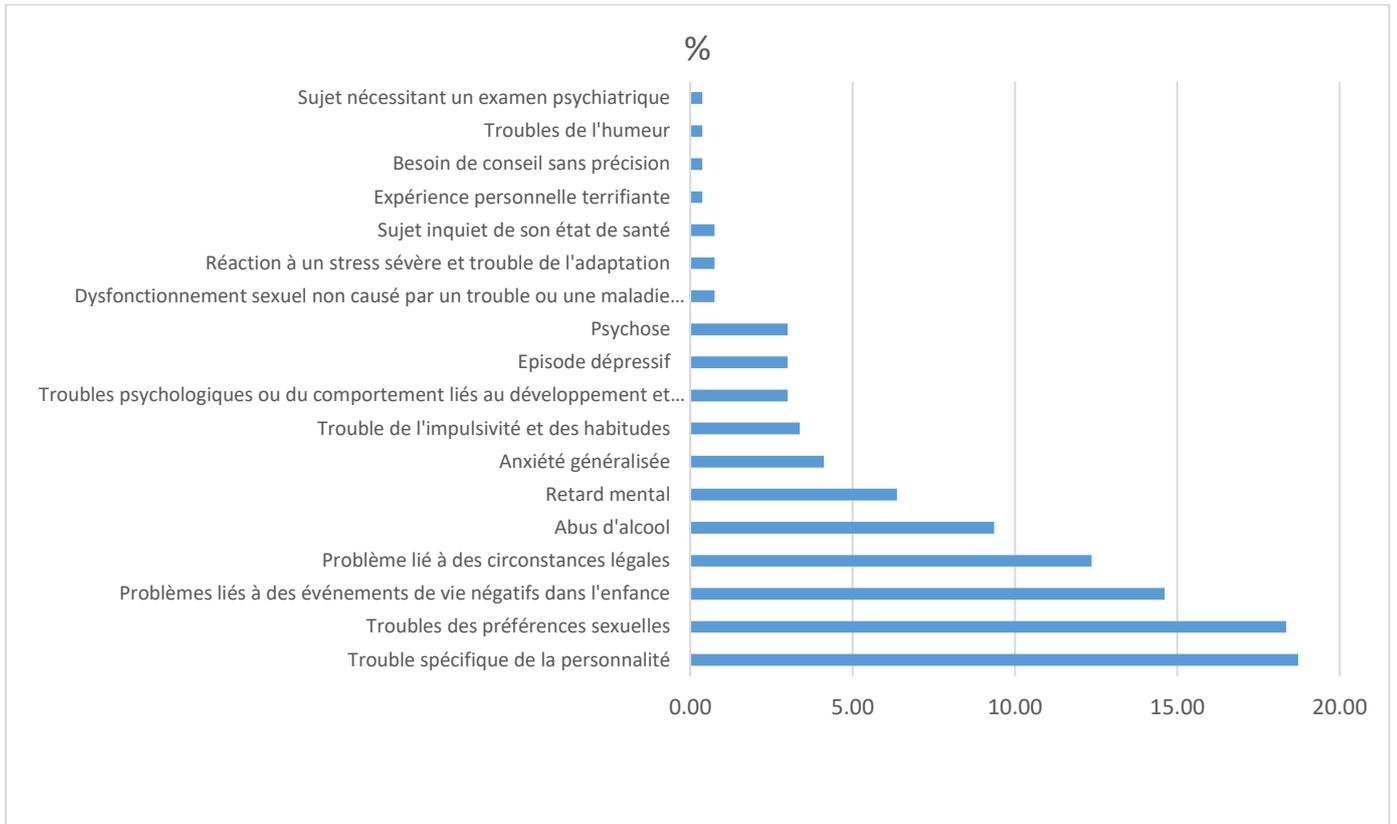
Profil diagnostique

Diagnostics

L'instrument d'évaluation en continu des caractéristiques des AICS permet également d'explorer les aspects diagnostiques des AICS ayant été ou étant encore en traitement en Région wallonne. Actuellement, ces informations sont renseignées pour 268 AICS. Cependant, pour les autres AICS de l'échantillon, il n'est pas possible d'affirmer si l'absence de diagnostic relève d'un manque d'information concernant ce dernier ou si les AICS ne présentent effectivement aucun diagnostic.

La figure 8 représente la prévalence des diagnostics présents chez les AICS. Ceux-ci sont les diagnostics considérés comme étant le principal présent chez l'AICS. D'autres diagnostics peuvent être associés à celui-ci. Les diagnostics les plus présents en premier plan chez les AICS sont : les troubles spécifiques de la personnalité (18,73%), les troubles des préférences sexuelles (18,35%), les problèmes liés à des événements de vie négatifs durant l'enfance (14,61%), des problèmes liés à des circonstances légales (12,36%), l'abus d'alcool (9,36%) et la présence de retard mental (6,37%).

