

ÉCOLE DOCTORALE Santé, Sciences, Technologies

ÉQUIPE de RECHERCHE : Vieillissement et Développement Adulte

THÈSE présentée par :

Claire DUCRO

Soutenue le : **29 mai 2009**

Pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université François - Rabelais**

Discipline/ Spécialité : Psychologie

**Evaluation du Risque de Récidive des Agresseurs Sexuels au sein
du système judiciaire Français**

**Précisions conceptuelles et Validations discriminantes et
convergentes d'instruments d'évaluation du risque de récidive**

THÈSE dirigée par :

M. REVEILLERE Christian
M. PHAM Thierry

Professeur, Université François – Rabelais, Tours
Professeur, Université Mons Hainaut

RAPPORTEUR :

M. NANDRINO Jean-Louis

Professeur, Université Charles de Gaulle, Lille 3

JURY :

M. FONTAINE Roger
M. HARMEGNIES Bernard
Mme. HUET Kathy
M. NANDRINO Jean Louis
M. PHAM Thierry
M. REVEILLERE Christian

Directeur d'UFR, Université François – Rabelais, Tours
Doyen, Professeur, Université de Mons Hainaut
Premier Assistant, Université de Mons Hainaut
Professeur, Université Charles de Gaulle, Lille 3
Professeur, Université Mons Hainaut
Professeur, Université François – Rabelais, Tours

Résumé

Dans la société, les agresseurs sexuels sont souvent associés à la dangerosité, à un haut risque de récidive. De plus en plus, il est demandé aux professionnels tels qu'aux décideurs judiciaires ou aux experts de se positionner sur le niveau de risque de récidive de certaines personnes ayant commis des délits et notamment dans le cas de la présente étude de délits sexuels. La littérature relative au risque de récidive des agresseurs sexuels montre que lorsque le jugement d'un potentiel risque de récidive est basé sur un jugement clinique, celui-ci s'avère proche du hasard. Suite à ce constat et à la nécessité de se prononcer sur le niveau de risque, différents instruments d'évaluation du risque de récidive ont été mis en place depuis les années 90. L'objectif de la présente étude est d'implémenter des instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels au sein du système judiciaire français. Ce type d'étude n'a, à notre connaissance, pas encore été mené en France. Suite à l'évaluation de ces instruments, un travail de conceptualisation et de validation discriminante et convergente sera effectué.

Les instruments utilisés dans la présente recherche sont au nombre de cinq, et ce distinguent en trois catégories : les instruments actuariels statiques qui sont la SORAG (Sex Offender Appraisal Guide, Quinsey, Rice, & Harris, 1995) et la Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2003) ; les instruments cliniques structurés qui sont la SVR-20 (Sexual Violence Risk, Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997) et la RSVP (Risk for Sexual Violence Protocol, Hart, Kropp, Klaver, Logan, & Watt, 2003) ; et un instrument dynamique qui est la Stable et l'Acute 2000 (Harris & Hanson, 2000). Les instruments actuariels sont constitués d'items statiques qui ne varient pas dans le temps, ou qui ne peuvent varier qu'à la hausse du niveau de risque de récidive si l'agresseur sexuel commet un nouveau délit. Les instruments cliniques structurés recensent des items statiques et cliniques, ces derniers comme pour les instruments dynamiques sont sujets à des changements au cours du temps et notamment lors d'une prise en charge.

Ces instruments ont été évalués au près de 84 agresseurs sexuels issus du système judiciaire français. Les agresseurs sexuels, lors des analyses, ont été catégorisés soit selon leur statut judiciaire, c'est-à-dire des agresseurs sexuels sous mandat de dépôt en maison d'arrêt, des agresseurs sexuels détenus, et des agresseurs sexuels en obligation de suivi socio judiciaire dans la société. Ils ont également été catégorisés selon le type de victime sur lequel ils ont commis un fait à caractère sexuel : des agresseurs sexuels de victimes majeures (âgées de plus

de 13 ans), des agresseurs sexuels de victimes mineures (âgées de moins de 14 ans) ayant ou non un lien familial avec leur agresseur, et pour celles ayant un lien familial en fonction que ce lien soit biologique ou non, et des agresseurs sexuels de victimes mineures et de victimes majeures.

Dans un premier temps nous avons analysé le niveau de risque des agresseurs sexuel en fonction de leur statut judiciaire puis en fonction du type de victime. Les principaux résultats sont que les agresseurs sexuels détenus présentent des niveaux de risque statiques et cliniques structurés supérieurs aux agresseurs sexuels sous mandat de dépôt en maison d'arrêt ou en obligation de suivi socio judiciaire. De plus notons que le niveau de risque varie en fonction du type de victime de l'abus. En effet, les agresseurs sexuels de victimes majeures présentent généralement des niveaux de risque supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes mineures ou aux agresseurs sexuels de victimes mineures et majeures.

Dans un second temps, nous avons analysé la validité convergente des instruments, à savoir s'ils évaluaient de la même manière le niveau de risque. Les résultats montrent une bonne validité convergente entre les deux instruments actuariels, la nuance de validité convergente, pourrait être soulignée par le fait que la SORAG évalue le risque de récidive violente y compris sexuelle alors que la Statique-99 évalue le risque de récidive sexuelle. En ce qui concerne la validité convergente des instruments cliniques structurés et des instruments actuariels, un point intéressant est que certains facteurs des instruments cliniques structurés sont corrélés positivement avec le niveau de risque actuariel, et notamment les facteurs d'ajustement social tels que les problèmes relationnels ou professionnels. Donc pour résumer, certaines caractéristiques convergent entre les instruments, mais pas l'ensemble. En effet, ils ont chacun leur spécificité qu'il est nécessaire de préciser lorsque l'on évalue le risque. Ces spécificités nous permettent de considérer tel ou tel instrument lorsqu'on souhaite évaluer le risque.

Dans un troisième temps, nous avons souhaité au travers d'analyses de régressions linéaires souligner quels items ou facteurs des instruments cliniques structurés ou dynamiques pouvaient prédire un niveau de risque actuariel. Non pas pour que les instruments cliniques soient utilisés dans une évaluation de type actuarielle mais pour souligner dans l'évaluation clinique sujette aux changements, quelles caractéristiques sont en lien avec le niveau de risque actuariel qui lui prédit de manière correcte le risque de récidive des agresseurs sexuels.

Table des matières

1. Cheminement vers l'évaluation du risque de récidive	17
1.1. Les types de récidive	17
1.2. Pourquoi identifier des marqueurs de risque.....	18
1.3. Analyse des marqueurs de risque de récidive	18
1.2.1. Analyse des prédicteurs de risque de récidive sexuelle: variables statiques.....	19
1.2.2. Analyse des prédicteurs de risque : variables dynamiques stables ou aigues	22
2. De l'analyse des prédicteurs de risque vers la conceptualisation d'instruments d'évaluation du risque	31
3. Différents instruments d'évaluation du risque de récidive.....	36
3.1. Evaluation statique du risque de récidive.....	36
3.1.1. Deux instruments d'évaluation du risque de récidive statiques	37
3.1.1.1. La Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG, Quinsey, Rice, & Harris, 1995).....	37
3.1.1.1.1. Objectif de la SORAG.....	37
3.1.1.1.2. Fidélité inter-juges de la SORAG	38
3.1.1.1.3. Validité prédictive de la SORAG.....	38
3.1.1.1.4. Validité discriminante de la SORAG selon le type d'agresseur sexuel ...	40
3.1.1.2. La Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2003)	42
3.1.1.2.1. Objectif de la Statique-99.....	42
3.1.1.2.2. Fidélité inter-juges de la Statique-99	42
3.1.1.2.3. Validité prédictive de la Statique-99	43
3.1.1.2.4. Validité discriminante de la Statique-99 selon le type d'agresseur sexuel	48
3.1.2. Validité convergente de la SORAG et de la Statique-99	49
3.2. Evaluation clinique structurée du risque de récidive	51
3.2.1. Définition de l'évaluation clinique structurée	51
3.2.2. Deux instruments d'évaluation du risque de récidive clinique structurés.....	52
3.2.2.1. La Sexual Violence Risk (SVR-20, Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997)....	52
3.2.2.1.1. Objectif de la SVR-20	52
3.2.2.1.2. Fidélité inter-juges de la SVR-20.....	53
3.2.2.1.3. Validité prédictive de la SVR-20	53

3.2.2.2. La Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP, Hart, Kropp, Klaver, Logan, & Watt, 2003).....	56
3.2.2.2.1. Objectif de la RSVP	56
3.2.2.2.2. Fidélité inter-juges et validité prédictive de la RSVP	57
3.2.2.2.3. Validité discriminante de la RSVP.....	57
3.3. Evaluation dynamique du risque de récidive	58
3.3.1. Définition de l'évaluation dynamique.....	58
3.3.2. Un exemple d'instrument d'évaluation dynamique	60
3.3.2.1. La Stable et Acute 2000 (Harris & Hanson, 2000)	60
3.3.2.1.1. Objectif de la Stable et Acute 2000.....	60
3.3.2.1.2. Fidélité inter-juges et validité prédictive de Stable et Acute 2000	60
4. La Psychopathy Check List-Revised (PCL-R, Hare, 1991, 2003) comme instrument d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels.....	62
4.1. Fidélité inter-juges et validité prédictive de la PCL-R auprès des agresseurs sexuels .	63
4.2. Validité discriminante de la PCL-R au sein des agresseurs sexuels	65
5. Intégration de ces instruments d'évaluation du risque de récidive dans l'évaluation de la prise en charge des agresseurs sexuels	66
5.1. Contrôle du niveau de risque vers un dosage thérapeutique	66
5.2. Evaluation en tant que telle de l'efficacité de la prise en charge	68
But de la recherche.....	70
Hypothèses	70
Hypothèse 1 : Niveau de risque des justiciables français évalués dans la présente étude ...	70
Hypothèse 2 : Validité convergente des instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels.	72
Hypothèse 3 : Facteurs ou Items « prédicteurs » du risque des instruments cliniques structurés ou dynamiques	74
Participants	76
Instruments	87
<i>La Sex Offenders Risk Appraisal Guide (SORAG, Quinsey et al., 1995)</i>	87
<i>La Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2003)</i>	89
<i>La Sexual Violence Risk Protocol (SVR-20, Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997)</i>	90
<i>La Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP, Hart, Kropp, & Laws, 2003)</i>	91
<i>La Stable et Acute 2000 (Hanson & Harris, 2001)</i>	93
<i>L'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R, 1991, 2003)</i>	95

Méthode.....	97
Résultats	98
Résultats 1 : Niveau de risque des justiciables français évalués dans la présente étude.....	98
Niveau de risque statique	98
Niveau de risque clinique structuré	102
Niveau de risque dynamique	112
Niveau de psychopathie	116
Résultats 2 : Validité convergente des instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels	125
Validité convergente des instruments actuariels	125
Validité convergente des instruments actuariels versus des instruments cliniques structurés	128
Validité convergente des instruments cliniques structurés versus des instruments dynamiques.....	137
Résultats 3 : Facteurs ou Items « prédicteurs » du risque des instruments cliniques structurés ou dynamiques	143
Facteurs ou Items de la SVR-20 « prédicteurs » du risque de récidive statique	143
Facteurs ou Items de la RSVP « prédicteurs » du risque de récidive statique	147
Facteurs ou Items de Stable et Acute 2000 « prédicteurs » du risque de récidive statique	151
Bibliographie.....	177
Insérer votre résumé en français suivi des mots-clés	199
1000 caractères maximum.....	199
Insérer votre résumé en anglais suivi des mots-clés	199

Liste des tableaux

Tableau 1 : Pourcentages de récidive en fonction de l'âge des agresseurs sexuels (Prentky & Lee, 2007).....	20
Tableau 2 : Fidélité inter-juges de la SORAG	38
Tableau 3 : Validité prédictive de la SORAG.....	38
Tableau 4: Fidélité inter-juges de la Statique-99	43
Tableau 5: Validité prédictive de la Statique-99	45
Tableau 6: Accords inter-juges de la SVR-20.....	53
Tableau 7: Validité prédictive de la SVR-20	55
Tableau 8: Validité prédictive de la Stable 2000	61
Tableau 9 : Validité prédictive de la PCL-R parmi une population d'agresseurs sexuels	64
Tableau 10: Age des agresseurs sexuels selon leur statut judiciaire	79
Tableau 11 : Age des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s).....	79
Tableau 12: Age des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial avec les victimes mineures	80
Tableau 13: Age des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial et biologique avec les victimes mineures	81
Tableau 14: Type de délits commis en fonction du statut judiciaire.....	82
Tableau 15: Délits commis selon le type d'agresseur sexuel (âge des victimes).....	83
Tableau 16: Délits commis selon le type d'agresseur sexuel (âge des victimes et lien familial avec les victimes mineures).....	84
Tableau 17: Type de délits commis selon le type d'agresseur sexuel (âge des victimes et lien familial et biologique des victimes mineures).....	85
Tableau 18: Probabilités de récidiver selon la SORAG (Quinsey et al., 1995)	88
Tableau 19: Percentiles de la SORAG (Quinsey et al., 1995)	88
Tableau 20 : Probabilités de récidiver de manière sexuelle ou violente (Hanson & Thornton, 2003).....	89
Tableau 21: Catégories de risque identifiées à la Stable 2000.....	94
Tableau 22: Prédiction du risque en fonction des évaluations à la Statique-99 et à la Stable et Acute 2000	94
Tableau 23: Niveau de risque statique des agresseurs sexuels en fonction de leur statut judiciaire.....	98

Tableau 24: Niveau de risque statique des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s).....	99
Tableau 25: Niveau de risque statique des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial avec les victimes mineures	100
Tableau 26: Niveau de risque statique des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures.....	101
Tableau 27: Niveau de risque clinique structuré (SVR-20) des agresseurs sexuels en fonction de leur statut judiciaire	102
Tableau 28: Niveau de risque clinique structuré (RSVP) des agresseurs sexuels en fonction de leur statut judiciaire	103
Tableau 29: Niveau de risque clinique structuré (SVR-20) des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s)	105
Tableau 30: Niveau de risque clinique structuré (RSVP) des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s)	106
Tableau 31 : Niveau de risque clinique structuré (SVR-20) des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial avec les victimes mineures	107
Tableau 32: Niveau de risque clinique structuré (RSVP) des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial avec les victimes mineures	108
Tableau 33: Niveau de risque clinique structuré (SVR-20) des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures	110
Tableau 34: Niveau de risque clinique structuré (RSVP) des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures.....	111
Tableau 35: Niveau de risque dynamique des agresseurs sexuels selon leur statut judiciaire	112
Tableau 36: Niveau de risque dynamique des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victime(s).....	113
Tableau 37: Niveau de risque dynamique des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial avec les victimes mineures.....	114
Tableau 38: Niveau de risque dynamique des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures	115
Tableau 39: Niveau de psychopathie selon le statut judiciaire des agresseurs sexuels.....	116
Tableau 40: Niveau de psychopathie des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s).....	118
Tableau 41: Niveau de psychopathie des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial avec les victimes mineures.....	119

Tableau 42 : Niveau de psychopathie des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial et biologique avec les victimes mineures	122
Tableau 43: Validité convergente de la SORAG et la Statique-99	125
Tableau 44: Validité convergente de la SORAG et la Statique-99 en fonction du statut judiciaire des agresseurs sexuels	125
Tableau 45 : Validité convergente de la SORAG et la Statique-99 en fonction du type d'agresseur sexuel selon l'âge de leur(s) victime(s)	126
Tableau 46: Validité convergente de la SORAG et la Statique-99 selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures	127
Tableau 47: Validité convergente des scores aux instruments actuariels (SORAG et Statique-99) et des scores aux instruments cliniques structurés (SVR-20 et RSVP)	128
Tableau 48: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques structurés selon le statut judiciaire des agresseurs sexuels	129
Tableau 49: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques structurés en fonction du type d'agresseur sexuel selon l'âge de leur(s) victime(s)	131
Tableau 50: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques structurés selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures.....	132
Tableau 51: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques dynamiques	134
Tableau 52: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques dynamiques en fonction du statut judiciaire des agresseurs sexuels	135
Tableau 53: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques dynamiques en fonction du type d'agresseur sexuel catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s)	135
Tableau 54: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques dynamiques selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures.....	136
Tableau 55: Validité convergente (Rho de Spearman) des scores aux instruments cliniques structurés et des scores aux instruments cliniques dynamiques	137

Tableau 56: Validité convergente (Rho de Spearman) des scores aux instruments cliniques structurés et des scores aux instruments cliniques dynamiques en fonction du statut judiciaire.....	138
Tableau 57: Validité convergente des scores aux instruments cliniques structurés et des scores aux instruments dynamiques en fonction du type d'agresseur sexuel selon l'âge de leur(s) victime(s).....	139
Tableau 58: Validité convergente (Rho de Spearman) des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques structurés en fonction des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial et biologique avec les victimes mineures.....	141
Tableau 59: Effet prédictif du score total SVR-20.....	143
Tableau 60: Effet prédictif des items de la SVR-20.....	144
Tableau 61 Effet prédictif du score total de la RSVP	147
Tableau 62 Effet prédictif des facteurs de la RSVP.....	147
Tableau 63 : Effet prédictif des items de la RSVP.....	148
Tableau 64 : Effet prédictif du score total à la Stable & Acute 2000	151
Tableau 65: Effet prédictif des scores à la Stable et à l'Acute 2000.....	152
Tableau 66: Effet prédictif des Facteurs de la Stable & Acute 2000	152
Tableau 67: Effet prédictif des sous facteurs de la Stable & Acute 2000	153

Liste des figures

Figure 1: Répartition des participants en fonction du type d'agresseur sexuel commis	77
Figure 2: Items de la SORAG	87
Figure 3 : Items de la Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2003)	89
Figure 4: Items et structure factorielle de la SVR-20.....	91
Figure 5 Items et structure factorielle de la RSVP.....	92
Figure 6: Items et structure factorielle de la Stable et Acute 2000	94
Figure 7: Items de la PCL – R.....	96

Liste des annexes

Annexe 1 Démarches et demandes d'autorisations afin de mener cette étude : 197

Introduction

Dans la société, les agresseurs sexuels sont souvent associés à la dangerosité, assimilés à un haut risque de récidive et à des délits plus sérieux. La prédition en général, et en particulier de l'agression sexuelle est une tâche extrêmement difficile à cause de sa complexité et de la nature multifactorielle de ce type de crime (Borum, 1996 ; Craig, Browne, & Stringer, 2003 ; Sjöstedt & Langström, 2002). Cependant, le risque apparent de récidive peut influencer considérablement la gestion des agresseurs sexuels au sein du système de justice pénale. Ceux jugés à haut risque peuvent se voir imposer de grandes restrictions comme la détention post pénale, des peines d'une durée indéterminée et une surveillance de longue durée dans la société. Inversement, ceux présentant un risque faible peuvent se voir imposer des peines plus faibles ou des mesures de probation. Or, l'exactitude de prévision du jugement du risque porté par des spécialistes pour prévoir le risque de récidive n'est guère plus élevée que le hasard (Hanson & Bussière, 1998). Certains auteurs vont jusqu'à dire que l'exactitude de prévision est tellement faible qu'elle menace le bien fondé des mesures prises à l'égard des agresseurs sexuels (Janus & Meehl, 1997).

Au constat d'une réelle difficulté à évaluer le risque de récidive des agresseurs sexuels, il est nécessaire d'ajouter le coût pour la société et ce d'un point de vue économique et émotionnel. En effet, soulignons que le coût économique d'un processus judiciaire mis en place est non seulement important mais en plus multiplié par les récidives. De plus, à cette dimension financière s'ajoute la dimension émotionnelle. Il ne semble pas nécessaire de développer davantage cette dimension, ne faisant pas l'objet direct de ce travail. Toute personne pourra bien évidemment penser à l'impact émotionnel d'un tel délit sur la victime, la famille de la victime et de l'auteur de ce délit, sur les lourdes responsabilités des décideurs judiciaires, Etc. Il est donc très important, et notamment dans le cas des décideurs, de pouvoir s'appuyer sur des instruments d'évaluation du risque de récidive les plus valides. Par ailleurs, n'oublions

pas de souligner le poids de la médiatisation et de l'opinion public. Les cas les plus médiatisés sont souvent des récidivistes, pouvant être évalués à haut risque de récidive, or ils ont quitté à un moment ou un autre le processus judiciaire. Par conséquent, l'opinion publique pense que la plupart des agresseurs sexuels pour ne pas dire tous récidiveront un jour ou l'autre. Comment nuancer de tels propos lorsque des articles scientifiques soulignent que le jugement clinique de professionnels n'est guère plus élevé que le hasard et que ce jugement varie en fonction du statut de l'évaluateur qu'il soit agent de probation, employé de prison, psychiatre ou psychologue. Cette inexactitude de la prédiction clinique de la récidive a longuement été mise en avant au sein des différents travaux de Bonta, Monahan, Hanson et leurs collègues menés depuis les années 80.

Première partie

Aspects théoriques

1. Cheminement vers l'évaluation du risque de récidive

1.1. Les types de récidive

Avant de développer davantage les notions d'évaluation du risque, il semble nécessaire de définir les types de récidive :

- (a) la récidive générale est constituée de tout type de nouveau délit commis après une procédure judiciaire mise en place suite à un délit commis (détention, suivi socio judiciaire, libération conditionnelle, libération au terme d'un peine de détention, Etc.) ;
- (b) La récidive violente est représentée par tout type de nouveau délit à caractère violent (agression physique d'une personne, vol avec violence, Etc.). Parfois la notion de récidive violente y compris sexuelle peut être mentionnée, et ce dès lors que l'on considère les délits sexuels dans les catégories de délits violents. Dans les cas où les délits sexuels ne sont pas considérés dans la récidive violente, c'est parce qu'ils font l'objet d'une classification à part entière et non que l'on considère le délit sexuel comme étant non violent.
- (c) La récidive sexuelle est constituée de tout nouveau délit à caractère sexuel après une mesure judiciaire (attentat à la pudeur, viol, outrage public aux mœurs).

1.2. Pourquoi identifier des marqueurs de risque

De par l'inexactitude de la prédition clinique de la récidive mise en avant au sein des différents travaux, des recherches scientifiques se sont attelées à identifier des marqueurs de risque de récidive des agresseurs sexuels. Suite à l'identification de ces marqueurs, que nous allons développer ci-dessous, nous verrons que de nombreuses recherches ont tenté de conceptualiser ces marqueurs et de les intégrer dans des instruments d'évaluation du risque.

1.3. Analyse des marqueurs de risque de récidive

L'objectif de cette partie est de présenter sans avoir la prétention d'être exhaustif, des variables individuelles reconnues comme étant des marqueurs de risque de récidive. Ces variables seront présentées selon qu'elles sont :

- (a) *statiques*, c'est-à-dire qu'elles ne varient pas dans le temps si la personne évaluée ne commet pas de nouveau délit après son évaluation du risque de récidive ;
- (b) *dynamiques*, ces dernières peuvent être *dynamiques stables*, c'est-à-dire qu'elles varient après l'évaluation, mais sur des périodes de temps relativement longues, ou *dynamiques aigues*, c'est-à-dire qu'elles varient au cours du temps, cette variation peut avoir lieu dans un laps de temps très restreint.

1.2.1. Analyse des prédicteurs de risque de récidive sexuelle: variables statiques

Les Antécédents de délits sexuels constituent des prédicteurs de la récidive sexuelle (Hanson & Bussière, 1998 ; Prentky, Knight, & Lee, 1997 ; Quinsey, Lalumière, Rice, & Harris, 1995) et notamment chez les agresseurs sexuels d'enfants (Hanson & Bussière, 1998). Par contre, les agresseurs sexuels de femmes adultes présentent moins d'antécédents de délits sexuels que les agresseurs sexuels d'enfants (Dickey, Nussbaum, Chevolleau, & Davidson, 2002). Au sein d'une population d'agresseurs sexuels, les antécédents de délits violents et le type de violence associée au délit sexuel sont des marqueurs de risque de récidive violente et de récidive violente non sexuelle (Bengston, 2008).

La variable échec de libération conditionnelle soulignant le fait que l'agresseur sexuel n'a pas su se soumettre aux conditions émises lors de sa libération est également prédictive de la récidive sexuelle, de la récidive violente y compris sexuelle et de la récidive violente non sexuelle ($r=.29$) (Bengston, 2008).

La méta analyse de Hanson et Bussière (1998) souligne la validité prédictive de la situation maritale. En effet, le fait de ne pas être capable de vivre une relation de couple durant une période donnée est prédicteur du risque de récidive sexuelle, de récidive violente y compris sexuelle ainsi de récidive lorsque les critères de cotation de la Statique-99 (ces critères seront repris par la suite) sont considérés (Bengston, 2008). La qualité prédictive de cette variable est en effet supportée par un faisceau d'études (Abel, Mittelman, Becker, Rathner, & Rouleau, 1988 ; Lang, Pugh, & Langevin, 1988 ; Proulx, Pellerin, Paradis, McKibben, Paradis, Aubut, & Ouimet, 1997 ; Rice, Quinsey, & Harris, 1991).

Les caractéristiques de la victime de l'agresseur sexuel sont également des marqueurs de risque de récidive. En effet, le fait d'avoir été accusé de délit sexuel contre un enfant était associé à un faible risque de récidive violente non sexuelle mais pas à la récidive violente sexuelle (Hanson & Bussière, 1998 ; Langström, Sjöstedt, & Grann, 2004). Le fait d'avoir commis des délits sur des victimes inconnues ou des victimes sans lien de parenté prédit un délit à venir à caractère sexuel (Hanson, Steffy, & Gauthier, 1993 ; Lang et al., 1988 ; Proulx et al., 1997), violent ou non violent (Bengston, 2008). Le sexe de la victime, et notamment le fait d'avoir des victimes de sexe masculin est également un marqueur de risque de la récidive sexuelle (Hanson & Bussière, 1998). Ainsi, l'âge de la victime, son sexe et le lien qu'elle entretient avec son agresseur sont des marqueurs de risque de récidive sexuelle.

Plusieurs auteurs soulignaient un effet de l'âge sur les taux de récidive et considéraient donc cette variable comme étant prédictive de la récidive sexuelle, de la récidive violente et de la récidive non violente non sexuelle (Bengston, 2008). En effet, la récidive sexuelle diminuerait linéairement en fonction de l'âge des délinquants sexuels libérés (Barbaree, Blanchard, & Langton, 2003). Comme Barbaree et collaborateurs (2003) et Hanson (2002), l'étude de Prentky et Lee (2007) soulignait cette diminution des taux de récidive et ce, en fonction du type d'agresseur sexuel (Tableau 1).

Tableau 1 : Pourcentages de récidive en fonction de l'âge des agresseurs sexuels (Prentky & Lee, 2007)

Ages	18-29	30-39	40-49	50-59	60 et plus
Agresseurs d'adultes (N = 135)	28.2	28.1	22.2	20	0
Agresseurs d'enfants (N=113)	21.1	41.5	35.7	23.1	16.7

Dans cette étude, les « jeunes » agresseurs sexuels de victimes adultes présentaient des taux de récidive sexuelle élevés. A l'inverse, pour les agresseurs sexuels d'enfants, les plus « jeunes » présentaient de faibles taux de récidive sexuelle, ces taux augmentaient nettement dès 30 ans puis, déclinaient à 40 ans et chutaient considérablement à partir de 50 ans. Plus précisément, les taux de récidive sexuelle étaient plus élevés chez les « jeunes » agresseurs sexuels d'enfants extrafamiliaux et plus faibles pour les agresseurs d'enfants intrafamiliaux (Barbaree et al., 2003). Ces taux déclinaient plus rapidement pour les agresseurs sexuels d'enfants extrafamiliaux que pour les agresseurs sexuels d'enfants intrafamiliaux. A un âge avancé (60-70 ans), les taux de récidive sexuelle sont faibles et ce, quel que soit le groupe d'agresseurs sexuels.

De manière plus spécifique, la linéarité de l'effet de l'âge sur la récidive sexuelle a été étudiée en contrôlant : (a) la déviance sexuelle, celle-ci étant mesurée à partir du nombre de sentences antérieures spécifiques à des délits sexuels ; (b) ainsi que la criminalité en générale, mesurée à partir du nombre de condamnations antérieures spécifiques à des délits violents non sexuels (Thornton, 2006). De manière générale, l'âge était corrélé positivement au nombre de sentences sexuelles antérieures et négativement au nombre de sentences violentes non sexuelles antérieures. Les agresseurs sexuels libérés à un jeune âge auraient tendance à commettre tout type de délit alors que les agresseurs sexuels libérés à un âge plus avancé auraient tendance à commettre uniquement des délits à caractère sexuel. Il existe donc une relation entre l'âge à la libération et la récidive sexuelle, *mais* cette relation dépend des antécédents délictueux. En effet, pour les agresseurs sexuels ne présentant pas d'antécédents délictueux à caractère sexuel, l'âge à la libération et la récidive n'étaient pas significativement liés. Par contre, pour les agresseurs sexuels ayant commis un délit antérieur à caractère sexuel, l'effet de l'âge était caractérisé par un déclin linéaire. Pour ceux présentant deux ou plusieurs antécédents sexuels, les auteurs observaient de hauts taux de récidive pour les 18-25 ans puis,

une réduction stable jusque 60 ans, âge auquel les taux comme dans l'étude de Prentky et Lee (2007) étaient nuls.

Ainsi plusieurs variables statiques ont pu être mises en évidence. Néanmoins, la partie suivante, également non exhaustive, nous permettra de dégager l'ampleur des variables dynamiques stables ou aigues. Celles-ci ont été identifiées lors de méta analyses relatives aux agresseurs sexuels récidivistes et autres études. Cependant la qualité prédictive de ces variables est plus difficile à valider de par leur nature dynamique : elles nécessitent une évaluation et le suivi de l'agresseur sexuel au cours de sa période de libération, et non uniquement une lecture du dossier judiciaire et psychologique de celui-ci après sa libération.

1.2.2. Analyse des prédicteurs de risque : variables dynamiques stables ou aigues

Les taux de récidive sexuelle relativement « faibles » (une moyenne de 13% dans la méta-analyse de Hanson et Bussière, 1998), des agresseurs sexuels rendent difficile l'identification de variables prédictives dynamiques (Hanson & Harris, 2001). Néanmoins, afin d'identifier d'éventuels facteurs de risque dynamiques, Hanson et Harris (1998, 2000) examinent les antécédents d'un groupe d'agresseurs sexuels récidivistes comparés à des non récidivistes.

Les comparaisons permettent d'identifier des facteurs dynamiques repris ci-dessous.

L'hostilité peut être décrite comme impliquant des sentiments de colère et connotant à un ensemble d'attitudes complexes qui motivent les comportements agressifs dirigés vers la destruction d'objets ou la blessure envers autrui (Spielberger, Jacobs, Russel, & Crane, 1983).

Dans le cadre de l'agression sexuelle, l'hostilité observée chez les agresseurs sexuels serait attribuée à une pauvre socialisation, laquelle empêcherait les individus d'acquérir des processus de contrôle d'inhibition de la sexualité ou de l'agression (Marshall & Barbaree, 1990). En observant les processus de passage à l'acte, l'hostilité serait un état affectif négatif qui précède et facilite l'agression sexuelle (Hall & Hirschman, 1991 ; Proulx, Perrault, & Ouimet, 1999) alors que d'autres facteurs tels que la culpabilité et l'empathie inhiberaient cette hostilité (Hall & Hirschman, 1991). La colère et l'hostilité avaient été associés aux typologies relatives aux agresseurs sexuels (Prentky & Knight, 1991). De hauts niveaux d'hostilité envers les victimes ont été documentés dans la littérature relative à l'agression sexuelle. En effet, les agresseurs sexuels d'enfants rapportaient de hauts niveaux de colère et d'hostilité, comparés aux délinquants non sexuels (Kalichman, 1991) et les niveaux d'hostilité chez les agresseurs sexuels de victimes majeures étaient supérieurs aux groupes de comparaisons de délinquants non sexuels ou de non délinquants (Hudson & Ward, 1997 ; Marshall & Moulden, 2001 ; Rada, Laws, Kollner, Stivaslava, & Peake, 1983). De plus, les niveaux d'hostilité variaient entre les groupes d'agresseurs sexuels en fonction du niveau de violence impliqué dans leur délit. Des niveaux d'hostilité plus élevés ont été identifiés pour des agresseurs sexuels qui ont abusé de force physique dans leurs délits antérieurs comparés aux agresseurs sexuels qui utilisent moins de force physique (Rada et al., 1983).

Des données empiriques soulignent des interactions entre hostilité et niveau de violence utilisé par les agresseurs sexuels dans leurs délits, néanmoins ces interactions ne sont pas sans controverses. En effet, il n'y a pas d'association entre l'hostilité et le niveau de violence utilisé par les agresseurs sexuels dans leur délit antérieur, dans leur nombre de condamnation violente et non violente (Holland, Levi, & Beckett, 1983). Il n'y a pas de différence significative entre les agresseurs sexuels d'enfants et d'adultes lorsqu'ils sont comparés à un groupe d'agresseurs non sexuels (Overcholser & Beck, 1986 ; Seidman, Marshall, Hudson, &

Robertson, 1994). Une explication théorique à ces différences non significatives est que les agresseurs sexuels peuvent se différencier quant à la régulation ou à l'expression de l'hostilité. De plus, le lien entre la colère et l'hostilité peut varier en fonction du type de paraphilie : par exemple, les agresseurs sexuels d'enfants sans contact de type exhibitionniste présenteraient une colère interne, les agresseurs de femmes adultes une colère externe (Lee, Pattison, Jackson, & Ward, 2001). A partir de ces divergences de résultats, nous pouvons nous poser la question du pouvoir prédictif de l'hostilité dans l'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels.

Donc, non seulement il existe des divergences quant à l'interaction entre l'hostilité et le niveau de violence des agresseurs sexuels mais il existe également des divergences quant à la validité prédictive de cette variable. En effet, un pouvoir prédictif élevé lui a été attribué (Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998) sur une population d'agresseurs sexuels. Or, sur une population d'agresseurs sexuels d'enfants, seul un effet significatif lui a été attribué (et non plus un effet significatif élevé) puis sur une population d'agresseurs sexuels en général, seul un faible effet significatif lui a été attribué (Hudson, Wales, Bakker, & Ward, 2002; Thornton, 2002). Notons qu'il est nécessaire d'être prudent quant à la considération de ces résultats. En effet, lors de l'interprétation de ces résultats, nous ne pouvons pas faire référence à une définition précise du concept d'hostilité ni à une méthode d'évaluation standardisée et validée de ce concept. Par exemple, les études rapportant un effet (Hudson et al., 2002; Thornton, 2002) prenaient en compte la rumination de la colère et non l'hostilité. Par contre, certaines études conceptualisaient l'hostilité au travers d'une évaluation standardisée. Par exemple, Firestone, Nunes, Moulden, Broom, & Bradford (2005) examinaient l'association de l'hostilité évaluée à la Buss Durkee Hostility Inventory avec les caractéristiques délictueuses et la récidive dans une population d'agresseurs sexuels (298 agresseurs sexuels d'enfants intrafamiliaux, 205 extrafamiliaux, 89 agresseurs sexuels d'adultes, 64 mixtes : deux ou les

trois catégories précédentes). Le niveau d'hostilité est corrélé positivement à la colère, n'est pas corrélée au nombre d'accusations sexuelles recensées dans la RRASOR (Rapid Risk Assessment for Sex Offence Recidivism ; Hanson 1997), mais est corrélé aux accusations de violence antérieure, et à l'utilisation de violence dans le délit indexé.

Pour conclure sur la validité prédictive de l'hostilité et au vu des données controversées, il semble nécessaire, si nous voulons considérer cette variable, de l'opérationnaliser davantage et de la valider afin de l'intégrer dans des études à venir.

Les études relatives au traitement des agresseurs sexuels identifient tout au moins un facteur commun prédicteur de la récidive : la compliance au traitement (Beyko & Wong, 2005 ; Browne, Foreman, & Middleton, 1998 ; Geer, Becker, Gray, & Kraus, 2001 ; Hanson & Bussière, 1998 ; Langton, Barbaree, Harkins, & Peacock, 2003 ; Miner & Dwyer, 1995 ; Moore, Bergman, & Knox, 1999 ; Proulx et al., 2004). En effet, les agresseurs sexuels qui refusaient le traitement (Edwards et al., 2005 ; Hanson et al., 2002 ; Lösel & Schumcker, 2005) ou l'arrêtaient en cours (Hanson & Bussière, 1998 ; Hanson et al., 2002 ; Seager, Jellicoe, & Dhaliwal, 2004) faisaient en général l'objet de hauts taux de récidive et notamment de récidive sexuelle.

La Faible estime de soi qui désigne l'évaluation ou le jugement que l'on se fait de soi même en rapport avec nos propres valeurs a été identifiée comme un prédicteur de la récidive sexuelle (Hudson, Ward, & McCormack, 1999 ; Thornton, Beech, & Marshall, 2004). Non seulement, c'est un prédicteur dynamique de la récidive mais en plus, il a été démontré que les personnes qui avaient une faible estime de soi avaient une faible capacité de réponse au traitement (Marshall, Anderson, & Champagne, 1997 ; Thornton et al., 2004).

Certaines caractéristiques du fonctionnement socio affectif, qui fait référence aux manières dont on se comporte avec d'autres personnes et à ce que l'on ressent des interactions avec autrui, ont également été identifiées comme un précurseur au délit (Thornton, 2002). En effet, une variété d'affects négatifs ont été démontrés comme jouant un rôle (colère, anxiété, dépression, faible estime) dans le passage à l'acte délictueux (Hudson et al., 1999 ; Pither, Kashima, Cumming, & Beal, 1988). L'affect négatif et plus particulièrement la colère pouvait devenir plus sévère avant la récidive (Hanson & Harris, 2001). Par exemple, un dysfonctionnement socio-affectif (ruminations de colère, recherches volontaires d'émotion négative, faible estime de soi, tendance à la solitude émotionnelle) semblait plus présent chez les personnes qui avaient commis de multiples délits sexuels comparés à ceux qui avaient commis un seul délit sexuel (Thornton, 2002). Ce qui est important, ce sont les mécanismes qu'utilisent les agresseurs sexuels pour réguler leurs émotions ou leurs « envies » sexuelles déviantes (Hanson & Harris, 2001). En effet, certains s'engageaient dans des fantaisies sexuelles déviantes lorsqu'ils étaient stressés (McKibben, Proulx, & Lusignan, 1994 ; Proulx, McKibben, & Lusignan, 1996). Les agresseurs sexuels présentaient de hauts risques s'ils se trouvaient dans plusieurs circonstances incluant l'affect négatif, la mentalisation d'activation sexuelle et s'ils se sentaient privés ou frustrés, ou n'étaient pas capables de satisfaire leurs « urgences » sexuelles (Hanson & Harris, 2001).

L'importance des déficits relationnels intimes, principalement marqués par l'absence ou la « pauvreté » des relations intimes chez les agresseurs sexuels, a été rapportées dans plusieurs études (Marshall, 1993 ; Ward, Hudson, & McCormack, 1997). Les agresseurs sexuels rapportaient souvent une insatisfaction de leurs relations intimes (Seidman et al., 1994), un manque d'empathie pour la femme (Hanson, 1997b) et des « désirs sexuels non assouvis » (Malamuth, 1998). De plus, notons que les agresseurs sexuels qui n'avaient jamais vécus en

couple (Hanson & Bussière, 1998) ou qui présentent de sévères troubles relationnels (Freund, Seto, & Kuban, 1997) apparaissaient particulièrement plus enclin à récidiver (Abel et al., 1988 ; Proulx et al., 1991).

