

Université de Montréal

Les prédicteurs dynamiques (pré-traitement et en cours de traitement) en lien avec la
récidive criminelle chez les agresseurs sexuels adultes

Par
Caroline Ruest
École de criminologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître es sciences (M. Sc.)
en criminologie

Avril 2011

© Caroline Ruest, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé

*Les prédicteurs dynamiques (pré-traitement et en cours de traitement) en lien à la
récidive sexuelle chez les agresseurs sexuels adultes*

Présenté par
Caroline Ruest

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Monsieur Jean Proulx, directeur de recherche
Monsieur Jean-Pierre Guay
Madame Marie-Marthe Cousineau

RÉSUMÉ

La récidive sexuelle est un sujet d'intérêt pour plusieurs chercheurs et intervenants qui travaillent auprès des délinquants sexuels. Afin de mieux prévenir la récidive sexuelle, il importe de bien connaître les causes sous-jacentes à cette problématique. De cette manière, il sera possible d'élaborer des programmes de traitement efficaces et spécifiques à la problématique. Au cours des dernières années, les études sur les prédicteurs de la récidive sexuelle ont mis l'accent essentiellement sur les prédicteurs statiques, mais aussi et de plus en plus sur les prédicteurs dynamiques. Cependant, il ressort de ces études que les caractéristiques inhérentes à l'implication du délinquant à l'intérieur de son programme de traitement ont été peu étudiées. Conséquemment, le but de cette étude est d'analyser les prédicteurs dynamiques de la récidive, l'alliance thérapeutique, la motivation en cours de traitement et le support social en lien à la récidive sexuelle. Pour ce faire, un échantillon de 299 agresseurs sexuels adultes de sexe masculin est pris en considération. Les données pour mener à terme les analyses statistiques sont recueillies avant le début du traitement et en cours de traitement. Trois types de récidive sont considérés : 1) sexuelle, 2) violente, 3) générale. Les variables indépendantes portent sur des outils psychométriques et sont de deux ordres : 1) pré-traitement, 2) en cours de traitement. Deux variables contrôles sont utilisées : 1) traitement complété ou non, 2) type de traitement; cognitivo-comportemental ou mixte. Ainsi, des analyses préliminaires (test T pour groupes indépendants) sont effectuées afin de sélectionner les variables utilisées pour la réalisation des analyses de survie. En raison de la faible prévalence de récidive sexuelle (5,4%), seules les récidives violentes (10,5%) et générales (18,7%) sont considérées. L'étude nous apprend que les résultats aux analyses de survie pour les récidives violentes et générales tendent à être en continuité à celles retrouvées dans les études existantes sur le sujet. Effectivement, l'étude actuelle informe de la pertinence de compléter un programme de traitement comme facteur de protection contribuant à réduire le risque probable de récidive. Le fait de présenter des croyances pédophiliques ou encore, de ne pas présenter de traits de personnalité compulsive sont des facteurs qui contribuent à augmenter les risques relatifs de récidive criminelle.

MOTS-CLÉS

Récidive, délinquance sexuelle, agresseur sexuel adultes, prédicteur dynamique

ABSTRACT

Repeat sexual offence is a subject of interest for several researchers and workers who intervene with sexual offenders. In order to prevent having second or habitual offenders, it is important to better understand the causes underlying this issue. This will help for the elaboration of more specific and efficient treatment programs. In recent years, research on predictors of sexual recidivism essentially focused on static predictors, but also, and more and more, on dynamic predictors. However, looking at those studies, it is realized that the characteristics of the offender's participation in his treatment program have not been the subject of much study. Therefore, the goal of the present study is to analyse the dynamic indicators of repeat offence, therapeutic alliance, motivation during treatment and the social support related to repeat sexual offence. For the study, we took a sample of 299 subjects, adult male sexual offenders. Data for the statistical analyses were gathered before and during treatment. Three types of repeat offence are considered: 1) sexual, 2) violent, 3) general. Independent variables are of two kinds: 1) pre-treatment variables, 2) in-treatment variables. Psychometric tools are used here for the independent variables. Two control variables are used: 1) complete or incomplete treatment, 2) type of treatment (cognitive-behavioural versus mixed). Preliminary analyses (T-test for independent groups) were effectuated in order to select the variables to be used in the final analyses. Due to the low rate in regard to repeat sexual offence (5,4%), only violent (18,7%) and general (16%) repeat offences are considered in the final analyses. The study shows that the results for violent and general repeat offences tend to agree with what has been reported in prior studies on the subject. Effectively, the present study informs as to the pertinence of elaborating treatment programs in terms of protection factors so as to reduce the risk of a repeat offence. The fact of holding paedophile beliefs or, still, of not presenting traits of compulsive personality are factors that contribute to increase the risks relatively to a repeat general offence.

KEY WORDS

Recidivism, sexual offence, adult sexual offenders, dynamic predictor.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
ABSTRACT	II
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
REMERCIEMENTS.....	VII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE PREMIER.....	3
1. CONTEXTE THÉORIQUE	3
1.1. Questions méthodologiques sur la récidive.....	3
1.1.1. Définition et mesure de la récidive.....	3
1.1.2. La mesure de la récidive	4
1.1.3. Période de suivi, période à risque et taux de base	5
1.1.4. Taux de récidive.....	6
1.1.5. Types de prédicteurs	8
a) Prédicteurs statiques	8
b) Prédicteurs dynamiques.....	9
1.2. Prédicteurs de la récidive	10
1.2.1. Prédicteurs statiques :.....	10
a) Caractéristiques sociodémographiques.....	10
b) Caractéristiques du délit.....	12
c) Histoire criminelle	12
d) Antécédents personnels.....	13
1.2.2. Prédicteurs dynamiques :	14
a) Prédicteurs dynamiques stables :.....	14
b) Prédicteurs dynamiques aigus :	16
c) Synthèse : personnalité antisociale versus déviance sexuelle :	17
1.3. Instruments actuariels	18
1.3.1. Jugement clinique versus instrument actuariel.....	18
1.3.2. Instruments actuariels portant sur les prédicteurs statiques.....	20
i. RRASOR	20
ii. STATIQUE-99	21
iii. STATIQUE-2002	22
1.3.3. Instruments actuariels portant sur les prédicteurs dynamiques	24
i. STABLE-2000.....	25
ii. AIGU-2007 (ACUTE).....	26
iii. SONAR.....	26
iv. STATIQUE-99, STABLE-2000 et AIGU-2000	28

1.4.	Traitement	29
1.4.1.	Les principales composantes	29
1.4.2.	Études sur l'efficacité du traitement.....	32
1.5.	Problématique	35
CHAPITRE DEUXIÈME.....		36
2.	MÉTHODOLOGIE.....	36
2.1.	Les participants.....	36
2.2.	La procédure.....	38
2.3	Instruments et sources de données.....	39
CHAPITRE TROISIÈME.....		41
3.	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	41
3.1.	Analyses descriptives.....	41
3.2.	Analyses bivariées	42
3.3.	Analyses multivariées	45
3.4.	Les instruments.....	47
3.4.1.	Récidive violente.....	47
i.	Instruments prétraitement	47
ii.	Instruments en cours de traitement	49
iii.	Modèle final de l'analyse de survie	50
3.4.2.	Récidive générale.....	51
i.	Instruments prétraitement	51
ii.	Instruments en cours de traitement	53
iii.	Modèle final de l'analyse de survie	54
3.5.	Synthèse des résultats.....	56
CHAPITRE QUATRIÈME.....		57
4.	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	57
4.1.	Population à l'étude et taux de récidive.....	57
i.	Taux de récidive sexuelle.....	58
ii.	Taux de récidive violente.....	59
iii.	Taux de récidive générale.....	60
4.2.	Les troubles de la personnalité et la récidive.....	60
i.	Composante de la personnalité compulsive	61
ii.	Composante de la personnalité antisociale et impulsive.....	63
4.3.	Échelle de croyances pédophiliques.....	65
4.4.	Échelle d'environnement de travail.....	66

4.5.	Contributions aux traitements.....	69
i.	Approche thérapeutique	70
ii.	Statut inhérent au traitement.....	71
iii.	Implications cliniques.....	72
4.6.	Limites à l'étude.....	74
4.7.	Forces à l'étude.....	76
CONCLUSION.....		77
RÉFÉRENCES		81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Fréquence des variables dépendantes	41
Tableau 2. Analyses bivariées : Récidive violente	43
Tableau 3. Analyses bivariées : Récidive générale	44
Tableau 4. Analyse de survie : Récidive violente.....	48
Tableau 5. Analyse de survie : Récidive violente.....	49
Tableau 6. Analyse de survie : Récidive violente (modèle final).....	50
Tableau 7. Analyse de survie : Récidive générale.....	52
Tableau 8. Analyse de survie : Récidive générale.....	54
Tableau 9. Analyse de survie : Récidive générale (modèle final).....	55

REMERCIEMENTS

Je remercie mes parents, Louise et Patrice, ainsi que ma sœur, Laurence, pour leur présence et leur support moral tout au long de mes études à la maîtrise. Vous avez su m'encourager à persévérer lors des moments plus difficiles et je vous en suis reconnaissante.

Je remercie mon compagnon de vie, Jean-Philippe, pour avoir été aussi patient étant donné les nombreuses soirées et fins de semaine que j'ai passées à lire, à faire des recherches et à rédiger mon mémoire. Tes encouragements, ta présence et ton écoute m'ont permis de mener à terme ce projet qui me tenait à cœur.

Je remercie mes chef(fe)s de service au Centre jeunesse de la Montérégie, qui ont fait preuve d'une grande ouverture. Cela m'a permis de bien concilier mes études et mon travail.

Enfin, je souhaite remercier monsieur Jean Proulx, mon directeur de maîtrise, pour m'avoir guidée tout au long de mes études à la maîtrise. Vous avez fait preuve d'une grande patience et vous avez su me référer aux bonnes personnes pour répondre à mes questions et m'aider dans mes apprentissages à la maîtrise. Ce fût une belle expérience pour moi. J'ai grandement appris du travail que j'ai accompli.