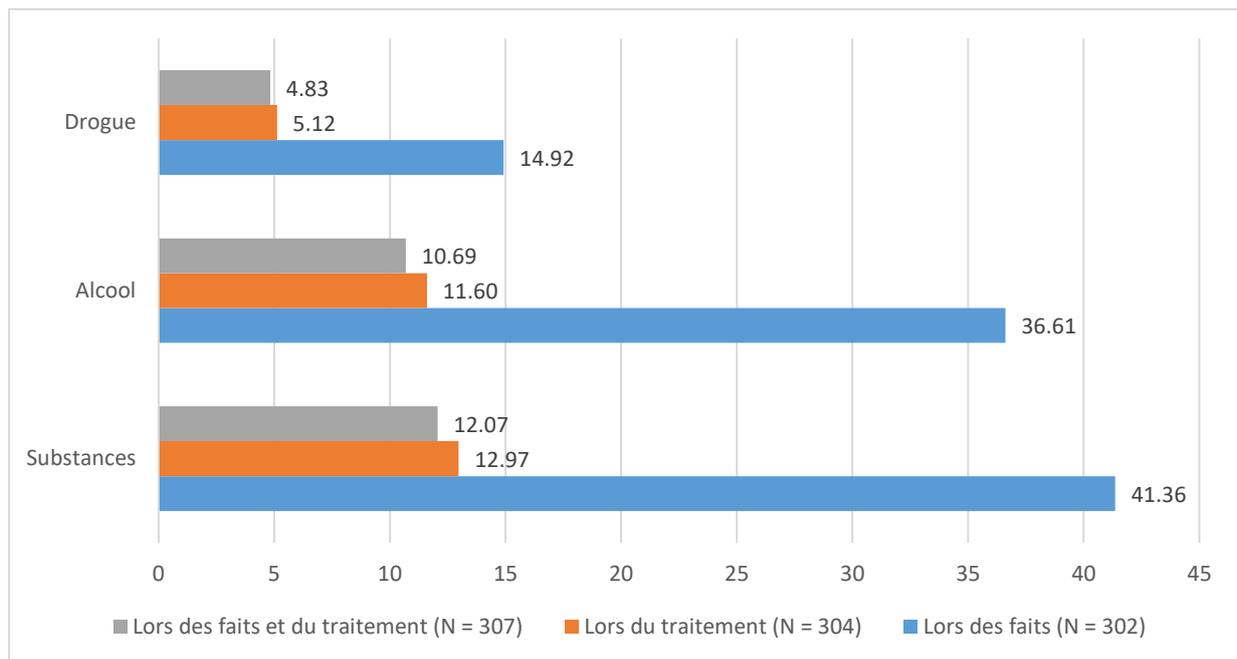
Figure 8 : Prévalence (%) des AICS catégorisés selon le diagnostic principal identifié par les professionnels (N=268)



Abus de substances

Concernant l'abus de substances (Figure 9), environ un AICS sur deux était sous effet d'une substance lorsqu'il a commis une infraction à caractère sexuel, la substance davantage consommée était majoritairement de l'alcool. Nous observons également une nette diminution des abus de substances, peu importe leur nature, entre les faits et la prise en charge. Néanmoins, une proportion non négligeable d'AICS a consommé une substance lors des faits et continue cette consommation lors du traitement (12,07%).

Figure 9 : Abus de substances (alcool et drogues) des AICS lors des faits et lors du traitement



En résumé :

Concernant les diagnostics identifiés comme étant au premier plan de la prise en charge des AICS en consultation au sein d'une ESS, nous observons principalement des troubles de la personnalité, des troubles des préférences sexuelles ou des problèmes liés à des évènements de vie négatifs.

D'autre part nous observons que chez environ 10% des AICS, l'abus d'alcool est identifié comme étant une problématique diagnostique majeure, or les données relatives à la consommation de substances nous informent qu'environ un AICS sur deux consommait de l'alcool lors des faits, beaucoup ne consomment plus lors du traitement et cette consommation ne s'avère pas être problématique au plan diagnostique lors du traitement.

Modalités de prise en charge

Avant d'aborder la question des modalités de prise en charge, le tableau 4 illustre la répartition des dossiers selon les années d'entrée en traitement et de fin de traitement.

Tableau 4 : Répartition des dossiers au cours des années de traitement

		Année de début de traitement	Année de fin de traitement	Année de fin de traitement										Total
				Traitement en cours	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Année de début de traitement	2009	9	12	10	17	9	17	11	10	2	1	1	0	99
	2010	14	0	7	6	15	12	14	6	2	1	0	0	77
	2011	36	0	0	15	17	13	13	12	6	0	0	0	112
	2012	33	0	0	0	5	9	18	12	6	6	1	0	90
	2013	25	0	0	0	0	4	5	10	0	6	1	1	52
	2014	29	0	0	0	0	0	5	3	4	2	0	0	43
	2015	31	0	0	0	0	0	0	12	7	2	1	0	53
	2016	17	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	1	24
	2017	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
	2018	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	37
Total		233	12	17	38	46	55	66	65	28	21	7	4	592

Demande, motif de consultation et type de prise en charge proposée

De manière générale, la demande de l'AICS envers l'institution est principalement une demande de thérapie (221 AICS sur 299) ou une demande « autre », surtout représentée par une demande de bilan ou d'expertise. Le principal motif annoncé par l'AICS lors de la première consultation est lié aux actes infractionnels commis (253 AICS sur 299) et, pour une proportion plus faible, pour un motif de mal-être (20 AICS sur 299) (Tableau 5). Parmi les propositions de prises en charge, figure en premier plan une prise en charge individuelle. En second plan, les thérapeutes proposent des thérapies de groupe ou bien un accompagnement ou un soutien individuel. Seuls 78 AICS se voient attribuer une seconde modalité de prise en charge. En focalisant notre attention sur ceux-ci, nous observons que la plupart du temps le type de prise en charge combinée est une thérapie individuelle couplée à une thérapie de groupe (Tableau 6).

