Centre de Recherche
en Défense Sociale

CENTRE DE RECHERCHE EN DEFENSE SOCIALE (CRDS)

En collaboration avec l'Unité de psychopathologie légale (UPPL)

et les Equipes de Santé Spécialisées

UPPL
UNITÉ DE PSYCHOPATHOLOGIE LÉGALE

PROJET DE RECHERCHE ACTION : 2010 A –

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

Chercheuses : Claire Ducro & Emilie Telle

Directeur de recherche : Prof. Thierry Pham

RAPPORT D'ACTIVITE 2017

Wallonie

Avec le soutien de la Région Wallonne

La rédaction du présent rapport est organisée autour des principales activités menées au cours de l'année 2017.

Tout d'abord, nous développerons une partie descriptive relative à l'état actuel de la base de données afin de décrire au mieux la population étudiée dans ce projet. Sur le versant sociodémographique, les AICS ont un statut social et professionnel relativement isolé et précaire, ayant tendance à perdurer, voire s'accentuer, dans le temps. Ils abusent surtout des victimes féminines, de moins de 14 ans et intrafamiliales, leur histoire criminelle étant avant tout composée d'infractions sexuelles avec contact et de peu d'antécédents judiciaires, sexuels ou non. Les problématiques pour lesquelles ils sont en traitement sont relatives aux événements de vie négatifs durant l'enfance ou à des circonstances légales, des troubles des préférences sexuelles ou spécifiques de la personnalité, l'abus d'alcool et le retard mental. Dans plus de 40% des cas, l'infraction sexuelle a eu lieu avec usage de substances. Pour la prise en charge, la période de suivi moyenne est de près 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. Plus de 2 documents sont consultés par les professionnels dans le cadre du suivi.

Ensuite, sous la forme rédactionnelle d'un article scientifique, nous développerons une partie relative aux taux de récidive des AICS issus du système judiciaire belge francophone. Pour ce faire, la population d'étude a été constituée à partir de deux bases de données relatives au projet en cours. Nous avons de nouveau consulté les dossiers à la DGD des AICS pour lesquels nous avions déjà consulté leur dossier au Service des Cas Individuels et au casier judiciaire lors de la première phase de l'étude (cf. rapport d'activité 2008), puis nous avons repris les AICS recensés dans la seconde phase de la présente étude, c'est-à-dire ceux suivis au sein d'une ESS entre 2009 et 2015, pour lesquels les équipes, sous le couvert d'une procédure d'anonymisation, nous ont transmis les noms et dates de naissance des AICS (cf. rapport d'activité 2016). Nous observons 25,14% de récidive générale, 12,72% de récidive sexuelle, 4,62% de récidive violente non sexuelle et 11,27% de récidive non violente non sexuelle sur une période de près de 10 ans. L'analyse révèle que les AICS, ayant bénéficié d'une libération de type « Autre », récidivent davantage et plus rapidement que ceux libérés via des mesures conditionnelles. Aussi, les courbes de survie rapportent des états de récidive plus rapides pour les AICS ayant des victimes de moins de 14 ans extrafamiliales ainsi que ceux ayant des victimes de moins de 14 ans et de 14 ans et plus comparativement aux autres types d'AICS.

Sous le même format et à partir de la même base de données que précédemment, nous développerons une troisième partie relative à la validation des outils d'évaluation du risque de récidive des AICS. Les résultats soulignent que, parmi les instruments étudiés, la BARR-2002R révèle une bonne validité prédictive de la récidive violente non sexuelle et non violente non sexuelle, quelle que soit la durée de la libération. La Statique-99R est dotée d'une validité prédictive allant de modérée à bonne pour tous les types de récidives, quelle que soit la période de suivi. De plus, la Statique-2002 révèle une validité prédictive moindre que l'échelle précédente, prédisant modérément tous les types de récidives.

Pour terminer, nous développerons une partie d'analyse de résultats préliminaires mettant en lien les variables sociales, criminelles, diagnostiques et thérapeutiques avec la récidive. L'analyse révèle principalement que certains modes de vie (célibataire, seul, communautaire) sont principalement liés à la récidive générale, sexuelle et non violente non sexuelle. Concernant les caractéristiques délictueuses, la victimisation de personnes extrafamiliales est liée à la récidive générale tandis que celle de victimes masculines est corrélée positivement à la récidive sexuelle et non violente non sexuelle. Les antécédents de pédopornographie et d'outrage public aux mœurs sont corrélés à la récidive sexuelle et les antécédents non sexuels violents le sont à la récidive non sexuelle violente. Enfin, l'abus d'alcool est corrélé avec presque toutes les formes de récidive mise à part la récidive violente non sexuelle. L'analyse comparative révèle peu de différences entre les groupes quant aux modalités de traitement, et ce quel que soit le profil des AICS. La prise en charge des AICS ne semble donc pas être différenciée en fonction du profil de récidive ou du niveau de risque.

TABLE DES MATIÈRES

Rappel du déroulement de l'étude 8
Méthodologie proposée 11

Activités 2017 13

Analyses descriptives des caractéristiques sociales, criminelles, diagnostiques et thérapeutiques des AICS 15
Introduction 16
Caractéristiques sociodémographiques chez les AICS 16
Troubles psychiatriques des AICS 17
Profil délictueux des AICS 18
Méthodologie 21
Participants 21
Instruments 21
Analyse des données 21
Procédure 22
Résultats 23
Profil socio-environnemental 23
Profil délictueux 26
Genre des victimes 26
Âge des victimes 26
Lien avec les victimes 27
Infractions actuelles 28
Antécédents judiciaires 34
Profil diagnostique 38
Diagnostics 38
Abus de substances 40
Modalités de prise en charge 44
Modalités de prise en charge sur le parcours total 45
Modalités de prise en charge par année de suivi 48
Documents consultés 49
Discussion 52

Taux de récidive d'AICS issus du système judiciaire belge francophone 55
Introduction 56
Méthodologie 58
Participants 58
Analyses de données 61
Procédure 61
Résultats 63
Taux de récidive 63
Courbes de survie 66
Discussion 68

Validation des outils statiques d'évaluation du risque de récidive des AICS 71
Introduction 72
Méthodologie 74
Participants 74
Instruments 77
La Statique-99R (Hanson & Thornton, 1999, 2002 ; Harris, Phenix, Hanson, & Thornton, 2003) 77
La Statique-2002R (Hanson & Thornton, 2003 ; Helmus, Thornton, Hanson, & Babchishin, 2012) 80
La Sex Offenders Risk Appraisal Guide (SORAG, Quinsey et al., 1995) 80
La Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R, Harris, Lowenkamp, & Hilton, 2015 ; Harris, Rice, Quinsey, & Cormier, 2015) 81
La BARR-2002R (Brief Assessment of Recidivism Risk ; Babchishin et al., 2013) 82
Analyses de données 82
Procédure 82
Résultats 85
Discussion 86

Résultats préliminaires mettant en lien les variables sociales, criminelles, diagnostiques et thérapeutiques avec les types de récidives 89
Introduction 90
Facteurs de risque et facteurs protecteurs 90
Facteurs de risque statiques 91
Facteurs de risque dynamiques 91
Facteurs protecteurs 93
Traitement des AICS 94

Efficacité des traitements destinés aux AICS 94
Modalités pratiques des traitements 95
Compliance thérapeutique des AICS 96
Méthodologie 98
Participants 98
Instrument 98
Analyse de données 98
Procédure 99
Résultats 100
Lien entre les caractéristiques sociodémographiques et les types de récidives 100
État civil 100
Mode de vie 100
Profession 101
Lien entre les caractéristiques délictueuses et les types de récidives 102
Genre, âge et lien avec les victimes 102
Infractions actuelles 103
Antécédents judiciaires 104
Lien entre les caractéristiques diagnostiques et les types de récidives 104
Comparaison entre AICS récidivistes et AICS non récidivistes 105
Comparaison entre les niveaux de risque des AICS à la Statique-99R 106
Comparaison entre les 3 premières années de suivi 107
Récidive 107
Niveaux de risque à la Statique-99R 108
Discussion 109

Perspectives d'avenir 113

Bibliographie 114

Annexe 1 136

Annexe 2 137

Annexe 3 138

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 récidive 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 la présente 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 récidive générale, 7,50% de récidive sexuelle, 3,80% de récidive violente non sexuelle et 19,30% de récidive non violente non sexuelle. Ces taux sont inférieurs aux taux de récidive 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 récidive 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 récidive des AICS, l'absence d'un groupe contrôle d'AICS n'ayant pas bénéficié d'un suivi ambulatoire, la mesure de taux de récidive 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 et du Casier Judiciaire, nous avons également évalué le risque de récidive de l'ensemble de la cohorte à partir de deux instruments statiques d'évaluation du risque de récidive 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 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 Equipes de Santé Spécialisées (ESS) en Région wallonne. Notons que, dans cet instrument, 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 épidémiologiques. 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 Equipes 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 à cette prise en charge.

Méthodologie proposée

Population : AICS issus des Equipes de Santé Spécialisées de la Région wallonne pour lesquels un dossier de traitement est ouvert.

Déroulement de la recherche-action : cet 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 Equipes de Santé Spécialisées. Une phase test auprès de 4 équipes est en cours et s'est terminée fin 2009. Dans cette nouvelle phase de recherche, il est intéressant de solliciter les différentes équipes de la Région wallonne 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 et

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 Equipes 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 Équipes de Santé Spécialisées au présent projet. Ainsi, *nous pourrons davantage cerner l'apport des équipes et du réseau de santé spécialisé qui est offert aux AICS au niveau ambulatoire, et ce, en nuançant 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, 2001) pourront être intégrées dans leur pratique. De telles mesures pourraient également être conseillées, intégrées et analysées au sein du présent projet.

Activités 2017

L'activité 2017 s'axe principalement sur les points suivants :

(a) L'encodage de données manquantes relatives aux activités des équipes en 2015 et antérieurement, arrivées tardivement (février 2016 à l'UPPL et transmis en juillet 2016 au CRDS), donc non incluses au sein du rapport précédent (Rapport 2015 édité début 2016) ;

(b) La consultation des dossiers judiciaires de la DGD ;

(c) La description des taux de récidive des AICS intégrés dans le présent projet ;

(d) La validation des outils d'évaluation du risque de récidive statiques ;

(e) Les analyses préliminaires des liens entre les variables sociales, criminelles, diagnostiques et thérapeutiques avec les types de récidives ;

(f) La communication autour du projet :

1. Chapitre de livre :
   - ✓ Ducro, C. & Pham, T.H. (2017). Les théories qui expliquent l'agression sexuelle des enfants. In Traité de l'agression sexuelle, F. Cortoni & T.H. Pham (Eds.). Sprimont : Mardaga.
2. Communications posters :
   - ✓ Ducro, C., Pham, T.H., & Lagneaux, J. Étude prospective du lien entre des caractéristiques sociales, criminelles, diagnostiques et thérapeutiques et la récidive chez des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suivis au sein de la communauté en Belgique francophone. 9e Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle, Juin 2017, Montréal, Canada (Annexe 1).
   - ✓ Ducro, C., Strzoda, I., & Pham, T.H. Taux de récidive et validité prédictive : Statique-99R, BARR-2002R, SORAG et VRAG-R. 9e Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle, Juin 2017, Montréal, Canada (Annexe 2).
   - ✓ Ducro, C., Strzoda, I., & Pham, T.H. Recidivism rates and Predictive validity of the Static-99R, BARR-2002R and VRAG-R evaluations among released sex offenders in Belgium. IAFMHS 17th Annual Conference; June 2017, Split, Croatie (Annexe 3).
3. Communication orale :
   - ✓ Ducro, C., Telle, E., & Pham, T.H. Actualisation des résultats de la recherche en Région wallonne, Charleroi, le 21 novembre 2017.

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

Introduction

Le nombre de détenus condamnés pour délits sexuels (viol, attentat à la pudeur, outrage public aux mœurs, pédopornographie) connaît une augmentation significative au cours des deux dernières décennies (15 à 20%) aussi bien en Belgique que dans l'ensemble de l'Occident (Anderson, Sample, & Cain, 2015 ; Burchfield, 2012 ; Carson & Sabol, 2012 ; Greenfeld, 1997 ; Klein, 2015 ; Ministère de la Sécurité Publique du Québec, 2011). Effectivement, la délinquance sexuelle est un problème de santé publique ayant une forte incidence médiatique et politique au sein de notre société. Cependant, il subsiste une méconnaissance à l'égard de ces personnes commettant différentes formes d'abus sexuels (Blasko, 2016). Bien qu'établir un profil prédéfini de cette population soit impossible du fait de son hétérogénéité, l'intérêt de cette revue de la littérature est de contribuer à l'étude et la compréhension du profil sociodémographique, diagnostique et délictueux des AICS en Région wallonne du fait de leur importance et leur implication clinique.

Caractéristiques sociodémographiques chez les AICS

La population AICS est souvent caractérisée par un mode de vie plutôt isolé que ce soit avant, après les faits ou durant le traitement post-carcéral ou post-institutionnel, les taux de prévalence variant entre 36 et 54% d'AICS célibataires, 17 et 40% d'AICS mariés et 11 et 35% d'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 davantage marquée chez les AICS les plus violents (Guay, Proulx, Cusson, & Ouimet, 2001). De plus, concernant le domaine professionnel, 32 à 40% des AICS sont sans emploi et près de 60% exercent une profession, dont le métier d'ouvrier dans plus ou moins 35% des cas, cette tendance à la précarité professionnelle étant également effective chez tous les délinquants (Hepburn & Griffin, 2004 ; Kitchen, 2007 ; Koch, Berner, Hill, & Briken, 2011 ; Lee et al., 2010 ; Sacco & Kennedy, 2002 ; Statistique Canada, 1999). Aussi, un taux d'emploi moins élevé avant l'incarcération est observé chez les AICS commettant des délits sans contact, principalement des faits de pédopornographie, en comparaison aux AICS commettant des délits sexuels avec contact (Faust, Bickart, Renaud, & Camp, 2015).

Ces différentes caractéristiques peuvent représenter des indicateurs partiels, mais dynamiques de bien-être social et de réinsertion au sein de cette population, jouant, de fait, également un rôle dans l'évaluation du risque de récidive. Effectivement, les récentes recherches portant sur la désistance mettent en avant que l'emploi et les relations interpersonnelles et intimes représentent deux des principaux facteurs impliqués dans le processus permettant de sortir du parcours délinquant, y compris sexuel (de Vries Robbé, Mann, Maruna, & Thornton, 2015 ; Kruttschnitt, Uggen, & Shelton, 2000 ; Laub & Sampson, 2001 ; Mann, 2004 ; Van Den Berg, Bijleveld, Hendriks, & Mooi-Reci, 2014 ; Ward & Laws, 2010). Ces changements circonstanciels plutôt relatifs au domaine socioprofessionnel sont complémentaires à des changements plus fondamentaux survenant chez l'AICS impliquant des remaniements identitaires incompatibles avec la poursuite de la délinquance (Digard, 2014 ; Farrall, Hunter, Sharpe, & Calverley, 2014 ; Maruna, 2001 ; Rocque, Posick, & Paternoster, 2016).

Troubles psychiatriques des AICS

Certaines recherches soulignent que les troubles mentaux sont plus présents chez les AICS que dans la population générale. En effet, ces derniers seraient six fois plus susceptibles de souffrir de troubles psychiatriques, autant de l'Axe I (environ 69%) que de l'Axe II (environ, 59%) et dans des contextes 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 sous-tendue par la surreprésentation des maladies mentales chez les délinquants. Malgré cela, des études ne retrouvent pas de lien entre les diagnostics de troubles mentaux et la récidive. Par contre, 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 majorité des troubles de l'Axe I recensés sont relatifs à des problèmes liés à l'usage de substances (47,10%), l'alcool étant un désinhibiteur, 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%). De plus, ces pathologies ont été reportées comme associées aux infractions sexuelles impliquant des paraphilies (Chen et al., 2016 ; Kafka, 2012). Concernant les troubles de la personnalité

(Axe II), 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 également davantage représentées auprès des AICS, sur les 20% des diagnostics de paraphilies évalués, près de 90% d'entre eux sont de type pédophile (Harris, 2011 ; Tesson, Cordier, & Thibaut, 2012 ; Rotenberg, 2017 ; Vanderstukken, Lamy, & Delavenne, 2014). De plus, les études sur la récidive mettent en avant que les AICS sont plus susceptibles de présenter des troubles mentaux sans que ces derniers ne soient nécessairement en lien avec leur délit sexuel (Hanson & Morton-Bourgon, 2005 ; Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson, & Miner, 1999).

Aussi, les troubles mentaux sont considérés comme un facteur de risque de récidive chez ces derniers (Boer, Eher, Craig, Miner, & Pfäfflin, 2011). Il a été mis en avant qu'un intérêt sexuel déviant et persistant envers les enfants prépubères ou pubères, notamment motivé par une sexualité dite « atypique » (paraphilie, hypersexualité) ou des tendances antisociales (impulsivité, prise de risque, brutalité, attitude offensive) sont des facteurs jouant un rôle important dans la persistance de ces comportements (Hanson & Morton-Bourgon, 2004, 2005 ; Pullman, Stephens, & Seto, 2016). De plus, notons que ce type de profil est davantage présenté par les AICS extrafamiliaux par rapport aux AICS intrafamiliaux (Seto, Babchishin, Pullman, & McPhail, 2015). De même, les AICS dits sociolégaux (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).

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, il est recensé : 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). De plus, bien que certains AICS tendent à se « spécialiser » dans les délits à caractère sexuel, la tendance à la polyvalence criminelle est plus courante (vol avec ou sans infraction, vente ou usage de drogue, violence, etc.) (Harris, Knight, Smallbone, & Dennison, 2011 ; Magers, Jennings, Tewksbury, & Miller,

2009 ; Miethe, Olson, & Mitchell, 2006). De surcroît, les agresseurs d'enfants, en particulier extrafamiliaux et notamment ceux commettant des infractions sans contact, seraient plus spécialistes que les autres types de délinquants sexuels (Harris et al., 2011 ; Lussier, LeBlanc, & Proulx, 2005 ; Miethe et al., 2006 ; Soothill, Francis, Sanderson, & Ackerley, 2000).

Les AICS ont une orientation sexuelle majoritairement hétérosexuelle, les victimes féminines étant estimées à près de 80% à 90%. Elles sont deux, voire trois fois plus victimisées que celles 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).

Quant à l'âge des victimes, les AICS ayant des victimes mineures représentent 45 à 75% des abuseurs sexuels, dont 46 à 51% sont des agresseurs d'enfants et 20 à 30% des agresseurs d'adolescents (pubères). Les agresseurs d'adultes sont 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, plus fréquemment des femmes (Statistique Canada, 1999 ; Vaillancourt, 2010).

De plus, dans près de 90% des cas, l'agresseur sexuel est connu de la victime, mais environ 60% n'ont pas de lien de parenté, en particulier lorsque la victime est un enfant (extrafamiliaux) alors que 30% des AICS sont effectivement des membres de la famille (intrafamiliaux). Les pères biologiques et les beaux-pères représentent la majorité des abuseurs intrafamiliaux. Dans 10% des cas, la victime est effectivement totalement étrangère (AuCoin, 2005 ; Bajos & Bozon, 2008 ; Catalano, 2005 ; Ogrodnik, 2010 ; Rotenberg, 2017 ; Tjaden & Thoennes, 2006). La majorité des abus sexuels ont donc lieu au sein de la sphère relationnelle de l'AICS. Aussi, 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 de ces différents éléments, nous souhaitons explorer le profil relatif à ces caractéristiques chez les AICS en Région wallonne. Notons que certaines de ces spécificités développées précédemment peuvent représenter des facteurs statiques ou dynamiques

impliqués dans le risque de récidive, tout comme certains peuvent être des facteurs protecteurs. Ces éléments seront développés dans la quatrième partie du présent rapport.

Méthodologie

Participants

L'échantillon total est constitué de 567 AICS ayant été suivis ou étant encore en cours de traitement entre 2009 et 2015 au sein de différentes Équipes de Santé Spécialisés en Région wallonne. La moyenne d'âge de la cohorte est de 41,69 ans (σ = 13,30 ; E = 18,35 – 79,91).

Instruments

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 problématique psychosociale, 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, liées aux 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 et 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 remplies 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 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

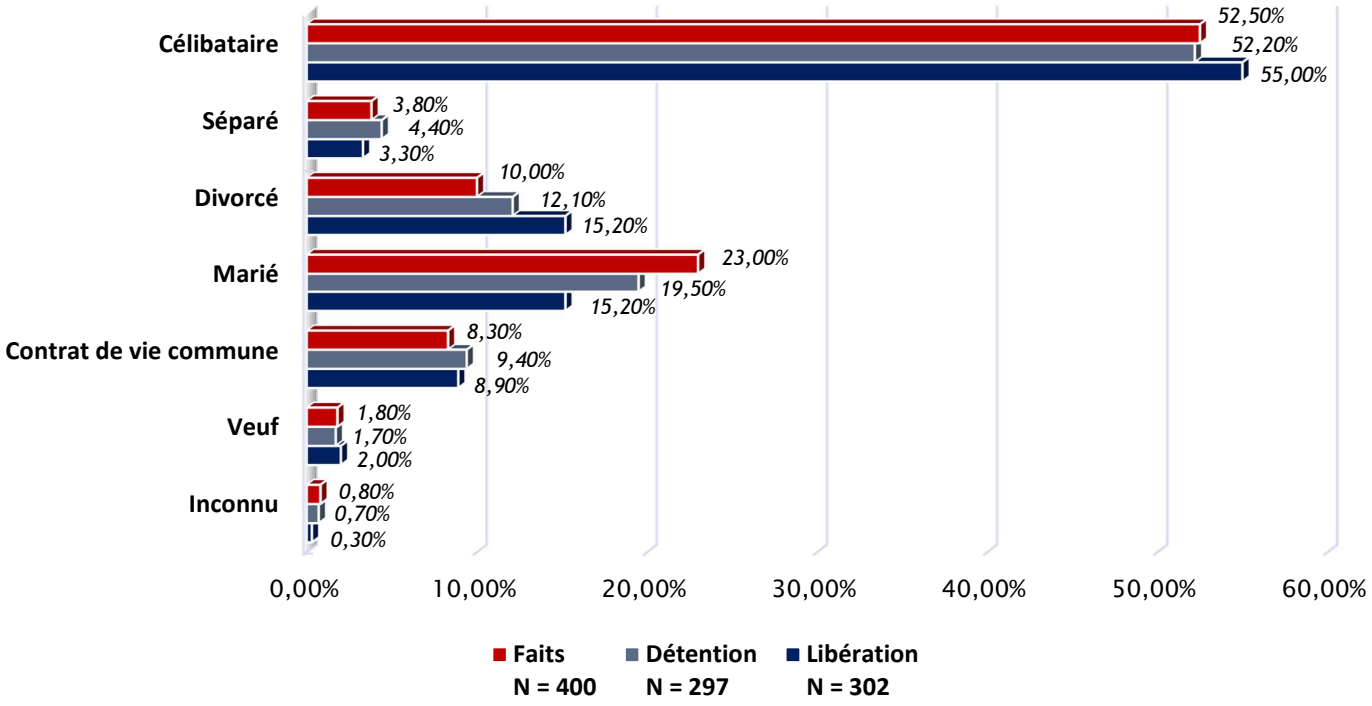
L'instrument d'évaluation en continu des AICS permet d'explorer les caractéristiques socio-environnementales, délictueuses, les aspects diagnostiques ainsi que celles relatives à la prise en charge de ces derniers. Ci-après, nous présentons l'état d'encodage de la base de données relative à ce projet 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.

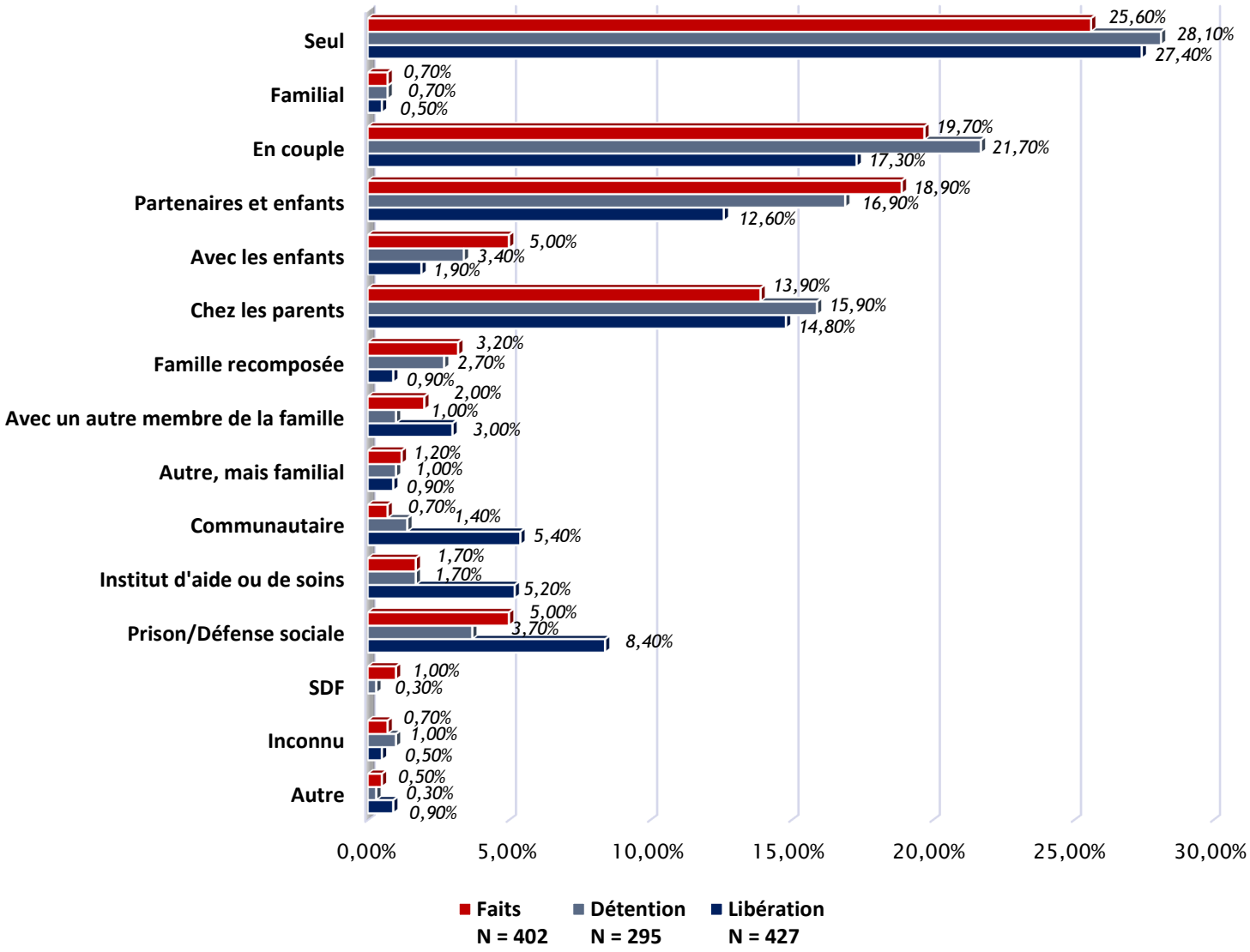
Tout d'abord, remarquons que l'échantillon est majoritairement constitué d'AICS présentant un état civil pouvant traduire une forme d'isolement social (célibataires, séparés, divorcés), que ce soit lors des faits (66,30%), pendant la détention (68,70%) ou à la libération (73,50%), modalités augmentant au cours des trois périodes. De plus, notons que plus de la moitié des AICS sont célibataires. A contrario, la proportion d'AICS mariés tend à diminuer au fil du temps (Fig.1).

Figure 1- Distribution des AICS selon l'état civil



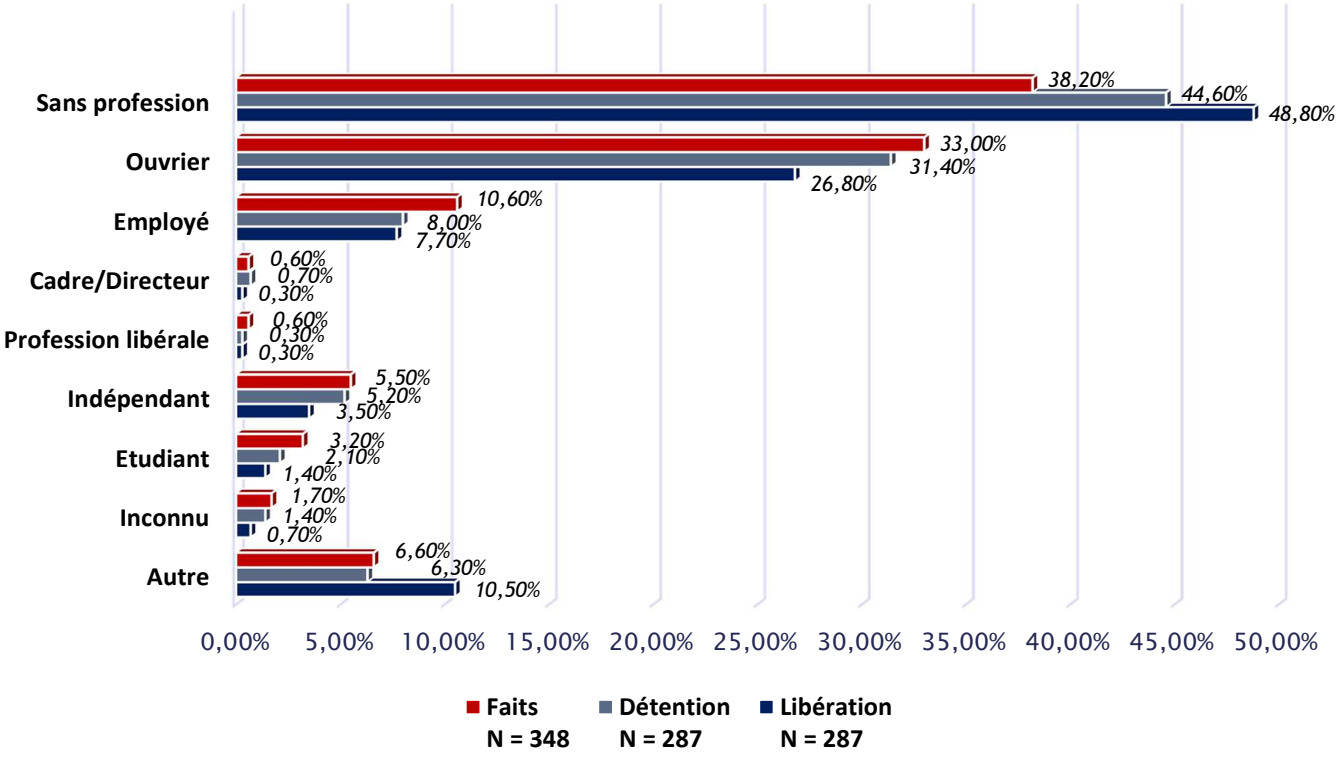
Au sein de cette population, 64,60% des AICS vivent selon un mode de vie de type familial au moment des faits (en couple, partenaires et enfants, avec les enfants, etc.). Suite aux faits, ce pourcentage tend à diminuer, notamment lors de la détention (63,30%) et, d'autant plus à la libération (49,20%), à l'exception du mode de vie familiale « Chez les parents ». 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 plus d'un quart de l'échantillon. Cette modalité augmente également entre le moment des faits et d'une part lors de la détention, d'autre part à la libération. Nous remarquons aussi que les modes de vie communautaire, institutionnalisé, 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 le domaine professionnel, les AICS sont majoritairement dans des situations d'inoccupation professionnelle ou exercent des professions faiblement rémunérées au cours des trois périodes. Effectivement, au moment des faits, le pourcentage d'AICS en situation de précarité professionnelle est de 71,20%, ce dernier augmentant au cours de la détention (76%) et également à la libération (75,60%), plus particulièrement pour l'absence de profession. De plus, le fait de commettre un délit 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 (Fig.3).