INTRODUCTION

La problématique de la récidive sexuelle demeure une réalité présente au sein de la société. Souvent, les médias diffusent l'information à savoir qu'un individu subit un procès pour avoir commis des gestes d'agression sexuelle. Fréquemment, ils ajouteront que cet individu n'en était pas à sa première offense en matière de délit sexuel. De toute évidence, la problématique de la délinquance sexuelle cause d'innombrables préjudices à la société et contribue inévitablement à l'aggravation du sentiment d'insécurité. Un climat de peur s'instaure au sein des quartiers lorsqu'il est connu qu'un individu qui commet des agressions sexuelles s'y promène, que les autorités légales ne sont pas en mesure de l'intercepter et que les mesures judiciaires imposées échouent à mettre un terme à ses activités délictueuses. Les multirécidivistes en matière de délit sexuel tendent, pour certains, à s'enraciner dans un mode de vie délinquant, contribuant de ce fait à accroître la dangerosité sociale qu'ils représentent.

Depuis plusieurs années, le sujet de la récidive sexuelle est étudié. Initialement, les chercheurs ne disposaient pas de beaucoup de paramètres empiriques concernant les facteurs liés ou non à la récidive (Hanson et Morton-Bourgon, 2004). Néanmoins, un intérêt était porté et est encore porté au fait de vouloir préciser cette problématique et d'en découvrir les corrélats. En connaissant mieux les facteurs proximaux du passage à l'acte, il sera possible de mieux comprendre ce qu'est la récidive sexuelle et de mettre sur pied des programmes de traitement adaptés et axés sur la prévention de la récidive et la gestion du risque.

Bien qu'il existe plusieurs écrits sur le sujet de la récidive sexuelle, il est possible de constater aisément à la lecture de ces ouvrages qu'aucune définition commune ne semble être arrêtée. Au-delà du fait que le terme « récidive » réfère à un retour à la commission d'actes illégaux, les chercheurs n'arrivent pas à un consensus sur ce qu'il est convenu de qualifier de récidive sexuelle.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons effectué un survol des travaux réalisés sur le sujet de la récidive. Ainsi, dans un premier temps, il sera abordé la définition de la récidive, la façon dont celle-ci se mesure, la période de suivi, les taux de base et les taux de récidive obtenus dans diverses recherches. Dans un second temps, il sera question des types de prédicteurs, à savoir ceux de nature statique et ceux de nature dynamique, et de certains outils actuariels portant sur ces types de prédicteurs. De nombreuses études étant basées principalement sur des prédicteurs statiques, la présente étude a pour but d'analyser la question de la récidive criminelle chez les agresseurs sexuels adultes selon la considération des prédicteurs dynamiques.

CHAPITRE PREMIER

1. Contexte théorique

1.1. Questions méthodologiques sur la récidive

1.1.1. Définition et mesure de la récidive

A priori, il est difficile de prédire avec justesse le comportement humain. Lorsque des comportements plus particuliers se présentent, par exemple des comportements criminels, la prédiction de ces comportements s'avère aussi une tâche complexe. Effectivement, il est assez difficile pour les cliniciens et les acteurs de la scène judiciaire de prévoir et de prédire parfaitement si le délinquant commettra ultérieurement une nouvelle offense et, si c'est le cas, à quel moment précis elle surviendra. Au-delà de cette difficulté, il reste qu'à la base le terme « récidive » ne revêt pas le même sens pour tous les chercheurs et cliniciens, ce qui ne facilite pas la tâche d'évaluation et de prédiction.

D'une manière officielle, le dictionnaire *Le Petit Larousse 2010* définit la récidive comme étant l'action de commettre, selon des dispositions prévues par la loi, une seconde infraction à la suite d'une première condamnation pénale. Selon cette définition, il ne semble pas essentiel que l'individu soit amené devant un tribunal. En fait, dès la commission d'une seconde infraction, qu'il y ait ou non condamnation, le terme « récidive » semble s'appliquer. Outre cette définition, un article décrit la récidive sexuelle comme une nouvelle condamnation, soit : pour un même type d'agression sexuelle (envers un enfant ou un adulte); pour tous types d'agressions sexuelles (envers un enfant ou un adulte); pour tous types de délits sexuels (ex. : exhibitionnisme, voyeurisme); pour tous types de délits violents (meurtre, etc.); pour tous types d'infractions pénales (c.-à-d. récidive générale) (Proulx, Tardif *et al.*, 1999). En général, les écrits en criminologie s'entendent sur la distinction de trois types de récidive : générale (tous types de crimes confondus), violente et sexuelle (Bigras, 2007).

Dans le cadre de ce mémoire, seules les condamnations pour une première récidive générale, violente et sexuelle seront considérées; les accusations sans condamnation ne seront pas prises en compte.

1.1.2. La mesure de la récidive

Les écrits en criminologie statuent que la meilleure mesure de la récidive se trouve à l'intérieur des documents officiels. Ces documents renvoient par exemple aux dossiers policiers et aux rapports des tribunaux, incluant les informations sur les accusations et les condamnations (Proulx et Lussier, 2001). Au-delà des informations officielles, il y a les informations dites non officielles. Il peut être question d'une déclaration faite directement par le délinquant, d'une information rapportée par un membre de son entourage, etc. Il importe toutefois de préciser que les informations officielles prévalent sur les informations non officielles, au sens où les premières sont réputées fiables, accessibles et valides (Proulx, Tardif *et al.*, 2000). Les informations non officielles, pour leur part, peuvent comporter un certain biais, ou tout simplement ne pas être disponibles (Proulx et Lussier, 2001). Malgré tout, dans la mesure où les informations officielles et non officielles sont toutes deux disponibles, il s'avère intéressant et pertinent de considérer à la fois ces deux types d'informations (Marshall et Barbaree, 1988), et ce, dans l'optique d'établir un portrait le plus précis possible de la récidive chez les délinquants sexuels et de rassembler de l'information sur leur mode de vie.

Il existe toutefois certains contextes où l'information officielle n'est pas disponible en totalité ou en partie. Bien qu'une proportion importante des informations concernant les actes d'abus sexuel se trouve dans les documents officiels, il n'en demeure pas moins qu'un « chiffre noir » existe. Ce fameux chiffre noir réfère à l'ensemble des actes criminels qui ont été commis, mais qui n'ont toutefois pas été rapportés aux autorités légales. À cet égard, on estime que près de 10 % des agressions sexuelles seraient rapportées aux policiers (Ouimet, 1998), ce qui représente une infime proportion de l'ensemble des actes d'agression sexuelle qui sont commis. En raison

de la prise en compte du chiffre noir et donc du fait que la majeure partie des délits sexuels commis ne sont pas rapportés aux policiers, la considération des informations non officielles prend tout son sens.

1.1.3. Période de suivi, période à risque et taux de base

Il est souvent admis que la période de suivi commence au moment où le délinquant est libéré de prison, qu'il obtient son congé de l'hôpital ou que son programme de traitement prend fin (Rice *et al.*, 1990). Bref, il s'agit du moment à partir duquel l'individu se retrouve dans la collectivité. Évidemment, cette période de suivi au sein de la collectivité influera grandement sur les probabilités de récidive. Puisque les probabilités de récidive sont réduites lorsque le délinquant se trouve à l'intérieur de certains établissements (milieu de détention, d'hospitalisation, etc.) ou en thérapie, ces moments sont habituellement soustraits de la période de suivi. En soustrayant ces périodes d'« inactivité délinquante », on obtient une mesure qui est la plus précise possible concernant la période à risque de récidive (Marshall et Barbaree, 1988).

Les études tendent à montrer que celles qui s'échelonnent sur de longues périodes de temps (c.-à-d. de 15 à 20 ans) présentent rarement des taux de récidive excédant 40 % (Hanson et Bussière, 1998; Pham et Ducro, 2006). Il importe toutefois de préciser que les taux de récidive officielle n'augmentent pas de manière exponentielle avec les années. À cet égard, notamment, on a obtenu dans une étude récente menée par Harris et Hanson (2004) portant sur un échantillon de 4724 délinquants sexuels, des taux officiels de récidive sexuelle de 14 % pour une période de suivi de cinq ans, de 20 % pour une période de suivi de dix ans, de 24 % pour une période de suivi de quinze ans et de 27 % pour une période de suivi de vingt ans (Harris et Hanson, 2004). Or, considérant le fait que le taux de récidive augmente en fonction de la durée de la période de suivi, il importe, dans le cadre d'études s'y intéressant, de préciser ce qui est vu comme étant une récidive ainsi que la période de suivi dont il est question (Hanson et Bussière, 1998).

En ce qui a trait au *taux de base*, celui-ci représente le pourcentage d'agresseurs sexuels qui récidivent pendant la période de suivi, c'est-à-dire à l'intérieur d'une période de temps définie. Un faible taux de base rendra plus difficile l'obtention de relations statistiques significatives entre les prédicteurs et la récidive (Quinsey *et al.*, 1998). Ainsi, une période de suivi d'au moins cinq années au sein de la collectivité est habituellement recommandée pour la réalisation d'études sur la récidive. Cela favorise l'obtention d'un taux de base plus élevé et permet la réalisation d'analyses statistiques valides (Quinsey *et al.*, 1995).

1.1.4. Taux de récidive

Le sujet de la criminalité ne laisse personne indifférent. Tous souhaitent vivre dans une communauté à l'intérieur de laquelle ils se sentent en sécurité. Or, la venue nouvelle dans le quartier d'un délinquant, tout juste sorti de prison, ou la connaissance qu'un délinquant habite à proximité de son domicile peut engendrer diverses réactions au sein de la population. Au-delà des appréhensions que peut avoir la population à l'égard des délinquants sexuels, ceux-ci représentent une proportion relativement faible des nouvelles condamnations pour avoir commis un autre délit de nature sexuelle (Hanson et Bussière, 1998). Cependant, il reste que certains délinquants sexuels sont plus à risque de récidive que d'autres (Hanson, 2004). À cet égard, notamment, les agresseurs sexuels d'enfants sont davantage à risque au cours des six premières années suivant leur sortie de prison. Une fois libérés, ces délinquants demeurent quand même à risque de récidive sur une plus longue période de temps (Hanson, Steffy et Gauthier, 1993; Proulx, Tardif *et al.*, 1999). Ainsi, le taux annuel de nouvelles condamnations pour les agresseurs sexuels d'enfants est de 5,2 % au cours des six premières années suivant leur sortie de prison; ce taux chute à 1,8 % pour les 20 années suivantes (Hanson, Steffy et Gauthier, 1993).

D'une manière plus précise, on a obtenu des taux de récidive et de nouvelles condamnations de 20,4 % (N=4 483; moyenne de 4 % à 38 %) pour les agressions sexuelles d'enfants et de 22,8 % (N=458; moyenne de 10 % à 36 %) pour les

agressions sexuelles de femmes (Quinsey *et al.*, 1995; Proulx, Tardif *et al.*, 2000). Dans une autre étude (Proulx *et al.*, 1997) s'étchelonnant sur une période de suivi de 5,3 années, on a relevé des taux de récidive sexuelle de 13 % pour les agresseurs sexuels d'enfants comparativement à 21,2 % pour les violeurs, indiquant également qu'une plus grande proportion d'abus sexuels sont commis envers des adultes.