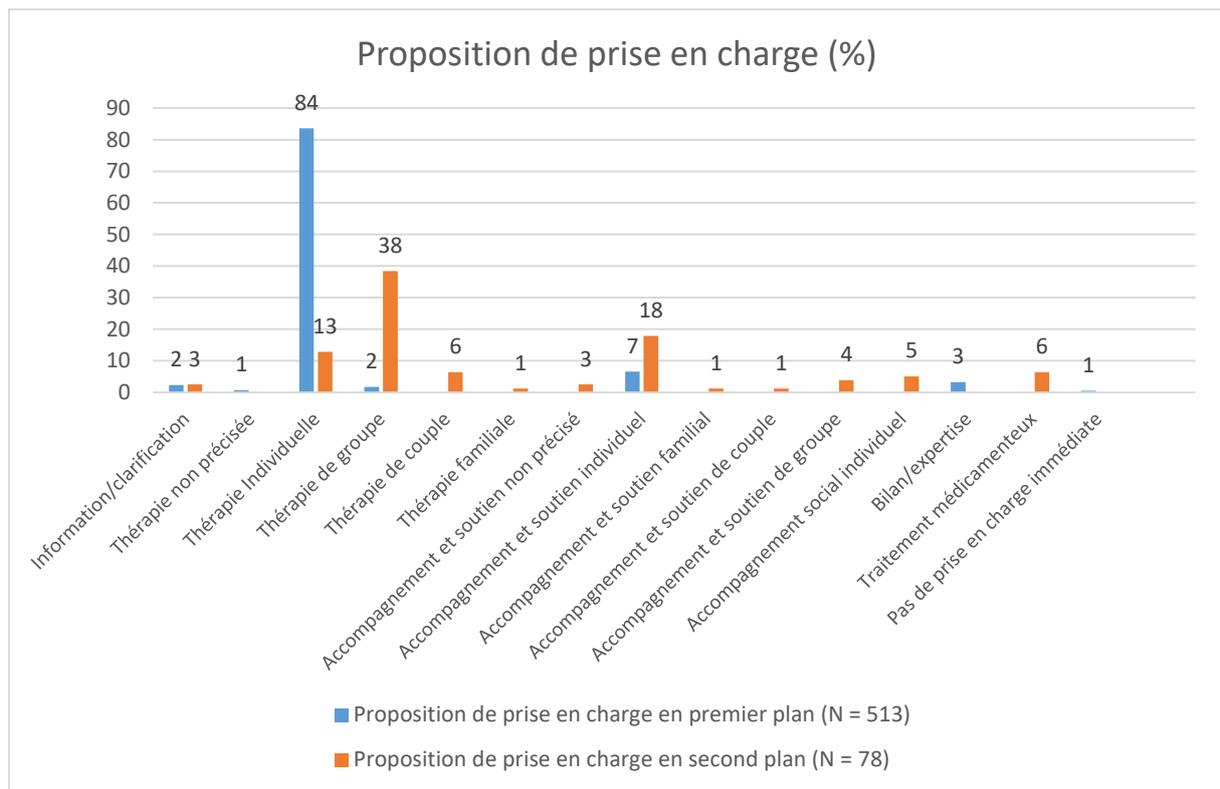
Tableau 5 : Type de demande de consultation et motif de première consultation (N)

		Motifs présentés lors de la première consultation										Total
		Problématiques personnelles	Plaintes et symptômes physiques	Plaintes et symptômes psychiques	Mal-être	Acte(s) infractionnel(s)	Difficultés dans le couple	Difficultés dans le milieu familial	Sans motif	Inconnu	Autre	
Type de demande du consultant	Suivi	0	1	1	1	7	0	0	0	0	0	10
	Thérapie	1	5	6	10	192	1	4	0	1	1	221
	Soutien	0	0	0	7	8	0	0	0	0	0	15
	Accompagnement social	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	4
	Autre	0	0	0	2	42	0	0	2	2	0	49
	Total	1	6	8	20	253	1	4	2	3	1	299

Tableau 6 : Combinaison de proposition de prise en charge (N)

N = 78		Proposition de prise en charge au premier plan						Total
		Information/clarification	Thérapie non spécifiée	Thérapie individuelle	Accompagnement et soutien non spécifié	Accompagnement et soutien individuel	Bilan/expertise	
Proposition de prise en charge au second plan	Information/clarification	0	0	2	0	0	0	2
	Thérapie individuelle	8	1	0	0	0	0	9
	Thérapie familiale	0	0	1	0	0	0	1
	Thérapie de couple	0	0	4	0	1	0	5
	Thérapie de groupe	0	0	30	0	1	0	31
	Accompagnement et soutien non spécifié	0	0	2	0	0	0	2
	Accompagnement et soutien individuel	1	0	11	1	0	1	14
	Accompagnement et soutien familial	0	0	1	0	0	0	1
	Accompagnement et soutien de couple	0	0	0	0	1	0	1
	Accompagnement et soutien de groupe	0	0	3	0	0	0	3
	Accompagnement social individuel	0	0	3	0	1	0	4
	Traitement médicamenteux	0	0	5	0	0	0	5
Total		9	1	62	1	4	1	78

Figure 10 : Types de prise en charge proposés (%)



Documents consultés

Dans le cadre de la prise en charge, les intervenants au sein des ESS consultent en moyenne 2,34 (SD = 1.90, [0-10]) documents officiels concernant le parcours infractionnel de l'AICS. Néanmoins pour 18% des AICS, aucun document n'est consulté (Figure 11). Ces informations sont renseignées pour 534 AICS. Les documents les plus fréquemment consultés sont : le jugement, l'exposé des faits et l'expertise mentale (Figure 12).

Figure 11 : Répartition des AICS selon le nombre de documents consultés (%)