Figure 3 – Distribution des AICS selon la profession



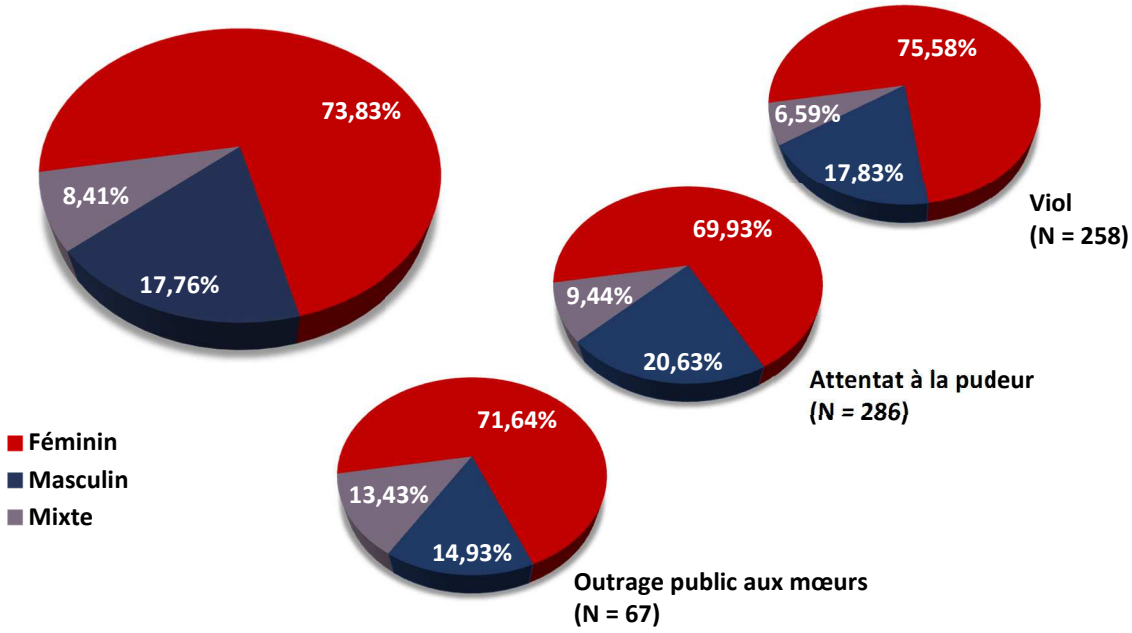
En résumé :

Les AICS ont un état civil principalement célibataire (52,50 à 55%) ou divorcé (10 à 15,20%), mais un mode de vie familiale au moment des faits (64,60%) ou seul (25,60 à 27,40%). Quant à la profession, les AICS exercent majoritairement le métier d'ouvrier lors des faits (33%) ou sont sans profession (38,20 à 48,80%). Cependant, l'état civil et les modes de vie plus isolés ainsi que l'inoccupation professionnelle augmentent entre les faits et la libération. Le fait de commettre des infractions à caractère sexuel semble donc jouer un rôle dans la précarisation et la désinsertion sociale et professionnelle des AICS.

Genre des victimes

À partir 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% et des victimes mixtes s'élèvent à 8,41% (N = 428). Selon le type de délit sexuel commis (viol, attentat à la pudeur et outrage public aux mœurs), une répartition similaire des AICS est également efficiente. 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)

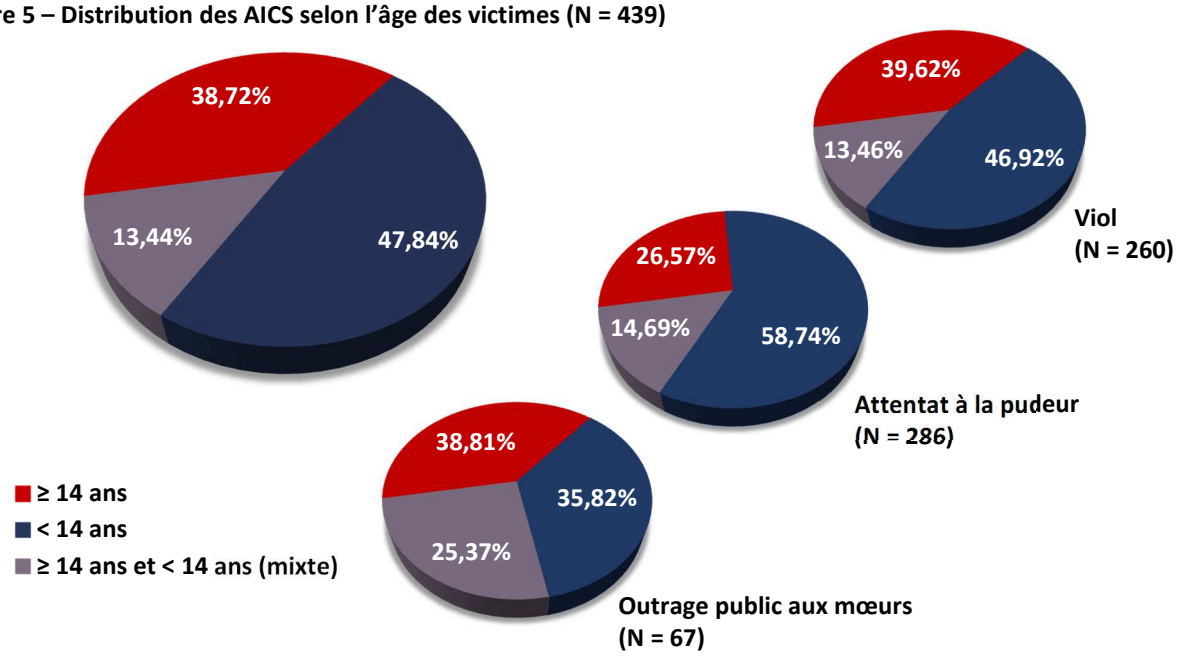


Âge des victimes

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, 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 aussi bien plus jeunes que plus âgées. Cette distribution se répercute 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 les victimes les plus jeunes est plus élevé (58,74%). De plus, lors d'outrage public aux mœurs, le nombre d'AICS victimisant des personnes de moins de 14 ans

et aussi des personnes de plus de 14 ans tend à s'équilibrer et le nombre d'AICS ayant des victimes d'âge mixte est plus important (25,37%) (Fig.5).

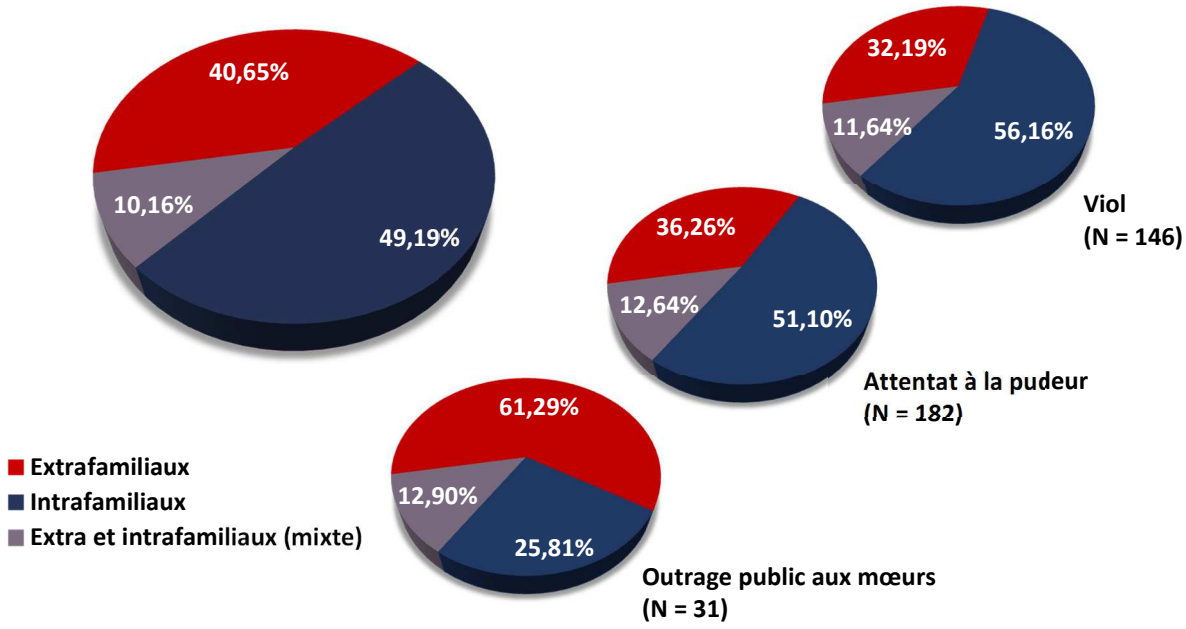
Figure 5 – Distribution des AICS selon l'âge des victimes (N = 439)



Lien avec les victimes

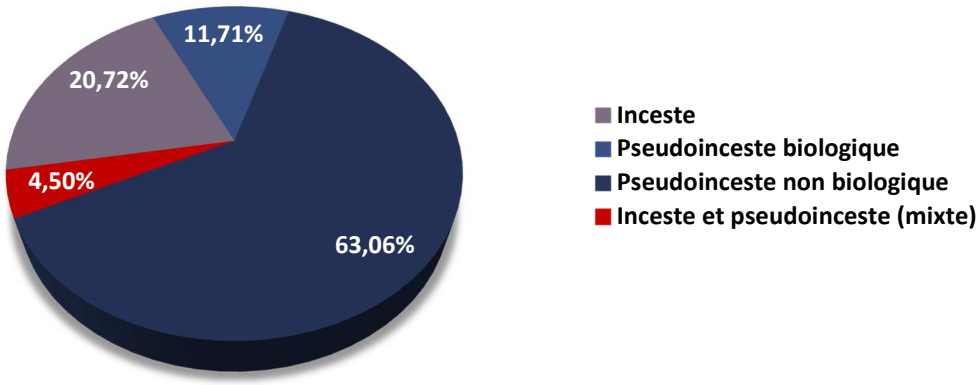
Enfin, nous nous sommes attachés à explorer la répartition des AICS en fonction du lien avec les victimes plus jeunes (moins de 14 ans). Les infractions sexuelles ont majoritairement lieu au sein du cercle familial (près de 50%). Cette distribution est également retrouvée pour les faits de viol, où le pourcentage d'abus intrafamiliaux atteint 56,16% et d'attentat à la pudeur atteint 51,10%. Par contre, dans le cas d'outrage public 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 majoritairement des pseudo incestes non biologiques (exemple : beau-père) (63,06%) et en moindre proportion biologiques (exemple : oncle, grand-père, cousin, etc.) (11,71%). Les incestes, correspondant aux infractions sexuelles commises par un parent biologique du premier degré, représentent, quant à eux, un cinquième des AICS intrafamiliaux de l'échantillon (Fig.7).

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

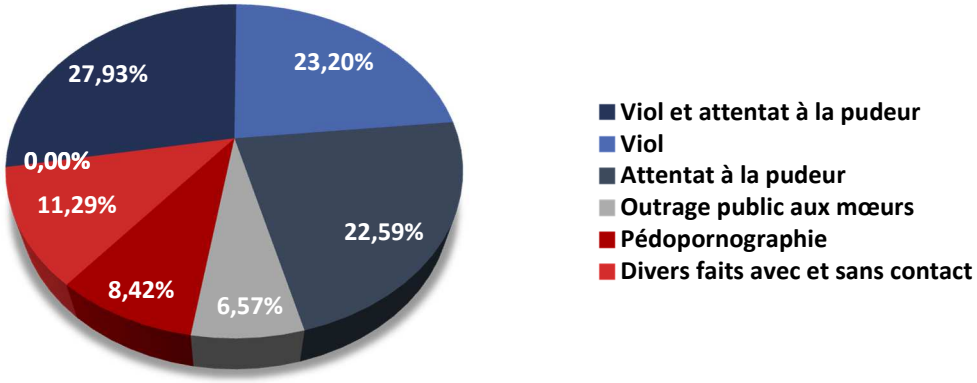


Infractions actuelles

Les AICS recensés au sein de l'échantillon commettent majoritairement trois types de délits : viol et attentat à la pudeur simultanément ; viols ; et attentat à la pudeur (73,72%). Ce qui signifie également, que près des ¾ de la cohorte commettent des délits sexuels avec contact. Parmi ces AICS en cours de suivi pour au moins une infraction sexuelle, 66,40% d'entre eux en sont à leur premier délit (primo-délinquants) et 71% d'entre eux présentent uniquement des délits sexuels au cours de leur parcours criminel (N = 479). De plus, nous remarquons que près de 40% des AICS ont tendance à commettre des délits sexuels 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 délits violents non sexuels dans 8,50% des cas et pour des délits non sexuels non violents dans 5,30% 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 de leurs victimes (Tab.1), remarquons que les cas de double infraction (attentat à la pudeur et viol) sont plus largement majoritaires chez les AICS agressant des victimes des deux sexes (χ^2= 13,99 ; 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 = 12,01 ; p = .00) ;
- Les AICS ayant des victimes de sexe masculin (Test exact de Fisher = 11,82 ; p = 00).

Cependant pour les faits de viol, la tendance inverse est observée (χ^2 = 14,52 ; 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 = 19,64 ; p = 00).

Pour les faits d'attentat à la pudeur (χ^2 = 8,26 ; p = .016), les AICS ayant des victimes de sexe masculin en commettent plus que :

- Les AICS ayant des victimes de sexe féminin (Test exact de Fisher = 5,43 ; p = .03) ;
- Les AICS ayant des victimes de 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	29,70%	25%	58,30%	**13,99****
Viol	28,80%	22,70%	0%	**14,52****
Attentat à la pudeur	23,70%	36,80%	13,90%	**8,26***
Outrage public aux mœurs	7,30%	1,30%	8,30%	3,96
Pédopornographie	3,80%	9,20%	0%	**6,06***
Divers faits avec et sans contact	10,10%	14,50%	19,40%	3,42

** p ≤ .05 ; ** p ≤ .01*

La catégorisation selon l'âge des victimes (Tab.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 (χ^2 = 21,29 ; p = .00) :

- AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 21,28 ; p = .00).

Inversement, les AICS agressant des personnes plus âgées commettent plus de viol que les (χ^2 = 37,60 ; p = .00) :

- AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 35,10 ; p = .00) ;
- AICS ayant des victimes d'âges mixtes (Test exact de Fisher = 9,80 ; p = .00).

Ces derniers ont aussi tendance à présenter moins de faits de nature sexuelle avec et sans contact que les (χ^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).

Également, dans ce cas de figure, les AICS ayant des victimes d'âges mixtes ont tendance à commettre davantage ces types de faits 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 (χ^2 = 11,29 ; p = .00) :

- 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	18,50%	40,50%	30,50%	**21,29****
Viol	41,30%	14,30%	18,60%	**37,60****
Attentat à la pudeur	23,20%	28,60%	18,60%	2,96
Outrage public aux mœurs	10,70%	2,40%	8,50%	**11,29****
Pédopornographie	2,40%	7,10%	8,50%	5,25
Divers faits avec et sans contact	6%	12,40%	23,70%	**13,97****

*** p ≤ .01*

Chez les AICS ayant des victimes plus jeunes (Tab.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 (χ^2 = 13,16 ; p = .00) :

- AICS intrafamiliaux (Test exact de Fisher = 9,16 ; p = .00) ;
- AICS ayant un lien mixte avec leurs victimes (Test exact de Fisher = 9,47 ; 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	24,20%	43,80%	56%	**13,16****
Viol	20,40%	20,70%	8%	2,27
Attentat à la pudeur	31,30%	24,80%	16%	2,77
Outrage public aux mœurs	8,10%	0,80%	0%	**9,16****
Pédopornographie	7,10%	5%	8%	0,59
Divers faits avec et sans contact	14,10%	8,30%	20%	3,58

*** p ≤ .01*

Concernant le lien avec les victimes intrafamiliales (Tab.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	54,20%	50%	45,10%	16,70%	2,84
Viol	20,80%	21,40%	21,10%	0%	1,58
Attentat à la pudeur	16,70%	21,40%	23,90%	50%	3,01
Pédopornographie	8,30%	7,10%	4,20	0%	1,05
Divers faits avec et sans contact	8,30%	0%	8,50%	33,30%	5,93

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

Concernant le genre des victimes, notons que, quel que soit le genre de victimes agressées, un taux relativement similaire d'AICS sont en traitement pour leur premier délit et commettent uniquement des infractions sexuelles au cours de leur parcours délictueux (Tab. 5).

Selon l'âge des victimes (Tab.5), la primo-délinquance est significativement plus présente chez les AICS ayant pour victimes les personnes les plus jeunes (< 14 ans) par rapport aux (χ^2 = 6,89 ; 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 (χ^2 = 15,75 ; p = .00) :

- AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 15,75 ; p = .00).

À propos du lien avec les victimes les plus jeunes (Tab.5), les AICS intrafamiliaux présentent un taux de primo-délinquance plus élevé que les (χ^2 = 33,94 ; p = .00) :

- AICS extrafamiliaux (Test exact de Fisher = 14,64 ; p = .00) ;
- AICS ayant un lien mixte avec leurs victimes (Test exact de Fisher = 31,71 ; 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 leurs victimes (Test exact de Fisher = 8,75 ; p = .00).

Il y a significativement plus de délits uniquement sexuels perpétrés par les AICS intrafamiliaux en comparaison aux (χ^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 = 7,55 ; p = .01).

Enfin, en tenant compte du lien avec les victimes intrafamiliales (Tab.5), les AICS diffèrent quant à la primo-délinquance (χ^2 = 9,29 ; p = .03). Effectivement, les AICS ayant un lien mixte avec leurs 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)

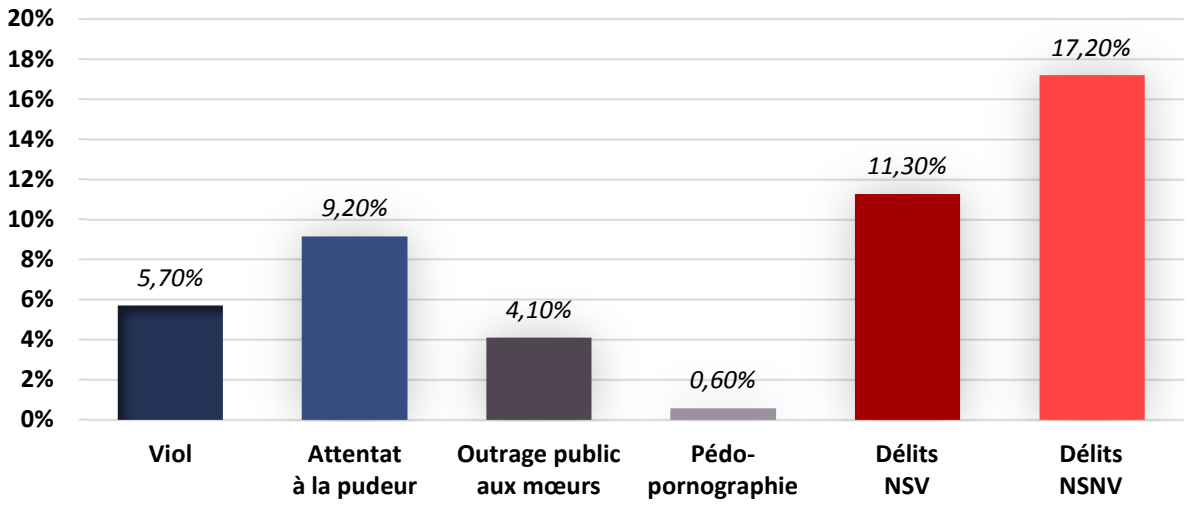
		N	Primo-délinq.	χ^2	Délinq. sex. exclusive	χ^2
Genre	**Féminin**	304	65,80%		67,40%	
	Masculin	71	62%	0,37	73,20%	1,83
	Mixte	34	64,0%		76,50%	
Âge	**≥ 14 ans**	159	59,70%		57,90%	
	< 14 ans	203	70,40%	**6,89***	77,30%	**15,75****
	Mixte	58	55,20%		67,20%	
Lien (< 14 ans)	**Extrafam.**	99	57,60%		59,60%	
	Intrafam.	118	81,40%	**33,94****	87,30%	**22,52****
	Mixte	22	22,70%		63,60%	
Lien intrafam.	**Inceste**	23	87%		91,30%	
	Pseudo inceste bio.	14	78,60%	**9,29***	85,70%	2,78
	Pseudo inceste non bio.	69	82,60%		88,40%	
	Mixte	6	33,30%		66,70%	

** p ≤ .05 ; ** p ≤ .01*

Antécédents judiciaires

Concernant les antécédents judiciaires, notons que 15,50% 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, dont les délits non sexuels non violents sont les plus représentés (exemple : vols) (Fig.9).

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



Ensuite, nous avons croisé les antécédents judiciaires des AICS et leurs profils délictueux.

Selon le genre des victimes (Tab.6), des différences intergroupes sont observées concernant les antécédents d'attentat à la pudeur (χ^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	5,50%	73	6,80%	11,10%	1,76
Attentat à la pudeur	307	6,80%	73	17,80%	11,10%	**8,73****
Outrage public aux mœurs	307	3,30%	73	2,70%	8,30%	2,58
Pédopornographie	307	0,30%	73	0%	0%	0,36
Délits NSV	308	13,30%	72	9,70%	11,10%	0,76
Délits NSNV	308	19,20%	72	13,90%	16,70%	1,14

*** p ≤ .01*

En tenant compte de la répartition selon l'âge des victimes (Tab.7), les AICS agressant des victimes de 14 ans ou plus présentent moins d'antécédents d'attentat à la pudeur par rapport aux (χ^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 ; 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 = 6,26 ; p = .02 et Test exact de Fisher = 4,13 ; 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	3,60%	7,40%	10,20%	3,87
Attentat à la pudeur	4,20%	12,80%	16,90%	**10,95****
Outrage public aux mœurs	3,60%	2,50%	10,20%	**7,19***
Pédopornographie	0,60%	0,50%	0%	0,35
Délits NSV	17%	8,40%	16,90%	**7***
Délits NSNV	23,60%	15,30%	13,60%	5,28

** p ≤ .05 ; ** p ≤ .01*

Pour le lien avec les victimes les plus jeunes (Tab.8), les AICS mixtes ont des taux significativement plus hauts de viol (χ^2 = 29,53 ; p = .00) et d'attentat à la pudeur (χ^2 = 22,78 ; 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 (χ^2 = 28,18 ; p = .00) :

- AICS extrafamiliaux (Test exact de Fisher = 26,29 ; p = .00) ;
- AICS ayant un lien mixte avec les victimes (Test exact de Fisher = 17,71 ; 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%	5,10%	37,50%	**29,53****
Attentat à la pudeur	11,20%	6,80%	41,70%	**22,79****
Outrage public aux mœurs	4,10%	1,70%	8,30%	2,98
Pédopornographie	1%	0%	0%	1,44
Délits NSV	13,30%	6,80%	12,50%	2,62
Délits NSNV	31,60%	5,10%	33,30%	**28,18****

*** p ≤ .01*

Pour terminer, concernant la répartition selon le lien avec les victimes intrafamiliales (Tab.9), l'analyse fait ressortir des différences significatives entre les groupes concernant les délits non sexuels violents (χ^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%	7,10%	6%	16,70%	2,98
Attentat à la pudeur	4,20%	7,10%	6%	33,30%	6,61
Outrage public aux mœurs	0%	7,10%	1,50%	16,70%	6,54
Délits NSV	4,20%	14,30%	4,50%	33,30%	**8,25***
Délits NSNV	8,30%	7,10%	6%	0%	0,60

** p ≤ .05*

En résumé :

Les AICS victimisent davantage des victimes femmes (69,93 à 75,58%), de moins de 14 ans (46,92 à 58,74%) et intrafamiliales (49,19 à 56,16%), dont des pseudo incestes non biologiques (63,06%). Ils ont autant de victimes plus jeunes (35,82%) que plus âgées (38,81%) et sont plus extrafamiliaux (61,29%) lors d'outrage public aux mœurs.

Quant aux infractions sexuelles pour lesquelles ils sont en traitement, ils commettent en majorité des délits sexuels avec contact, dont des faits de viol et/ou d'attentat à la pudeur. Les AICS ayant des victimes masculines et féminines commettent plus d'attentat à la pudeur et de viol conjoints (58,30%). Ceux ayant des victimes uniquement masculines tendent davantage à perpétrer des faits d'attentat à la pudeur (36,80%). Ceux ayant des victimes plus âgées recensent plus de viols (41,30%). De plus, les AICS ayant des victimes d'âges mixtes présentent plus de délits avec ou sans contact (23,70%). Enfin, les extrafamiliaux ont tendance à davantage perpétrer des faits d'outrage public aux mœurs (8,10%).

Aussi, 66,40% d'entre eux sont des primo-délinquants et 71% n'ont commis que des délits sexuels au cours de leur parcours criminel. À ce sujet, les AICS ayant des victimes de moins de 14 ans et intrafamiliales présentent de hauts taux de primo-délinquance (70,40% et 81,40%). Par contre, les incestueux et pseudoincestueux recensent le moins de primo-délinquants (33,30%). Quant à la délinquance sexuelle exclusive, les intrafamiliaux présentent le taux le plus élevé (85,70%).

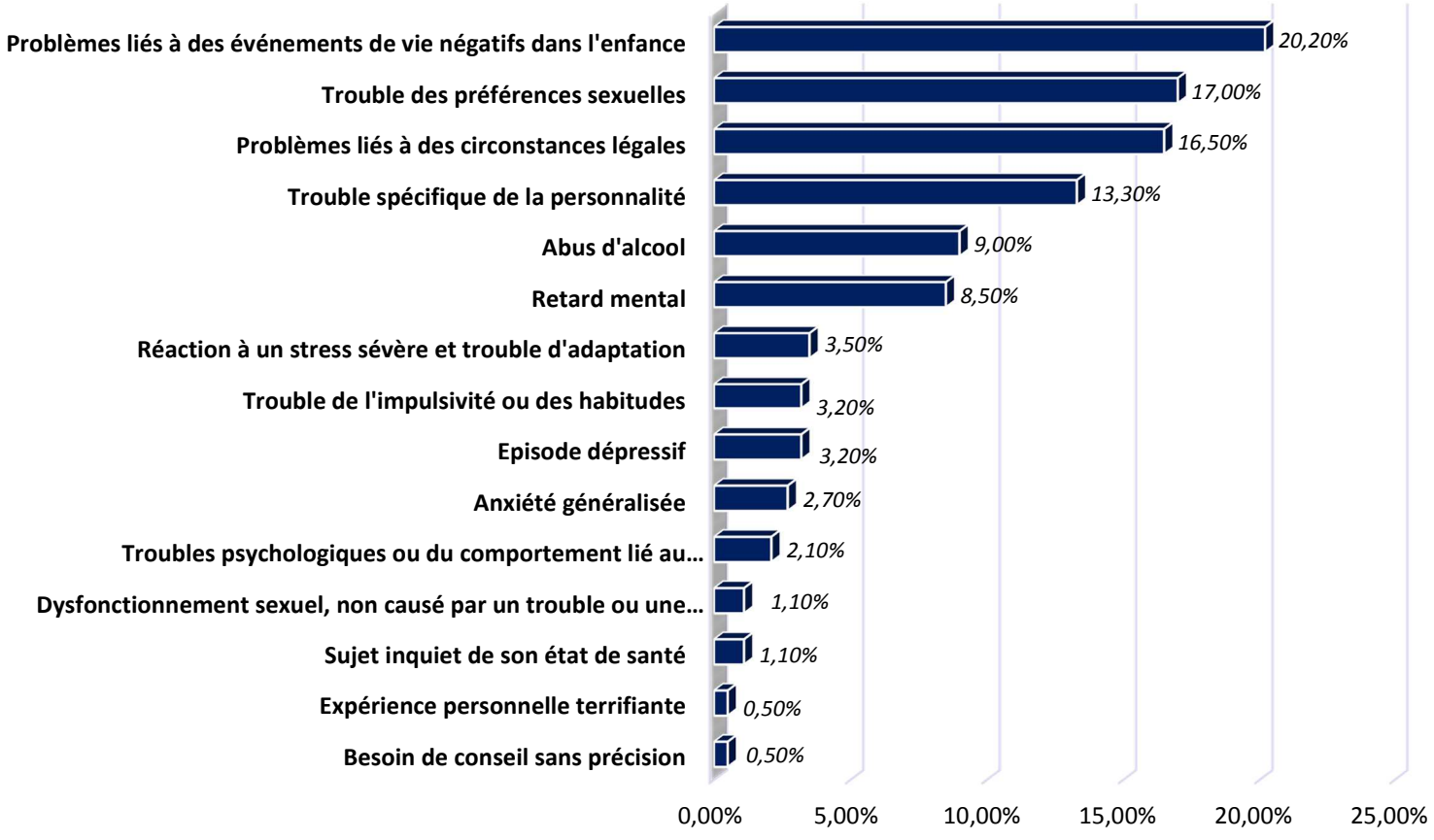
Pour terminer, 15,50% de la cohorte présentent des antécédents sexuels principalement pour des faits de viol (5,70%) et d'attentat à la pudeur (9,20%). Cependant, les AICS présentent majoritairement des antécédents pour délits violents non sexuels (11,30%) et non sexuels non violents (17,20%). Les AICS ayant des victimes masculines ont plus d'antécédents d'attentat à la pudeur (17,80%). Les AICS ayant des victimes de 14 ans ou plus ont des taux plus élevés d'antécédents violents non sexuels (17%) et non sexuels non violents (23,60%). Davantage d'antécédents d'outrage public aux mœurs sont répertoriés chez les AICS victimisant des personnes d'âges mixtes (10,20%). Aussi, les AICS victimisant des personnes internes ou externes à leur cercle familial présentent plus d'antécédents de type viol (37,50%) et d'attentat à la pudeur (41,70%). Mais les AICS intrafamiliaux ont plus d'antécédents non sexuels non violents et les AICS aussi bien incestueux que pseudo incestueux ont majoritairement des antécédents violents non sexuels dans leur parcours criminel (33,30%).

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 188 AICS. Cependant, pour les autres AICS, il n'est pas possible d'affirmer si l'absence de diagnostic relève de l'absence d'information concernant le diagnostic ou si les AICS ne présentent effectivement aucun diagnostic.

Les diagnostics principalement présentés par les AICS sont : les problèmes liés à des événements de vie négatifs durant l'enfance (20,20%), des troubles des préférences sexuelles (17%), des problèmes liés à des circonstances légales (16,50%), des troubles spécifiques de la personnalité (13,30%), l'abus d'alcool (9%) et la présence de retard mental (8,50%) (Fig.10).

Figure 10 – Principaux diagnostics des AICS en cours de traitement rapportées par les professionnels (N = 188)



Les données relatives aux diagnostics principaux des AICS, pour les six premiers, ont ensuite été croisées avec les profils délictueux présentés par les AICS.

Pour la répartition selon le genre des victimes (Tab.10), les AICS diffèrent uniquement concernant les troubles de préférences sexuelles. À ce sujet, les AICS ayant des victimes de deux sexes présentent significativement plus de troubles de ce type que les AICS ayant des victimes féminines (Test exact de Fisher = 5,15 ; p = .03).

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

	Féminin (N = 118)	Masculin (N = 25)	Mixte (N = 17)	χ^2
Problèmes liés à des événements de vie négatifs dans l'enfance	20,30%	32%	23,50%	1,62
Troubles des préférences sexuelles	13,60%	16%	35,30%	5,16
Problèmes liés à des circonstances légales	19,50%	16%	11,80%	0,69
Troubles spécifiques de la personnalité	14,40%	12%	0%	2,83
Abus d'alcool	9,30%	8%	5,90%	0,24
Retard mental	8,50%	4%	17,60%	2,40

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

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

	≥ 14 ans (N = 67)	< 14 ans (N = 75)	Mixte (N = 22)	χ^2
Problèmes liés à des événements de vie négatifs dans l'enfance	17,90%	29,30%	13,60%	3,80
Troubles des préférences sexuelles	10,40%	18,70%	22,70%	2,69
Problèmes liés à des circonstances légales	17,90%	16%	22,70%	0,53
Troubles spécifiques de la personnalité	13,40%	12%	13,60%	0,08
Abus d'alcool	9%	9,30%	9,10%	0,01
Retard mental	11,90%	6,70%	4,50%	1,78

Finalement, la répartition selon le lien avec les victimes les plus jeunes (< 14 ans) révèle des résultats similaires au tableau précédent (Tab.12).