Par ailleurs, et en accord avec les données d'études précédemment présentées dans le présent mémoire, Hanson et Bussière (1998) ont réalisé une importante méta-analyse qui regroupe une soixantaine d'études sur les facteurs les plus étroitement liés à la récidive sexuelle. L'échantillon de leur étude présente 23 393 agresseurs sexuels d'enfants et d'adultes. En considérant à la fois l'ensemble des agresseurs sexuels d'enfants et des violeurs, les auteurs ont établi des taux moyens de 13,4 % (N=23 393) pour la récidive sexuelle et de 36,3 % (N=19 374) pour la récidive générale, et ce, après une période moyenne de suivi de 4 à 5 années. D'emblée, certains sous-groupes de délinquants sexuels présentent des taux de récidive supérieurs à d'autres (Hanson et Bussière, 1998; Hanson et Morton-Bourgon, 2004). Plus précisément, Hanson et Bussière (1998) obtiennent des taux de récidive de 12,7 % pour le groupe d'abuseurs sexuels d'enfants et de 18,9 % pour le groupe de violeurs. Ces taux sont supérieurs au taux obtenu pour la récidive violente non sexuelle (12,2 %); ce taux de récidive tient compte de l'ensemble des agresseurs sexuels d'enfants et des violeurs qui ont commis un nouveau délit, non sexuel mais violent. À cet égard, d'ailleurs, des taux de 9,9 % chez les agresseurs sexuels et de 22,1 % chez les violeurs ont été obtenus pour les récidives violentes non sexuelles. De manière générale, pour les deux groupes de délinquants sexuels, le taux de récidive générale est supérieur à celui qui correspond à une récidive sexuelle (c.-à-d. 36,9 % pour les agresseurs sexuels d'enfants et 46,2 % pour les violeurs (Hanson et Bussière, 1998).

La stabilité de la dangerosité au fil du temps que présentent les agresseurs sexuels d'enfants, contrairement aux violeurs de femmes, peut s'expliquer par le fait qu'il

semble plus aisé de traiter un violeur qu'un agresseur d'enfants. En ce sens, il est plus facile d'amener un violeur à développer une activité fantasmatique normale, non déviante, et à avoir des relations sexuelles consentantes avec une femme de son âge. L'agresseur sexuel d'enfants, pour sa part, maintient une fantasmatique sexuelle déviante concernant des relations sexuelles avec des enfants et n'a pas, ou presque pas, de relations sexuelles avec un adulte de son âge. De fait, pour un agresseur sexuel d'enfants, l'enfant est plus facile d'approche qu'un adulte. L'enfant ne demande pas que le délinquant ait des habiletés sociales particulières. Les risques que l'agresseur soit rejeté par l'enfant sont aussi bien moindres (Lussier, Beauregard *et al.*, 2005). La relation avec un adulte est parfois plus menaçante et anxiogène pour ces individus, ce qui fait que le délinquant se trouve plus à l'aise avec une personne bien plus jeune. L'enfant présentant en soi une vulnérabilité étant donné son jeune âge, l'agresseur sexuel profite de cette réalité pour en tirer profit et répondre à ses propres besoins.

1.1.5. Types de prédicteurs

Puisque plusieurs délinquants sexuels, en plus de commettre des crimes de nature sexuelle, s'engagent dans la commission de crimes à caractère non sexuel (Hanson *et al.*, 1995; Hanson et Bussière, 1998), la littérature en criminologie nous informe que certains facteurs peuvent à la fois prédire la récidive générale chez les délinquants non sexuels et la récidive sexuelle chez les délinquants sexuels (Hanson et Bussière, 1998). Cependant, il ressort que certains prédicteurs sont davantage associés à la récidive chez les délinquants sexuels, et d'autres, à la récidive chez les délinquants non sexuels. D'abord, des textes sur la récidive présentent la distinction entre deux types de prédicteurs : 1) statiques (historiques); 2) dynamiques (changeables) (Bonta, 1996). Puis, cette dernière catégorie de prédicteurs se divise en deux : 1) dynamiques stables; 2) dynamiques aigus (Proulx et Lussier, 2001).

a) Prédicteurs statiques

Les plus fréquemment utilisés et discutés dans les recherches sur la récidive sont les facteurs de risque statiques. Mis à part l'âge qui change, cette variable étant malgré

tout de nature statique (i.e. : âge au moment de la commission du délit), ces facteurs sont réputés ne pas changer avec le temps. Ils sont immuables et informent sur l'histoire de vie de l'individu. Il peut s'agir des éléments du passé criminel comme notamment la présence de délits sexuels antérieurs, les antécédents judiciaires, ou encore, les antécédents de toxicomanie, les caractéristiques démographiques, etc. (Lussier et Proulx, 2001; Proulx et Lussier, 2001; Craig, 2005; Bigras, 2007). Les facteurs de risque statiques permettent l'évaluation du risque de récidive à long terme (Proulx, Tardif *et al.*, 1999; Craig, 2005). Cependant, étant donné leur nature « stable » avec le temps, puisqu'ils se rapportent aux aspects de l'histoire de vie et de délinquance antérieure de l'individu, ces facteurs ne peuvent nous informer sur le changement dans le risque de récidive à travers le temps, ni sur les besoins du délinquant en matière de traitement (Craig, 2005; Bigras, 2007; Mann, Hanson et Thornton, 2010). Il n'en demeure pas moins que de récentes méta-analyses révèlent que sont empiriquement liés à la récidive certains facteurs statiques tels l'histoire du développement de la délinquance et les premières condamnations criminelles (Hanson et Bussière, 1996, 1998; Hanson et Morton-Bourgon, 2004).

b) Prédicteurs dynamiques

Les prédicteurs dynamiques, pour leur part, sont des variables qui peuvent changer, tout en étant relativement stables (Lussier et Proulx, 2001; Proulx et Lussier, 2001). Il s'agit de facteurs qui sont plus labiles et transitoires (Zamble et Quinsey, 1997). Étant donné cette nature plus instable, il importe qu'ils soient fréquemment évalués (Proulx et Lussier, 2001). Les prédicteurs dynamiques sont aussi nommés « besoins du délinquant » et peuvent représenter des cibles privilégiées pour l'intervention et le suivi dans la collectivité (Bigras, 2007). Ils se présentent selon deux types : 1) dynamiques stables; 2) dynamiques aigus.

Les prédicteurs dynamiques stables sont des facteurs qui évoluent lentement. Ils sont utiles pour évaluer les risques de récidive sur une longue période de temps et pour informer sur les changements inhérents aux traitements. (Craig *et al.*, 2005; Mann,

Hanson et Thornton, 2010). En fait, les prédictors dynamiques stables peuvent s'atténuer ou se transformer, mais uniquement sur une longue période de temps. D'ordinaire, ces changements sont perçus après la participation du délinquant à un programme de traitement. Il semble qu'une diminution de la présence des facteurs dynamiques stables chez le délinquant soit associée à une importante baisse du risque de récidive (Bonta, 1996). Les prédictors dynamiques stables comprennent les troubles de personnalité, les préférences sexuelles déviantes, les distorsions cognitives, l'alcoolisme, les influences sociales négatives, le manque de collaboration à l'intérieur du suivi, etc. (Lussier et Proulx, 2001; Proulx et Lussier, 2001).

Par opposition, les prédictors dynamiques aigus évoluent rapidement. Ils peuvent apparaître ou disparaître précipitamment, allant de 48 heures à quelques minutes avant le passage à l'acte. Tel que mentionné par Bigras (2007), il s'agit donc de facteurs proximaux du passage à l'acte, qui peuvent informer sur les conditions particulières dans lesquelles l'individu risque de récidiver. Effectivement, les prédictors dynamiques aigus représentent des changements dans la condition propre à l'agresseur ou des changements environnementaux (Proulx et Lussier, 2001). Étant donné qu'il peut s'agir de facteurs pouvant augmenter le risque de passage à l'acte, il importe de considérer ces éléments en termes de cible d'intervention et d'orienter l'intensité du suivi et de l'encadrement dans la collectivité selon le risque encouru et perçu (Quinsey, Harris *et al.*, 1998). Les prédictors dynamiques aigus peuvent être des émotions négatives (ex. : dépression, colère), l'accès à une victime, l'intoxication due aux substances psychoactives, l'isolement, etc. (Craig *et al.*, 2005; Mann, Hanson et Thornton, 2010).

1.2. Prédictors de la récidive

1.2.1. Prédictors statiques :

a) Caractéristiques sociodémographiques

Certaines caractéristiques, lorsqu'elles sont présentes chez les délinquants sexuels, accroissent le risque de récidive. Entre autres, le fait que le délinquant soit célibataire,

qu'il n'ait jamais été marié et/ou qu'il soit jeune (Motiuk et Porporino, 1993; Hanson et Bussière, 1996, 1998; Hanson et Harris, 1998, 2000). La perte d'un emploi, l'instabilité sur le plan de l'emploi et/ou les problèmes réels ou perçus liés à l'emploi (Gendreau *et al.*, 1997; Hanson et Bussière, 1996, 1998; Hanson et Morton-Bourgon, 2004) sont des facteurs qui contribuent également à précipiter la récidive sexuelle.

Concernant le facteur relatif à l'âge, bien que le fait d'être jeune constitue un facteur qui contribue à la récidive, à l'inverse, les risques de récidive sexuelle diminuent lorsque le délinquant gagne en âge. Même s'il ressort des études que les délinquants sexuels tendent à être plus âgés que les autres délinquants, il reste que le point culminant de la délinquance sexuelle est atteint vers l'âge de 13 ans (possiblement en raison de la découverte des activités sexuelles et de l'exploration sexuelle) et que celui-ci décroît au début de la vingtaine. Surviendra un second sommet au cours de la trentaine, celui-ci pouvant être lié au fait que l'individu a alors plus d'occasions de commettre des délits en raison, par exemple, d'un plus grand accès à une victime par le biais de son contexte familial et/ou social (Hanson, 2001). Une étude (Mezzo et Gravier, 2001) exposant le parallèle entre l'âge et la récidive sexuelle montre que les agresseurs sexuels d'enfants présentent une plus grande dispersion dans leur âge au moment de la commission du délit sexuel, contrairement aux agresseurs sexuels d'adultes. Effectivement, 50 % des agresseurs sexuels d'enfants ont de 28 à 45 ans tandis que 50 % des agresseurs sexuels d'adultes ont de 25 à 35 ans (Mezzo et Gravier, 2001).