Les délits relatant les préférences sexuelles déviantes, référant au type et à l'intensité des intérêts sexuels déviants, ont été identifiés comme un des meilleurs prédicteurs de la récidive sexuelle (Hanson & Bussière, 1998). Plus de la moitié des récidivistes sexuels avaient des conduites sexuelles déviantes comparés aux non récidivistes (Firestone et al., 1999). En effet, les délits associés aux préférences sexuelles (Pithers et al., 1988, Proulx et al., 1999), la pornographie et « l'insatisfaction sexuelle » (Marshall, 1993 ; Proulx et al., 1999 ; Seidman, et al., 1994 ; Ward, et al., 1997) étaient prédicteurs de la récidive sexuelle. Lors de l'analyse en composantes principales de 10 instruments actuariels (Roberts, Doren, & Thornton, 2002) ou de 19 items issus d'instruments actuariels (Seto, 2005), la déviance sexuelle a été identifiée comme étant un des facteurs prédicteurs. Notons qu'il a été démontré que cette variable contribuait à la validité prédictive des instruments actuariels (Beech, Friendship, Erickson, & Hanson, 2002). Résultat important parce qu'il suggèrait que les facteurs dynamiques pouvaient augmenter la validité prédictive des instruments actuariels.

Les mesures phallométriques (pléthysmographie) mesurent l'érection d'une personne lors de la stimulation visuelle ou auditive destinées à évaluer la déviance sexuelle et la réponse à un traitement. Ces mesures d'activation sexuelle envers un enfant étaient corrélées aux antécédents criminels chez les agresseurs sexuels de jeunes garçons extrafamiliaux (Freund & Blanchard, 1989 ; Freund & Watson, 1991 ; Seto, Lalumière, & Kuban, 1999). Seto et Lalumière (2001) ont créé un instrument d'évaluation des intérêts sexuels déviants sur base des caractéristiques des victimes (SSPI, Screen Scale for Pedophilic Interest). Les scores de

cet instrument étaient positivement corrélés aux résultats de la pléthysmographie. Cet instrument a fait l'objet d'une validation de manière à constituer une alternative à l'évaluation pléthysmographique lorsque celle-ci ne peut être menée. Néanmoins, cette dernière est peu utilisée voir pas utilisée en Europe francophone.

Les distorsions cognitives réfèrent à des croyances sur les délits, la sexualité ou les victimes qui peuvent être utilisées pour justifier ou donner la permission dans le fait de commettre un délit sexuel (Thornton, 2002). Les distorsions cognitives étaient identifiées comme des précurseurs délictueux (Pithers et al., 1988) et identifiés comme des affects délictueux positifs (Ward et al., 1997). Les distorsions cognitives semblaient être plus fréquentes chez les agresseurs sexuels d'enfants que chez les autres types d'agresseurs sexuels (Beech, Ficher, & Beckett, 1999 ; Hanson, Gizzarelli, & Scott, 1994 ; Hanson, Scott, & Steffy, 1995) et plus présentes chez les personnes qui avaient commis de multiples délits sexuels comparés à celles qui avaient commis un seul délit sexuel (Thornton, 2002). En lien avec les distorsions cognitives, soulignons que les attitudes ou les valeurs tolérantes à l'égard de l'agression sexuelle étaient positivement corrélés avec l'agression sexuelle et la récidive sexuelle (Dean & Malamuth, 1997 ; Malamuth, Sockloskie, Koss, & Tanaka, 1991).

La gestion ou parfois nommé « l'autocontrôle » réfère à la qualité d'identifier un plan, de réguler son impulsivité en fonction des buts à long terme (Thornton, 2002). Le faible « autocontrôle » est un élément essentiel dans tous les comportements criminels (Gottfredson & Hirschi, 1990). En général, les facteurs liés à la criminalité prédisaient la récidive sexuelle chez les agresseurs sexuels (Hanson & Bussière, 1998). La gestion était plus déficiente chez les personnes qui avaient commis de multiples délits sexuels comparés à celles qui avaient commis un seul délit sexuel (Thornton, 2002). Notons que le faible contrôle de soi pourrait

avoir une influence indirecte sur la récidive parmi ceux qui établissaient des patterns de déviance sexuelle. Les agresseurs sexuels percevaient leurs actes ou leurs comportements sexuels comme une impulsion sexuelle (Hanson & Bussière, 1998). De plus, ils croyaient parfois que leur comportement sexuel qu'il soit déviant ou non, augmentait leur statut social (Kanin, 1967) et donc mitigeait leur stress (Cortoni & Marshall, 2001). Donc, non seulement, le faible « auto-contrôle » est corrélé positivement avec la récidive sexuelle mais en plus, il est corrélé négativement avec la prise en charge. En effet, ce qui semble essentiel lors de la prise en charge d'agresseurs sexuels, c'est que « l'auto contrôle » est requis pour se conformer à la demande du traitement et de la supervision dans la communauté et pour soutenir à long terme les changements dus à l'efficacité d'un traitement.

Le style de vie impulsif, antisocial, la recherche d'objectifs à court terme sont des prédicteurs de la récidive fréquemment observés chez les agresseurs sexuels de femmes adultes (Prentky & Knight, 1991). Par exemple, le facteur 2 de la PCL-R (Hare, 1991, 2003) qui mesure le style de vie antisociale et les comportements antisociaux, est un prédicteur de la récidive sexuelle (Firestone et al., 1999 ; Rice & Harris, 1997).

Les influences sociales négatives sont des prédicteurs de risque au sein des populations délinquantes (Gendreau, Little, & Goggin, 1996). Notons que dans des populations criminelles, tout délit confondu, le nombre de connaissances ayant des antécédents criminels est un prédicteur significatif du risque générale (Gendreau et al., 1996). Les recherches examinent donc le lien entre la récidive sexuelle et le possible lien à des pairs négatifs. Un tel lien est plausible, cependant, il serait accentué lorsqu'il est constitué d'agresseurs sexuels (Hanson & Scott, 1996). Les pairs qui supportent le déni du délinquant ou qui facilitent l'accès aux victimes peuvent être considérés comme ayant des influences sociales négatives.

Pour conclure, différentes variables prédictives de la récidive ont été développées. Cependant, il est important de garder à l'esprit que cette liste n'est pas exhaustive, qu'il serait inadéquat de considérer ces variables comme étant prédictives individuellement. En effet, ces variables sont intégrées dans différents instruments d'évaluation du risque de récidive. Certaines sont communes à différents instruments, nous allons pouvoir le voir par la suite lors de la présentation des échelles d'évaluation. Néanmoins, malgré la présence de variables nommées de la même manière dans ces instruments, il est nécessaire de se référer au guide de cotation afin de considérer adéquatement le concept exact utilisé. En effet, les critères de cotation varient. Par exemple, une variable telle que la cohabitation peut être définie différemment dans deux instruments actuariels tels que la Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2003) et la SORAG (Sex Offender Risk Appraisal Guide, Quinsey et al., 1998). La Statique-99 considère la « cohabitation », comme une vie commune avec un partenaire intime sous le même toit pendant deux ans, alors que la SORAG ne considère que les relations hétérosexuelles de plus de 6 mois.

2. De l'analyse des prédicteurs de risque vers la conceptualisation d'instruments d'évaluation du risque

L'analyse et la combinaison des variables prédictrices telles que celles citées précédemment ont permis d'identifier des facteurs prédicteurs voir de créer des instruments d'évaluation du risque de récidive.

Des études telles que celle menée par Doren (2004) tentaient de souligner des facteurs de prédiction de la récidive sexuelle. Notamment, ces études soulignaient une première dimension relative à la déviance sexuelle, une seconde relative à la criminalité en général. Doren menait ses études à partir d'instruments d'évaluation standardisée et non en rassemblant des variables indépendantes en facteurs, comme la plupart des études.

A partir de ce type d'étude, le risque de récidive sexuelle est souvent conceptualisé :

- autour de deux dimensions : la déviance sexuelle et l'orientation antisociale (Doren, 2004 ; Hanson, & Morton-Bourgon, 2004, 2005a ; Rice & Harris, 1997) ;
- autour, selon les études, de trois facteurs :
 - (x) la criminalité générale, la déviance sexuelle, et le détachement émotionnel (Robert et al., 1997) ; ou
 - (xx) les antécédents criminels, les caractéristiques démographiques et la personnalité antisociale (Facteurs issus de la factorisation de la SORAG ; Pham & Ducro, 2008a); ou encore

(xxx) les antécédents criminels, la relation victime/agresseur, et les caractéristiques des délits actuels (Facteurs issus de la factorisation de la Statique-99 ; Pham & Ducro, 2008a).

Notons que seul le facteur « antécédent criminel » des deux structures à trois facteurs identifiées (Pham & Ducro, 2008a) à partir de la SORAG et de la Statique-99, était prédicteur des récidives générale, violente ou sexuelle au même titre que les scores totaux de ces instruments.

D'autres études identifiaient des facteurs prédicteurs du risque statique et dynamique de la récidive sexuelle (Craig, Browne, & Stringer, 2003) associés à la récidive sexuelle :

- *des facteurs liés au développement* tels que les délits sexuels perpétrés au cours de l'adolescence, le faible soutien familial, ou le fait d'avoir été victime d'abus sexuel ;
- *des facteurs relatifs aux intérêts sexuels* tels que le sexe masculin des victimes, la paraphilie, et les victimes extrafamiliales ;
- *des facteurs délictueux* tels que les antécédents criminels, les antécédents de délits sexuels, les antécédents de délits violents, la durée d'enfermement, les délits sexuels sans contact, le choix de victimes inconnues et multiples ;
- ainsi que *des facteurs cliniques* comme le jeune âge, le faible QI, l'absence de relations de couple, la discontinuité dans le suivi des programmes de traitement, et la psychopathie.

L'analyse individuelle des marqueurs de risque et la combinaison de ceux-ci ont permis d'identifier des facteurs de risque ainsi que des instruments d'évaluation du risque de récidive.

Le processus d'évaluation du risque ainsi établi analyse un individu pour déterminer son potentiel de récidive future, néanmoins cette évaluation varie en fonction du type d'approche : actuariel, clinique structurée, ou dynamique (ces différents points seront détaillés par la suite). Les échelles d'évaluation identifient des concepts distincts mais corrélés, les facteurs de risque créent ainsi un potentiel de risque sur un continuum (Andrews & Bonta, 2003).

L'utilisation d'instruments d'évaluation du risque de récidive nécessite de considérer des paramètres statistiques tels que la notion de magnitude de la prédiction du risque qu'il faut considérer selon le contexte d'application de la recherche. En effet, il est nécessaire d'être attentif à la question du test statistique utilisé. Les corrélations sont dépendantes des taux de récidive, la régression peut aider dans le sens où elle identifie la contribution des composantes de l'équation mais elle n'est pas capable d'évaluer les interactions parmi ces composantes. La méthode ROC (Receiver Operating Curves) la plus utilisée au sein de la revue de la littérature dans ce domaine permet :

- d'évaluer la validité prédictive d'un instrument d'évaluation du risque de récidive
- de comparer les résultats d'articles scientifiques évaluant la validité prédictive d'un même instrument
- de comparer différents instruments d'évaluation au sein d'une même étude par exemple (Altman, 1999).

En effet, la valeur de la ROC (c'est-à-dire l'aire sous la courbe notée AUC) correspond à la probabilité que le score d'un récidiviste soit supérieur au score d'un non récidiviste, tous deux pris au hasard (Hanley & McNeil, 1983 ; Mossman, 1994 ; Rice & Harris, 1995).

Les considérations politiques impliquant des décisions légales, la question inévitable est en quoi la validité prédictive d'un instrument est suffisante que pour fonder la prise de décision.

Lors de l'interprétation de la validité prédictive des instruments d'évaluation conçus à partir des facteurs soulignés précédemment, nous nous appuierons sur le référentiel de Tape (2006) qui est le plus détaillé. Ce référentiel souligne qu'une aire sous la courbe est considérée comme « excellente » lorsque la valeur AUC est comprise entre .90 et 1, « bonne » pour des valeurs comprises entre .80 et .90, « modérée » pour des valeurs comprises entre .70 et .80, « moyenne » pour des valeurs variant de .60 à .70, et « non prédictive » lorsque les valeurs sont comprises entre .50 et .60.

D'un point de vue clinique, les scores évalués aux instruments de risque, la catégorie de risque identifiée et la position de l'individu par rapport aux percentiles des instruments utilisés sont plus précis et plus fiables que le jugement clinique non structuré (Aegisdottir et al., 2006 ; Grove, Zald, Lebow, Snitz, & Nelson, 2000 ; Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 2006). En effet, les méta-analyses ont souligné la supériorité prédictive des mesures structurées, en particulier la combinaison des données actuarielles (Dawes et al., 2002 ; Grove et al., 2000 ; Hanson & Morton-Bourgon, 2004 ; 2007 ; Harris, Rice, & Cormier, 2002).

D'un point de vue pratique, il sera essentiel d'identifier l'instrument d'évaluation du risque de récidive le plus adéquat par rapport aux objectifs d'évaluation :

- (a) Le type d'instrument, statique, clinique structurée ou dynamique ;
- (b) Le type de population étudiée, des personnes détenues, hospitalisées à un niveau sécuritaire, des personnes libérées ;
- (c) la catégorie d'agresseur sexuel selon par exemple l'âge de sa ou ses victime(s) (mineure, majeure, mineure et majeure), ou selon des caractéristiques délictueuses telles que la violence (pour les instruments spécifiques aux agresseurs violents par exemple) ;

- (d) La disponibilité des informations nécessaires à l'évaluation des instruments, et la qualité de celles-ci contenues dans les dossiers judicaires et psychologiques ;
- (e) Le type de récidive que l'on veut prédire (générale, sexuelle et ou violente).

De plus, suite à la sélection de l'instrument le plus adéquat en fonction de ses objectifs et de ses attentes, l'évaluateur pourra situer l'évalué par rapport à une population de référence et ce à l'aide des percentiles ou à l'aide de la probabilité de récidive sur une période donnée.

3. Différents instruments d'évaluation du risque de récidive

Comme nous avons pu l'observer précédemment, les aspects théoriques du risque de récidive proposent un travail de conception multidimensionnelle des facteurs de risque (Beech & Ward, 2004 ; Doren, 2004 ; Pham & Ducro, 2008a). Cette partie sera consacrée aux différents types d'instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels, et ce en présentant l'objectif de l'instrument, sa fidélité inter-juges ainsi que ses validités prédictive et discriminante. La fidélité inter-juges réfère à la concordance des jugements portés par différents évaluateurs pour un même évalué. La validité prédictive mesure la qualité avec laquelle l'instrument évalue le risque de récidive. La validité discriminante permet d'identifier des sous-groupes d'agresseurs sexuels qui présenteraient des scores, par exemple, significativement supérieurs à d'autres types d'agresseurs sexuels.

3.1. Evaluation statique du risque de récidive

Les instruments statiques du risque de récidive ont été développés à partir de facteurs de risque statistiquement liés aux comportements délictueux (Quinsey et al., 1998). Ils comprennent des facteurs statiques, c'est-à-dire des facteurs non variables et utilisent un algorithme pour combiner des items historiques et statiques afin de prédire la récidive. Ils ont l'avantage d'être simples et rapides à évaluer pour autant que l'évaluateur est rigoureusement formé. Néanmoins, ils n'incluent pas de facteurs situationnels dynamiques et ne sont pas utilisables directement pour le traitement. L'aspect le plus important à garder à l'esprit est que

ces mesures actuarielles sont plus performantes sur le plan prédictif que le jugement clinique non structuré (Grove et al., 2000 ; Hanson & Morton-Bourgon, 2005 ; Harris, et al., 2002). En effet, une méta-analyse de la validité prédictive d'instrument menée auprès de 577 agresseurs sexuels issus de 79 études soulignait que les instruments actuariels présentaient une capacité prédictive supérieure aux mesures non actuarielles (Hanson & Morton-Bourgon, 2007).

3.1.1. Deux instruments d'évaluation du risque de récidive statiques

3.1.1.1. La Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG, Quinsey, Rice, & Harris, 1995)

3.1.1.1.1. Objectif de la SORAG

La SORAG a pour objectif d'évaluer le risque de récidive violente y compris sexuelle auprès d'une population d'agresseurs sexuels adultes. Elle est issue de la VRAG (Violence Risk Appraisal Guide ; Harris, Rice, & Cormier, 1993), qui avait pour objectif d'évaluer la récidive violente de délinquants violents. Lors de l'élaboration de ce premier instrument, les auteurs ont analysé un sous groupe d'agresseurs sexuels et ont conclu que la validité prédictive de la VRAG pouvait être améliorée, d'où la création de la SORAG. En effet, certains items de la VRAG tels que le score à l'échelle de psychopathie de Hare, les antécédents délictueux ou le statut conjugal prédisaient significativement le risque de récidive violente chez les agresseurs sexuels. Ainsi, certains items de la VRAG associés à des items prédicteurs de la récidive sexuelle ont été combinés afin de constituer la SORAG. La SORAG est composée de 14 items, les scores peuvent varier de -26 à 51, à partir de ces scores, 9 catégories de risque ont été définies. Les catégories renvoient à des probabilités de récidiver dans les 7 ou 10 ans sur

un mode violent y compris sexuel. Ainsi, l'évaluateur peut souligner que la personne évaluée a un profil similaire aux agresseurs sexuels qui ont récidivé de manière violente y compris sexuelle, ceux-ci ayant récidivé à tel pourcentage dans les 7 ou 10 ans après leur libération.

3.1.1.1.2. Fidélité inter-juges de la SORAG

Tableau 2 : Fidélité inter-juges de la SORAG

Auteurs	Populations	<u>n</u>		<u>Inter juges</u>
Harris, Rice, Quinsey, Lalumière, Boer, & Lang, 2003	HPS ; Penitenguishene ; Kingston ; Pacific		ICC	.96
Ducro & Pham, 2006	HPS, Belgique	25	ICC	.96
Pham & Ducro, 2008 (b)	Post détention [°] , Belgique	21	r	.94

HPS : Hôpital psychiatrique sécuritaire

[°] Agresseurs sexuels libérés de prison suivis au sein d'une équipe de santé spécialisée

En ce qui concerne la validité psychométrique, les études recensées dans le tableau 2 nous montrent une fidélité inter-juges très élevée pour la SORAG.

3.1.1.1.3. Validité prédictive de la SORAG

Tableau 3 : Validité prédictive de la SORAG

Auteurs	Populations	<u>n</u>	Follow up	Récidive générale	Récidive sexuelle	Toute récidive violente	
				<u>r</u>	<u>ROC</u>	<u>r</u>	<u>ROC</u>
Quinsey, Khanna, & Malcom, 1998	Canada	N = 618	-	-	-	.62	-

Firestone, Bradford, Greenberg, Nunes, & Broom, 2001	Canada	N = 558	-	-	-	.65	-	-
Barbaree, Seto, Langton, & Peacock, 2001	Prison Canada	N = 215 107 Ag. Sex. Ad. 54 Ag. Sex. Enf. 54 Ag. Sex. Inc.	4.5 ans	.47	.76	.17	.70	.30
Claix, Pham, & Ducro, 2001	HPS Belgique	N = 85	987 jours	-	72	-	.61	-
Nunes, Firestone, Bradford, Greenberg, & Broom, 2002 RS 8.9% RV 14.7%	Royal Ottawa HPS	N = 258 13 Ag. Sex. Ad. 248 Ag. Sex. Enf.	7.3 ans	-	-	.17	.65	.23
Rice & Harris, 2002	Kingston Pacific	Total N = 396	2447 jours	-	-	-	-	.73
Bartosch, Garby, Lewis, & Gray, 2003 RG 55.3% RS 11.8% RNVNS 30.6% RS OU V 24%	Arizona department of corrections	N = 186 73 Ag. Sex. Ad. 59 Ag. Sex. Enf. 37 Ag. Sex. Inc.	- - - -	.39°	.74°	.07°	.64°	.30°
Harris et al., 2003 RS 26% RV 48%	Penitenguish- ene Kingston Pacific	205 96 95 N = 396	- - - -	-	-	-	.71	-
Ducro & Pham, 2006 RG 33.1% RV 31.3% RS 16.9%	HPS Belgique	N = 135 80 Ag. Sex. Enf. 31 Ag. Sex. Ad.	4.2 ans	.30	.70	.18	.64	.24
Pham & Ducro, 2009 RG 27% RS 7.9% RV 18.3%	Post détention Belgique	N = 185	4.12 ans	.27	.67	.16	.68	.14

HPS : Hôpital Psychiatrique Sécuritaire

Ag. Sex. Ad. : Agresseurs sexuels de victimes majeures

Ag. Sex. Enf : Agresseurs sexuels de victimes mineures

Ag. Sex. Inc. : Agresseurs sexuels de victimes mineures dans la sphère familiale

Les différentes études recensées dans le tableau 3 soulignent une validité prédictive « modérée »¹ de la récidive générale (Barbaree et al., 2001 ; Bartosch et al., 2003 ; Claix et al., 2001). La validité prédictive de la récidive sexuelle de la SORAG est « moyenne » (Barbaree et al., 2001 ; Bartosch et al., 2003 ; Claix et al., 2001 ; Ducro & Pham, 2006 ; Firestone et al., 2001 ; Harris et al., 2003 ; Nunes et al., 2002 ; Pham & Ducro, 2009 ; Quinsey et al., 1998). La SORAG présente une validité prédictive « modérée » (Barbaree et al., 2001 ; Claix et al., 2001 ; Ducro & Pham, 2006 ; Harris et al., 2003 ; Rice & Harris, 2002) ou « moyenne » (Bartosch et al., 2003 ; Nunes et al., 2002 ; Pham & Ducro, 2009) de la récidive violente.

Au vu de ces résultats, il semble nécessaire de rappeler que l'objectif premier de la SORAG n'est pas de prédire la récidive sexuelle mais la récidive violente y compris sexuelle, d'où des résultats plus prédictifs pour la récidive violente ou générale et non pour la récidive sexuelle.

3.1.1.1.4. Validité discriminante de la SORAG selon le type d'agresseur sexuel

Nous disposons de peu d'études concernant la validité discriminante de la SORAG. Or, cette validité permettrait d'examiner des catégories d'agresseurs sexuels présentant un score différent des autres catégories et en quoi ce score serait différent. Lors de la réalisation d'un projet Européen de la Commission Européenne (Pham, Ducro, Menghini, Kints, & Pedersen, 2003) soulignent que sur :

¹Validité prédictive (Tape, 2006) excellente AUC = .90 à 1, bonne AUC = .80 à .90, modérée AUC = .70 à .80, moyenne AUC = .60 à .70, et validité non prédictive AUC = .50 à .60.

- une population écossaise composée de 25 agresseurs sexuels de victimes mineures, 20 agresseurs sexuels de victimes majeures et 3 agresseurs sexuels de victimes majeures et mineures, les agresseurs sexuels ayant des victimes majeures ou ayant des victimes majeures et mineures (souvent appelés agresseurs sexuels mixtes) présentaient des scores à la SORAG significativement supérieurs aux agresseurs sexuels qui avaient uniquement abusés de victimes mineures ;
- une population française, constituée de 21 agresseurs sexuels de victimes mineures, 8 agresseurs sexuels de victimes majeures et 1 agresseur sexuel de victimes mineures et majeures, les agresseurs sexuels de victimes majeures présentaient des scores à la SORAG significativement supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes mineures ;
- une population belge, constituée de 165 agresseurs sexuels de victimes mineures, 58 agresseurs sexuels de victimes majeures et 27 agresseurs sexuels de victimes majeures et mineures, de la même manière, seuls les agresseurs sexuels de victimes majeures présentaient des scores à la SORAG plus élevés que les autres groupes d'agresseurs sexuels.

Les résultats obtenus dans cette étude vont dans le sens des taux de récidive obtenus dans un bon nombre des études relatives aux taux de récidive des agresseurs sexuels. En effet, ces études soulignent des taux de récidive supérieurs chez les agresseurs sexuels de victimes majeures et parfois également chez les agresseurs sexuels de victimes majeures et mineures comparés aux agresseurs sexuels de victimes mineures (cf. Les rapports de recherche relatifs aux taux de récidive réalisés par le CRDS, Pham & Ducro, 2008a ; Pham & Ducro, 2009).

3.1.1.2. La Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2003)

3.1.1.2.1. Objectif de la Statique-99

La Statique-99 a été développée à partir de l'hypothèse que la combinaison de la RRASOR (Rapid Risk Assessment for Sex Offence Recidivism ; Hanson 1997a) et de la SACJ-Min (Stuctured Anchored Clinical Judgements _ Minimum Criteria ; Grubin, 1998) prédirait mieux la récidive. En effet, ces deux instruments servaient à évaluer des concepts semblables mais non identiques. Statique-99 été conceptualisée auprès d'une large population issue de l'institut Philippe Pinel de Montréal, du centre correctionnel provincial à sécurité maximale de Milbrook, du centre de Santé Mentale de Oak Ridge Penetenguishene et de la Her Majesty's Prison Service. La Statique-99 constituée de 10 items permet d'évaluer le risque de récidive sexuelle des agresseurs sexuels adultes de sexe masculin ayant été condamnés pour au moins un fait à caractère sexuel. Cet instrument permet d'obtenir des scores variant de 0 à 12, et de catégoriser l'évalué au sein de 4 catégories de risque. De la même manière qu'à la SORAG, à partir des résultats obtenus, l'évaluateur peut souligner que le profil de la personne évaluée est similaire à celui de personnes qui ont récidivé de manière sexuelle, ou de manière violente, sur des périodes de temps de 5 ou 10 ans, et ce à une probabilité de autant de pourcents².

3.1.1.2.2. Fidélité inter-juges de la Statique-99

Comme pour la SORAG, la fidélité inter-juges de la Statique-99 évaluée est élevée (Tableau 4).

² www.Static-99.org

Tableau 4: Fidélité inter-juges de la Statique-99

Auteurs	Populations	n	Inter-juges	
Harris et al., 2003	HPS ; Penitengishene ; Kingston ; Pacific		ICC	.87
McGrath, Cumming, Livingston, & Hoke, 2003	Sentence >3 ans	32	r	.32
De Vogel, De Ruiter, Van Beek, & Mead, 2004	HPS		ICC	.80
Hanson, 2005	Projet de supervision		ICC	.90
Ducro & Pham, 2006	HPS, Belgique	25	ICC	.77
Olver, Wong, Nicholaichuk, & Gordon, 2007	Fédéral + traitement dans HPS		ICC	.82
Bengston, 2008	HPS		ICC	.94
			Kappa	.89
Pham & Ducro, 2009	Post détention ^o , Belgique	21	r	.83

HPS : Hôpital Psychiatrique Sécuritaire

^o Agresseurs sexuels libérés de prison suivis au sein d'une équipe de santé spécialisée

3.1.1.2.3. Validité prédictive de la Statique-99

Les études recensées dans le tableau 5 soulignent la validité prédictive³ de la Statique-99. En ce qui concerne la récidive générale, la Statique-99 présente une validité « modérée » (Bartosch, et al., 2003 ; Craig et al., 2006 ; Ducro & Pham, 2006 ; Stadtland et al., 2005) ou « faible » (Craig et al., 2004, De Vogel et al., 2004 ; Hanson, 2005 ; Pham & Ducro, 2009 ; Witte et al., 2006). Néanmoins, notons que la Statique-99 ne fait pas systématiquement l'objet d'une validité prédictive de la récidive générale dans toutes les études et ce par le fait qu'elle n'a pas été conçue à l'origine pour prédire la récidive générale. Par contre, en ce qui concerne

³Validité prédictive (Tape, 2006) excellente AUC = .90 à 1, bonne AUC = .80 à .90, modérée AUC = .70 à .80, moyenne AUC = .60 à .70, et validité non prédictive AUC = .50 à .60.

la validité prédictive de la récidive sexuelle, la validité varie au travers des études. Néanmoins, notons que la Statique-99, en général prédit de manière « modérée » la récidive sexuelle (Barbaree et al., 2001 ; Bartosch et al., 2003 ; Beech, et al., 2000 ; De Vogel et al., 2004 ; Firestone, et al., 2001 ; Hanson, 2005 ; Hanson & Thornton, 1999 ; Sjöstedt & Langström, 2001 ; Langström, 2004 ; Nunes et al., 2002 ; Pham & Ducro, 2009 ; Stadland et al., 2005 ; Witte, 2006). Certaines études soulignent une validité prédictive « moyenne » de la récidive sexuelle, certes cette validité reste supérieure à la validité prédictive soulignée par le jugement clinique non structuré (Bengston & Langstrom, 2007 ; Bengston et al., 2008; Claix et al., 2001 ; Harris et al., 2003 ; McGrath et al., 2003 ; Olver et al., 2007 ; Rice & Harris, 2002 ; Sreenivasan et al., 2007). Nous observons une validité prédictive de la récidive violente similaire. En ce qui concerne la validité prédictive violente, il sera important lors de l'étude de celle-ci de préciser si la récidive violente comprend tout délit sexuel ou non. Le tableau référençant les études le précise, nous insistons sur ce point dans le sens où la définition de la récidive considérée pourra faire varier la validité prédictive des instruments. Donc, concernant la validité prédictive de la récidive violente, celle-ci varie de « moyenne » (Bengston et al., 2008 ; Ducro & Pham, 2006 ; Firestone et al., 2001 ; Hanson & Thornton, 1999 ; Harris et al., 2003 ; Nunes et al., 2002) à « modérée » (Barbaree et al., 2001 ; Bengston & Langström, 2007 ; Hanson, 2005 ; Langström, 2004 ; Pham & Ducro, 2009; Sjöstedt & Langström, 2001).

Ainsi, nous pouvons voir une variation de la validité prédictive de la Statique-99 au travers des études recensées, cette validité varie de .60 à .80, et se situe principalement aux alentours de .70 à .75. C'est-à-dire que nous avons entre 70 et 75% de chances de tirer au hasard un agresseur sexuel récidiviste qui présentera un haut score à la Statique-99 qu'un non

récidiviste. Il semble important de souligner que la validité prédictive du risque reste supérieure aux jugements cliniques non structurés et ce sur du long terme, c'est-à-dire pour une période de libération supérieure à deux ans. Avant deux ans, le jugement clinique ou les instruments actuariels ont une validité prédictive proche du hasard. En effet, les taux de récidive durant cette période sont relativement faibles, statistiquement les intervalles de confiance sont donc larges (Bengston & Langström, 2007).

Alors que les facteurs de risque et notamment les instruments actuariels sont adéquats pour mesurer le risque à long terme, ils ne disent rien quant aux besoins en changement qui augmentent ou diminuent le risque de récidive et notamment dans le cas de l'agression sexuelle, de la récidive sexuelle (Craig et al., 2003). Une attention particulière a donc été menée auprès de variables dynamiques qui seraient en lien avec le risque de récidive et qui permettraient de mesurer les changements en terme de gestion et de traitement.

Tableau 5: Validité prédictive de la Statique-99

Auteurs	Populations	n	Follow up	Récidive générale		Récidive sexuelle		Toute récidive violente	
				r	ROC	r	ROC	r	ROC
Hanson & Thornton, 1999, 2000	Pinel	344	1460 j	-	-	-	.73	-	.71
	Millbrook	191	8395 j	-	-	-	.65	-	.71
	Oak Ridge	142	3650 j	-	-	-	.67	-	.69
	HM prison	531	5840 j	-	-	-	.72	-	.69
	Echantillons combinés	363 Ag. Sex. Ad. 799 Ag. Sex. Enf.	4836 j	-	-	-	.71	-	.69
		Total		-	-	.33	.71	.32	.69
Beech, Beckett, & Fisher, 2000	United Kingdom	53	6 ans	-	-	-	.73	-	-
Firestone et al., 2001	Canada	588	-	-	-	-	.70	-	.69

Barbaree et al., 2001	Prison	215 107 Ag. Sex. Ad. 54 Ag. Sex. Enf. 54 Ag. Sex. Inc.	4.5 ans	.34 - -	.71 - -	.18 - -	.70 - -	.28 - -	.70 - -
Sjöstedt & Långström, 2001	Prison	1368 627 Ag. Sex. Ad. 584 Ag. Sex. Enf.	3.7 ans	- - -	- - -	.22 .22 .25	.76 .75 .76	.30 .26 .27	.74rvns .70rvns .73rvns
RS -4% RV 9% RVS 12%	Suisse								
Claix, Pham, & Ducro, 2001	Défense Sociale Belgique	91	987 j	-	.72	-	.63	-	.82
Thornton, 2002	United Kingdom	117	-	- -	- -	-	.92	-	-
Nunes et al., 2002	Royal Ottawa Hospital	258 13 Ag. Sex. Ad. 248 Ag. Sex. Enf.	7.3 ans	- - -	- - -	.18 - -	.70 - -	.23 - -	.69 - -
RS 8.9% RV 14.7%									
Rice & Harris, 2002a	Canada	396	2247 j	- -	- -	-	.62	-	-
Harris et al., 2003	Penitenguishene Kingston Pacific Total	205 96 95 396	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	.67 .63 .54 .62	- - - -	.66 .67 .60 .63
Bartosch et al., 2003; RG 55.3%; RS 11.8% ; RNVNS 30.6% ; RSOUV 24%	Arizona department of corrections	186 73 Ag. Sex. Ad. 59 Ag. Sex. Ext. 37 Ag. Sex. Inc.	60 à 66 mois	.31° - - -	.69° .62° .72° .69°	.14° - - -	.64° .71° .65° .74°	.24° - - -	.66° .56° .87° .92°
McGrath et al., 2003	Sentence >3 ans	195 agresseurs sexuels	68.6 mois			.29	.68		
Craig et al., 2004		121 agresseurs sexuels	2 ans 5 ans 10 ans		.55 .56. .58		.59 .58 .52		.59 .58rvns .60
De Vogel et al., 2004	HPS	122 95 Ag. Sex. Ad. 27 Ag. Sex. Enf.	140 mois	.13	.57	.38	.71	.11	.54
RG 74%									
Langström, 2004		1400 46% Ag. Sex. Enf. 42% Ag. Sex. Ad.	5.7 ans				.75		.72(rvns)
RS 5.8% RVNS 9.7%									
Hanson, 2005	Programme de supervision dynamique	989	20 mois		.68		.72		.74
RS 2.8% ; RG 13.4% RV + S 5.05%									

Craig, Beech, & Browne, 2006							
RS : 7.1%			2 ans	.74	.46		.72
RV : 4.7%							
R NS et ou NV : 7.1%							
RS : 11.8%		85	5 ans	.66	.48		.54
RV : 9.4%							
R NS et ou NV : 7.1%							
RS : 17.6%			7 ans	.63	.51		.54
RV : 9.4%							
R NS et ou NV : 9.4%							
Ducro & Pham, 2006		Total N = 135		.32	.70	.23	.66
HPS, Belgique		80 Ag Sex. Enf.	4.2 ans	.38	.74	.33	.70
		31 Ag. Sex. Ad.		.38	.79	.15	.71
Witte, DiPlacido, & Wong, 2006		60 agresseurs sexuels					
Traitement		33 Ag. Sex. Ad.	54.5				
		20 Ag. Sex. Ext.	mois	.26	.62	.29	.72
		10 Ag. Sex. Inc.					
		9 Ag. Sex. mixtes					
Bengston & Langström, 2007		121					
RS 31%		60 Ag. Sex. Ad.					
RV 55%		51 Ag. Sex. Ext.	13.6 ans			.62	.71
Forensic Danemark		8 Ag. Sex. Inc.					
		2 Exhib.					
Olver et al., 2007		Fédéral+ traitement HPS	321	10 ans		.21	.63
RS 24.6%, RV 35.8%						.13	.57
Sreenivasan et al., 2007			137	5 ans		.24	.62
				10 ans		.24	.62
Bengston, 2008		304				.64	.67
RS 28%		160 Ag. Sex. Ad.				.64	.63
RVNS 31%		144 Ag. Sex. Enf.	16.2 ans			.67	.69
RV 46%		107 Ag. Sex. Ext.					
		37 Ag. Sex. Inc.					
Pham & Ducro, 2009							
RG 27% ; RS 7.9%		Post détention	N = 222	4.12 ans	.26	.65	.27
RV 18.3%						.73	.19
							.73

HPS : Hôpital Psychiatrique Sécuritaire ; RV y compris sexuelle ; Ag. Sex. Ad. : Agresseurs sexuels de victimes majeures

Ag. Sex. Enf : Agresseurs sexuels de victimes mineures ; Ag. Sex. Inc. : Agresseurs sexuels de victimes mineures dans la sphère familiale ;

Ag. Sex. Ext. : Agresseurs sexuels de victimes mineures dans la sphère extrafamiliale

° Validité prédictive considérée à partir des catégories de risque et non des scores à la Statique-99

3.1.1.2.4. Validité discriminante de la Statique-99 selon le type d'agresseur sexuel

La Statique-99 discrimine les agresseurs sexuels de victimes majeures et de victimes majeures *et* mineures comme présentant un niveau de risque supérieur aux agresseurs sexuels de victimes mineures (Van Nieuwenhuizen, 2004 ; Yates & Kingston, 2006 ; Pham et al., 2003, *excepté pour la population belge*, Pham & Ducro, 2009). Les agresseurs sexuels de victimes mineures présentent donc des niveaux de risque inférieurs et notamment les agresseurs sexuels de victimes mineures de sexe féminin ou les agresseurs sexuels de victimes mineures de type « incestueux » (présentant lien biologique) (Yates & Kingston, 2006). Lorsque seule une population d'agresseurs sexuels de victimes mineures est considérée, les agresseurs sexuels de victimes extrafamiliales ont des niveaux de risque supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes intrafamiliales (Allan, Grace, Rutherford, & Hudson, 2007).

Les données empiriques relatives à la fidélité inter-juges et aux validités prédictive et discriminante soulignées précédemment montrent l'assise empirique de la Statique-99. Néanmoins, notons qu'une révision de celle-ci en la Statique-2002 est en cours. Dans cette dernière, les concepts sont plus clairs et plus cohérents, ce qui augmente la consistance de l'évaluation, et permet des explications à court terme de la récidive sexuelle et de la récidive violente (Bengston, 2008). Cependant, la Statique-2002 n'ayant pas encore fait l'objet d'une validité internationale comme la Statique-99, nous focaliserons notre étude sur cette dernière.

3.1.2. Validité convergente de la SORAG et de la Statique-99

Peu d'études issues de la revue de la littérature internationale soulignent la validité convergente de la Statique-99 et de la SORAG, afin de mesurer avec quelle force les deux instruments évaluent de la même manière le risque. Néanmoins, lorsqu'elle est évaluée, cette validité convergente est bonne (Barbaree et al., 2001, $r = .67$).

Pour conclure sur cette partie relative aux instruments actuariels, il est important de souligner que ceux-ci sont recommandés pour déterminer un niveau de risque de base. De plus, ils permettent de déterminer des programmes de traitement et l'intensité de supervision et ce en fonction du niveau de risque. Même si des limites telles que l'absence de facteurs dynamiques ou d'évaluation de la déviance sexuelle peuvent être soulignés, la validité prédictive des instruments actuariels reste supérieure aux instruments structurés ou dynamiques (Hanson & Morton-Bourgon, 2008). Néanmoins, dans certaines circonstances le résultat évalué aux instruments actuariels pourrait être ajusté (Doren, 2002) :

- (a) Quand le chercheur démontre que l'information supplémentaire augmente la prédition de l'évaluation actuarielle. Par exemple une mesure spécifique de la déviance sexuelle non mesurée dans l'instrument actuariel ;
- (b) Lorsque l'information disponible est clairement hors du schéma actuariel, par exemple, l'évaluation d'une femme aux instruments actuariels d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels non validés auprès d'une population féminine ;
- (c) Lorsque des caractéristiques rares, particulières et fortement associées au risque sont présentes, nous pourrons prendre par exemple le cas d'un agresseur sexuel violent qui a induit de graves blessures physiques à sa victime, voire la mort de celle-ci.