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

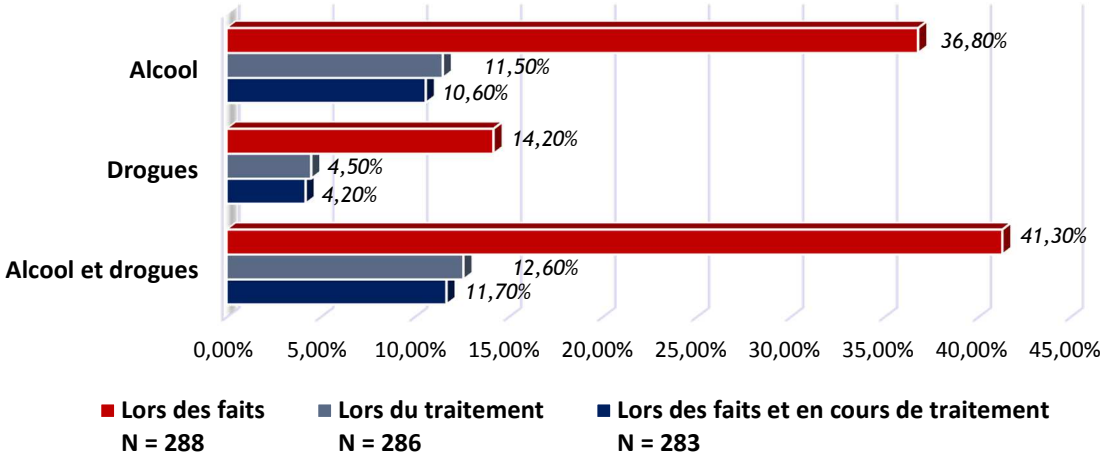
	Extrafam. (N = 25)	Intrafam. (N = 35)	Mixte (N = 10)	χ^2
Problèmes liés à des événements de vie négatifs dans l'enfance	28%	28,60%	30%	0,01
Troubles des préférences sexuelles	12%	17,10%	30%	1,63
Problèmes liés à des circonstances légales	8%	25,70%	10%	3,64
Troubles spécifiques de la personnalité	16%	5,70%	0%	3,06
Abus d'alcool	4%	14,30%	10%	1,71
Retard mental	12%	2,90%	7,10%	1,98

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, notons que les AICS étaient sous effet d'une substance lorsqu'ils ont commis une infraction à caractère sexuel dans 41,30% des cas, l'alcool étant majoritairement représenté (36,80%). La consommation de drogue est, quant à elle, moins effective (14,20%). Nous observons également une diminution des abus de substances, quelle que soit leur nature, entre les faits et la prise en charge. Il semble aussi que, quel que soit l'abus de substances (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 (Fig.11).

Figure 11 – Abus de substance (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 aussi 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 (Tab.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	179	45,80%	43	41,90%	23	56,50%	1,32
	Alcool	179	39,70%	43	41,90%	23	52,20%	1,32
	Drogue	179	16,80%	43	14%	23	8,70%	1,11
Traitement	Alcool et drogue	179	14%	42	14,30%	22	13,60%	0,01
	Alcool	179	12,80%	42	14,30%	22	9,10%	0,35
	Drogue	179	5%	42	7,10%	22	4,50%	0,33
Faits et traitement	Alcool et drogue	177	13%	41	12,20%	22	13,60%	0,03
	Alcool	177	11,90%	41	12,20%	22	9,10%	0,16
	Drogue	177	5,10%	41	4,90%	22	4,50%	0,01

Pour les AICS distingués selon l'âge des victimes (Tab.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 (χ^2 = 11,75 ; p = .00 et χ^2 = 10,47 ; p = .00) :

- AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 8,98 ; p = .00 et Test exact de Fisher = 8,43 ; p = .00) ;
- AICS ayant des victimes d'âges mixtes (Test exact de Fisher = 6,92 ; p = .01 et Test exact de Fisher = 5,44 ; p = .03).

Ces derniers consomment également plus de drogue au cours des faits que les AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (Test exact de Fisher = 6,30 ; p = .02).

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

		≥ 14 ans		< 14 ans		Mixte (N = 34)	χ^2
		N	%	N	%		
Faits	Alcool et drogue	101	58,40%	118	38,10%	32,40%	**11,75****
	Alcool	101	52,50%	118	33,10%	29,40%	**10,47****
	Drogue	101	23,80%	118	11%	8,80%	**8,08***
Traitement	Alcool et drogue	100	15%	117	15,40%	2,90%	3,78
	Alcool	100	14%	117	13,70%	2,90%	3,22
	Drogue	100	7%	117	5,10%	0%	2,53
Faits et traitement	Alcool et drogue	99	13,10%	115	12,20%	2,90%	2,79
	Alcool	99	7,10%	115	4,30%	0%	2,86
	Drogue	99	14,10%	115	13,90%	2,90%	3,29

* 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 (Tab.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	56	39,30%	68	47,10%	15	46,70%	0,81
	Alcool	56	35,70%	68	44,10%	15	46,70	1,12
	Drogues	56	12,50%	68	11,80	15	6,70%	0,40
Traitement	Alcool et drogue	57	8,80%	68	20,60%	14	14,30%	3,38
	Alcool	57	8,80%	68	19,10%	14	14,30%	2,69
	Drogues	57	1,80%	68	7,40%	14	0%	3,05
Faits et traitement	Alcool et drogue	56	7,10%	66	18,20%	14	14,30%	3,23
	Alcool	56	7,10%	66	16,70%	14	14,30%	2,56
	Drogues	56	1,80%	66	6,10%	14	0%	2,16

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 :

Malgré le fait que les informations diagnostiques soient moins renseignées pour les AICS, il apparaît que les plus représentés chez ces derniers sont : les problèmes liés à des événements de vie négatifs durant l'enfance (20,20%), des troubles des préférences sexuelles (17%), des problèmes liés à des circonstances légales (16,50%), des troubles spécifiques de la personnalité (13,30%), l'abus d'alcool (9%) et la présence de retard mental (8,50%). Aussi, concernant la problématique d'abus de substances plus spécifiquement étudiée, dans 41,30% des cas, les faits ont été commis sous l'effet d'une substance, majoritairement l'alcool (36,80%). Entre les faits et le traitement, l'usage de substances diminue de manière importante. Cependant, une proportion similaire des AICS semble continuer à présenter cette problématique, quel que soit la période et le produit consommé.

Sur base des profils délictueux, il apparaît principalement que les AICS victimisant des personnes des deux sexes présentent davantage de troubles des préférences sexuelles (35,17%). De plus, les AICS ayant des victimes de 14 ans ou plus ont tendance à davantage consommer au cours des faits (58,40%), que ce soit de l'alcool (52,50%) ou de la drogue (23,80%).

Modalités de prise en charge

Notre échantillon est suivi en moyenne sur une période de 2,95 ans (σ = 1,54 ; E = 0 – 7). 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 de leurs victimes (Tab.16). Effectivement les AICS ayant des victimes de 14 ans ou plus sont suivis significativement moins longtemps que les (H = 7,26 ; p = .03) :

- AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (U = 11316,50 ; p = .02) ;
- AICS ayant des victimes d'âges mixtes (U = 3053 ; p = .03).

Des différences sont également observées quant à la période de suivi pour les AICS selon leur lien avec leurs victimes (Tab.16). Les AICS ayant un lien mixte avec leurs victimes sont suivis lors d'une période significativement plus longue que les (H = 7,35 ; p = .02) :

- AICS ayant des victimes extrafamiliales (U = 583,50 ; p = .01) ;
- AICS ayant des victimes intrafamiliales (U = 745,50 ; p = .02).

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

		N	M	σ	E	H
Genre	**Féminin**	276	2,99	1,49	1 – 7	0,81
	Masculin	66	2,92	1,66	1 – 7	
	Mixte	28	3,25	1,82	1 – 7	
Âge	**≥ 14 ans**	143	2,71	1,42	1 – 7	**7,26***
	< 14 ans	186	3,13	1,62	1 – 7	
	Mixte	53	3,24	1,57	1 – 7	
Lien (< 14 ans)	**Extrafam.**	86	2,88	1,70	1 – 7	**7,35***
	Intrafam.	105	2,99	1,49	1 – 7	
	Mixte	21	4,14	2,06	1 – 7	
Lien intrafam.	**Inceste**	17	2,88	1,42	1 – 6	0,38
	Pseudo inceste bio.	11	3,09	2,12	1 – 7	
	Pseudo inceste non bio.	66	3,09	1,40	1 – 6	
	Mixte	6	3	1,67	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 et le nombre d'entretiens fixés par les équipes ainsi que ceux annulés et respectés par mois par les AICS pour chaque année de traitement (maximum 7). 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 8,81 mois par an (N = 433). De plus, près d'un rendez-vous par mois est fixé par les équipes auprès des AICS dans le cadre de leur prise en charge et ils respectent moins d'un entretien par mois. De plus, nous observons un taux relativement bas de rendez-vous annulés par ces derniers (Tab.17).

Tableau 17 – Modalités organisationnelles de prise en charge des AICS sur le parcours total (N = 433)

	M	σ	E
Nombre de mois de suivi par an	8,81	2,58	0,5 – 12
RDV fixés par mois	0,99	0,51	0 – 7,07
RDV respectés par mois	0,83	0,46	0 – 6,07
RDV annulés par mois	0,17	0,18	0 – 1,50

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

Pour le nombre de mois de suivi par an (Tab.18), l'analyse révèle peu de différences entre les groupes d'AICS concernant le nombre de mois de suivi par an sur le parcours total de prise en charge. Les AICS ayant un lien extrafamilial avec leurs victimes sont suivis sur un nombre de mois plus court que ceux ayant des victimes intrafamiliales ($U = 11683$; $p = .05$).

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	276	9,01	2,41	1 – 12	2,22
	Masculin	66	8,49	2,83	2 – 12	
	Mixte	28	8,52	2,56	2 – 12	
Âge	≥ 14 ans	143	8,70	2,58	1 – 12	1,64
	< 14 ans	186	8,84	2,55	1 – 12	
	Mixte	53	9,29	2,15	2 – 12	
Lien (< 14 ans)	Extrafam.	86	8,48	2,42	2 – 12	3,80
	Intrafam.	105	8,83	2,60	2 – 12	
	Mixte	21	9,31	2,62	1 – 12	
Lien intrafami.	Inceste	17	9,28	2,61	2 – 12	3,75
	Pseudo inceste bio.	11	9,43	3,12	2 – 12	
	Pseudo inceste non bio.	66	8,72	2,57	2 – 12	
	Mixte	6	8,16	2,60	3 – 10	

Concernant le nombre de rendez-vous fixés par mois (Tab.19), aucune différence n'est observée selon l'âge ou le lien agresseur-victime. 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	276	1	0,53	0 – 7,07	0,16
	Masculin	66	0,99	0,33	0,38 – 2,33	
	Mixte	28	0,97	0,44	0 – 2	
Âge	≥ 14 ans	143	0,99	0,64	0 – 7,07	0,86
	< 14 ans	186	1	0,39	0,11 – 2,42	
	Mixte	53	0,97	0,38	0 – 2,03	
Lien (< 14 ans)	Extrafam.	86	0,96	0,37	0 – 2,41	3,80
	Intrafam.	105	1	0,38	0,11 – 2,42	
	Mixte	21	0,87	0,43	0,31 – 2,33	
Lien intrafam.	Inceste	17	1,10	0,33	0,65 – 1,88	1,82
	Pseudo inceste bio.	11	1,03	0,25	0,59 – 1,50	
	Pseudo inceste non bio.	66	1,01	0,41	0,11 – 2,42	
	Mixte	6	0,92	0,23	0,72 – 1,33	

Concernant le nombre de rendez-vous respectés (Tab.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**	276	0,83	0,48	0 – 6,07	0,41
	Masculin	66	0,83	0,32	0,20 – 2,25	
	Mixte	28	0,83	0,29	0,33 – 1,49	
Âge	**≥ 14 ans**	143	0,83	0,58	0 – 6,07	0,86
	< 14 ans	186	0,83	0,35	0 – 2,28	
	Mixte	53	0,80	0,31	0,15 – 1,60	
Lien (< 14 ans)	**Extrafam.**	86	0,82	0,33	0 – 2,28	0,98
	Intrafam.	105	0,82	0,33	0 – 1,92	
	Mixte	21	0,79	0,42	0,31 – 2,25	
Lien intrafam.	**Inceste**	17	0,89	0,36	0,50 – 1,75	0,38
	Pseudo inceste bio.	11	0,86	0,30	0,50 – 1,50	
	Pseudo inceste non bio.	66	0,82	0,33	0 – 1,92	
	Mixte	6	0,82	0,15	0,67 – 1,02	

Enfin, concernant le nombre de rendez-vous annulés, malgré l'absence de différence intergroupe entre les AICS selon le lien avec leurs victimes, nous observons que les AICS ayant un lien mixte, à la fois intra- et extrafamilial, avec leurs victimes ont tendance à annuler moins de rendez-vous que :

- Les AICS ayant des victimes extrafamiliales ($U = 1542$; $p = .05$) ;
- Les AICS ayant des victimes intrafamiliales ($U = 1104{,}50$; $p = .03$).

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	276	0,17	0,18	0 – 1,50	0,03
	Masculin	66	0,17	0,15	0 – 0,67	
	Mixte	28	0,21	0,27	0 - 1	
Âge	≥ 14 ans	143	0,16	0,16	0 – 1	3,01
	< 14 ans	186	0,17	0,19	0 – 1,50	
	Mixte	53	0,20	0,18	0 - 1	
Lien (< 14 ans)	Extrafam.	86	0,16	0,18	0 – 1	3,55
	Intrafam.	105	0,18	0,22	0 – 1,50	
	Mixte	21	0,09	0,09	0 – 0,32	
Lien intrafam.	Inceste	17	0,21	0,20	0 – 0,58	1,70
	Pseudoinceste bio.	11	0,17	0,19	0 – 0,67	
	Pseudoinceste non bio.	66	0,19	0,25	0 – 1,50	
	Mixte	6	0,10	0,12	0 – 0,31	

Modalités de prise en charge par année de suivi

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

Quant au 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 traitement, 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. Ces marqueurs nous indiquent que la compliance thérapeutique des AICS tend à s'affaiblir au cours de la prise en charge.

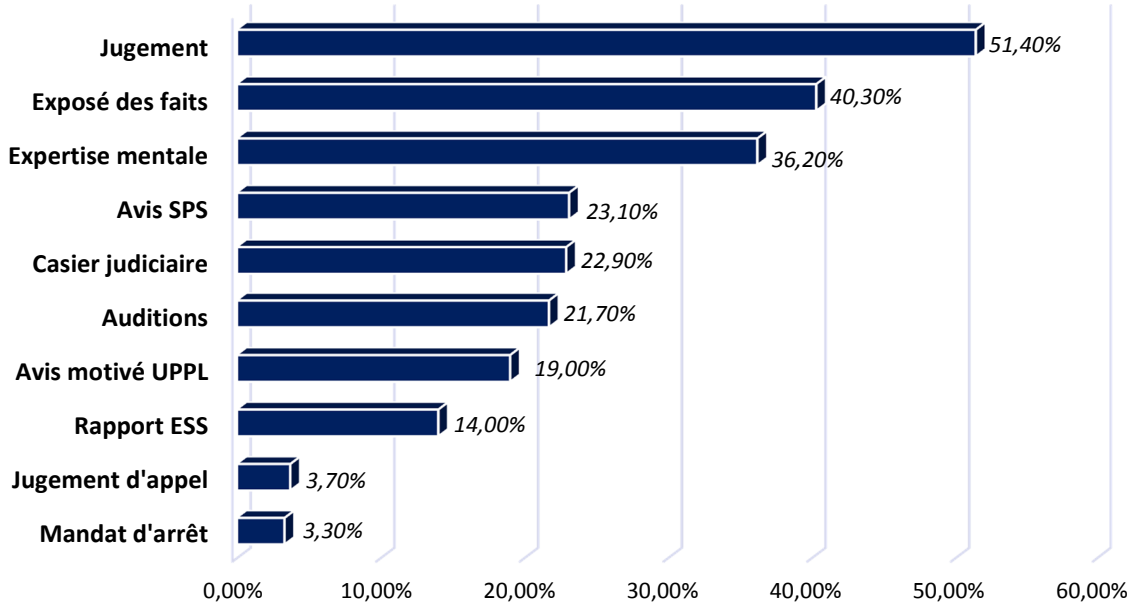
Tableau 22 – Modalités organisationnelles de prise en charge des AICS par année de traitement

		N	M	σ	E
Année 1	Nombre de mois de suivi	429	6,59	3,48	1 – 12
	RDV fixés par mois	429	1,06	0,63	0 – 6,91
	RDV respectés par mois	429	0,91	0,60	0 – 6,73
	RDV annulés par mois	429	0,16	0,24	0 – 1,50
Année 2	Nombre de mois de suivi	345	11,63	1,58	1 – 12
	RDV fixés par mois	345	1,03	0,79	0 – 13
	RDV respectés par mois	345	0,87	0,74	0 – 12
	RDV annulés par mois	345	0,16	0,20	0 – 1
Année 3	Nombre de mois de suivi	240	11,06	2,36	1 – 12
	RDV fixés par mois	240	0,95	0,48	0 – 3
	RDV respectés par mois	240	0,77	0,47	0 – 3
	RDV annulés par mois	240	0,18	0,20	0 – 0,92
Année 4	Nombre de mois de suivi	132	11,47	9,32	1 – 12
	RDV fixés par mois	131	0,97	0,53	0 – 4,08
	RDV respectés par mois	130	0,76	0,48	0 – 3,92
	RDV annulés par mois	130	0.22	0,27	0 – 1,27
Année 5	Nombre de mois de suivi	77	10,68	2,76	1 – 12
	RDV fixés par mois	77	0,93	0,32	0,20 – 2
	RDV respectés par mois	77	0,75	0,30	0 – 1,58
	RDV annulés par mois	77	0,18	0,21	0 – 1
Année 6	Nombre de mois de suivi	22	10,05	3,44	3 – 12
	RDV fixés par mois	22	0,90	0,39	0,25 – 1,67
	RDV respectés par mois	22	0,72	0,33	0,08 – 1,50
	RDV annulés par mois	22	0,18	0,18	0 – 0,50
Année 7	Nombre de mois de suivi	12	8,67	4,46	1 – 12
	RDV fixés par mois	12	0,96	0,52	0,33 – 2
	RDV respectés par mois	12	0,81	0,43	0,33 – 2
	RDV annulés par mois	12	0,15	0,29	0 – 1

Documents consultés

Pour finir, en moyenne, le nombre de documents consultés dans le cadre du suivi des AICS s'estime à 2,36 (σ = 1.9 ; E = 0 – 10) (N = 483). De surcroît, notons que les documents les plus fréquemment consultés sont : le jugement, l'exposé des faits et l'expertise mentale.

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



Pour terminer, le croisement de données avec le nombre de documents consultés par les professionnels 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 = 14666,50 ; 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	2,74
	Masculin	74	2,07	1,52	0 – 6	
	Mixte	35	2,69	1,83	0 – 6	
Âge	≥ 14 ans	163	2,16	1,94	0 – 10	5,40
	< 14 ans	206	2,56	1,97	0 – 10	
	Mixte	57	2,56	1,90	0 – 8	
Lien (< 14 ans)	Extrafam.	97	2,87	1,91	0 – 9	2,78
	Intrafam.	120	2,47	1,93	0 – 10	
	Mixte	25	2,88	2,28	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 de près de 3 ans (2,95 ans) intégrant le parcours intra-pénitencier ou après la libération. Ils sont suivis en moyenne 8,81 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). Plus de 2 documents sont consultés par les professionnels dans le cadre du suivi à savoir principalement le jugement (51,40%), l'exposé des faits (40,30%) et l'expertise mentale (36,20%).

L'analyse comparative révèle que les AICS suivis le plus longtemps sont ceux ayant les victimes les plus âgées (3,13 ans) ou d'âges mixtes (3,24 ans) ainsi que les intrafamiliaux et extrafamiliaux (4,14 ans) cependant très peu de variabilité est observée concernant les modalités pratiques plus spécifiques (nombre de mois de suivi, rendez-vous fixés, respectés ou annulés).

Discussion

L'objectif de la présente partie est d'actualiser les informations transmises par les ESS dans le cadre de l'évaluation en continu des AICS concernant leurs caractéristiques socio-environnementales, diagnostiques et délictueuses ainsi que celles portant sur les modalités de prise en charge.

Nos analyses révèlent que les AICS en Région wallonne vivent des situations socio-environnementales et professionnelles partiellement précaires, près de la moitié de l'échantillon est célibataire, 25,60 à 27,40% des AICS vivent seuls et 38,20 à 48,80% d'entre eux sont sans emploi. De plus cette précarisation sociale et professionnelle tend à perdurer au cours du temps voire à s'accentuer après la libération (Achã *et al.*, 2011 ; Lee *et al.*, 2010 ; Nicholaichuk *et al*., 2014). Les modes de vie familiaux diminuent de 64,60 à 49,20% entre les faits et la libération avec parallèlement une hausse des modes de vie communautaire, carcéral ou interné et institutionnel. Il en est de même pour le statut professionnel passant de 53,50 à 40,70%, tout corps de métier confondu avec une hausse de l'inactivité professionnelle. Bien qu'il n'existe pas, à notre connaissance, de recherches portant sur la précarisation sociale et professionnelle des AICS en tant que facteurs de risque, la littérature avance cependant 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). De plus, cette précarisation pose, également, question sur le rôle joué par l'étiquette « Délinquant sexuel » dans le parcours de réintégration des AICS. À cet effet, Willis, Levenson et Ward (2010) indiquent que les attitudes du public et les politiques mises en place en réponse à la délinquance sexuelle ont aussi un impact sur la qualité et les possibilités de réinsertion sociale.

Concernant les caractéristiques délictueuses, les nombres d'AICS primo-délinquants (66,40%) et n'ayant commis que des délits sexuels au cours de leur parcours criminel (71%) sont relativement importants et sont plus particulièrement marqués parmi les AICS ayant des victimes de moins de 14 ans (70,40% et 77,30%) et un lien intrafamilial avec elles (78,50 à 81,40% et 81,60 à 87,30%). À ce sujet, les AICS présentent majoritairement des victimes de sexe féminin (73,83 à 75,58%) et de moins de 14 ans (35,82 à 58,74%), quel que soit le type de délit sexuel. Le lien intrafamilial est davantage présent chez les AICS agressant des victimes

de moins de 14 ans (49,19 à 56,16%). Aussi, la grande majorité des AICS intrafamiliaux ont un lien de parenté pseudo incestueux non biologique avec leurs victimes (exemple : beaux-pères). Concernant les faits sexuels pour lesquels les AICS sont actuellement en cours de suivi près de 75% de l'échantillon a commis des faits avec contact et 40% pour des délits sexuels multiples au cours d'un même fait. Néanmoins, une plus faible proportion de délits violents ou non violents sont commis en même temps que l'infraction sexuelle (8,50% et 5,30%). De plus, un faible taux d'antécédents judiciaires est observé dont 15,50% d'antécédents sexuels (Harris & Hanson, 2004 ; Lussier, 2010 ; Tesson *et al.*, 2012). Les caractéristiques à risque, déterminées par la littérature, telles que le fait de présenter des victimes des deux sexes, des victimes d'âges mixtes et des victimes extrafamiliales plus jeunes ou plus âgées sont plus représentées dans les cas d'outrage public aux mœurs et des faits sexuels multiples (avec contact et/ou sans contact) (Hanson & Yates, 2013 ; Hanson *et al.*, 2003).

Les diagnostics principaux dont souffrent les AICS sont les problèmes liés à des événements de vie négatifs durant l'enfance (20,20%), les troubles des préférences sexuelles (17%), les problèmes liés à des circonstances légales (16,50%), les troubles spécifiques de la personnalité (13,30%), l'abus d'alcool (9%) et la présence de retard mental (8,50%). Par rapport à la littérature internationale, nos résultats semblent sous-estimer la prévalence des diagnostics chez les AICS (Chen *et al.*, 2016) mis à part pour les troubles des préférences sexuelles dont le taux est proche de celui recensé concernant les diagnostics de paraphilies évalués chez les AICS (20%) (Harris, 2011 ; Tesson *et al.*, 2012 ; Rotenberg, 2017 ; Vanderstukken *et al.*, 2014). De plus, une proportion importante des infractions sexuelles sont commises sous influence de substances (41,30%), dont l'alcool principalement et plus particulièrement chez les AICS extrafamiliaux. Une forte diminution de la consommation s'opère entre les faits et le traitement, néanmoins notons qu'une proportion similaire d'AICS consomme lors du traitement et au cours des deux périodes, indiquant une problématique alcoolique plus accrue et perdurant au cours du temps chez ce groupe. Sachant que l'intoxication à une substance représente l'un des facteurs de risque dynamiques, de par notamment son effet désinhibant (Cortoni, 2009 ; Hanson & Harris, 2000).

Enfin, les AICS en Région wallonne sont pris en charge au cours d'une période moyenne de 2,95 ans (intra et extrapénitentier) avec 8,81 mois de suivi par an et près d'un rendez-vous fixé par mois (0,99). Le nombre d'entretiens respectés par mois étant relativement proche du

nombre de rendez-vous fixés (0,83) et le nombre d'entretiens annulés faible (0,17). Les professionnels consultent également en moyenne 2,36 documents, dont principalement le jugement, l'exposé des faits et l'expertise mentale, dans le cadre du suivi. À la vue du faible corpus d'étude portant sur les modalités organisationnelles de prise en charge des AICS, nous ne pouvons comparer les résultats ici présents avec la littérature. En effet, il n'existe actuellement pas de consensus au sein de la littérature concernant les modalités organisationnelles de la prise en charge des AICS si ce n'est les recommandations relatives à l'adaptabilité du traitement selon les caractéristiques à risque des AICS pris en charge (IATSO, n.d.).

Le taux d'attrition important notamment concernant les variables diagnostiques est néanmoins à retenir. Effectivement, nous ne pouvons affirmer si les faibles taux de problématiques psychologiques et psychiatriques retrouvés chez les AICS en Région wallonne sont le résultat de l'absence effective de troubles ou si les équipes n'ont pas la possibilité de transmettre ou d'avoir accès à cette information. De plus, certaines variables restent inexplorées notamment concernant le statut professionnel. Effectivement, la profession dite « Autre » n'est pas davantage précisée bien qu'elle connaît une augmentation importante entre les faits et la libération (6,60 à 10,50%). Cela permettrait de contribuer à l'étude du parcours post-carcéral et la réinsertion sociale et professionnelle des AICS. Cependant, les résultats de cette recherche, de par son caractère longitudinal et stable, indiquent l'importance de l'étude des caractéristiques des AICS dans la compréhension de leur profil socio-environnemental, diagnostique, délictueux et soulignent leur apport auprès des équipes chargées de leur prise en charge autant sur le versant clinique que celui de l'évaluation et la gestion du risque de récidive, ouvrant également le champ d'exploration vers les facteurs protecteurs.

Taux de récidive d'AICS issus du système judiciaire belge francophone

Introduction

Alors que les décideurs légaux ou l'opinion publique perçoivent typiquement les AICS comme étant une population homogène avec un haut risque de récidive et une faible réhabilitation (Levenson, Brannon, Fortney, & Baker, 2007 ; Sample & Bray, 2006), les recherches empiriques internationales décrivent au contraire une population hétérogène variant considérablement quant à leurs comportements, leurs motivations et leur risque de récidive (Hanson, Harris, Helmus, & Thornton, 2014 ; Harris, Smallbone, Dennison, & Knight, 2009 ; Levenson *et al.*, 2007 ; Woodworth, Freimuth, Hutton, Carpenter, Agar, & Logan, 2013). Appréhender de manière précise les taux de récidive des AICS et identifier des sous-groupes d'AICS « plus à risque » est le souhait des décideurs, des professionnels, mais aussi de l'opinion publique. En effet, cela permettrait de proposer une meilleure prise en charge institutionnelle et clinique des personnes les plus à risque. Seules les études considérant les taux de récidive peuvent apporter ce genre de réponse. Ainsi, des études au sein de différents pays caractérisés par des systèmes ou procédures légales et judiciaires différentes ont évalué les taux de récidive des AICS.

Différentes études antérieures rapportent que les taux de récidive sexuelle, plus faibles que ceux communément attendus, varient de 10 à 15% (Hanson & Bussière, 1998, Hanson & Morton-Bourgon, 2005, Harris & Hanson, 2004, Soldino & Carbonell-Vayá). Néanmoins, les taux varient considérablement selon les paramètres considérés (types d'AICS, niveau de risque des AICS, période de suivi « follow up », etc.). Par exemple les méta-analyses de Hanson et Bussière (1998) ou de Hanson et Morton-Bourgon (2009) rapportent des taux variant de 3% (Boccaccini, Murrie, Caperton, & Hawes, 2009) à 35% (Knight & Thornton, 2007). Dernièrement, l'étude de Hanson et ses collaborateurs recense des études relatives aux taux de récidive et au niveau de risque évalué par la Statique-99R et la Statique-2002R. Sur l'ensemble des 23 études recensées considérant 8805 AICS, sur une période de follow-up de 8,50 ans (σ = 4,80), les auteurs évaluent 40,90% de récidive générale et 11,60% de récidive sexuelle. En considérant une période de follow-up fixe de 5 ans, comme font référence la plupart des outils d'évaluation du risque de récidive, ils observent 39% de récidive générale et 9,80% de récidive sexuelle (Hanson, Thornton, Helmus, & Babchishin, 2016). Fixer la période de follow-up à 5 ans permet aux auteurs de comparer les taux de récidive absolus, observés

aux taux de récidive prédits par les outils sur ces périodes de suivi (follow-up) de référence. Soulignons que les outils proposent des périodes de suivi de 5, 7 ou 10 ans. Une telle comparaison nécessite donc une étude prospective des taux de récidive au cours du temps sur des périodes les plus longues possibles. Et ce, par le fait que les études récentes relatives aux taux de récidive ou à l'estimation des taux de récidive, contrairement aux publications antérieures, soulignent que l'estimation des taux de récidive à long terme n'est pas la simple multiplication, par une constante, des taux de récidive à court terme (Wollert, & Cramer, 2012). En effet, différentes études soulignaient que les taux de récidive des AICS estimés à 15 ou 20 ans de libération étaient la multiplication par une constante des taux évalués à 5 ans (Hanson, 1997 ; Doren, 2008). Or les résultats d'études récentes indiquent bien qu'il n'y a pas de méthode absolue pour estimer les taux de récidive à long terme. Il semble donc nécessaire d'évaluer ces taux au cours de la période de libération pour pouvoir considérer des taux valides plutôt que de travailler sur des extrapolations (Helmus, Hanson, & Thornton, 2009).

La stratégie employée par certains auteurs est de développer une large base de données représentative et continue des taux de récidive (Mokros, Stadtland, Osterheider, & Nedopil, 2010).

L'objectif de la présente étude est d'évaluer les taux de récidive d'AICS libérés en Belgique francophone au cours de périodes de suivi les plus longues possibles, et de pouvoir également documenter les taux relatifs à une période de follow-up de 5 ans.

Méthodologie

Participants

La cohorte comprend 346 AICS ayant bénéficié d'un traitement ou d'une guidance au sein d'une ESS en 2001 et/ou 2002 ou ayant bénéficié d'un traitement entre 2009 et 2015.

En fonction des critères couramment employés au sein même de la revue de la littérature internationale, nous avons catégorisé les AICS :

- En fonction du type de libération (N = 340) :
  - Les AICS étant allés en fin de peine, mais ayant quand même consulté au moins une fois une ESS (FP = 35,90%) ;
  - Les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle (LC = 36,80%) ;
  - Les AICS ayant bénéficié d'une libération provisoire (LP = 18,50%) ;
  - Les AICS ayant bénéficié d'une libération à l'essai (LE = 3,80%) ;
  - Les AICS ayant bénéficié d'autres mesures de libération (congés pénitenciers, sursis, fin de détention préventive) (À = 5,80%).