Enfin, bien que tous les adolescents qui commettent des infractions sexuelles ne s'engagent pas pour autant dans un mode de vie criminel pour l'avenir, un ouvrage nous informe tout de même que certains de ces adolescents ayant commencé précocement la commission d'agressions sexuelles pourraient commettre jusqu'à 380 délits sexuels durant leur vie (Becker *et al.*, 1988). À cet égard, le fait de présenter plusieurs antécédents de condamnation en bas âge, notamment pour des délits à caractère sexuel, constitue un important facteur de risque de récidive sexuelle

(Hanson et Bussière, 1998). Également, il semble que les agresseurs sexuels adultes qui commettent des crimes sexuels avec violence tendent, pour la plupart, à avoir commis leur premier délit sexuel lorsqu'ils étaient adolescents (Groth *et al.*, 1982).

b) Caractéristiques du délit

Concernant les antécédents délictuels de nature sexuelle, il est établi que les agresseurs sexuels d'enfants tendent à abuser de nouveau des enfants et non des adultes (ou à la fois des enfants et des adultes) (Hall et Proctor, 1987). Plus précisément, une distinction s'établit selon le sexe de la victime, et ce, particulièrement chez les agresseurs sexuels d'enfants. En ce sens, les délinquants sexuels qui abusent sexuellement des filles tendent à moins récidiver que les délinquants sexuels qui s'en prennent à des garçons (Hanson et Bussière, 1998; Hanson et Harris, 2000). En ce qui a trait aux abus commis envers les adultes, les violeurs tendent à abuser de nouveau des femmes et non des enfants (Hall et Proctor, 1987; Rice *et al.*, 1990).

D'une manière plus générale, le nombre de victimes, le fait que celles-ci soient inconnues de l'agresseur et qu'elles ne fassent pas partie de son milieu familial (c.-à-d. délits sexuels extrafamiliaux versus incestueux) ainsi que le niveau de coercition utilisé au moment de la perpétration du délit sont des aspects positivement et directement liés au taux de récidive (Barbaree et Marshall, 1988; Quinsey *et al.*, 1995; Hanson et Bussière, 1998; Hanson et Harris, 2000). Pendant l'abus, les agresseurs sexuels d'enfants et d'adultes qui ont des actes de coït et/ou de sodomie présentent des taux de récidive supérieurs à ceux qui ne commettent pas de tels actes (Barbaree et Marshall, 1988; Proulx et Lussier, 2001). Les récidivistes sexuels infligeraient donc davantage de blessures et de mauvais traitements à leurs victimes que les non-récidivistes (Proulx, Tardif *et al.*, 2000).

c) Histoire criminelle

Bien qu'un des prédicteurs importants de la récidive sexuelle soit la présence de délits sexuels commis dans le passé (Hanson et Bussière, 1998), de prime abord, il importe

de préciser que les délinquants sexuels tendent à commettre fréquemment des délits d'une autre nature que sexuelle. Pour leur part, les délinquants non sexuels commettent rarement des récidives de nature sexuelle (Hanson *et al.*, 1995). Plus précisément, les agresseurs sexuels d'enfants récidivistes ont plus de condamnations pour des délits contre la propriété par rapport aux non-récidivistes (Rice *et al.*, 1990; Proulx *et al.*, 1997; Proulx et Lussier, 2001). Pour ce qui est des agresseurs sexuels de femmes qui récidivent, ceux-ci tendent à avoir plus d'antécédents pour des délits sexuels, des délits violents et des délits non sexuels et non violents que les non-récidivistes (Rice *et al.*, 1990). De manière générale, les récidivistes sexuels, sans égard à la nature de l'infraction sexuelle commise, comptent plus de mesures de mise sous garde fermée à l'adolescence et sont plus jeunes lors de leur première arrestation et incarcération par comparaison avec les non-récidivistes (Proulx, Tardif *et al.*, 2000). Ils présentent donc une certaine délinquance juvénile. Qui plus est, les délinquants qui dans le passé ont amorcé un programme de thérapie visant notamment leur problématique sexuelle, mais qui ont abandonné en cours de traitement, présentent plus de risques de commettre éventuellement une récidive sexuelle que ceux qui ont mené à terme leur thérapie (Hanson et Bussière, 1998; Hanson et Harris, 2000).

d) Antécédents personnels

Divers facteurs entrent en ligne de compte pour expliquer pourquoi un individu en vient à commettre des infractions sexuelles (Malamuth, 2003). Un terreau propice au développement d'un comportement délictuel se caractérise fréquemment par un milieu familial malsain à l'intérieur duquel on trouve diverses formes de violence et de négligence. Une relation négative avec la mère ainsi qu'un manque de soutien émotif et de supervision favorisent le développement de problèmes de fonctionnement social (méfiance, hostilité, insécurité, etc.), et donc engendrent des problèmes dans les relations interpersonnelles (Hanson et Harris, 2000; Hanson et Morton-Bourgon, 2004). Ces difficultés sont ensuite souvent associées au rejet social, à la solitude, à des fréquentations sociales négatives et néfastes et au développement de comportements délinquants. De tels déficits et problématiques contribuent au

mauvais développement de la sexualité, celle-ci étant empreinte de frontières diffuses avec autrui, d'une intimité mal définie, impersonnelle et égoïste (Hanson et Morton-Bourgon, 2004). Qui plus est, le développement durant l'enfance et l'adolescence d'attitudes de tolérance envers les actes d'agression sexuelle, et donc d'une sexualité à l'intérieur de laquelle les rapports sexuels forcés sont permis, contribue au risque de commettre des infractions sexuelles ultérieures (Hanson et Morton-Bourgon, 2004), l'acte sexuel forcé étant chose normale, banalisée et jugée acceptable.

Par ailleurs, les récidivistes rapporteraient fréquemment avoir vécu une enfance où ils auraient été victimes d'abus physiques et psychologiques ainsi que de négligence de la part de leurs parents (Prentky *et al.*, 1997; Proulx, Tardif *et al.*, 2000; Proulx et Lussier, 2001). Une donnée non négligeable nous informe d'ailleurs que plus du tiers des délinquants sexuels sous responsabilité fédérale ont été maltraités par leurs parents ou leur pourvoyeur de soins primaires, et ce, avant qu'ils aient atteint l'âge de 16 ans (Motiuk et Porporino, 1993). À cet égard, notamment, des études portant sur le lien entre les mauvais traitements subis durant l'enfance et le développement ultérieur de fantasmes sexuelles déviantes présentent un rôle intéressant au regard des abus sexuels commis à l'âge adulte. Effectivement, dans les études faites auprès d'adolescents agresseurs sexuels, une histoire de victimisation sexuelle durant l'enfance est souvent rapportée et est positivement reliée aux préférences sexuelles pour les enfants, particulièrement quand il est question de relations homosexuelles entre l'enfant et l'abuseur (Murphy, DiLillo *et al.*, 2001). On remarque que l'ampleur de la victimisation vécue durant l'enfance a un impact direct et se révèle un important facteur lié à la présence de symptômes cliniques ultérieurs (Lussier, Beauregard *et al.*, 2005) (ex. : un manque de maîtrise de ses comportements, des problèmes d'impulsivité, des comportements antisociaux [Marshall et Eccles, 1993]).

1.2.2. Prédicteurs dynamiques :

a) Prédicteurs dynamiques stables :

Une étude menée auprès de récidivistes sexuels (N=208) et de non-récidivistes (N=201) (Hanson et Harris, 2000) présente des prédicteurs dynamiques stables en

lien avec la récidive sexuelle en prenant en considération trois types d'agresseurs sexuels : 1) les violeurs de femmes adultes; 2) les agresseurs sexuels d'enfants de type hétérosexuel; 3) les agresseurs sexuels d'enfants de type homosexuel (Hanson et Harris, 2000; Proulx et Lussier, 2001). Pour les violeurs de femmes adultes, les prédicteurs dynamiques relevés sont la présence d'un style de vie antisocial et le fait qu'ils présentent peu de remords à la suite du passage à l'acte. Les violeurs se perçoivent fréquemment comme n'étant pas à risque de récidive et ne s'impliquent pas dans leur suivi avec l'agent de probation. Concernant les agresseurs sexuels d'enfants de type hétérosexuel, les récidivistes tendent à se reconnaître le droit d'actualiser leurs pulsions sexuelles en ayant recours à un enfant du sexe opposé, se perçoivent souvent comme ne présentant pas de risque de récidive particulier et tendent à ne pas s'impliquer dans leur suivi avec l'agent de probation. Enfin, les agresseurs sexuels d'enfants de type homosexuel récidivistes présentent peu de remords, tendent souvent à rejeter le blâme sur la victime, dénotant la présence de distorsions cognitives, ont des attitudes qui soutiennent la pédophilie, banalisant ainsi l'acte d'abus sexuel, se perçoivent également comme ne présentant aucun risque de récidive et ne s'impliquent pas dans leur suivi avec l'agent de probation (Hanson et Harris, 2000; Proulx et Lussier, 2001).

Un autre aspect important relativement aux facteurs dynamiques stables concerne le lien d'attachement entre les parents et l'enfant. La littérature présente l'attachement comme étant un lien entre l'enfant et son parent, lui procurant la sécurité nécessaire et lui permettant d'explorer son univers convenablement et aisément (Marshall et Eccles, 1993; Marshall et Marshall, 2000). Des expériences négatives vécues durant l'enfance (négligence, abus physique, etc.) risquent de causer des torts irréparables à l'enfant et de compromettre le développement d'un lien d'attachement sécurisé (Prentky *et al.*, 1997; Lussier, Beauregard *et al.*, 2005). Or, un lien d'attachement déficient peut contribuer au développement de déficits psychologiques (faible estime de soi, manque d'habiletés sociales nécessaires pour établir des relations adéquates avec autrui, etc.). L'individu ayant de tels déficits est susceptible de se tourner vers des solutions de rechange pour répondre à ses besoins, combler ses manques affectifs

et besoins sexuels par exemple. À cet égard, l'attachement représente un important facteur lié au développement éventuel d'une sexualité déviante (Marshall *et al.*, 1993). Le parallèle avec l'agresseur sexuel d'enfants peut ici être donné en exemple, au sens où ce délinquant n'ayant pas développé la capacité d'entrer en relation avec autrui d'une manière adéquate, il pourra se tourner vers un enfant afin de répondre à ses besoins sexuels, et ce, sans trop de difficultés ni de risques de rejet (Marshall et Eccles, 1993).

b) Prédicteurs dynamiques aigus :

L'accès à une victime, la colère ainsi que le désintérêt marqué pour le suivi et le manque de collaboration avec l'agent de probation représentent les trois plus importants prédicteurs dynamiques aigus liés à la récurrence sexuelle (Hanson et Harris, 2000). Pour continuer avec les résultats d'une étude précédemment exposés (Hanson et Harris, 2000), où il était question des prédicteurs dynamiques stables, une distinction est aussi faite dans cette étude pour les prédicteurs dynamiques aigus selon les trois mêmes types d'agresseurs sexuels : 1) les violeurs; 2) les agresseurs sexuels d'enfants de type hétérosexuel; 3) les agresseurs sexuels d'enfants de type homosexuel (Hanson et Harris, 2000; Proulx et Lussier, 2001).