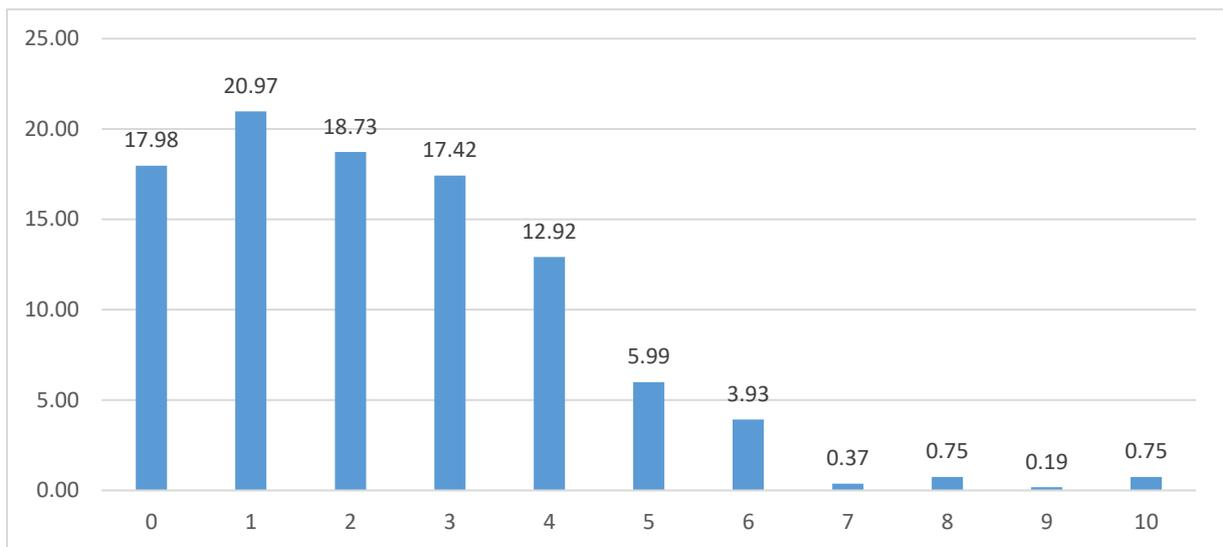
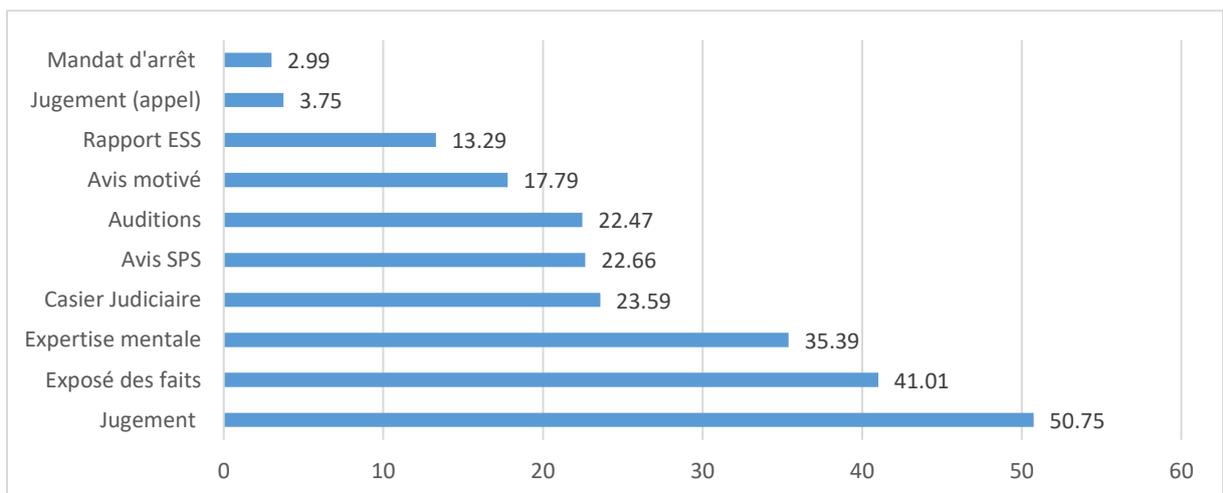


Figure 12 : Répartition des AICS par document consulté (%)



Rythme de la prise en charge et sa fin

La période de suivi moyenne des AICS par les ESS est d'un peu plus de 3 ans ($M = 3.43$ ans ; $SD = 2.37$ [0,2-9]), celle-ci prenant en compte le parcours de suivi à partir du milieu intra-pénitencier jusqu'au terme du suivi extra-muros. Le tableau 7 illustre la fréquence des rendez-vous mensuels au cours des différentes années de traitement. La fréquence de

rendez-vous prestés varie de 0,87 à 0,56 rendez-vous par mois. En d'autres termes, les AICS sont suivis en moyenne à une fréquence de moins d'un rendez-vous par mois sur toute la durée de leur traitement. Nous observons que, dans l'ensemble, le nombre moyen de rendez-vous fixés, annulés et prestés est constant au cours des deux premières années de suivi, puis il diminuera de manière progressive. Ceci dit, le nombre d'AICS suivi diminue également au cours des années de traitement vu que le nombre moyen d'années de suivi est d'environ 3 ans. Plus de la moitié des AICS et plus précisément 53,70% bénéficiaient d'une prise en charge antérieure à la prise en charge considérée dans la présente étude.