- En fonction de l'âge de la victime (N = 334) :
  - Les AICS ayant des victimes âgées de 14 ans ou plus (22,80%) ;
  - Les AICS ayant uniquement des victimes âgées de moins de 14 ans (62%) ;
  - Les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans et des victimes âgées de 14 ans ou plus (15,30%).

- En fonction de l'âge de la victime et du lien entre la victime mineure et l'AICS (N = 329) :
  - Les AICS ayant uniquement des victimes âgées de 14 ans ou plus (23,10%) ;
  - Les AICS ayant uniquement des victimes âgées de moins de 14 ans issues de la sphère familiale de type pseudo-inceste (oncle, grand-père, beau-père, etc.) (AICS intrafamiliaux pseudo incestueux, 17%) ;
  - Les AICS ayant uniquement des victimes âgées de moins de 14 ans issues de la sphère familiale de type inceste (père, etc.) (AICS intrafamiliaux incestueux, 16,70%) ;

- Les AICS ayant uniquement des victimes âgées de moins de 14 ans issues de la sphère familiale de type pseudo inceste et inceste (AICS intrafamiliaux pseudo incestueux et incestueux, 4%) ;
- Les AICS ayant uniquement des victimes âgées de moins de 14 ans non issues de la sphère familiale (AICS extrafamiliaux, 13,40%) ;
- Les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans dont certaines sont issues de la sphère familiale et d'autres ne le sont pas (AICS intra et extrafamiliaux, 10,30%) ;
- Les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans et des victimes âgées de 14 ans ou plus (15,50%).

L'âge moyen de la cohorte (N = 346) est de 43,17 ans (σ = 11,70), les AICS ont entre 14,27 et 79,22 ans au moment de la libération.

Les groupes d'AICS catégorisés selon le type de libération ne diffèrent pas significativement quant à l'âge lors de la libération (F = 1,74, p = .14). Lorsque les AICS sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s), ils diffèrent significativement quant à l'âge auquel ils ont été libérés (F = 6,27, p = .00). Les AICS ayant des victimes âgées de 14 ans ou plus sont significativement plus jeunes que les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans (.01). Enfin, lorsque les AICS sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s) et le lien familial pour les victimes mineures, ils diffèrent significativement quant à l'âge de libération (F =3,57, p = .00). Les AICS ayant des victimes âgées de 14 ans ou plus sont significativement plus jeunes que les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans « intrafamiliales » de type inceste (p =.02) ou de type inceste et pseudo inceste (p = .03) ou encore intrafamiliales et extrafamiliales (p = .04) (Tab.24).

Les AICS ont une durée de libération (période allant de la libération à la récidive ou en cas de non-récidive à la date d'arrêt de la recherche, pouvant varier de 0 à 25,08 années, pour une durée moyenne de 9,60 années (σ = 5,75). Cette durée moyenne de la période de libération ne varie pas significativement en fonction du type de libération (F = 1,61, p = .17), ni en fonction du type d'AICS catégorisés selon le critère d'âge de la victime (F = 2,31, p = .10), ni en en fonction du type d'AICS catégorisés selon le critère âge de la victime et le lien familial avec les victimes mineures/AICS (F = 1,52, p = .17) (Tab.25).

Tableau 24 – Âge des AICS au moment de leur libération

		N	M	σ	Min.	Max.
Type de libération	Libération conditionnelle	125	42,78	10,91	14,27	72,04
	Fin de peine	122	44,58	11,44	21,09	79,22
	Libération à l'essai	13	41,06	12,10	27,09	67,15
	Libération provisoire	63	42,90	12,75	18,68	71,00
	Autre	15	36,88	11,21	18,29	61,43
Âge de la ou des victimes	14 ans ou plus	76	39,12	10,52	14,27	60,85
	Moins de 14 ans	205	44,56	11,41	18,68	72,01
	Moins de 14 ans & de 14 ans ou plus	50	43,38	12,90	18,29	79,22
Âge de la/des victime(s) et lien agresseur-victime(s)	14 ans ou plus	76	39,12	10,52	14,27	60,85
	Moins de 14 ans « extrafamiliales »	44	41,60	12,12	21,93	69,75
	Moins de 14 ans « intrafamiliales » de type pseudo-inceste	55	4384	11,54	22,43	71,00
	Moins de 14 ans « intrafamiliales » de type inceste	54	45,85	10,22	21,58	71,84
	14 ans « intrafamiliales » de type inceste & pseudo-inceste	13	49,99	7,17	37,60	60,91
	14 ans « intra & extrafamiliales »	34	46,44	11.,81	21,69	72,01
	Moins de 14 ans & de 14 ans ou plus	50	43,38	12,90	18,29	79,22

Tableau 25 - Durée moyenne (années) de la période de libération

		N	M	σ	Min.	Max.
Type libération (NS)	Libération conditionnelle	125	9,91	6,01	0,00	22,49
	Fin de peine	122	9,12	4,96	0,19	18,67
	Libération à l'essai	13	11,35	8,74	0,11	25,08
	Libération provisoire	63	10,56	5,72	0,99	18,86
	Autre	15	7,39	5,58	1,08	17,97
Âge de la/des victime(s) (NS)	14 ans ou plus	76	8,71	5,97	0,00	22,49
	Moins de 14 ans	205	10,08	5,65	0,10	25,08
	Moins de 14 ans & de 14 ans ou plus	50	8,66	5,32	0,19	17,88
Âge de la/des victime(s) et lien agresseur-victime(s) (NS)	14 ans ou plus	76	8,71	5,97	0,00	22,49
	Moins de 14 ans « extrafamiliales »	44	8,51	5,44	0,10	18,07
	Moins de 14 ans « intrafamiliales » de type pseudo-inceste	55	9,79	5,74	0,54	18,51
	Moins de 14 ans « intrafamiliales » de type inceste	54	11,01	5,73	0,57	24,64
	14 ans « intrafamiliales » de type inceste & pseudo-inceste	13	10,25	5,40	1,08	17,52
	14 ans « intra & extrafamiliales »	34	10,44	5,46	0,87	25,08
	Moins de 14 ans & de 14 ans ou plus	50	8,66	5,32	0,19	17,88

Analyses de données

Lors de la comparaison de moyennes, pour par exemple l'âge ou la durée de la période de libération, si les conditions de normalité de la cohorte ou des catégories d'AICS et la condition d'homogénéité des variances des catégories sont respectées, le test statistique employé est une ANOVA suivie des comparaisons Post Hoc de Bonferroni. Des transformations statistiques pourront être menées afin de respecter ces conditions. Néanmoins, si celles-ci ne sont pas respectées malgré les transformations, des tests non paramétriques seront appliqués (Kruskall-Wallis pour la comparaison de plus de deux groupes et un U de Mann-Whitney pour la comparaison de deux groupes). Lors de la comparaison de fréquences, par exemple du taux de récidive, des tests du Chi Deux (χ^2) seront menés.

Des analyses de courbes de survie permettent d'identifier des groupes d'AICS récidivant plus rapidement que les autres. Elles permettent donc de visualiser la temporalité de la récidive au cours de la période de libération. Seules les courbes de survie significatives seront rapportées.

Procédure

La population d'étude a été constituée à partir de deux bases de données relatives au projet en cours. Tout d'abord, nous avons de nouveau consulté les dossiers à la DGD des AICS pour lesquels nous avions déjà consulté leur dossier au Service des Cas Individuels et au casier judiciaire lors de la première phase de l'étude (cf. rapport d'activité 2008), puis nous avons repris les AICS recensés dans la seconde phase de la présente étude, c'est-à-dire les AICS suivis au sein d'une ESS entre 2009 et 2015. Seuls les dossiers pour lesquels les équipes ont transmis le nom du patient et sa date de naissance ont pu être consultés, et ce suivant une procédure d'anonymisation stricte. L'objectif de cette consultation de dossiers était de relever la date de libération de l'AICS, la date de récidive si celui-ci a récidivé, le type de récidive et pour certains, de compléter les informations relatives au parcours infractionnel lorsque les informations transmises par les équipes étaient incomplètes.

Quatre types de récidives ont été définis à partir de la situation pénale de condamnation définitive :

- La récidive générale (RG) correspondant à toute nouvelle condamnation, et ce, quelle que soit l'infraction commise ;

- La récidive sexuelle (RS) correspondant à toute nouvelle condamnation pour une infraction à caractère sexuel ;
- La récidive violente non sexuelle (RVNS), correspondant à toute nouvelle condamnation pour une infraction violente non sexuelle, par exemple, agression physique non sexuelle ;
- La récidive non violente non sexuelle (RNVNS) correspondant à toute nouvelle condamnation pour une infraction non violente non sexuelle, par exemple un vol simple.

Résultats

Taux de récidive

De manière générale, 25,14% des AICS recensés dans l'étude récidivent. Nous observons 12,72% de récidive sexuelle, 4,62% de récidive violente non sexuelle et 11,27% de récidive non violente non sexuelle (Tab.26).

Lorsque les AICS sont répartis selon le type de libération, les taux de récidive générale et sexuelle évalués sur la période totale de libération varient significativement entre les groupes. En effet, les AICS ayant bénéficié d'une libération de type « Autre » présentent des taux de récidive générale et sexuelle significativement plus élevés que :

- Les AICS qui sont allés en fin de peine (RG : Test exact de Fisher = 9,08, p = .01 ; RS : Test exact de Fisher = 9,08, p = .01) ;
- Les AICS ayant bénéficié d'une libération provisoire (RG : Test exact de Fisher = 13,17, p = .00 ; RS : Test exact de Fisher = 13,17, p = .00).
- Les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle (RG : Test exact de Fisher = 8,97, p = .01 ; RS : Test exact de Fisher = 8,00, p = .01).

Lorsqu'ils sont catégorisés selon l'âge de leurs victimes, sur la même période d'observation des taux de récidive, seuls les taux de récidive sexuelle varient significativement entre les groupes. Les AICS ayant des victimes âgées de 14 ans ou plus présentent des taux de récidive sexuelle significativement plus faibles que les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans et des victimes âgées de 14 ans ou plus (Test exact de Fisher = 6,40, p = .02). Les taux de récidive sexuelle varient également significativement entre les groupes d'AICS lorsqu'ils sont répartis selon le type de victime, et ce sur un critère d'âge et de lien agresseur victime. Les AICS ayant des victimes âgées de 14 ans ou plus présentent des taux de récidive sexuelle significativement moins élevés que :

- Les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans dans la sphère extrafamiliale (Test exact de Fisher = 9,93, p = .00) ;
- Les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans dans la sphère extrafamiliale et intrafamiliale (Test exact de Fisher = 6,13, p = .03) ;
- Les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans et des victimes âgées de 14 ans ou plus (Test exact de Fisher = 6,40, p = .02).

De plus, les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans dans la sphère extrafamiliale présentent des taux de récidive sexuelle plus élevés que les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans issues de la sphère intrafamiliale avec une relation de type incestueuse (Test exact de Fisher = 5,98, p = .02). Le même résultat s'observe lorsqu'ils sont comparés aux AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans issues de la sphère intrafamiliale avec une relation de type incestueuse et pseudo incestueuse (Test exact de Fisher = 4,03, p = .05) ou uniquement incestueuse (Test exact de Fisher = 4,74, p = .05), mais ce à la limite de la significativité statistique.

Nous n'observons aucune différence significative quant aux taux de récidive violente non sexuelle et non violente non sexuelle, et ce quel que soit le critère de catégorisation des AICS considéré. De plus, aucune différence significative n'est observée lorsque nous limitons la période d'observation des taux de récidive à 5 ans maximum après la libération, et ce quel que soit le type de récidive observé.

Tableau 26 – Taux de récidive (%) des AICS

		RG	RS	RVNS	RNVNS
Période de libération totale	Total	25,14	12,72	4,62	11,27
Au cours des 5 premières années de libération	(N = 346)	17,92	6,65	4,34	9,83
Période de libération totale	Libération conditionnelle (N = 125)	**24,00**	**10,40**	5,60	10,40
	Fin de peine (N = 122)	**23,77**	**13,11**	4,10	12,30
	Libération à l'essai (N = 13)	**30,77**	**7,69**	7,69	15,38
	Libération provisoire (N = 58)	**15,87**	**7,94**	1,59	7,94
	Autre (N = 14)	**58,82**	**35,29**	11,76	17,65
	χ^2	**13,72**	**10,35**	3,84	1,85
	p	**.01**	**.04**	.43	.76
Au cours des 5 premières années de libération	Libération conditionnelle (N = 125)	17,60	4,80	5,60	9,60
	Fin de peine (N = 122)	16,39	7,38	3,28	9,84
	Libération à l'essai (N = 13)	23,08	0,00	7,69	15,38
	Libération provisoire (N = 63)	12,70	4,76	1,59	7,94
	Autre (N = 17)	29,41	11,76	11,76	11,76
	χ^2	3,08	2,78	4,49	0,79
	p	.55	.60	.34	.94
Période de libération totale	14 ans ou plus (N = 76)	23,68	**5,26**	3,95	15,79
	Moins de 14 ans (N = 207)	23,67	**13,04**	5,31	9,66
	Moins de 14 ans & de 14 ans ou plus (N = 51)	31,37	**19,61**	1,96	11,76
	χ^2	1,37	**6,13**	1,14	2,08
	p	.50	**.05**	.57	.35
Au cours des 5 premières années de libération	14 ans ou plus (N = 76)	21,05	3,95	3,95	14,47
	Moins de 14 ans (N = 207)	14,98	5,31	4,83	8,21
	Moins de 14 ans & de 14 ans ou plus (N = 51)	21,57	11,76	1,96	9,80
	χ^2	2,17	3,75	0,85	2,45
	p	.34	.15	.65	.29
Période de libération totale	14 ans ou plus (N = 76)	23,68	**5,26**	3,95	15,79
	Moins de 14 ans « extrafamiliales » (N = 44)	34,09	**25,00**	6,82	9,09
	Moins de 14 ans « intrafamiliales » de type pseudo inceste (N = 56)	19,64	**8,93**	3,57	10,71
	Moins de 14 ans « intrafamiliales » de type inceste (N = 57)	20,00	**7,27**	3,64	10,91
	14 ans « intrafamiliales » de type inceste & pseudo inceste (N = 13)	15,38	**0,00**	7,69	7,69
	14 ans « intra & extrafamiliales » (N = 34)	26,47	**20,59**	5,88	5,88
	Moins de 14 ans & de 14 ans ou plus (N = 51)	31,37	**19,61**	1,96	11,76
	χ^2	5,40	**18,25**	2,10	2,96
	p	.49	**.01**	.91	.81
Au cours des 5 premières années de libération	14 ans ou plus (N = 76)	21,05	3,95	3,95	14,47
	Moins de 14 ans « extrafamiliales » (N = 44)	20,45	11,36	6,82	6,82
	Moins de 14 ans « intrafamiliales » de type pseudo inceste (N = 56)	16,07	5,36	3,57	10,71
	Moins de 14 ans « intrafamiliales » de type inceste (N = 57)	14,55	3,64	3,64	9,09
	14 ans « intrafamiliales » de type inceste & pseudo inceste (N = 13)	15,38	0,00	7,69	7,69
	14 ans « intra & extrafamiliales » (N = 34)	5,88	2,94	2,94	2,94
	Moins de 14 ans & de 14 ans ou plus (N = 51)	21,57	11,76	1,96	9,80
	χ^2	5,18	7,70	2,09	4,31
	p	.52	.26	.91	.64

Courbes de survie

Les comparaisons des courbes de survie (Fig.13) soulignent que les AICS, récidivant plus rapidement de manière générale, sont les AICS ayant bénéficié d'une mesure de libération de type « Autre », suivis de ceux ayant été libérés à l'essai, puis de ceux étant allés en fin de peine et ceux ayant bénéficié d'une libération conditionnelle pour enfin retrouver les AICS ayant bénéficié d'une libération provisoire. En ce qui concerne la récidive sexuelle (Fig.14), nous observons que les AICS bénéficiant d'une mesure de type « Autre » récidivent plus rapidement que les AICS bénéficiant d'une libération à l'essai qui récidivent eux-mêmes plus rapidement que les trois autres groupes (ibération conditionnelle et provisoire ainsi que la fin de peine). Les courbes de survie de la récidive relatives aux AICS catégorisés selon l'âge des victimes et leur lien avec celles-ci soulignent, en ce qui concerne la récidive sexuelle, que les AICS, ayant des victimes âgées de moins de 14 ans dans la sphère extrafamiliale et les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans et des victimes âgées de 14 ans ou plus, récidivent plus rapidement que les autres groupes d'AICS.

Figure 13 - Courbe de survie relative à la récidive générale

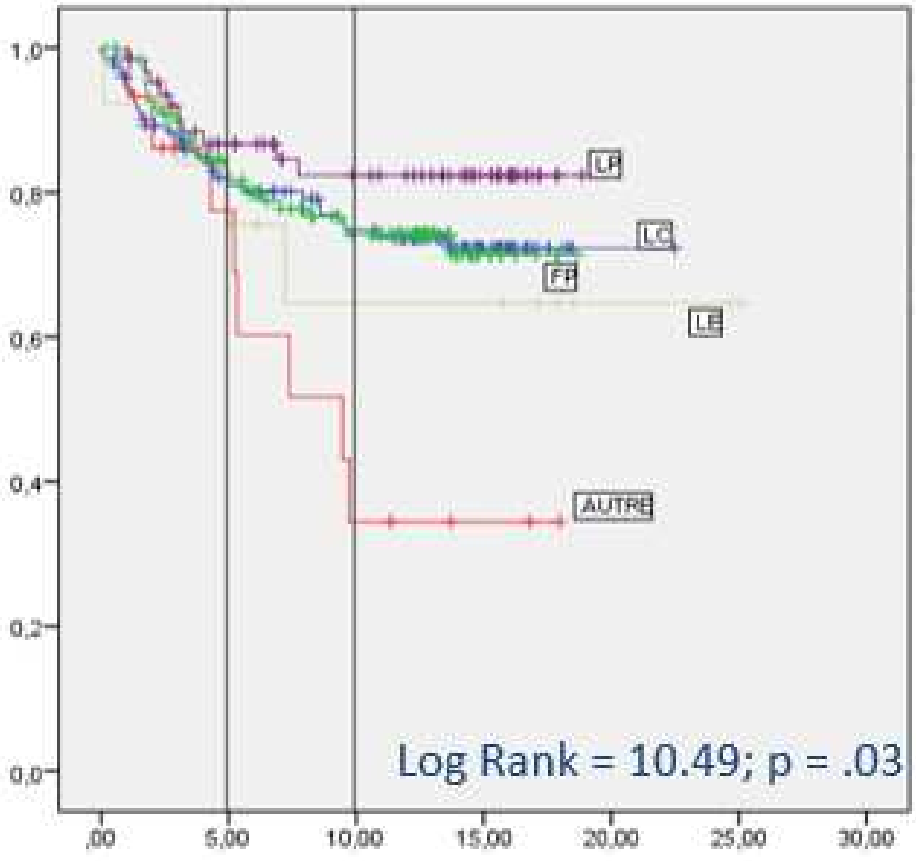
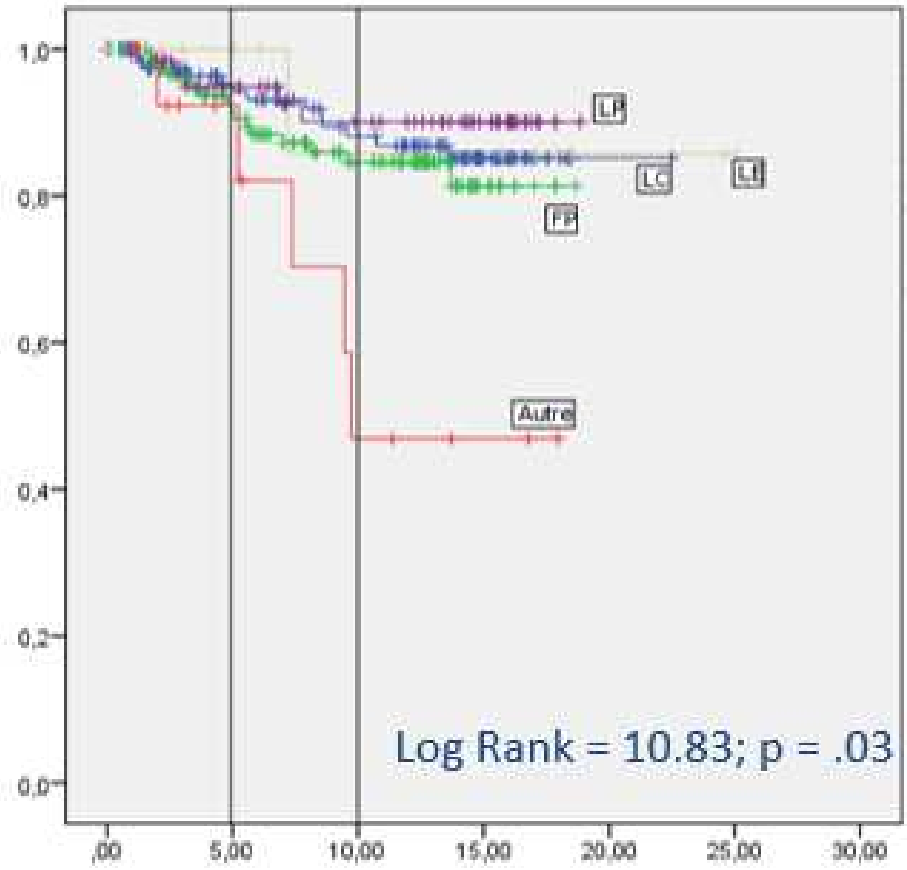
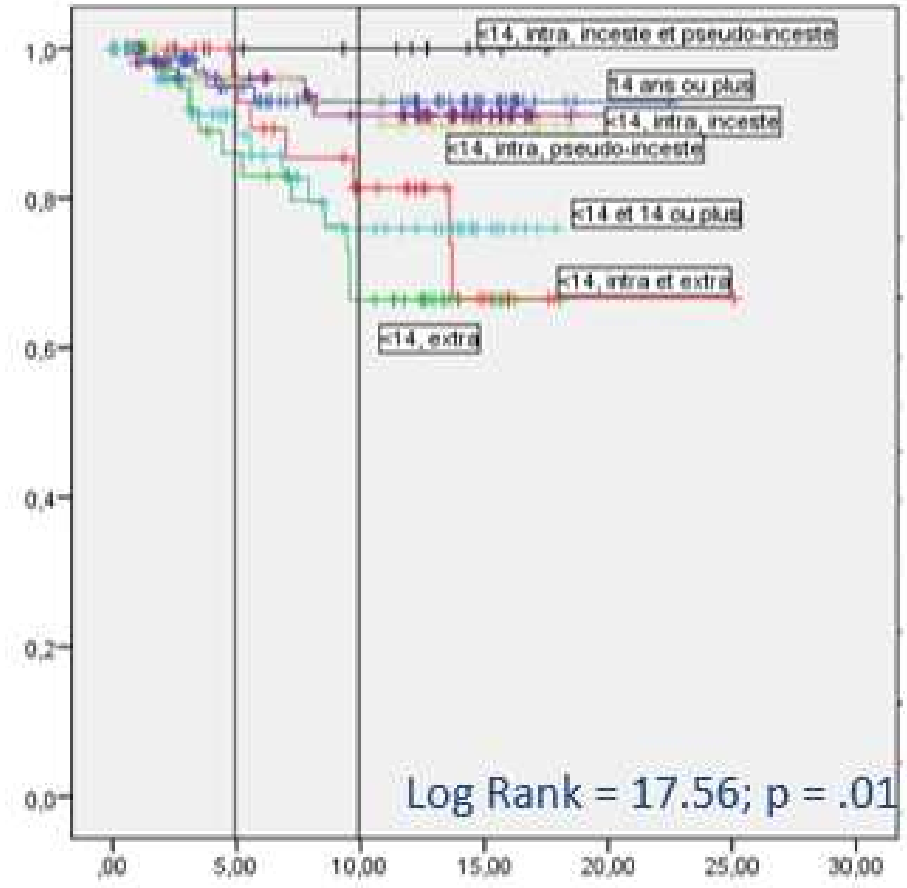


Figure 14 - Courbes de survie relative à la récidive sexuelle





Discussion

L'objectif de la présente étude était d'évaluer les taux de récidive des AICS suivis au sein du système judiciaire belge francophone ayant eu un contact avec une ESS, et ce sur une période de libération la plus longue possible.

L'analyse des taux de récidive au cours d'une période maximale de 5 ans de libération rapporte que 17,92% des AICS recensés dans l'étude récidivent de manière générale au cours de cette période. Nous observons 6,65% de récidive sexuelle, 4,34% de récidive violente non sexuelle et 9,83% de récidive non violente non sexuelle. Sur cette période d'observation, les taux de récidive ainsi que la rapidité de récidive ne varient pas entre les groupes d'AICS qu'ils soient catégorisés selon le type de libération dont ils ont bénéficié, selon l'âge de leurs victimes ou selon l'âge de leurs victimes et le lien agresseur victime.

En ce qui concerne les mêmes analyses sur une période de libération plus longue, c'est-à-dire environ 10 ans, nous observons 25,14% de récidive générale, 12,72% de récidive sexuelle, 4,62% de récidive violente non sexuelle et 11,27% de récidive non violente non sexuelle. Lorsque nous approfondissons l'analyse de ces taux, nous observons que certains AICS récidivent plus et plus rapidement que d'autres. En effet, les AICS ayant bénéficié d'une libération de type « Autre » tel que du sursis ou de la probation présentent des taux de récidives générale et sexuelle significativement plus élevés comparativement aux mesures de type conditionnel, provisoire ou fin de peine. La récidive est également plus rapide pour cette mesure de type « Autre ». Les autres mesures telles que la libération conditionnelle, provisoire ou à l'essai ainsi que la fin de peine ne diffèrent pas quant aux taux de récidive. Néanmoins, les AICS ayant bénéficié d'une libération à l'essai récidivent plus rapidement que ceux ayant bénéficié d'une mesure de fin de peine, conditionnelle ou provisoire. La libération provisoire fait état d'AICS qui récidivent moins rapidement. Lorsque les AICS sont catégorisés selon l'âge des victimes, il s'avère que les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans et les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans et de 14 ans ou plus récidivent plus que les AICS ayant des victimes âgées de 14 ans ou plus. Notons que les types d'AICS catégorisés selon l'âge des victimes ne diffèrent pas quant à la rapidité à laquelle ils récidivent au cours de la période de libération. Pour ce qui est de la catégorisation des AICS selon l'âge de leur victime ainsi que le lien agresseur-victime, les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans dans la sphère

extrafamiliale, ceux ayant des victimes dans la sphère extrafamiliale et intrafamiliale et ceux ayant des victimes âgées de moins de 14 ans ainsi que des victimes âgées des 14 ans ou plus récidivent sexuellement plus fréquemment que les AICS ayant des victimes âgées de 14 ans ou plus. De plus, les taux de récidive sexuelle sont plus élevés chez les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans dans la sphère extrafamiliale comparativement à ceux ayant leurs victimes dans la sphère intrafamiliale et notamment les relations de type inceste. Les courbes de survie rapportent des états de récidive plus rapides pour les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans dans la sphère extrafamiliale ainsi que ceux ayant des victimes âgées de moins de 14 ans et de 14 ans et plus comparativement aux autres catégories d'AICS.

Il importe, dans un premier temps, de mentionner que des différences relatives aux taux de récidive et à la vitesse de récidive entre les AICS s'avèrent significatives lorsque la période de libération considérée dépasse les 5 ans. La littérature internationale rapporte souvent des périodes de suivi de 5 ans, excepté les études relatives aux taux de récidive en fonction du niveau de risque évalué par des outils statiques d'évaluation du risque de récidive.

Pour conclure sur cette partie, un rappel de la littérature internationale et notamment la dernière méta-analyse d'Hanson et ses collaborateurs (2016) rapportent des taux de récidive générale et sexuelle, respectivement de 39% et de 9,80% sur une période de suivi de 5 ans et des taux de 40,90% et 11,60% sur une période de 8,50 ans. Notons que les taux rapportés dans la méta-analyse, effectuée à partir de 23 études, et notamment de 8805 AICS, sont supérieurs exceptés pour la récidive sexuelle relative à une période de suivi de 8,50 ans qui est plus courte que la présente étude. Il semble important de souligner que la période de suivi est plus courte et que le niveau de risque moyen des AICS considérés n'est peut-être pas comparable.

Ce qui semble primordial à retenir est que même si les taux de récidive sont encourageants par rapport à ceux obtenus au sein de la littérature internationale, les taux sont plus élevés et plus rapides sur des périodes de libération plus longues que 5 ans pour certains types d'AICS. Au plus nous augmentons la période de libération au cours de l'étude, au plus nous identifions des profils d'AICS récidivant plus et plus rapidement au-delà des 5 ans de libération. L'objectif est donc d'affiner les caractéristiques des AICS récidivistes afin de les identifier plus rapidement au sein du système santé-justice, et ce afin de leur proposer une prise en charge

institutionnelle et de soins la plus adéquate eu égard à leurs besoins. Pour ce faire, il semble essentiel de développer ce type d'étude d'évaluation des taux de récidive sur des périodes de suivi plus longues en intégrant des variables qualitatives comme celles reprises dans l'instrument d'évaluation mis en place dans le présent projet.

Validation des outils statiques d'évaluation du risque de récidive des AICS

Introduction

L'évaluation du risque des délinquants et plus particulièrement du risque de violence joue depuis plusieurs années un rôle important au sein du système judiciaire. En ce qui concerne la Belgique francophone, les instruments d'évaluation du risque sont utilisés dans plus de la moitié des situations d'évaluations (Pham *et al*., 2016). Certains instruments s'avèrent être davantage utilisés et jugés comme étant plus utiles. Notons que cette utilisation et cette utilité perçue sont principalement focalisées sur l'évaluation du risque de récidive plutôt que sur la prise en charge. Nous observons une évolution des pratiques quant à l'évaluation et supportons une utilisation à venir de ces instruments dans le cadre de la gestion et de la prise en charge des délinquants. Notons néanmoins qu'au sein du système judiciaire belge, même si des missions évaluatives du risque de récidive ou d'orientation en traitement sont demandées aux professionnels, aucune de ces demandes n'impose l'utilisation d'un instrument, le praticien viendrait soutenir son jugement clinique à l'aide d'évaluations standardisées. De manière générale, au niveau international, 50 à 70% des cliniciens utilisent une mesure d'évaluation de risque de récidive lors de leur évaluation (Singh *et al.*, 2014 ; Viljoen, McLachlan, & Vincent, 2010). L'utilisation de ces instruments présente 4 objectifs : l'identification de facteurs saillants de risque chez un individu ; l'identification d'un niveau de risque estimé à partir du niveau de risque évalué ; une aide quant à l'identification de stratégies de prise en charge afin de diminuer ou gérer le risque ; et une aide quant à la communication du risque (Mills, 2017 ; Mills, Kroner, & Morgan, 2011).

Ces outils d'évaluation du risque de récidive venaient, dans les années 90, répondre aux limites soulignées dans les travaux de Monahan concernant la précision hasardeuse du jugement clinique non structuré de la part des professionnels concernant le risque de récidive de certains délinquants. Ainsi différents types d'instruments ont été développés afin de prédire le risque de récidive de différents types de délinquants. Nous retrouverons des instruments d'évaluation du risque de récidive statiques tels que la VRAG (Violence Risk Appraisal Guide ; Harris, Rice, & Quinsey, 1993), la SORAG (Sex Offenders Risk Appraisal Guide ; Quinsey, Rice, & Harris, 1995), la Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999), des instruments de jugements cliniques structurés tels que la HCR-20 (Historical Clinical Risk 20 Items, Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997), la SVR-20 (Sexual Violence Risk-20 Items, Boer,

Hart, Kropp, & Webster, 1997) ou la RSVP (Risk for Sexual Violence Protocol, Hart, Kropp, Laws, Klaver, Logan, & Watt, 2003) et pour finir des instruments dynamiques tels que la Stable et l'Acute 2007 (Hanson, Harris, Scott, & Helmus, 2007).