Néanmoins, Hanson, Harris, Scott, et Helmus (2007) soulignent qu'augmenter le jugement du risque actuariel par des ajustements peut diminuer la validité prédictive de l'instrument. Ils suggèrent, dans des cas particuliers, tels que ceux mentionnés par Doren, d'utiliser des évaluations du risque de récidive cliniques structurées ou dynamiques.

Cependant, avant d'aborder les instruments cliniques structurés et dynamiques, la question se pose de savoir quel instrument actuariel utiliser. Il existe un débat au sein de la littérature, afin de savoir quel instrument statique utiliser (Looman, 2006), lequel est le plus effectif afin d'évaluer le risque de récidive. Certains diront que les instruments ont une prédition égale de la récidive sexuelle et de la récidive violente (Barbaree et al., 2001 ; Nunes et al., 2002), d'autres souligneront une meilleure performance de la SORAG (Harris et al., 2003). Cependant, la statique-99 a de grands effets de taille pour la récidive sexuelle, elle est davantage répliquée au travers des études internationales mais la SORAG prédirait mieux la récidive violente (Hanson, Morton, & Harris, 2003). A ce jour, ce que nous pouvons souligner, c'est qu'en effet, il est primordial de consulter la littérature relative aux instruments d'évaluation du risque que nous souhaitons utiliser afin de déterminer lequel serait à privilégier. Ceci dit, il est également nécessaire de prendre en considération la qualité des dossiers judiciaires et psychologiques des personnes que nous souhaitons évaluer. Seule une harmonie entre les informations à prendre en considération et l'accessibilité de celles-ci peut dans un premier temps nous orienter vers tel ou tel instrument d'évaluation.

En dépit de la qualité prédictive des modèles actuariels et de l'accessibilité aux informations nécessaires, ces instruments actuariels présentent certaines limites. En effet, par exemple, ils sont entièrement basés sur des facteurs historiques et sont donc incapables d'indiquer en quoi un traitement est efficace quant à la réduction du risque de récidive (Hanson, 2000 ; Hudson et al., 2002). De ce fait, les chercheurs ont commencé à se focaliser sur des facteurs de risque dynamiques, variables qui peuvent être la cible d'un traitement (déviance sexuelle, croyances

qui supportent un délit). De plus, à l'heure actuelle, la conceptualisation des instruments se focalise uniquement sur des facteurs de risque, les données disponibles ne nous informent pas que l'absence d'un facteur de risque est alors protecteur. En effet, nous ne savons pas si l'absence de ce facteur actuariel réduit le risque. Actuellement, l'équipe de Hanson et collaborateurs tentent de conceptualiser des facteurs protecteurs spécifiques aux agresseurs sexuels (communication personnelle). De plus, afin de clore sur les limites des instruments actuariels, notons que le fait de focaliser sur des facteurs de risque statiques, actuariels tend à accentuer le négativisme des professionnels et à stigmatiser la population (Rogers, 2000) alors que la prise en compte de facteurs dynamiques orienterait la vision des professionnels vers un optimise dans le sens où une évolution positive de ces facteurs serait attendue au cours du temps.

Etant donné que les instruments actuariels, malgré leurs limites ont une validité prédictive supérieure aux autres instruments pris indépendamment ou au jugement clinique non structuré, nous pouvons souligner que la combinaison d'un instrument actuariel et d'un instrument structuré permettrait d'avoir une approche globale du risque de récidive (Boer, 2004).

3.2. Evaluation clinique structurée du risque de récidive

3.2.1. Définition de l'évaluation clinique structurée

Les jugements professionnels structurés prennent en compte des facteurs dynamiques et statiques qui ont été empiriquement identifiés comme des prédicteurs de la récidive sexuelle dans une population spécifique. Les psychologues peuvent prendre en compte des

circonstances et des observations cliniques. Ces instruments ne réduisent pas simplement l'évaluation à une simple addition des facteurs, tous les facteurs sont considérés et intégrés dans le jugement final (Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997). Dans ces jugements cliniques guidés, les évaluateurs considèrent un large rang de facteurs empiriques validés et utilisent leur jugement clinique pour décider du poids de chaque facteur. Néanmoins, la flexibilité dans le résumé du niveau de risque donne moins de poids à un instrument clinique structuré tel que celui de la SVR-20 (Sexual Violence Risk, Boer et al., 1997) (DeClue, 2004), certains souligneront une meilleure pertinence quant à l'addition des facteurs.

3.2.2. Deux instruments d'évaluation du risque de récidive clinique structurés

3.2.2.1. La Sexual Violence Risk (SVR-20, Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997)

3.2.2.1.1. Objectif de la SVR-20

La SVR-20 est un guide d'évaluation clinique structurée ayant pour objectif d'évaluer le risque de violence sexuelle d'adultes agresseurs sexuels. Cet instrument a été développé à partir de considérations de la littérature empirique et de l'expertise de nombreux cliniciens. Le jugement final ne dépend pas d'une simple sommation des scores aux différents items, mais de la combinaison spécifique des facteurs et de la partie « autres considérations » de l'instrument.

3.2.2.1.2. Fidélité inter-juges de la SVR-20

La fidélité inter-juges de la SVR-20 est correcte pour le score total et les différents facteurs (Tableau 6). Cependant, notons que l'accord inter-juges souligné pour le jugement final du risque est bien plus faible. Ceci rejoint le constat de DeClue (2004) qui souligne que la simple addition des facteurs serait plus prédictive que le jugement du risque final, celui-ci n'étant pas identique d'un évaluateur à l'autre.

Tableau 6: Accords inter-juges de la SVR-20

Auteurs	Populations	Inter juges	
De Vogel et al., 2004 RS 39% RNSV 46% RG 74%	HPS ICC	SVR Total : .75 Aj. psychosocial : .74 Délits sexuels : .74 Projets d'avenir : .78 Jugement du risque : .48	
Barbaree, Langton, Blanchard, & Boer, 2008	Clinique	Rho	.75

HPS : Hôpital Psychiatrique Sécuritaire

3.2.2.1.3. Validité prédictive de la SVR-20

La revue de la littérature relative à la validité prédictive de la SVR-20 est moins dense que pour les instruments statiques (Tableau 7). En effet, cet instrument s'évalue par la lecture du dossier de l'agresseur sexuel mais également suite à la rencontre de celui-ci. De ce fait, les recherches sont plus fastidieuses dans le sens où il est nécessaire de rencontrer l'agresseur sexuel avant sa libération, puis observer la récidive ou la non récidive au cours de son temps de libération.

Cependant, notons que les études recensées soulignent une validité prédictive modérée de la récidive générale des différents facteurs de la SVR-20 (De Vogel et al., 2004) ou du score total (De Vogel et al., 2004 ; Stadtland, et al., 2005) et une validité prédictive moyenne pour le jugement final issu de l'évaluation de la SVR-20 (De Vogel et al., 2004). En ce qui concerne la validité prédictive de la récidive sexuelle seule l'étude de De Vogel et collaborateurs souligne une validité prédictive modérée, les autres études ne relèvent pas de validité prédictive correcte pour la SVR-20 (Sjostedt & Langström, 2002; Stadtland et al., 2005 ; Craig et al., 2006). Cette différence de validité pourrait être due au fait que De Vogel et ses collaborateurs ont une population d'étude majoritairement représentée par des agresseurs sexuels de victimes adultes. Ceux-ci auraient des scores plus élevés aux instruments de risque et récidiveraient davantage. Notons que les taux de récidive rapportés par les auteurs sont en effet élevés. Par contre pour ce qui est de la validité prédictive de la récidive violente, les études rapportent une validité prédictive moyenne pour le facteur « Ajustement Psychosocial » (Sjostedt & Langstrom, 2002 ; Stadtland et al., 2005) ainsi que pour le score total (Barbaree et al., 2008 ; Sjostedt & Langstrom, 2002 ; Stadtland et al., 2005) ou pour l'ensemble de l'évaluation à la SVR-20 (De Vogel et al., 2004). Il est intéressant de souligner les résultats de Craig et collaborateurs (2006) qui montrent que la validité prédictive de la SVR-20 évolue au cours du temps de libération. En effet la SVR-20 présente une validité prédictive de la récidive générale et violente modérée au bout de deux ans de période de libération mais cette validité prédictive diminue voire s'annule au bout de 5 ou 7 ans de libération. Nous pouvons faire le lien avec le fait que la SVR-20 est un instrument qui s'évalue au cours du temps, elle est constituée de facteurs pouvant varier. Ainsi, le profil de risque de l'évalué peut changer au cours de la période de libération, les études relatives à la validité de ce type d'instrument ne pourront être fiables que dans des périodes de temps

proximes de l'évaluation. Notons que les auteurs de la SVR-20 suggèrent une réévaluation de la SVR-20 tous les ans ou dans les deux ans.

Tableau 7: Validité prédictive de la SVR-20

Auteurs	Populations	n	Follow up	Dimensions	Récidive générale		Récidive sexuelle		Récidive violente	
					r	ROC	r	ROC	r	ROC
Sjostedt & Langström, 2002 RS 20% RVNS 25%	HPS pré sentence Suède	51	Ag. Sex. Ad. mois	Aj. Psychosoc. Délits sexuels Total Jugement final			-.10 -.06 -.10 -.04	.47 .50 .49 .56	.31 .08 .24 .08	.71 .54 .64 .53
Dempster & Hart, 2002	Fédéral	95	Ag. Sex. (b)	Aj. Psychosoc. Délits sexuels Total			.43 .52 .32		.41 .47 .37	
De Vogel et al., 2004	HPS RS 39% RNSV 46% RG 74%	122 95 27 Enf	Ag. Sex. Ad. mois	Aj. Psychosoc. Délits sexuels Projets d'avenir Total Jugement final	.33 .16 .38 .33 .30	.71 .60 .73 .71 .69	.30 .49 .47 .50 .60	.68 .79 .76 .80 .83	.29 .13 .32 .28 .26	.67 .57 .67 .66 .64
Stadtland et al., 2005 :	Reconnus responsables de leurs actes	134		Aj. Psychosoc Délits sexuels Projets d'avenir Total						.68 .59 .54 .68
Craig et al., 2006	RS : 7.1% RV : 4.7% R NS et ou NV : 7.1% RS : 11.8% RV : 9.4% R NS et ou NV : 7.1% RS : 17.6% RV : 9.4% R NS et ou NV : 9.4%	85	2 ans			.74		.46		.72
	5 ans					.66		.48	.54	
	7 ans						.63	.51	.54	

Barbaree et al., 2008	Clinique	467				
		176 Ag. Sex. Ad.				
		155 Ag. Sex. Ext.				
		93 Ag. Sex. Int.				
		45 Ag. Sex. mixtes				
		3 Ag. Sex. (b)				.63

Ag. Sex. Ad. : Agresseurs sexuels de victimes majeures

Ag. Sex. Enf : Agresseurs sexuels de victimes mineures

Ag. Sex. Inc. : Agresseurs sexuels de victimes mineures dans la sphère familiale

Ag. Sex. Ext. : Agresseurs sexuels de victimes mineures dans la sphère extrafamiliale

(a)sans contact ; (b)avec contact

3.2.2.2. La Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP, Hart, Kropp, Klaver, Logan, & Watt, 2003)

La RSVP, fort semblable à la SVR-20, n'a pas le même objectif. Notamment cet instrument ne se focalise pas sur l'évaluation du risque de récidive en terme de risque mais plus en terme de prise en charge.

3.2.2.2.1. Objectif de la RSVP

La RSVP est un instrument clinique structuré permettant d'aborder la notion de risque de violence sexuelle dans le domaine de la prise en charge. Cet instrument est composé de facteurs de risque et ces facteurs permettent aux professionnels, notamment en équipe pluridisciplinaire, de voir en quoi et sous quelle forme la personne évaluée sera susceptible de récidiver. Ainsi, les praticiens pourront souligner des « scénarii » de risque et mettre en place des stratégies de prise en charge afin de pallier ce risque de récidive. Cet instrument sort de l'objectif premier des autres instruments détaillés dans la présente recherche, objectif qui était l'évaluation du risque. Il s'axe davantage sur la prise en charge de l'agresseur sexuel.

3.2.2.2.2. Fidélité inter-juges et validité prédictive de la RSVP

L'objectif premier de la RSVP étant l'identification de scénarii de risque et de la planification de la prise en charge, la validité de cet instrument n'a, à notre connaissance, pas fait l'objet d'étude. De plus, notons que la RSVP, assez similaire à la SVR-20 (la plupart des items sont communs), nous permet de supposer que la fidélité inter-juges et la validité prédictive seront semblables, si nous considérons cet instrument comme une sommation des items et non comme l'identification de scénarii de risque de récidive.

3.2.2.2.3. Validité discriminante de la RSVP

En ce qui concerne la validité discriminante de la RSVP, seule l'étude de Van Nieuwenhuizen (2004) souligne que les agresseurs sexuels de victimes majeures ont des scores significativement supérieurs aux agresseurs de victimes mineures.

Pour conclure sur la RSVP, nous pouvons souligner qu'outre le fait que peu d'études ont analysé la validité de cet instrument, il a néanmoins une pertinence très clinique. L'axe prédition du risque sera peut être sans doute davantage investigué par la SVR-20 ou la sommation des items de la RSVP. Nous avons fait le choix de présenter malgré tout cet instrument dans l'évaluation du risque de récidive du fait que les auteurs mentionnent que celui-ci pourra être prédictif. Néanmoins, au vu de son intérêt premier clinique et secondaire prédictif ainsi que de sa récente création, nous pouvons souligner que cet instrument aura l'avantage peut être par l'avenir de faire l'objet d'un travail de validité.

3.3. Evaluation dynamique du risque de récidive

Comme pour la RSVP, les évaluations dynamiques du risque de récidive font l'objet de peu de validation de leur qualité prédictive. Néanmoins, ces instruments structurés évaluent les besoins en traitement et les changements de facteurs dynamiques. Or c'est une approche générale du risque au cours du temps (Boer, Tough, & Haaven, 2004). En effet, lorsque nous utilisons des instruments dynamiques dans des études de validité d'instruments, nous sommes confrontés aux limites des études prospectives : les taux de récidive sexuelle sont relativement faibles sur des périodes de suivi modérées. Ces limites diminuent la puissance statistique de telles études. De plus, le coût de la collecte de mesures dynamiques limite la taille de l'échantillon. Il est également inévitable que l'utilisation des instruments d'évaluation dans les études prospectives apporte des résultats vite rendus caduques par rapport aux nouveaux instruments qui ne cessent de se développer. Cependant, ces instruments ont un intérêt quant à leur utilité clinique relative à la prise en charge ou quant à leur combinaison avec un instrument actuariel. En effet, combinées à un instrument actuariel, les évaluations cliniques structurées ou dynamiques permettent une nuance positive ou négative du niveau de risque souligné par les évaluations actuarielles.

3.3.1. Définition de l'évaluation dynamique

Les instruments d'évaluation dynamique et parfois nommés du risque et des besoins, tiennent compte des changements et fournissent des renseignements sur les besoins thérapeutiques des délinquants qui peuvent être la cible des interventions. L'évaluation permet une orientation du traitement et de mesurer l'effet du traitement mis en place (Bonta & Andrews, 2006). Il est démontré que des changements dans les scores obtenus sur certains de ces instruments

d'évaluation du risque et des besoins sont rattachés à des changements sur le plan de la récidive (Andrews & Robinson, 1984 ; Arnold, 2007 ; Motiuk, Bonta, & Andrews, 1990 ; Raynor, 2007 ; Raynor, Kynch, Roberts, & Merrington, 2000). Ces instruments d'évaluation offrent une façon de contrôler l'efficacité ou l'inefficacité des programmes et des stratégies d'encadrement (Andrews & Bonta, 2006).

Ces instruments dynamiques et notamment la Stable et l'Acute 2000 (Harris & Hanson, 2000) qui seront présentés par la suite sont constitués de facteurs dynamiques stables et de facteurs dynamiques aigus. Les facteurs dynamiques stables peuvent être définis comme des lacunes dans les aptitudes personnelles, les penchants et les comportements appris qui ont un rapport avec la récidive sexuelle, mais qui peuvent être modifiés grâce à un processus d'intervention active. Si cette intervention active, sous entendu traitement et/ou surveillance, est réalisée de manière à réduire ces facteurs de risque, par le même fait, la probabilité de récidiver sera réduite. Les facteurs de risque aigus désignent les conditions passagères qui ne subsistent que quelques heures ou quelques jours. Ce sont des perturbations, des conditions, ou des événements psychiques ou externes passagers que des études antérieures ont associés à la récidive sexuelle imminente. Ces facteurs mesurent l'ampleur du risque à gérer.

3.3.2. Un exemple d'instrument d'évaluation dynamique

3.3.2.1. La Stable et Acute 2000 (Harris & Hanson, 2000)

3.3.2.1.1. Objectif de la Stable et Acute 2000

A l'origine de la Stable et l'Acute 2000, Hanson et Harris avaient développé une échelle nommée SONAR (Sex Offender Need Assessment Scale). Celle-ci était issue des études relatives à l'identification des variables dynamiques prédictives de la récidive sexuelle. Le développement de cet instrument a été guidé par les théories cognitives sociales (Bandura, 1977 ; Fiske & Taylor, 1991) qui étaient appliquées aux comportements criminels en général (Andrews & Bonta, 1998) et aux agresseurs sexuels (Johnston & Ward, 1996 ; Laws, 1989). Dans ce modèle, les agresseurs sexuels récidivistes devaient avoir des schémas déviants ou des patterns inhabituels de pensée ou d'action qui facilitaient leurs délits.

Cet instrument est décrit comme pouvant assister la planification du traitement et la gestion du risque plutôt que comme un instrument d'évaluation du risque. Il y a une évidence sur le fait que le changement des besoins criminogènes correspond à des changements potentiels de récidive (Andrews & Bonta, 2003 ; Beech, Erickson, Friendship, & Ditchfield, 2001 ; Marques, Day, Wiederanders, & Nelson, 2002).

3.3.2.1.2. Fidélité inter-juges et validité prédictive de Stable et Acute 2000

En ce qui concerne la validité psychométrique de l'Acute 2000, notons que celle-ci est bonne (Acute ICC : .89, Hanson, 2005). Comme pour l'ensemble des instruments d'évaluation du

risque de récidive, et même pour ceux qui ont une dimension plus dynamique et plus clinique, une formation est nécessaire. Pour ce qui est de la validité prédictive (Tableau 8), notons que la Stable 2000 a une validité prédictive de moyenne à modérée des types de récidive en fonction des facteurs considérés (Thomas, Harris, Forth, & Hanson, 2004). Néanmoins peu d'études mesurent la validité de cet instrument ne serait-ce qu'en raison de la dimension fastidieuse de ce type de recherche.

Tableau 8: Validité prédictive de la Stable 2000

Auteurs	Populations	n	Follow up	Dimensions	ROC	ROC	ROC
					RG	RS	RV
Thomas et al., 2004 RS 2.3% RV 4.13% RG 13.63%	Projet de supervision dynamique	726	19.98 mois	Stable 2000 :	.69	.76	.73
				Influences sociales	.59	.59	.61
				Déficits sur le plan de l'intimité	.61	.67	.57
				Auto régulation sexuelle :	.62	.79	.69
				Attitudes supportant AS :	.59	.66	.63
				Coopération / supervision :	.62	.53	.58
				Auto régulation générale :	.64	.64	.66

Il existe un débat quant à l'utilisation d'un type d'instrument ou d'un autre. Certains reconnaissent l'importance des facteurs statiques et dynamiques (Dolan & Doyle, 2000). En effet, les mesures actuarielles peuvent être utilisées pour prédéterminer le rôle de la combinaison de facteurs alors que dans la prédiction clinique, ils sont combinés sur la base du bon jugement de l'expert (Hanson 2002 ; Hart 1998 ; Meehl, 1986, 2002).

4. La Psychopathy Check List-Revised (PCL-R, Hare, 1991, 2003) comme instrument d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels

La Psychopathy Checklist Revised est un instrument d'évaluation du niveau de psychopathie des délinquants. La psychopathie s'évalue principalement sur deux dimensions affective - interpersonnelle et antisociale - comportementale. A partir d'entretiens semi structurés et de la lecture des dossiers un niveau de psychopathie variant de 0 à 40 est déterminé. La PCL-R détermine un niveau de psychopathie à partir du score de 30 (Hare, 2003).

La signification de la psychopathie comme facteur de risque de récidive générale et violente émerge davantage. En effet, dans les premières années de la libération, les psychopathes seraient quatre fois plus enclin à récidiver de manière violente comparée aux autres délinquants (Hemphill, Hare, & Wong, 1998). En ce qui concerne le domaine de l'agression sexuelle, tous les agresseurs sexuels ne sont pas psychopathes mais ceux qui le sont posent problème dans le système de justice pénale. En effet, les délits sexuels de psychopathes sont plus violents ou sadiques que ceux des autres agresseurs sexuels (Barbaree et al., 1994 ; Brown & Forth, 1997 ; Gretton et al., 1999; Miller et al., 1994) et ils font partie des agresseurs sexuels qui récidivent le plus (Firestone et al., 1999 ; Hanson & Harris, 1998, 2000 ; Hildebrand, De Ruiter, & De Vogel, 2004 ; Quinsey et al., 1995 ; Rice, Harris, & Quinsey, 1990). Notons que peu d'auteurs investiguent les relations entre les différents facteurs et facettes de la PCL-R (Hare, 1991, 2003) et la récidive sexuelle. Cependant, certains auteurs soulignent une absence de relation entre le niveau de psychopathie et la récidive sexuelle (Barbaree et al., 2001 ; Firestone, et al., 1998 ; Langström & Grann, 2000 ;

Sjöstedt & Langström, 2002). D'autres mentionneront une relation accentuée lorsque l'agresseur sexuel psychopathe est reconnu comme étant déviant sexuellement (Rice & Harris, 1997 ; Harris et al., 2003 ; Hildebrand et al., 2004 ; Serin, Mailloux, & Malcolm, 2001), d'où l'importance de connaître le lien possible entre la psychopathie et la récidive chez les agresseurs sexuels. D'autant que chez les psychopathes agresseurs sexuels, lorsqu'ils bénéficient d'un traitement spécifique aux agresseurs sexuels, les taux de récidive ne diminuent pas. Ils ont une faible réponse à ces traitements (Hare, Clarke, Grann, & Thornton, 2000 ; Hobson, Shine, & Roberts, 2000).

Avant de souligner les validités de la PCL-R, il est peut être utile de commencer cette partie par une notion très importante : *de hauts scores de psychopathie indiquent de hauts risques de récidive mais de faibles taux de psychopathie n'indiquent pas de faibles risques de récidive chez les agresseurs sexuels. Par exemple, des pédophiles présentent de faibles scores de psychopathie peuvent présenter de hauts niveaux de risque de récidive (Hare, 1999).*

4.1. Fidélité inter-juges et validité prédictive de la PCL-R auprès des agresseurs sexuels

La fidélité inter-juges de la PCL-R est fortement détaillée dans de nombreux articles référents à la PCL-R. En ce qui concerne cette fidélité sur une population d'agresseurs sexuels, notons que les accords inter juges sont bons (Sjostedt & Langström, 2002). Notre objectif ici ne sera pas de détailler les différents accords inter-juges obtenus à la PCL-R largement détaillés dans le manuel de la PCL-R (Hare, 2003).

Tableau 9 : Validité prédictive de la PCL-R parmi une population d'agresseurs sexuels

Auteurs	Populations	n	Follow up	PCL-R	Récidive générale		Récidive sexuelle		Récidive violente	
					r	RO C	r	ROC	r	ROC
Barbaree et al., 2001		212	4.5 ans	Facteur 1 Facteur 2 Total	.02 .37 .30	.71	.09 .10 .06	.61	.17 -.02 .22	.65
Sjostedt & Langstrom, 2002	HP sécuritaire (pré sentence) 20% RS 25% RVNS	51 violeurs	92.33 mois	Facteur 1 Facteur 2 Total			-.24 .02 -.12	.34 .57 .45	.17 .35 .33	.58 .75 .70
Hildebrand et al., 2004	HP sécuritaire RG 73% RS 34% RV 55%	75 faits de viols 19 Ag. Sex.	94 11.8 ans	Facteur 1 Facteur 2 Total	.22 .27 .30	.67 .71 .74	.23 .18 .24	.67 .65 .68	.09 .33 .28	.55 .68 .66
Stadtland et al., 2005	Responsables de leurs actes	134		Total		.65		.60		.64
Olver & Wong, 2006	Total			Facteur 1 (N = 113)			.18 .23	.60 .63	.20	.61NS
	Ag. Sex. Ad.						.02	.49		
	Ag. Sex. Int.						.13	.57	.36	.71NS
	Total			Facteur 2 (N = 113)			.04	.52		
	Ag. Sex. Ad.						.36	.57		
	Ag. Sex. Int.						.19	.61	.36	.73NS
	Total			Total (N = 156)			.17	.60		
	Ag. Sex. Ad.						.03	.53		
	Ag. Sex. Int.									

Ag. Sex. Ad. : Agresseurs sexuels de victimes majeures ; Ag. Sex. Enf : Agresseurs sexuels de victimes mineures ; Ag. Sex. Inc. : Agresseurs sexuels de victimes mineures intra familiales ; Ag. Sex. Ext. : Agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliale

La PCL-R présente une validité prédictive modérée de la récidive générale, et que ce soit du point de vue du score total de la PCL-R (Barbaree et al., 2001 ; Hildebrand, De Ruiter, & De Vogel, 2004) ou des scores aux facteur 1 (dimension plus affective, narcissique) et facteur 2 (Dimension plus comportementale, antisociale) (Hildebrand et al., 2004). La récidive sexuelle est moyennement prédictée par la PCL-R : score total (Barbaree et al., 2001 ; Hildebrand et al., 2004 ; Olver & Wong, 2005 ; Stadtland, et al., 2005) ; et facteurs 1 et 2 (Hildebrand et al., 2004). D'autres études soulignent par ailleurs une mauvaise qualité prédictive de la récidive

sexuelle des facteurs 1 et 2 de la PCL-R (Olver & Wong, 2006 ; Sjostedt & Langström, 2002).

Pour ce qui est de la validité prédictive de la récidive violente, le score total de la PCL-R prédit moyennement cette récidive (Barbaree et al., 2001 ; Hildebrand et al., 2004 ; Stadtland et al., 2005 ; Sjostedt & Langström, 2002) voir modérément (Olver & Wong, 2006). Cependant, notons que la validité prédictive de la récidive violente du facteur 1 est faible (Hildebrand et al., 2004 ; Olver & Wong, 2006 ; Sjostedt & Langström, 2002), et celle du facteur 2 est modérée (Olver & Wong, 2006).

Cependant, la psychopathie combinée à l'activation sexuelle déviant peut être un bon prédicteur des comportements agressifs sexuels (Quinsey, Lalumière, Rice & Harris, 1995). Cette dimension serait donc à appréhender au travers d'études mesurant le niveau de psychopathie et la déviance sexuelle. Ces deux dimensions sont incluses dans des instruments d'évaluation tels que la SORAG, la SVR-20 ou la RSVP.

Pour conclure sur la validité prédictive de la PCL-R, il est important de retenir que les sujets présentant de hauts scores de psychopathie et qui répondent de manière positive au traitement, sont par la suite trois fois plus enclin à commettre un nouveau délit et cinq fois plus enclin à commettre un nouveau délit sérieux (Seto & Barbaree, 1999). Il serait possible que ces hommes apprennent des comportements manipulateurs au cours de leur prise en charge (Quinsey, khanna, & Malcolm, 1998).

4.2. Validité discriminante de la PCL-R au sein des agresseurs sexuels

La validité discriminante de la PCL-R souligne que les agresseurs de victimes majeures ont des scores significativement supérieurs aux scores totaux de la PCL-R que les agresseurs

sexuels de victimes mineures (Brown & Forth, 1997 ; Seto & Barbaree, 1999 ; Quinsey et al., 1995 ; Rice & Harris, 1997 ; Serin, Malcolm, Khanna, & Barbaree, 1994 ; Van Nieuwenhuizen, 2004) et aux différents facteurs (Van Nieuwenhuizen, 2004). Notons que le facteur 2 serait supérieur chez les agresseurs sexuels de victimes majeures et chez les agresseurs sexuels de victimes majeures et mineures que chez les agresseurs sexuels de victimes mineures quelles soient dans la sphère familiale ou non (Olver & Wong, 2006).

Pour conclure, malgré les controverses relatives à la validité prédictive de la PCL-R, il est important de souligner que les agresseurs sexuels psychopathes sont plus enclins à récidiver, et qu'ils ont davantage tendance à agresser sexuellement des victimes adultes. Une attention particulière à cette population devrait être menée lors de la constitution de groupes de prise en charge d'agresseurs sexuels.

5. Intégration de ces instruments d'évaluation du risque de récidive dans l'évaluation de la prise en charge des agresseurs sexuels

5.1. Contrôle du niveau de risque vers un dosage thérapeutique

Au vu de la littérature relative à la validité prédictive des instruments du risque de récidive des agresseurs sexuels, nous pouvons supposer que ceux-ci pourraient être inclus dans une démarche de prise en charge thérapeutique des agresseurs sexuels. Dans cette veine, nous

pouvons souligner deux concepts fort similaires le « Risk Need Model » et le « Risk Need Receptivity ».

Le « Risk Need Model » décrit par Ward et Gannon (2006) stipule que le traitement des agresseurs sexuels est stratifié en fonction du niveau de risque, avec un haut risque de récidive, une intervention plus intensive est requise. Dans ce modèle de traitement, la thérapie sera focalisée sur la modification des facteurs dynamiques (par exemple les besoins criminogènes). Ce modèle parle donc « d'allocation » du traitement aux agresseurs sexuels : les agresseurs sexuels qui présentaient un risque élevé et qui avaient de grands besoins devaient se voir allouer des programmes de traitement de haute intensité. Alors que ceux qui présentaient un risque modéré devaient se voir attribuer un traitement modéré et ceux présentant un risque faible devaient se voir assigner un traitement faible. Le traitement devrait être constitué sur base du risque et des besoins thérapeutiques des agresseurs sexuels (Marshall & Yates, 2005).

Le « Risk Need Receptivity » est le modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité de Bonta et Andrews. Ce modèle implique l'intégration entre autre de l'évaluation du risque en sachant que le concept de base est que le « Risque », donc le comportement criminel, peut être prédit de manière fiable ; et que le traitement doit être centré sur les délinquants présentant un risque plus élevé. La dimension du besoin souligne l'importance des facteurs criminogènes dans la conception et la prestation du programme de traitement. Et la dimension de réceptivité renvoie à la manière d'administrer le traitement en fonction par exemple du style d'apprentissage, la personnalité ou de la motivation de l'agresseur sexuel en traitement (Andrews, Bonta & Hodge, présentant en 1990 pour la première fois ces concepts).

5.2. Evaluation en tant que telle de l'efficacité de la prise en charge

Même si l'ensemble des parties précédentes souligne la validité prédictive des instruments d'évaluation du risque de récidive, notons que peu d'études, voir aucune publiées à notre connaissance, intègrent ces instruments afin de mesurer l'efficacité thérapeutique de la prise en charge en terme de changement de niveau de risque. En général l'efficacité thérapeutique est mesurée en terme de récidive ou de non récidive au cours de la période de libération. Il serait intéressant à l'avenir que davantage d'études relatives à l'efficacité thérapeutique mesurent non seulement les taux de récidive des agresseurs sexuels après le traitement mais également l'évolution du profil de risque de ces personnes au cours de la prise en charge. Ceci pourra être réalisé lors de l'achèvement de la prise en charge et ce au travers des évaluations du risque de récidive cliniques structurées ou dynamiques. Ces études sont peut être actuellement en cours, il est à noter qu'elles suscitent de fortes exigeantes méthodologiques très lourdes à mettre en place. En effet, ce type d'étude nécessiterait : (a) l'évaluation de l'agresseur sexuel avant la prise en charge, au cours ou à la fin de la prise en charge ; (b) la rédaction du type de prise en charge adressée à la cohorte d'étude ; ainsi que (c) la mesure des taux de récidive au cours d'une période de libération plus ou moins longue.

Deuxième partie

Partie empirique

But de la recherche

L'objectif de la présente recherche est d'implémenter des instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels au sein du système de justice français. Ce type d'étude n'a, à notre connaissance, pas encore été mené en France. Suite à l'évaluation de ces instruments, un travail de conceptualisation et de validation discriminante et convergente sera effectué.

Hypothèses

Hypothèse 1 : Niveau de risque des justiciables français évalués dans la présente étude

L'objectif de cette hypothèse est de mesurer le niveau de risque des agresseurs sexuels en fonction de leur statut judiciaire (en maison d'arrêt, en détention ou obligation de soin) puis en fonction du type de victime.

Nous pouvons supposer que les agresseurs sexuels en obligation de soin présenteront des scores significativement inférieurs à ceux en maison d'arrêt ou en détention et ce en ce qui concerne les évaluations cliniques structurées et dynamiques. Le niveau de risque statique ne devrait pas varier en fonction du statut judiciaire des agresseurs sexuels, celui-ci ne dépendant pas du parcours judiciaire de l'agresseur sexuel mais principalement de ses antécédents judiciaires.

En ce qui concerne les types de délits, au vu de la littérature empirique, nous pouvons supposer que les agresseurs sexuels de victimes majeures ou de victimes mineures *et* majeures présenteront des scores significativement supérieurs aux agresseurs d'enfants. Notons que parmi ceux-ci, nous supposons que les agresseurs sexuels extrafamiliaux présenteront des scores significativement supérieurs aux agresseurs sexuels intrafamiliaux. Les pères incestueux (agresseurs sexuels de victimes mineures ayant un lien biologique) devraient présenter des niveaux de risque inférieurs aux agresseurs sexuels pseudo-incestueux (agresseurs sexuels de victimes mineures ayant un lien familial mais non biologique). Malheureusement, au vu du faible effectif d'exhibitionnistes, nous ne pourrons pas insérer les exhibitionnistes dans les analyses afin d'apprécier en quoi ils se différencient des autres agresseurs sexuels. Les exhibitionnistes sont souvent exclus de ce type d'analyse, de ce fait peu d'études soulignent leur niveau de risque et leur profil de risque.

La mise à l'épreuve de ces hypothèses se fera à travers la comparaison des scores totaux et des scores aux différents facteurs des instruments. Ainsi des analyses de comparaisons de moyennes seront menées et ce selon une procédure paramétrique si les conditions de normalité de la distribution et d'homogénéité des variances sont respectées. Dans le cas contraire, des analyses non paramétriques seront menées. Nous effectuerons ces analyses sur l'ensemble de la cohorte, puis de manière exploratoire en fonction du statut judiciaire des agresseurs sexuels et des types d'agresseurs sexuels catégorisés selon les caractéristiques de leur(s) victime(s).

Hypothèse 2 : Validité convergente des instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels.

La validité convergente permet de mesurer à l'aide de coefficients de corrélation en quoi deux instruments évaluent le même concept. En effet, les différents instruments détaillés dans la partie théorique évaluent le risque de récidive des agresseurs sexuels. Nous pouvons supposer que leur validité convergente sera élevée, donc que les coefficients de corrélation des résultats des différents instruments utilisés seront significatifs.

En ce qui concerne les instruments d'évaluation du risque statiques, nous pouvons supposer que la validité convergente de ceux-ci sera correcte. Notons néanmoins que la SORAG a pour objectif de base d'évaluer le risque de récidive violente y compris sexuelle et que la Statique-99 a pour objectif d'évaluer le risque de récidive sexuelle. Ainsi, les coefficients de corrélation entre les scores totaux des instruments puis entre les catégories des instruments seront significativement positifs.

En ce qui concerne les instruments cliniques structurés, il ne sera pas possible de calculer la validité convergente de la SVR-20 et de la RSVP dans le sens où ces deux instruments évaluent les mêmes items, la RSVP en comporte deux de plus que la SVR-20, les 20 items communs sont quasi identiques. Si nous effectuons une corrélation entre les scores totaux des deux instruments, il va de soi que la corrélation sera très forte.

Nous évaluerons également la validité convergente des différents types d'instruments entre eux. Ces instruments sont fondés ni sur des concepts, ni sur des procédures d'évaluation identiques. Néanmoins, il serait intéressant de voir en quoi ils convergent. Ainsi nous pouvons

supposer que les instruments actuariels, c'est-à-dire la SORAG et la Statique-99 présentent une validité prédictive correcte avec les instruments cliniques structurés tels que la SVR-20 ou la RSVP ainsi qu'avec les instruments dynamiques tels que la Stable et l'Acute 2000. De la même manière, nous pouvons supposer une validité convergente positive et significative entre les instruments cliniques structurés et les instruments dynamiques. Ainsi les coefficients de corrélation entre la SVR-20 ou la RSVP et la Stable ou l'Acute devraient être élevés. Ces instruments ne comportent pas les même items mais ils relèvent d'une procédure évaluative similaire (lecture de dossier + entretiens évaluatifs), ils sont axés sur la prise en charge et l'évaluation du risque.

Afin de mettre à l'épreuve cette hypothèse, nous effectuerons nos analyses, c'est-à-dire le calcul des coefficients de corrélation Rho de Spearman⁴, sur les scores totaux, les catégories de risque et les facteurs et ce en fonction de la structure des instruments.

Pour résumer cette hypothèse, notre objectif principal est de voir en quoi les instruments sont davantage corrélés, et lesquels ou quels types d'instruments le sont. Cette hypothèse sera confrontée au sein de l'ensemble de la cohorte, en fonction du statut judiciaire des participants puis en fonction du type de délit sexuel défini selon les caractéristiques des victimes.

⁴ Calcul de coefficients Rho de Spearman au vu de l'absence de normalité des scores aux instruments d'évaluation du risque de récidive. Seuls les coefficients relatifs à des groupes de participants d'un effectif de 10 ou plus seront rapportés

Hypothèse 3 : Facteurs ou Items « prédicteurs » du risque des instruments cliniques structurés ou dynamiques

L'objectif de base du présent travail de doctorat était d'évaluer la validité prédictive des instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels. Néanmoins, ce travail nécessitait de rencontrer l'agresseur sexuel, de l'évaluer, d'attendre une période de libération dans la société suffisamment longue (Follow up) et de mesurer si celui-ci avait ou non récidivé, suite à combien de temps de libération, sur quel mode, (Etc.) et ce dans le respect de la confidentialité et l'anonymat de la recherche. A la lecture de ceci, il est bien évident que, à ce stade, nous ne pouvons mesurer la validité prédictive de l'ensemble des instruments utilisés dans la présente recherche.