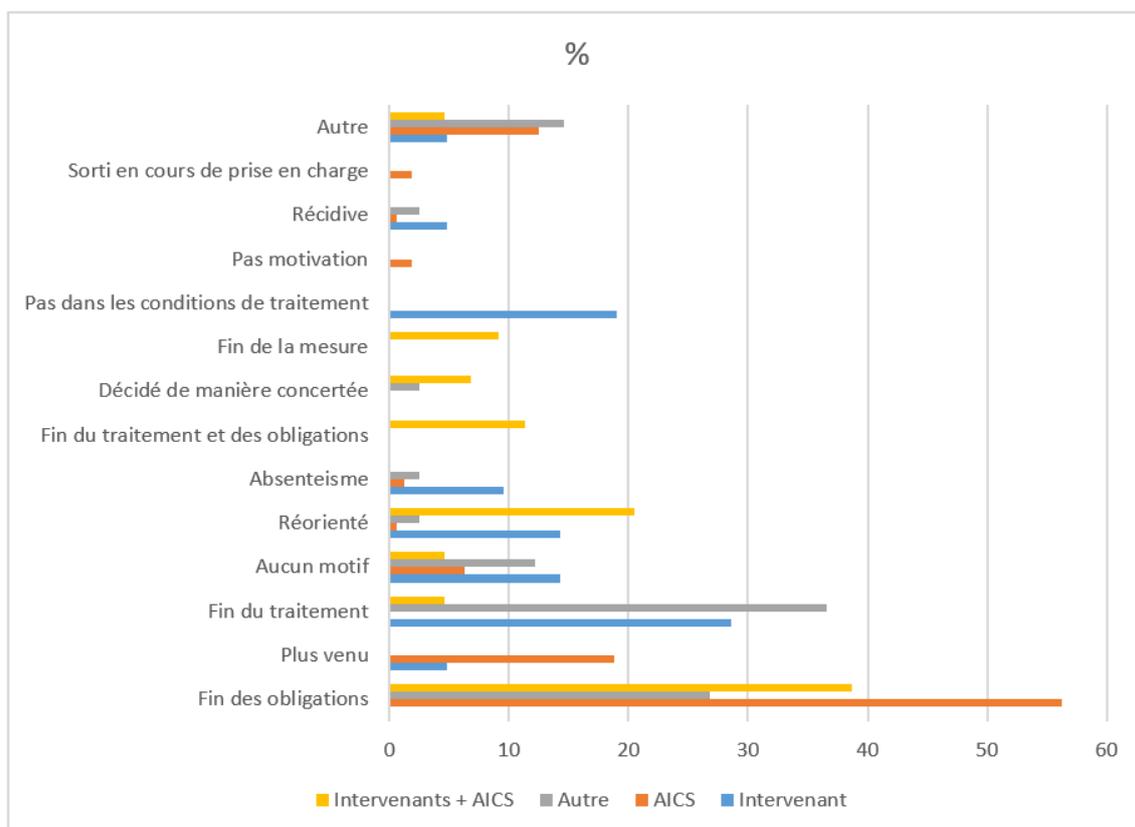
Tableau 7 : Nombre de rendez-vous moyen par année de suivi

		N	M	SD	Min.	Max.
1ère année	RDV fixés	502	1,03	0,58	0,00	3,89
	RDV annulés	502	0,16	0,28	0,00	3,00
	RDV prestés	502	0,87	0,54	0,00	3,89
2ème année	RDV fixés	393	1,03	0,79	0,00	13,00
	RDV annulés	393	0,17	0,23	0,00	2,00
	RDV prestés	393	0,86	0,73	0,00	12,00
3ème année	RDV fixés	306	0,92	0,47	0,00	3,00
	RDV annulés	306	0,17	0,19	0,00	0,92
	RDV prestés	306	0,75	0,45	0,00	3,00
4ème année	RDV fixés	207	0,93	0,57	0,00	4,08
	RDV annulés	207	0,23	0,27	0,00	1,55
	RDV prestés	207	0,70	0,48	0,00	3,58
5ème année	RDV fixés	129	0,90	0,62	0,00	5,00
	RDV annulés	129	0,24	0,40	0,00	4,00
	RDV prestés	129	0,66	0,44	0,00	3,17
6ème année	RDV fixés	74	0,81	0,53	0,00	3,33
	RDV annulés	74	0,22	0,24	0,00	1,00
	RDV prestés	74	0,61	0,40	0,00	2,33
7ème année	RDV fixés	36	0,90	0,42	0,33	2,13
	RDV annulés	36	0,26	0,39	0,00	2,00
	RDV prestés	36	0,63	0,34	0,00	2,00
8ème année	RDV fixés	9	0,67	0,29	0,33	1,33
	RDV annulés	9	0,08	0,12	0,00	0,33
	RDV prestés	9	0,59	0,29	0,17	1,17
9ème année	RDV fixés	3	0,83	0,29	0,50	1,00
	RDV annulés	3	0,03	0,05	0,00	0,08
	RDV prestés	3	0,81	0,27	0,50	1,00

Les motifs d'arrêt de traitement renseignés par les équipes (N = 266) sont divers et peuvent être motivés par l'AICS et/ou son intervenant. De manière générale (Figure 13), l'arrêt du traitement est décidé par :

- ✓ L'AICS suite à la fin de ses obligations (56,25%), ou parce qu'il ne vient plus aux rendez-vous (18,75%) ou sans aucun motif énoncé (6,25%) ;
- ✓ L'intervenant car l'AICS est en fin de traitement (28,57%) ou n'est pas dans les conditions de traitement (19,05%) ou pour une réorientation (14,29%) voire sans motif particulier (14,29%) ;
- ✓ Des facteurs autres que ceux liés à l'intervenant ou l'AICS dans le cadre de la fin de traitement (36,59%) ou des obligations (26,83%) ou sans aucun motif énoncé (12,20%).

Figure 13 : Motif d'arrêt du traitement selon la personne à l'origine de cet arrêt



En résumé :

La prise en charge des AICS s'axe principalement autour d'une demande de thérapie en tant que telle avec pour motif pour une grande majorité d'AICS les infractions commises. Les prises en charge proposées sont principalement des thérapies individuelles parfois couplées à des thérapies de groupe.

Dans le cadre des suivis, les professionnels se documentent sur le parcours de leurs patients à partir de deux ou trois documents en moyenne, qui sont généralement le jugement, l'exposé des faits et/ou l'expertise mentale.

En moyenne, le suivi est d'un peu plus de trois ans avec une fréquence de rendez-vous honorés de moins d'un rendez-vous par mois. La majorité des motifs de fin de prise en charge sont une fin des obligations ou une fin du traitement.

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, délictueuses, et diagnostiques, ainsi que celles portant sur les modalités de leur prise en charge.