Tout d'abord, chez les violeurs, les prédicteurs dynamiques aigus qui sont en lien à la récurrence sont la colère, les problèmes sur le plan de l'emploi ainsi que le grand manque de coopération avec l'agent de probation (désengagement). Chez les agresseurs sexuels d'enfants de type hétérosexuel, le fait de présenter peu de remords et le manque de coopération avec l'agent de probation sont notés. Enfin, chez les agresseurs sexuels d'enfants de type homosexuel, une humeur générale négative (c.-à-d. la dépression, le désespoir, l'anxiété, la solitude, etc.), la colère, l'abus de substances psychoactives, les préoccupations pour la sexualité et l'accès à une victime constituent des facteurs de risque dynamiques aigus fortement en lien avec la récurrence sexuelle (Hanson et Harris, 2000; Proulx et Lussier, 2001).

c) Synthèse : personnalité antisociale versus déviance sexuelle :

Au-delà de tous les prédictors statiques, dynamiques stables et dynamiques aigus qui ont été qualifiés de bons indicateurs de la récidive sexuelle, la littérature sur le sujet de la délinquance sexuelle nous informe que les meilleurs prédictors de la récidive sexuelle sont la déviance sexuelle (intérêts sexuels déviants) et l'orientation antisociale/instabilité dans le mode de vie (Hanson et Bussière, 1998; Hanson et Morton-Bourgon, 2004). Par « intérêts déviants », on entend un intérêt sexuel déviant envers un enfant ou des intérêts paraphiliques par exemple. La déviance sexuelle n'est liée qu'à la récidive sexuelle et non à la récidive violente ou générale (Hanson et Morton-Bourgon, 2004). Plus précisément, la déviance sexuelle est un meilleur facteur de risque d'abus sexuel envers un enfant qu'envers un adulte; pour les agresseurs sexuels d'adultes, le manque d'estime personnelle et la présence de psychopathie sont de plus forts facteurs de risque d'abus sexuel (Rice et Harris, 1990). Qui plus est, la littérature en criminologie relève que les récidivistes sexuels présentent un degré de fixation supérieur aux non-récidivistes; le degré de fixation étant le fait que l'enfant est un objet central de pensée, d'intérêt et d'attention pour l'agresseur sexuel (Prentky *et al.*, 1997). En matière d'orientation antisociale et d'instabilité à l'intérieur du mode de vie, il est question de la personnalité antisociale, des traits antisociaux, des antécédents de violation des règles, d'une attitude procriminelle et favorable aux agressions sexuelles, de la fréquentation de pairs criminalisés, etc. Contrairement à l'aspect de la déviance sexuelle, la composante de l'antisocialité est un important prédictor à la fois de la récidive sexuelle, violente et générale (Hanson et Morton-Bourgon, 2004, 2008). Effectivement, le mode de vie criminel est particulièrement lié à la récidive violente et générale chez les délinquants sexuels, les délinquants en général et les délinquants ayant des troubles mentaux (Hanson et Morton-Bourgon, 2008).

Toutes les infractions sexuelles traduisent en soi une déviance sociale, au sens où les actes illégaux de nature sexuelle ne font pas partie des normes et des valeurs de la société et qu'ils sont socialement réprouvés. Fort heureusement, tous les délinquants sexuels ne s'intéressent pas indéfiniment aux actes sexuels illégaux et ne commettent

pas tous indéfiniment des délits de nature sexuelle (Hanson et Bussière, 1998; Hanson et Morton-Bourgon, 2004). Toutefois, la probabilité de commettre une récidive sexuelle peut augmenter en fonction de la présence d'intérêts sexuels déviants, comme le laissent comprendre les autorévélation faites par les délinquants, les données officielles portant sur les antécédents d'infractions en matière de délit sexuel ou les tests spécialisés comme le test phallométrique (Hanson et Bussière, 1998). Cependant, ce n'est pas parce qu'un individu a des intérêts sexuels déviants qu'il commettra nécessairement une nouvelle infraction sexuelle; il doit être disposé à le faire. À cet égard, par exemple, certains délinquants seront disposés à commettre une infraction sexuelle, tout en étant conscient qu'ils causeront des torts à leurs victimes, pour atteindre leurs buts (ex. : un agresseur qui se donne le droit d'actualiser ses pulsions sexuelles en utilisant un enfant; un agresseur qui présente des attitudes en faveur de la pédophilie; un violeur qui entretient une haine des femmes), en se convainquant qu'ils ne causent pas de tort à leurs victimes (distorsions cognitives) ou en se sentant incapables de résister au passage à l'acte (Hanson et Morton-Bourgon, 2004).

1.3. Instruments actuariels

1.3.1. Jugement clinique versus instrument actuariel

L'évaluation du risque futur que présente un délinquant de commettre une récidive joue un rôle primordial dans les prises de décisions concernant notamment la nature de la peine à infliger, la gestion des cas, la mise en liberté et les préoccupations en matière de sécurité publique. Qui plus est, cette évaluation s'avère aussi essentielle afin d'orienter correctement les objectifs et stratégies d'intervention qui favoriseront la réduction des risques et la réhabilitation du délinquant. Effectivement, selon le principe du risque, la récidive pourrait être réduite si le niveau des services de traitement offerts est proportionnel et adapté au risque que l'individu commette une nouvelle offense. Le concept du risque se scinde donc selon deux aspects : 1) le niveau de risque (faible, modéré, élevé); 2) les facteurs de récidive (besoins criminogènes) (Andrews et Bonta, 2007).

Au milieu du XX^e siècle, les cliniciens chargés de faire les évaluations du risque basaient leur jugement clinique essentiellement sur leur expérience professionnelle et sur leur compréhension de la problématique (Tétreault, 2005; Campbell *et al.*, 2007; Andrews et Bonta, 2007). Ces jugements cliniques du risque étaient plutôt subjectifs et étaient généralement formulés sur la base de méthodes d'évaluation non structurées et non systématiques (Campbell *et al.*, 2007). Or, bien que l'avantage principal du jugement clinique soit qu'il est flexible et qu'il permet de mettre l'accent, dans une certaine mesure, sur la prévention de la violence et de la délinquance (Tétreault, 2005), il reste que des études subséquentes ont montré que la précision des évaluations du risque non structurées est moindre que celle des estimations du risque basées sur des méthodes de prédiction qui sont objectives, structurées et fondées sur des données empiriques (outils actuariels) (Campbell *et al.*, 2007).

Ainsi, puisque les délinquants sexuels constituent un groupe d'individus particulièrement dangereux et à risque pour la population, il importe, d'une part, de répondre aux besoins de protection et de sécurité de la population et, d'autre part, de contribuer à réhabiliter ces délinquants pour éliminer ou atténuer le risque pour la société. Pour ce faire, il était nécessaire de préciser la nature des évaluations du risque qui sont faites de sorte qu'elles soient plus objectives et structurées. C'est entre autres ce qu'ont fait Andrews (1982) et Hanson (1997) en mettant au point des outils de prédiction de la récidive basés sur l'identification de facteurs de risque spécifiques. Depuis 1928, des chercheurs travaillent donc à l'élaboration d'instruments actuariels (Bigras, 2007).

Les premiers outils actuariels qui sont créés prennent en compte que l'évaluation du risque doit nécessairement s'appuyer sur la « science actuarielle », c'est-à-dire sur des faits démontrés plutôt que sur le jugement professionnel. Ces instruments produisent alors des résultats somme toute satisfaisants; ils arrivent à différencier les délinquants présentant un faible risque des délinquants à risque plus élevé (Andrews et Bonta, 2007). Néanmoins, ces instruments présentent certaines lacunes. Effectivement, ils

n'incluent que des facteurs statiques, et donc ne renseignent pas sur les besoins des délinquants et sur les besoins criminogènes (Guay, 2006). Par « besoins criminogènes », on entend les facteurs liés au comportement criminel, par exemple les attitudes antisociales, la toxicomanie, la fréquentation de pairs criminalisés et le maintien d'un contact avec eux (Bourgon et Armstrong, 2005). Qui plus est, ces instruments d'évaluation du risque sont qualifiés d'athéoriques, au sens où les éléments qui les constituent ont été choisis notamment parce qu'ils semblaient avoir un lien avec la récidive, et non parce qu'ils étaient théoriquement pertinents (Guay, 2006; Andrews et Bonta, 2007).

En raison de ces lacunes, des outils actuariels subséquents ont été mis au point en incluant tant des facteurs statiques que dynamiques, ce qui assure une meilleure évaluation du risque de récidive et des besoins en matière de traitement (Guay, 2006). Ces instruments offrent une bonne façon de contrôler l'efficacité ou l'inefficacité des programmes et des stratégies d'encadrement. L'inclusion des facteurs dynamiques contribue aussi à orienter l'intervention en prenant ces facteurs en considération (Andrews et Bonta, 2007).

1.3.2. Instruments actuariels portant sur les prédictes statiques

Dans le cadre de ce mémoire, certains instruments actuariels de la récidive, parmi les plus utilisés, seront présentés, à savoir : le RRASOR, la STATIQUE-99, la STATIQUE-2002, le Stable-2000, l'Aigu-2000 et 2007 (ACUTE) et le SONAR. En effet, ces instruments ont été retenus puisqu'ils reposent sur une base empirique importante et qu'ils incluent la majorité des prédictes de la récidive que l'on retrouve dans les autres instruments actuariels.

i. RRASOR

Le Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism (RRASOR) a été conçu par Hanson à partir d'éléments colligés grâce à une méta-analyse qu'il a menée (Hanson et Bussière, 1998; Sjöstedt et Lanström, 2001). Cette échelle de prédiction

actuarielle a été élaborée spécifiquement pour les délinquants sexuels. Il s'agit d'une brève échelle qui comporte quatre items de nature statique, à savoir :

- 1) les antécédents judiciaires pour un délit à caractère sexuel;
- 2) l'âge du délinquant sexuel au moment de sa libération (moins de 25 ans);
- 3) le sexe de la victime (garçon);
- 4) le type de lien entre l'agresseur et la victime (extrafamilial) (Hanson, 1997).