Néanmoins, la revue de la littérature internationale, dont nous faisons référence en partie théorique, souligne clairement que les instruments d'évaluation du risque statiques, et dans le cas présent de la Statique-99 et de la SORAG, présentent une validité prédictive correcte. Peu de littérature souligne la validité prédictive de instruments cliniques structurés ou dynamiques, néanmoins certains de ces instruments et notamment certains facteurs de ceux-ci sont significativement corrélés avec le niveau de risque statique. Il semble intéressant de souligner en quoi certains facteurs voir items ou la mise en lien de certains facteurs voir items des instruments cliniques structurés ou dynamiques pourrait être « prédictrice » d'un risque de récidive évalué à partir d'instruments actuariels. En effet, les instruments non actuariels, non statiques présentés dans la présente recherche étant également basés sur l'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels. Nous pouvons supposer qu'ils présenteront, si ce n'est pas dans leur ensemble (score total) tout au moins partiellement (certains facteurs) une validité convergente correcte avec les instruments d'évaluation statiques (Hypothèse 2). Ainsi, nous pouvons tenter de mettre en évidence quels facteurs, quels items, ou quelle combinaison de

facteurs ou d'items issus des instruments seraient en lien avec le score total de l'un ou l'autre des instruments actuariels de la présente étude.

Des analyses de régressions logistiques (en mode stepwise) nous permettraient d'identifier quels instruments, quels facteurs voir quels items peuvent être prédicteurs du score total des instruments statiques.

Le fait de souligner la combinaison de certains facteurs ou items comme prédicteur du risque permettrait d'aider le clinicien évaluateur à poser un jugement de risque lorsqu'il utilise des instruments cliniques structurés qui ne donnent pas de guide « type » afin de définir ce jugement de risque. De plus, l'identification de tels facteurs ou items permettraient d'axer une prise en charge spécifique à ces dimensions qui prédiraient un niveau de risque actuariel.

Participants

La population d'étude est constituée de personnes majeures de sexe masculin accusées (en maison d'arrêt, sous mandat de dépôt, N = 10), condamnées (en détention, N = 48) ou ayant été condamnées (libérées, en obligation de suivi socio-judiciaire dans la société, N = 26) pour une ou plusieurs infraction(s) à caractère sexuelle et ce dans le système judiciaire. Notons que les personnes sous mandat de dépôt en maison d'arrêt reconnaissaient tout au moins partiellement les faits à caractère sexuel ou présentaient des antécédents de délits de ce type. Tous les agresseurs sexuels en maison d'arrêt ou en obligation de suivi socio judiciaires et XXX pourcent des agresseurs sexuels en détention présentaient un suivi psychologique. Par contre, nous ne pourrons inclure la variable traitement psychologique au sein de nos analyses, celle-ci n'a pu être opérationnalisée, les évaluations ayant étaient réalisées en des lieux différents et en collaboration avec des psychologues d'orientations différentes.

Afin de mener les analyses statistiques, les participants seront également catégorisés en fonction du type d'agresseur sexuels (Figure 1) :

Les agresseurs sexuels ayant pour victimes des majeures (>13 ans) *et* mineures (<14 ans) ;

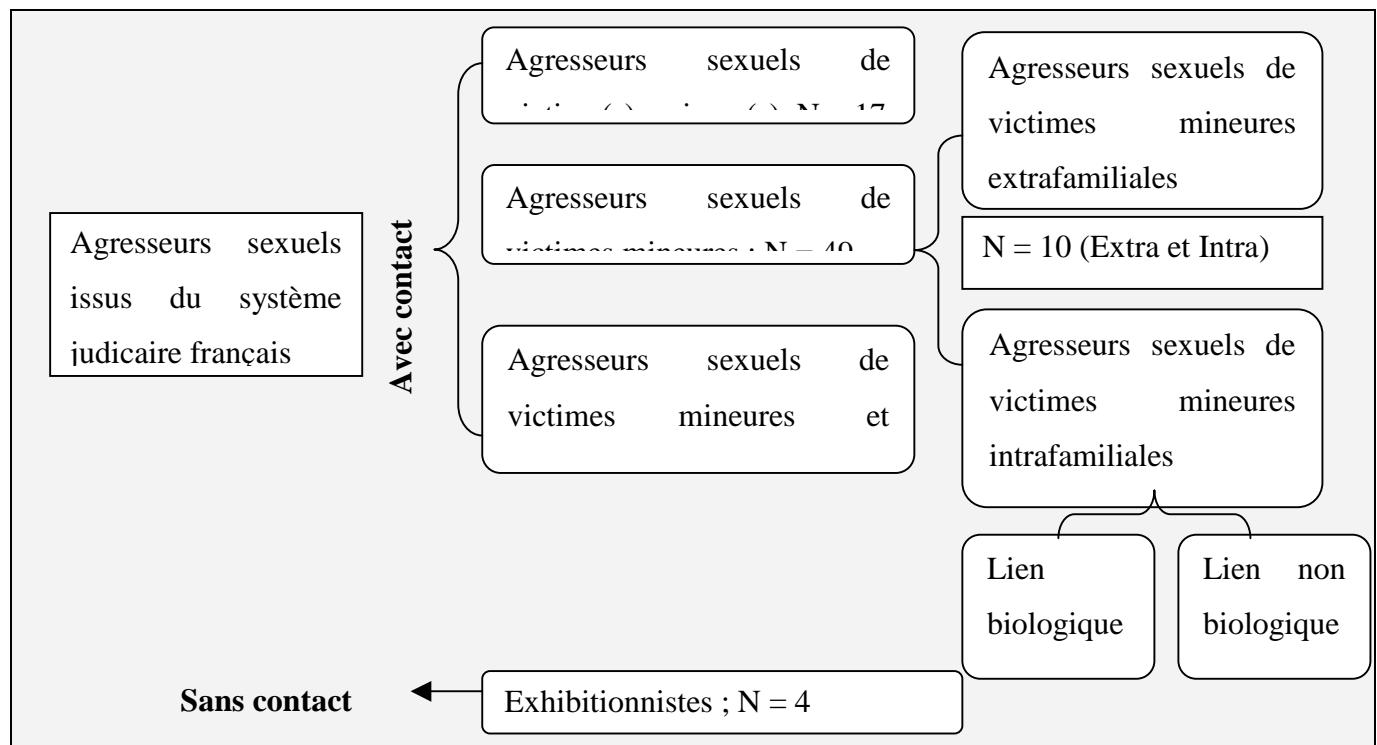
Les agresseurs sexuels ayant des victimes majeures ;

Les agresseurs sexuels ayant des victimes mineures :

- extrafamiliales, non issues du système familial de l'agresseur sexuel (l'agresseur sexuel, par exemple, pouvant être un voisin de la victime, un inconnu, un instituteur, un éducateur, Etc.) ;
- intrafamiliales, issues de la famille de l'agresseur sexuel (l'agresseur sexuel, par exemple, pouvant être un père, un beau père, un oncle, Etc.)

- avec un lien biologique avec l'agresseur sexuel (l'agresseur sexuel étant le père de la victime) ;
- sans lien biologique avec l'agresseur sexuel (l'agresseur sexuel, par exemple, pouvant être le beau père, l'oncle, Etc.) ;
- ayant et n'ayant pas un lien biologique avec ses victimes (par exemple l'agresseur sexuel peut être le père d'une de ses victimes et l'oncle d'une autre victime).

Figure 1: Répartition des participants en fonction du type d'agresseur sexuel commis



Les analyses statistiques se feront :

- en fonction du statut judiciaire :
 - agresseur sexuel en maison d'arrêt ;
 - agresseur sexuel en détention ;
 - agresseur sexuel en obligation de suivi socio-judiciaire.
- en fonction de l'âge de leur(s) victime(s) :
 - agresseur sexuel de majeure(s) *et* mineure(s) ;
 - agresseur sexuel de majeure(s) ;
 - agresseur sexuel de mineure(s) ;
- en fonction de l'âge de leur victime et le lien familial que les agresseurs sexuels de victime(s) mineure(s) ont avec leur(s) victime(s) :
 - agresseur sexuel de majeure(s) *et* mineure(s) ;
 - agresseur sexuel de majeure(s) ;
 - agresseur sexuel de mineure(s) extrafamiliale(s) ;
 - agresseur sexuel de mineure(s) intrafamiliale(s) ;
 - agresseur sexuel de mineures extra *et* intrafamiliale(s).
- en fonction de l'âge de leur victime et le lien familial et biologique que les agresseurs sexuels de victime(s) mineure(s) ont avec leur(s) victime(s) :
 - agresseur sexuel de majeure(s) *et* mineure(s) ;
 - agresseur sexuel de majeure(s) ;
 - agresseur sexuel de mineures(s) extra ou extra *et* intrafamiliale(s);
 - agresseur sexuel de mineures(s) intrafamiliale(s) « biologique(s) »;
 - agresseur sexuel de victime(s) intrafamiliale(s) « non biologique(s) ».

Les agresseurs sexuels évalués dans la présente recherche ont en moyenne 43 ans, le plus jeune a 22 ans, le plus âgé a 77 ans (Tableau 10).

Tableau 10: Age des agresseurs sexuels selon leur statut judiciaire

Agresseurs sexuels en :	N	M	SD	Min.	Max.
Obligation de soin	26	46.64	13.71	27.85	76.96
Détention	48	40.34	10.30	22.11	66.81
Maison d'arrêt	10	47.68	14.84	24.90	60.61
Total	84	43.17	12.31	22.11	76.96

L'âge des agresseurs sexuels ne diffère pas significativement lorsqu'ils sont catégorisés selon leur statut judiciaire ($\chi^2 = 4.80$, $p = .091$)⁵.

Tableau 11 : Age des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s)

Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
Majeures <i>et</i> mineures	14	39.70	8.95	24.90	61.59
Majeures	17	33.27	6.87	22.96	44.77
Mineures	49	47.99	12.12	22.11	76.96
Total	80	43.41	12.22	22.11	76.96

Lorsqu'ils sont catégorisés en fonction de l'âge de leur(s) victime(s), l'âge des agresseurs sexuels au moment de l'évaluation diffère significativement ($F = 13.40$, $p = .000$)⁶. Les comparaisons de Bonferroni montrent que les agresseurs sexuels de victimes mineures

⁵ Test non paramétrique : les conditions de normalité et d'homogénéité des variances ne sont pas respectées malgré les transformations Inv, Ln, Racine carré et Z.

⁶ Test paramétrique : Suite à la transformation de la variable âge (Ln), les conditions de normalité et d'homogénéité sont respectées.

tendent à être plus âgés que les agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures (.060) et sont plus âgés que les agresseurs sexuels de victimes majeures (.000).

Tableau 12: Age des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial avec les victimes mineures

Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
Majeures <i>et</i> mineures	14	39.69	8.95	24.90	61.59
Majeures	17	33.27	6.87	22.96	44.77
Mineures extrafamiliales	16	49.84	15.67	22.11	76.96
Mineures intrafamiliales	23	45.92	8.82	26.92	59.07
Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	49.78	12.75	31.92	73.91
Total	80	43.41	12.22	22.11	76.96

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s) et le lien familial ou non qu'ils ont avec leur(s) victime(s) mineure(s), l'âge des agresseurs sexuels au moment de l'évaluation diffère significativement ($\chi^2 = 21.27$, $p = .000$). Les agresseurs sexuels de victimes majeures sont plus jeunes que les agresseurs sexuels d'agresseurs sexuels de victimes : majeures *et* mineures ($U = 68.00$, $p = .043$) ; mineures extrafamiliales ($U = 52.00$, $p = .002$) ; mineures intrafamiliales ($U = 53.00$, $p = .000$) ; et mineures extra *et* intrafamiliales ($U = 22.00$, $p = .001$). Les agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures tendent à être plus jeunes que les agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales ($U = 69.00$, $p = .074$) et de victimes extra *et* intrafamiliales ($U = 37.00$, $p = .053$) et sont plus jeunes que les agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales ($U = 92.00$, $p = .031$).

Tableau 13: Age des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial et biologique avec les victimes mineures

Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
Majeures et mineures	14	39.69	8.95	24.90	61.59
Majeures	17	33.27	6.87	22.96	44.77
Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	49.81	14.35	22.11	76.96
Mineures intra : biologiques	12	47.72	7.20	35.85	58.11
Mineures intra : non biologiques	10	43.19	10.52	26.92	59.07
Total	79	43.30	12.27	22.11	76.96

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge des victimes et pour les victimes mineures selon le lien familial et biologique « agresseur / victime », l'âge au moment de l'évaluation diffère entre les groupes ($F = 6.96$, $p = .000$). Les comparaisons Post Hoc de Bonferroni montrent que les agresseurs sexuels de victimes mineures extra ou extra *et* intrafamiliales et ceux ayant un lien familial et biologique (père incestueux) sont significativement plus âgés que les agresseurs sexuels de victimes majeures (respectivement .000, .002).

Les différentes comparaison montrent, en résumé, que les agresseurs sexuels de victimes majeures sont plus jeunes que les agresseurs sexuels de victimes mineures et notamment ceux ayant au moins une victime extrafamiliale et ceux ayant des victimes intrafamiliales avec un lien biologique, en d'autre termes les pères « incestueux ».

Tableau 14: Type de délits commis en fonction du statut judiciaire

Agresseurs sexuels en :	Attentat à la pudeur		Viol		Outrage public aux mœurs		Délit violent ^o		Délit non violent ^o	
	Non	OUI	Non	OUI	Non	OUI	Non	OUI	Non	OUI
Obligation de soin	5	21	18	8	16	10	25	1	25	1
Détention	18	30	8	40	43	5	39	9	46	2
Maison d'arrêt	0	10	3	7	10	0	10	0	10	0
Total	23	61	29	55	79	15	74	10	81	3
χ^2	7.11		20.72		11.51		5.11		.43	
p	.029		.000		.003		.078		.808	

^o Délit violents et non violents répertoriés au sein du même prononcé de peine que le délit sexuel pour lequel l'agresseur sexuel est évalué

En ce qui concerne les types de délits commis, la fréquence de faits d'attentat à la pudeur, de viol, d'outrage public aux mœurs varie entre les groupes d'agresseurs sexuels lorsque ceux-ci sont catégorisés selon leur statut judiciaire. Pour ce qui est des faits d'attentat à la pudeur, les agresseurs sexuels en maison d'arrêt avaient tous commis ce type de fait comparés aux agresseurs sexuels en détention (F exact de Fisher = 5.44, p = .023). A l'inverse des agresseurs sexuels en obligation de soin, la majorité des agresseurs sexuels détenus avaient commis un fait de viol (F exact de Fisher = 20.45, p = .000). Par contre, pour les faits d'outrage public aux mœurs, peu d'agresseurs sexuels détenus avaient commis ce type de faits, comparés à ceux en obligation de soin (F exact de Fisher = 8.21, p = .007). Ce même résultats s'observe pour les agresseurs sexuels en maison d'arrêt, peu d'entre eux ont commis des faits d'outrage public aux mœurs comparés aux agresseurs sexuels en obligation de soin (F exact de Fisher= 5.33, p = .035).

Tableau 15: Défauts commis selon le type d'agresseur sexuel (âge des victimes)

Agresseurs sexuels de victimes :	Attentat à la pudeur		Viol		Outrage public aux mœurs		Défaut violent non sexuel		Défaut non violent non sexuel	
	Non	OUI	Non	OUI	Non	OUI	Non	OUI	Non	OUI
Majeures <i>et</i> mineures	1	13	5	9	11	3	13	1	14	0
Majeures	14	3	1	16	16	1	12	5	16	1
Mineures	4	45	19	30	42	7	45	4	47	2
Total	19	61	25	55	69	11	70	10	77	3
χ^2	40.95		6.51		1.60		5.66		.78	
p	.000		.039		.450		.059		.679	

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s), les groupes diffèrent quant à la fréquence d'attentat à la pudeur et de viol commis. En ce qui concerne les attentats à la pudeur, peu d'agresseurs sexuels de victimes majeures avaient commis ce type de faits comparés aux agresseurs sexuels de victimes majeurs *et* mineures (F exact de Fisher= 17.39, p = .000) et aux agresseurs sexuels de victimes mineures (F exact de Fisher= 35.02, p = .000). Par contre, pour ce qui est des viols, la majorité des agresseurs sexuels de victimes majeurs avaient commis ce type de faits comparés aux agresseurs sexuels de victimes mineures (F exact de Fisher= 6.47, p = .013).

Tableau 16: Délits commis selon le type d'agresseur sexuel (âge des victimes et lien familial avec les victimes mineures)

Agresseurs sexuels de victimes :	Attentat à la pudeur		Viol		Outrage public aux mœurs		Délit violent non sexuel		Délit non violent non sexuel	
	Non	OUI	Non	OUI	Non	OUI	Non	OUI	Non	OUI
Majeures & mineures	1	13	5	9	11	3	13	1	14	0
Majeures	14	3	1	16	16	1	12	5	16	1
Mineures extrafamiliales	1	15	10	6	13	3	16	0	16	0
Mineures intrafamiliales	2	21	8	15	22	1	19	4	23	0
Mineures extra & intrafamiliales	1	9	1	9	7	3	10	0	8	2
Total	19	61	25	55	69	11	70	10	77	3
χ^2	41.00		14.73		5.86		9.03		9.60	
p	.000		.005		.210		.060		.048	

Le tableau 16 nous permet d'approfondir les résultats précédents et d'analyser la fréquence des types de délits commis en fonction des types d'agresseurs sexuels de victimes mineures. En ce qui concerne les faits d'attentats à la pudeur, nous avions vu précédemment que les agresseurs sexuels de victimes majeures commettaient rarement ce type de faits comparés aux agresseurs sexuels de victimes mineures. Nous pouvons souligner le fait que ce type de délit est fréquemment commis chez les agresseurs sexuels de victimes mineures, que les victimes soient extrafamiliales (F exact de Fisher= 19.25, p = .000), intrafamiliales (F exact de Fisher= 22.10, p = .000) ou extra *et* intrafamiliales (F exact de Fisher= 13.35, p = .001). Pour ce qui est des faits de viol, les comparaisons de fréquences montrent que les agresseurs sexuels de victimes majeures et les agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales *et* intrafamiliales commettent plus de faits de viol que les agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales (F exact de Fisher= 11.89, p = .0001 ; F exact de Fisher= 6.95, p = .014). Les

comparaisons deux à deux ne nous permettent pas d'identifier des groupes d'agresseurs sexuels commettant significativement plus de délits non violents issus du même prononcé de peine que le délit sexuel pour lequel il est évalué actuellement.

Tableau 17: Type de délits commis selon le type d'agresseur sexuel (âge des victimes et lien familial et biologique des victimes mineures)

Agresseurs sexuels de victimes :	Attentat à la pudeur		Viol		Outrage public aux mœurs		Délit violent non sexuel		Délit non violent non sexuel	
	Non	OUI	Non	OUI	Non	OUI	Non	OUI	Non	OUI
Majeures <i>et</i> mineures	1	13	5	9	11	3	13	1	14	0
Majeures	14	3	1	16	16	1	12	5	16	1
Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	2	24	11	15	20	6	26	0	24	2
Mineures intra : biologiques	0	12	4	8	11	1	10	2	12	0
Mineures intra : non biologiques	2	8	3	7	10	0	8	2	10	0
Total	19	60	24	55	68	11	69	10	76	3
χ^2	41.53		6.81		5.32		9.13		2.70	
p	.000		.146		.256		.058		.609	

De la même manière que le tableau précédent, celui-ci nous montre que les agresseurs sexuels de victimes majeures commettent peu d'attentats à la pudeur comparés aux agresseurs sexuels de victimes mineures :

- extra ou extra *et* intrafamiliales (F exact de Fisher= 24.52, p = .000) ;
- ayant un lien familial mais non biologique (F exact de Fisher= 10.14, p = .003) ;

- ayant un lien biologique avec son agresseur (F exact de Fisher= 19.11, $p = .000$).

Pour conclure sur les comparaisons de fréquence d'apparition de certains délits, nous pouvons souligner que les agresseurs sexuels de victimes majeures commettent plus souvent des faits de viols que les agresseurs sexuels de victimes mineures. A l'inverse, ces derniers, et ce quelque soit le lien qu'ils entretiennent avec leur(s) victime(s), commettent plus souvent des faits d'attentats à la pudeur que les agresseurs sexuels de victimes majeures.

Nous avons ainsi décrit l'âge ainsi que les caractéristiques délictueuses des participants de la présente étude. Notons que ces variables sont intégrées dans certains instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels au vu de leur pouvoir prédictif. Nous ne contrôlerons donc pas l'effet de ces variables au cours des analyses statistiques, néanmoins nous ne manquerons pas de les intégrer dans la discussion des résultats.

Instruments

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

La SORAG évalue le risque de récidive violente y compris sexuelle parmi des agresseurs sexuels ayant été accusés ou condamnés pour au moins un fait à caractère sexuel. Cet instrument est constitué de 14 items (Figure 2). La cotation de la SORAG varie d'un item à l'autre, selon la présence et/ou l'intensité de l'item, et ce à partir de la lecture du dossier judiciaire et psychologique du justiciable. Les scores varient de -26 à 51 et permettent de catégoriser les agresseurs sexuels en 9 catégories de risque (Tableau 18) ou de positionner l'évalué en fonction de percentiles (Tableau 19).

Figure 2: Items de la SORAG

- | |
|---|
| 1 : L'individu a vécu avec ses parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans (sauf décès) ; |
| 2 : Adaptation à l'école primaire ; |
| 3 : Histoire d'abus d'alcool ; |
| 4 : Statut conjugal ; |
| 5 : Score reprenant les <i>antécédents</i> judiciaires pour des délits non violents ; |
| 6: Score reprenant les <i>antécédents</i> judiciaires pour des délits violents ; |
| 7 : Nombre de condamnations <i>antérieures</i> pour des délits à caractère sexuel ; |
| 8 : Délits à caractère sexuel contre uniquement des filles de moins de 14 ans ; |
| 9: Echec des libérations conditionnelles antérieures ; |
| 10 : Age lors du délit actuel ; |
| 11 : Diagnostic de trouble de la personnalité ; |
| 12 : Diagnostic de schizophrénie ; |
| 13 : Résultats aux mesures phallométriques ; |
| 14 : Score à l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R). |

Tableau 18: Probabilités de récidiver selon la SORAG (Quinsey et al., 1995)

Catégories	Scores	Probabilités de récidiver		Probabilités de récidiver dans les 10 ans
		dans les 7 ans	Scores	
1	< -9	0,07	< -10	0,09
2	-9 to -4	0,15	-10 to -5	0,12
3	-3 to +2	0,23	-4 to +1	0,39
4	+3 to +8	0,39	+2 to +7	0,59
5	+9 to +14	0,45	+8 to +13	0,59
6	+15 to +19	0,58	+14 to +19	0,76
7	+20 to +24	0,58	+20 to +25	0,80
8	+25 to +30	0,75	+26 to +31	0,89
9	>= +31	1,00	> +31	1,00

Tableau 19: Percentiles de la SORAG (Quinsey et al., 1995)

Scores	Percentiles	Scores	Percentiles	Scores	Percentiles
<=-17	<1	2	30	17	76
-16	1	3	39	18	79
-12	2	4	40	19	81
-11	4	5	41	20	84
-10	5	6	44	21	86
-9	6	7	47	22	88
-7	8	8	50	23	90
-6	10	9	55	24	91
-5	13	10	57	25	92
-4	15	11	60	26	93
-3	16	12	64	27	94
-2	18	13	65	28	96
-1	21	14	67	30	98
0	24	15	71	34	99
1	27	16	73	40	>99

La Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2003)

La Statique-99 est un instrument actuariel d'évaluation du risque de récidive sexuelle d'adultes de sexe masculin ayant été accusés ou condamnés pour au moins un fait à caractère sexuel. La Statique-99 est composée de 10 items (Figure 3) s'évaluant à partir de la lecture du dossier judiciaire et psychologique de l'agresseur sexuel. Les scores obtenus varient de 0 à 12 et permettent de catégoriser l'individu au sein de 4 catégories : Faible ; Faible-Moyen ; Moyen-Elevé ; Elevé et d'identifier des probabilités de récidive (Tableau 20).

Figure 3 : Items de la Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999, 2003)

- 1 : Nombre d'accusation et de condamnations antérieures pour des délits sexuels ;
- 2 : Nombre de peines sexuelles ou non antérieures ;
- 3 : Au moins un délit sexuel sans contact ;
- 4 : Antécédents de violence non sexuelle ;
- 5 : Violence non sexuelle répertoriée ;
- 6 : Au moins une victime sans lien biologique ;
- 7 : Au moins une victime inconnue ;
- 8 : Au moins une victime de sexe masculin ;
- 9 : Age lors de l'évaluation ;
- 10 : Statut marital.

Tableau 20 : Probabilités de récidiver de manière sexuelle ou violente (Hanson & Thornton, 2003)

Cotation de la Statique-99	Taille de l'échantillon	Récidive sexuelle			Récidive avec violence		
		5 ans	10 ans	15 ans	5 ans	10 ans	15 ans
0	107 (10 %)	0,05	0,11	0,13	0,06	0,12	0,15
1	150 (14 %)	0,06	0,07	0,07	0,11	0,17	0,18
2	204 (19 %)	0,09	0,13	0,16	0,17	0,25	0,30
3	206 (19 %)	0,12	0,14	0,19	0,22	0,27	0,34
4	190 (18 %)	0,26	0,31	0,36	0,36	0,44	0,52
5	100 (9 %)	0,33	0,38	0,40	0,42	0,48	0,52
6 +	129 (12 %)	0,39	0,45	0,52	0,44	0,51	0,59
Moyenne : 3,2	1086 (100 %)	0,18	0,22	0,26	0,25	0,32	0,37

La Sexual Violence Risk Protocol (SVR-20, Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997)

La SVR-20 est un instrument clinique structuré permettant d'évaluer le risque de récidive des agresseurs sexuels. Cet instrument est composé de 20 items, ceux-ci s'évaluent sur une échelle de Likert en 3 points : 0 l'esprit de l'item ne concerne pas l'évalué ; 1 il est probable que l'esprit de l'item concerne partiellement l'évalué ; 2 l'esprit de l'item concerne totalement l'évalué. Les items sont repris au sein de trois facteurs : « Ajustement psychosocial », « Délits sexuels », « Projets d'avenirs » (Figure 4). A ces trois facteurs s'ajoute une catégorie « Autres considérations », celle-ci permet à l'évaluateur de mentionner des informations supplémentaires qui pourraient être utiles quant à l'évaluation du risque. La SVR-20 s'évalue non seulement à partir de la lecture du dossier judiciaire de l'évalué mais aussi suite à la rencontre et l'interview de celui-ci. Elle ne propose pas de guide d'entretien, l'évaluateur préalablement formé, doit amener l'évalué à aborder les notions nécessaires à la cotation. Afin de déterminer le niveau de risque de l'évalué, l'évaluateur doit porter un jugement à partir des items positifs identifiés. Ce jugement pourra être revu en fonction de nouvelles évaluations des items de la SVR-20 au cours du temps. La sommation des items ne suffit pas à porter un jugement, il est nécessaire de prendre en considération les remarques de l'évaluateur et la mise en lien des différents items prédicteurs. Par exemple, un seul item coté positivement peut souligner un niveau de risque très élevé, c'est le cas notamment de l'item « idée suicidaire ou de meurtre ».

Figure 4: Items et structure factorielle de la SVR-20

<p>A. Ajustement psychosocial :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déviation sexuelle; 2. Victime d'abus pendant l'enfance; 3. Psychopathie; 4. Troubles mentaux majeurs; 5. Usage de substance; 6. Idées suicidaires - de meurtre; 7. Problème relationnels; 8. Problèmes d'emploi; 9. Antécédents de délits violents non sexuels; 10. Antécédents de délits non violents non sexuels; 11. Echecs de supervision passée. <p>B. Délits sexuels :</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Haute densité des délits sexuels; 13. Multiplicité des délits sexuels; 	<ol style="list-style-type: none"> 14. Séquelles physiques aux victimes d'abus sexuels; 15. Usage d'armes ou de menaces de mort lors du délit sexuel; 16. Escalade dans la fréquence ou la gravité de délits sexuels; 17. Minimisation extrême ou déni des délits sexuels; 18. Attitudes qui supportent ou qui justifient les délits sexuels. <p>C. Projets futurs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Manque de projets réalistes; 20. Attitude négative envers l'intervention. <p>D. Autres considérations</p>
--	--

La Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP, Hart, Kropp, & Laws, 2003)

La RSVP, fort similaire dans sa conception à la SVR-20 est constituée de 22 items repris au sein de 6 facteurs de risque: « Antécédents de violence sexuelle », « Ajustement psychologique », « Maladie mentale », « Ajustement social », « Exploitation des victimes », « Gestion », (Figure 5) auxquels vient s'ajouter la catégorie « Autres considérations ». Comme la SVR-20, elle s'évalue à partir de la lecture du dossier et d'entretiens évaluatifs. Les critères de cotations sont les mêmes (présence, peut être ou présence partielle, et absence), néanmoins ceux-ci s'évaluent en 3 temps : les items étaient-ils présents antérieurement à l'évaluation, au moment de l'évaluation ou seront-ils présents dans le futur ? A partir de l'évaluation de la RSVP, l'évaluateur peut porter un jugement structuré sur le risque. Cependant, notons que l'objectif essentiel de la RSVP est d'identifier des scénarii de risque probable dans l'avenir et de voir, en équipe pluridisciplinaire, ce qui pourrait être proposé à l'agresseur sexuel en terme de prise en charge afin de pallier ce risque. Ainsi, ces

scénarii identifiés peuvent être modulés en fonction de la prise en charge offerte et de l'évaluation au cours du temps, et ce en se référant toujours aux items et critères de la RSVP.

Lors de la formation à la RSVP, suite à des échanges avec Kropp, nous avons pris l'option de compléter les évaluations à la SVR-20 et à la RSVP en fonction du niveau de risque antérieur et actuel en une cotation et non en trois temps : antérieur, présent, et futur. Cette évaluation en trois temps semblait, selon Kropp, plus adéquate pour une recherche ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge déterminée, ce qui n'est pas l'objectif de la présente étude.

Figure 5 Items et structure factorielle de la RSVP

Antécédents de violence sexuelle : 1. Chronicité de la délinquance sexuelle; 2. Multiples types de délits sexuels; 3. Escalade dans la délinquance sexuelle; 4. Usage de coercition physique lors des délits sexuels; 5. Usage de coercition psychologique lors des délits sexuels. Ajustement psychologique : 6. Minimisation extrême ou déni de la délinquance sexuelle; 7. Attitudes qui soutiennent ou tolèrent les délits sexuels; 8. Manques de conscience de soi; 9. Problème de stress et de « coping »; 10. Abus dans l'enfance (victime/témoin).	Maladie mentale : 11. Intérêts sexuellement déviants; 12. Traits de personnalité psychopathique; 13. Maladie mentale; 14. Abus de substances; 15. Idées suicidaires/violentes. Ajustement social : 16. Problèmes dans les relations intimes; 17. Problèmes dans les relations non-intimes; 18. Instabilités professionnelles/scolaires; 19. Criminalité non-sexuelle. Gestion : 20. Problèmes de planification; 21. Problèmes de traitement; 22. Problèmes de supervision. Autres considérations :
---	---

La Stable et Acute 2000 (Hanson & Harris, 2001)

Cet instrument d'évaluation des besoins et des changements des agresseurs sexuels est constitué de deux sous échelles : la Stable et l'Acute. La Stable est constituée de 6 facteurs (Figure 6), ces facteurs sont relativement stables dans le temps, susceptibles de changement sur de longues périodes. En effet, cette sous échelle peut évoluer positivement pour un agresseur sexuel suite à une prise en charge bénéfique ou évoluer négativement par exemple au cours des périodes précédent un risque de récidive. Notons que les facteurs peuvent être cotés en 0, 1 ou 2, selon la présence des critères référents au facteur considéré. L'Acute est constituée de 8 facteurs susceptibles de changer d'un moment à l'autre, d'un entretien à l'autre avec l'agresseur. Il est nécessaire d'être vigilant à l'égard de ces facteurs dans le sens où il a été démontré qu'ils étaient précurseurs d'une récidive imminente. Ces facteurs dynamiques aigus doivent être évalués et pris en compte lors de la prise en charge de l'agresseur sexuel dès qu'ils sont présents. Notons que ces items s'évaluent en : 0, l'item n'est pas présent ; 1, l'item est partiellement présent, ou présent dans certaines conditions ; 2, l'item est présent ; puis IM « intervenir maintenant ». Dans ce dernier cas, l'item est présent et pose un réel problème quant à la gestion du risque de récidive de l'évalué.

La Stable et l'Acute nécessitent une formation complète afin de s'approprier le guide d'entretien, les critères de cotation ainsi que la répartition dans les catégories de risques identifiées par la Stable (Tableau 21). Les auteurs de la Statique-99 et de la Stable et Acute 2000 conseillent d'utiliser ces instruments conjointement afin de déterminer ainsi un degré d'intervention thérapeutique auprès de l'évalué (Tableau 22).

Figure 6: Items et structure factorielle de la Stable et Acute 2000

<p>Stable :</p> <p>1. Influences sociales importantes</p> <p>2. Problèmes sur le plan de l'intimité :</p> <p>Amants/partenaires intimes; Identifications émitives aux enfants; Hostilité envers les femmes; Solitude/isolement/rejet social en général; Manque d'intérêt à l'égard d'autrui.</p> <p>3. Maîtrise de soi sur le plan sexuel :</p> <p>Libido/préoccupations sexuelles; Recours au sexe comme mécanisme d'adaptation; Intérêts sexuels déviants.</p> <p>4. Attitudes propices à la perpétration de l'agression sexuelle :</p> <p>Droit au sexe; Attitudes favorables à l'égard du viol; Attitudes propices à l'agression d'enfants.</p> <p>5. Coopération dans le cadre de la surveillance</p>	<p>6. Maîtrise de soi en général :</p> <p>Gestes impulsifs; Faibles aptitudes cognitives pour la résolution de problèmes; Emotions négatives/hostilités.</p> <p>Acute :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accès aux victimes; 2. Effondrement émotionnel; 3. Ecroulement des soutiens sociaux; 4. Hostilité; 5. Consommation d'alcool ou d'autres drogues; 6. Préoccupations sexuelles; 7. Refus de la surveillance; 8. Facteur unique.
--	---

Tableau 21: Catégories de risque identifiées à la Stable 2000

Stable 2000 =	≤ 4 Risque Faible
	5 – 8 Risque Moyen
	9 – 12 Risque Élevé

Tableau 22: Prédiction du risque en fonction des évaluations à la Statique-99 et à la Stable et Acute 2000

STATIQUE-STABLE (RISQUE GLOBAL)	Facteurs aigus	Risque à court terme
Tous les niveaux	Aucun problème	Surveillance normale
Faible, moyen	Un problème	Attention particulière
Élevé	Un problème	Risque élevé
Faible, moyen	Plus d'un problème	
Tous les niveaux	Intervenir maintenant	Intervenir maintenant

L'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R, 1991, 2003)

A partir des travaux de Cleckley et de ses propres impressions cliniques, Hare a développé une échelle évaluant la psychopathie, la « Psychopathy Checklist » (PCL, Hare, 1980) puis la « Psychopathy Checklist Revised » (PCL-R, Hare, 1991). Cet instrument s'est avéré valide pour établir un diagnostic de psychopathie, diagnostic tenant compte non seulement des comportements antisociaux mais également de traits de personnalité narcissique, antisociaux.

La PCL-R est composée de 20 items répartis en deux facteurs et quatre facettes (Figure 7):

- (1) Le « Facteur 1 » renvoyant aux traits de personnalité inclut les items évoquant les caractéristiques affectives (absence de remords, d'empathie, de sentiments profonds, rejeter la responsabilité sur les autres, Etc.) ainsi que les relations interpersonnelles (charme superficiel, surestimation de soi, tendance au mensonge pathologique, manipulation, Etc.). Ce facteur constitue donc les deux premières facettes de la psychopathie : la facette 1 « Froideur Affective », et la facette 2 « Manipulation Interpersonnelle ».
- (2) Le « Facteur 2 », renvoyant aux traits comportementaux témoignant d'une déviance sociale, inclut les items évoquant un style de vie comme les comportements antisociaux, impulsifs et instables. Ce facteur constitue les facettes 3 « Style de vie, Recherches impulsives de sensation fortes » et 4 « Comportements antisociaux » de la PCL-R.

Chaque item est évalué sur une échelle en trois points : 0 si l'item ne caractérise pas l'évalué ; 1 si l'item le caractérise partiellement ; et 2 si l'item représente tout à fait l'évalué. La cotation est réalisée sur base des informations issues de l'entretien semi structuré proposé par Hare (1991) et de la lecture des dossiers judiciaire et psychologique de l'évalué.

Dans le cadre de la présente recherche, la PCL-R est utilisée afin de coter les items relatifs au niveau de psychopathie de la SORAG, de la SVR-20 et de la RSVP. Au vu de la littérature

internationale concernant la validité discriminante de la PCL-R chez les agresseurs sexuels, les scores à la PCL-R seront comparés dans le cadre de l'hypothèse 1. En ce qui concerne les deux autres hypothèses, seuls les instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels y seront confrontés. Nous voulions, à travers ce travail, non seulement évaluer le niveau de psychopathie afin de l'intégrer aux évaluations du risque mais également rappeler la nécessité d'évaluer le niveau de psychopathie des agresseurs sexuels, et notamment lors de la prise en charge. Cependant, nous avons fait le choix de concentrer nos principales analyses statistiques sur les instruments d'évaluation du risque des agresseurs sexuels.

Figure 7: Items de la PCL – R

1. Loquacité/charme superficiel (Facteur 1, Facette 1)	15. Irresponsabilité (Facteur 2, Facette 3)
2. Surestimation de soi (Facteur 1, Facette 1)	16. Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes (Facteur 1, Facette 2)
3. Besoin de stimulation/tendance à s'ennuyer (Facteur 2, Facette 3)	17. Nombreuses cohabitations de courtes durées
4. Tendance au mensonge pathologique (Facteur 1, Facette 1)	18. Délinquance juvénile (Facteur 2, Facette 4)
5. Duperie/manipulation (Facteur 1, Facette 1)	19. Violation des conditions de libération conditionnelle (Facteur 2, Facette 4)
6. Absence de remords ou de culpabilité (Facteur 1, Facette 2)	20. Diversité des types de délits commis par le sujet (Facette 4)
7. Affect superficiel (Facteur 1, Facette 2)	
8. Insensibilité/manque d'empathie (Facteur 1, Facette 2)	
9. Tendance au parasitisme (Facteur 2, Facette 3)	
10. Faible maîtrise de soi (Facteur 2, Facette 4)	
11. Promiscuité sexuelle	
12. Apparition précoce de problème de comportement (Facteur 2, Facette 4)	
13. Incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste (Facteur 2, Facette 3)	
14. Impulsivité (Facteur 2, Facette 3)	

Méthode

Cette recherche a été menée au sein de services prenant en charge des agresseurs sexuels (Service de Probation et d'Insertion Pénitentiaire, Etablissements Psychiatriques, Maisons d'arrêt, Centres de détention). Dans un premier temps, l'objectif de la recherche a été envoyé à chaque service. Les services (psychiatres ou psychologues) recevant positivement la recherche se sont vu proposer la recherche à leurs patients. Pour chaque agresseur sexuel acceptant de participer à la recherche et ayant signé le consentement de participation à la recherche, les dossiers judiciaires et psychologiques de chacun ont été consultés avant le ou les entretien(s) d'évaluation. Après chaque entretien d'évaluation, une phase de cotation a été menée avant de donner un compte rendu de l'évaluation du niveau de risque des agresseurs sexuels évalués au psychiatre ou au psychologue en charge de leurs suivis. Pour les évaluations du risque (au nombre de 36) menées par deux « stagiaires mémorantes » du CRDS, toutes les cotations avec ces deux personnes ont été revues de manière à atténuer les biais d'évaluation. Il faut noter que ces deux étudiantes ont été formées à l'ensemble des instruments d'évaluation du risque de récidive, qu'elles ont suivi les cours de psychologie légale à l'Université de Mons Hainaut, cours donnés par le Professeur Thierry Pham, et qu'elles font ou ont fait un stage et un mémoire en psychologie légale.