Les analyses menées mettent en évidence que les AICS en Région wallonne se trouvent dans des situations socio-environnementales et professionnelles précaires. En effet, la situation maritale des AICS reste identique pour 76% d'entre eux, mais elle peut évoluer vers une augmentation d'isolement social, passant de 64% à 70% entre le moment des faits et le début du traitement. Concernant le mode de vie, seuls 50% environ des AICS ne voient pas de variation entre leur mode de vie lors des faits et au début du traitement. Pour les changements observés, il s'agit soit d'une institutionnalisation ou d'un mode de vie solitaire. Professionnellement, émerge une certaine précarité avec environ 73% des AICS sans emploi ou dans des situations d'emploi précaire lors des faits. Les résultats soulignent donc une certaine fragilité socioprofessionnelle lors des faits qui tente à s'accroître en début de traitement (Achã, Rigonatti, Saffi, Barros, & Serafim, 2011 ; Lee *et al.*, 2010 ; Nicholaichuk, Olver, Gu, Wong, & Beech, 2014). La précarisation sociale et professionnelle des AICS constitue un facteur de risque au sein d'instruments cliniques structurés d'évaluation du risque de récidive. Alors qu'à l'inverse, une situation de vie harmonieuse, un statut professionnel stable et un réseau social de qualité peuvent représenter des facteurs de protection impliqués dans le processus de désistance (Brown, Harkins, & Beech, 2012 ; Miller, 2006 ; Ullrich & Coid, 2011 ; de Vries Robbé, Mann, Maruna, & Thornton, 2015). Aussi, cette précarisation des AICS peut engendrer des difficultés de réinsertion sociale en plus du rôle joué par l'étiquette de « délinquant sexuel » (Willis, Levenson & Ward, 2010). Saloppé et Pham (2006) avaient déjà auparavant relevé que cette stigmatisation excessive a des conséquences sur la qualité de vie de ces personnes entraînant de la sorte une réduction des libertés individuelles.

Les analyses de données relatives aux caractéristiques délictueuses soulignent une prévalence élevée d'AICS primo-délinquants (58,96%) et d'AICS n'ayant commis que des délits sexuels au cours de leur parcours (63,15%). Les passages à l'acte à caractère sexuel sont principalement des faits de viol (22,33%) ou des faits d'attentat à la pudeur (21,95%) ou la combinaison de ces deux faits (25,80%). Les autres faits sexuels commis sont soit uniquement des outrages publics aux mœurs (6,19%), des faits de consultation de matériel pédopornographique (9,01%) ou divers faits avec et/ou sans contact (environ 12%). Concernant la prévalence d'AICS selon le genre des victimes d'abus sexuels, il s'avère qu'environ les trois quarts, soit 73,09%, ont des victimes de sexe féminin, 15,89% ont des victimes de sexe masculin et 11% ont des victimes masculines et féminines. Lorsque les AICS sont répartis selon la catégorie d'âge de leurs victimes, nous observons qu'environ 45% agressent des victimes âgées de moins de 14 ans et que 40% agressent des victimes de 14 ans ou plus. La plupart des AICS se répartissent donc au sein de ces deux catégories d'âge. Seuls 15% de ceux-ci n'ont pas de catégorie d'âge spécifique et agressent des victimes âgées de moins de 14 ans, mais également d'autres victimes âgées de 14 ans ou plus. Lorsque les AICS sont répartis selon le lien qu'ils entretiennent avec leur(s) victime(s), nous observons qu'une majorité d'entre eux n'ont pas de lien intrafamilial avec les victimes (environ 55%). Lorsqu'ils ont un lien intrafamilial avec celles-ci, la majorité des AICS n'ont que des victimes présentant ce type de lien. En effet, peu d'AICS ont des victimes issues des sphères intra et extrafamiliales (environ 7%).

Les caractéristiques de type diagnostic les plus souvent présents chez les AICS sont : les troubles spécifiques de la personnalité (18,73%), les troubles des préférences sexuelles (18,35%), les problèmes liés à des événements de vie négatifs durant l'enfance (14,61%), les problèmes liés à des circonstances légales (12,36%), l'abus d'alcool (9,36%) et la présence de retard mental (6,37%). En comparaison à la littérature internationale, ces résultats semblent sous-estimer 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, Cordier & Thibaut, 2012 ; Rotenberg, 2017 ; Vanderstukken, Lamy, & Delavenne, 2014). Pour ce qui est des abus de substances, une part importante des infractions sexuelles sont commises sous l'effet de substances

(41,36%), et notamment sous influence de l'alcool. Une diminution nette de la consommation est néanmoins observée de manière générale entre le moment des faits et le traitement. Néanmoins, nous observons qu'une proportion équivalente d'AICS présente cette problématique lors des faits et que cette problématique perdure lors du traitement. Ces résultats sont importants à prendre en compte, notamment de par le fait que l'intoxication à une substance représente un facteur de risque dynamique, à cause de l'effet désinhibant sur la personne et son comportement (Cortoni, 2009 ; Hanson & Harris, 2000).

Finalement, nous observons que les AICS sont suivis par les ESS au cours d'une période moyenne de 3,43 ans en Région wallonne (au niveau intra et extrapénitentier), avec moins d'un rendez-vous honoré par mois. Concernant les documents officiels 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. Vu le manque d'étude relatif aux modalités organisationnelles de prise en charge des AICS, nous ne pouvons comparer les résultats ici présents avec la littérature.

La prise en charge des AICS représentés dans le présent projet s'axe principalement autour d'une demande de thérapie en tant que telle avec pour motif principal de la demande un travail axé sur les infractions commises. Les prises en charge proposées par les professionnels sont principalement des thérapies individuelles parfois couplées à des thérapies de groupe. La fin de la prise en charge des AICS est principalement motivée par une fin d'obligation ou une fin de traitement.