Une attention particulière est orientée dans le présent article sur les instruments statiques d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels et soulignons que ces instruments sont encore en évolution : la Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999) a donné lieu par après à une version révisée : la Statique-99R (Hanson & Thornton, 2002) ; la BARR-2002R (Brief Assessment of Recidivism Risk ; Babchishin, Hanson, & Blais, 2013) a émergé pour évaluer le risque de récidive avec violence chez les agresseurs sexuels, la VRAG (Harris, Rice, & Quinsey, 1993) et la SORAG (Quinsey *et al.,* 1995) ont été révisées et ont donné lieu à la VRAG-R (Rice, Harris, & Lang, 2013).

Méthodologie

Les parties relatives aux participants ainsi que la procédure sont similaires à celles reprises dans la partie précédente relative aux taux de récidive, néanmoins les effectifs varient. En effet, l'ensemble des AICS repris dans la partie précédente n'ont pas pu être évalués aux outils d'évaluation du risque de récidive au vu du manque d'informations dans les dossiers judiciaires.

Participants

La cohorte comprend 320 AICS ayant bénéficié d'un traitement ou d'une guidance au sein d'une ESS en 2001 et/ou 2002 ou ayant bénéficié d'un traitement entre 2009 et 2015.

En fonction des critères couramment employés au sein même de la revue de la littérature internationale, nous avons catégorisé les AICS :

- En fonction du type de libération (N = 313) :
  - Les AICS étant allés en fin de peine, mais ayant quand même consulté au moins une fois une ESS (FP = 36,10%) ;
  - Les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle (LC = 39,30%) ;
  - Les AICS ayant bénéficié d'une libération provisoire (LP = 17,89%) ;
  - Les AICS ayant bénéficié d'une libération à l'essai (LE = 3,19%) ;
  - Les AICS ayant bénéficié d'autres mesures de libération (congés pénitenciers, sursis, fin de détention préventive) (A = 3,51%).

- En fonction de l'âge de la victime (N = 312):
  - Les AICS ayant des victimes âgées de 14 ans ou plus (23,40%) ;
  - Les AICS ayant uniquement des victimes âgées de moins de 14 ans (60,58%) ;
  - Les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans et des victimes âgées de 14 ans ou plus (16,03%).

- En fonction de l'âge de la victime et du lien entre la victime mineure et l'AICS (N = 311) :
  - Les AICS ayant uniquement des victimes âgées de 14 ans ou plus (23,47%) ;

- Les AICS ayant uniquement des victimes âgées de moins de 14 ans issues de la sphère familiale de type pseudo-inceste (oncle, grand-père, beau-père, etc.) (AICS intrafamiliaux pseudo incestueux, 17,36%) ;
- Les AICS ayant uniquement des victimes âgées de moins de 14 ans issues de la sphère familiale de type inceste (père, etc.) (AICS intrafamiliaux incestueux, 16,08%) ;
- Les AICS ayant uniquement des victimes âgées de moins de 14 ans issues de la sphère familiale de type pseudo inceste et inceste (AICS intrafamiliaux pseudo incestueux et incestueux, 3,86%) ;
- Les AICS ayant uniquement des victimes âgées de moins de 14 ans non issues de la sphère familiale (AICS extrafamiliaux, 13,18%) ;
- Les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans dont certaines sont issues de la sphère familiale et d'autres ne le sont pas (AICS intra et extrafamiliaux, 9,97%) ;
- Les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans et des victimes âgées de 14 ans ou plus (16,08%).

L'âge moyen de la cohorte (N = 316) est de 43,01 ans (σ = 11,68), les AICS ont entre 14,27 et 79,22 ans au moment de la libération. Les groupes d'AICS catégorisés selon le type de libération ne diffèrent pas significativement quant à l'âge lors de la libération (F = 2,90, p = .02). Lorsque les AICS sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s), ils diffèrent significativement quant à l'âge auquel ils ont été libérés (F = 6,04, p = .00). Les AICS ayant des victimes âgées de 14 ans ou plus sont significativement plus jeunes que les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans (.00). Enfin, lorsque les AICS sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s) et le lien familial pour les victimes mineures, ils diffèrent significativement quant à l'âge de libération (F = 3,10, p = .01). Les AICS ayant des victimes âgées de 14 ans ou plus sont significativement plus jeunes que les AICS ayant des victimes âgées de moins de 14 ans « intrafamiliales » de type inceste (p = .03) (Tab.27).

Les AICS ont une durée de libération (période allant de la libération à la récidive ou en cas de non-récidive à la date d'arrêt de la recherche, pouvant varier de 0 à 22,49 années, pour une durée moyenne de 9,13 années (σ = 5,59). Cette durée moyenne de la période de libération varie significativement en fonction du type de libération (F = 2,53, p = .04), les AICS libérés en

conditionnelle ont une période de suivi qui tend à être plus longue que les AICS ayant une libération de type « Autre ». Par contre les périodes de libération ne varient pas significativement en fonction du type d'AICS catégorisés selon le critère d'âge de la victime (F = 1,33, p = .27), ni en en fonction du type d'AICS catégorisés selon le critère d'âge de la victime et le lien familial avec les victimes mineures/AICS (F = 9,45, p = .46) (Tab.28).

Tableau 27 – Âge des AICS au moment de leur libération

		N	M	σ	Min.	Max.
Type de libération	Libération conditionnelle	123	42,64	10,96	14,27	72,04
	Fin de peine	113	44,37	11,60	21,09	79,22
	Libération à l'essai	10	38,42	12,02	27,09	67,15
	Libération provisoire	56	43,33	12,15	21,93	71,00
	Autre	10	32,68	9,18	18,29	45,50
Âge de la ou des victimes	14 ans ou plus	73	39,01	10,62	14,27	60,85
	Moins de 14 ans	188	44,50	11,37	21,58	72,01
	Moins de 14 ans & de 14 ans ou plus	49	43,39	13,03	18,29	79,22
Âge de la/des victime(s) et lien agresseur-victime(s)	14 ans ou plus	73	39,01	10,62	14,27	60,85
	Moins de 14 ans « extrafamiliales »	41	41,36	12,10	21,93	69,75
	Moins de 14 ans « intrafamiliales » de type pseudo inceste	53	43,83	11,75	22,43	71,00
	Moins de 14 ans « intrafamiliales » de type inceste	50	45,81	10,54	21,58	71,84
	14 ans « intrafamiliales » de type inceste & pseudo inceste	12	49,82	7,46	37,60	60,91
	14 ans « intra & extrafamiliales »	31	45,24	11,67	21,69	72,01
	Moins de 14 ans & de 14 ans ou plus	49	43,39	13,03	18,29	79,22

Tableau 28 - Durée moyenne (années) de la période de libération

		N	M	σ	Min.	Max.
Type libération (NS)	Libération conditionnelle	123	9,88	6,03	0,00	22,49
	Fin de peine	113	8,68	4,80	0,19	17,84
	Libération à l'essai	10	7,80	6,64	0,11	18,51
	Libération provisoire	56	9,90	5,68	0,99	17,88
	Autre	10	5,00	4,13	1,08	13,70
Âge de la/des victime(s) (NS)	14 ans ou plus	73	8,56	5,97	0,00	22,49
	Moins de 14 ans	188	9,61	5,47	0,10	18,51
	Moins de 14 ans & de 14 ans ou plus	49	8,54	5,30	0,19	17,88
Âge de la/des victime(s) et lien agresseur-victime(s) (NS)	14 ans ou plus	73	8,56	5,97	0,00	22,49
	Moins de 14 ans « extrafamiliales »	41	8,50	5,60	0,10	18,07
	Moins de 14 ans « intrafamiliales » de type pseudo-inceste	53	9,68	5,74	0,54	18,51
	Moins de 14 ans « intrafamiliales » de type inceste	50	10,48	5,49	0,57	18,48
	14 ans « intrafamiliales » de type inceste & pseudo-inceste	12	9,79	5,38	1,08	17,52
	14 ans « intra & extrafamiliales »	31	9,67	4,86	0,87	17,84
	Moins de 14 ans & de 14 ans ou plus	49	8,54	5,30	0,19	17,88

Instruments

La Statique-99R (Hanson & Thornton, 1999, 2002 ; Harris, Phenix, Hanson, & Thornton, 2003)

La Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999) est un outil d'évaluation du risque de récidive des AICS élaboré à partir de la SACJ-Min (Jugement Clinique Ancré et Structuré ; Thornton & Grubin, 1998) et de l'ERRRS (Évaluation Rapide du Risque de Récidive Sexuelle ; Hanson, 1998). L'ERRRS et la SACJ-Min présentent des similitudes, mais ne sont pas identiques. Les deux échelles apportent une variance unique aux équations de régression lorsque les scores totaux sont utilisés pour prévoir la récidive sexuelle. La Statique-99 est la combinaison de ces deux outils, car il était présagé que la qualité prédictive de cette combinaison soit supérieure à celle de chaque échelle initiale, prise séparément.

La Statique-99 évalue le risque de récidive sexuelle auprès de sujets masculins adultes étant ou ayant été condamnés pour au moins une infraction sexuelle à l'égard d'enfants ou d'adultes non consentants. Cet outil ne peut être utilisé auprès de sujets mineurs (< 18 ans) au moment de l'évaluation ni auprès de personnes condamnées pour faits uniques de prostitution, de proxénétisme, d'outrage à la pudeur (comme des relations sexuelles avec

adultes consentants en public) ou de possession de documents obscènes. Dans un souci de clarté des items et de précision dans les règles de cotation, les auteurs ont révisé la Statique-99 afin de publier la Statique-99R. Cet outil est donc constitué de 10 items, la cotation permet d'établir un score à l'outil (de -3 à 12) et de référer la personne au sein d'une catégorie de risque (Harris *et al*., 2003)

Les accords interjuges relatifs à la Statique-99, qui est pourtant une échelle rapide et facile à évaluer, sont variables. Si certaines études mentionnent des accords interjuges très élevés (Bartosch, Garby, Lewis, et Gray, 2003 ; Hanson, 2005 ; Harris *et al*., 2003 ; Sjostedt & Långstrom, 2001), d'autres rapportent des accords plus faibles (De Vogel, De Ruiter, Van Beek, & Mead, 2004 (IC = .61) ; Ducro & Pham, (2006), r = .64 et IC = .77). Cette situation peut s'expliquer par le fait que les informations contenues dans les dossiers (relatives par exemple aux antécédents criminels ou aux délits juvéniles) ne sont pas toujours complètes ni répertoriées de manière univoque. Les qualités psychométriques de ce type d'instrument dépendent de la qualité des informations ainsi que de la manière dont elles sont rapportées dans les dossiers.

Lors de la création de la Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999), la validation a été développée à partir de quatre institutions : deux établissements psychiatriques fermés et deux prisons. Les auteurs ont observé une bonne qualité prédictive pour la récidive sexuelle (r = .33, AUC = .72) et pour la récidive violente (r = .32, AUC = .71), y compris la récidive sexuelle violente. Des études ultérieures utilisant la Statique-99 ou la Statique-99R ont confirmé la bonne qualité prédictive de la récidive sexuelle avec des aires sous la courbe variant de .70 à .76 (Barbaree, Seto, Langton, & Peacock, 2001 ; Beech, Beckett, & Fisher, 2000 ; De Vogel *et al*., 2004 ; Firestone, Bradford, Greenberg, Nunes, & Broom, 2001 ; Hanson, 2005 ; Hanson, Helmus, & Harris, 2015 ; Långström, 2004 ; Nunes, Firestone, Bradford, Greenberg, & Broom, 2002 ; Sjöstedt *et al.,* 2000 ; Sjöstedt & Långstöm, 2001 ; Thornton, 2002 ; Witte, DiPlacido, & Wong, 2006). D'autres par contre ont rapporté une qualité prédictive modérée, c'est-à-dire inférieure à .70 toujours pour la récidive sexuelle (Babchishin, Hanson, & Blais, 2016 ; Bengston & Långstöm, 2007 ; Claix, Pham, & Ducro, 2001 ; Craig, Beech, & Browne, 2006 ; Craig, Browne, Beech, & Stringer, 2004 ; Ducro & Pham, 2006 ; Harris *et al.*, 2003 ; McGrath, Cumming, Livinston, & Hoke, 2003 ; Olver, Wong, Nicholaichuk, & Gordon, 2007 ; Rice & Harris

2002 ; Sreenivasan *et al*., 2007 ; Stadtland *et al*., 2005). Ces résultats n'ont pas confirmé les données de Thornton (2002) qui rapportait une AUC de .92. De la même manière, certaines études ont rapporté une qualité prédictive supérieure à .70 pour la récidive violente (Barbaree *et al.*, 2001 ; Bengston, 2008 ; Claix *et al*., 2001 ; Firestone *et al.,* 2001 ; Hanson, 2005 ; Hanson *et al.*, 2015 ; Långstöm, 2004 ; Nunes *et al*., 2002 ; Sjöstedt *et al*., 2000, 2001 ; Stadtland *et al*., 2005) alors que d'autres (Babchishin *et al*., 2016 ; Craig *et al*., 2004 ; De Vogel *et al*., 2004 ; Ducro & Pham, 2006 ; Firestone *et al.*, 2001 ; Harris *et al*., 2003 ; Nunes *et al*., 2002 ; Olver *et al.*, 2007 ; Witte *et al*., 2006) rapportaient une qualité prédictive plus faible. La Statique-99 présente une qualité prédictive modérée (Babchishin *et al*., 2016 ; Barbaree *et al*., 2001 ; Claix *et al*., 2001 ; Craig *et al*., 2006 ; Craig *et al*., 2004 ; DeVogel *et al.*, 2004 ; Hanson *et al*., 2015 ; Witte *et al.,* 2006) pour la récidive générale.

La validité prédictive de la Statique-99 ou la Statique-99R varie aussi selon le type de délinquant sexuel. De manière générale, elle présente une bonne validité prédictive de la récidive générale chez les agresseurs sexuels de victimes adultes (.79, Ducro & Pham, 2006) et chez les agresseurs sexuels de victimes mineures (.74, Ducro & Pham, 2006) et notamment chez les agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales (.72, Bartosch *et al*., 2003).

Chez les agresseurs sexuels de victimes adultes, la validité prédictive de la récidive sexuelle varie de modérée (de .64 à .71, Bartosch *et al*., 2003 ; Bengston, 2008 ; Ducro & Pham, 2006 ; Hanson & Thornton, 1999, 2002) à élevée (.75, Sjostedt & Langström, 2001). La validité prédictive de la récidive violente de la même manière varie de modérée (de .65 à .69, Ducro & Pham, 2006 ; Hanson & Thornton, 1999, 2002) à élevée (.76, Sjostedt & Langström, 2001).

En ce qui concerne les agresseurs sexuels de victimes mineures, la validité prédictive varie de modérée (Récidive sexuelle de .65 à .70 : Bartosch *et al.*, 2003 pour les extrafamiliaux ; Ducro et Pham, 2006 ; Récidive violente de .69 à .70 : Bensgton, 2008 ; Hanson & Thornton, 1999 ; 2002) à élevée (Récidive sexuelle de .72 à .76 : Hanson & Thornton, 1999 ; 2002 ; Sjostedt & Lanström, 2001 ; Récidive violente de .87 à .92 : Bartosch *et al*., 2003 ; Ducro & Pham, 2006 ; Sjostedt & Lanström, 2001).

La Statique-2002R (Hanson & Thornton, 2003 ; Helmus, Thornton, Hanson, & Babchishin, 2012)

La Statique-2002R est une échelle actuarielle ayant pour objectif d'évaluer le risque de récidive sexuelle auprès d'AICS adultes. Fort proche de la composition de la Statique-99R, elle est constituée de 14 items répartis en cinq dimensions : l'âge, la persistance des infractions sexuelles, les intérêts sexuels déviants, les relations avec les victimes et la criminalité générale. Le score varie de -2 à 14 et se répartit sur cinq catégories : faible risque, risque faible à moyen, risque moyen, risque moyen à élevé et risque élevé. Cet outil a été élaboré afin d'améliorer la fidélité et la validité de la Statique-99R. La validité prédictive des deux instruments reste similaire (Babchishin, Hanson, & Helmus ; 2012 ; Hanson, Helmus, & Thornton, 2010 ; Lehmann, Hanson, Babchishin, Gallasch-Nemitz, Biederman, & Dahle, 2013). En effet, l'étude de Hanson, Helmus et Harris souligne une validité prédictive de la récidive générale, violente et sexuelle élevée. Les résultats de Babchishin, Hanson et Blais (2016) sont plus mitigés, néanmoins ils rapportent une validité prédictive tout de même élevée pour la récidive générale et modérée pour la récidive violente non sexuelle et la récidive sexuelle.

La Sex Offenders Risk Appraisal Guide (SORAG ; Quinsey et al., 1995)

Sachant que le risque de récidive a une influence sur la gestion des délinquants sexuels au sein du système judiciaire, Quinsey, Rice et Harris (1995) ont développé la SORAG afin d'évaluer le risque de récidive des AICS et plus particulièrement la récidive violente y compris sexuelle. Cet outil est issu de la Violence Risk Appraisal Guide (VRAG ; Harris *et al.,* 1993). En effet, les auteurs ont remarqué que certains items de la VRAG prédisaient non seulement le risque de récidive violente, mais aussi le risque de récidive sexuelle chez les délinquants sexuels à travers des items tels que le score à l'échelle de Psychopathie de Hare (1991, 2003) ; les antécédents délictueux ainsi que le statut conjugal. D'autres items de la VRAG prédisaient la récidive violente, mais pas la récidive sexuelle (le fait de ne pas avoir de victimes féminines lors de l'agression actuelle), et enfin d'autres items prédisaient la récidive sexuelle, mais pas la récidive violente (les agressions sexuelles antérieures). Quatorze items, dont certains issus de la VRAG, sont évalués par la SORAG et suivent un algorithme de cotation. L'évaluation permet donc d'obtenir un score total à l'instrument, score faisant référence à une probabilité de récidiver dans les 7 ou 10 ans de manière violente. À ce score est également associée une

catégorie de risque de récidive, l'outil permet donc de situer l'individu au sein de l'une des neuf catégories de risque.

En ce qui concerne la validité psychométrique, différentes études montrent une fidélité interjuge très élevée pour la SORAG (Harris, Rice, Quinsey, Lalumière, Boer, & Lang, 2003 ; Ducro & Pham, 2006 ; Pham & Ducro, 2008).

Quant à la validité prédictive, différentes études soulignent une bonne validité prédictive de la récidive générale (Barbaree *et al*., 2001 ; Bartosch *et al*., 2003 ; Claix *et al*., 2001 ; Ducro & Pham, 2006 ; Rettenberger, & Eher, 2007). La validité prédictive de la récidive sexuelle de la SORAG varie selon les études, elle est élevée (Rettenberg & Eher, 2007), modérée (Barbaree *et al*., 2001 ; Bartosch *et al*., 2003 ; Ducro & Pham, 2006 ; Firestone *et al.*, 2001 ; Harris *et al.*, 2003 ; Nunes *et al*., 2002 ; Pham & Ducro, 2009) voire faible (Claix *et al.*, 2001 ; Quinsey, Khanna, & Malcom, 1998 ; Firestone *et al*., 2001). La SORAG présente une validité prédictive élevée (Barbaree *et al*., 2001 ; Claix *et al.*, 2001 ; Ducro & Pham, 2006 ; Rettenbergh & Eher, 2007 ; Harris *et al.,* 2003 ; Rice & Harris, 2002) ou modérée (Bartosch *et al*., 2003 ; Nunes *et al*., 2002 ; Pham & Ducro, 2009) de la récidive violente.

La Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R ; Harris, Lowenkamp, & Hilton, 2015 ; Harris, Rice, Quinsey, & Cormier, 2015)

La VRAG-R est une mesure actuarielle composée de 12 items évaluant le risque de récidive violente auprès de délinquants violents. Elle est principalement issue de la VRAG (Harris *et al.,* 1993 ; Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 2006) et cette nouvelle version a permis la modification de certains items par exemple, les problèmes avec l'alcool sont remplacés par des problèmes d'abus de substances, le niveau de psychopathie a été remplacé par la dimension antisociale évaluée dans les outils d'évaluation du niveau de psychopathie. Notons également que les critères diagnostiques évalués à partir du DSM ont été supprimés de la nouvelle version. À partir de ces 12 items, un score variant de -32 à 40 peut être observé et celui-ci permet de répartir les individus au sein de 9 catégories de risque non nominales.

Peu de données relatives aux validités psychométrique et prédictive sont disponibles. Glover, Churcher, Gray, Mills et Nicholson (2017) soulignent un coefficient interjuge de .83. Quant à

la validité prédictive de la récidive violente évaluée auprès d'AICS, celle-ci est jugée comme étant bonne (AUC = .74 ; Rice, Harris, & Lang, 2013).

La BARR-2002R (Brief Assessment of Recidivism Risk ; Babchishin et al., 2013)

La BARR-2002R est un outil d'évaluation du risque de récidive générale et violente auprès d'AICS. Cet instrument d'évaluation actuariel standardisé a été construit et validé sur la base des items compris dans la sous-catégorie criminalité générale de la Statique-2002R à laquelle vient s'ajouter l'item de l'âge lors de la libération. Cet instrument est peu investigué au sein de la littérature internationale relative à la validité prédictive du risque de récidive. Néanmoins, cet instrument présente une validité prédictive élevée de la récidive générale ou de la récidive violente non sexuelle et une validité prédictive modérée de la récidive sexuelle (Babchishin *et al.,* 2013).

Analyses de données

La validité prédictive des instruments est évaluée à travers l'analyse des corrélations de Pearson ainsi que des aires sous la courbe. Le seuil de significativité considéré sera un seuil à .05. Les analyses prédictives seront calculées en deux temps tout d'abord pour une période de suivi de 5 ans maximum, puis sur la période de suivi maximale rapportée dans la partie précédente du rapport. Afin d'estimer la qualité prédictive des outils, nous ferons référence aux critères de Cohen (1992) afin de considérer une validité prédictive bonne (AUC allant au-delà de .714), modérée (AUC variant de .639 à .714) et une validité prédictive faible (AUC en deçà de .639).

Procédure

Comme pour la partie précédente du présent rapport, la population d'étude a été constituée à partir de deux bases de données relatives au projet en cours. Tout d'abord, nous avons de nouveau consulté les dossiers à la DGD des AICS pour lesquels nous avions déjà consulté leur dossier au Service des Cas Individuels et au casier judiciaire lors de la première phase de l'étude (cf. rapport d'activité 2008), puis nous avons repris les AICS recensés dans la seconde phase de la présente étude, c'est-à-dire les AICS suivis au sein d'une ESS entre 2009 et 2015. Seuls les dossiers pour lesquels les équipes ont transmis le nom du patient et sa date de

naissance ont pu être consultés, et ce suivant une procédure d'anonymisation stricte. L'objectif de cette consultation de dossiers était de relever la date de libération de l'AICS, la date de récidive si celui-ci a récidivé, le type de récidive et pour certains, de compléter les informations relatives au parcours infractionnel lorsque les informations transmises par les équipes étaient incomplètes.

Quatre types de récidives ont été définis à partir de la situation pénale de condamnation définitive : (1) la récidive générale (RG) correspondant à toute nouvelle condamnation, et ce, quelle que soit l'infraction commise ; (2) la récidive sexuelle (RS) correspondant à toute nouvelle condamnation pour une infraction à caractère sexuel ; (3) la récidive violente non sexuelle (RVNS), correspondant à toute nouvelle condamnation pour une infraction violente non sexuelle, par exemple, agression physique non sexuelle ; et (4) la récidive non violente non sexuelle (RNVNS) correspondant à toute nouvelle condamnation pour une infraction non violente non sexuelle, par exemple un vol simple.

Les instruments d'évaluation du risque de récidive ont été évalués par deux évaluateurs après l'analyse des accords interjuges pour chaque instrument utilisé. Ceux-ci sont corrects et sont rapportés dans le tableau 29.

Table 29 – Accords interjuges

		N	r	p
BARR-2002R	**Score total**	80	.81	.00
STATIQUE-99R	**Score total**	78	.94	
STATIQUE-2002	**Persistance de l'agression sexuelle**	79	78	
	Intérêts sexuels déviants	78	.90	
	Relations avec la ou les victime(s)	78	.83	
	Criminalité générale	77	.86	
SORAG	**Score total**	77	.88	
VRAG-R	**Score total**	78	.83	

Tableau 30 – Validité prédictive des outils d'évaluation du risque de récidive statiques

		RG			RS			RVNS			RNVNS		
		R	AUC	IC	R	AUC	IC	R	AUC	IC	R	AUC	IC
Score total à la BARR (N = 319)	**Suivi total**	**.290****	**.685****	.620 - .751	.081	.568	.478 - .659	**.189****	**.741****	.630 - .852	**.308****	**.756****	.674 -.837
	Suivi à 5 ans	**.324****	**.727****	.659 - .795	**.117***	**.636***	.529 - .743	**.205****	**.771****	.670 - .873	**.292****	**.754****	.665 - .843
Score total à la Statique-99R (N = 309)	**Suivi total**	**.335****	**.704****	.638 - .769	**.234****	**.680****	.594 -.766	**.179****	**.734****	.616 - .852	**.231****	**.689****	.596 - .783
	Suivi à 5 ans	**.290****	**.696****	.622 - .771	**.241****	**.742****	.637 - .847	**.186****	**.749****	.626 - .871	**.173****	**.650****	.548 - .751
Score total à la Statique-02 (N = 308)	**Suivi total**	**.285****	**.680****	.614 - .746	**.233****	**.681****	.594 - .768	**.138***	**.682***	.567 - .797	**.184****	**.655****	.565 - .745
	Suivi à 5 ans	**.259****	**.677****	.603 - .751	**.247****	**.744****	.638 - .850	**.138***	**.685***	.562 - .808	**.145***	**.625***	.529 - .721
Facteur Persistance de l'agression sexuelle (N = 310)	**Suivi total**	**.112***	.551	.476 - .626	**.127***	.576	.475 - .677	-.042	.453	.310 - .595	.099	.561	.457 - .665
	Suivi à 5 ans	**.138***	.573	.488 - .658	**.220****	**.679****	.549 - .809	-.036	.458	.310 - .606	.057	.535	.425 - .645
Facteur Intérêts sexuels déviants (N = 309)	**Suivi total**	.073	.552	.479 - .626	**.206****	**.677****	.588 - .765	.007	.528	.382 - .673	-.033	.468	.368 - .568
	Suivi à 5 ans	-.006	.502	.421 - .583	**.165****	**.682****	.568 - .795	-.016	.501	.355 - .648	-.074	.432	.332 - .532
Facteur Relation avec la ou les victimes (N = 309)	**Suivi total**	**.138***	**.580***	.506 - .654	**.153****	**.624***	.531 - .717	.078	.594	.444 - .744	.025	.513	.410 - .617
	Suivi à 5 ans	.086	.551	.466 - .637	**.118***	**.623**	.499 - .747	.074	.588	.429 - .747	.004	.493	.381 - .605
Facteur Criminalité générale (N = 310)	**Suivi total**	**.188****	**.612****	.539 - .685	.040	.523	.421 - .626	**.116***	**.650***	.517 - .782	**.225****	**.690****	.602 - .777
	Suivi à 5 ans	**.238****	**.668****	.594 - .742	.103	.618	.504 - .731	**.136***	**.683***	.559 - .807	**.223****	**.696****	.603 - .790
Score total à la SORAG (N = 301)	**Suivi total**	**.221****	**.637****	.565 - .710	.072	.533	.453 - .652	**.117***	**.659***	.547 - .771	**.213****	**.687****	.593 - .780
	Suivi à 5 ans	**.243****	**.670****	.593 - .748	**.143***	**.647***	.527 - .768	**.134***	**.692***	.591 - .792	**.174****	**.660****	.556 - .764
Score total à la VRAGR (N = 300)	**Suivi total**	**.262****	**.660****	.589 - .732	.068	.551	.450 - .652	**.134***	**.676***	.551 - .801	**.273****	**.732****	.546 - .818
	Suivi à 5 ans	**.284****	**.700****	.626 - .773	**.114***	**.627***	.513 - .741	**.159****	**.721****	.623 - .820	**.244****	**.720****	.626 - .814

** p ≤ .05 ; ** p ≤ .01*

Résultats

L'étude de la validité prédictive des outils souligne (Tab.30) :

- Pour la BARR-2002R, outils d'évaluation du risque de récidive violente, une bonne validité prédictive de la récidive violente non sexuelle et non violente non sexuelle, et ce quelle que soit la durée de la période de libération, et une validité prédictive modérée à élevée pour la récidive violente ;
- Pour la Statique-99R évaluant le risque de récidive sexuelle, une validité prédictive allant de modérée à bonne pour les différents types de récidives, et ce quelle que soit la période de suivi. Notons que la validité prédictive est bonne principalement pour les récidives sexuelle et violente non sexuelle, et ce pour une période de suivi de 5 ans ;
- Pour la Statique-2002, outil évaluant également la récidive sexuelle, la validité prédictive est moindre que pour la Statique-99R, en effet, elle prédit modérément les différents types de récidives. C'est notamment le facteur « Persistance de l'agression sexuelle », le facteur « Idées sexuelles déviantes » et le facteur « Relation avec la ou les victimes » qui prédisent modérément voir faiblement la récidive sexuelle. Le facteur « Criminalité générale » prédit modérément les récidives générale, violente non sexuelle et non violente non sexuelle.

Discussion

L'objectif de la présente partie était d'étudier les validités prédictives d'outils d'évaluation du risque de récidive couramment utilisés auprès des agresseurs sexuels, et ce sur une période de suivi de 5 ans ou une période plus longue de quasiment 10 ans. L'analyse de la validité des différents instruments utilisés s'avère intéressante et relativement proche des résultats obtenus au sein de la littérature internationale (par exemple Babchishin *et al.*, 2013 pour les Statiques-99R et 2002R ou la BARR-2002R ; Rettenbergh & Eher, 2007 pour la SORAG ou encore Rice *et al*., 2013 pour la VRAG-R).

Auprès de la population d'étude, deux points principaux s'observent et encouragent la poursuite de la présente étude :

(1) De manière générale, la validité prédictive des outils est modérée à bonne avec certaines spécificités selon les outils. Néanmoins nous pouvons souligner pour la plupart des outils et des types de récidives considérés une augmentation de la validité prédictive des outils pour les analyses relatives à la période de libération plus longue c'est-à-dire de quasiment 10 ans. Là où dans la partie précédente du rapport nous soulignons des différences de taux de récidive pour certains AICS lors des analyses des taux pour des périodes de suivi plus longues, nous observons ici des validités d'outils certes proches des analyses pour une période de suivi de 5 ans, mais néanmoins plus élevées. Il semble donc important d'approfondir ce point dans les perspectives d'avenir du présent projet.

(2) De plus, nous pouvons progressivement énoncer des recommandations concernant l'utilisation de l'un ou l'autre des outils. Les outils ont été élaborés afin de prédire certains types de récidives, par exemple la BARR-2002R pour la récidive violente, la Statique-99R pour la récidive sexuelle ou encore la VRAG-R pour la récidive violente. Au vu des résultats, il semble que les instruments, que nous pouvons à ce stade mettre en avant, sont la Statique-99R qui prédit les différents types de récidives et si l'évaluateur souhaite davantage de prédiction pour les récidives non sexuelles, la combinaison avec la BARR-2002R semble adéquate. Notons néanmoins que ces conclusions nécessitent d'être étayées et confirmées par des analyses ou études complémentaires. Pour ce qui est de la SORAG et de la VRAGR, ces instruments axés principalement sur l'évaluation de la récidive violente y compris sexuelle présentent

des résultats modérés. Néanmoins la présente étude se focalisait soit sur la récidive violente non sexuelle soit sur la récidive sexuelle et ne considérait pas le type de récidive en adéquation avec l'objectif principal de ces outils. Il semble donc nécessaire de nuancer ces résultats et de les approfondir ultérieurement en considérant la variable relative à la récidive violente y compris sexuelle.