Les scores varient de 0 à 5. Après une période de suivi moyenne de 10 années, les délinquants qui obtiennent un score de 0 présentent 6,5 % de probabilité de récidive, alors que ceux qui obtiennent un score de 5 présentent 73,4 % de probabilité de commettre une récidive sexuelle (Proulx, Tardif *et al.*, 2000). Puisque le RRASOR ne comprend que des items de nature statique, il n'est pas utile pour statuer sur les changements de niveau de risque une fois le traitement terminé (Proulx, Tardif *et al.*, 2000). Il n'en demeure pas moins que le RRASOR peut donner une première idée du risque de récidive que présente le délinquant.

ii. Statique-99

La plupart des études sur la récidive sexuelle portent un grand intérêt aux facteurs statiques (Hanson, 2004). À cet égard, plusieurs instruments actuariels ont été conçus et portent spécifiquement sur les prédicteurs statiques. C'est le cas de l'échelle Statique-99 créée par Karl Hanson et David Thornton, ainsi nommée en raison de ses items de cotation de nature statique et de l'année de sa création. La Statique-99 est un outil dérivé du RRASOR (Rapid Risk Assessment of Sexual Offense Recidivism; Hanson, 1997) et de la version courte du SACJ-Min (Structured Anchored Clinical Judgment Instrument; Grubin, 1998); le SACJ-Min comprend, tout comme la Statique-99, 10 items portant sur des facteurs de risque de nature statique (Sjöstedt et Lanström, 2001; Barbaree, Seto *et al.*, 2001).

La Statique-99 est un outil actuariel qui permet d'évaluer la probabilité de récidive sexuelle et violente chez les adultes de sexe masculin qui ont déjà été condamnés au moins une fois pour une infraction de nature sexuelle commise envers un enfant ou un adulte non consentant (Bigras, 2007). Dix items composent la Statique-99, à savoir :

- 1) infractions sexuelles antérieures (accusation ou condamnation);
- 2) prononcé(s) de peine antérieur(s);
- 3) condamnation(s) pour infraction(s) sexuelle(s) sans contact;
- 4) infraction(s) de violence non sexuelle répertoriée(s);
- 5) infraction(s) de violence non sexuelle antérieure(s);
- 6) au moins une victime sans lien de parenté avec le délinquant;
- 7) au moins une victime qui était inconnue;
- 8) au moins une victime de sexe masculin;
- 9) âge lors du délit actuel;
- 10) le fait d'être célibataire.

La Statique-99 permet aux cliniciens de convertir les scores numériques obtenus en valeurs désignant des risques relatifs. Par exemple, un délinquant qui obtient un score de 6 à l'échelle, soit le score le plus élevé, présente un risque élevé de récidive (c.-à-d. 45 % de probabilité qu'il commette une récidive sexuelle dans les 10 années suivant sa libération) (Bigras, 2007). Selon la Statique-99, un délinquant qui présente un faible risque de récidive peut faire l'objet d'une intervention moins restrictive (ex. : probation simple), contrairement à un délinquant à haut risque, et ce, sans compromettre la sécurité du public.

iii. Statique-2002

Les chercheurs ont finalement cru bon d'améliorer la Statique-99. Ainsi, des items ont été précisés et une version modifiée de la Statique-99 a donné lieu à la création de

la Statique-2002, instrument élaboré par Hanson et Thornton en 2003 (Langton, Barbaree *et al.*, 2007). La Statique-2002 comporte 14 items répartis à l'intérieur de cinq catégories. Les catégories créées et les items retenus sont les suivants (Phenix *et al.*, 2008) :

- Catégorie 1 : l'âge
 - 1 item : 1) âge lors de la remise en liberté;
- Catégorie 2 : la persistance des infractions sexuelles
 - 3 items : 1) prononcés de peine antérieurs pour infractions sexuelles;
 - 2) toute arrestation à l'adolescence pour une infraction sexuelle et condamnation à l'âge adulte pour une infraction sexuelle distincte;
 - 3) fréquence des infractions sexuelles;
- Catégorie 3 : les intérêts sexuels déviants
 - 3 items : 1) tout prononcé de peine pour des infractions sexuelles sans contact; 2) toute victime de sexe masculin; 3) victime jeune sans lien de parenté avec le délinquant;
- Catégorie 4 : le lien de relation avec la victime
 - 2 items : 1) toute victime sans lien de parenté avec le délinquant; 2) toute victime inconnue (Internet, courrier électronique, téléphone, etc.);
- Catégorie 5 : la criminalité générale
 - 5 items : 1) démêlés antérieurs avec le système de justice pénale;
 - 2) prononcés de peine antérieurs pour n'importe quelle infraction;
 - 3) violation des conditions de la surveillance dans la communauté; 4) nombre d'années sans infraction avant l'infraction sexuelle répertoriée; 5) tout prononcé de peine antérieur pour infraction de violence non sexuelle.

La somme des cinq catégories donne un score qui varie de 0 à 14. Une augmentation relative de la probabilité de récidive de 30 à 40 % a été obtenue pour chaque augmentation d'un point à l'échelle. Or, après quelques analyses, les chercheurs ont

montré que la Statique-2002 était comparable à la Statique-99 (on obtient des aires sous la courbe de 0,69 et 0,73 respectivement); la Statique-2002 permet de prévoir la récurrence sexuelle chez les agresseurs sexuels d'enfants (aire sous la courbe : 0,70) et des violeurs (aire sous la courbe : 0,72) (Bigras, 2007).

1.3.3. Instruments actuariels portant sur les prédictors dynamiques

La plupart des instruments d'évaluation du risque de récurrence négligent la prise en compte des prédictors dynamiques inhérents au processus de récurrence (Hanson, 2004). De ce fait, ces instruments limitent de beaucoup leur capacité à bien prédire le risque de récurrence de certains individus (Zamble et Quinsey, 1997). Pour plusieurs auteurs, les meilleurs prédictors à long terme de la récurrence sont de nature statique (ex. : antécédents délictuels), même si certains sont de nature dynamique (ex. : troubles de personnalité) (Hanson et Bussière, 1998). Qui plus est, les études qui s'échelonnent sur une longue période de suivi sont plus enclines à cerner les facteurs de risque de nature dynamique stable plutôt que les facteurs de risque susceptibles de changer rapidement, soit les facteurs dynamiques aigus (Hanson et Harris, 2000). La littérature sur le sujet de la récurrence sexuelle nous informe peu sur les facteurs dynamiques, lesquels sont nécessaires au traitement, à la surveillance dans la collectivité et à l'établissement d'une alliance thérapeutique (Hanson, 2004). Par rapport aux facteurs statiques, les facteurs dynamiques n'ont pas été aussi rapidement acceptés et utilisés par les chercheurs et thérapeutes qui doivent évaluer les risques de récurrence. Ces facteurs étant plus labiles et transitoires, il importe qu'ils soient fréquemment réévalués (Hanson, Scott et Steffy, 1995; Zamble et Quinsey, 1997). En raison de cette nature instable et changeante au cours du temps, leur mesure suppose une certaine part de subjectivité (Bigras, 2007). Néanmoins, Hanson et Harris (2000) relèvent un manque d'études qui portent essentiellement sur les prédictors dynamiques, ce manque n'étant toutefois pas une indication selon laquelle ces facteurs ne sont pas importants à considérer.

i. Stable-2000

Pour pallier le manque d'instruments comportant des facteurs de risque de nature dynamique, Hanson a élaboré le Stable-2000. Cet instrument actuariel permet d'évaluer d'une manière précise la présence de prédicteurs dynamiques stables chez le délinquant sexuel, d'estimer le risque de récidive et d'évaluer le changement de niveau du risque que présente le délinquant. Le questionnaire regroupe six sections (Hanson et Harris, 2007) :

- 1) influences sociales importantes (réseau constitué de pairs prosociaux ou de pairs anti-sociaux);
- 2) problèmes sur le plan de l'intimité (amants/partenaires intimes; identification émotive aux enfants; hostilité à l'égard des femmes; solitude/isolement/rejet social en général; absence d'empathie à l'égard d'autrui);
- 3) maîtrise de soi sur le plan sexuel (libido/préoccupations sexuelles; recours au sexe comme mécanisme d'adaptation; intérêts sexuels déviants);
- 4) attitudes tolérantes à l'égard de l'agression sexuelle (droit au sexe; attitudes par rapport au viol; attitudes propices à l'agression d'enfants);
- 5) coopération dans le cadre de la surveillance;
- 6) maîtrise de soi en général (gestes impulsifs; faibles aptitudes cognitives pour la résolution de problèmes; émotions négatives/hostilité).

Chacune de ces six sections vaut deux points. Les résultats varient de 0 à 12 points et désignent un niveau de risque : 0 – 4 = faible risque; 5 – 8 = risque modéré; 9 – 12 = risque élevé. Le Stable-2000 est simple à utiliser et offre une efficacité prédictive plus élevée que les méthodes d'évaluation du risque qui portent strictement sur les facteurs statiques (Hanson et Harris, 2007).

ii. Aigu-2007 (ACUTE)

L'échelle actuarielle Aigu-2007 est formée de prédicteurs dynamiques aigus. Sept items composent l'échelle (Hanson et Harris, 2007) :

- 1) l'accès aux victimes;
- 2) l'effondrement émotionnel;
- 3) l'effondrement des soutiens sociaux;
- 4) l'hostilité;
- 5) la toxicomanie;
- 6) les préoccupations sexuelles;
- 7) le rejet de la surveillance.