Le présent projet permet à ce stade de décrire la population d'AICS en traitement au sein de plusieurs ESS. Néanmoins, certaines limites peuvent être soulignées. En effet, nous observons un taux d'attrition concernant notamment les variables diagnostiques. De ce fait, nous ne disposons pas d'informations relatives à la psychopathologie présentée par les AICS pour l'ensemble de la population d'étude. En plus de cette problématique d'attrition, d'autres variables sont difficilement accessibles. C'est notamment le cas du statut professionnel des AICS, pour lequel la proposition « Autre » connaît une certaine augmentation entre les faits et la libération, sans qu'elle ne soit concrètement exemplifiée. Il semble donc nécessaire d'aborder ces deux points lors des rencontres avec les équipes afin de pouvoir améliorer la collecte des données. 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.

Les résultats de cette recherche, étant donné son caractère continu et longitudinal, montrent qu'une meilleure compréhension du profil socio-environnemental, diagnostique et délictueux des AICS nécessite une étude systématisée des caractéristiques au travers de notre instrument recherche. Les résultats obtenus contribuent à une meilleure visibilité des caractéristiques de la patientèle AICS des ESS. Ceci permet, lors de la rencontre avec les professionnels, de discuter d'éléments cliniques ou criminologiques, mais également d'échanger sur la gestion du risque de récidive, et, par la même occasion, d'ouvrir un champ de réflexion concernant les facteurs de protection qui peuvent jaloner le parcours de vie des AICS.

Perspectives d'avenir

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 de données auprès des ESS afin de pouvoir intégrer de nouveaux patients au sein de la base de données, et de compléter les informations auprès des patients toujours en cours de suivi. Ceci afin de pouvoir disposer des renseignements les plus précis concernant la population AICS en Région wallonne ;
- En second lieu, 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 ;
- Finalement, les résultats décrits dans cette recherche pourront faire l'objet d'articles scientifiques et être présentés lors de congrès nationaux ou internationaux.

Bibliographie

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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., & 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

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.

Quinsey VL, Rice ME, Harris GT. Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of interpersonal violence*. 1995;10(1):85-105. Rotenberg, C. (2017). Police-reported sexual assaults in Canada, 2009 to 2014: A statistical profile. *Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics*.

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.

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.

Vanderstukken, O., Lamy, S. & Delavenne, H. (2014). Les auteurs de violences sexuelles : Agresseurs agressés. Résultats préliminaires de l'étude EPIRARA. *European Psychiatry*, 29(8), 623. doi : 10.1016/j.eurpsy.2014.09.112.

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.

Annexes

Annexe 1 : Ducro, C. Regard empirique sur les prises en charge des AICS, Colloque anniversaire UPPL, janvier 2019, Namur, Belgique.

REGARD EMPIRIQUE SUR LES PRISES EN CHARGE DES AICS

EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DES AICS

CLAIRE DUCRO

CENTRE DE RECHERCHE EN DÉFENSE SOCIALE; UNIVERSITÉ DE LILLE

Plan: Evolution des modèles de traitement

Modèles de traitement spécifiques aux AICS

- Modèle de prévention des rechutes/récidives
- Modèle d'auto-régulation

Modèles de réhabilitation adaptés aux AICS

- Modèle de « risque, besoin et réceptivité »
- Modèle de « bonne vie »
 - Concepts clé
 - Processus thérapeutiques et ou cibles de traitement
 - Données empiriques: efficacité

Annexe 2 : Ducro, C., Telle, E., & Pham, T. Évaluation en continu des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suivis au sein d'Équipes de Santé Spécialisées en Région wallonne : taux de récurrence, niveaux de risque et liens avec les caractéristiques délictueuses, diagnostiques et sociale, 10ème congrès international francophone sur l'agression sexuelle. CIFAS, juin 2019, Montpellier, France.



Projet AICS en Région Wallonne

- Taux de récurrence
 - ✓ Historique du projet
 - ✓ Actualisation des données

- Validation des outils de risque
 - ✓ SORAG/VRAG-R; Statique-99/02; BARR

- Projet d'évaluation en continu

Annexe 3 : Oswald, P., Ducro, C., & Pham, T. Évaluation du sadisme sexuel sévère dans une population médico-légale : validation francophone de la Sexual Sadism Scale (SESAS), 10ème congrès international francophone sur l'agression sexuelle. CIFAS, juin 2019, Montpellier, France.

COMMUNICATION LIBRE 13 - 11H45 - 12H30 - SALLE : JOFFRE C

Évaluation du sadisme sexuel sévère dans une population médico-légale : validation francophone de la *Sexual Sadism Scale* (SESAS)

Pierre OSWALD, psychiatre, CRP Les Marronniers, Tournai, Belgique

Claire DUCRO, Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS), Tournai, Belgique
et Équipe DEEP, UMR CNRS 9193 SCALab, Université de Lille, France

Thierry H. PHAM, professeur, chef du Service de Psychopathologie légale, Université de Mons (UMONS),
directeur du Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS, Tournai), Belgique

Le sadisme sexuel est associé à un risque élevé de violences sexuelles et de récidivisme général chez les délinquants sexuels. Cependant, son évaluation rencontre des critères de diagnostic vagues et utilise des méthodes idiosyncratiques qui exigent des évaluateurs de déduire les motivations de l'individu et les fantasmes sadiques. L'échelle de sadisme sexuel (SESAS) est une échelle cumulative qui est basée exclusivement sur des éléments de la scène du crime. L'accord inter-évaluateurs et la fiabilité à l'échelle de cette échelle unidimensionnelle comprenant 11 éléments sont élevés. Les éléments sont codés de manière dichotomique en fonction des informations issues des dossiers des délinquants. Un individu serait classé comme répondant vraisemblablement aux critères diagnostiques si au moins 4 des critères de la SESAS sont

présents. L'objectif de notre étude était donc la validation française du SESAS. Au sein de l'hôpital de haute sécurité, 62 participants ont été choisis au hasard. Les dossiers des participants consultés contenaient des données concernant la ou les infractions, les expertises psychiatriques effectuées pour les tribunaux chargés du suivi des participants et les rapports psychiatriques et sociaux concernant l'évolution des patients. Parmi les participants inclus, 3 ont répondu aux critères diagnostiques du sadisme sexuel. La distribution des scores indique que les 95 % de l'échantillon avaient 2 éléments ou moins, et que les 5 % restants avaient 6 éléments ou plus. Sur les 11 éléments du SESAS, le coefficient de corrélation de Pearson est significatif et indique une association positive satisfaisante.