Ainsi les résultats de la présente étude nous encouragent à poursuivre la collecte des données afin de pouvoir approfondir les analyses sur la validité prédictive des outils : (1) selon le type d'AICS catégorisés en fonction du type de libération dont ils ont bénéficié, en fonction des caractéristiques de leur(s) victime(s), mais également en fonction du mode d'institutionnalisation judiciaire dont ils ont bénéficié (Détention versus Psychiatrie sécurisée) et (2) inclure la variable récidive violente y compris sexuelle afin d'affiner la validité prédictive de la SORAG et de la VRAGR.

Résultats préliminaires mettant en lien les variables sociales, criminelles, diagnostiques et thérapeutiques avec les types de récidives

Introduction

La littérature actuelle met en avant qu'une variété de facteurs peuvent être associés au développement des comportements sexuels délinquants (Knight & Sims-Knight, 2003 ; Ward & Siegert, 2002). De plus, le traitement et l'évaluation du risque de récidive des AICS ont une importance aussi bien au sein du système pénal et correctionnel que celui de la psychiatrie légale, voire plus largement de la santé mentale. Bien qu'initialement des politiques plus punitives soient mises en place afin de répondre à la peur générée par les abus sexuels, l'importance de ce sujet au sein de la société et à la nécessité de protéger cette dernière, des politiques thérapeutiques se développent également sous l'influence des domaines scientifiques, psychologiques et médicaux (Kernsmith, Craun, & Foster, 2009 ; Levenson, Brannon, Fortney, & Baker, 2007 ; McAlinden, 2012). Ces approches ont pour but de fournir aux AICS une prise en charge adaptée à leur besoin et leur problématique et, *in fine*, permettre de réduire le risque de récidive et le coût imputé par la réincarcération (Olver & Wong, 2013). Malgré cet état de fait, ce domaine est encore sujet aux idées reçues et aux désaccords ; l'efficacité des traitements posant, notamment, question (Kim, Benekos, & Merlo, 2015).

Nous nous attardons plus en détail sur ces différentes notions dans la rédaction qui suit à savoir d'une part les facteurs de risque de récidive et potentiellement protecteurs de celles-ci ainsi que l'efficacité du traitement, ses modalités pratiques et la compliance thérapeutique des AICS.

Facteurs de risque et facteurs protecteurs

Les facteurs, qu'ils soient de risque ou de protection, sont impliqués ou non dans la potentialité de récidive, l'évaluation du risque se réalisant à l'aide de ces derniers. Les facteurs de risque correspondent à des influences négatives dans le parcours de vie ou intrinsèques à l'AICS et pouvant jouer un rôle dans la probabilité de récidive (Andrews & Bonta, 2010 ; Cortoni, 2009). Ces derniers peuvent être de nature statique ou dynamique. Les facteurs protecteurs, quant à eux, sont des influences positives qui peuvent améliorer ou contribuer au processus de non-récidive, voire de désistance c'est-à-dire la sortie du parcours délinquant, mais peuvent, également, permettre de lutter contre les facteurs de risque (Dufour, 2014).

Facteurs de risque statiques

Les facteurs de risque statiques sont déterminés comme des caractéristiques généralement liées au passé de l'AICS (historiques) et qui ne changent pas ou peu au cours du temps (stables), même suite à une intervention psychologique par exemple (Andrews & Bonta, 2010 ; Cortoni, 2009 ; Ruest, 2011). C'est le cas par exemple de l'âge, des antécédents judiciaires sexuels ou non, des caractéristiques liées aux victimes (Hanson & Morton-Bourgon, 2004) ou encore, des aspects sociodémographiques (âge, sexe, état civil). De par leur facilité d'accessibilité (via le dossier criminel) et l'absence de subjectivité, ces facteurs sont faciles à mesurer (Bonta, 2002). Cependant, ils ne permettent pas de construire les modalités d'interventions ni d'évaluer les changements positifs ou négatifs survenant chez l'individu ou le risque ponctuel (Andrews & Bonta, 2010 ; Bonta, 2002 ; Bouillette-Alarie, 2017 ; Douglas & Skeem, 2005 ; Hanson & Haris, 2000). Les facteurs de risque ayant une bonne validité prédictive de la récidive sexuelle sont le nombre d'infractions sexuelles antérieures, la précocité de la délinquance, la diversité de la carrière criminelle et les caractéristiques des victimes (extrafamiliales, inconnues, masculines) (Hanson & Yates, 2013 ; Hanson, Morton, & Harris, 2003).

Cependant, malgré leur caractère immuable, les facteurs statiques peuvent fournir des indications concernant des facteurs plus dynamiques. Par exemple, un AICS dont le parcours délictueux est constitué de multiples délits sexuels envers des enfants de sexe masculin peut traduire l'intérêt sexuel déviant et persistant de la personne.

Facteurs de risque dynamiques

Les facteurs dynamiques, aussi appelés besoins criminogènes, sont des caractéristiques sujettes aux modifications, ces modifications pouvant de fait avoir une incidence sur la baisse ou la hausse du niveau de risque à court terme (Andrews & Bonta, 2010 ; Cortoni, 2009 ; Hanson & Harris, 2000 ; Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Les facteurs dynamiques peuvent être stables ou aigus.

Les facteurs dynamiques stables sont associés durablement à la récidive, perdurant plusieurs mois, voire plusieurs années. Cependant, ils peuvent changer au cours du temps, avec des « efforts » ou à l'aide d'une intervention extérieure thérapeutique (cibles thérapeutiques à long terme) (Cortoni, 2009 ; Hanson & Harris, 2000). Les facteurs stables liés à la récidive

sexuelle principalement identifiés sont l'intérêt sexuel déviant, en particulier envers les enfants, et plus faiblement la violence sexuelle (sadisme), les paraphilies (voyeurisme, exhibitionnisme), les préoccupations sexuelles (dont l'hypersexualité), les attitudes favorables à la coercition sexuelle (Kafka & Hennen, 2003 ; Helmus, Hanson, Babchishin, & Mann, 2013 ; Mann, Hanson, & Thornton, 2010). Également, les auteurs relèvent comme facteurs liés à la récidive l'instabilité du mode de vie et de l'emploi, l'incapacité à entretenir des relations de couple à long terme et sans conflits, les fréquentations criminelles, le besoin de stimulation, la prise de risque, la personnalité antisociale et psychopathique, les distorsions cognitives, les émotions négatives ou l'hostilité (Fernandez, Harris, Hanson, & Sparks, 2014 ; Hanson, Harris, Scott, & Helmus, 2007 ; Hanson & Yates, 2013 ; Mann *et al*., 2010).

D'autre part, les facteurs dynamiques peuvent également être qualifiés d'aigus c'est-à-dire qu'ils correspondent à des états plutôt passagers ou contextuels, susceptibles de changer rapidement, d'heure en heure ou de jour en jour, et impliqués dans l'imminence d'un passage à l'acte plutôt que dans le risque de récidive à long terme (Cortoni, 2009 ; Hanson & Harris, 2000). Il existe également deux types de facteurs de risque dynamiques aigus. Les indices d'effondrement correspondent à des situations ou à des émotions négatives susceptibles de précipiter le passage à l'acte, les plus importants étant l'effondrement émotionnel, l'effondrement des supports sociaux et l'intoxication à l'alcool ou aux drogues. Aussi, les indices d'approche correspondent aux actions et stratégies plus ou moins conscientes que le délinquant peut mettre en place pour le passage à l'acte, les plus importants étant l'accès aux victimes, l'hostilité, les préoccupations sexuelles et le rejet de la surveillance (Babchishin, 2013 ; Hanson *et al.*, 2007).

Les facteurs de la récidive sexuelle ne sont pas tous en mesure de prédire la récidive non sexuelle (Babchishin, Hanson, & Blais, 2016 ; Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Effectivement, il apparaît que les prédicteurs de la récidive sexuelle hormis ceux ayant un lien avec la déviance sexuelle, particulièrement l'identification émotionnelle avec les enfants, permettent de prédire la récidive non sexuelle (violente et non violente) (Hanson e*t al.*, 2007 ; Hanson & Morton-Bourgon, 2004 ; Knight & Thornton, 2007).

Récemment, des difficultés liées à la définition des facteurs dynamiques émergent au sein de la littérature. Selon Ward (2016), leur définition renvoie davantage aux vulnérabilités de

l'individu plutôt qu'à des processus de causalité avec la récidive et les traduit davantage comme des processus psychologiques et sociaux se référant à des concepts normatifs (institutions sociales, politiques, juridiques). Ces manquements et imprécisions rendent, ainsi, plus difficile leur intégration autant dans l'évaluation que dans le traitement clinique des AICS.

Facteurs protecteurs

En réponse aux critiques émanant au sujet des facteurs de risque dynamiques, un courant relatif aux facteurs de protection se développe depuis quelques années. Ces facteurs sont encore peu connus et il n'existe, actuellement, pas de consensus quant à leur définition (Dufour, 2014 ; Serin, Chadwick, & Lloyd, 2016 ; Farrington, Ttofi, & Piquero, 2016). Effectivement, certains les conceptualisent comme l'absence de facteurs de risque ou comme le versant opposé des facteurs de risque (Harris & Rice, 2015 ; Webster, Martin, Brink, Nicholls, & Desmarais, 2015), d'autres considèrent que ce sont des facteurs ayant des effets réducteurs de la récidive (de Vogel, de Ruiter, Bouman, & de Vries Robbé, 2012) ou encore, qui ont une fonction de prédicteurs de la désistance ou de réduction de l'impact des facteurs de risque (Loeber & Farrington, 2012). Une interaction entre facteurs de risque et de protection est donc admise sans que ces résultats soient empiriquement prouvés. De plus, certains auteurs soulignent l'importance des facteurs de protection, car une simple énumération des facteurs de risque reste insuffisante dans la compréhension de la récidive. Les facteurs de protection permettent, de plus, de soutenir le délinquant dans son processus de désistance, d'améliorer sa qualité de vie et d'aider les professionnels à développer une pratique efficace auprès de cette population (Marshall, 2006 ; Ward, Mann, & Gannon, 2007 ; Yoon, Turner, Klein, Rettenberger, Eher, & Briken, 2016).

Les facteurs de protection, supposés par la littérature internationale, correspondent principalement aux ressources personnelles et environnementales dont le délinquant dispose. C'est le cas, par exemple, de l'autorégulation, de l'empathie, des capacités d'adaptation, de la compliance, des compétences et du statut professionnels, de la situation de vie et de la qualité du réseau social (Brown, Harkins, & Beech, 2012 ; Miller, 2006 ; Ullrich & Coid, 2011). Des indicateurs de protection sont également retrouvés au niveau du suivi, notamment, au travers du programme de traitement, de la qualité du plan de réinsertion et des relations positives avec l'agent de probation (Beggs & Grace, 2010 ; Kennealy, Skeem, Manchak, & Eno Louden, 2012 ; Olver, Stockdale, & Wormith, 2011 ; Scoones, Willis, & Grace, 2012). Sur base des

facteurs recensés dans la SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for violence risk, de Vogel *et al.,* 2012), il apparaît que le travail et la gestion financière ont un effet modérément prédicteur ; l'autorégulation et les objectifs de vie ont un effet faiblement prédicteur de la désistance à partir de la récidive générale, non sexuelle violente et violente (y compris sexuelle). Par contre, dans le cas de la récidive sexuelle, on ne retrouve qu'un effet faiblement prédicteur de l'attachement sécure durant l'enfance (AUC = .61 ; p = .05) (Yoon e*t al.,* 2016).

Traitement des AICS

Efficacité des traitements destinés aux AICS

Selon l'étude de Kim, Benekos et Merlo (2015) menée sur base d'une réactualisation de la méta-analyse de Craig, Browne et Stringer (2003), l'efficacité du traitement des délinquants sexuels est, si ce n'est prouvée, du moins prometteuse en sachant que l'âge des participants et le type d'intervention peuvent exercer une influence sur cette efficacité. À cet effet, une réduction de la récidive estimée à 10% parmi 6 des méta-analyses recensées (Alexander, 1999 ; Aos, Phipps, Barnosli, & Lieb, 2001 ; Gallagher, Wilson, Hirschfield, Coggeshall, & MacKenzie, 1999 ; Hall, 1995 ; Hanson *et al.*, 2002 ; Polizzi, MacKenzie, & Hickman, 1999), et 22% au sein des plus récentes additionnées à celles de Craig *et al.* (2003 ; Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009 ; Lösel & Schmucker, 2005 ; Pray, 2002 ; Reitzel & Carbonell, 2006 ; Walker, McGover, Poey, & Otis, 2004). Cependant, ces recherches portent aussi bien sur les traitements médicamenteux que psychologiques, révélant que la castration chirurgicale et la médication hormonale ont un plus grand effet que les traitements psychologiques.

Concernant les traitements psychologiques, une réduction du taux de récidive sexuelle est observée chez les AICS traités (10,10%) en comparaison aux non-traités (13,70%), particulièrement pour les thérapies cognitivocomportementales (Schmucker & Lösel, 2017). Des résultats similaires sont rapportés pour la récidive générale. Même si les thérapies cognitivocomportementales sont les plus largement usitées aussi bien dans les programmes de traitement que de prévention auprès des AICS adultes ou adolescents (Baker, 2012 ; Brandes & Cheung, 2009 ; Centre for Sex Offender Management, 2006 ; McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli, & Ellerby, 2009 ; Worling & Langton, 2012), d'autres modes de prise en charge sont à considérer. En effet, les thérapies multisystémiques, notamment couplées aux

thérapies cognitivocomportementales, ont également démontré un effet, plus spécifiquement chez les AICS plus jeunes (Borduin, Schaeffer, & Heiblum, 2009 ; Fanniff & Becker, 2006 ; Henggeler, 2012 ; Huey, Henggeler, Brondino, & Pickrel, 2000). Ces approches permettent le travail thérapeutique en incluant, notamment, le développement des compétences et des ressources ainsi que la gestion des facteurs de risque individuels ou inhérents à la famille (exemple : contexte incestueux) (Henggeler, 2012).

À l'heure actuelle, les traitements psychomédicaux les plus efficaces consistent en une combinaison de thérapies cognitivocomportementales et de traitements médicamenteux, en particulier la castration chimique (Baratta, 2011 ; Saleh, Grudzinskas, Malin, & Dwyer, 2010 ; Thibaut, 2013 ; Thibaut, De La Barra, Gordon, Cosyns, Bradford, & the WFSBP Task Force on Sexual Disorders, 2010).

Modalités pratiques des traitements

La littérature s'attardant sur les prises en charge destinées aux AICS et leur efficacité thérapeutique est relativement conséquente, cependant, celle relative au dosage dans le cadre du suivi est, à notre connaissance, moins développée. De plus, l'existence de recommandations relatives aux modalités organisationnelles de prise en charge est rare, voire variable et incohérente (Smid, Kamphuis, Wever, & Verbruggen, 2015 ; Yates, 2013). Cependant, il ressort de quelques études que la durée du traitement peut aller de 8 semaines à près de 6 ans (Schmucker & Lösel, 2017), cette durée variant notamment en fonction du lieu de soins (exemple : ambulatoire, milieux carcéral). Il ressort également que l'intensité et la durée du traitement doivent également être déterminées selon les caractéristiques des AICS pris en charge (IATSO, n.d.).

Pour les AICS présentant un faible risque de récidive, des traitements ayant une durée variant de 2 à 5 mois et comprenant 2 à 5 heures de séances de groupes par semaine sont recensés, soit entre 24 et 60 heures de traitement dans le cadre du parcours total de prise en charge (Correctional Service of Canada, 2009 ; Hanson, 2009 ; Marshall, Jones, Ward, Johnston, & Barbaree, 1991). Des traitements d'intensité modérée sont également effectifs, ces derniers ont une durée de 4 à 5 mois, comptabilisant environ 10 heures par semaine et totalisant entre 80 et 200 heures de traitement (Beech & Mann, 2002 ; Marshall, Marshall, Serran, & Fernandez, 2006). Enfin, certains programmes de traitement à intensité plus élevée sont mis

en place pour les délinquants sexuels ayant un haut risque de récidive. On recense, notamment, une durée moyenne du suivi s'étalant de 7 à 12 mois avec un dosage d'heures de traitement estimé entre 416 et 624, dont les sessions durent approximativement 2,50 à 3 heures, soit 15 heures de traitement hebdomadaire (Correctional Service of Canada, 2009 ; Olver & Wong, 2013 ; Woodrow & Bright, 2011).

Compliance thérapeutique des AICS

La non-observance, ou non-compliance, au traitement peut se caractériser par plusieurs manifestations dont l'absence de participation, un arrêt prématuré, des fréquentations irrégulières, une participation sans engagement ou avec un engagement inapproprié, voire perturbateur ainsi qu'un manque de coopération ou de collaboration (Howells & Day, 2007 ; Wormith & Olver, 2002). Plusieurs raisons peuvent impacter la non-participation aux programmes thérapeutiques chez les AICS. Effectivement, ces derniers peuvent percevoir le traitement négativement, ainsi que le personnel ou les pairs y participant, ressentir un manque d'efficacité, ou envisager le traitement comme une source de discrimination (Mann, Webster, Wakeling, & Keylock, 2013), ces facteurs étant d'ailleurs associés à un faible taux d'engagement, voire à l'absentéisme face au traitement (Sturgess, Woodhams, & Tonkin, 2016). À ce sujet, certains auteurs recommandent d'utiliser des outils ou techniques thérapeutiques spécifiques afin de susciter l'engagement des AICS dans le traitement. Par exemple, l'entretien motivationnel, l'adoption d'une approche non-jugeante ou se concentrer sur les forces de l'individu se révèlent plus efficace qu'une approche uniquement destinée à supprimer ou pallier les déficits (Bonta & Andrews, 2010 ; Marshall & Marshall, 2017 ; Miller & Rollnick, 2013 ; Ward 2002).

Il apparaît que les AICS mettant fin à leur traitement avant terme présentent de plus hauts taux de récidive (Larochelle, Diguer, Laverdière, & Greenman, 2010). À cet effet, une corrélation de .17 est évaluée entre l'abandon thérapeutique et la récidive sexuelle (Hanson & Bussière, 1998 ; Hanson & Harris, 2000 ; Hanson & Morton-Bourgon, 2004 ; Mann *et al.*, 2010 ; Schmucker & Lösel, 2005 ; Soldati & Eytan, 2014). Inversement, certains résultats de recherche supportent également une association positive entre la participation aux traitements et une réduction de la récidive sexuelle (Gallagher *et al.*, 1999 ; Hall, 1995 ; Hanson *et al.*, 2002, 2009 ; Lösel & Schmucker, 2005). En outre, les AICS ayant un plus haut risque de récidive, notamment les AICS présentant un profil psychopathique, sont exposés à

un risque plus accru de non-compliance et percevraient également moins les bénéfices encourus par le traitement (Olver & Wong, 2013). De fait, Bonta et Andrews (2007) recommandent donc d'adapter la prise en charge au risque présenté par l'individu, par exemple, avec les AICS ayant un haut niveau de risque, des programmes de traitements plus longs seraient plus efficaces (Lösel, 1998). D'ailleurs, en se basant sur le modèle de ces derniers, c'est-à-dire celui du risque (adaptation de l'intensité du traitement selon le risque), du besoin (ciblage des facteurs dynamiques et caractéristiques criminogènes) et de la réceptivité (approche adaptée aux caractéristiques intrinsèques de l'individu), la récidive sexuelle tend à varier en fonction de l'adhésion de l'AICS à ces principes (Hanson *et al.*, 2009). En effet, l'adhésion à aucun principe est associée à une légère augmentation de la récidive sexuelle, tandis qu'en fonction du respect d'un, de deux voire des trois principes, la récidive générale, mais également sexuelle ou violente, connaît une réduction inversement proportionnée.

Au regard de cette brève revue de la littérature, nous nous concentrons sur l'étude des facteurs statiques, pouvant représenter des marqueurs d'événements plus dynamiques, relativement aux caractéristiques socio-environnementales, diagnostiques et délictueuses, potentiellement liés à la récidive générale, sexuelle, violente et non sexuelle non violente. De plus, cette réflexion pose la question de l'adaptation des modalités pratiques du traitement des AICS en fonction de leur profil récidiviste ou non récidiviste ainsi que leur profil à risque de récidive.

Méthodologie

Participants

La cohorte est constituée de 69 AICS dont la moyenne d'âge est de 40,18 ans (σ = 12,61 ; E = 21,25 – 76,93). Leur taux de récidive est estimé à 11,60% pour la récidive générale, 5,80% de récidive sexuelle, 2,90% de récidive violente (non sexuelle) et 5,80% de récidive non violente non sexuelle, sur une période de follow-up moyenne de 4,27 ans (σ = 2,61 ; E = 0 – 13,62). La population comporte 8 récidivistes et 61 non-récidivistes. Le score moyen à la Statique-99R est de 2,10 (σ = 2,12 ; E = -2 – 6) (N = 67) correspondant à un niveau de risque moyen. La répartition de la cohorte selon leur niveau de risque est la suivante :

Tableau 31 – Répartition des AICS selon le niveau de risque à la Statique-99R (N = 67)

	N	%
Faible (-3 à -2)	2	3,00
Moyen faible (-1 à 0)	18	26,90
Moyen (1 à 3)	24	35,80
Moyen élevé (4 à 5)	22	32,80
Elevé (6 et plus)	1	1,50

Instrument

(1) Instrument d'évaluation en continu des caractéristiques des AICS centralisant les informations sur les caractéristiques socio-environnementales, diagnostiques, délictueuses et thérapeutiques (modalités organisationnelles).

(2) Statique-99R : échelle d'évaluation du risque statique de récidive sexuelle des délinquants sexuels (Phénix, Fernandez, Harris, Helmus, Hanson, & Thornton, 2017).

Analyse de données

Suite à de brèves analyses descriptives réalisées (en prémisse), nous avons vérifié les conditions de normalité à l'aide du Kolmogorov-Smirnov et du Shapiro-Wilk. Après transformation (racine carrée, logarithme naturel, inverse), la plupart des variables continues n'ont pas pu être normalisées. De fait, les analyses corrélationnelles paramétriques (Bravais-Pearson) et non paramétriques (Spearman) correspondantes ont été effectuées afin d'apprécier le lien entre les variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques, délictueuses et diagnostiques avec la récidive. Ensuite, sur base des variables effectivement

corrélées à cette dernière, nous avons entamé des analyses régressives afin de vérifier le caractère prédictif de ces caractéristiques. Pour ce faire, nous avons également évalué la présence de multicolinéarité entre les variables significativement liées à la récidive. Dans le cadre d'une analyse comparative, les AICS récidivistes et non récidivistes ont été comparés selon leurs modalités de prise en charge : année de suivi, nombre de documents consultés ainsi que le nombre de mois de suivi, de rendez-vous fixés, respectés et annulés par mois sur les 3 premières années de traitement et sur le parcours thérapeutique total (U de Mann-Whitney, T de Student). Une démarche similaire est réalisée auprès des AICS selon leur niveau de risque à la Statique-99R : moyen faible (-1 à 0), moyen (1 à 3) et moyen élevé (4 à 5). Les deux autres groupes présentant les niveaux de risque les plus extrêmement faibles ou élevés n'ont pas été pris en compte étant donné qu'ils présentent un effectif trop réduit. En dernier lieu, nous avons comparé, par mesures répétées, les différentes modalités de prise en charge sur les trois premières années de suivi, tout d'abord, pour les AICS récidivistes et non récidivistes, ensuite, pour les AICS en fonction de leur niveau de risque afin d'étudier la variabilité du traitement en fonction des années de traitement.

Procédure

Les données sont issues du croisement de deux bases de données du projet AICS, la première phase portant sur les taux de récidive et le niveau de risque et la deuxième centralisant les informations transmises par les ESS en Région wallonne (caractéristiques socio-environnementales, diagnostiques, délictueuses et thérapeutiques). Outre la complétion des informations reprises dans l'instrument rempli par les ESS, la consultation des dossiers judiciaires auprès de la DGD permet également de vérifier la présence ou l'absence de récidive ainsi que de scorer les différentes échelles d'évaluation du risque de récidive, dont la Statique-99R.

Lien entre les caractéristiques sociodémographiques et les types de récidives

État civil

Concernant l'état civil, le fait de présenter un état civil de type « célibataire » au moment des faits et de la détention se trouve positivement et moyennement corrélé avec la récidive sexuelle (Tab.32).

Tableau 32 - Corrélation de Spearman entre l'état civil des AICS lors des faits, de la détention et de la libération et les types de récidives

		RG	RS	RNSV	RNVNS
Lors des faits (N = 43)	Célibataire	.29	**.34***	.05	.23
	Divorcé	.11	-.13	.18	.05
	Séparé	-.10	-.06	-.05	-.07
	Marié	-.29	-.18	-.14	-.21
	Contrat de vie commune	-.10	-.06	-.05	-.07
	Veuf	-.07	-.04	-.03	-.05
Lors de la détention (N = 43)	Célibataire	.14	**.32***	.04	.05
	Séparé	-.10	-.06	-.05	-.07
	Marié	-.13	-.17	-.14	-.02
	Contrat de vie commune	-.10	-.06	-.05	-.07
	Veuf	-.07	-.04	-.03	-.05
Lors de la libération (N = 41)	Célibataire	-.06	-.04	-.04	-.04
	Séparé	-.09	-.06	-.05	-.06
	Marié	-.03	-.14	-.11	.10
	Veuf	-.06	-.04	-.04	-.04

** p ≤ .05*

Mode de vie

Ensuite, notons qu'un mode de vie relativement isolé lors des faits, caractérisé ci-après par le fait de vivre seul, est moyennement corrélé de manière positive avec la récidive générale et la récidive non violente non sexuelle. De plus, un mode de vie de type communautaire semble également entretenir d'une part, une corrélation moyenne et positive avec la récidive générale, et d'autre part, une corrélation forte et positive avec la récidive sexuelle. Le même pattern se reproduit pour le mode de vie communautaire au moment de la détention et à la libération. De surcroît, dans ce dernier cas, ce mode de vie est moyennement et positivement lié à la récidive non sexuelle violente. Enfin, nous observons, d'une part, un lien moyennement

positif entre le mode de vie « Autre » et la récidive générale, d'autre part, un lien fortement positif entre ce dernier et la récidive sexuelle (Tab.33).

Tableau 33 - Corrélation de Spearman entre le mode de vie des AICS lors des faits, de la détention et de la libération et les types de récidives

		RG	RS	RNSV	RNVNS
Lors des faits (N = 43)	Seul	**.40****	.22	.09	**.49****
	Familial	-.07	-.04	-.03	-.05
	En couple	-.11	-.16	.12	-.19
	Partenaire et enfants	-.24	-.15	-.12	-.18
	Avec les enfants	-.12	-.07	-.06	-.09
	Chez les parents	-.10	-.06	-.05	-.07
	Famille recomposée	-.07	-.04	-.03	-.05
	Communautaire	**.35***	**.56****	-.03	-.05
	Institutions d'aide ou de soins	-.07	-.04	-.03	-.05
Lors de la détention (N = 44)	Seul	.18	.22	.10	.22
	En couple	.03	-.17	.10	.02
	Partenaire et enfants	-.20	-.14	-.11	-.14
	Avec les enfants	-.06	-.04	-.03	-.04
	Chez les parents	-.11	-.07	-.06	-.07
	Famille recomposée	-.06	-.04	-.03	-.04
	Communautaire	**.38***	**.56****	-.03	-.04
	Prison/Défense sociale	-.11	-.07	-.06	-.07
Lors de la libération (N = 66)	Seul	-.10	.00	-.10	-.14
	En couple	-.09	-.14	-.10	.01
	Partenaire et enfants	.12	-.10	.19	.08
	Chez les parents	-.13	-.09	-.06	-.09
	Famille recomposée	-.05	-.03	-.02	-.03
	Communautaire	**.24***	**.41****	**.28***	.17
	Institutions d'aide ou de soins	-.07	-.04	-.03	-.04
	Prison/Défense sociale	-.04	-.11	-.07	.07
	Autre	**.33****	**.49****	-.02	-.03

** p ≤ .05 ; ** p ≤ .01*

Profession

Au cours des faits et de la détention, la profession de type « Autre » est moyennement et positivement corrélée avec la récidive non violente non sexuelle. De plus, le fait d'être sans emploi au moment des faits entretient également un lien moyennement positif avec la récidive sexuelle. Lors de la libération, il ressort de l'analyse qu'un emploi faiblement rémunéré (Ouvrier) est moyennement corrélé de manière positive avec la récidive non

violente non sexuelle. En outre, nous constatons aussi une relation positive moyenne à forte entre la profession de type « Employé » et la récidive générale et la récidive sexuelle (Tab.34).

Tableau 34 - Corrélation de Spearman entre la profession des AICS lors des faits, de la détention et de la libération et les types de récidives

		RG	RS	RNSV	RNVNS
Lors des faits (N = 42)	Sans profession	.06	**.32***	.03	-.05
	Ouvrier	-.02	-.21	.07	-.01
	Employé	-.09	-.06	-.05	-.06
	Profession libérale	-.06	-.04	-.03	.04
	Indépendant	-.09	-.06	-.05	-.06
	Inconnu	-.06	-.05	-.04	-.04
	Autre	.18	-.08	-.07	**.37***
Lors de la détention (N = 39)	Sans profession	.20	.27	.21	-.02
	Ouvrier	-.24	-.18	-.15	-.15
	Employé	-.06	-.05	-.04	-.04
	Profession libérale	-.06	-.05	-.04	-.04
	Indépendant	-.06	-.05	-.04	-.04
	Inconnu	-.06	-.05	-.04	-.04
	Autre	.18	-.08	-.07	**.37***
Lors de la libération (N = 35)	Sans profession	-.12	.01	.12	-.08
	Ouvrier	.21	-.09	-.05	**.36***
	Employé	**.48****	**.56****	-.03	-.04
	Profession libérale	-.06	-.05	-.03	-.04
	Indépendant	-.06	-.05	-.03	-.04
	Inconnu	-.06	-.05	-.03	-.04
	Autre	-.15	-.12	-.07	-.10

** p ≤ .05 ; ** p ≤ .01*

Lien entre les caractéristiques délictueuses et les types de récidives

Genre, âge et lien avec les victimes

Nous n'avons pas observé de relation entre la classification des AICS selon l'âge de leurs victimes (adultes, enfants ou mixtes) et les différentes formes de récidive. Néanmoins, nous remarquons que la présence d'une corrélation négative moyenne entre le fait que les AICS aient des victimes de sexe féminin et la récidive générale, sexuelle et non violente non sexuelle. De plus, il existe une corrélation moyenne entre la victimisation de personnes de sexe masculin et la récidive générale, sexuelle et non violente non sexuelle, celle-ci est positive dans ce cas. Enfin, par rapport au lien existant entre l'AICS et les victimes de moins de 14 ans, il ressort qu'il existe une corrélation positive et forte entre le fait que les AICS ayant tendance

à victimiser des personnes extérieures à leur cercle familial et la récidive générale tandis qu'un lien moyennement négatif est observé avec le fait d'agresser des victimes intrafamiliales (Tab.35).

Tableau 35 Corrélation de Spearman entre le profil délictueux des AICS (genre, âge et lien avec les victimes) et les types de récidives

		RG	RS	RNSV	RNVNS
Genre (N = 66)	Féminin	**-.30***	**-.33****	-.12	**-.24***
	Masculin	**.29***	**.27***	.19	**.34****
	Mixte	.09	.17	-.05	-.06
Âge (N = 67)	≥ 14 ans	-.06	-.17	-.13	.07
	< 14 ans	.08	.09	.19	.03
	Mixte	-.03	.09	-.08	-.12
Lien (< 14 ans) (N = 30)	Extrafam.	**.54****	.30	.14	.14
	Intrafam.	**-.36***	-.18	-.05	-.05
	Mixte	-.17	-.13	-.10	-.10
Lien intrafam. (N = 17)	Inceste	-.16	-.16	-.16	-.16
	Pseudo inceste non bio.	-.36	-.36	-.36	-.36
	Mixte	-.12	-.12	-.12	-.12

** p ≤ .05 ; ** p ≤ .01*

Infractions actuelles

Concernant les infractions actuelles, nous observons que la pédopornographie et la récidive sexuelle sont faiblement et positivement en relation. L'analyse corrélationnelle ne nous permet pas d'estimer de relation entre les autres infractions actuelles commises par les AICS et les différentes formes de récidive (Tab.36).