Tout comme le Stable-2000, l'Aigu-2007 est facile à utiliser. Il présente une bonne validité prédictive de la récidive et sa précision de l'évaluation des risques de récidive est meilleure que celle qu'offrent les instruments essentiellement composés d'items statiques (Hanson et Harris, 2007).

iii. SONAR

Dans l'optique d'utiliser un instrument aussi précis que possible dans l'évaluation du risque de récidive chez les délinquants sexuels, Hanson et Harris (2000) ont conçu l'Échelle d'évaluation des besoins des délinquants sexuels (SONAR; Sex Offender Need Assessment Rating). Cet instrument présente une bonne consistance interne (0,67) et distingue bien les sujets qui récidivent de ceux qui ne passent pas à l'acte (Hanson et Harris, 2000). Comparativement à la Statique-99, le SONAR permet de recueillir des informations sur le risque de récidive à plus court terme et sur les aspects pour lesquels il est possible d'offrir une aide thérapeutique (Tétreault, 2005). Le SONAR comporte neuf items : cinq facteurs dynamiques stables et quatre facteurs dynamiques aigus (Hanson et Harris, 2000) :

A) Facteurs dynamiques stables :

- 1) déficit sur le plan de l'intimité;
- 2) influences sociales négatives;
- 3) attitudes permissives au regard des infractions sexuelles;
- 4) maîtrise de soi sur le plan sexuel;
- 5) maîtrise de soi générale;

B) Facteurs dynamiques aigus :

- 1) changement dans les habitudes de consommation de stupéfiants;
- 2) augmentation/diminution des humeurs négatives;
- 3) augmentation/diminution de la colère;
- 4) changement des occasions d'accès à une victime.

Les scores attribués aux facteurs de risque peuvent être négatifs (-4 étant le score le plus bas; lorsque le comportement du délinquant s'est amélioré, le score -1 est attribué, tandis que lorsque le comportement du délinquant s'est détérioré, le score +1 est attribué). Ils peuvent aussi être positifs (le maximum étant 14). Un score situé à l'intérieur du barème « -4 à 3 » désigne un niveau de risque de récidive faible; un score situé à l'intérieur du barème « 10 à 14 » désigne un niveau de risque de récidive élevé (Hanson et Harris, 2000).

En 2004, une étude a été effectuée en utilisant le SONAR afin de préciser sa performance prédictive (Dupré, 2004). Bien que l'étude ait porté sur un échantillon de délinquants sexuels somme toute très restreint (récidivistes : N=27; non-récidivistes : N=29), on a tout de même obtenu des résultats intéressants et qui concordent avec ceux de travaux antérieurs (notamment l'étude de Hanson et Harris, 2000). Effectivement, les résultats révèlent entre autres que les éléments qui distinguent le mieux les deux groupes de délinquants (récidivistes sexuels et non-récidivistes), parmi les facteurs dynamiques stables du SONAR, on trouve la maîtrise de soi sur le plan sexuel, la maîtrise de soi générale, ainsi que les attitudes permissives au regard des infractions de nature sexuelle. Lorsque les facteurs dynamiques aigus sont pris en compte, ceux-ci mesurant les risques de récidive

jusqu'à très court terme, le facteur le plus discriminant de la récidive est l'accès à une victime (Hanson et Harris, 2000; Dupré, 2004; Tétreault, 2005).

iv. Statique-99, Stable-2000 et Aigu-2000

Une étude (Hanson *et al.*, 2007) a été menée dans le but de faire progresser l'état des connaissances sur l'évaluation du risque que présentent les délinquants sexuels relativement aux facteurs dynamiques (Hanson *et al.*, 2007). Les participants à cette étude sont des adultes qui font l'objet d'une surveillance dans la collectivité (probation ou libération conditionnelle) après avoir perpétré une infraction sexuelle (c.-à-d. tout délit à caractère sexuel). Dans le cadre de cette étude (Hanson *et al.*, 2007), les outils suivants ont été mis à profit : la Statique-99, la Stable-2000 et l'Aigu-2000 (échelle d'évaluation du risque de récidive qui est constituée de facteurs dynamiques aigus; elle inclut des facteurs comme l'accès à une victime, les préoccupations sexuelles et le rejet de la surveillance). Cette étude établit l'importance d'inclure systématiquement aux évaluations du risque global de la récidive, la combinaison de caractéristiques statiques, stables et aiguës (Hanson *et al.*, 2007). En accord avec les résultats d'études antérieures sur le sujet, l'étude en question (Hanson *et al.*, 2007) nous apprend que les facteurs dynamiques stables contribuent d'une manière significative à la prédiction de la récidive, au sens où ils complètent bien l'information de nature statique qui a été recueillie à l'aide des mesures actuarielles statiques (ex. : à l'aide de la Statique-99). De ce fait, un meilleur aperçu du risque relatif de la récidive est fourni. Au-delà de la considération conjointe des prédictors dynamiques stables et des prédictors statiques, il reste que ceux qui sont de nature dynamique stable contribuent d'une manière significative à l'évaluation du risque de récidive, et ce, pour ce qui est de types précis de délinquants sexuels. À cet égard, les prédictors dynamiques sont particulièrement utiles pour prédire la récidive chez les violeurs et les agresseurs sexuels d'enfants. Pour d'autres types de délinquants (ex. : pour les délinquants présentant des troubles psychiatriques), la récidive est mieux prédite par des variables statiques que par des variables dynamiques stables (Hanson *et al.*, 2007).

1.4. Traitement

En plus des prédicteurs statiques et dynamiques de la récidive, il importe aussi de se pencher sur l'impact des programmes de traitement sur les taux de récidive chez les agresseurs sexuels. Par conséquent, nous présenterons les caractéristiques des programmes de traitement cognitivo-comportemental pour les agresseurs sexuels ainsi que des études sur l'efficacité de ceux-ci.

1.4.1. Les principales composantes

Bien que plusieurs études aient été faites et continuent d'être menées afin de mieux comprendre, reconnaître et gérer les récidivistes et délinquants sexuels, il n'en demeure pas moins que ces individus présentent de nombreux problèmes, et ce, dans plusieurs sphères de leur vie. Toutefois, ces problèmes ne sont pas tous liés à la perpétration d'infractions sexuelles. En conséquence, et pour réduire le risque de récidive que représentent ces individus, il importe d'établir des stratégies d'intervention qui ciblent davantage les caractéristiques liées au risque de récidive, soit les besoins criminogènes ou les « facteurs de risque psychologiques de causalité » (Hanson et Morton-Bourgon, 2004). Outre ces aspects, il reste que si le délinquant sexuel nie avoir commis une infraction sexuelle et/ou qu'il manque de motivation à l'égard d'un quelconque traitement, celui-ci présente un plus grand risque de récidive de manière générale, comparativement au délinquant sexuel qui n'adopte pas le même genre d'attitude (Hanson et Bussière, 1998).

De prime abord, il importe de se demander si les programmes de traitement auxquels les délinquants sexuels sont soumis fonctionnent réellement. Force est de constater, en consultant la littérature sur le sujet des traitements offerts aux délinquants sexuels, qu'il ne semble pas y avoir de consensus quant à la réussite probable de ces programmes de traitement. Effectivement, certains ouvrages stipulent que les traitements psychologiques sont efficaces et permettent bien de réduire le risque de récidive des délinquants sexuels (Hall, 1995; Hanson, Gordon *et al.*, 2002; Lösel et Schmucker, 2005); d'autres ouvrages tendent à être plus nuancés à ce sujet (Rice et Harris, 2003).

Différents types de traitements sont offerts aux délinquants sexuels ou l'ont déjà été. Par exemple, des traitements psychologiques prennent en compte que les agressions sexuelles sont en partie causées par la présence de préférences sexuelles déviantes. Ces traitements axés sur le comportement visent à modifier ou à normaliser les préférences sexuelles déviantes, à enseigner des compétences sociales, à faire de l'éducation sexuelle, de la gestion de la colère et, par le fait même, à prévenir la récidive.

On constate que de plus en plus de programmes de traitement sont implantés dans les différents centres de prise en charge pour agresseurs sexuels (Lussier et Proulx, 2001). Majoritairement, ces programmes sont basés sur l'approche cognitivo-comportementale. Effectivement, les travaux en criminologie qui portent notamment sur le traitement offert aux délinquants sexuels nous apprennent que depuis le début des années 1980, on observe qu'un plus grand nombre d'établissements tendent à utiliser cette approche thérapeutique plutôt que de recourir à des méthodes strictement d'orientation comportementale ou psychodynamique (Lussier et Proulx, 2001).

Le traitement cognitivo-comportemental a vu le jour lorsqu'il a été constaté que les délinquants sexuels avaient une opinion déformée d'eux, de leurs comportements et des sentiments vécus par leurs victimes (Di Fazio, 1999). Les propos tenus par le délinquant sont justes à ses yeux, mais laissent comprendre au thérapeute qu'il tente de minimiser ou de justifier les actes commis. Il est donc question de distorsions cognitives. Celles-ci sont centrales et importantes dans l'explication des causes de l'agression sexuelle et doivent être considérées dans le traitement (Abel *et al.*, 1989). Le traitement cognitivo-comportemental comporte plusieurs volets permettant de traiter divers aspects problématiques, entre autres les besoins criminogènes (minimisation des actes commis, attitudes inadéquates, préférences sexuelles déviantes, déficit d'empathie, etc.) [Di Fazio, 1999]. À ce jour, plusieurs études montrent l'efficacité du traitement cognitivo-comportemental dans la réduction du risque de récidive chez les délinquants sexuels (Hanson *et al.*, 2002). Les interventions cognitivo-comportementales ciblent bien les facteurs liés aux

infractions sexuelles, ceci ayant un impact sur la réduction de la probabilité de récidive (Cortoni et Nunes, 2005).

Bon nombre de traitements pour les agresseurs sexuels portent sur le modèle de la prévention de la récidive. Effectivement, un ouvrage souligne qu'à près de 97 %, ce modèle est utilisé à l'intérieur des établissements de traitement pour délinquants sexuels (McGrath *et al.*, 2002). Le modèle de la prévention de la récidive est basé sur le concept qu'on peut déterminer quels sont les précurseurs inhérents à la commission d'une infraction et intervenir sur ceux-ci. De ce fait, il est pris pour acquis que des précurseurs peuvent apparaître de nouveau, rendant le sujet vulnérable et à risque de récidive. Le processus de récidive est présenté selon la séquence de comportements, soit la chaîne délictuelle, qui mène habituellement à la commission d'une infraction (Nicole *et al.*, 2007; Marchand et Proulx, 2009). L'objectif est d'amener le délinquant à reconnaître par lui-même cette séquence événementielle et à adopter des comportements appropriés afin de prévenir toute récidive (Marchand et Proulx, 2009). Le modèle de prévention de la récidive est jugé un excellent complément à la thérapie cognitivo-comportementale, contribuant ensemble à la réduction du taux de récidive (Di Fazio, 1999).