Résultats

Résultats 1 : Niveau de risque des justiciables français évalués dans la présente étude

Niveau de risque statique

Tableau 23: Niveau de risque statique des agresseurs sexuels en fonction de leur statut judiciaire

Score total à la :	Agresseurs sexuels en :	N	M	SD	Min.	Max.
SORAG	Obligation de soin	26	-4.23	9.83	-18	14
	Détention	48	7.81	13.32	-15	41
	Maison d'arrêt	10	-2.80	11.31	-17	22
	Total	84	2.82	13.32	-18	41
Statique-99	Obligation de soin	26	2.62	2.35	0	8
	Détention	48	2.96	2.10	0	8
	Maison d'arrêt	10	2.00	1.89	0	6
	Total	84	2.74	2.16	0	8

Le niveau de risque statique évalué à la SORAG varie en fonction du statut judiciaire de l'agresseur sexuel ($\chi^2 = 15.70$, $p = .000$). Les agresseurs sexuels détenus présentent des scores de risque de récidive à la SORAG supérieurs aux agresseurs sexuels sous mandat de dépôt en maison d'arrêt ($U = 126.500$, $p = .019$) et aux agresseurs sexuels en obligation de suivi socio judiciaire ($U = 300.00$, $p = .000$).

Pour ce qui est du niveau de risque évalué à la Statique-99, ce niveau ne varie pas en fonction du statut judiciaire de l'agresseur sexuel ($\chi^2 = 2.37$, $p = .306$).

Tableau 24: Niveau de risque statique des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s)

Score total à la :	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
SORAG	Majeures <i>et</i> mineures	14	6.00	12.29	-10	36
	Majeures	17	14.35	11.32	-6	33
	Mineures	49	-1.80	11.83	-18	41
	Total	80	3.00	13.39	-18	41
Statique-99	Majeures <i>et</i> mineures	14	3.50	2.65	0	8
	Majeures	17	3.71	2.02	0	8
	Mineures	49	1.94	1.61	0	7
	Total	80	2.59	2.06	0	8

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s), le niveau de risque statique diffère entre les groupes (SORAG : $\chi^2 = 19.43$, $p = .000$; Statique-99 : $\chi^2 = 11.53$, $p = .003$). Les agresseurs sexuels de victimes mineures présentent des niveaux de risque statique significativement inférieurs aux :

- agresseurs sexuels de victimes majeures (SORAG : $U = 133.50$, $p = .000$; Statique-99 : $U = 199.50$, $p = .001$) ;
- agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures (SORAG : $U = 210.50$, $p = .028$; Statique-99 : $U = 227.50$, $p = .052$).

Tableau 25: Niveau de risque statique des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial avec les victimes mineures

Score total à la :	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
SORAG	Majeures <i>et</i> mineures	14	6.00	12.29	-10	36
	Majeures	17	14.35	11.32	-6	33
	Mineures extrafamiliales	16	2.50	14.10	-16	41
	Mineures intrafamiliales	23	-6.65	9.28	-18	14
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	2.50	9.51	-14	21
	Total	80	3.00	13.39	-18	41
Statique-99	Majeures <i>et</i> mineures	14	3.50	2.65	0	8
	Majeures	17	3.71	2.02	0	8
	Mineures extrafamiliales	16	2.94	1.65	1	7
	Mineures intrafamiliales	23	.87	.97	0	3
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	2.80	1.23	1	5
	Total	80	2.59	2.06	0	8

Lorsque nous approfondissons l'analyse de données en fonction de l'âge des victimes et du lien familial des victimes mineures avec les agresseurs sexuels, le niveau de risque statique de récidive varie significativement entre les groupes (SORAG : $\chi^2 = 25.70$, $p = .000$; Statique-99 : $\chi^2 = 27.92$, $p = .000$). Les agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales présentent des niveaux de risque significativement inférieurs aux :

- agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures (SORAG : $U = 62.50$, $p = .002$; Statique-99 : $U = 63.00$, $p = .002$) ;
- agresseurs sexuels de victimes majeures (SORAG : $U = 34.00$, $p = .000$; Statique-99 : $U = 37.00$, $p = .000$) ;
- agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales (SORAG : $U = 109.00$, $p = .032$; Statique-99 : $U = 48.50$, $p = .000$) ;
- agresseurs sexuels de victimes mineures extra *et* intrafamiliales (SORAG : $U = 53.50$, $p = .016$; Statique-99 : $U = 26.50$, $p = .000$).

De plus, à la SORAG, les agresseurs sexuels de victimes majeures présentent des niveaux de risque supérieurs aux :

- agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales ($U = 61.50, p = .007$) ;
- agresseurs sexuels de victimes mineures extra *et* intrafamiliales ($U = 38.00, p = .018$).

Tableau 26: Niveau de risque statique des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures

Score total à la :	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
SORAG	Majeures <i>et</i> mineures	14	6.00	12.29	-10	36
	Majeures	17	14.35	11.32	-6	33
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	2.50	12.32	-16	41
	Mineures intra : biologiques	12	-8.25	10.09	-18	14
	Mineures intra : non biologiques	10	-4.90	8.89	-17	7
	Total	79	3.10	13.45	-18	41
Statique-99	Majeures <i>et</i> mineures	14	3.50	2.65	0	8
	Majeures	17	3.71	2.02	0	8
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	2.88	1.48	1	7
	Mineures intra : biologiques	12	.83	.94	0	2
	Mineures intra : non biologiques	10	.80	1.03	0	3
	Total	79	2.59	2.07	0	8

De manière plus précise, l'analyse du tableau 26 montre que les agresseurs sexuels de victimes intrafamiliales ayant un lien biologique avec leur(s) victime(s), c'est-à-dire les pères incestueux, et ceux n'ayant pas de lien biologique avec leur(s) victime(s) (souvent nommées pseudo-incestueux) présentent des niveaux de risque significativement inférieurs aux :

- agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures (SORAG : $U = 26.50, p = .003$; $U = 33.00, p = .030$; Statique-99 : $U = 32.00, p = .006$, $U = 26.00, p = .009$) ;

- aux agresseurs sexuels de victimes majeures (SORAG : $U = 15.00$, $p = .000$; $U = 18.00$, $p = .000$; Statique-99 : $U = 18.00$, $p = .000$, $U = 16.00$, $p = .000$).

De plus, à la SORAG, les agresseurs sexuels de victimes majeures présentent des scores supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales ou extra *et* intrafamiliales ($U = 99.50$, $p = .003$) qui eux même présentent un niveau de risque supérieur aux agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales ayant un lien biologique ($U = 74.50$, $p = .010$).

A la Statique-99, les agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales ou extra *et* intrafamiliales présentent un niveau de risque supérieur aux agresseurs sexuels de victimes intrafamiliales ayant un lien biologique ($U = 37.00$, $p = .000$) et ceux n'ayant pas de lien biologique ($U = 30.00$, $p = .000$).

Niveau de risque clinique structuré

Tableau 27: Niveau de risque clinique structuré (SVR-20) des agresseurs sexuels en fonction de leur statut judicaire

	Agresseurs sexuels en :	N	M	SD	Min.	Max.
SVR-20 : Score total	Obligation de soin	26	10.58	5.84	1	21
	Détention	48	16.50	6.35	4	32
	Maison d'arrêt	10	10.50	4.55	4	18
	Total	84	13.95	6.64	1	32
SVR-20 : Ajustement psychosocial	Obligation de soin	26	5.42	3.35	0	11
	Détention	48	9.33	4.35	2	20
	Maison d'arrêt	10	5.70	2.58	1	10
	Total	84	7.69	4.30	0	20
SVR-20 :	Obligation de soin	26	3.58	2.64	0	11

Délits sexuels	Détention	48	5.52	2.90	0	13
	Maison d'arrêt	10	4.20	2.20	1	8
	Total	84	4.76	2.86	0	13
SVR-20 : Projets futurs	Obligation de soin	26	1.19	1.23	0	4
	Détention	48	1.65	1.38	0	4
	Maison d'arrêt	10	.50	.71	0	2
	Total	84	1.37	1.32	0	4

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon leur statut judiciaire, le niveau de risque clinique structuré évalué à la SVR-20 diffère significativement, et ce pour le niveau de risque global (SVR-20 total) ($\chi^2 = 16.14$, $p = .000$), et les facteurs « Ajustement psychosocial » ($\chi^2 = 16.03$, $p = .000$), « Délits sexuels » ($\chi^2 = 8.53$, $p = .014$), et « Projets futurs » ($\chi^2 = 6.87$, $p = .032$). Les agresseur sexuels détenus présentent des niveaux de risque à l'évaluation clinique structurée plus élevés que :

- les agresseurs sexuels sous mandat de dépôt (Score total de la SVR-20 : $U = 106.60$, $p = .006$; Facteur « Ajustement psychologique » : $U = 123.50$, $p = .016$; Facteur « Projets futurs » : $U = 122.50$, $p = .012$) ;
- les agresseurs sexuels en obligation de suivi socio judiciaire (Score total de la SVR-20 : $U = 314.50$, $p = .000$; Facteur « Ajustement psychosocial » : $U = 300.00$, $p = .000$; Facteur « Délits sexuels » : $U = 377.50$, $p = .005$).

Tableau 28: Niveau de risque clinique structuré (RSVP) des agresseurs sexuels en fonction de leur statut judiciaire

	Agresseurs sexuels en :	N	M	SD	Min.	Max.
RSVP : Score total	Obligation de soin	26	12.77	6.86	1	26
	Détention	48	18.54	6.93	5	34
	Maison d'arrêt	10	13.30	6.11	5	25
	Total	84	16.13	7.30	1	34
RSVP :	Obligation de soin	26	2.12	2.10	0	8

Antécédents de violence sexuelle	Détention	48	3.56	2.64	0	9
	Maison d'arrêt	10	2.50	2.17	0	7
	Total	84	2.99	2.50	0	9
RSVP : Ajustement psychologique	Obligation de soin	26	4.23	2.44	0	8
	Détention	48	4.98	1.99	0	10
	Maison d'arrêt	10	4.50	2.59	2	10
	Total	84	4.69	2.21	0	10
RSVP : Maladie mentale	Obligation de soin	26	2.46	1.45	0	5
	Détention	48	3.21	1.98	0	8
	Maison d'arrêt	10	2.60	1.35	0	4
	Total	84	2.90	1.78	0	8
RSVP : Ajustement social	Obligation de soin	26	2.58	1.96	0	6
	Détention	48	4.44	2.18	0	8
	Maison d'arrêt	10	3.00	1.41	1	5
	Total	84	3.69	2.20	0	8
RSVP : Facteur gestion	Obligation de soin	26	1.62	1.65	0	5
	Détention	48	2.31	2.09	0	6
	Maison d'arrêt	10	.70	.95	0	2
	Total	84	1.90	1.92	0	6

Lorsque le niveau de risque clinique structuré est évalué à la RSVP, les agresseurs sexuels catégorisées selon leur statut judiciaire présentent des scores significativement différents au niveau du score total ($\chi^2 = 11.90$, $p = .003$), du facteur « Ajustement social » ($\chi^2 = 12.97$, $p = .002$) et du facteur « Gestion » ($\chi^2 = 6.17$, $p = .046$).

Les agresseur sexuels détenus présentent des niveaux de risque à l'évaluation clinique structurée plus élevés que :

- les agresseurs sexuels sous mandat de dépôt (Score total de la RSVP : $U = 134.00$, $p = .029$; Facteur « Ajustement social » : $U = 140.50$, $p = .039$; Facteur « Gestion » : $U = 131.50$, $p = .022$) ;
- les agresseurs sexuels en obligation de suivi socio judiciaire (Score total de la RSVP : $U = 349.00$, $p = .002$; Facteur « Ajustement social » : $U = 331.50$, $p = .001$).

Tableau 29: Niveau de risque clinique structuré (SVR-20) des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s)

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
SVR-20 : Score total	Majeures <i>et</i> mineures	14	16.07	6.60	9	32
	Majeures	17	15.82	6.53	4	28
	Mineures	49	13.14	6.55	1	28
	Total	80	14.23	6.61	1	32
SVR-20 : Ajustement psychosocial	Majeures <i>et</i> mineures	14	9.07	4.79	2	20
	Majeures	17	9.41	4.66	2	19
	Mineures	49	6.86	3.82	0	17
	Total	80	7.79	4.30	0	20
SVR-20 : Délits sexuels	Majeures <i>et</i> mineures	14	5.50	2.38	2	10
	Majeures	17	4.71	2.29	2	9
	Mineures	49	4.82	3.15	0	13
	Total	80	4.91	2.84	0	13
SVR-20 : Projets futurs	Majeures <i>et</i> mineures	14	1.50	1.23	0	4
	Majeures	17	1.71	1.36	0	4
	Mineures	49	1.24	1.35	0	4
	Total	80	1.39	1.33	0	4

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s), le niveau de risque de récidive évalué à la SVR-20 ne diffère pas significativement entre les groupes (Score total : $\chi^2 = 2.34$, $p = .311$; Facteurs « Ajustement psychosocial » : $\chi^2 = 5.34$, $p = .069$; « Délits sexuels » : $\chi^2 = 1.05$, $p = .593$; « Projets futurs » : $\chi^2 = 2.05$, $p = .358$).

Tableau 30: Niveau de risque clinique structuré (RSVP) des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s)

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
RSVP : Score total	Majeures <i>et</i> mineures	14	18.86	6.53	11	34
	Majeures	17	17.35	5.91	8	28
	Mineures	49	15.41	7.85	1	31
	Total	80	16.43	7.31	1	34
RSVP : Antécédents de violence sexuelle	Majeures <i>et</i> mineures	14	3.79	2.16	0	8
	Majeures	17	2.82	2.19	0	7
	Mineures	49	2.98	2.72	0	9
	Total	80	3.09	2.52	0	9
RSVP : Ajustement psychologique	Majeures <i>et</i> mineures	14	5.14	1.66	2	8
	Majeures	17	4.29	1.53	0	6
	Mineures	49	4.82	2.50	0	10
	Total	80	4.76	2.19	0	10
RSVP : Maladie mentale	Majeures <i>et</i> mineures	14	3.71	2.37	1	8
	Majeures	17	3.12	1.90	0	7
	Mineures	49	2.63	1.50	0	6
	Total	80	2.93	1.78	0	8
RSVP : Ajustement social	Majeures <i>et</i> mineures	14	4.36	2.21	0	8
	Majeures	17	4.59	1.84	2	8
	Mineures	49	3.29	2.23	0	8
	Total	80	3.75	2.20	0	8
RSVP : Gestion	Majeures <i>et</i> mineures	14	1.93	1.77	0	6
	Majeures	17	2.53	2.21	0	6
	Mineures	49	1.69	1.85	0	6
	Total	80	1.91	1.92	0	6

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s), le niveau de risque de récidive évalué à la RSVP ne diffère pas significativement entre les groupes (Score total : $\chi^2 = 2.28$, $p = .320$; Facteurs « Antécédent de violence sexuelle » : $\chi^2 = 1.86$, $p = .395$; « Ajustement psychologique » : $\chi^2 = 1.27$, $p = .530$; « Maladie mentale » : $\chi^2 = 2.30$, $p = .317$; « Ajustement social » : $\chi^2 = 5.50$, $p = .064$; « Gestion » : $\chi^2 = 2.28$, $p = .319$).

Tableau 31 : Niveau de risque clinique structuré (SVR-20) des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial avec les victimes mineures

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
SVR-20 : Score total	Majeures <i>et</i> mineures	14	16.07	6.60	9	32
	Majeures	17	15.82	6.53	4	28
	Mineures extrafamiliales	16	12.50	5.76	4	24
	Mineures intrafamiliales	23	12.13	7.34	1	28
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	16.50	5.08	5	21
	Total	80	14.23	6.61	1	32
SVR-20 : Ajustement psychosocial	Majeures <i>et</i> mineures	14	9.07	4.80	2	20
	Majeures	17	9.41	4.66	2	19
	Mineures extrafamiliales	16	7.56	4.31	1	17
	Mineures intrafamiliales	23	5.83	3.74	0	14
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	8.10	2.77	3	12
	Total	80	7.79	4.30	0	20
SVR-20 : Délits sexuels	Majeures <i>et</i> mineures	14	5.50	2.38	2	10
	Majeures	17	4.71	2.29	2	9
	Mineures extrafamiliales	16	4.06	2.59	0	8
	Mineures intrafamiliales	23	4.70	3.55	0	13
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	6.30	2.71	2	11
	Total	80	4.91	2.84	0	13
SVR-20 : Projets futurs	Majeures <i>et</i> mineures	14	1.50	1.23	0	4
	Majeures	17	1.71	1.36	0	4
	Mineures extrafamiliales	16	.81	.98	0	2
	Mineures intrafamiliales	23	1.17	1.40	0	4
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	2.10	1.45	0	4
	Total	80	1.39	1.33	0	4

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s) et le lien familial des victimes mineures, le niveau de risque évalué à la SVR-20 ne diffère pas significativement entre les groupes (Score total à la SVR-20 : $\chi^2 = 6.64$, $p = .156$; Facteur

« Ajustement psychosocial » : $\chi^2 = 8.32$, $p = .081$; Facteur « Déliés sexuels » : $\chi^2 = 5.04$, $p = .283$; Facteur « Projets futurs » : $\chi^2 = 7.68$, $p = .104$.

Tableau 32: Niveau de risque clinique structuré (RSVP) des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial avec les victimes mineures

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
RSVP : Score total	Majeures <i>et</i> mineures	14	18.86	6.53	11	34
	Majeures	17	17.35	5.91	8	28
	Mineures extrafamiliales	16	14.63	6.21	5	25
	Mineures intrafamiliales	23	13.96	8.99	1	31
	Mineures extra & intrafamiliales	10	20.00	6.04	7	26
	Total	80	16.43	7.31	1	34
RSVP : Antécédents de violence sexuelle	Majeures <i>et</i> mineures	14	3.79	2.16	0	8
	Majeures	17	2.82	2.19	0	7
	Mineures extrafamiliales	16	1.75	2.08	0	7
	Mineures intrafamiliales	23	3.17	2.73	0	9
	Mineures extra & intrafamiliales	10	4.50	2.95	0	8
	Total	80	3.09	2.52	0	9
RSVP : Ajustement psychologique	Majeures <i>et</i> mineures	14	5.14	1.66	2	8
	Majeures	17	4.29	1.53	0	6
	Mineures extrafamiliales	16	5.56	2.13	2	10
	Mineures intrafamiliales	23	3.96	2.55	0	10
	Mineures extra & intrafamiliales	10	5.60	2.50	2	8
	Total	80	4.76	2.19	0	10
RSVP : Maladie mentale	Majeures <i>et</i> mineures	14	3.71	2.37	1	8
	Majeures	17	3.12	1.90	0	7
	Mineures extrafamiliales	16	2.94	1.69	0	6
	Mineures intrafamiliales	23	2.35	1.56	0	6
	Mineures extra & intrafamiliales	10	2.80	.92	2	4
	Total	80	2.93	1.78	0	8
RSVP :	Majeures <i>et</i> mineures	14	4.36	2.21	0	8

Ajustement social	Majeures	17	4.59	1.84	2	8
	Mineures extrafamiliales	16	3.25	1.73	0	6
	Mineures intrafamiliales	23	2.87	2.51	0	8
	Mineures extra & intrafamiliales	10	4.30	2.11	1	7
	Total	80	3.75	2.20	0	8
RSVP : Gestion	Majeures <i>et</i> mineures	14	1.93	1.77	0	6
	Majeures	17	2.53	2.21	0	6
	Mineures extrafamiliales	16	1.13	1.50	0	4
	Mineures intrafamiliales	23	1.57	1.88	0	6
	Mineures extra & intrafamiliales	10	2.90	1.91	0	6
	Total	80	1.91	1.92	0	6

De la même manière que pour la SVR-20, le niveau de risque évalué à la RSVP ne diffère pas significativement entre les agresseurs sexuels, lorsque ceux-ci sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s) et le lien familial et biologique des victimes mineures (Score total à la RSVP : $\chi^2 = 7.78$, $p = .100$; Facteur « Antécédents de violence sexuelle » : $\chi^2 = 9.04$, $p = .060$; Facteur « Ajustement psychologique » : $\chi^2 = 7.19$, $p = .126$; Facteur « Maladie mentale » : $\chi^2 = 3.84$, $p = .428$; Facteur « Ajustement social » : $\chi^2 = 8.56$, $p = .073$; Facteur « Gestion » : $\chi^2 = 8.35$, $p = .080$).

Tableau 33: Niveau de risque clinique structuré (SVR-20) des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
SVR-20 : Score total	Majeures <i>et</i> mineures	14	16.07	6.60	9	32
	Majeures	17	15.82	6.53	4	28
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	14.04	5.76	4	24
	Mineures intra : biologiques	12	12.92	8.42	2	28
	Mineures intra : non biologiques	10	11.50	6.54	1	21
	Total	79	14.29	6.63	1	32
SVR-20 : Ajustement psychosocial	Majeures <i>et</i> mineures	14	9.07	4.80	2	20
	Majeures	17	9.41	4.66	2	19
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	7.77	3.73	1	17
	Mineures intra : biologiques	12	5.75	4.16	1	14
	Mineures intra : non biologiques	10	6.20	3.46	0	12
	Total	79	7.85	4.29	0	20
SVR-20 : Délits sexuels	Majeures <i>et</i> mineures	14	5.50	2.38	2	10
	Majeures	17	4.71	2.29	2	9
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	4.92	2.81	0	11
	Mineures intra : biologiques	12	5.83	3.22	1	10
	Mineures intra : non biologiques	10	3.40	3.81	0	13
	Total	79	4.92	2.86	0	13
SVR-20 : Projets futurs	Majeures <i>et</i> mineures	14	1.50	1.23	0	4
	Majeures	17	1.71	1.36	0	4
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	1.31	1.32	0	4
	Mineures intra : biologiques	12	1.33	1.56	0	4
	Mineures intra : non biologiques	10	.90	1.29	0	4
	Total	79	1.38	1.33	0	4

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s) et le lien familial et biologique des victimes mineures, les instruments d'évaluation du risque de récidive clinique structuré ne les différencient pas quant à leur risque de récidive. En effet, la SVR-20 et ses facteurs ne différencient pas les agresseurs sexuels selon cette catégorisation (Score total à la SVR-20 : $\chi^2 = 3.10$, $p = .542$; Facteur « Ajustement psychosocial » : $\chi^2 = 7.28$, $p = .122$; Facteur « Délits sexuels » : $\chi^2 = 6.50$, $p = .165$; Facteur « Projets futurs » : $\chi^2 = 3.09$, $p = .543$).

Tableau 34: Niveau de risque clinique structuré (RSVP) des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
RSVP : Score total	Majeures <i>et</i> mineures	14	18.86	6.53	11	34
	Majeures	17	17.35	5.90	8	28
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	16.69	6.58	5	26
	Mineures intra : biologiques	12	15.67	10.56	2	31
	Mineures intra : non biologiques	10	12.30	7.27	1	23
	Total	79	16.51	7.32	1	34
RSVP : Antécédents de violence sexuelle	Majeures <i>et</i> mineures	14	3.79	2.16	0	8
	Majeures	17	2.82	2.19	0	7
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	2.81	2.76	0	8
	Mineures intra : biologiques	12	3.92	2.64	0	8
	Mineures intra : non biologiques	10	2.50	2.80	0	9
	Total	79	3.11	2.52	0	9
RSVP : Ajustement psychologique	Majeures <i>et</i> mineures	14	5.14	1.66	2	8
	Majeures	17	4.29	1.53	0	6
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	5.58	2.23	2	10
	Mineures intra : biologiques	12	4.33	2.87	0	10
	Mineures intra : non biologiques	10	3.50	2.32	0	7
	Total	79	4.77	2.20	0	10
RSVP : Maladie mentale	Majeures <i>et</i> mineures	14	3.71	2.37	1	8
	Majeures	17	3.12	1.90	0	7
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	2.88	1.42	0	6
	Mineures intra : biologiques	12	2.25	1.71	0	6
	Mineures intra : non biologiques	10	2.60	1.43	0	5
	Total	79	2.95	1.78	0	8
RSVP : Ajustement social	Majeures <i>et</i> mineures	14	4.36	2.21	0	8
	Majeures	17	4.59	1.84	2	8
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	3.65	1.92	0	7
	Mineures intra : biologiques	12	3.17	2.98	0	8
	Mineures intra : non biologiques	10	2.40	2.01	0	5
	Total	79	3.75	2.22	0	8
RSVP : Gestion	Majeures <i>et</i> mineures	14	1.93	1.77	0	6
	Majeures	17	2.53	2.21	0	6
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	1.81	1.86	0	6
	Mineures intra : biologiques	12	1.83	2.13	0	6
	Mineures intra : non biologiques	10	1.30	1.70	0	4

	Total	79	1.92	1.93	0	6
--	-------	----	------	------	---	---

La RSVP ne différencient pas les agresseurs sexuels lorsqu'ils sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s) et le lien familial et biologique des victimes mineures (Score total à la RSVP : $\chi^2 = 4.24$, $p = .374$; Facteur « Antécédents de violence sexuelle » : $\chi^2 = 4.08$, $p = .395$; Facteur « Ajustement psychologique » : $\chi^2 = 7.41$, $p = .116$; Facteur « Maladie mentale » : $\chi^2 = 3.72$, $p = .445$; Facteur « Ajustement social » : $\chi^2 = 7.90$, $p = .095$; Facteur « Gestion » : $\chi^2 = 2.83$, $p = .587$).

Niveau de risque dynamique

Tableau 35: Niveau de risque dynamique des agresseurs sexuels selon leur statut judiciaire

	Agresseur sexuel en:	N	M	SD	Min.	Max.
Score total : Stable & Acute 2000	Obligation de soin	26	7.88	3.64	2	17
	Détention	48	7.54	2.94	2	14
	Maison d'arrêt	10	5.60	2.72	0	10
	Total	84	7.42	3.19	0	17
Score total : Stable	Obligation de soin	26	5.54	2.04	1	9
	Détention	48	6.10	2.15	2	11
	Maison d'arrêt	10	5.50	1.43	3	8
	Total	84	5.86	2.00	1	11
Score total : Acute	Obligation de soin	26	2.27	1.99	0	8
	Détention	48	1.44	1.25	0	5
	Maison d'arrêt	10	1.10	1.52	0	5
	Total	84	1.65	1.59	0	8

Le niveau de risque des agresseurs sexuels catégorisés selon leur statut judiciaire ne se varie pas entre les groupes (Score total à la Stable et Acute : $\chi^2 = 3.05$, $p = .218$; Score à la Stable : $\chi^2 = 1.10$, $p = .578$; Score à l'Acute : $\chi^2 = 5.11$, $p = .078$).

Tableau 36: Niveau de risque dynamique des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victime(s)

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
Score total : Stable & Acute 2000	Majeures <i>et</i> mineures	14	8.36	2.62	5	14
	Majeures	17	7.29	2.54	4	12
	Mineures	49	7.22	3.63	0	17
	Total	80	7.44	3.26	0	17
Score total : Stable	Majeures <i>et</i> mineures	14	6.50	1.45	4	9
	Majeures	17	5.76	1.56	3	8
	Mineures	49	5.76	2.38	1	11
	Total	80	5.89	2.09	1	11
Score total : Acute	Majeures <i>et</i> mineures	14	1.86	1.61	0	5
	Majeures	17	1.41	1.42	0	4
	Mineures	49	1.67	1.70	0	8
	Total	80	1.65	1.62	0	8

Le niveau de risque dynamique des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur victime ne diffère pas significativement entre les groupes (Score total à la Stable et à l'Acute : $\chi^2 = 1.74$, p = .419 ; Score à la Stable : $\chi^2 = 1.74$, p = .419 ; Score total à l'Acute : $\chi^2 = .71$, p = .702).

Tableau 37: Niveau de risque dynamique des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial avec les victimes mineures

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
Score total : Stable & Acute 2000	Majeures <i>et</i> mineures	14	8.36	2.62	5	14
	Majeures	17	7.29	2.54	4	12
	Mineures extrafamiliales	16	7.56	3.14	0	12
	Mineures intrafamiliales	23	5.65	2.72	2	12
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	10.30	4.32	3	17
	Total	80	7.44	3.26	0	17
Score total : Acute	Majeures <i>et</i> mineures	14	6.50	1.45	4	9
	Majeures	17	5.76	1.56	3	8
	Mineures extrafamiliales	16	6.31	1.74	3	9
	Mineures intrafamiliales	23	4.78	2.33	1	10
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	7.10	2.60	3	11
	Total	80	5.89	2.09	1	11
Score total : Stable &Acute 2000	Majeures <i>et</i> mineures	14	1.86	1.61	0	5
	Majeures	17	1.41	1.42	0	4
	Mineures extrafamiliales	16	1.88	1.31	0	5
	Mineures intrafamiliales	23	.87	.82	0	3
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	3.20	2.57	0	8
	Total	80	1.65	1.62	0	8

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge des victimes et le lien familial des victimes mineures, les niveaux de risque évaluées à la Stable et à l'Acute 2000 diffèrent significativement entre les groupes (Score total à la Stable et à l'Acute: $\chi^2 = 14.21$, $p = .007$; Score total à la Stable : $\chi^2 = 11.84$, $p = .019$; Score total à l'Acute : $\chi^2 = 12.16$, $p = .016$).

Les agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales présentent des niveaux de risque significativement inférieurs aux :

- agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures (Score total à la Stable et à l'Acute : $U = 75.50$, $p = .007$; Score total à la Stable : $U = 80.00$, $p = .010$; Score total à l'Acute : $U = 101.00$, $p = .012$) ;

- aux agresseurs sexuels de victimes majeures (Score total à la Stable et à l'Acute : $U = 124.50$, $p = .050$) ;
- aux agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales (Score total à la Stable et à l'Acute : $U = 108.00$, $p = .030$; Score total à la Stable : $U = 101.00$, $p = .017$; Score total à l'Acute : $U = 97.50$, $p = .012$) ;
- agresseurs de victimes mineures extra *et* intrafamiliales (Score total à la Stable et à l'Acute : $U = 42.50$, $p = .003$; Score total à la Stable : $U = 59.00$, $p = .028$; Score total à l'Acute : $U = 46.00$, $p = .006$).

A l'Acute, les agresseurs sexuels de victimes mineures extra *et* intrafamiliales ont tendance à présenter un niveau de risque inférieur aux agresseurs sexuels de victimes majeures ($U = 47.00$, $p = .051$).

Tableau 38: Niveau de risque dynamique des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
Score total : Stable & Acute 2000	Majeures <i>et</i> mineures	14	6.50	1.45	4	9
	Majeures	17	5.76	1.56	3	8
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	6.62	2.10	3	11
	Mineures intra : biologiques	12	4.75	2.70	1	10
	Mineures intra : non biologiques	10	4.80	2.10	2	9
	Total	79	5.90	2.10	1	11
Score total : Stable	Majeures <i>et</i> mineures	14	1.86	1.61	0	5
	Majeures	17	1.41	1.42	0	4
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	2.38	1.96	0	8
	Mineures intra : biologiques	12	.83	.72	0	2
	Mineures intra : non biologiques	10	.80	.92	0	3
	Total	79	1.65	1.63	0	8
Score total : Acute	Majeures <i>et</i> mineures	14	8.36	2.62	5	14
	Majeures	17	7.29	2.54	4	12

	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	8.62	3.81	0	17
	Mineures intra : biologiques	12	5.58	3.06	2	12
	Mineures intra : non biologiques	10	5.60	2.55	3	10
	Total	79	7.44	3.28	0	17

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s) et le lien familial et biologique des victimes mineures, les agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales ayant un lien biologique et ceux ayant un lien familial non biologique présentent des niveaux de risque inférieurs à la Stable et à l'Acute 2000 (score total et facteurs) :

- aux agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures (Score total à la Stable et à l'Acute : $U = 37.00, p = .014$; $U = 33.50, p = .030$; Score à la Stable : $U = 44.00, p = .037$; $U = 33.50, p = .031$) ;
- aux agresseurs sexuels de victimes extrafamiliales ou extra *et* intrafamiliales (Score total à la Stable et à l'Acute : $U = 76.00, p = .011$; $U = 64.50, p = .020$; Score à la Stable : $U = 85.00, p = .024$; $U = 69.00, p = .031$; Score à l'Acute : $U = 59.00, p = .011$).

Niveau de psychopathie

Tableau 39: Niveau de psychopathie selon le statut judiciaire des agresseurs sexuels

PCL-R	Agresseurs sexuels en :	N	M	SD	Min.	Max.
Score total	Obligation de soin	26	8.71	6.90	.00	25.00
	Détention	48	17.32	9.09	4.20	36.00
	Maison d'arrêt	10	10.32	4.53	3.20	16.80
	Total	84	13.82	8.95	.00	36.00
Facteur 1 : Interpersonnel, affectif	Obligation de soin	26	4.79	3.97	.00	12.60
	Détention	48	7.56	3.95	1.00	14.00
	Maison d'arrêt	10	5.50	2.59	2.00	9.00

	Total	84	6.46	3.99	.00	14.00
Facteur 2 : Comportemental, antisocial	Obligation de soin	26	2.43	2.90	.00	11.00
	Détention	48	7.45	5.10	.00	18.00
	Maison d'arrêt	10	2.98	2.26	.00	6.00
	Total	84	5.37	4.87	.00	18.00
Facette 1 : Froideur affective	Obligation de soin	26	1.62	2.23	.00	6.00
	Détention	48	2.76	2.56	.00	8.00
	Maison d'arrêt	10	1.20	.92	.00	3.00
	Total	84	2.22	2.39	.00	8.00
Facette 2 : Manipulation interpersonnelle	Obligation de soin	26	3.15	2.03	.00	6.00
	Détention	48	4.79	2.02	.00	8.00
	Maison d'arrêt	10	4.20	1.87	2.00	7.00
	Total	84	4.21	2.12	.00	8.00
Facette 3 : Style de vie, Recherches impulsives de sensation fortes	Obligation de soin	26	1.52	2.05	.00	8.00
	Détention	48	4.17	2.95	.00	10.00
	Maison d'arrêt	10	1.60	1.71	.00	4.00
	Total	84	3.04	2.87	.00	10.00
Facette 4 : Comportements antisociaux	Obligation de soin	26	.99	1.39	.00	4.00
	Détention	48	3.43	2.84	.00	10.00
	Maison d'arrêt	10	1.33	1.76	.00	6.00
	Total	84	2.43	2.62	.00	10.00

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon leur statut judiciaire, le niveau de psychopathie et notamment le score total ($\chi^2 = 19.79$, $p = .000$), le score aux facteurs « Interpersonnel et affectif » ($\chi^2 = 9.09$, $p = .011$) et « Comportemental, antisocial » ($\chi^2 = 23.82$, $p = .000$) et aux facettes « Manipulation, interpersonnelle » ($\chi^2 = 9.56$, $p = .008$), « Style de vie » ($\chi^2 = 18.77$, $p = .000$) et « Comportements antisociaux » ($\chi^2 = 21.19$, $p = .000$) varient entre les groupes.

Les agresseurs sexuels détenus présentent des niveaux de psychopathie supérieurs :

- aux agresseurs sexuels en obligation de suivi socio judiciaire (score total à la PCL-R : $U = 251.00$, $p = .000$; Facteurs « Interpersonnel, affectif » : $U = 369.50$, $p = .004$; « Comportemental, antisocial » : $U = 223.50$, $p = .000$; Facettes «

- Manipulation, interpersonnelle » : $U = 358.50$, $p = .002$; « Style de vie » : $U = 279.00$, $p = .000$; « Comportements antisociaux » : $U = 251.00$, $p = .000$) ;
- aux agresseurs sexuels sous mandat de dépôt en maison d'arrêt (score total à la PCL-R : $U = 133.50$, $p = .028$; Facteur « Comportemental, antisocial » : $U = 108.00$, $p = .006$; Facettes « Style de vie » : $U = 111.00$, $p = .008$; « Comportements antisociaux » : $U = 115.00$, $p = .010$).

Tableau 40: Niveau de psychopathie des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s)

PCL-R	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
Score total	Majeures <i>et</i> mineures	14	12.53	8.22	4.00	36.00
	Majeures	17	20.15	8.49	9.50	36.00
	Mineures	49	12.80	8.47	1.10	35.00
	Total	80	14.32	8.87	1.10	36.00
Facteur 1 : Interpersonnel, affectif	Majeures <i>et</i> mineures	14	5.50	3.67	1.00	14.00
	Majeures	17	8.15	3.68	3.00	13.00
	Mineures	49	6.53	4.02	.00	14.00
	Total	80	6.70	3.94	.00	14.00
Facteur 2 : Comportemental, antisocial	Majeures <i>et</i> mineures	14	4.96	3.98	1.10	17.00
	Majeures	17	9.41	5.21	.00	18.00
	Mineures	49	4.40	4.39	.00	17.00
	Total	80	5.56	4.89	.00	18.00
Facette 1 : Froideur affective	Majeures <i>et</i> mineures	14	1.50	2.21	.00	8.00
	Majeures	17	2.97	2.31	.00	6.00
	Mineures	49	2.35	2.45	.00	8.00
	Total	80	2.33	2.39	.00	8.00
Facette 2 : Manipulation interpersonnelle	Majeures <i>et</i> mineures	14	4.00	2.18	1.00	7.00
	Majeures	17	5.18	1.74	2.00	8.00
	Mineures	49	4.14	2.10	.00	8.00
	Total	80	4.34	2.07	.00	8.00
Facette 3 : Style de vie, Recherches impulsives de	Majeures <i>et</i> mineures	14	2.64	2.37	.00	9.00
	Majeures	17	5.24	3.22	.00	10.00
	Mineures	49	2.57	2.60	.00	9.00

sensation fortes	Total	80	3.15	2.89	.00	10.00
Facette 4 : Comportements antisociaux	Majeures <i>et</i> mineures	14	2.46	2.72	.00	10.00
	Majeures	17	4.69	2.99	.00	10.00
	Mineures	49	1.77	2.06	.00	9.00
	Total	80	2.51	2.64	.00	10.00

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s), le niveau de psychopathie évalué à la PCL-R ($\chi^2 = 9.80$, $p = .007$) et les dimensions « Comportementale, antisociale » ($\chi^2 = 13.61$, $p = .001$), « Style de vie » ($\chi^2 = 9.71$, $p = .008$) et « Comportements antisociaux » ($\chi^2 = 13.73$, $p = .001$) varie entre les groupes.

Les agresseurs sexuels de victimes majeures présentent des scores significativement plus élevés que :

- les agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures (PCL-R : $U = 58.00$, $p = .015$; Dimension « Comportementale, antisociale » : $U = 50.00$, $p = .006$; Dimension « Style de vie » : $U = 62.00$, $p = .023$; Dimension « Comportements antisociaux » : $U = 67.00$, $p = .038$) ;
- les agresseurs sexuels de victimes mineures (PCL-R : $U = 211.50$, $p = .003$; Dimension « Comportementale, antisociale » : $U = 179.00$, $p = .000$; Dimension « Style de vie » : $U = 212.50$, $p = .003$; Dimension « Comportements antisociaux » : $U = 170.50$, $p = .000$).