Tableau 36 - Corrélation de Spearman entre les infractions actuelles des AICS et les types de récidives

		RG	RS	RNSV	RNVNS
Infractions sexuelles (N = 69)	Attentat à la pudeur et viol	.14	.10	.07	-.04
	Viol	-.04	-.09	.02	.16
	Attentat à la pudeur	-.14	-.10	-.07	-.10
	Pédopornographie	.14	**.25***	-.04	-.05
	Divers faits avec ou sans contact	.03	.12	-.06	-.08
Autres délits (N = 68)	Délits NSV	-.15	-.11	-.08	-.09
	Délits NSNV	.03	.10	-.06	.08

** p ≤ .05*

Antécédents judiciaires

Nous observons différentes relations significatives moyennes et positives entre, d'une part les antécédents d'outrages publics aux mœurs et la récidive sexuelle, d'autre part entre les antécédents non sexuels violents et la récidive non sexuelle violente (Tab.37).

Tableau 37 - Corrélation de Spearman entre les antécédents judiciaires des AICS et les types de récidives

		RG	RS	RNSV	RNVNS
Infractions sexuelles (n = 67)	Antécédents sexuels	-.01	.07	-.07	-.09
	Viol	-.11	-.08	-.05	-.07
	Attentat à la pudeur	-.11	-.08	-.05	-.07
	Outrage public aux mœurs	.23	**.33****	-.03	-.04
Autres délits (n = 68)	Délits NSV	.02	-.01	**.29***	.03
	Délits NSNV	-.04	-.12	.14	-.10

** p ≤ .05 ; ** p ≤ .01*

Lien entre les caractéristiques diagnostiques et les types de récidives

Enfin, pour les principaux diagnostics recensés chez les AICS, il apparaît que le fait de souffrir d'une problématique alcoolique est moyennement et positivement corrélé avec la récidive générale, la récidive sexuelle et la récidive non violente non sexuelle (Tab.38).

Tableau 38 - Corrélation de Spearman entre les principaux diagnostics des AICS et les types de récidives (N = 32)

	RG	RS	RNSV	RNVNS
Problèmes liés à des événements de vie négatifs dans l'enfance	-.25	-.18	.12	-.15
Troubles des préférences sexuelles	-.25	-.18	-.12	-.15
Problèmes liés à des circonstances légales	-.17	-.12	-.08	-.10
Troubles spécifiques de la personnalité	.27	.03	.18	.10
Abus d'alcool	**.40***	**.36***	.24	**.45****

** p ≤ .05 ; ** p ≤ .01*

Suite aux analyses corrélationnelles, notre objectif est également de vérifier si les variables qui se sont révélées significativement corrélées à la récidive sont également prédictives de la récidive. Aucune d'entre elles ne sont prédictives de la récidive qu'elles soient prises indépendamment ou de manière concomitante les unes avec les autres.

Comparaison entre AICS récidivistes et AICS non-récidivistes

Sur le parcours total de prise en charge, les modalités de traitement relatives au nombre de mois de suivi par an et aux rendez-vous fixés, respectés et annulés par mois ne diffèrent pas en fonction des groupes (Tab.39).

Tableau 39 – Comparaison des modalités de prise en charge entre AICS récidivistes et AICS non récidivistes (U de Mann-Whitney) sur le parcours thérapeutique total

	Récidivistes (N = 8)		Non-récidivistes (N = 56)		U
	M	σ	M	σ	
Nombre de mois de suivi par an	7,88	3,34	9,25	2,44	1,41 *(t)*
RDV fixés par mois	0,98	0,54	1,03	0,90	214
RDV respectés par mois	0,80	0,45	0,86	0,80	223,50
RDV annulés par mois	0,18	0,17	0,17	0,18	215

Suite à l'analyse comparative, globalement, nous n'observons pas de différence entre les AICS récidivistes et les AICS non-récidivistes quant au nombre d'années de suivi, aux différentes modalités de suivi lors des trois premières années de traitement et concernant le nombre de documents consultés dans le cadre de la prise en charge post-pénitentiaire. Cependant, il existe une différence significative entre les deux groupes pour la première année de traitement où les AICS récidivistes sont en traitement davantage de mois que les non-récidivistes (Tab.40).

Tableau 40 – Comparaison des modalités de prise en charge entre AICS récidivistes et AICS non récidivistes (U de Mann-Whitney) pour les 3 premières années de suivi

		Récidivistes (N = 8)			Non-récidivistes (N = 60)			U
		N	M	σ	N	M	σ	
	Nombre d'années de suivi	6	1,33	0,82	39	2,18	1,52	77,50
Année 1	Nombre de mois de suivi	8	5,37	3,93	54	7,93	3,18	**124***
	RDV fixés par mois	8	1,20	0,79	54	0,92	0,54	159,50
	RDV respectés par mois	8	0,91	0,49	54	0,75	0,54	149
	RDV annulés par mois	8	0,29	0,45	54	0,16	0,20	214
Année 2	Nombre de mois de suivi	7	11,71	0,76	46	11,56	1,81	153
	RDV fixés par mois	7	1,02	0,44	46	1,23	1,83	158
	RDV respectés par mois	7	0,84	0,48	46	1,09	1,70	146,50
	RDV annulés par mois	7	0,18	0,28	46	0,14	0,24	155,50
Année 3	Nombre de mois de suivi	5	10,20	2,49	37	10,92	2,50	76,50
	RDV fixés par mois	5	0,91	0,59	37	0,94	0,51	91,50
	RDV respectés par mois	5	0,66	0,41	37	0,76	0,49	86
	RDV annulés par mois	5	0,26	0,22	37	0,18	0,24	68
	Nombre de documents consultés	8	1,75	1,98	60	2,17	1,71	198,50

** $p \leq .05$*

En conclusion, les résultats indiquent que la compliance thérapeutique des AICS récidivistes est au moins aussi effective que celle des AICS non-récidivistes. Effectivement, les AICS récidivistes n'annulent pas plus et respectent autant de rendez-vous que les AICS non récidivistes.

Comparaison entre les niveaux de risque des AICS à la Statique-99R

Aucune différence entre les groupes d'AICS selon leur niveau de risque n'est observée quant au nombre de mois de suivi, au nombre moyen de rendez-vous fixés, annulés et prestés par mois sur le parcours thérapeutique total (Tab.41).

Tableau 41 – Comparaison des modalités de prise en charge des AICS selon leur niveau de risque à la Statique-99R (Test de Kruskal-Wallis) sur le parcours thérapeutique total

	Moyen faible (N = 17)		Moyen (N = 23)		Moyen élevé (N = 20)		H
	M	σ	M	σ	M	σ	
Nombre de mois de suivi par an	9,87	2,56	8,53	2,36	8,87	2,91	1,36(t)
RDV fixés par mois	0,99	0,32	0,91	0,43	1,27	1,41	1,36
RDV respectés par mois	0,85	0,35	0,76	0,41	1,02	1,24	1,01
RDV annulés par mois	0,14	0,14	0,15	0,15	0,24	0,22	3,39

Aussi, nous constatons que les AICS avec un niveau de risque supérieur à la moyenne tendent à annuler davantage de rendez-vous que ceux ayant un niveau inférieur à la moyenne, principalement lors de la troisième année de traitement (U = 36 ; p = .02) (Tab.42).

Tableau 42 – Comparaison des modalités de prise en charge des AICS selon le niveau de risque à la Statique-99R (Test de Kruskal-Wallis) pour les 3 premières années de suivi

		Moyen faible (N = 18)			Moyen (N = 24)			Moyen élevé (N = 22)			H
		N	M	σ	N	M	σ	N	M	σ	
	Nombre d'années de suivi	10	2,40	1,58	13	2,15	1,62	18	1,94	1,43	0,79
Année 1	Nombre de mois de suivi	17	8,41	2,72	22	6,68	3,56	19	7,47	3,44	2,17
	RDV fixés par mois	17	1,01	0,57	22	0,91	0,62	19	1,01	0,57	0,61
	RDV respectés par mois	17	0,83	0,58	22	0,80	0,62	19	0,72	0,44	0,10
	RDV annulés par mois	17	0,18	0,14	22	0,11	0,17	19	0,29	0,36	4,69
Année 2	Nombre de mois de suivi	15	12	0	18	11,67	1,19	17	11,06	2,73	2,79
	RDV fixés par mois	15	1,07	0,43	18	0,99	0,51	17	1,67	2,95	0,22
	RDV respectés par mois	15	1,01	0,46	18	0,81	0,42	17	1,49	2,74	1,29
	RDV annulés par mois	15	0,07	0,09	18	0,19	0,29	17	0,18	0,29	0,66
Année 3	Nombre de mois de suivi	12	11,25	2,60	15	11,20	2,11	13	10,69	2,39	1,84
	RDV fixés par mois	12	0,91	0,51	15	0,84	0,58	13	1,01	0,48	0,37
	RDV respectés par mois	12	0,83	0,49	15	0,67	0,53	13	0,70	0,44	0,86
	RDV annulés par mois	12	0,09	0,11	15	0,17	0,26	13	0,31	0,26	5,49
	Nombre de documents consultés	18	2,56	2,04	23	1,78	1,35	22	2,23	1,90	1,33

À nouveau, nous remarquons que selon le niveau de risque, les AICS ne diffèrent pas entre eux concernant la compliance thérapeutique. Les AICS présentant un niveau de risque plus élevé respectent autant de rendez-vous que les AICS ayant un niveau de risque plus faible. La même observation est réalisée quant au nombre de rendez-vous annulés.

Comparaison entre les 3 premières années de suivi

Récidive

L'analyse révèle que la durée moyenne du traitement des AICS, en mois, diffère en fonction des trois années de suivi ($F = 14,40$; $p = .00$), mais en aucun cas la récidive ne joue un rôle dans cette différence ($F = 0,72$; $p = .46$). Concernant le nombre de rendez-vous fixés et de rendez-vous respectés, nous n'observons aucune différence selon les 3 premières années de suivi ($F = 1,88$; $p = .17$ et $F = 1,36$; $p = .26$) et aucune influence de la récidive ($F = 2,39$; $p = .11$ et $F = 0,69$; $p = .48$). Cependant, nous observons une différence entre les années de traitement concernant l'abandon thérapeutique ($F = 3,41$; $p = .04$) ainsi qu'un rôle joué par la récidive dans la variabilité des rendez-vous annulés ($F = 3,65$; $p = .03$). Effectivement, le

nombre de rendez-vous annulés augmente au fil des années chez les AICS non récidivistes et diminue chez les AICS récidivistes.

Niveaux de risque à la Statique-99R

Concernant le niveau de risque, nous observons des différences sur les trois années de traitement concernant le nombre de mois de suivi ($F = 22,80$; $p = .00$), mais le niveau de risque n'a aucune influence ($F = 0,92$; $p = .45$). De plus, nous n'observons aucune différence pour le nombre de rendez-vous fixés et respectés par les AICS ($F = 0,38$; $p = .62$ et $F = 1,07$; $p = .34$) et l'absence d'influence de la part du niveau de risque ($F = 0,62$; $p = .60$ et $F = 0,08$; $p = .97$). Pour le nombre de rendez-vous annulés, des différences sont présentes entre les 3 premières années de suivi ($F = 3,18$; $p = .05$) ainsi qu'une influence du niveau de risque sur ces différences ($F = 3,24$; $p = .02$). Effectivement, les AICS présentant un niveau de risque moyen et moyen élevé ont tendance à annuler davantage de rendez-vous au cours du temps tandis que ceux ayant un niveau de risque moyen faible ont tendance à en annuler de moins en moins.

Discussion

Cette section de la recherche a pour but d'explorer les facteurs liés, voire prédicteurs de la récidive chez les AICS en Région Wallonne, parmi les différentes caractéristiques socio-environnementales, diagnostiques et délictueuses. De plus, elle a également pour objectif d'identifier la variabilité des modalités organisationnelles de prise en charge (nombre d'années de suivi, de mois de suivi, de rendez-vous fixés, respectés et annulés, de documents consultés) selon le caractère récidiviste ou non récidiviste des AICS ainsi que leur profil à risque de récidive évalué à la Statique-99R, à l'aide de données exploratoires.

Globalement, l'analyse révèle que plusieurs caractéristiques principalement centrées sur les aspects délictueux, liées à l'abus de substances et quelques indicateurs d'isolement social sont en lien avec les différents types de récidive, cependant aucune d'entre elles ne permet de prédire cette dernière.

Plus spécifiquement, le fait d'être célibataire au cours des faits et de la détention est lié à la récidive sexuelle (respectivement .34 et .32) ainsi que le fait de vivre seul au cours des faits, également en lien avec la récidive générale (.40) et non violente non sexuelle (.49). Aussi, nous retrouvons également un lien avec la récidive générale et sexuelle pour le mode de vie communautaire que ce soit lors des faits (.35 et .56), lors de la détention (.38 et .56) ou à la libération (.24 et .41) ainsi qu'« Autre » à la libération (.33 et .49). Ces résultats sont concordants avec la littérature, effectivement l'instabilité du mode de vie, relationnelle et professionnelle est l'un des facteurs de risque dynamiques lié à la récidive sexuelle (Andrews & Bonta, 2010 ; Fernandez *et al.*, 2014 ; Hanson *et al.*, 2007 ; Hanson & Yates, 2013 ; Mann *et al*., 2010). Concernant le statut professionnel, les résultats ne sont pas totalement cohérents avec la littérature. Bien que le fait d'être sans emploi lors des faits soit moyennement corrélé à la récidive sexuelle (.32), le fait d'exercer une profession à la libération l'est également. Quant aux caractéristiques délictueuses, conformément à la littérature, les principaux facteurs de risque statiques relatifs aux types de victimes et indicateurs des préférences sexuelles sont liés à la récidive. Effectivement, nous retrouvons des corrélations positives entre la récidive générale et la victimisation d'individus extrafamiliaux (.54) ainsi que celle de victimes masculines, également liées à la récidive sexuelle et non violente non sexuelle (.27 et .34) (Hanson & Bussière, 1998 ; Hanson & Harris, 2000 ; Hanson & Thornton, 1999 ; Hanson &

Yates, 2013 ; Hanson *et al.*, 2003 ; Quinsey, Rice, Harris, & Cormier, 2006). D'après ces auteurs, le nombre d'antécédents sexuels joue aussi un rôle dans la probabilité de récidive. Concernant ces antécédents, les faits de pédopornographie sont faiblement corrélés à la récidive sexuelle (.25). Les antécédents d'outrage public aux mœurs et de délits non sexuels violents sont respectivement liés à la récidive sexuelle (.33) et non sexuelle violente (.29). Enfin, le diagnostic relatif à des problématiques d'abus d'alcool est corrélé avec les récidives générale (.40), sexuelle (.36) et non violente non sexuelle (.45). L'intoxication à une substance est en effet un des facteurs de risque aigus impliqué dans l'imminence d'un nouveau passage à l'acte (indice d'effondrement) (Cortoni, 2009 ; Hanson & Harris, 2000).

Quant aux comparaisons réalisées sur base des modalités de traitement, l'analyse des données révèle peu de différences entre les groupes lorsque l'on prend en compte le parcours total ou les années de traitement indépendamment, et ce quel que soit le profil des AICS. La prise en charge des AICS ne semble donc pas être différenciée en fonction du profil de récidive ou du niveau de risque. Selon la littérature, il est recommandé d'adapter la prise en charge en appliquant des traitements plus longs et plus intenses aux AICS présentant les plus hauts risques de récidive, cependant il n'existe pas de consensus quant aux modalités de traitements (Andrews & Bonta, 2010 ; Olver & Wong, 2013). Parallèlement ces résultats sont à mettre en perspective avec ceux du premier chapitre de ce rapport. Il semble que la durée du suivi des AICS est plus longue, mais que le dosage est moins intense que ce qui est retrouvé dans la littérature. Cependant, notons que les données relatives à ces modalités de prise en charge sont restreintes aux thérapies individuelles et de groupe ainsi qu'aux intervenants principaux (psychiatre, psychologue, etc.), excluant de fait les rendez-vous téléphoniques ainsi que le système de prise en charge externe aux Equipes de Santé Spécialisées (exemple : suivi judiciaire). Nous nous apercevons néanmoins qu'il n'y a pas de différence quant à la compliance thérapeutique des AICS (nombre de rendez-vous respectés et annulés). À ce sujet, les AICS récidivistes ou ceux ayant un niveau de risque plus élevé respectent autant et n'annulent pas plus d'entretiens que les AICS non récidivistes et ceux présentant un niveau de risque plus faible. Par contre, la récidive a une influence sur l'abandon thérapeutique au cours des années de suivi. Les AICS récidivistes annulent moins de rendez-vous au cours des trois premières années tandis que les AICS non récidivistes en annulent plus. Inversement, concernant le profil à risque, nous observons une augmentation du nombre d'entretiens

annulés pour les AICS présentant les niveaux de risque plus élevés (moyen à moyen élevé) et une diminution pour les AICS ayant un niveau moins élevé (moyen faible). L'abandon thérapeutique étant évalué comme lié à la récidive sexuelle (Hanson & Bussière, 1998 ; Hanson & Harris, 2000 ; Hanson & Morton-Bourgon, 2004 ; Mann *et al.*, 2010 ; Schmucker & Lösel, 2005 ; Soldati & Eytan, 2014), nos résultats sont encourageants concernant la compliance thérapeutique des AICS en Région wallonne. Cette dernière est d'ailleurs définie comme l'un des facteurs de protection favorable à la désistance (Brown *et al.*, 2012 ; Miller, 2006 ; Ullrich & Coid, 2011).

En conclusion, cette partie de la recherche permet d'apprécier les caractéristiques des AICS pris en charge en Région wallonne et tend à rejoindre les résultats internationaux portant sur cette population. Elle permet également de fournir des indications aux équipes de soins qui, dans le suivi, sont amenées à repérer les facteurs de risque présentés par les AICS. Cependant, les données précédemment exposées sont le résultat du croisement des deux bases de données du projet rendant l'effectif total faible et non généralisable. De plus, les caractéristiques étudiées restent des indicateurs précaires d'événements plus dynamiques qui ne peuvent actuellement être directement mesurés. Effectivement, le fait d'être célibataire ou de vivre seul n'indique pas nécessairement que l'individu n'a pas un entourage soutenant ou souffre de solitude. Actuellement, la procédure ne permet pas non plus de vérifier le lien entre les différentes caractéristiques des AICS et la désistance. Cela permettrait d'explorer les facteurs potentiellement protecteurs, notamment concernant les versants socio-environnementaux. De plus, plusieurs facteurs de type « Autre » relatifs au mode de vie et à la profession sont également liés à la récidive, un intérêt pourrait également être porté à ces caractéristiques encore non explorées. Aussi, le profil récidiviste ou non-récidiviste des AICS ne semble pas avoir une importance concernant leur observance thérapeutique par contre c'est le cas pour le profil à risque. De plus, bien qu'il n'y ait pas de différenciation du dosage thérapeutique selon le profil des AICS, la prise en charge est, du moins, autant effective pour les uns que pour les autres. Ces résultats mettent en exergue l'importance de prendre en compte le niveau de risque des AICS au sein du suivi ainsi que celle de l'inclusion de l'évaluation du risque dans la prise en charge clinique. Cependant, ces résultats sont à nuancer, car, effectivement, le faible effectif total ainsi que la disparité entre les groupes de comparaison ne permettent pas non plus de généraliser ces informations à la population

d'AICS pris en charge en Région wallonne. L'absence de groupe témoin (AICS non traités) ne permet pas non plus d'apporter des précisions concernant l'efficacité de la prise en charge des délinquants sexuels bien que la méta-analyse récente de Kim *et al.* (2015) met en avant que cette efficacité est prometteuse, mais dépendante de plusieurs variables telles que le type d'intervention ou l'âge des participants. Outre la nécessité de pouvoir élargir l'échantillon étudié dans cette étude, il serait également intéressant de s'intéresser au lien entre l'arrêt volontaire de traitement, la récidive et le profil à risque de récidive des AICS ainsi que d'approfondir les caractéristiques cliniques propres à la prise en charge afin de pouvoir évaluer les stratégies potentiellement plus efficaces.

Perspectives d'avenir

Les perspectives d'avenir s'axent autour de différents points :

- Tout d'abord le travail de l'année 2018 sera principalement orienté vers une rencontre individuelle avec les différentes équipes. Ces rencontres auront deux objectifs, tout d'abord de remercier de vive voix les équipes participantes ; puis avec les équipes participantes ou non de faire un point sur le projet, son déroulement, sa continuité et surtout reprendre avec les équipes les procédures d'anonymisation pour soulever toutes les questions, craintes et incertitudes de celles-ci ;
- Continuer la collecte des données afin d'augmenter la population d'étude pour de nouveaux patients suivis au sein d'ESS participantes et de compléter annuellement des variables reprises dans l'instrument d'évaluation étant donné que celui-ci s'évalue chaque année pour les variables sensibles au changement ainsi que pour les variables relatives à la prise en charge pour les AICS déjà repris dans la base de données ;
- Consulter les dossiers de patients ayant été internés en Défense Sociale à Tournai et étant suivis au sein d'ESS, car, en effet, la DGD ne dispose pas de dossiers pour ces patients et ils n'ont donc pas pu être inclus dans les analyses relatives au présent rapport ;
- Diffuser les résultats de la présente recherche à travers des communications lors de congrès internationaux ou des articles scientifiques publiés dans des revues nationales ou internationales.

Bibliographie

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.

Alexander, M. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse: A Journal of Research & Treatment, 11*(2), 101–116. doi : 10.1177/107906329901100202.

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.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct (5th ed.).* New Providence, NJ : LexisNexis/Matthew Bender.

Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., & Leib, R. (2001). The comparative costs and benefits to reduce crime. Washington State Institute for Public Policy. Document No. 01-05-1201. Retrieved from http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/756/Wsipp_The-Comparative-Costs-and-Benefits-of-Programs-to-Reduce-Crime-v-4-0_Full-Report.pdf.

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.

Babchishin, K. M., Hanson, R. K., & Blais, J. (2016). Less is more: Using Static-2002R subscales to predict violent and general recidivism among sexual offenders. *Sexual Abuse, 28*(3), 187-217. doi : 10.1177/1079063215569544.

Babchishin, K.M., Hanson, R.K., Blais, J. (2013). User guide for the Brief Assessment for Recidivism Risk–2002R (BARR-2002R). Retrieved from http://www.static99.org/pdfdocs/Static2002-BARR-2002REvaluatorsHandbook-2013-12-03.pdf Google Scholar

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.

Baker, L. (2012). For juvenile sex offenders, intensive program offers chance to change. Spark Action. Retrieved October 5, 2012, from http://sparkaction.org.

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.

Baratta, A. (2011). *Évaluation et prise en charge des délinquants et criminels sexuels.* Etudes et Analyses, Institut pour la Justice, Paris, France.

Barbaree, H.E., Seto, M.C., Langton, C.M., & Peacock, E.J. (2001). Evaluating the predictive accuracy of six risk assessment instruments for adult sex offenders. *Criminal Justice and Behavior; 28(4),* 490-521.

Bartosch, D.L., Garby, T., Lewis, D., & Gray, S. (2003). Differences in predictive validity of actuarial risk assessment in relation to sex offender type. International *Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47*, 422-438.

Beech, A., Beckett, R., & Fisher, D. (2000). Outcome data of representative UK sex offender treatment programs: Short-term effectiveness and some preliminary re-conviction data. Unpublished manuscript.

Beech, A., & Mann, R. (2002). Recent developments in the assessment and treatment of sexual offenders. In J. McGuire (Ed.), *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending* (pp. 259-288). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Beggs, S. M., & Grace, R. C. (2010). Assessment of dynamic risk factors: An independent validation study of the Violence Risk Scale: Sexual Offender Version. *Sexual Abuse, 22*(2), 234-251. doi : 10.1177/1079063210369014.

Bengston, S. & Langström, N. (2007). Unguided Clinical and Actuarial Assessment of Re-Offending: A direct comparison with Sex Offender in Denmarck*. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 19*, 135-153.

Bengston, S. (2008). Is new Better? A cross validation of the Static-2002 and the Risk Matrix 2000 in a Danish sample of sexual offenders. Psychology, *Crime and Law, 14(2),* 85-106.

Black, M.S. & Pettway, C. (2001). *Profile of ODRC sex offenders assessed at the sex offender risk reduction center.* Departement 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.

Boccaccini, M.T.M., Murrie, D.C., Caperton, J.D., & Hawes, S.W. (2009). Field validity of Static-99 and MnSOST-R among sex offenders evaluated for civil commitment as sexually violent predators. *Psychology, Public Policy, and law, 15,* 278-314.

Boer, D.R., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence.* Vancouver British Columbia: Institute against Family Violence.

Boer, D. P., Eher, R., Craig, L. A., Miner, M. H., & Pfäfflin, F. (Eds.). (2011). *International perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders: Theory, practice and research*. John Wiley & Sons.

Bonta, J. (2002). Offender risk assessment: Guidelines for selection and use. *Criminal Justice and Behavior, 29*(4), 355-379. doi : 10.1177/0093854802029004002.

Bonta, J. & Andrews, D.A. (2007). Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité. Document internet: https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-fr.aspx

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.

Bonta, J., & Andrews, D. (2010). Viewing offender assessment and rehabilitation through the lens of the risk-need-responsivity model. In McNeill, F., Raynor, P. & Trotter, C., *Offender supervision: New directions in theory, research and practice*, 19-40. London and New York : Routledge, Taylors and Franciss Group.

Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 26–37. doi : 10.1037/a0013035.

Brandes, B. J., & Cheung, M. (2009). Supervision and treatment of juveniles with sexual behavior problems. *Child and Adolescent Social Work Journal, 26*(3), 179-196. doi : 10.1007/s10560-009-0170-4.

Brouillette-Alarie, S. (2017). *L'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels : vers une approche centrée sur les construits psychologiques.* Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en criminologie, Ecole de criminologie, Université de Montréal, 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.

Center for Sex Offender Management. (2006). Understanding treatment for adults and juveniles who have committed sex offenses. U.S. Department of Justice. Retrieved October 3, 2012, from http://www.csom.org/pubs/treatment_brief.pdf.

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.

Claix, A., Pham, T.H., & Ducro, C. (2001). Évaluation de la Statique-99 et de la SORAG auprès d'une population de délinquants sexuels belges internés en Défense Sociale [Evaluation of the Static-99 and the SORAG on Belgian sex offenders committed to a forensic facility]. Unpublished manuscrit.

Cohen, J. (1992). A power primer, Psychological Bulletin, 112 (1), 155-159.

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.

Correctional Service of Canada (2009). Correctional program descriptions. Retrieved from: http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/cor-pro-2009-eng.shtml.

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.

Craig, L. A., Browne, K. D., & Stringer, I. (2003). Treatment and sexual offence recidivism. *Trauma, Violence, & Abuse, 4*(1), 70–89. doi : 10.1177/1524838002238946.

Craig, L.A., Browne, K.D., Beech, A., & Stringer, I. (2004). Personality characteristics associated with reconviction in sexual and violent offender. The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 15(3), 532-551.

Craig, L.A., Beech, A., & Browne, K.D. (2006). Cross-Validation of the Risk Matrix 2000 Sexual and Violent Scales. *Journal of Interpersonal Violence, 21(5),* 612-633.

De Vogel, V., De Ruiter, C., Van Beek, D., & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior, 28(3),* 235-251.

De Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2012). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk (2nd ed.).* Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.

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.

Doren, D. (2008). Empirically-based recidivism risk assessment estimate extrapolations across time and outcome measure. In A. Schlank (Ed.), *The sexually violent predator* (pp. 18-1 to 19-14). Kingston, NJ: Civic research Institute.

Douglas, E.M. & Finkelhor, D. (2005). *Childhood sexual abuse fact sheet.* Crime against Children Research Center, University of New Hampshire, United States.

Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law, 11*(3), 347. doi : 10.1037/1076-8971.11.3.347.

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.*

Dufour, S. (2014). *Les facteurs de protection et leurs implications pour le traitement des délinquants sexuels.* Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maitrise en criminologie, option intervention, Canada.

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.

Fanniff, A. M., & Becker, J. V. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescent sex offenders. *Aggression and Violent Behavior, 11*(3), 265–282. doi : 10.1016/j.avb.2005.08.003.

Farrall, S., Hunter, B., Sharpe, G. & Calverley, A. (2014). *Criminal careers in transition: The social context of desistance from crime.* Oxford University Press.

Farrington, D. P., Ttofi, M. M., & Piquero, A. R. (2016). Risk, promotive, and protective factors in youth offending: Results from the Cambridge study in delinquent development. *Journal of Criminal Justice, 45*, 63-70. doi : 10.1016/j.jcrimjus.2016.02.014.

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.

Firestone, P., Bradford, J. M., Greenberg, D. M., Nunes, K. L., & Broom, I. (2001). A comparison of the Static-99 and the Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG). Manuscript submitted for publication.

Gallagher, C. A., Wilson, D. B., Hirschfield, P., Coggeshall, M. B., & MacKenzie, D. L. (1999). Quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly, 3*(4), 19–29.

Glover, A.J.J., Churcher, F.P., Gray, A.L., Mills, J.F., & Nicholson, D.E. (2017). A Cross-Validation of the Violence Risk Appraisal Guide—Revised (VRAG–R) Within a Correctional Sample. *Law and Human Behavior, 41(6),* 507-518.

Greenfeld, L.A. (1997). *Sex offenses and offenders : An analysis of data on rape and sexual assault.* Bureau of Justice Statistics, Washington, United States.

Guay, J.-P., Proulx, J., Cusson, M. & Ouimet, M. (2001). Victim-choice polymorphia among serious sex offenders. *Archives of Sexual Behavior, 30*(5), 521-533. doi: 10.1023/A :1010291201588.

Hall, G. C. (1995). Sexual offender recidivism revised: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(*5), 802–809. doi : 10.1037/0022-006X.63.5.802.

Hanson, R.K. (1997). The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense recidivism. Ottawa, Canada: public Works and govt. services Canada. Retrived from http://www.psepc-sppcc.gc.ca.

Hanson, R. K. & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse : A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 348-362. doi : 10.1037/0022-006X.66.2.348.

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, 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., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., & Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment of sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 14*(2), 169–194. doi : 10.1023/A:1014624315814.

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., 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. & 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-analyss of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(6), 1154-1163. doi : 1 0.1037/0022-006X.73.6.1154.

Hanson, R.K. (2005). Évaluation du risque et évolution des pratiques. Conférence plénière : 3e congrès international francophone sur l'agression sexuelle. 7 Octobre 2005 Hull-Gatineau, Québec, Canada.

Hanson, R. K., Harris, A. J., Scott, T. L., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project (Vol. 5, No. 6).* Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.

Hanson, R. K. (2009). *Recent developments in risk assessment and treatment efficacy*. Presented at the TBS Advisory Board Seminar, Utrecht, The Netherlands.

Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and behavior*, *36*(9), 865-891. doi : 10.1177/0093854809338545.

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.K., Helmus, L., & Thornton, D. (2010). Predicting recidivism amongst sexual offenders: A multi-site study of Static-2002. *Law and Human Behavior, 34,* 198-211.

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.

Hanson, R.K., Harris, A.J., Helmus, L., & Thornton, D. (2014). High-risk sex offenders may not be high risk forever. *Journal of interpersonal Violence, 29(15),* 2792-2813.

Hanson, R.K., Helmus, L.M., & Harris, A.J.R. (2015). Assessing the risk and needs of supervised sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior, 42, 12,* 1205-1224.

Hanson, R.K., Thornton, D., Helmus, L.M., & Babchishin, K.M. (2016). What sexual recidivism rates are associated with Static-99 and Static-2002R scores? *Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment, 28(3),* 218-252.

Hare, R.D. (1991). The Hare Psychopathy Check-list Revised. Toronto: Multi-Health Systems.