L'alpha de Cronbach est très satisfaisant. Les éléments de l'échelle tendent à représenter une bonne consistance interne, ce qui signifie que l'échelle est en adéquation avec l'objet de sa mesure : le profil latent du sadisme sexuel. À partir de l'analyse des composants principaux, une structure à deux facteurs ne peut pas être conservée. À partir de cette étude, nous avons pu proposer la version française du SESAS et nous confirmons l'aspect dimensionnel du sadisme sexuel, car il tend à être décrit dans le DSM-5. En outre, nous montrons ici, à la suite des études originales, qu'une évaluation du sadisme sexuel basée sur les indicateurs comportementaux de la scène du crime permet de limiter le biais des approches idiosyncratiques, marquée par l'inférence des motivations sadiques de l'individu et de ses fantasmatiques sexuelles déviantes.

Annexe 4 : Ducro, C., Janssens, M., & Lagneaux, J. 20 ans d'évaluation et de traitement d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) : projets en cours et futurs - Constitution d'une base de données des AICS, Colloque anniversaire du CAB (Centre d'Appui Bruxellois) – 20 ans d'évaluation et de traitement d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel – Normes et transgressions sexuelles, novembre 2019, Bruxelles, Belgique.

Colloque – 28 novembre 2019



Centre d'Appui Bruxellois ASBL

CONSTITUTION ET EXPLOITATION
D'UNE BASE DE DONNEES DES AICS

Objectifs du projet

Etablissement d'une base de données nationale comme le prévoient les accords de coopération : « *collaborer à un modèle commun d'enregistrement de données (...) en vue de la recherche scientifique et de l'évaluation de la politique menée en matière de guidance et de traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel* »

Annexe 5: Oswald, P., Ducro, C., Alvarez, L. & Pham, T.H. (2019). Evaluation du sadisme sexuel sévère dans une population médico-légale. Validation francophone de la Sexual Sadism Scale (SESAS). *Annales Médico-Psychologiques*, 177(9), 884-890.



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire original

Évaluation du sadisme sexuel sévère dans une population médico-légale. Validation francophone de la Sexual Sadism Scale (SESAS)

Evaluation of Severe Sexual Sadism in a Forensic Population. French Validation of the Sexual Sadism Scale (SESAS)

Pierre Oswald^{a,*}, Claire Ducro^{b,c}, Laurie Alvarez^a, Thierry Pham^{b,d}

^a CRP Les Marronniers, Rue Despas 94, 7500 Tournai, Belgique

^b Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, Tournai, Belgique

^c Équipe DIEP, UMR CNRS 9158 SCALab, université de Lille, 59653 Villeneuve d'Ascq, France

^d Université de Mons, Mons, Belgique

INFO ARTICLE

Histoire de l'article :
Reçu le 13 janvier 2018
Accepté le 9 mars 2018

Mots clés :
Diagnostic
Échelle d'évaluation
Nosologie
Sadisme
Sexual Sadism Scale (SESAS)

Keywords:
Assessment Scale
Diagnosis
Nosology
Sadism
Sexual Sadism Scale (SESAS)

RÉSUMÉ

Le sadisme sexuel est associé à un risque élevé de violence sexuelle et de dangerosité générale chez les agresseurs sexuels. Or, son évaluation se heurte à des critères diagnostiques vagues et fait appel à des méthodes idiosyncrasiques qui demandent aux évaluateurs d'inférer les motivations et fantasmes sadiques des individus. La Sexual Sadism Scale (SESAS) est une échelle cumulative qui se base exclusivement sur des éléments de la scène de crime et qui a montré tant une bonne sensibilité qu'une bonne spécificité quant au diagnostic clinique de sadisme sexuel. L'objectif de notre étude est la validation en français de la SESAS. À partir d'un échantillon de 62 agresseurs sexuels, deux évaluateurs ont utilisé une version traduite de la SESAS. Les différentes analyses statistiques nous ont permis de considérer la version francophone de la SESAS comme un outil fiable d'évaluation du sadisme sexuel dans une population médico-légale et de confirmer l'hypothèse dimensionnelle du trouble.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – Sexual sadism is associated with a high risk of sexual violence and general recidivism in sex offenders. However, its evaluation encounters vague diagnostic criteria and uses idiosyncratic methods that require evaluators to infer the individual's motivations and sadistic fantasies. The Sexual Sadism Scale (SESAS) is a cumulative scale that is based exclusively on elements of the crime scene. Both inter-rater agreement and scale reliability of this one-dimensional scale comprising 11 items is high. The items are coded dichotomously based on offenders's files. An individual would be classified as likely meeting the diagnostic criteria if at least 4 of the criteria are present. The objective of our study was the French validation of the SESAS.

Methods. – From the sex offenders' population in our High Security Hospital "Les Marronniers", 62 participants were randomly selected. Participants signed a consent form. Inter-rater agreements were analyzed from two evaluators. Offender's files contained data concerning the offense(s), psychiatric expertises carried out for the courts in charge of the follow-up of the participants, and the psychiatric and social reports concerning the evolution of the patients. Results have been anonymized. Statistical analyzes were performed using the Statistical Package for Social Science (SPSS) software. In relation to the hypotheses of our study, the following analyzes were performed: Pearson's correlation coefficient (inter-rater agreement), Kappa coefficient (inter-rater agreement on items and inter-rater agreement on the established diagnosis), Alpha of Cronbach (Internal Consistency) and Principal Component Analysis (PCA).