Tableau 41: Niveau de psychopathie des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial avec les victimes mineures

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
Score total	Majeures <i>et</i> mineures	14	12.53	8.22	4.00	36.00
	Majeures	17	20.15	8.49	9.50	34.00
	Mineures extrafamiliales	16	12.47	8.13	4.20	35.00

	Mineures intrafamiliales	23	10.71	7.87	1.10	28.00
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	18.14	8.86	6.30	31.10
	Total	80	14.32	8.87	1.10	36.00
Facteur 1 : Interpersonnel, affectif	Majeures <i>et</i> mineures	14	5.50	3.67	1.00	14.00
	Majeures	17	8.15	3.68	3.00	13.00
	Mineures extrafamiliales	16	6.73	4.05	1.00	14.00
	Mineures intrafamiliales	23	5.78	3.80	.00	14.00
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	7.96	4.45	1.00	12.60
	Total	80	6.70	3.94	.00	14.00
Facteur 2 : Comportemental, antisocial	Majeures <i>et</i> mineures	14	4.96	3.98	1.10	17.00
	Majeures	17	9.41	5.21	.00	18.00
	Mineures extrafamiliales	16	3.75	4.36	.00	17.00
	Mineures intrafamiliales	23	3.37	3.81	.00	13.00
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	7.81	4.42	2.20	16.90
	Total	80	5.56	4.89	.00	18.00
Facette 1 : Froideur affective	Majeures <i>et</i> mineures	14	1.50	2.21	.00	8.00
	Majeures	17	2.97	2.31	.00	6.00
	Mineures extrafamiliales	16	2.31	2.60	.00	8.00
	Mineures intrafamiliales	23	1.83	2.08	.00	8.00
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	3.60	2.76	.00	7.00
	Total	80	2.33	2.39	.00	8.00
Facette 2 : Manipulation interpersonnelle	Majeures <i>et</i> mineures	14	4.00	2.18	1.00	7.00
	Majeures	17	5.18	1.74	2.00	8.00
	Mineures extrafamiliales	16	4.38	1.96	1.00	7.00
	Mineures intrafamiliales	23	3.96	2.16	.00	8.00
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	4.20	2.35	.00	7.00
	Total	80	4.34	2.07	.00	8.00
Facette 3 : Style de vie, Recherches impulsives de sensation fortes	Majeures <i>et</i> mineures	14	2.64	2.37	.00	9.00
	Majeures	17	5.24	3.22	.00	10.00
	Mineures extrafamiliales	16	2.01	2.42	.00	9.00
	Mineures intrafamiliales	23	1.93	2.30	.00	7.00
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	4.90	2.42	2.00	8.00
	Total	80	3.15	2.89	.00	10.00
Facette 4 :	Majeures <i>et</i> mineures	14	2.46	2.72	.00	10.00

Comportements antisociaux	Majeures	17	4.69	2.99	.00	10.00
	Mineures extrafamiliales	16	1.69	2.38	.00	9.00
	Mineures intrafamiliales	23	1.45	1.99	.00	7.00
	Mineures extra <i>et</i> intrafamiliales	10	2.60	1.58	.00	5.00
	Total	80	2.51	2.64	.00	10.00

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s) et le lien familial des victimes mineures, les niveaux de psychopathie et les scores aux dimensions citées précédemment varient significativement entre les groupes (PCL-R : $\chi^2 = 14.94$, $p = .005$; Dimension « Comportementale, antisociale » : $\chi^2 = 22.17$, $p = .000$) ; Dimension « Style de vie » : $\chi^2 = 19.79$, $p = .001$) ; Dimension « Comportements antisociaux » : $\chi^2 = 17.56$, $p = .002$).

Notons que les agresseurs sexuels de victimes majeures présentent des scores plus élevés sur le score total et ces dimensions, lorsqu'ils sont comparés aux :

- agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales (PCL-R : $U = 65.00$, $p = .010$; Dimension « Comportementale, antisociale » : $U = 44.50$, $p = .001$; Dimension « Style de vie » : $U = 59.00$, $p = .005$; Dimension « Comportements antisociaux » : $U = 53.00$, $p = .002$).
- agresseurs sexuels de victimes intrafamiliales (PCL-R : $U = 71.50$, $p = .001$; Dimension « Comportementale, antisociale » : $U = 67.50$, $p = .000$; Dimension « Style de vie » : $U = 73.50$, $p = .001$; Dimension « Comportements antisociaux » : $U = 68.50$, $p = .000$).

Les agresseurs sexuels de victimes mineures extra *et* intrafamiliales présentent également un niveau de psychopathie et des scores sur ces dimensions significativement supérieurs aux scores des agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales (PCL-R : $U = 59.50$, $p = .028$; Dimension « Comportementale, antisociale » : $U = 47.50$, $p = .007$; Dimension « Style de vie » : $U = 42.50$, $p = .003$; Dimension « Comportements antisociaux » : $U = 61.00$, $p = .034$).

Au niveau de la dimension « Comportementale, antisociale », les agresseurs sexuels de victimes mineures extra *et* intrafamiliales présentent des scores significativement plus élevés que les agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales ($U = 30.50$, $p = .009$). Au niveau de la dimension « style de vie », ils présentent des scores significativement supérieurs aux scores des agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures ($U = 33.50$, $p = .031$).

Tableau 42 : Niveau de psychopathie des agresseurs sexuels selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial et biologique avec les victimes mineures

	Agresseurs sexuels de victimes :	N	M	SD	Min.	Max.
Score total	Majeures <i>et</i> mineures	14	12.53	8.22	4.00	36.00
	Majeures	17	20.15	8.49	9.50	34.00
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	14.65	8.71	4.20	35.00
	Mineures intra : biologiques	12	11.47	8.47	1.10	28.00
	Mineures intra : non biologiques	10	10.28	7.77	2.10	27.50
	Total	79	14.42	8.88	1.10	36.00
Facteur 1 : Interpersonnel, affectif	Majeures <i>et</i> mineures	14	5.50	3.67	1.00	14.00
	Majeures	17	8.15	3.68	3.00	13.00
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	7.20	4.17	1.00	14.00
	Mineures intra : biologiques	12	6.42	4.12	.00	14.00
	Mineures intra : non biologiques	10	5.20	3.65	.00	12.00
	Total	79	6.73	3.95	.00	14.00
Facteur 2 : Comportemental, antisocial	Majeures <i>et</i> mineures	14	4.96	3.98	1.10	17.00
	Majeures	17	9.41	5.21	.00	18.00
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	5.31	4.74	.00	17.00
	Mineures intra : biologiques	12	3.54	4.17	.00	13.00
	Mineures intra : non biologiques	10	3.39	3.67	.00	11.50
	Total	79	5.62	4.89	.00	18.00
Facette 1 : Froideur affective	Majeures <i>et</i> mineures	14	1.50	2.21	.00	8.00
	Majeures	17	2.97	2.31	.00	6.00
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	2.81	2.68	.00	8.00
	Mineures intra : biologiques	12	2.08	1.83	.00	6.00
	Mineures intra : non biologiques	10	1.70	2.45	.00	8.00

	Total	79	2.36	2.39	.00	8.00
Facette 2 : Manipulation interpersonnelle	Majeures <i>et</i> mineures	14	4.00	2.18	1.00	7.00
	Majeures	17	5.18	1.74	2.00	8.00
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	4.31	2.07	.00	7.00
	Mineures intra : biologiques	12	4.42	2.50	.00	8.00
	Mineures intra : non biologiques	10	3.40	1.78	.00	6.00
	Total	79	4.34	2.08	.00	8.00
Facette 3 : Style de vie, Recherches impulsives de sensation fortes	Majeures <i>et</i> mineures	14	2.64	2.37	.00	9.00
	Majeures	17	5.24	3.22	.00	10.00
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	3.12	2.77	.00	9.00
	Mineures intra : biologiques	12	2.17	2.52	.00	7.00
	Mineures intra : non biologiques	10	1.75	2.23	.00	5.00
	Total	79	3.17	2.89	.00	10.00
Facette 4 : Comportements antisociaux	Majeures <i>et</i> mineures	14	2.46	2.72	.00	10.00
	Majeures	17	4.69	2.99	.00	10.00
	Mineures extra ou extra <i>et</i> intra	26	2.04	2.12	.00	9.00
	Mineures intra : biologiques	12	1.41	2.03	.00	7.00
	Mineures intra : non biologiques	10	1.65	2.08	.00	7.00
	Total	79	2.54	2.64	.00	10.00

Lorsque nous affinons les analyses en fonction du lien familial des victimes mineures avec leur agresseur, nous observons que les agresseurs sexuels de victimes majeures ont des scores significativement plus élevés que :

- les agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales ou extra *et* intrafamiliales (Score total : $U = 140.00$, $p = .044$; Dimension « comportementale, antisociale » : $U = 111.50$, $p = .006$; Dimension « Style de vie » : $U = 139.60$, $p = .041$; Dimension « Comportements antisociaux » : $U = 102.00$, $p = .003$) ;
- les agresseurs sexuels intrafamiliaux ayant un lien biologique avec leur(s) victime(s) (Score total : $U = 45.50$, $p = .012$; Dimension « comportementale, antisociale » : $U = 38.50$, $p = .005$; Dimension « Style de vie » : $U = 43.50$, $p = .009$; Dimension « Comportements antisociaux » : $U = 35.00$, $p = .003$) ;

- les agresseurs sexuels ayant un lien familial mais non biologique avec leur(s) victime(s) (Score total : $U = 26.00$, $p = .003$; Dimension « comportementale, antisociale » : $U = 28.00$, $p = .004$; Dimension « Style de vie » : $U = 28.00$, $p = .004$; Dimension « Comportements antisociaux » : $U = 33.00$, $p = .008$).

Résultats 2 : Validité convergente des instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels

Validité convergente des instruments actuariels

Tableau 43: Validité convergente de la SORAG et la Statique-99

Rho de Spearman		Statique-99	
SORAG	N = 84	Score total	Catégorie de risque
	Score total	.741**	.716**
	Catégorie de risque	.731**	.710**

** Corrélation significative à .001

Le tableau 43 montre une bonne validité convergente des deux instruments d'évaluation du risque statique. Les coefficients sont élevés mais néanmoins inférieurs à .75.

Tableau 44: Validité convergente de la SORAG et la Statique-99 en fonction du statut judiciaire des agresseurs sexuels

Rho de Spearman	Statique-99		
	SORAG	Score total	Catégorie de risque
Maison d'arrêt N = 10	Score total	.917**	.901**
	Catégorie de risque	.888**	.865**
Détenus N = 48	Score total	.758**	.734**
	Catégorie de risque	.756**	.733**
Obligation de soin N = 26	Score total	.674	.671
	Catégorie de risque	.655	.668

** Corrélation significative à .001

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon leur statut judiciaire, la validité convergente des deux instruments est correcte. Plus précisément, elle est très bonne pour les agresseurs sexuels détenus et est inférieure pour les agresseurs sexuels en obligation de soin. Les coefficients Rho de Spearman sont très élevés pour les agresseurs sexuels sous mandat de dépôt en maison d'arrêt mais ce dernier groupe étant constitué de 10 agresseurs sexuels, il est de rigueur de rester prudent quand à l'interprétation de ce résultat.

Tableau 45 : Validité convergente de la SORAG et la Statique-99 en fonction du type d'agresseur sexuel selon l'âge de leur(s) victime(s)

Rho de Spearman Agresseurs sexuels de victimes :	Statique-99		Score total	Catégorie de risque
	SORAG	Score total		
Majeures <i>et</i> mineures N = 14			.799**	.829**
	Score total	Catégorie de risque	.826**	.855**
Majeures N = 17			.452	.358
	Score total	Catégorie de risque	.448	.348
Mineures N = 49			.753**	.707**
	Score total	Catégorie de risque	.731**	.699**

** Corrélation significative à .001

Les coefficients de corrélation Rho de Spearman sont très élevés entre la SORAG et la Statique-99 pour les agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures et sont élevés pour les agresseurs sexuels de victimes mineures. Notons que la validité convergente des deux instruments est plus faible lorsqu'elle est mesurée auprès d'agresseurs sexuels de victimes majeures.

Tableau 46: Validité convergente de la SORAG et la Statique-99 selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures

Rho de Spearman Agresseurs sexuels de victimes mineures :	Statique-99		Score total Catégorie de risque
	SORAG	Score total Catégorie de risque	
Extrafamiliales N = 16	Score total	.841**	.874**
	Catégorie de risque	.828**	.854**
Extra <i>et</i> intrafamiliales N = 10	Score total	.518	.383
	Catégorie de risque	.322	.225
Intrafamiliales N = 23	Score total	.700**	.500*
	Catégorie de risque	.713**	.575**
Intra : biologiques N = 12	Score total	,633*	,461
	Catégorie de risque	,793**	,694*
Intra : non biologiques N = 10	Score total	,822**	,496
	Catégorie de risque	,744*	,444

** Corrélation significative à .001; * Corrélation significative à .05

La validité convergente de la SORAG et la Statique-99 est très élevée lorsque celle-ci est mesurée auprès d'agresseurs sexuels extrafamiliaux. Auprès des intrafamiliaux avec ou sans lien familial, les corrélations sont plus faibles et notamment lorsque nous considérons les catégories de risque à la Statique-99. Chez les agresseurs sexuels extra *et* intrafamiliaux, la validité convergente des deux instruments est très faible, néanmoins, notons que l'effectif de ce sous groupe est de 10 participants.

Validité convergente des instruments actuariels versus des instruments cliniques structurés

Tableau 47: Validité convergente des scores aux instruments actuariels (SORAG et Statique-99) et des scores aux instruments cliniques structurés (SVR-20 et RSVP)

N = 84	Rho de Spearman	SORAG	Statique-99
SVR-20	Score total	.579**	.325**
	Facteur « Ajustement psychosocial »	.700**	.433**
	Facteur « Délits sexuels »	.259*	.125
	Facteur « Projets futurs »	.340**	.214
RSVP	Score total	.529**	.310**
	Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.181	.090
	Facteur « Ajustement psychologique »	.333**	.275*
	Facteur « Maladie mentale »	.397**	.274*
	Facteur « Ajustement social »	.597**	.330**
	Facteur « Gestion »	.387**	.238*

** Corrélation significative à .001; * Corrélation significative à .05

Les coefficients de corrélations sont corrects entre les scores aux instruments actuariels et les scores aux instruments cliniques structurés et notamment au niveau des facteurs “Ajustement psychosocial” de la SVR-20 et “Ajustement social” de la RSVP. Les autres coefficients de corrélation sont plus faibles. Cependant, un point important à souligner, est cette absence de validité convergente entre le facteur « Antécédents de violence sexuelle » de la RSVP et les instruments actuariels et cette absence de validité convergente entre les facteurs « Délits sexuels » et « Projets futurs » de la SVR-20 et le facteur « Gestion » de la RSVP de la Statique-99.

Tableau 48: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques structurés selon le statut judiciaire des agresseurs sexuels

Agresseurs sexuels en :	Rho de Spearman		SORAG	Statique-99
Maison d'arrêt N = 10	SVR-20	Score total	.616	.560
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.694*	.626
		Facteur « Délits sexuels »	.318	.248
		Facteur « Projets futurs »	.108	.102
	RSVP	Score total	.445	.449
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.396	.154
		Facteur « Ajustement psychologique »	.247	.348
		Facteur « Maladie mentale »	.113	.111
Détenion N = 48	SVR-20	Facteur « Ajustement social »	.578	.564
		Facteur « Gestion »	.129	.081
		Score total	.423**	.233
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.586**	.359*
	RSVP	Facteur « Délits sexuels »	-.024	-.046
		Facteur « Projets futurs »	.379**	.135
		Score total	.331*	.165
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	-.152	-.066
Obligation de soin N = 26	SVR-20	Facteur « Ajustement psychologique »	.273	.255
		Facteur « Maladie mentale »	.341*	.202
		Facteur « Ajustement social »	.414**	.185
		Facteur « Gestion »	.408**	.131
	RSVP	Score total	.677**	.381
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.808**	.479*
		Facteur « Délits sexuels »	.476*	.301
		Facteur « Projets futurs »	.217	.274

** Corrélation significative à .001; * Corrélation significative à .05

Chez les agresseurs sexuels en maison d’arrêt, seul le facteur « Ajustement psychosocial » de la SVR-20 est corrélé aux scores aux instruments actuariels. Pour ceux en détention, les scores à la SVR-20 et à la RSVP et les facteurs « Ajustement psychosocial » et « Projets futurs » de la SVR-20 et « Maladie mentale », « Ajustement social » et « Gestion » de la RSVP sont corrélés à la SORAG. Pour les agresseurs sexuels en obligation de suivi socio-judiciaire, les scores à la SVR-20 et à la RSVP et ceux aux facteurs « Ajustement psychosocial » et « Délit sexuel » de la SVR-20 et l’ensemble des facteurs de la RSVP excepté le facteur « Gestion » sont corrélés aux instruments actuariel et ce davantage avec la SORAG.

En résumé, nous pouvons souligner que seul les facteurs « Délices sexuels » de la SVR-20 et « Antécédents de violence sexuelle » de la RSVP sont peu voir pas corrélés avec les instruments actuariels.

Tableau 49: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques structurés en fonction du type d'agresseur sexuel selon l'âge de leur(s) victime(s)

Agresseurs sexuels de victimes :	Rho de Spearman		SORAG	Statique-99
Majeures et mineures N = 14	SVR-20	Score total	.279	.265
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.269	.293
		Facteur « Délits sexuels »	.312	.146
		Facteur « Projets futurs »	-.067	.082
	RSVP	Score total	.075	.035
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.333	.200
		Facteur « Ajustement psychologique »	-.001	.204
		Facteur « Maladie mentale »	-.099	-.175
Majeures N = 17	SVR-20	Facteur « Ajustement social »	.443	.315
		Facteur « Gestion »	.034	.112
		Score total	.591*	-.011
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.677**	.057
	RSVP	Facteur « Délits sexuels »	.138	.064
		Facteur « Projets futurs »	.371	-.264
		Score total	.520*	-.063
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	-.128	-.063
Mineures N = 49	SVR-20	Facteur « Ajustement psychologique »	.494*	-.043
		Facteur « Maladie mentale »	.452	.141
		Facteur « Ajustement social »	.265	-.167
		Facteur « Gestion »	.407	-.173
	RSVP	Score total	.652**	.489**
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.816**	.565**
		Facteur « Délits sexuels »	.322*	.320*
		Facteur « Projets futurs »	.401**	.354*

** Corrélation significative à .001; * Corrélation significative à .05

Nous n'observons pas de validité convergente entre les instruments actuariels et cliniques structurés chez les agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures.

Chez les agresseurs sexuels de victimes majeures, nous observons une validité convergente entre la SORAG et la SVR-20, notamment le score total de la SVR-20 et les facteurs « Ajustement psychosocial » et « Projets futurs ». Chez ces derniers, une validité convergente est également observée entre la SORAG et la RSVP et notamment le score total et le facteur « Ajustement psychologique ». Notons que les facteurs « Maladie mentale » et « Gestion » présentent également une validité convergente avec la SORAG, mais cette validité est inférieure celle du facteur « Ajustement psychologique ».

En ce qui concerne les agresseurs sexuels de victimes mineures, la SORAG ou la Statique-99 et la RSVP présentent une très bonne validité convergente, et ce sur l'ensemble de la structure de la RSVP excepté le facteur « Antécédents de violence sexuelle ».

Tableau 50: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques structurés selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures

Agresseurs sexuels de victimes :		Rho de Spearman	SORAG	Statique-99
Extrafamiliales N = 16	SVR-20	Score total	.699**	.713**
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.914**	.780**
		Facteur « Déli's sexuels »	.143	.289
		Facteur « Projets futurs »	.025	.051
	RSVP	Score total	.619*	.596*
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.205	.342
		Facteur « Ajustement psychologique »	.429	.555*
		Facteur « Maladie mentale »	.723**	.661**
		Facteur « Ajustement social »	.616*	.368
		Facteur « Gestion »	.168	.129
	SVR-20	Score total	.277	.191

Extra et intrafamiliales N = 10	RSVP	Score total	.277	.191
		Facteur « Délices sexuels »	.052	.000
		Facteur « Projets futurs »	.308	.553
		Score total	.446	.244
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	-.111	.006
		Facteur « Ajustement psychologique »	.549	.193
	SVR-20	Facteur « Maladie mentale »	.808**	-.024
		Facteur « Ajustement social »	.458	.192
		Facteur « Gestion »	.396	.549
		Score total	.695**	.566**
Intrafamiliales N = 23	SVR-20	Facteur « Ajustement psychosocial »	.788**	.553**
		Facteur « Délices sexuels »	.421*	.485*
		Facteur « Projets futurs »	.670**	.680**
		Score total	.704**	.686**
	RSVP	Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.427*	.516*)
		Facteur « Ajustement psychologique »	.614**	.507*
		Facteur « Maladie mentale »	.327	.277
		Facteur « Ajustement social »	.722**	.659**
		Facteur « Gestion »	.602**	.616**
		Score total	.870**	.639*
Ayant un lien familial et biologique N = 12	SVR-20	Facteur « Ajustement psychosocial »	.843**	.675*
		Facteur « Délices sexuels »	.890**	.614*
		Facteur « Projets futurs »	.765**	.711**
		Score total	.873**	.696*
	RSVP	Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.784**	.593*
		Facteur « Ajustement psychologique »	.833**	.460
		Facteur « Maladie mentale »	.235	.518
		Facteur « Ajustement social »	.808**	.604*
		Facteur « Gestion »	.672*	.654*
		Score total	.468	.531
Ayant un lien familial et non biologique N = 10		Facteur « Ajustement psychosocial »	.737*	.772**
		Facteur « Délices sexuels »	.265	.446
		Facteur « Projets futurs »	.690*	.603
		Score total	.650*	.859**
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.263	.594
		Facteur « Ajustement psychologique »	.509	.659*
		Facteur « Maladie mentale »	.274	.095
		Facteur « Ajustement social »	.879**	.884**
		Facteur « Gestion »	.653*	.606

** Corrélation significative à .001; * Corrélation significative à .05

Précédemment, les résultats suggéraient une bonne validité convergente entre les instruments actuariels et les instruments cliniques, le tableau 56 montre que si cette validité est marquée chez les agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales, elle l'est d'autant plus chez les agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales et notamment chez ceux présentant un lien biologique avec leurs victimes.

Nous ne détaillerons pas l'ensemble des corrélations mais nous avons choisi de souligner les principales corrélations mentionnées ci dessus. Notons que les corrélations entre la Statique-99 et les instruments cliniques structurés sont souvent inférieures aux corrélations de la SORAG avec ces instruments cliniques structurés.

Validité convergente des instruments actuariels versus des instruments dynamiques

Tableau 51: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques dynamiques

Rho de Spearman	SORAG	Statique-99
Stable et Acute	.359**	.299*
Stable	.406**	.278*
Acute	.122	.110

** Corrélation significative à .001; * Corrélation significative à .05

Les instruments actuariels présentent une validité convergente avec les instruments dynamiques et notamment avec le score total à la Stable et à l'Acute et le score à la Stable. Les corrélations entre la Statique-99 et les instruments dynamiques sont inférieures à celle de la SORAG et ces instruments dynamiques.

Tableau 52: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques dynamiques en fonction du statut judiciaire des agresseurs sexuels

		SORAG	Statique-99
Maison d'arrêt N = 10	Stable et Acute	,617	,576
	Stable	,636*	,576
	Acute	,694*	,741*
Détenion N = 48	Stable et Acute	,374**	,197
	Stable	,340*	,150
	Acute	,242	,170
Obligation de soin N = 26	Stable et Acute	,396*	,334
	Stable	,482*	,398*
	Acute	,083	,060

La SORAG et la Stable et Acute présente une validité convergente modérée au sein des détenus et des agresseurs sexuels en maison d'arrêt. Cette validité convergente est très faible chez les agresseurs sexuels en obligation de suivi socio judiciaire, néanmoins l'effectif de ce sous groupe étant faible, les résultats sont à considérer avec précautions. Notons que la Statique-99 converge peu avec la Stable et l'Acute excepté auprès des agresseurs sexuels en maison d'arrêt.

Tableau 53: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques dynamiques en fonction du type d'agresseur sexuel catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s)

Agresseurs sexuels de victimes :	Rho de Spearman	SORAG	Statique-99
Majeures <i>et</i> mineures N = 14	Stable et Acute	-.163	-.208
	Stable	-.018	-.131
	Acute	-.166	-.139
Majeures	Stable et Acute	.385	.093

N = 17	Stable	.214	-.195
	Acute	.457	.152
Mineures N = 49	Stable et Acute	.512**	.493**
	Stable	.597**	.531**
	Acute	.188	.277

** Corrélation significative à .001; * Corrélation significative à .05

L'analyse de la validité convergente entre les instruments actuariels et les instruments dynamiques en fonction du type d'agresseur sexuel catégorisé selon l'âge de leur(s) victime(s) montre que les résultats précédemment soulignés (Tableau 51) se retrouvent principalement chez les agresseurs sexuels de victimes mineures et notamment chez les intrafamiliaux présentant un lien biologique avec leurs victimes (Tableau 53).

Tableau 54: Validité convergente des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques dynamiques selon l'âge de leur(s) victimes et le lien familial et biologique avec les victimes mineures

Agresseurs sexuels de victimes mineures :	Rho de Spearman	SORAG	Statique-99
Extrafamiliales N = 16	Stable et Acute	.107	.219
	Stable	.150	.203
	Acute	-.133	-.156
Extra <i>et</i> intrafamiliales N = 10	Stable et Acute	.331	.149
	Stable	.435	.286
	Acute	.111	-.134
Intrafamiliales N = 23	Stable et Acute	.605**	.457*
	Stable	.685**	.486*
	Acute	.019	.065
Intra : biologiques N = 12	Stable et Acute	.661*	.568
	Stable	.716**	.535
	Acute	-.015	.075

Intra : non biologiques N = 10	Stable et Acute	.526	.327
	Stable	.635*	.443
	Acute	.091	-.109

** Corrélation significative à .001; * Corrélation significative à .05

Validité convergente des instruments cliniques structurés versus des instruments dynamiques

Tableau 55: Validité convergente (Rho de Spearman) des scores aux instruments cliniques structurés et des scores aux instruments cliniques dynamiques

N = 84		Stable et Acute	Stable	Acute
SVR-20	Score total	.598**	.640**	.302**
	Facteur « Ajustement psychosocial »	.370**	.438**	.133
	Facteur « Délits sexuels »	.483**	.525**	.239*
	Facteur « Projets futurs »	.596**	.623**	.325**
RSVP	Score total	.610**	.661**	.306**
	Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.274*	.314**	.084
	Facteur « Ajustement psychologique »	.510**	.511**	.348**
	Facteur « Maladie mentale »	.249*	.193	.216*
	Facteur « Ajustement social »	.475**	.605**	.135
	Facteur « Gestion »	.614**	.643**	.326**

** Corrélation significative à .001; * Corrélation significative à .05

En ce qui concerne la validité convergente entre les instruments cliniques structurés et dynamiques, les instruments cliniques structurés (Score total et scores aux différents facteurs) sont positivement corrélés au score total à la Stable et à l'Acute, au score à la Stable excepté pour le facteur « Maladie mentale de la RSVP » et au score à l'Acute excepté pour le facteur

« Ajustement psychosocial » de la SVR-20 et les facteurs « Antécédents de violence sexuelle « et « Ajustement social de la RSVP.

Correlations

Tableau 56: Validité convergente (Rho de Spearman) des scores aux instruments cliniques structurés et des scores aux instruments cliniques dynamiques en fonction du statut judiciaire

			Stable et Acute	Stable	Acute
Obligation de soin N = 26	SVR-20	Score total	.649**	.688**	.365
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.355	.462*	.060
		Facteur « Délices sexuels »	.666**	.653**	.429*
		Facteur « Projets futurs »	.615**	.702**	.425*
	RSVP	Score total	.607**	.700**	.296
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.280	.245	.157
		Facteur « Ajustement psychologique »	.733**	.738**	.579**
		Facteur « Maladie mentale »	.300	.336	.021
		Facteur « Ajustement social »	.282	.457*	-.013
		Facteur « Gestion »	.604**	.697**	.381
Détenion N = 48	SVR-20	Score total	.644**	.674**	.389**
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.443**	.439**	.310*
		Facteur « Délices sexuels »	.409**	.449**	.211
		Facteur « Projets futurs »	.603**	.633**	.356*
	RSVP	Score total	.659**	.680**	.410**
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.257	.300*	.113
		Facteur « Ajustement psychologique »	.403**	.412**	.216
		Facteur « Maladie mentale »	.282	.172	.402**
		Facteur « Ajustement social »	.637**	.705**	.314*
		Facteur « Gestion »	.632**	.654**	.388**

Maison d'arrêt N = 10	SVR-20	Score total	.548	.337	.632*
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.481	.247	.655*
		Facteur « Délices sexuels »	.372	.366	.525
		Facteur « Projets futurs »	.242	.085	.030
	RSVP	Score total	.536	.374	.587
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.443	.367	.224
		Facteur « Ajustement psychologique »	.246	.246	.663*
		Facteur « Maladie mentale »	.217	-.102	.396
		Facteur « Ajustement social »	.510	.477	.430
		Facteur « Gestion »	.242	.057	.089

La validité convergente précédemment observée se retrouve principalement chez les agresseurs sexuels en maison d'arrêt ou en détention et peu chez les agresseurs sexuels en obligation de suivi socio judiciaire.

Tableau 57: Validité convergente des scores aux instruments cliniques structurés et des scores aux instruments dynamiques en fonction du type d'agresseur sexuel selon l'âge de leur(s) victime(s)

Agresseurs sexuels de victimes :	Rho de Spearman		Stable et Acute	Stable	Acute
Majeures et mineures N = 14	SVR-20	Score total	.144	.171	.250
		Facteur « Ajustement psychosocial »	-.017	-.018	.208
		Facteur « Délices sexuels »	.074	.128	.074
		Facteur « Projets futurs »	.781**	.698**	.580*
	RSVP	Score total	.308	.305	.346
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	-.268	-.064	-.350
		Facteur « Ajustement psychologique »	.163	-.054	.462
		Facteur « Maladie mentale »	.376	.230	.570*

		Facteur « Ajustement social »	.159	.330	.028
		Facteur « Gestion »	.663**	.626*	.460
Majeures N = 17	SVR-20	Score total	.689**	.723**	.609**
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.578*	.606**	.500*
		Facteur « Délits sexuels »	.628**	.617**	.524*
		Facteur « Projets futurs »	.247	.331	.293
Mineures N = 49	RSVP	Score total	.661**	.697**	.570*
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.313	.314	.192
		Facteur « Ajustement psychologique »	.324	.315	.335
		Facteur « Maladie mentale »	.437	.329	.477
		Facteur « Ajustement social »	.667**	.825**	.432
		Facteur « Gestion »	.434	.485*	.432
	SVR-20	Score total	.670**	.725**	.294*
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.450**	.538**	.077
		Facteur « Délits sexuels »	.507**	.565**	.231
		Facteur « Projets futurs »	.684**	.697**	.370**
	RSVP	Score total	.658**	.718**	.292*
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.292*	.334*	.121
		Facteur « Ajustement psychologique »	.622**	.646**	.354*
		Facteur « Maladie mentale »	.187	.205	.005
		Facteur « Ajustement social »	.534**	.661**	.163
		Facteur « Gestion »	.703**	.711**	.374**

** Corrélation significative à .001; * Corrélation significative à .05

Les tableaux 55 et suivants soulignent le fait que la validité convergente des instruments cliniques structurés avec les instruments dynamiques varie en fonction du type d'agresseur sexuel considéré. Nous remarquerons que les résultats de validité convergente obtenus sur la population total se retrouvent majoritairement chez les agresseur sexuels de victimes mineures intrafamiliales et notamment chez ceux qui présentaient un lien biologique avec leur victime.

Tableau 58: Validité convergente (Rho de Spearman) des scores aux instruments actuariels et des scores aux instruments cliniques structurés en fonction des agresseurs sexuels catégorisés selon l'âge de leur(s) victimes et leur lien familial et biologique avec les victimes mineures

Agresseurs sexuels de victimes :			Stable et Acute	Stable	Acute
Extrafamiliales N = 16	SVR-20	Score total	.552*	.594*	.108
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.280	.260	-.079
		Facteur « Délices sexuels »	.274	.478	-.036
		Facteur « Projets futurs »	.639**	.548*	.336
	RSVP	Score total	.530*	.556*	.150
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.020	.219	-.132
		Facteur « Ajustement psychologique »	.622*	.623**	.322
		Facteur « Maladie mentale »	.509*	.512*	.097
		Facteur « Ajustement social »	-.025	-.017	-.063
		Facteur « Gestion »	.682**	.609*	.363
Extra et intrafamiliales N = 10	SVR-20	Score total	.755*	.840**	.461
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.370	.679*	.013
		Facteur « Délices sexuels »	.563	.455	.573
		Facteur « Projets futurs »	.809**	.763*	.519
	RSVP	Score total	.828**	.791**	.598
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.156	.101	.254
		Facteur « Ajustement psychologique »	.543	.257	.550
		Facteur « Maladie mentale »	.246	.239	.194
		Facteur « Ajustement social »	.498	.868**	.069
		Facteur « Gestion »	.861**	.850**	.543
Intrafamiliales N = 23	SVR-20	Score total	.692**	.746**	.114
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.464*	.594**	-.209
		Facteur « Délices sexuels »	.590**	.616**	.183
		Facteur « Projets futurs »	.790**	.811**	.319
	RSVP	Score total	.626**	.710**	.014
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.475*	.502*	.092
		Facteur « Ajustement psychologique »	.603**	.679**	.071
		Facteur « Maladie mentale »	-.051	.040	-.373
		Facteur « Ajustement social »	.652**	.760**	.048
		Facteur « Gestion »	.763**	.787**	.252
Ayant un lien familial et	SVR-20	Score total	.739**	.832**	-.027
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.764**	.851**	-.019

biologique N = 12		Facteur « Délits sexuels »	.695*	.790**	-.027
		Facteur « Projets futurs »	.881**	.905**	.252
RSVP	RSVP	Score total	.752**	.828**	-.019
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.772**	.784**	.147
		Facteur « Ajustement psychologique »	.625*	.751**	-.078
		Facteur « Maladie mentale »	.156	.184	-.227
		Facteur « Ajustement social »	.913**	.952**	.246
		Facteur « Gestion »	.883**	.886**	.255
Ayant un lien familial et non biologique N = 10	SVR- 20	Score total	.747*	.703*	.322
		Facteur « Ajustement psychosocial »	.081	.258	-.364
		Facteur « Délits sexuels »	.712*	.668*	.378
		Facteur « Projets futurs »	.741*	.708*	.326
	RSVP	Score total	.525	.599	-.020
		Facteur « Antécédents de violence sexuelle »	.390	.361	.102
		Facteur « Ajustement psychologique »	.721*	.699*	.286
		Facteur « Maladie mentale »	-.355	-.196	-.551
		Facteur « Ajustement social »	.309	.503	-.226
		Facteur « Gestion »	.710*	.690*	.270

** Corrélation significative à .001; * Corrélation significative à .05

Résultats 3 : Facteurs ou Items « prédicteurs » du risque des instruments cliniques structurés ou dynamiques

Afin de mettre à l'épreuve l'hypothèse 3, nous avons effectué des analyses de régressions linéaires (en mode Stepwise) avec en variable dépendante les instruments actuariels, tout d'abord la SORAG puis la Statique-99 et en variable indépendante :

- (a) dans un premier temps, le score total de l'instrument clinique structuré ou dynamique considéré dans l'équation ;
- (b) dans un second temps, les scores aux différents facteurs de l'instrument clinique structuré ou dynamique considéré dans l'équation ;
- (c) puis, les scores aux items des différents facteurs de l'instrument considéré dans l'équation. Dans le cas où une combinaison de facteurs d'un instruments serait significative, nous effectuerons une analyse de régression avec en variable indépendante les différents items de ces facteurs significatifs dans la même équation.

Facteurs ou Items de la SVR-20 « prédicteurs » du risque de récidive statique

Tableau 59: Effet prédictif du score total SVR-20

Equations	VD	VI : SVR-20	Beta	SE	t	p	R ² aj.
							.39
	1	SORAG	Score total	.63	.17	7.35	.00
	2	Statique-99	Score total	.31	.03	2.92	.01

Les deux équations de régression linéaire montrent que le score total à la SVR-20 prédit positivement le niveau de risque actuariel évalué à la SORAG (39% de variance commune) et

à la Statique-99 (8% de variance commune). La part de variance commune de chaque équation montre que le score total à la SVR-20 est plus prédictif du niveau de risque évalué à la SORAG qu'à la Statique-99.

Tableau 58: Effet prédictif des facteurs de la SVR-20

Equations	VD	Modèle	Beta	SE	t	p	R ² aj.
							.56
	1	1 : Ajustement psychosocial	.75	.23	10.36	.00	
	2	Statique-99	.41	.05	4.11	.00	.16

Lorsque les facteurs de la SVR-20 sont intégrés dans l'équation de régression, seul le facteur « Ajustement psychosocial » s'avère prédictif du niveau de risque actuariel évalué à la SORAG (56% de variance commune) et à la Statique-99 (16% de variance commune).

Tableau 60: Effet prédictif des items de la SVR-20

	VD	Modèles	Beta	SE	t	p	R ² aj.
Items du facteur Ajustement psychosocial							
1	SORAG	1 : Psychopathie	10.37	.64	7.51	.00	.41
		2 : Psychopathie	.43	1.65	5.04	.00	
		Echec de supervision passée	.43	1.25	5.01	.00	.54
		3 : Psychopathie	.33	1.63	3.91	.00	
		Echec de supervision passée	.35	1.21	4.13	.00	
		Antécédents de délits non violents non sexuels	.30	1.28	3.59	.00	.60
		4 : Psychopathie	.366	1.567	4.49	.00	
		Echec de supervision passée	.304	1.172	3.76	.00	
		Antécédents de délits non violents non sexuels	.361	1.262	4.42	.00	.64
		Déviation sexuelle	.214	1.189	3.03	.00	

		5 : Psychopathie	.36	1.54	4.47	.00	
		Echec de supervision passée	.30	1.15	3.72	.00	
		Antécédents de délits non violents non sexuels	.35	1.24	4.38	.00	.66
		Déviation sexuelle	.18	1.21	2.44	.02	
		Problèmes relationnels	.14	1.26	2.07	.04	
2	Statique-99	1 : Echec de supervision passée	.49	.23	4.97	.00	.24
		2 : Echec de supervision passée	.49	.22	5.19	.00	.28
		Déviation sexuelle	.24	.26	2.58	.01	
		3 : Echec de supervision passée	.37	.24	3.60	.00	
		Déviation sexuelle	.32	.26	3.28	.00	.32
		Antécédents de délits non violents non sexuels	.26	.27	2.41	.02	
Items du facteur Délit sexuel							
3	SORAG	1 : Attitudes qui supportent ou justifient les délits sexuels	.24	2.12	2.26	.03	.05
4	Statique-99	-	-	-	-	-	-
Items du facteur Projets futurs							
5	SORAG	Manque de projets réalistes	.35	1.61	3.41	.00	.11
6	Statique-99	-	-	-	-	-	-

En ce qui concerne le facteur « Ajustement psychosocial » qui s'est avéré précédemment être un facteur significatif quant à la prédiction du risque actuariel, lorsque l'ensemble des items de ce facteur sont considérés dans l'équation, différentes combinaisons d'items prédisent positivement le niveau de risque actuariel.