Hare. R.D. (2003). The Hare Psychopathy Checklist: Revised. Toronto: Multi-Health Systems.

Harris, G.T., Rice, M.E., & Quinsey, V.L. (1993). Violent Recidivism of Mentally Disordered Offenders: The Development of a Statistical Prediction Instrument. Criminal Justice and Behavior, 20(4), 315-335. https://doi.org/10.1177/0093854893020004001

Harris, A.J.R., Phoenix, A., & Hanson, R.K. & Thorton, D. (2003). Statique-99 règles de codage révisées, p.63,75, Ontario, Canada.

Harris, G.T., Rice, M.E., Quinsey, V.L., Lalumière, M.L., Boer, D., & Lang, C. (2003). A multisite comparison of actuarial risk instruments for sex offenders. *Psychological Assessment, 15(3),* 413-425.

Harris, A.J.R., & Hanson, R.K. (2004). *Sex offenders recidivism: A simple question* (User report 2004-03). Ottawa, ON: Public safety and emergency Preparedness Canada.

Harris, D.A., Smallbone, S., Dennison, S., & Knight, R.A. (2009). Specialization and versatility in sexual offenders referred for civil commitment. *Journal of Criminal Justice, 37(1),* 37-44.

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.

Harris G. T., Lowenkamp C. T., & Hilton N. Z. (2015) Evidence for Risk Estimate Precision: Implications for Individual Risk Communication, Behavioral Science and Law, 33, 111–127, doi: 10.1002/bsl.2158.

Harris, G. T., & Rice, M. E. (2015). Progress in violence risk assessment and communication: Hypothesis versus evidence. *Behavioral sciences & the law, 33*(1), 128-145. doi : 10.1002/bsl.2157.

Harris, G.T., Rice, M.E., Quinsey, V.L., & Cormier, C.A. (2015). *Violent offender appraising and managing risk (3rd ed.).* Washington, DC: American Psychological Association.

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.

Hart, S., Kropp, P.R., & Laws, D.R.; with Klaver, J., Logan, C, & Watt, K.A. (2003). *The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP): Structured professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, BC: The Institute Against Family Violence.

Helmus, L., Hanson, R.K., & Thornton, D. (2009). Reporting Static-99 in light of new research on recidivism norms. The forum, 21, 38-45. Retrived from http://www.staticçç.org:pdfdocs/forum_article_feb2009.pdf.

Helmus, L., Hanson, R.K., Thornton, D., & Babchishin, K.M. (2012). Improving the predictive accuracy of Static-99 and Static-2002 with older sex offenders: revised age weights. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Tretament, 24,* 64-101.

Helmus, L., Hanson, R.K., Thornton, D., Babchishin, K.M., & Harris, A.J. (2012). Absolute recidivism rates predicted by Static-99 and Static-2002R sex offenders risk assessment tools vary across samples a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior, 39(9),* 1148-1171.

Helmus, L., Hanson, R. K., Babchishin, K. M., & Mann, R. E. (2013). Attitudes supportive of sexual offending predict recidivism: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 14*(1), 34-53. doi : 10.1177/1524838012462244.

Henggeler, S. W. (2012). Multisystemic therapy: Clinical foundations and research outcomes. *Psychosocial Intervention, 21*(2), 181–193. doi : 10.5093/in2012a12.

Hepburn, J.R. & Griffin, M.L. (2004). *An analysis of risk factors contributing to the recidisvism of sex offenders on probation.* Department of Justice, Washington, United States.

Howells, K., & Day, A. (2007). Readiness for treatment in high risk offenders with personality disorders. *Psychology, Crime & Law, 13*(1), 47-56. doi : 10.1080/10683160600869767.

Huey, S. J., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 451–467. doi : 10.1037/0022-006X.68.3.451.

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. P., & Hennen, J. (2003). Hypersexual desire in males: are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders?. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15*(4), 307-321. doi : 10.1023/A:1025000227956.

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.

Kaseweter, K., Woodworth, M., Logan, M., & Freimuth, T. (2016). High-risk sexual offenders: Towards a new typology. *Journal of Criminal Justice, 47,* 123-132.

Kennealy, P. J., Skeem, J. L., Manchak, S. M., & Eno Louden, J. (2012). Firm, fair, and caring officer-offender relationships protect against supervision failure. *Law and Human Behavior, 36*(6), 496. doi : 10.1037/h0093935.

Kernsmith, P. D., Craun, S. W., & Foster, J. (2009). Public attitudes toward sexual offenders and sex offender registration. *Journal of Child Sexual Abuse, 18*(3), 290–301. doi : 10.1080/10538710902901663.

Kim, B., Benekos, P. J., & Merlo, A. V. (2015). Sex offender recidivism revisited: Review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(1), 105-117. doi : 10.1177/1524838014566719.

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.

Knight, R. A., & Sims-Knight, J. E. (2003). The developmental antecedents of sexual coercion against women: Testing alternative hypotheses with structural equation modeling. *Annals of the New York Academy of Sciences, 989*(1), 72-85. doi : 10.1111/j.1749-6632.2003.tb07294.x.

Knight, R. A., & Thornton, D. (2007). *Evaluating and improving risk assessment schemes for sexual recidivism: A long-term follow-up of convicted sexual offenders.* Rockville, MD: National Criminal Justice Reference Service. (doc. No. 217618). Washington, DC: U.S. Department of Justice.

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.

Langström, N. (2004). Accuracy of Actuarial Procédures for Assessment of Sexual Offender Recidivsim: Risk may vary across ethnicity. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16(2),* 107-120.

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.

Larochelle, S., Diguer, L., Laverdière, O. & Greenman, P.S. (2010). Predictors of psychological treatment noncompletion among sexual offenders. *Clinical Psychology Review, 31*(4), 554-562. doi : 10.1016/j.cpr.2010.12.004.

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.

Lehmann, R.J.B., Hanson, R.K., Babchishin, K.M., Gallasch-Nemitz, F., Biedermann, J., & Dahle, K.P. (2013). Interpretoing multiple risk scales for sex offenders: evidence for averaging. *Psychological Assessment, 25,* 1019-1024.

Levenson, J. S., Brannon, Y. N., Fortney, T., & Baker, J. (2007). Public perceptions about sex offenders and community protections policies. *Analyses of Social Issues and Public Policy, 7*(1), 1–25. doi : 10.1111/j.1530-2415.2007.00119.x.

Levenson, J.S., Brannon, Y.N., Fortney, T., & Baker, J. (2007). Public perceptions about sex offenders and community protection policies. *Analyses of Social Issues and Public Policy, 7(1),* 137-161.

Loeber, R., & Farrington, D. P. (Eds.). (2012). *From juvenile delinquency to adult crime: Criminal careers, justice policy and prevention.* Oxford University Press.

Lösel, F. (1998). Treatment and management of psychopaths. In Psychopathy: *Theory, research and implications for society* (pp. 303-354). Springer, Dordrecht.

Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology, 1*(1), 117-146. doi : 10.1007/s11292-004-6466-7.

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.

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.

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).

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.

Mann, R. E., Webster, S. D., Wakeling, H. C., & Keylock, H. (2013). Why do sexual offenders refuse treatment?. Journal of sexual aggression, 19(2), 191-206. doi : 10.1080/13552600.2012.703701.

Marshall, W. L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P., & Barbaree, H. E. (1991). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review, 11*(4), 465-485. doi : 10.1016/0272-7358(91)90119-F.

Marshall, W. L. (2006). *Treating sexual offenders: An integrated approach.* Psychology Press.

Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G., & Fernandez, Y. M. (2006). *Treating sexual offenders: An integrated approach.* New York, NY: Routledge.

Marshall, L.E. & Marshall, W.L. (2017). Motivating sex offenders to enter and effectively engage in treatment. In Wilcox, D., Donath, M.L., Gray, R. & Baim, C., *Working with Sex Offenders :A Guide for Practitioners.* London and New York : Routledge, Taylor & Francis Group.

Maruna, S. (2001). *Making good: How ex-offenders reform and rebuild their lives.* Washington, DC: American Psychological Association.

McAlinden, A.-M. (2012). The governance of sexual offending across Europe: Penal policies, political economies and the institutionalization of risk. *Punishment & Society, 14*(2), 166–192. doi : 10.1177/1462474511435573.

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.

McGrath, R.J., Cumming, G., Livingston, J.A., & Hoke, S.E. (2003). Outcome of a Treatment Program for Adult Sex Offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 18(1),* 3-17.

McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2009). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management.* The Safer Society, 24.

Menghini, M., Ducro, C., & Pham T.H. (2005). Évaluation de lé 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.

Miller W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing : helping people change (3rd ed.)* New York : Guildford Press.

Mills, J.F., Kroner, D.G., & Morgan, R.D. (2011). *Clinician's guide to violence risk assessment.* Guilford Press.

Mills, J. F. (2017). Violence risk assessment: A brief review, current issues, and future directions. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 58*(1), 40-49.

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.

Mokros, A., Stadtland, C., Osterheider, M., & Nedopil, N. (2010). Assessment of risk for violence recidivism through multivariate Bayesian classification. *Psychology, public Policy, and law, 16,* 418-450.

Monahan, J. (1981). The clinical prediction of violent behaviour. Washington, DC: Government Printing Office.

Monahan, J. (1984). The prediction of violent behaviour: Toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Psychiatry, 141,* 10-15.

Monahan, J. (1988). Risk assessment of violence among the mentally disordered: Generating useful knowledge. *International Journal of Law and Psychiatry, 11,* 249-257.

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.

Nunes, K.L., Firestone, P., Bradford, J.M., Greenberg, D.M., & Broom, I. (2002). A comparison of modified versions of the Static-99 and the Sex Offender Risk Appraisal Guide*. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 14(3),* 253-267.

Ogrodnik, L. (2010). *Child and youth victims of police-reported violent crime, 2008*. Canadian Centre for Justice Statistics.

Olver, M.E., Wong, S.C.P., Nicholaichuk, T., & Gordon, A. (2007). The Validity and Reliability of the Violence Risk Scale-Sexual Offender Version: Assessing Offender Risk and Evaluating Therapeutic Change. *Psychological Assessment, 19(3),* 318-329.

Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(1), 6-21. doi : 10.1037/a0022200.

Olver, M. E., & Wong, S. C. (2013). Treatment programs for high risk sexual offenders: Program and offender characteristics, attrition, treatment change and recidivism. *Aggression and Violent Behavior, 18*(5), 579-591. doi : 10.1016/j.avb.2013.06.002.

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.

Pham, H.T. & Ducro, C. (2009). Étude du parcours post institutionnel d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suite à la prise en charge post pénitentiaire en Région wallonne : Partie II. Évaluation des taux de récidive et mise en place d'un instrument d'évaluation…. Ministère de la Région wallonne, Santé, Affaires Sociales et Egalité des chances.

Pham, T.H. ; Ducro, C. ; Desmarais, S.L.; Hurducas, C. ; Arbach-Lucioni, K. ; et al. (2016). Enquête internationale sur les pratiques d'évaluation du risque de violence : Présentation des données belges. Annales Médico-Psychologiques, 174, 539-543.

Phenix, A., Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Helmus, M., Hanson, R. K. & Thornton, D. (2017). *Statique-99R : Règles de cotation révisées – 2016.* Sécurité publique Canada, Ontario.

Polizzi, D. M., MacKenzie, D. L., & Hickman, L. J. (1999). What works in adult sex offender treatment? A review of prison-and non-prison-based treatment programs. *International*

Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 43(3), 357–374. doi : 10.1177/0306624X99433008.

Pray, R. T. (2002). *Sex offender therapy outcome: A meta-analysis*. Doctoral dissertation, Department of Educational Psychology, University of Utah.

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.

Proulx, J., Granger, L., Ouimet, M., Guay, J.-P., McKibben, A., St-Yves, M., Bigras, J., Perreault, C., Brien, T. & Pellerin, B. (1999). Profil descriptif d'un échantillon de délinquants sexuels incarcérés. Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle, 11(1), 11-14. En ligne http://www.csc-scc.gc.ca/research/forum/e111/111_f.pdf.

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.

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.

Quinsey, V. L., Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence, 10*, 85-105.

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. (2006). *Violent offenders : Appraising and managing risk. (2nd ed.)* APA, Washington, United States.

Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G. A., & Miner, M. (1999). Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *American Journal of Psychiatry, 156*(5), 786-788. doi : 10.1176/ajp.156.5.786.

Reitzel, L. R., & Carbonell, J. L. (2006). The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: A meta-analysis. *Sexual abuse: a journal of research and treatment, 18*(4), 401-421. doi : 10.1007/s11194-006-9031-2.

Rettenberger, M., & Eher, R. (2007). Predicting reoffense in sexual offender subtypes: a prospective validation study of the German version of the Sexual Offender Risk Appraisal Guide (SORAG). *Sexual Offender Treatment*, *2*(2), 1-12.

Rice, M.E. & Harris, G.T. (2002). Actuarial assessment of risk among sex offenders. Presented at the New York Academy of Sciences, Washington, D.C.

Rice, M.E., Harris, G.T., & Lang, C. (2013). Validation of and revision to the VRAG and SORAG: The Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R). Psychological Assessment, 25, 951-965

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.

Ruest, C. (2011). *Les prédicteurs dynamiques (pré-traitement et en cours de traitement) en lien avec la récidive criminelle chez les agresseurs sexuels adultes.* Mémoire de maître en sciences criminologiques, Université de Montréal, Canada.

Sacco, V.F. & Kennedy, L.W. (2002). *The Criminal Event.* Nelson Thompson Learning, Toronto, Canada.

Saleh, F. M., Grudzinskas, A. J., Malin, H. M. & Dwyer, R. G. (2010). The management of sex offenders : Perspectives for psychiatry. *Harvard Review of Psychiatry, 18*(6), 359-368. doi : 10.3109/10673229.2010.533003.

Sample, L.L., & Bray, T.M. (2006). Are sex offenders different? An examination of rearrest patterns. *Criminal Justice Policy Review, 17(1),* 83-102.

Schmucker, M., & Lösel, F. (2017). Sexual offender treatment for reducing recidivism among convicted sex. *Campbell Systematic Reviews, 8*. doi : 10.4073/csr.2017.8.

Scoones, C. D., Willis, G. M., & Grace, R. C. (2012). Beyond static and dynamic risk factors: The incremental validity of release planning for predicting sex offender recidivism. *Journal of interpersonal violence, 27*(2), 222-238. doi : 10.1177/0886260511416472.

Serin, R. C., Chadwick, N., & Lloyd, C. D. (2016). Dynamic risk and protective factors. *Psychology, Crime & Law, 22*(1-2), 151-170. doi : 10.1080/1068316X.2015.1112013.

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.

Singh, J.P., Desmarais, S.L., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C., Dean, K., … Otto, R.K. (2014). International persectives on the pratical application of violence risk assessment: A global survey of 44 countries. *International Journal of Forensic Mental Health, 13,* 193-206.

Sjostedt, G. & Langström, N. (2001). Actuarial assessment of sex offender recidivism risk: a cross-validation of the RRASOR and the Static-99 in Sweden. *Law and Human Behavior, 25,* 629-645.

Smid, W. J., Kamphuis, J. H., Wever, E. C., & Verbruggen, M. C. (2015). Risk levels, treatment duration, and drop out in a clinically composed outpatient sex offender treatment group. *Journal of interpersonal violence, 30*(5), 727-743. doi : 10.1177/0886260514536276.

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.

Soldati, L. & Eytan, A. (2014). Treatement of sex offenders : Limits and possibilities. *Revue Médicale Suisse, 10*(422), 647-650.

Soldino, V., & Carbonell-Vayá, E.J. (2017). Effect of Treatment on sex offenders' recidivism: a meta-analysis. *Anales de psicologia, 33(3),* 578-588.

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.

Sreenivasan, S., Garrick, T., Norris, R., Cusworth-Waller, S., et al. (2007). Predicting the likelihood of furure sexual recidivism: Pilot study findings from a California sex offender risk project and cross validation of the Static-99. The *Journal of The Amercican Academy of Psychiatry and the Law, 35,* 454-468.

Stadtland, C., Hollweg, M., Kleindienst, N., Dietl, J., Reich, U., & Nedopil, N. (2005). Risk assessment and prediction of violent and sexual recidivism in sex offenders: Long-term predictive validity of four risk assessment instruments. *The Journal of Forensic Psychiatry, 16(1),* 92-108.

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.

Sturgess, D., Woodhams, J., & Tonkin, M. (2016). Treatment engagement from the perspective of the offender: reasons for noncompletion and completion of treatment—a systematic review. *International journal of offender therapy and comparative criminology, 60*(16), 1873-1896. doi : 10.1177/0306624X15586038.

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.

Thibaut, F., De La Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J.M.W. & the WFSBP Task Force on Sexual Disorders. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biologicals treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry, 11*(4), 604-655. doi : 10.3109/15622971003671628.

Thibaut, F. (2013). *Approche psychiatrique des déviances sexuelles.* Springer, France.

Thornton, D. (2002). Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 14,* 139-153.

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 : Agresseurs agressés. Résultats préliminaires de l'étude EPIRARA. *European Psychiatry, 29*(8), 623. doi : 10.1016/j.eurpsy.2014.09.112.

Viljoen, J.L., McLachlan, K., & Vincent, G. (2010). Assessing violence risk and psychopathy in juvenile and adult offenders: A survey of clinical practices. *Assessment, 17,* 377-395.

Walker, D. F., McGovern, S. K., Poey, E. L., & Otis, K. E. (2004). Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: A meta-analysis and review. *Journal of child sexual abuse, 13*(3-4), 281-293. doi : 10.1300/J070v13n03_14.

Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, *7*(5), 513-528. doi : 10.1016/S1359-1789(01)00076-3.

Ward, T., & Siegert, R. J. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime and Law, 8*(4), 319-351. doi : 10.1080/10683160208401823.

Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and violent behavior, 12*(1), 87-107. doi : 10.1016/j.avb.2006.03.004.

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.

Ward, T. (2016). Dynamic risk factors: Scientific kinds or predictive constructs. *Psychology, Crime & Law, 22*(1-2), 2-16. doi : 10.1080/1068316X.2015.1109094.

Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D. et al. HCR-20 Assessinf risk for Violence. Version 2. Burnaby, BC; Simon Fraser University, Mental health, and Police Institute, 1997.

Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Desmarais, S. (2015). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Version 1.1)*. Port Coquitlam, British Columbia, Canada: Forensic Psychiatric Services Commission and St. Joseph's Healthcare.

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.

Witte, T.D., DiPlacido, C., Gu, D., & Wong, S.C.P. (2006). An investiguation of the validity and reliability of the Criminal Sentiments Scale in a sample of treated sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 18,* 249-258.

Wollert, R., & Cramer, E. (2012). The constant multiplier assumption misestimates long-term sex offender recidivism rates. *Law and Human Behavior, 36(5),* 390-393.

Woodrow, A. C., & Bright, D. A. (2011). Effectiveness of a sex offender treatment programme: A risk band analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 55*(1), 43–55. doi : 10.1177/0306624X09352162.

Woodworth, M., Freimuth, T., Hutton, E.L., Carpenter, T., Agar, A.D., & Logan, M. (2013). High-risk sexual offenders: an examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics. *International journal of Law and Psychiatry, 36(2),* 144-156.

Worling, J. R., & Langton, C. M. (2012). Assessment and treatment of adolescents who sexually offend: Clinical issues and implications for secure settings. *Criminal Justice and Behavior, 39*(6), 814-841. doi : 10.1177/0093854812439378.

Wormith, J. S., & Olver, M. E. (2002). Offender treatment attrition and its relationship with risk, responsivity, and recidivism. *Criminal Justice and Behavior, 29*(4), 447-471. doi : 10.1177/0093854802029004006.

Yates, P. M. (2013). Treatment of sexual offenders: Research, best practices, and emerging models. *International Journal of behavioral consultation and therapy, 8*(3-4), 89. doi : 10.1037/h0100989.

Yoon, D., Turner, D., Klein, V., Rettenberger, M., Eher, R., & Briken, P. (2016). Factors predicting desistance from reoffending: a validation study of the SAPROF in sexual offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology, 62*(3), 697-716. doi : 10.1177/0306624X16664379.

Etude prospective du lien entre des caractéristiques sociales, criminelles, diagnostiques et thérapeutiques et la récidive chez des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suivis au sein de la communauté en Belgique francophone

DUCRO C. [1,2], PHAM T. [1,3], LAGNEAUX J. [4]

[1] Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS), Tournai, Belgique; [2] Université Charles-de-Gaulle, Lille, France; [3] Université de Mons-Hainaut, Belgique, [4] Unité de Psychopathologie Légale (UPPL), Tournai, Belgique

Mise en place du projet d'évaluation en continu des AICS suivis au sein des Equipes de Santé Spécialisée (ESS) en Belgique francophone

L'objectif: Mener une recherche de type prospective à long terme constituée de variables «minimales» recouvrant les domaines délictueux, diagnostiques, socio environnementaux et relatifs à la prise en charge

Participants

425 AICS évalués à l'instrument mis en place → 77 dossiers consultés au Ministère de la Justice afin d'évaluer la présence ou non de récidive → 54 dossiers retenus: participants libérés ayant ou non récidivés

Instrument mis en place

Caractéristiques délictueuses
Documents officiels consultés
Types d'infractions actuelles et antérieures
Types de victimes (âge, sexe, lien AICS/Victime)

Aspects diagnostiques
Trouble mental majeur
Trouble de la personnalité
Abus de substance et traitement spécifique à ces abus

Caractéristiques de l'environnement social des AICS lors des faits, de l'enfermement, à la libération et lors du traitement
Milieu de vie
Statut marital
Situation professionnelle

Caractéristiques de la prise en charge
Fréquence des rendez-vous
Durée du traitement
Absentéisme ou arrêt du traitement en cours
Réorientation
Type de prise en charge
Qualification des praticiens
Fréquence du travail en équipe pluridisciplinaire

Analyses de données et résultats

Analyses corrélationnelles et prédictives entre les variables de l'instrument et les types de récidive. Seuls les liens significatifs seront rapportés par un C pour les corrélations et un P pour les régressions logistiques.

	Différents types de récidives													
	Générale		Sexuelle		Sexuelle violente		Sexuelle non violente	Violente		Non sexuelle violente		Non sexuelle non violente	
Victimisation d'individus majeurs et mineurs	C		C/P										
Victimisation d'individus de sexe masculin	C/P		C/P		C		C						
Absence de précarité professionnelle lors de la libération	C		C	P	C	P		C					
Mode de vie isolé lors des faits	C	P	C		C			C	P			C	
Présence d'antécédents sexuels	C		C		C			C		C	P	C	P
Délits à caractère polymorphe	C									C			
Occupation professionnelle faiblement rémunérée lors de libération	C											C/P	
Mode de vie isolé lors de la détention	C		C		C			C					
Autre modalité relationnelle lors de la libération	C		C		C			C					
Victimisation d'individus de sexe féminin					C								

6 ESS ont implémenté l'instrument auprès de plus de 400 AICS et ce depuis 2010.
Seuls 54 dossiers ont pu être exploités (absence de dossiers au Ministère de la Justice, AICS non libérés, manque d'informations, etc.).
Important d'augmenter l'effectif (élargir à d'autres services du Ministère de la Justice).

La mise en lien de ces variables avec les types de récidive met en évidence des liens significatifs avec des variables reprises telles quelles ou partiellement dans certains outils de risque. Aucun lien ne s'avère significatif avec les variables relatives à la prise en charge. Néanmoins, les résultats doivent être interprétés avec précaution dans le sens où l'effectif ayant permis la mise en lien est faible.

Taux de récidive et validité prédictive: Statique-99R, BARR-2002R, SORAG et VRAG-R

DUCRO C. [1], STRZODA I. [1] & PHAM T. [2]
[1] Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Be.
[2] Université Charles-de-Gaulle, Lille, Fr. / Université de Mons-Hainaut, Be.
Claire.ducro@crds.be

Evaluation du risque de récidive:

✓Intérêt largement documenté au sein de la littérature internationale
✓Implémentation dans la pratique en plein essor
Cf. Travaux de Hanson, Singh, Etc.

Développement et évolution des outils d'évaluation spécifiques aux agresseurs sexuels:

✓La Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999) a donné lieu à une version révisée la Statique-99R (Hanson & Thornton, 2003);
✓Le BARR-2002R (Brief Assessment for Recidivism Risk – 2002R; Babchishin, et al., 2013) a émergé pour évaluer le risque de récidive avec violence chez les agresseurs sexuels;
✓Le VRAG (Violence Risk Appraisal Guide; Harris, et al., 1993) et le SORAG (Sex Offenders Risk Appraisal Guide; Quinsey, et al.1995) ont été révisés et ont donné lieu au VRAG-R (Harris, et al., 2015).

Participants N = 185		Répartition (%)	Age des participants	Durée de la période de libération (années)
Agresseurs sexuels de victimes âgées de:	14 ans ou plus	26.3%	M = 37.70; SD = 11.96	M = 6.46; SD = 4.99
	Moins de 14 ans	57.0%	M = 43.23; SD = 10.72	M = 7.67; SD = 5.21
	Moins de 14 ans et de 14 ans ou plus	16.8%	M = 46.47; SD = 15.62	M = 7.65; SD = 5.23

Instruments utilisés	Type récidive prédit par les instruments
BARR-2002R	Récidive générale et Récidive violente y compris sexuelle
SORAG & VRAG-R	Récidive violente y compris sexuelle
Statique-99R Statique-2002	Récidive sexuelle

Analyses de données

✓Récidive générale: RG
✓Récidive sexuelle: RS
✓Récidive violente non sexuelle: RV
✓Récidive non violente non sexuelle RNVNS

Taux de récidive: %
Validité prédictive: AUC

Résultats: taux de récidive (%)		RG	RS	RV	RNVNS
	Total	23.2	11.9	2.7	10.8
Agresseurs sexuels de victimes âgées de:	14 ans ou plus	21.3	4.3	2.1	14.9
	Moins de 14 ans	25.5	13.7	3.9	10.8
	Moins de 14 ans et de 14 ans ou plus	13.3	13.3	0.0	3.3

Résultats: validité prédictive	RG			RS			RV			RNVNS		
Score Total	AUC	p	IC	AUC	p	IC	AUC	p	IC	AUC	p	IC
BARR-2002R	.71	.00	.62 - .80	.62	.11	.48 - .75	.85	.02	.72 - .97	.77	.00	.67 - .87
Statique-99R	.69	.00	.59 - .78	.72	.00	.59 - .85	.76	.08	.54 - .97	.66	.03	.52 - .79
Statique-2002	.67	.00	.58 - .76	.68	.01	.55 - .82	.66	.28	.51 - .80	.66	.03	.55 - .77
SORAG	.64	.01	.54 - .74	.56	.40	.43 - .69	.70	.18	.52 - .87	.69	.01	.56 - .83
VRAG-R	.67	.00	.57 - .76	.58	.27	.45 - .71	.77	.07	.65 - .89	.76	.00	.63 - .88

Discussion / Les validités prédictives:

✓ De la BARR-2002R conforme aux objectifs de l'outil: RG & RV auxquelles vient s'ajouter la validité prédictive de la RNVNS;
✓ Des Statique99R et 2002 ne diffèrent pas l'une de l'autre et prédisent notamment la RG, RS, et la RNVNS;
✓ Des SORAG et VRAG-R ne diffèrent que très peu l'une de l'autre, néanmoins, elles ne prédisent que la RG et la RNVNS. Une validité prédictive significative était également attendue pour les RV et RS.
Attention: faibles taux de RV

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

DUCRO C. [1,2], STRZODA, I. [1,3], & PHAM, H.T. [1,3]
[1] Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Be; [2] Université Charles-de-Gaulle, Lille, Fr; [3] Université 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 = 185 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	28.3%	M = 37.70; SD = 11.96	M = 6.46; SD = 4.99
	< 14 years	57.0%	M = 43.23; SD = 10.72	M = 7.67; SD = 5.21
	< 13 and > 14 years	16.8%	M = 46.47; SD = 15.62	M = 7.65; SD = 5.23

Instruments	Predicted recidivism by instruments
BARR-2002R	General recidivism & Violent recidivism including sexual
SORAG & VRAG-R	Violent recidivism including sexual
Static-99R & Static-2002	Sexual recidivism

Data analysis		
✓General recidivism: RG ✓Sexual recidivism: RS ✓Violent non sexual recidivism : RV ✓Non violent non sexual recidivism: RNVNS	Recidivism rates	%
	Preditive validity	AUC

Results: recidivism rates (%)		RG	RS	RV	RNVNS
Sex offenders, victims of	Total	23.2	11.9	2.7	10.8
	> 13 years	21.3	4.3	2.1	14.9
	< 14 years	25.5	13.7	3.9	10.8
	< 13 and > 14 years	13.3	13.3	0.0	3.3

Results: Predictive validity (AUC)	RG			RS			RV			RNVNS		
Total scores	AUC	p	IC	AUC	p	IC	AUC	p	IC	AUC	p	IC
BARR-2002R	.71	.00	.62 - .80	.62	.11	.48 - .75	.85	.02	.72 - .97	.77	.00	.67 - .87
Static-99R	.69	.00	.59 - .78	.72	.00	.59 - .85	.76	.08	.54 - .97	.66	.03	.52 - .79
Static-2002	.67	.00	.58 - .76	.68	.01	.55 - .82	.66	.28	.51 - .80	.66	.03	.55 - .77
SORAG	.64	.01	.54 - .74	.56	.40	.43 - .69	.70	.18	.52 - .87	.69	.01	.56 - .83
VRAG-R	.67	.00	.57 - .76	.58	.27	.45 - .71	.77	.07	.65 - .89	.76	.00	.63 - .88

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 and 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

Ce rapport d'activité recense les principales activités du CRDS au cours de l'année 2017 concernant 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.

Tout d'abord, une description de l'état actuel de la base de données sur ces versants sociaux, criminels, diagnostiques et thérapeutiques est développée. Les AICS ont un statut social et professionnel relativement isolé et précaire ayant tendance à perdurer dans le temps. Ils abusent surtout des victimes féminines, de moins de 14 ans et intrafamiliales, leur histoire criminelle étant composée d'infractions sexuelles avec contact et de peu d'antécédents judiciaires. Dans plus de 40% des cas, l'infraction sexuelle a lieu sous l'effet de substances. La période de suivi thérapeutique est de près de 3 ans avec près d'un rendez-vous fixé par mois, un taux assez proche d'entretiens respectés et peu d'annulations.

Ensuite, une partie relative aux taux de récidive des AICS issus du système judiciaire belge francophone révèle 25,14% de récidive générale, 12,72% de récidive sexuelle, 4,62% de récidive violente non sexuelle et 11,27% de récidive non violente non sexuelle sur près de 10 ans. Les AICS ayant bénéficié d'une libération de type « Autre » récidivent davantage et plus rapidement que ceux libérés via des mesures conditionnelles. Des récidives plus rapides sont aussi observées pour les AICS ayant des victimes de moins de 14 ans extrafamiliales et ceux ayant des victimes d'âge mixte en comparaison aux autres AICS.

La troisième partie du rapport porte sur la validation des outils d'évaluation du risque de récidive des AICS. Parmi les instruments étudiés, la BARR-2002R et la Statique-99R révèlent respectivement une bonne validité prédictive de la récidive violente non sexuelle et non violente non sexuelle et de modérée à bonne pour tous les types de récidives, quelle que soit la durée du suivi. La Statique-2002 prédit modérément tous les types de récidives.

Enfin, des analyses exploratoires mettent en lien les variables exposées dans la première partie du rapport et la récidive. Certains modes de vie (célibataire, seul, communautaire) sont liés à la récidive générale, sexuelle et non violente non sexuelle. La victimisation de personnes extrafamiliales est liée à la récidive générale, celle de victime masculine à la récidive sexuelle et non violente non sexuelle. Les antécédents de pédopornographie et d'outrage public aux mœurs sont liés à la récidive sexuelle tandis que ceux non sexuels violents le sont à la récidive correspondante. Enfin, l'abus d'alcool est lié à toutes les formes de récidive excepté la récidive violente non sexuelle. L'analyse comparative révèle que la prise en charge des AICS ne semble pas être différenciée en fonction du profil de récidive ou du niveau de risque.