En ce qui concerne la prédiction du score à la SORAG, les combinaisons d'items du facteur « Ajustement psychosocial » sont les suivantes :

- Psychopathie (41% de variance commune) ;
- Psychopathie et Echec de supervision passée (54% de variance commune) ;

- Psychopathie, Echec de supervision passée, et Antécédents de délits non violents non sexuels (60% de variance commune) ;
- Psychopathie, Echec de supervision passée, Antécédents de délits non violents non sexuels, et Déviation sexuelle (64% de variance commune) ;
- Psychopathie, Echec de supervision passée, Antécédents de délits non violents non sexuels, Déviation sexuelle, et Problèmes relationnels (66% de variance commune).

En ce qui concerne la prédition du score à la Statique-99, les combinaisons d'items du facteur « Ajustement psychosocial » sont les suivantes :

- Echec de supervision passée (24% de variance commune) ;
- Echec de supervision passée et Déviation sexuelle (28% de variance commune) ;
- Echec de supervision passée, Déviation sexuelle, et Antécédents de délits non violents non sexuels (32% de variance commune).

En ce qui concerne le facteur « Délits sexuels », dans les régressions précédentes, celui-ci n'était pas significatif, néanmoins, l'items Attitudes qui supportent ou justifient le délit est retenus comme étant significatif du niveau de risque statique évalué à la SORAG (5% de variance commune). Aucun n'items n'est prédictif du niveau de risque actuariel évalué à la Statique-99.

De la même manière, le facteur « Projet futur » n'était pas significatif dans les régressions précédentes, l'item Manque de projets réalistes s'avère significativement prédicteur du niveau de risque évalué à la SORAG (11% de variance commune). Aucun item de ce facteur n'est prédicteur du niveau de risque évalué à la Statique-99.

Notons qu'au vu de la faible part de variance commune et du fait que pour les deux derniers facteur, seul un item est retenu dans le modèle, nous soulignerons davantage les résultats relatifs au facteur « Ajustement psychosocial » et ses items.

Facteurs ou Items de la RSVP « prédicteurs » du risque de récidive statique

Tableau 61 Effet prédictif du score total de la RSVP

Equations	VD	VI : RSVP	Beta	SE	t	p	R ² aj.
			.54	.17	5.88	.00	.29
			.27	.03	2.49	.02	.06

Les deux équations de régression linéaire montrent que le score total à la RSVP prédit le niveau de risque actuariel évalué à la SORAG (29% de variance commune) et à la Statique-99 (6% de variance commune).

Tableau 62 Effet prédictif des facteurs de la RSVP

Equations	VD	Modèle	Beta	SE	t	p	R ² aj.
			.60	.53	6.86	.00	.36
			.51	.55	5.55	.00	.41
		Maladie mentale	.26	.68	2.83	.01	
	2	Statique-99	1 : Ajustement social	.29	.10	2.74	.01

Lorsque les facteurs de la RSVP sont intégrés dans l'équation de régression, le facteur « Ajustement psychosocial » et la combinaison des facteurs « Ajustement social » et « Maladie mentale » s'avèrent prédictif du niveau de risque actuariel évalué à la SORAG (36

et 41% de variance commune). Pour ce qui est de la prédition du niveau de risque évalué à la Statique-99, seul le facteur « Ajustement social » est prédicteur (7% de variance commune) ;

Tableau 63 : Effet prédictif des items de la RSVP

	VD	Modèle	Beta	SE	t	p	R ² aj.
Items des facteurs « Ajustement social » et « Maladie mentale »							
1	SORAG	1 : Criminalité non sexuelle	.64	1.28	7.29	.00	.40
		2 : Criminalité non sexuelle	.40	1.42	4.16	.00	
		Troubles de la personnalité psychopathiques	.40	1.82	4.15	.00	.50
		3 : Criminalité non sexuelle	.38	1.35	4.16	.00	
Items du facteur « Antécédents de violence sexuelle »							
3	SORAG	1 : Coercition physique	.36	1.79	3.52	.00	.12
3	Statique-99	-	-	-	-	-	-
Items du facteur « Ajustement psychologique »							
4	SORAG	1 : Problèmes de conscience de soi	.31	2.02	2.90	.01	.08
5	Statique-99	-	-	-	-	-	-
Items du facteur « Maladie mentale »							
6	SORAG	1 : Troubles de la personnalité psychopathiques	.63	1.65	7.34	.00	.39
		2 : Troubles de la personnalité psychopathiques	.67	1.64	7.79	.00	
		Déviance sexuelle	.19	1.44	2.19	.03	.42

		3 : Troubles de la personnalité psychopathiques	.66	1.59	7.90	.00	
		Déviance sexuelle	.23	1.42	2.72	.01	
		Abus de substance	.21	1.21	2.57	.01	
							.46
7	Statique-99	1 : Déviance sexuelle	.23	.30	2.14	.04	.04
		2 : Déviance sexuelle	.28	.30	2.58	.01	
		Troubles de la personnalité psychopathiques	.24	.34	2.20	.03	.09
Items du facteur « Ajustement social »							
8	SORAG	1 : Criminalité non sexuelle	.64	1.26	7.48	.00	.41
		2 : Criminalité non sexuelle	.47	1.44	4.72	.00	
		Problèmes d'emploi	.31	1.54	3.17	.00	.47
		3 : Criminalité non sexuelle	.48	1.41	4.94	.00	
9	Statique-99	Problèmes d'emploi	.26	1.54	2.66	.01	.50
		Problèmes relationnels intimes	.19	1.38	2.30	.02	
		1 : Criminalité non sexuelle	.25	.26	2.33	.02	.05
Items du facteur « Gestion »							
10	SORAG	1 : Problèmes de supervision	.47	1.60	4.80	.00	.21
11	Statique-99	-	-	-	-	-	-

En ce qui concerne la combinaison « prédictive » du niveau de risque évalué à la SORAG, des facteurs « Ajustement social » et « Maladie mentale », lorsque l'ensemble des items de ces facteurs sont considérés dans l'équation, différentes combinaisons d'items prédisent positivement le niveau de risque actuariel :

- Criminalité non sexuelle (40% de variance commune) ;
- Criminalité non sexuelle et Troubles de la personnalité psychopathiques (50% de variance commune) ;

- Criminalité non sexuelle, Troubles de la personnalité psychopathiques, et Problèmes relationnels intimes (55% de variance commune).

En ce qui concerne la prédition du score à la SORAG, lorsque les items du facteur « Antécédents de violence sexuelle», seul l'item relatifs à la coercition physique s'avère être prédictif (12% de variance commune).

Par rapport au facteur ajustement psychologique, l'item relatif aux problèmes de conscience de soi est significatif (8% de variance commune). Par rapport au facteur «Maladie mentale », les différentes combinaisons d'items significatives sont:

- Troubles de la personnalité psychopathique (39% de variance commune);
- Troubles de la personnalité psychopathiques et Déviance sexuelle (42% de variance commune);
- Troubles de la personnalité psychopathique, Déviance sexuelle, et Abus de substance (46% de variance commune)

Par rapport aux facteurs « Ajustement social », les différentes combinaisons d'items significatives sont :

- Criminalité non sexuelle (41% de variance commune)
- Criminalité non sexuelle et Problèmes d'emploi (47% de variance commune)
- Criminalité non sexuelle, Problèmes d'emploi, et Problèmes relationnels intimes (50% de variance commune).

Pour terminer, par rapport au facteur « Gestion », seul l'item Problème de supervision prédit significativement le niveau de risque évalué à la SORAG.

Pour ce qui est de la Statique-99, les items des facteurs « Antécédents de violence sexuelle », « Ajustement psychologique » et « Gestion » ne nous permettent pas de souligner de combinaisons d'items prédicteurs du niveau de risque actuariel évalué à la Statique-99.

Par contre, l'item Déviance sexuelle (4% de variance commune) et la combinaison Déviance sexuelle et Troubles de la personnalité psychopathiques (9% de variance commune) sont identifiés comme étant significativement prédicteurs d'un niveau de risque de récidive évalué à la Statique-99. Pour ce qui est du facteur « Ajustement social », seul l'item relatif à la Criminalité non sexuelle est prédicteur d'un niveau de risque évalué à la Statique-99 (5% de variance commune).

Facteurs ou Items de Stable et Acute 2000 « prédicteurs » du risque de récidive statique

Tableau 64 : Effet prédictif du score total à la Stable & Acute 2000

Equations	VD	VI : Stable & Acute	Beta	SE	t	p	R ² aj.
							.12
	1	SORAG	Score total	.36	.43	3.48	.00
	2	Statique-99	Score total	.23	.07	2.16	.03

Les deux équations de régression linéaire montrent que le score total à la Stable et à l'Acute 2000 prédit le niveau de risque actuariel évalué à la SORAG (12% de variance commune) et à la Statique-99 (4% de variance commune).

Tableau 65: Effet prédictif des scores à la Stable et à l'Acute 2000

Equations	VD	Modèle	Beta	SE	t	p	R ² aj.	
	1	SORAG	1 : Stable	.41	.66	4.08	.00	.16
	2	Statique-99	1 : Stable	.23	.11	2.13	.04	.04

Lorsque les scores à la Stable et à l'Acute sont intégrés dans l'équation de régression, seul le score à la Stable s'avère prédictif du niveau de risque actuarial évalué à la SORAG (16% de variance commune) et à la Statique-99 (4% de variance commune).

Tableau 66: Effet prédictif des Facteurs de la Stable & Acute 2000

		VD	Modèle	Beta	SE	t	p	R ² aj.
Facteurs de la Stable								
	1	SORAG	1 : Maîtrise de soi en général	.46	1.90	4.63	.00	.20
			2 : Maîtrise de soi en général Maîtrise de soi sur le plan sexuel	.48 .26	1.83 1.90	4.98 2.74	.00 .01	.26
	2	Statique-99	1 : Maîtrise de soi en général	.37	.33	3.54	.00	.12
			2 : Maîtrise de soi en général Maîtrise de soi sur le plan sexuel	.38 .20	.33 .32	3.73 2.00	.00 .05	.15

Lorsque les facteurs de la Stable sont intégrés dans une régression linéaire afin de mesurer en quoi ils prédisent le niveau de risque actuarial évalué à la SORAG et à la Statique-99, le facteur et la combinaison de facteur prédicteurs sont :

- Maîtrise de soi en général (20% pour la SORAG et 12% pour la Statique-99 de variance commune) ;
- Maîtrise de soi en général et Maîtrise de soi sur le plan de la sexualité ((26% pour la SORAG et 15% pour la Statique-99 de variance commune)).

Tableau 67: Effet prédictif des sous facteurs de la Stable & Acute 2000

	VD	Modèle	Beta	SE	t	p	R ² aj.
Sous facteurs des facteurs « Maîtrise de soi en général » et « Maîtrise de soi sur le plan sexuel »							
4	SORAG	Gestes impulsifs	.63	1.47	7.34	.00	.39
		Gestes impulsifs	.620	1.39	7.65	.00	.46
		Libido, préoccupation sexuelle	.274	1.43	3.38	.00	
		Gestes impulsifs	.56	1.38	6.87	.00	.51
5	Statique-99	Libido, préoccupation sexuelle	.24	1.39	3.04	.00	
		Faibles aptitudes cognitives pour la résolution de problèmes	.23	1.51	2.85	.01	.16
		Libido, préoccupation sexuelle	.35	.30	3.34	.00	
		Recours au sexe comme mécanisme d'adaptation	.29	.30	2.79	.01	
		Libido, préoccupation sexuelle	.25	.38	2.37	.02	.20
		Recours au sexe comme mécanisme d'adaptation	.28	.29	2.76	.01	
		Gestes impulsifs	.25	.37	2.46	.02	
		Manque d'intérêt à l'égard des autres	.23	.27	2.31	.02	
		Sous facteurs du facteur « Problèmes sur le plan de l'intimité »					
6	SORAG	Manque d'intérêt à l'égard des autres	.28	1.89	2.59	.01	.06
7	Statique-99	-	-	-	-	-	-
Sous facteurs du facteur « Maîtrise de soi sur le plan sexuel »							
8	SORAG	Libido, préoccupation sexuelle	.30	1.87	2.83	.01	.08
9	Statique-99	Libido, préoccupation sexuelle	.35	.30	3.34	.00	.11
		Libido, préoccupation sexuelle	.29	.30	2.79	.01	.16
		Recours au sexe comme mécanisme d'adaptation	.25	.38	2.37	.02	
Sous facteurs du facteur « Attitudes propices à la perpétration de l'agression sexuelle »							

10	SORAG	Attitudes face au viol	.24	2.77	2.24	.03	.05
11	Statique-99	-	-	-	-	-	-
Sous facteurs du facteur « Maîtrise de soi en général »							
12	SORAG	Gestes impulsifs	.64	1.46	7.44	.00	.40
		Gestes impulsifs Faibles aptitudes cognitives pour la résolution de problèmes	.57 .26	1.44 1.55	6.72 3.07	.00 .00	.45
13	Statique-99	Gestes impulsifs	.25	.30	2.29	.03	.05
Sous facteurs de l'Acute							
14	SORAG	Consommation d'alcool ou de drogues	.34	3.07	3.29	.00	.11
15	Statique-99	-	-	-	-	-	-

En ce qui concerne les sous facteurs issus de la combinaison des facteurs « Maîtrise de soi en général » et « Maîtrise de soi sur le plan sexuel », notons que la combinaison de certains d'entre eux s'avère prédictive du niveau de risque actuariel. En effet, le niveau de risque évalué à la SORAG peut être prédit par les sous facteurs:

- Gestes impulsifs (39% de variance commune) ;
- Gestes impulsifs et Libido, préoccupation sexuelle (46% de variance commune) ;
- Gestes impulsifs, Libido, préoccupation sexuelle, et Faibles aptitudes cognitives pour la résolution de problèmes (51% de variance commune)

Le niveau de risque évalué à la Statique-99 peut être prédit par les sous facteurs:

- Libido, préoccupation sexuelle (11% de variance commune) ;
- Libido, préoccupation sexuelle et Recours au sexe comme mécanisme d'adaptation (16% de variance commune) ;

- Libido, préoccupation sexuelle, Recours au sexe comme mécanisme d'adaptation et Gestes impulsifs (20% de variance commune).

En ce qui concerne les sous facteurs du facteur « Problèmes sur le plan de l'intimité », seul le sous facteur Manque d'intérêt à l'égard des autres prédit significativement le niveau de risque actuariel évalué uniquement à la SORAG (6% de variance commune).

Pour ce qui est des sous facteurs du facteur « Maîtrise de soi sur le plan sexuel », seul le sous facteur Libido, préoccupation sexuelle prédit significativement le niveau de risque de récidive évalué à la SORAG (8% de variance commune). En ce qui concerne la prédition du niveau de risque évalué à la Statique-99, les combinaisons de sous facteurs suivantes sont significatives :

- Libido, préoccupation sexuelle (11% de variance commune) ;
- Libido, préoccupation sexuelle et Recours au sexe comme mécanisme d'adaptation (16% de variance commune).

Pour ce qui est des sous facteurs du facteur « Attitudes propices à la perpétration de l'agression sexuelle », seul le sous facteur Attitude face au viol prédit significativement le niveau de risque de récidive évalué à la SORAG (5% de variance commune).

Pour ce qui est du facteur « Maîtrise de soi en général », le sous facteur Gestes impulsifs et la combinaison des sous facteurs Gestes impulsif et Faibles aptitudes cognitives pour la résolution de problèmes prédisent le niveau de risque actuariel évalué à la SORAG (40 et 45% de variance commune). Tandis que seul le sous facteur Gestes impulsifs prédit le niveau de risque actuariel évalué à la Statique-99 (5% de variance commune).

En ce qui concerne les sous facteurs de l'Acute, seul le sous facteur relatif à la consommation d'alcool ou de drogues est prédicteur d'un niveau de risque statique évalué à la SORAG (11% de variance commune).

Conclusion

L'objectif de la présente étude était d'implémenter des instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels au sein du système judiciaire français. A l'heure actuelle, ces instruments sont peu voir pas utilisés afin de déterminer le risque de récidive des agresseurs sexuels en France. A travers la mise en place de ces évaluations, l'objectif était d'effectuer un travail de conceptualisation et de validation discriminante et convergente de ces instruments.

Nous avons évalué le niveau de risque des justiciables français en fonction de leur statut judiciaire (sous mandat de dépôt en maison d'arrêt, en détention, ou en obligation de suivi socio judiciaire dans la société) puis en fonction de leur type de victime. Nous avons mesuré la validité convergente des instruments utilisés dans la présente étude. Ceci nous a permis de souligner la convergence des instruments en fonction du statut judiciaire ou du type de victime des agresseurs sexuels évalués dans cette étude. Pour terminer, nous avons analysé en quoi et à partir de quels facteurs ou items des instruments cliniques structurés ou dynamiques nous pouvions prédire un potentiel risque de récidive évalué au travers les instruments actuariels.

Niveau de risque des justiciables français évalués dans la présente étude

Pour ce faire, nous avons dans un premier temps évalué le niveau de risque moyen de justiciables français à l'aide d'instruments statiques, cliniques structurés et dynamiques d'évaluation du risque de récidive spécifiques aux agresseurs sexuels ainsi que le niveau de psychopathie. A partir de ces évaluations, l'analyse du niveau de risque des agresseurs sexuels a été menée en fonction du statut judiciaire des agresseurs sexuels puis, en fonction du type d'agresseur sexuel défini selon les caractéristiques de leur(s) victime(s).

En ce qui concerne le niveau de risque selon le statut judiciaire des agresseurs sexuel, la revue de la littérature ne nous a pas permis de poser d'hypothèses précises. En effet, à notre connaissance, aucune étude n'a analysé le niveau de risque des agresseurs sexuel en fonction leur statut judiciaire. Par défaut, nous ne pouvions que supposer que le niveau de risque statique ne diffèrerait pas entre les agresseurs sexuels catégorisés selon leur statut judiciaire. Ce niveau étant statique, que l'agresseur sexuel soit sous mandat de dépôt en maison d'arrêt, en détention ou en suivi socio judiciaire dans la société, ce niveau ne devrait pas varier significativement. Par contre, pour ce qui est du niveau clinique structuré ou dynamique, de la même manière, aucune étude ne nous a permis d'orienter une hypothèse. Nous ne pouvions que supposer que les agresseurs sexuels en fin de parcours judiciaire présenteraient des niveaux de risque inférieurs aux agresseurs sexuels en maison d'arrêt ou en détention. L'analyse du niveau de psychopathie en fonction du statut judiciaire soulignera des résultats uniquement exploratoires, le niveau de psychopathie étant peu sujet à des variations, celui-ci ne devrait pas varier en fonction du parcours judiciaire de l'évalué.

L'analyse des résultats selon le statut judiciaire des agresseur montre que le niveau de risque statique évalué à la SORAG est plus élevé chez les agresseurs sexuels détenus comparés aux agresseurs sexuels sous mandat de dépôt ou en obligation de suivi socio judiciaire. De la même manière, en ce qui concerne le risque clinique structuré, les agresseur sexuels détenus présentent des niveaux de risque plus élevés que les agresseurs sexuels sous mandat de dépôt (SVR-20 : score total ; « Ajustement psychosocial »; « Projets futurs » ; RSVP : score total; « Ajustement social » ; « Gestion ») et les agresseurs sexuels en obligation de suivi socio judiciaire (SVR-20 : Score total; « Ajustement psychosocial »; « Délits sexuels » ; RSVP : « Ajustement social »). Par contre, notons que le niveau de risque dynamique ne varie pas lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon leur statut judiciaire. Comme pour le

risque statique et le risque clinique structuré, les agresseurs sexuels détenus présentent des niveaux de psychopathie supérieurs aux agresseurs sexuels en obligation de suivi socio judiciaire (score total à la PCL-R ; Facteurs « Interpersonnel, affectif » ; « Comportemental, antisocial » ; Facettes « Manipulation, interpersonnelle » ; « Style de vie » ; « Comportements antisociaux ») et aux agresseurs sexuels sous mandat de dépôt en maison d'arrêt (score total à la PCL-R ; Facteur « Comportemental, antisocial » ; Facettes « Style de vie » ; « Comportements antisociaux »).

De manière générale, les agresseurs sexuels détenus présentent des niveaux de risque statiques ou clinique structurés et des niveaux de psychopathie plus élevés que les agresseurs sexuels sous mandat de dépôt ou en obligation de suivi socio judiciaire. Notons que l'ensemble des agresseurs sexuels sous mandat de dépôt ou en obligation de suivi socio judiciaire bénéficiait d'un suivi psychologique. XXX pourcent des détenus rencontraient un psychologue en détention. Cependant, nous ne pouvons quantifier cette variable prise en charge, les participants à cette recherche ayant été sélectionnés en différents lieux, avec différentes approches et prises en charge psychologique, il ne nous est pas possible de mesurer l'impact d'une éventuelle prise en charge sur le niveau de risque. Par contre, il semble intéressant de souligner que ces niveaux de risque plus élevés chez les détenus sont identifiés à l'aide des instruments statiques ou de la PCL-R, non sujets à un impact du traitement mais également aux instruments cliniques structurés susceptibles à l'effet d'une prise en charge. Notons que ce sont les facteurs psychosociaux et notamment l'ajustement social et les facteurs liés aux projets futurs qui s'avèrent être plus élevé chez les détenus. Ceux-ci présentant un niveau de risque de récidive statique ainsi qu'un niveau de psychopathie plus élevé que les autres évalués, nous pouvons comprendre pourquoi des dimensions telles que l'ajustement social ou les projets d'avenir sont davantage présents chez ces personnes. En effet, des personnes plus

psychopathiques et ayant un niveau de risque statique plus élevés, donc davantage d'antécédents judiciaires, peuvent présenter : plus de difficultés quant à la stabilité de ses relations sociales intimes et non intimes, dans ses relations professionnelles ; un parcours délictueux non sexuel peut être plus varié ; ainsi que des difficultés quant à la supervision, au traitement et à la mise en place d'un projet d'avenir stable. Nous ne pouvons dire que les détenus présentent un niveau de risque clinique structuré plus élevé que les agresseurs sexuels en maison d'arrêt ou en obligation de suivi socio judiciaire pour cause de leur statut de détenu mais peut être pour cause de leur niveau de risque statique et de psychopathie plus élevé.

Dans un second temps, nous avons analysé le niveau de risque des agresseurs sexuels en fonction des caractéristiques de leur(s) victime(s). Au vu de la littérature empirique, nous pouvons supposer que les agresseurs sexuels de victimes majeures ou de victimes mineures *et* majeures présenteront des scores significativement supérieurs aux agresseurs d'enfants (SORAG : Pham et al., 2003 ; Statique-99 : Van Nieuwenhuizen, 2004 ; Kingston, 2006 ; Pham & Ducro, 2009 ; RSVP : Van Nieuwenhuizen, 2004). Notons que parmi ceux-ci, nous supposons que les agresseurs sexuels extrafamiliaux présenteront des scores significativement supérieurs aux agresseurs sexuels intrafamiliaux (Statique-99 : Allan et al., 2007 ; Yates & Kingston, 2006). Les pères incestueux (agresseurs sexuels de victimes mineures ayant un lien biologique) devraient présenter des niveaux de risque inférieurs aux agresseurs sexuels pseudo-incestueux (agresseurs sexuels de victimes mineures ayant un lien familial mais non biologique) (Statique-99 : Allan et al., 2007).

Les résultats montrent que lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s), les agresseurs sexuels de victimes majeures et les agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures présentent des niveaux de risque statique significativement

supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes mineures et notamment aux victimes mineures intrafamiliales qu'elles présentent ou non un lien biologique avec leur agresseur. Notons qu'à la SORAG, les agresseurs sexuels de victimes majeures présentent des niveaux de risque significativement supérieurs aux agresseurs victimes extrafamiliales ou de victimes extra *et* intrafamiliales qui eux même présentent des niveaux de risque supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes intrafamiliales avec ou sans lien biologique. Les résultats obtenus vont dans le sens de la littérature internationale (Pham et al., 2003 ; Statique-99 : Van Nieuwenhuizen, 2004 ; Kingston, 2006 ; Pham & Ducro, 2009 ; RSVP : Van Nieuwenhuizen, 2004) à la différence que les agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales biologiques ne diffèrent pas significativement des agresseurs de victimes intrafamiliales non biologiques comme le suggérait Allan et collaborateurs (2007).

En ce qui concerne le niveau de risque clinique structuré, celui-ci ne diffère pas significativement entre les groupes lorsque ceux-ci sont constitués selon les caractéristiques des victimes. Ce résultats va à l'encontre de l'étude de Van Nieuwenhuizen (2004) qui soulignait un niveau de risque évalué à la RSVP plus faible pour les agresseurs sexuels de victimes mineures comparés aux agresseurs sexuels de victimes majeures. La revue de la littérature étant pauvre quant à la validité discriminante des instruments cliniques structurés du risque que nous ne pouvons tirer des conclusions hâtives à ce sujet.

Par contre, le niveau de risque dynamique diffère significativement entre les groupes lorsque ceux-ci sont constitués selon l'âge des victimes et le lien familial des victimes mineures. En effet, les agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures, les agresseurs sexuels de victimes majeures, les agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales, et les agresseurs de victimes mineures extra *et* intrafamiliales présentent des niveaux de risque

significativement plus élevés que les agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales que celles-ci présentent ou non un lien biologique avec leur agresseur. De la même manière que précédemment, peu de littérature relative à la validité discriminante de la Stable et Acute 2000, ne nous permet d'étayer ce résultat. Nous pouvons seulement souligner qu'au sein de la cohorte, les agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales présentent un niveau de risque dynamique significativement plus faible que les autres agresseurs sexuels.

En ce qui concerne la psychopathie, au vu de la littérature internationale, nous avions émis l'hypothèse que les agresseurs sexuels de victimes majeures présenteraient des niveaux de psychopathie (score total et facteurs) significativement supérieurs aux agresseurs sexuels de victimes mineures (Brown & Forth, 1997 ; Seto & Barbaree, 1999 ; Quinsey et al., 1995 ; Rice & Harris, 1997 ; Serin et al., 1994 ; Van Nieuwenhuizen, 2004).

Les résultats montrent que les agresseurs sexuels de victimes majeures présentent des scores significativement plus élevés que les agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures et victimes mineures et ce quelque soit le lien familial et biologique entre les agresseurs sexuels et leur victime notamment sur le score total de la PCL-R, le facteur « Comportemental, antisocial », et les facettes « Style de vie » et « Comportements antisociaux ». Ce résultat va dans le sens de la littérature internationale, excepté qu'il s'avère présent sur le niveau de psychopathie global et sur le facteur comportemental alors que la littérature observe également ce résultat sur la dimension interpersonnelle, narcissique de la psychopathie.

De plus, dans la présente étude, les agresseurs sexuels de victimes mineures extra *et* intrafamiliales présentent également un niveau de psychopathie et des scores sur ces dimensions significativement supérieurs aux scores des agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales (PCL-R ; Dimension « Comportementale, antisociale » ; Dimension « Style de vie » ; Dimension « Comportements antisociaux »).

Au niveau de la dimension « Comportementale, antisociale », les agresseurs sexuels de victimes mineures extra *et* intrafamiliales présentent des scores significativement plus élevés que les agresseurs sexuels de victimes mineures extrafamiliales. Au niveau de la dimension « style de vie », ils présentent des scores significativement supérieurs aux scores des agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures. Or Olver et Wong (2006) montraient que le facteur 2, c'est-à-dire dimension comportementale et style de vie était supérieur chez les agresseurs sexuels de victimes majeures et chez les agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures que chez les agresseurs sexuels de victimes mineures quelles soient dans la sphère familiale ou non (Olver & Wong, 2006). L'objectif d'inclure l'évaluation de la PCL-R au sein de la présente étude n'était pas non seulement afin d'intégrer la psychopathie dans les analyses et la discussion mais la PCL-R doit être évaluée afin de coter la SORAG, la SVR-20 et la RSVP. De plus, au travers ce travail, nous voulions rappeler la nécessité d'évaluer le niveau de psychopathie, en effet, il varie en fonction du type d'agresseur sexuel évalué mais il est très important de considérer cette variable lors de la prise en charge d'agresseurs sexuels. En effet, une revue de la littérature relative à la faible efficacité thérapeutique chez les agresseurs sexuels psychopathes nous semblait importante a être rappelée (Hare et al., 2000 ; Hobson et al., 2000).

Validité convergente des instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels

Dans un second temps, nous avons souhaité mesurer la validité convergente des différents instruments entre eux. En effet, ces instruments ont été créés afin d'évaluer le niveau de risque de récidive des agresseurs sexuels, ils sont basés sur des concepts identiques et mais pas dans leur ensemble ainsi que sur des procédures d'évaluations différentes : lecture du dossier pour les instruments actuariels vs lecture du dossier et entretien pour les instruments

cliniques structurés et dynamiques, entretien libre pour les instruments cliniques structurés vs entretien structuré pour les instruments dynamiques. Certains ont uniquement l'objectif d'évaluer la probabilité de récidiver après la libération, d'autres permettent de mesurer l'intensité de la supervision ou de la prise en charge et/ou mesurer l'efficacité d'une prise en charge.

En ce qui concerne les instruments d'évaluation du risque statique, nous pouvions supposer que la validité convergente de ceux-ci serait correcte. Notons néanmoins que la SORAG a pour objectif de base d'évaluer le risque de récidive violente y compris sexuelle et que la Statique-99 a pour objectif d'évaluer le risque de récidive sexuelle. Ainsi, les coefficients de corrélation entre les scores totaux des instruments puis entre les catégories des instruments seront significativement positifs. Barbarre, en 2001, souligne une validité convergente de .67 entre les deux instruments.

Les résultats de la présente étude vont dans le sens de celui de Barbaree à savoir que les coefficients de corrélation entre les scores et les catégories de risque des deux instruments actuariels sont élevés mais néanmoins inférieurs à .75.

Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon leur statut judiciaire, la validité convergente des deux instruments reste correcte. De la même manière, les coefficients de corrélation Rho de Spearman sont très élevés entre la SORAG et la Statique-99 pour les agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures et sont élevés pour les agresseurs sexuels de victimes mineures et notamment de mineures extrafamiliales. Notons que la validité convergente des deux instruments est plus faible lorsqu'elle est mesurée auprès d'agresseurs sexuels de victimes majeures et d'agresseurs sexuels de victimes mineures intrafamiliales avec ou sans lien biologique. Chez les agresseurs sexuels extra *et* intrafamiliaux, la validité convergente des deux instruments est très faible, néanmoins, notons que l'effectif de ce sous groupe est de 10 participants.

Ces variations de validité convergente en fonction du type d'agresseurs sexuels peuvent s'expliquer par le fait que la SORAG évalue le risque de récidive violente y compris sexuelle et que la Statique-99 évalue le risque de récidive sexuelle. Notons que les études relatives à l'évaluation des taux de récidive des agresseurs sexuels, il s'avère que les agresseurs sexuels de victimes majeures récidivent davantage sur un mode violent (Pham & Ducro, 2007, 2008) et il serait plus adéquat de les évaluer à la SORAG. Les agresseurs sexuels intrafamiliaux, moins enclins à récidiver sur un mode violent devraient faire l'objet d'une évaluation à la Statique-99 plus axée sur les antécédents délictueux, les caractéristiques des délits sexuels et le type de victime.

La validité convergente entre les différents types d'instruments a également été mesurée. Nous n'avions pas d'hypothèse de base, mais supposons une validité convergente peut être inférieure à celle des deux instruments actuariels, mais néanmoins positive.

De manière générale, la validité convergente est correcte entre les scores aux instruments actuariels et les scores aux instruments cliniques structurés et notamment au niveau des facteurs "Ajustement psychosocial" de la SVR-20 et "Ajustement social" de la RSVP. Les autres coefficients de corrélation sont plus faibles. Cependant, un point important à souligner, est cette absence de validité convergente entre les facteurs « Délits sexuels » de la SVR-20 et « Antécédents de violence sexuelle » de la RSVP et les instruments actuariels. Ces deux facteurs des instruments cliniques structurés prennent en compte le type de délit sexuel commis la fréquence de ces délits, la chronicité, la diversité ainsi que l'usage de violence ou de menace et l'abus psychologique dans la perpétration du délit sexuel. Cependant, ces caractéristiques délictueuses sont mesurées sur l'ensemble des délits sexuels, des faits sexuels et non sur le type de condamnation ou d'accusation comme nous pouvons l'observer dans les instruments actuariels. L'instrument actuariel n'analyse pas la manière dont l'agresseur a

commis son délit, mais le nombre de délits sexuels ou non commis et le type de victime. Par contre nous remarquons que « l’Ajustement psychosocial » et notamment « l’ajustement social » et les « projets futurs » sont fortement corrélés aux instruments actuariels.

Notons que lorsque nous avons analysé le niveau de risque des agresseurs sexuels en fonction de leur statut judiciaire, les détenus qui présentaient un niveau de risque statique plus élevé présentaient également un niveau de risque plus élevé sur les facteurs cités précédemment. Nous avions émis l’hypothèse qu’un parcours judiciaire plus étayé et un niveau de psychopathie plus élevé pouvaient avoir un impact sur les capacités d’ajustement social et sur la planification de l’avenir. Lorsque nous effectuons l’analyse de la validité convergente en fonction du statut judiciaire des agresseurs sexuels, chez les détenus le facteur « Ajustement psychosocial » est corrélé à la SORAG. Chez les agresseurs sexuels en maison d’arrêt, seul le facteur « Ajustement psychosocial » de la SVR-20 et le facteur « Ajustement social » de la RSVP est corrélé aux scores aux instruments actuariels. Pour les agresseurs sexuels en obligation de suivi socio-judiciaire, les scores à la SVR-20 et à la RSVP et celui du facteur « Ajustement psychosocial » de la SVR-20 et aux facteurs « Maladie mentale » et « Adaptation sociale » de la RSVP excepté sont corrélés aux instruments actuariels et ce davantage avec la SORAG.

Pour résumer, le facteur « Ajustement psychosocial » et notamment, le facteur « Adaptation sociale » sont corrélés aux instruments actuariels. Ce facteur relatif à l’adaptation sociale est constitué de notions telles que les problèmes de relation intimes, de relations non intimes, l’instabilité professionnelle ainsi que la criminalité non sexuelle. Les agresseurs sexuels ayant des niveaux de risque actuariels présenteraient des difficultés de ce type ;

Lorsque nous effectuons la validité convergente des instruments actuariels versus cliniques structurés en fonction du type de victime, nous n'observons pas de validité convergente entre les instruments actuariels et cliniques structurés chez les agresseurs sexuels de victimes majeures *et* mineures. Chez les agresseurs sexuels de victimes majeures, nous observons une validité convergente entre la SORAG et la SVR-20, notamment le score total de la SVR-20 et le facteur « Ajustement psychosocial ». Chez ces derniers, une validité convergente est également observée entre la SORAG et la RSVP et notamment le score total et le facteur « Ajustement psychologique ». Les résultats soulignent donc que chez les agresseurs sexuels de victimes majeures, la dimension psychologique de la RSVP telles que la minimisation du déni, les attitudes qui soutiennent le déni, le manque de conscience de soi, les problèmes de stress et les antécédents de victimisation sont en lien avec un niveau de risque statique élevé. En ce qui concerne les agresseurs sexuels de victimes mineures, la SORAG ou la Statique-99 et la SVR-20 ou la RSVP présentent en général, une très bonne validité convergente, et ce sur l'ensemble des structures excepté le facteur « Délit sexuel » de la SVR-20 et « Antécédents de violence sexuelle » de la RSVP. Rappelons que les instruments actuariels quantifient les antécédents et le type de victimes alors que les instruments cliniques structurés auraient une approche plus qualitative du délit sexuel (la chronicité, la multiplicité, la violence physique ou psychologique, Etc.). Lorsque cette validité convergente est étudiée en fonction du lien familial et biologique des victimes mineures, nous remarquons que cette validité s'observe davantage sur le facteur « Ajustement psychologique » de la SVR-20 qui équivaut partiellement aux facteurs « Adaptation sociale » et « Adaptation psychologique » de la RSVP. Le principal résultat de cette validité convergente est que le facteur « Ajustement psychosocial » et notamment, le facteur « Adaptation psychologique » convergent avec le niveau de risque actuariel contrairement aux facteurs spécifiques aux délits sexuels.

Pour ce qui est de la validité convergente des instruments actuariels avec les instruments cliniques, celle-ci est correcte et notamment avec le score total de la Stable et l'Acute 2000 et le score à la Stable. Le score à l'Acute est peu convergent.

Les instruments actuariels présentent une validité convergente avec les instruments dynamiques et notamment avec le score total à la Stable et à l'Acute et le score à la Stable. Ce type de résultat s'observe lorsque la validité convergente est mesurée en fonction du type d'agresseur sexuel. Pour les agresseurs sexuels en maison d'arrêt, la validité est plus élevée, néanmoins, l'effectif de ce sous groupe est trop faible pour généraliser ce résultat. Lorsque les agresseurs sexuels sont catégorisés selon l'âge de leur(s) victime(s), les résultats précédemment soulignés se retrouvent principalement chez les agresseurs sexuels de victimes mineures et notamment chez les intrafamiliaux présentant un lien biologique ou non avec leurs victimes. Notons que la validité convergente est plus élevée entre la SORAG et les instruments cliniques structurés ou dynamiques qu'entre la Statique-99 et ces derniers.

Nous avons également mesuré la validité convergente entre les instruments cliniques structurés et les instruments dynamiques. De la même manière, nous pouvions supposer une validité convergente positive et significative entre les instruments cliniques structurés et les instruments dynamiques. Ainsi les coefficients de corrélation entre la SVR-20 ou la RSVP et la Stable ou l'Acute devraient être élevés. Ces instruments ne comportent pas les mêmes items mais ils relèvent d'une procédure évaluative similaire (lecture de dossier + entretiens évaluatifs), ils sont axés sur la prise en charge et l'évaluation du risque.

En ce qui concerne la validité convergente entre les instruments cliniques structurés et dynamiques, les instruments cliniques structurés sont partiellement positivement corrélés aux scores à la Stable et à l'Acute. Cette validité s'observe : entre le score à la Stable et les scores totaux et aux sous facteurs de la SVR-20 excepté le facteur « Ajustement psychosocial » et la

RSVP excepté pour les facteurs « Maladie mentale» et « Antécédents de violence sexuelle ».

De plus, notons que la validité convergente des instruments cliniques structurés avec les instruments dynamiques varie en fonction du type d'agresseur sexuel considéré. Nous remarquerons que la validité convergente obtenue sur la population total de la présente étude se retrouve majoritairement chez les agresseur sexuels de victimes mineures intrafamiliales et notamment chez ceux qui présentaient un lien biologique avec leur victime.

Il semble intéressant de mentionner que dans l'ensemble des analyses de validité convergente entre les instruments cliniques structurés et les instruments dynamiques, le facteur « Gestion » ou « Projets futurs » des instruments cliniques structurés était fortement corrélé au niveau de risque dynamique. Notons également que les facteurs « Ajustement psychosocial » et « Maladie mentale » étaient plus sujets à des variations de validité convergente avec les instruments dynamiques.

Afin de clore cette partie relative à la validité convergente des instruments, notons que les nuances de validités semblent intéressantes. En effet, les différents instruments et même les différents types d'instruments (actuariels, cliniques structurés et dynamiques) présentent en partie une validité convergente correcte mais pas très élevée. Si celle-ci avait été très élevée, l'un ou l'autre des instruments aurait été adéquat dès lors que l'on voudrait évaluer le risque de récidive des agresseurs sexuels. Or ces variations de validité viennent appuyer une notion très importante souvent abordée lorsqu'on parle d'instrument d'évaluation, c'est de connaître la validité de ces instruments sur la population que nous souhaitons évaluer, préciser ce que les instruments évaluent et à partir de quels critères. Par exemple, il est utile lorsqu'on évalue une personne à la SORAG, de souligner que celle-ci évalue le risque de récidive violente y compris sexuelle chez les agresseurs sexuels et non la récidive sexuelle comme la Statique-99.

Il faut être au clair de savoir pourquoi on utilise un type d'instrument et pas un autre. Les

différents instruments d'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels ont des points communs, par exemple, certains convergent avec la dimension « Adaptation sociale » de la SVR-20 ou la RSVP et notamment ce qui est le cas des instruments actuariels, d'autres convergent avec le facteur « Projets futurs » des deux instruments cliniques structurés, ce qui est notamment le cas des instruments dynamiques. Donc pour résumer, l'objectif de ce travail n'était pas de montrer que l'ensemble des instruments ont une très bonne validité convergente, mais que s'il existe des scores même s'il existe des dimensions convergentes entre les instruments, ceux-ci sont également composés de dimensions spécifiques. Prenons l'exemple du facteur « Délit sexuel » des instruments cliniques structurés, pour ces facteurs nous aurions pu attendre une validité convergente très élevée avec les instruments actuariels et notamment la Statique-99. Et bien ce facteur, dans les instruments cliniques structurés détaille davantage le type de passage à l'acte sur un mode sexuel : quand, à quelle fréquence, sur quel mode, et comment. La Statique-99 quantifie les antécédents sexuels.

Cependant, nous ne pouvons faire l'impasse de rappeler que le niveau de risque actuariel prédit mieux la récidive sexuelle que toute autre méthode d'évaluation : clinique non structurée, clinique structurée ou dynamique (Hanson & Morton-Bourgon, 2007). Or les instruments cliniques structurés et dynamiques sont adéquats lors de la prise en charge d'un agresseur sexuel, ou lorsq'on souhaite nuancer un niveau de risque actuariel qui figerait un agresseur sexuel à un haut niveau de risque alors que sont évolution s'avère positive. Ces instruments cliniques structurés ou dynamiques laissent la possibilité que le niveau de risque varie suite à une prise en charge, variation du niveau de risque que nous ne pouvons observer avec les instruments actuariels.

Suite à l'analyse de la validité convergente et des réflexions autour des débats « actuariels », « clinique structurés » ou « dynamiques », nous avons tenté d'identifier si certaines dimensions des instruments cliniques structurés ou dynamiques pouvaient prédire un niveau

de risque actuariel. Et ce, non pas pour que les instruments clinique structurés ou dynamiques se substituent aux instruments actuariels mais pour que les évaluateurs utilisant des instruments cliniques structurés ou dynamiques lors de la prise en charge d'un agresseur sexuel, garde à l'esprit que le combinaison de certains facteurs sont en lien avec un niveau de risque actuariel qui s'avère prédire de manière correcte la récidive sexuelle.

Prédiction du niveau de risque actuariel à partir des instruments cliniques structurés ou dynamiques

L'objectif de ce point était donc de voir quels facteurs ou combinaison de facteurs ou items pouvaient prédire le niveau de risque actuariel. Ainsi, lors d'une évaluation cliniques structurée ou dynamique, nous pourrions souligner l'importance de certains items ou facteurs combinés ensemble, qui seraient en lien avec un niveau de risque statique élevé. *Nous le rappelons, cette hypothèse n'a pas pour objectif d'identifier des facteurs ou items pouvant remplacer l'évaluation actuarielle mais d'identifier des facteurs ou items face auxquels il est nécessaire d'être vigilant et d'envisager peut être une prise en charge spécifique.*

Donc, nous avons tenté d'identifier des combinaisons de facteurs ou d'items pouvant prédire le risque de récidive mesuré l'aide d'instruments actuariels et ce en réalisant des analyses de régressions linéaires.

Dans un premier temps, nous avons montré que les scores totaux à la SVR-20, à la RSVP et à la Stable et Acute 2000 prédisent positivement le niveau de risque actuariel évalué à la SORAG et à la Statique-99.

Lorsque les facteurs de la SVR-20 sont intégrés dans l'équation de régression, seul le facteur « Ajustement psychosocial » s'avère prédictif du niveau de risque actuariel évalué à la SORAG et à la Statique-99. Puis lorsque nous intégrons l'ensemble des items de ce facteur, différentes combinaisons d'items (modèles) prédisent positivement le niveau de risque actuariel. Nous avons obtenus différents modèles prédictifs, le permier est constitué de l'item Psychopathie, le deuxième des items Psychopathie et Echec de supervision passée, les troisième des items Psychopathie, Echec de supervision passée, et Antécédents de délits non violents non sexuels , le quatrième des items Psychopathie, Echec de supervision passée, Antécédents de délits non violents non sexuels, et Déviation sexuelle et le cinquième des items Psychopathie, Echec de supervision passée, Antécédents de délits non violents non sexuels, Déviation sexuelle, et Problèmes relationnels. Ce dernier modèle est le plus prédictif du niveau de risque actuariel.

En ce qui concerne la prédition du score à la Statique-99, les combinaisons d'items du facteur « Ajustement psychosocial » sont constitués de l'item Echec de supervision passée pour le premier modèle, des items Echec de supervision passée et Déviation sexuelle pour le deuxième modèle et des items Echec de supervision passée, Déviation sexuelle, et Antécédents de délits non violents non sexuels pour le troisième modèle. Cependant, vu la faible part de variance commune et le fait que pour les deux derniers facteur, seul un item est retenu dans le modèle, nous soulignerons davantage les résultats relatifs au facteur « Ajustement psychosocial » et ses items.

Lorsque les facteurs de la RSVP sont intégrés dans l'équation de régression, le facteur « Ajustement psychosocial » et la combinaison des facteurs « Ajustement social » et « Maladie mentale » s'avèrent prédictif du niveau de risque actuariel évalué à la SORAG. Pour ce qui est de la prédition du niveau de risque évalué à la Statique-99, seul le facteur « Ajustement social » est prédicteur.

Lorsque l'ensemble des items des facteurs « Ajustement social » et « Maladie mentale » sont considérés dans l'équation, différentes combinaisons d'items prédisent positivement le niveau de risque actuarial évalué à la SORAG. La Criminalité non sexuelle constitue le premier modèle, la Criminalité non sexuelle et les Troubles de la personnalité psychopathiques constituent le deuxième modèle et la Criminalité non sexuelle, les Troubles de la personnalité psychopathiques, et les Problèmes relationnels intimes constituent le troisième modèle.

En ce qui concerne la prédiction du score à la SORAG, lorsque les items du facteur « Antécédents de violence sexuelle» sont considérés, seul l'item relatifs à la coercition physique s'avère être prédictif. Lorsque les items du facteur « Ajustement psychologique » sont considérés, seul l'item relatif aux problèmes de conscience de soi est prédictif. Par rapport au facteur «Maladie mentale », les différentes combinaisons d'items significatives sont pour la première l'item Troubles de la personnalité psychopathiques, pour la deuxième les items Troubles de la personnalité psychopathiques et Déviance sexuelle et pour la troisième, les items Troubles de la personnalité psychopathiques, Déviance sexuelle, et Abus de substance.

Par rapport aux facteurs « Ajustement social », les différentes combinaisons d'items significatives sont constituées de l'item Criminalité non sexuelle pour la première, des items Criminalité non sexuelle et Problèmes d'emploi pour la deuxième et des items Criminalité non sexuelle, Problèmes d'emploi, et Problèmes relationnels intimes pour la troisième. Pour terminer, par rapport au facteur « Gestion », seul l'item Problème de supervision prédit significativement le niveau de risque évalué à la SORAG.

Pour ce qui est de la Statique-99, les items des facteurs « Antécédents de violence sexuelle », « Ajustement psychologique » et « Gestion » ne nous permettent pas de souligner de combinaisons d'items prédicteurs du niveau de risque actuarial évalué à la Statique-99.

Par contre, l'item Déviance sexuelle et la combinaison Déviance sexuelle et Troubles de la personnalité psychopathiques sont identifiés comme étant significativement prédicteurs d'un niveau de risque de récidive évalué à la Statique-99. Pour ce qui est du facteur « Ajustement social », seul l'item relatif à la Criminalité non sexuelle est prédicteur d'un niveau de risque évalué à la Statique-99.

Lorsque les scores à la Stable et à l'Acute sont intégrés dans l'équation de régression, seul le score à la Stable s'avère prédictif du niveau de risque actuarial évalué à la SORAG et à la Statique-99. Lorsque les sous facteurs de la Stable sont intégrés dans une régression linéaire afin de mesurer en quoi ils prédisent le niveau de risque actuarial évalué à la SORAG et à la Statique-99, le facteur et la combinaison de facteur prédicteurs sont la Maîtrise de soi en général et la Maîtrise de soi en général combinée à la Maîtrise de soi sur le plan de la sexualité.

En ce qui concerne les sous facteurs issus de la combinaison des facteurs « Maîtrise de soi en général » et « Maîtrise de soi sur le plan sexuel », notons que la combinaison de certains d'entre eux s'avère prédictive du niveau de risque actuarial. En effet, le niveau de risque évalué à la SORAG peut être prédit par les sous facteurs Gestes impulsifs, pour les sous facteurs estes impulsifs et Libido, préoccupation sexuelle, ainsi que pour les sous facteurs Gestes impulsifs, Libido, préoccupation sexuelle, et Faibles aptitudes cognitives pour la résolution de problèmes.

Le niveau de risque évalué à la Statique-99 peut être prédit par les sous facteurs Libido, préoccupation sexuelle, par les sous facteurs Libido, préoccupation sexuelle et Recours au sexe comme mécanisme d'adaptation et par les sous facteurs Libido, préoccupation sexuelle, Recours au sexe comme mécanisme d'adaptation et Gestes impulsifs combinés.

En ce qui concerne les sous facteurs du facteur « Problèmes sur le plan de l'intimité », seul le sous facteur Manque d'intérêt à l'égard des autres prédit significativement le niveau de risque actuariel évalué uniquement à la SORAG.

Pour ce qui est des sous facteurs du facteur « Maîtrise de soi sur le plan sexuel », seul le sous facteur Libido, préoccupation sexuelle prédit significativement le niveau de risque de récidive évalué à la SORAG (8% de variance commune). En ce qui concerne la prédition du niveau de risque évalué à la Statique-99, les combinaisons de sous facteurs sont la Libido, préoccupation sexuelle, et la Libido, préoccupation sexuelle et le Recours au sexe comme mécanisme d'adaptation.

Pour ce qui est des sous facteurs du facteur « Attitudes propices à la perpétration de l'agression sexuelle », seul le sous facteur Attitude face au viol prédit significativement le niveau de risque de récidive évalué à la SORAG.

Pour ce qui est du facteur « Maîtrise de soi en général », le sous facteur Gestes impulsifs et la combinaison des sous facteurs Gestes impulsif et Faibles aptitudes cognitives pour la résolution de problèmes prédisent le niveau de risque actuariel évalué à la SORAG (40 et 45% de variance commune). Tandis que seul le sous facteur Gestes impulsifs prédit le niveau de risque actuariel évalué à la Statique-99.

En ce qui concerne les sous facteurs de l'Acute, seul le sous facteur relatif à la consommation d'alcool ou de drogues est prédicteur d'un niveau de risque statique évalué à la SORAG et non la Statique-99. Pour l'ensemble des résultats relatifs à la prédition du niveau de risque actuariel, notons que les combinaisons de facteurs ou d'items identifiés prédisent à un niveau de significativité plus élevé la SORAG que la Statique-99.

Bibliographie

- Abel, G.G., Mittelman, M.S., Becker, J.V., Rathner, J., & Rouleau, J.L. (1988). Predicting child molesters response to treatment. *Annals of New York Academy of Sciences*, 528, 223-234.
- Aegisdottir, S., White, M.J., Spengler, P.M., Maugherman, A.S., Anderson, L.A., Cook, R.S., et al. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist*, 34, 341-382.
- Allan, M., Grace, R.C., Rutherford, B., & Hudson, S.M. (2007). Psychometric Assessment of Dynamic Risk Factors for Child Molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 347-367.
- Altman, D.G. (1999). What randomized trials and systematic reviews can offer decision makers? *Hormonal Research*, 51(1), 36-43.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct* (2nd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2003). *The Psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson
- Andrews, D.A. & Robinson, D. (1984). *The Level of Supervision Inventory: second Report* (rapport aux services de recherche), Toronto, Ministère des services Correctionnls de l'Ontario.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Hoge, R.D. (1990). "Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 1-52.
- Arnold, T. (2007). Dynamic changes in Level of Supervision Inventory Revised (LSI-R) and the effect on prediction accuracy. *Mémoire de maîtrise non publié, St Cloud University (Minnesota)*.

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 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.
- Barbaree, H.E., Blanchard, R., & Langton, C. (2003). The development of sexual aggression through the life span. The effect of age on sexual arousal and recidivism among sex offenders. In R. Prentky, E. Janus, & M. Seto (Eds.), *Sexually coercive behaviour. Understanding and management* (Vol. 989, pp. 59-71). New York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Barbaree, H.E., Seto, M.E., Serin, R.C., Amos, N., et al. (1994). Comparisons between sexual and non sexual rapists subtype: Sexual arousal to rape, offense precursors, and offense characteristics. *Criminal Justice and Behavior*, 21(1), 95-114.
- Barbaree, H.E., Langton, C.M., Blanchard, R. & Boer, D.P. (2008). Predicting Recidivism in sex offenders using the SVR-20. The contribution of age at release. *International Journal of Forensic Mental Health*, 7(1), 47-64.
- Beech, A., Erickson, M., Friendship, C., & Ditchfield, J. (2001). *A six-year follow up of men going through probation-based sex offender treatment programmes*. London: Home Office.
- Beech, A., Friendship, C., Erickson, M., & Hanson, R.K.(2002). The relationship between static and dynamic risk factors and reconviction in a sample of U.K. child abusers. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 155-167.
- Beech, A.R. & Ward, T. (2004). The integration of the etiology and risk in sexual offenders: A theory framework. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 31-63.

- Beech, A.R., Ficher, D., & Beckett, R. (1999). Step 3: *An evaluation of the Prison Sex Offender Treatment Program*. London: HMSO.UK. Home Office Occasional Report. Home Office Publications Units, 50, Queen Anne's Gate, London SW1 9AT, England.
- Bengston, S. & Langström, N. (2007). Unguided Clinical and Actuarial Assessment of Re-Offending: A direct comparison with Sex Offender in Denmark. *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.
- Beyko, M.J. & Wong, S.C.P. (2005). Predictor of treatment attrition as indicators for program improvement not offender short-comings: A study of sex offender treatment attrition. *Sexual Abuse: A Journal of research and Treatment*, 17, 375-389.
- Boer, D.P. (2004). *Risicotaxatie bij seksueel delinquenten*: Een dag met Douglas P. Boer, 11 Oktober 2004, Edegem.
- Boer, D.P., Tough, S., & Haaven, J. (2004). Assessment of Risk Manageability of intellectually Disabled sex Offenders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 275-283.
- 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.
- Bonta, J. & Andrews, A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Document internet.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: technology, guidelines and training. *American Psychologists*, 51, 945-956.

- Brown, S.L. & Forth, A.E. (1997). Psychopathy and sexual assault: Static risk factors, emotional precursors, and rapist subtypes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 848-857.
- Browne, K.D., Foreman, L. & Middleton, D. (1998). Predicting treatment drop-out in sex offenders. *Child Abuse Review*, 7, 402-419.
- Cortoni, F. & Marshall, W. (2001). Sex as Cpoing Strategy and its Relationship to Juvenile Sexual History and Intimacy in Sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 27-43.
- 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.
- Craig, L.A., Browne, K.D., & Stringer, I. (2004). Comparing Sex Offender Risk Assessment Measures on a UK sample. *International Journal of Offender therapy and Comparative Criminology*, 48(1), 7-27.
- Craig, L.A., Browne, K.D., & Stringer, I. (2003). Risk scales and factors predictive of sexual offense recidivism. *Trauma, Violence, & Abuse: A review Journal*, 4, 45-82.
- 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.
- De Clue, G. (2004). On the admissibility of testimony utilizing an aide mémoire in a Frye state. *WebPsychEmpiriciste*. www.wpe.info/paper-table.html
- 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.

Dean, K.E. & Malamuth, N.M. (1997). Characteristics of men who aggress sexually and of

men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*(2), 449-155.

Dempster, R. J. & Hart, S. D. (2002). The relative utility of fixed and variable risk factors in discriminating sexual recidivists and non recidivists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 14*, 121-138.

Dickey, R., Nussbaum, D., Chevolleau, K., & Davidson, H. (2002). Age as a Differential Characteristics of Rapists, Pedophiles, and Sexual Sadists. *Journal of Sex and Marital Therapy, 28*, 211-218.

Dolan, M. & Doyle, M. (2000). Violence risk prediction. Clinical and Actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *British Journal of Psychiatry, 177*, 303-311.

Doren, D.M. (2002). *Evaluating Sex Offenders: A Manual for Civil commitments and Beyond*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Doren, D.M. (2004). Toward a multidimensional model for sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 835-856.

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: A Journal of Research and Treatment, 18*(1), 15-26.

Edwards, R., Beech, A., Bishopp, D., Erickson, M., Friendship, C., & Charlesworth, L. (2005). Predicting dropout from a residential programme for adolescent sexual abusers using pre-treatment variables and implications for recidivism. *Journal of sexual Aggression, 11*(2), 139-155.

Firestone, P., Bradford, J.M., McCoy, M., Greenberg, D.M., Larose, M.R., & Curry, S. (1999). Prediction of recidivism in incest offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 511-531.

Firestone, P., Bradford, J.M., McCoy, M., Greenberg, D.M., Curry, S., & Larose, M.R.

(1998). Homicidal sex offenders: Psychological, Phallometric, and diagnostic features.

Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 26(4), 537-552.

Firestone, P., Nunes, K.L., Moulden, H., Broom, I., & Bradford, J.M. (2005). Hostility and

Recidivism in Sexual offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 34(3), 277-283.

Fiske, S. & Taylor, S. (1991). *Social cognition* (2nd ed.). New York, McGraw-Hill.

Freund, K., Seto, M.C., & Kuban, M. (1997). *Frotteurism: The Theory of courtship disorder*.

In Law D.; O'Donohue William T. (Ed.) Sexual Deviance: Theory, assessment, and treatment. (pp. 111-130). New York, NY, US: Guilford Press xii, 514 pp.

Freund, K., & Blanchard, R. (1989). Phallometric diagnosis of pedophilia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 100-105.

Freund, K., & Watson, R. (1991). Assessment of the sensitivity and specificity of a phallometric test: An update of phallometric diagnosis of pedophilia. *Psychological Assessment*, 3, 254-260.

Geer, T.M., Becker, J., Gray, S., & Krauss, D. (2001). Predictors of treatment completion in a correctional sex offender treatment program. *International Journal of Offender therapy and Comparative Criminology*, 45(3), 302-313.

Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analytic of the predictors of adults offender recidivism : What works ! *Criminology*, 34, 575-607.

Gottfredson, M.R. & Hirisch, T. (1990). A general theory of Crime. Stanford, CA: Stanford University Press.

Grove, W.M., Zald, D.H., Lebow, B.S., Snitz, B.E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 1, 19-30.

Grubin, D. (1998). *Sex Offending against children: Understanding the risk*. Police Research Series Paper 99. London: Home Office.

- Hall, G.C.N & Hirschman, R. (1991). Toward a theory of sexual aggression: A quadripartite model. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 59, 643-669.
- Hanley, J.A. & McNeil, B.J. (1983). « A method of comparing the areas under Receiver Operating Characteristics (ROC) Curve ». *Radiology*, 143, 29-36.
- Hanson et al., (1994).
- 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), 123-142.
- Hanson, R.K. & Harris, A.J.R. (1998). *Les prédicteurs dynamiques de la récidive sexuelle*. Rapport pour spécialistes n°1998-01. Ottawa : Ministère du Solliciteur général du Canada.
- Hanson, R.K. & Harris, A.J.R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sex offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 187-202.
- Hanson, R.K. & Harris, A.J.R. (2001). A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13(2), 108-122.
- Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis*. Ottawa: public safety and Emergency Preparedness Canada.
- Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K. (2005). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis* (Corrections Research, Public Safety and Emergency Preparedness Canada, Ottawa, Canada). Retrieved April 6, 2005, http://www.psepc-sppcc.gc.ca/publications/corrections/pdf/200402_e.pdf.
- Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K. (2005). *The Characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis*. Ottawa: public safety and Emergency Preparedness Canada.
- Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K. (2007). *The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis* (Report No. 2007-01). Ottawa, ON; Public Safety and Emergency Preparedness Canada.

Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K. (2008). The accuracy of recidivism risk assessments

for sexual offenders: A meta-analysis. *Psychological assessment*.

Hanson, R.K. & Scott, H. (1996). Social Networks of sexual Offenders. *Psychology, Crime and Law*, 2(4), 249-258.

Hanson, R.K. & Thornton, D. (1999). *Statique-99 : Une amélioration des évaluations actuarielles du risque chez les délinquants sexuels*. Rapport pour spécialistes n°1999-02. Ottawa : Ministère du Solliciteur général du Canada.

Hanson, R.K. & Thornton, D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior*, 24(1), 119-136.

Hanson, R.K. & Thornton, D. (2003). *Statique-99 : Une amélioration des évaluations actuarielles du risque chez les délinquants sexuels*. Ottawa : Ministère Solliciteur Général du Canada

Hanson, R.K. (1997). *The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense recidivism*. (User Report 97-04). Ottawa: Department of the Solicitor General Canada.

Hanson, R.K. (2000). *Risk Assessment*. Beaverton, OR: Association for Treatment of sexual Abusers.

Hanson, R.K. (2002). Recidivism and Age. Follow up data from 4673 sexual offenders. *Journal of Interpersonal violence*, 17, 1046-1062.

Hanson, R.K. (June 2005). *The assessment of criminogenic needs of sexual offenders by community supervision officiers : Reliability and validity*. Presentation at the Annual Convention of the Canadian Psychological Association.

Hanson, R.K., Gizzarelli, R., & Scott, H. (1994). The attitude of incest offenders : Sexual entitlement and acceptance of sex with children. *Criminal Justice and Behavior*, 21(2), 187-202.

Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A., Marques, L., Murphy, W., & Quinsey, V. et al. (2002).

First report of collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(2), 169-194.

Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T.L., & Helmus, L. (2007). *Evaluation du risqué chez les délinquents sexuels soumis à une surveillance dans la collectivité: Le projet de surveillance dynamique*. Documents internet.

Hanson, R.K., Morton, K.E., & Harris, A.J. (2003). Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 154-166.

Hanson, R.K., Scott, H., & Steffy, R.A. (1995). A comparison of child molesters and non-sexual criminals: risk predictors and long-term recidivism. *Journal of Research and Crime and Delinquency*, 32(3), 325-337.

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.

Hare, R.D., Clarke, D., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 623-645.

Harris, A.J.R. & Hanson, R.K. (2000). *L'échelle d'évaluation des besoins des délinquants sexuels (SONAR) : Une méthode permettant de mesurer le changement de niveau de risque*. Ottawa : Ministère Solliciteur Général du 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, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (1993).
- Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (2002). Prospective replication of the violence risk appraisal guide in predicting violent recidivism among forensic patients. *Law and Human Behavior, 26*, 377-394.
- Hart, S.D. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues. *Legal and Criminological Psychology, 3*, 121-137.
- Hemphill, J.F., Hare, R.D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism : A review. *Legal and Criminological Psychology, 3*(1), 139-170.
- Hildebrand, M., De Ruiter, C., & De Vogel, V. (2004). Psychopathy and Sexual Deviance in Treated Rapists : Association With Sexual and Non Sexual Recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16*(1), 1-24.
- Hobson, J., Shine, J., & Roberts, R. (2000). How do psychopaths behave in a prison therapeutic community ? *Psychology, Crime and Law, 6*, 139-154.
- Holland, T.R., Levi, M., & Beckerr, G.E. (1983). Ethnicity, criminality, and the Buss-Durkee Hostility Inventory. *Journal of Personality Assessment, 47*, 375-379.
- Hudson, M.S. & Ward, T. (1997). Intimacy, loneliness, and attachment styles in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 323-339.
- Hudson, M.S., Wales, D.S., Bakker, L., & Ward, T. (2002). Dynamic risk factors: The Kia Marama evaluation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 12*, 323-339.
- Hudson, M.S., Ward, T., & McCormack, J.C. (1999). Offense pathways in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 779-798.

- Janus, E.S. & Meehl, P.E. (1997). « Assessing the legal standard for predictions of dangerousness in sex offender commitment proceedings ». *Psychology, Public, Policy, and Law*, 3, 33-64.
- Johnston, L. & Ward, T. (1996). Social cognition and sexual offending : A theoretical framework. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 8, 55-80.
- Kalichman, S.C. (1991). Psychopathology and Personality characteristics of criminal sexual offenders as a function of victim age. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 187-197.
- Kanin, E.J. (1967). An examination of sexual aggression as a response to sexual frustration. *Journal of Marriage and Family*, 29(3), 428-433.
- Lang, Pugh, & Langevin (1988).
- Langström, N. & Grann, M. (2000). Risk for criminal recidivism among young sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 855-871.
- Langström, N. (2004). Accuracy of Actuarial Procédures for Assessment of Sexual Offender Recidivism: Risk may vary across ethnicity. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(2), 107-120.
- Langström, 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.
- Langton, C.M., Barbaree, H.E., Harkins, L., & Peacock, E.J. (2003 October). *Failure to complete sexual offender treatments and sexual recidivism: Does actuarial risk or psychopathy account for the association?* In H. Barbaree (Chair), Alternative approaches to evaluating treatment efficacy with sexual offenders. Symposium conducted at the 22nd Annual Research and Treatment Conference of the Association for Treatment of Sexual Abusers, St Louis, Montréal.
- Laws, D. R. (1989). *Relapse prevention with sex offenders* (ed.). New York, Guilford.

- Lee, J.K.P., Pattison, P., Jackson, H.J., & Ward, T. (2001). The general, common, and specific factors of psychopathology for different types of paraphilic. *Criminal Justice and Behavior, 28*, 227-266.
- Looman, J. (2006). Comparison of Two Risk Assessments Instruments for sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 18*(2), 193-204.
- Lösel, F & Schumcker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology, 1*, 117-146.
- Malamuth, N.M. (1998). *The confluence model as an organizing framework for research on sexually aggressive men: Risk moderators, imagined aggression, and pornography consumption*. In Green Russell; Donnerstein Edward (Ed.). Human aggression: Theories, research, and Implications for Social Policy (pp. 229-245). San diego, CA, US: Academic Press; 309 pp;
- Malamuth, N.M., Sockloskie, R.J., Koss, M.P., & Tanaka, J.S. (1991). Characteristics of aggressors against women: testing a model using a national sample of college student. *Journal of Consulting and Clinical psychology, 59*(5), 670-681.
- Marques, J.K., Day, D.M., Wiederanders, M., & Nelson, C. (2002, October). *Main effects and beyond: New findings from California's Sex Offender Treatment & Evaluation Project (SOTEP)*. Paper presented at the 21th annual conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Montreal, Canada.
- Marshall, W.L. & Yates, P.M. (2005). Comment on Mailloux et al's (2003) Study "Dosage of Treatment to Sexual Offenders: Are we over prescribing?" *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49*(2), 221-224.
- Marshall, W.L., Anderson, D., & Champagne, F. (1997). Self esteem and its relationship to sexual offending. *Psychology, Crime and Law, 3*(3), 161-186.

- Marshall, W.L. & Barbaree, H.E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 257-275). New York: Plenum.
- Marshall, W.L. & Moulden, H. (2001). Hostility toward women and victim empathy in rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 249-255.
- Marshall, W.L. (1993). The role of attachment, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sexual and Marital therapy*, 8, 109-121.
- 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.
- McKibben, A., Proulx, J., Lusignan, R. (1994). Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviours in rapists and child molesters. *Behavior Research and therapy*, 32, 871-575.
- Meehl, P.E. (1986). Causes and defects of my disturbing little book. *Journal of Personality Assessment*, 50, 370-375.
- Meehl, P.E. (2002). Cliometric metatheory: II. Criteria scientists use in theory appraisal and why it is rational to do so. *Psychological Reports*, 91, 339-404.
- Miller et al., (1994).
- Miner, M.H. & Dwyer, M.S. (1995). Analysis of dropouts from outpatient sex offender treatment. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 7(3), 77-93.
- Moore, D.L., Bergman, B.A., & Knox, P.L. (1999). Predictors of sex offender treatment completion. *Journal of child Sexual Abuse*, 7(3), 73-88.
- Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence : Being accurate about accuracy. *Journal of consulting and Clinical psychology*, 62, 783-792.

Motiuk, L.L., bonta, J., & Andrews, D.A. (1996). *Dynamic predictive criterion validity in offender assessment*. Communication présentée à la conference de la Société Canadienne de Psychologie, Ottawa.

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.

Olver, M.E. & Wong, S.C.P. (2006). Psychopathy, Sexual Deviance, and Recidivism Among Sex Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of research and Treatment*, 18(1), 65-82.

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.

Overholser, J.C. & Beck, S. (1986). Multimethod assessment of rapists, child molester, and three control groups on behavioural and psychological measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 643-661.

Pham, H.T. & Ducro, C. (2008). *Etude du parcours post institutionnel d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suite à la prise en charge post pénitentière en Région Wallonne : Partie I*. Ministère de la Région Wallonne, Santé, Affaires Sociales et Egalité des chances.

Pham, H.T. & Ducro, C. (2008). *Etude du parcours post institutionnel d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suite à la prise en charge post pénitentière en Région Wallonne : Partie II. Evaluation 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, H.T. & Ducro, C. (2008b). Evaluation du risqué 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, T.H., Ducro, C., Kints, M., Menghini, M., & Pedersen, C. (2003). *Projet Stop 125 de la Commission Européenne “Evaluation de la Récidive Sexuelle en Europe”*. Rapport de Recherche, Centre de Recherche en Défense Sociale.

Pithers, W.D., Kashima, K.M., Cumming, G.F., & Beal, L.S. (1988). Relapse prevention: A method of enhancing maintenance of change in sex offenders. In A.C. Salter (Ed.), *Treating child sex offenders and victims* (pp. 131-170). London: Sage.

Prentky, R.A. & Knight, R.A. (1991). Pathways in the offending process of extrafamilial sexual child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 643-661.

Prentky, R.A. & Lee, A.F.S. (2007). Effect of gae at Release on Long Term sexual Reoffense Rates in Civilly Committed Sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of research and Treatment*, 19, 43-59.

Prentky, R.A., Knight, R.A., & Lee, A.F.S. (1997). Risk factors associated with recidivism among extra familial child molesters. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 141-149.

Proulx, J., Brien, T., Ciampi, A., Allair, J.F., McDonald, M., & Chouinard, A. (2004 October). *Treatment attrition in sexual aggressors*. Paper presented at the 23rd Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abuser, Albuquerque, NM.

Proulx, J., McKibben, A., & Lusignan, R. (1996). Relationships between affective components and sexual behaviors in sexual aggressors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 279-289.

Proulx, J., Perreault, C., & Ouimet, M. (1999). Pathways in the offending process of

extrafamilial sexual child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*,

11, 117-129.

Quinsey, V. L., Lalumière, M. L., Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Predicting sexual

offenses. In J. C. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders*,

batterers, and child abusers (pp. 114-137). Thousand Oaks, CA: Sage.

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., Harris, G.T., rice, M.E., & Cormier, C.A. (1998). *Violent*

offenders:Appraising and managing risk. Washington, DC: Amercian Psychological

Association.

Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (2006). *Violent*

offenders:Appraising and managing risk (2nd ed.). Washington, DC: Amercian

Psychological Association.

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.

Rada, R.T., Laws, D.R., Kellner, R., Stivastava, L., & Peake, G. (1983). Plasma androgens in

violent and non-violent sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry*

and the Law, 11, 149-158.

Raynor, P. (2007). Risk and need assessment in British probation: the contribution of the

LSI-R. *Psychology, Crime and Law*, 13, 125-138.

Raynor, P., Kynch, J., Roberts, C., & Merrington, S. (2000). *Risk and Need assessment in*

probation services: an evaluation. Home Office Research Study, No. 211, Londres

(Angleterre), Home Office.

- Rice, M. & Harris, G.T. (1995). Violent recidivism: Assessing predictive validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 737-748.
- Rice, M., Quinsey, V., & Harris, G. (1991). Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatry institution. *Journal of consulting and Clinical Psychology, 59*, 381-386.
- Rice, M.E. & Harris, G.T. (1997). Cross-validation and extension of the Violence Risk Appraisal Guide for child molesters and rapists. *Law and Human Behavior, 21*, 231-241.
- 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., & Quinsey, V.L. (1990). A follow-up of rapists assessed in a maximum-security psychiatric facility. *Journal of Interpersonal Violence, 5*, 435-448
- Rice, M.E., Quinsey, V.L., & Harris, G.T. (1991).
- Roberts et al. (1997).
- Roberts, C.F., Doren, D.M., & Thornton, D. (2002). Dimensions associated with assessments of sex offender recidivism risk. *Criminal Justice and Behavior, 29*, 569-589.
- Rogers, R. (2000). The Uncritical Acceptance of Risk Assessment in Forensic Practice. *Law and Human Behavior, 25*(4), 595-605.
- Seager, J.A., Jellicoe, D., & Dhaliwal, G. (2004). Refusers, dropouts, and Completers: Measuring sex Offender Treatment Efficacy. *International Journal of Offender Therapy and comparative Criminology, 48*(5), 600-612.
- Seidman, B.T., Marshall, W.L., Hudson, S.M., & Robertson, P.J. (1994). An examination of intimacy and loneliness in sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 9*, 518-534.
- Serin, M.C., Malcolm, P.B., Khanna, A., & Barbaree, H.E. (1994). Psychopathy and deviant sexual arousal in incarcerated sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 9*, 3-11.

- Serin, R.C., & Mailloux, D.L., & Malcolm, P.B. (2001). Psychopathy, deviant sexual arousal, and recidivism among sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 16*, 234-246.
- Seto, M.C & Barbaree, H.E. (1999). Psychopathy, Treatment, behaviour, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 1235-1248.
- Seto, M.C & Lalumière, M.L. (2001). A brief screening scale to identify pedophilic interest among child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13*, 15-25.
- Seto, M.C, Lalumière, M.L., & Kuban, M. (1999). The sexual preference of incest offenders. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 267-272.
- Seto, M.C. (2005). Is more Better? Combining Actuarial Risk Scales to Predict Recidivism among Adult Sex Offenders. *Psychological Assessment, 17*(2), 156-167.
- 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.
- Sjostedt, G & Langström, N. (2002). Assessment of risk for criminal recidivism among rapist: A comparison of four different measures. *Psychology, Crime and Law, 8*, 25-40.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G., Russel, S., & Crane, R.S. (1983). Assessment of anger. The State-Trait Anger Scale. In J.N. Butcher & C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 2, pp. 161-189). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sreenivasan, S., Garrick, T., Norris, R., Cusworth-Waller, S., et al. (2007). Predicting the likelihood of future sexual recidivism: Pilot study findings from a California sex offender risk project and cross validation of the Static-99. *The Journal of The American 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.
- Tape, T.G. (2006). Interpreting diagnostic tests. From <http://gim.unmc.edu/dxtests/roc3.htm>.
- Thomas, T.L., Harris, A.J.R., Forth, A.E., & Hanson, R.K. (2004). *Static and Dynamic Factors: Predicting Recidivism in Adult Sexual Offenders, Preliminary results of the dynamic supervision project*. Communication personnelle.
- Thornton, D. (2002). Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 139-153.
- Thornton, D. (2006). Age and Sexual recidivism: A variable connection. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(2), 123-135.
- Thornton, D., Beech, A., & Marshall, W.L. (2004). Pretreatment self esteem and posttreatment sexual recidivism. *International Journal of Therapy and Comparative Criminology*, 48(5), 587-599.
- Thorstad, D. (1990). "Man/Boy Love and The American Gay Movement" *Journal of Homosexuality*, 20, 252.
- Van Nieuwenhuizen, C. (2004). A treatment programme for sexually violent forensic psychiatric patients: development and first results. *Psychology, Crime and Law*, 11(4), 467-477.
- Ward, T. & Gannon, T.A. (2006). Rehabilitation, etiology & self-regulation: The Comprehensive Good Lives of Treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77-94.
- Ward, T., Hudson, S.M., & McCormack, J. (1997). *Attachment style, intimacy deficits, and sexual offending*. In B.K. Schwartz & H.R. Cellini (Eds.), *The sex offenders: New insights, treatment innovations and legal developments* (Vol. 2, pp. 2:1-2:14). Kingston, NJ: Civil Research Institute.

Witte, T.D., Di Placido, C., Gu, D., & Wong, S.C.P. (2006). An investigation 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.

Yates, P.M. & Kingston, D.A. (2006). The Self-Regulation Model of Sexual Offending: The Relationship Between Offence Pathway and Static and Dynamic Sexual Offence Risk.

Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 18, 259-270.

Annexe 1 Démarches et demandes d'autorisations afin de mener cette étude :

Accord de la DRSP de Lille (Avril 2006)

Service du Dr. THEVENON (EPSM Tourcoing): Evaluations effectuées à l'EPSM, population en suivi socio judicaire

Démarches au niveau SPIP:

- Maubeuge (accords des Dr. BOHET et ALARCON et de la Direction du Centre de détention) évaluations auprès du SPIP (obligation de suivi socio judicaire) et du centre de détention de Maubeuge (prévenus et condamnés)
- Boulogne sur Mer évaluations effectuées au SPIP (obligation de suivi soci judiciaire)

Soutien de Olivier VANDERSTUKKEN (Psychologue, SMPR Loos et CRISAVS), évaluations effectuées par une stagiaire « mémorante » du CRDS

Soutien de Lionnel CHUDZIK (Psychologue, Alençon) : Evaluation à la Maison d'arrêt d'Alençon de prévenus et de condamnés

Soutien de Arnaud COLAS (Psychologue, Nancy) : Evaluation à la Maison d'arrêt de Nancy de prévenus et de condamnés

Soutien du Dr. Bodon (Psychiatre Fresnes) : Evaluation au Centre de Détenion de Fresnes de condamnés

Soutien du Dr. Legros (Psychiatre Médecin Coordonateur, Toulon) : Evaluation auprès de personnes en obligation de suivi socio judiciaire. Les évaluations ont été réalisées par une psychologue, ancienne stagiaire mémorante du CRDS habitant Toulon.

Procédure de collaboration dans le cadre de la présente étude

- Demande d'autorisations à la direction et aux médecins psychiatres chefs
- Collaboration directe avec les psychologues des différents sites
 - Présentation de la recherche
 - Présentation de l'accord de consentement
 - Accès aux dossiers cliniques de leurs patients
 - Accès aux dossiers judiciaires
 - Retour des évaluations sous forme de rapport écrit
 - Discussion de l'intérêt de l'évaluation

Pourquoi des évaluations en France

- Effectuer les évaluations en France
 - Etant soutenue par l'Université François Rabelais (Bourse de Recherche): évaluations en France
 - Ouverture de nouvelles collaborations

Logo
partenaire

Prénom NOM
TITRE de la thèse

Logo
partenaire

Résumé

Insérer votre résumé en français suivi des mots-clés

1000 caractères maximum

Résumé en anglais

Insérer votre résumé en anglais suivi des mots-clés