Andrews et Bonta (2007) précisent que les traitements pour délinquants sexuels doivent respecter trois principes : l'évaluation du risque, les besoins criminogènes et le degré de réceptivité du sujet. Concernant l'évaluation du risque, les délinquants qui sont à haut risque de récidive doivent se soumettre à des séances de traitement pour délinquants sexuels plus intensives et sur une plus longue période de temps que les sujets qui présentent un risque modéré ou faible (Bourgon et Armstrong, 2005; Cortoni et Nunes, 2005). Le principe de « besoins criminogènes » stipule qu'il faut cibler, à l'intérieur du traitement, les caractéristiques associées à un risque de récidive probable. Autrement dit, le traitement doit cibler les facteurs directement liés au comportement déviant du sujet (Cortoni et Nunes, 2005). En ce qui a trait au degré de réceptivité du délinquant, on considère que le principe de la réceptivité est respecté

lorsque le traitement utilisé est adapté aux modes et capacités d'apprentissage du délinquant. Ces programmes sont offerts par des intervenants qui sont aptes à établir des relations respectueuses avec autrui (c.-à-d. être fermes mais justes dans leurs interventions auprès des délinquants sexuels) (Hanson, Bourgon *et al.*, 2009).

1.4.2. Études sur l'efficacité du traitement

De prime abord, l'achèvement d'un programme de traitement constitue un certain facteur de protection; l'abandon précoce du traitement entamé représente a contrario un important prédicteur de la récidive sexuelle (Hanson et Bussière, 1998). D'une méta-analyse (Hall, 1995) qui porte sur 12 études sur les traitements offerts aux délinquants (N=1 313), il ressort que les délinquants sexuels qui ont complété un traitement, peu importe sa nature, commettent à 19 % une nouvelle infraction sexuelle, comparativement à plus de 27 % des délinquants sexuels qui ont simplement été soumis à des conditions de mise en liberté, sans obligation de compléter un programme de traitement quelconque. Concernant plus particulièrement les types de délinquants sexuels (c.-à-d. les violeurs versus les agresseurs sexuels d'enfants), les résultats d'une seconde étude (Alexander, 1999) indiquent que 20,1 % des violeurs et 14,4 % des agresseurs sexuels d'enfants qui ont eu un traitement ont par la suite récidivé, comparativement à 23,7 % des violeurs et 25,8 % des agresseurs sexuels d'enfants qui n'ont pas reçu de traitement (Alexander, 1999).

Une méta-analyse menée par Lösel et Schmucker (2005) était basée sur 69 études dans le but de comparer les taux de récidive de 9 512 délinquants sexuels soumis à un traitement et de 12 669 délinquants sexuels non soumis à un programme de traitement. Cette étude conclut que le traitement a une incidence favorable sur la récidive sexuelle et sur d'autres formes de récidive. Effectivement, on a constaté des taux de récidive sexuelle inférieurs chez ceux qui ont suivi un traitement, comparativement à ceux qui n'en ont pas suivi (11,1 % contre 17,5 %) (Lösel et Schmucker, 2005). Également, les conclusions de cette étude confirment l'efficacité des programmes cognitivo-comportementaux en comparaison d'autres approches

psychosociales (Lösel et Schmucker, 2005). Plusieurs années après la publication de l'étude de Hall et Alexander (1999), Hanson et ses collègues (2009) publient les résultats d'une méta-analyse menée sur 23 études portant sur les traitements offerts aux délinquants sexuels. Les résultats de cette méta-analyse présentent également des taux moins élevés de récidive chez les individus qui ont complété un programme de traitement. Concernant la récidive sexuelle, on rapporte des taux de 10,9 % de récidive chez les délinquants traités et de 19,2 % de récidive chez les délinquants non traités. Au sujet de la récidive générale cette fois-ci, on note des taux de 31,8 % de récidive chez les délinquants traités et de 48,3 % chez les délinquants non traités (Hanson, Bourgon *et al.*, 2009). Les données tirées de ces études (Hall, 1995; Alexander, 1999; Lösel et Schmucker, 2005; Hanson, Bourgon *et al.*, 2009) confirment non pas que la participation à un programme de traitement met le délinquant à l'abri de toute récidive, mais que la participation à un programme de traitement constitue un facteur de protection et a un impact réel et intéressant dans la réduction du taux de récidive.

En ce qui a trait à la nature des traitements proposés, Hall (1995) fait ressortir de sa méta-analyse que les traitements cognitivo-comportementaux et de nature hormonale sont supérieurs, en termes d'efficacité, en ce qui concerne la diminution du risque de récidive, comparativement aux traitements de nature strictement comportementale (Hall, 1995). Cependant, il ressort de cette méta-analyse que près des deux tiers des participants refuseraient d'être contraints à un traitement hormonal et que, chez ceux qui en commenceraient un, près de 50 % en viendraient à l'abandonner de manière précoce. À l'opposé, près d'un tiers de ceux qui seraient soumis à un traitement cognitivo-comportemental tendraient à refuser de participer au programme ou l'abandonneraient, démontrant ainsi une meilleure participation à ce dernier type de traitement qu'au traitement hormonal (Hall, 1995). Une étude subséquente (Cortoni et Nunes, 2005), celle-ci visant à mesurer, à valider et à vérifier l'efficacité d'un programme de traitement de type cognitivo-comportemental et semi-structuré, nous apprend que le taux de récidive chez les délinquants sexuels qui ont participé au programme en question est nettement inférieur à celui obtenu chez les délinquants

sexuels qui n'ont reçu aucun traitement. Des réductions statistiquement significatives du taux de récidive violente (inférieur de 83 %) et de toutes formes de récidives (inférieur de 77 %) ont été obtenues (Cortoni et Nunes, 2005).

Les données de plusieurs études sur l'efficacité des approches thérapeutiques tendent à prouver qu'effectivement, le traitement cognitivo-comportemental, comprenant notamment un volet sur la prévention de la récidive, s'avère le traitement le plus efficace afin de contribuer à la réduction du taux de récidive chez les agresseurs sexuels (Lösel et Schmucker, 2005; Marchand et Proulx, 2009). Malgré cela, les résultats d'une étude (Marchand et Proulx (2009) nous informent que les délinquants sexuels qui ont complété un programme de traitement axé sur le modèle de prévention de la récidive présentaient des taux de récidive semblables à ceux obtenus par le groupe témoin composé de sujets non traités. Ce constat suggère que les agresseurs sexuels n'utiliseraient pas tous les apprentissages faits dans le cadre du module de la prévention de la récidive.

En ce qui a trait à la reconnaissance des faits, il semble que cet aspect ne soit pas en lien avec la récidive chez les agresseurs sexuels (Marchand et Proulx, 2009). En fait, le degré de reconnaissance des actes commis fluctuerait selon le moment; il serait plus grand au moment de l'évaluation post-traitement, diminuerait au moment du retour dans la collectivité et augmenterait par la suite, au début d'un traitement dans la collectivité (Marchand et Proulx, 2009). Enfin, la collaboration et la motivation du délinquant sexuel à s'impliquer dans un traitement seraient des prédicteurs de la récidive sexuelle. Le risque de récidive serait diminué lorsque le délinquant s'investit davantage dans un programme de traitement. De fait, les non-récidivistes ont la réputation de mieux collaborer au suivi et présenteraient une plus grande motivation durant le traitement que les récidivistes (Marchand et Proulx, 2009). Enfin, en ce qui a trait à l'abandon du traitement, les meilleurs prédicteurs de la fin prématurée du traitement chez les délinquants sexuels sont la présence d'antécédents criminels non sexuels, le fait d'être sans emploi, d'être célibataire, de ne pas avoir commis

exclusivement des délits de type pédophile et de présenter des antécédents criminels de nature sexuelle (Rodrigue, 2000).

1.5. Problématique

Les études sur les prédictors de la récidive sexuelle ont mis l'accent sur les prédictors statiques. Cependant, il semble que les prédictors dynamiques et les caractéristiques associées à l'implication du délinquant dans son programme de traitement n'ont que très peu été étudiées. En conséquence, le but de la présente étude est d'analyser non seulement les prédictors dynamiques de la récidive, mais aussi l'alliance thérapeutique, la motivation en cours de traitement et le soutien social et ce, par rapport à la récidive sexuelle, violente et générale.

CHAPITRE DEUXIÈME

2. Méthodologie

2.1. Les participants

Les informations proviennent des fichiers du système d'empreintes digitales (SED) de la Gendarmerie Royale du Canada (GRC), du système de gestion des détenus (SGD) et du système DACCORD pour les détenus provinciaux. La base de données utilisée pour notre étude a été constituée à l'aide d'une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Elle regroupe 299 participants adultes, de sexe masculin, ayant tous commis au moins une infraction sexuelle. Dans le cadre de ce mémoire, les condamnations pour une première récidive de nature sexuelle, violente (incluant sexuelle) et générale seront considérées.

Alors que les sujets étaient en cours de traitement, la collecte des données a été effectuée par des assistants de recherche de 2000 à 2002. Un suivi sur la récidive a été réalisé en 2008. La collecte des données a été basée sur le questionnaire informatisé sur la délinquance sexuelle (QIDS; Proulx, St-Yves et McKibben, 1994; Brien, 2000). Les informations contenues dans ce document sont de trois ordres : 1) officielles; 2) autorévélees; 3) mixtes. Les informations officielles sont habituellement issues des documents du système de justice pénale. Il peut être question des rapports policiers, des rapports présentenciels, des données sur les antécédents judiciaires, des évaluations psychologiques et psychiatriques, etc. Les informations autorévélees sont celles fournies à l'agent de recherche lors de rencontres individuelles. Enfin, les informations dites mixtes sont celles qui émanent de sources officielles et/ou qui sont révélées par le contrevenant lui-même. L'information retenue est celle qui est jugée la plus incriminante. Par exemple, lors de la rencontre avec l'agent de recherche, si le contrevenant nie les informations telles que présentées par la victime dans sa déclaration statutaire (c.-à-d. une information officielle, par exemple un rapport de police), alors seule l'information officielle sera considérée. À l'inverse, si la victime, dans sa déclaration statutaire, verbalise avoir subi des attouchements aux seins et aux parties génitales ainsi qu'une

pénétration et que le contrevenant, lors de sa rencontre avec l'agent de recherche, convient que les propos de la victime sont véridiques, mais ajoute qu'elle a omis de rapporter l'acte de fellation qui a aussi eu lieu, étant donné que l'information officielle diffère de l'information fournie par le contrevenant, cette dernière venant augmenter le niveau de précision de l'information officielle, alors la somme des deux versions sera considérée comme étant les faits réels qui se sont déroulés (Proulx, St-Yves et McKibben, 1994; Brien, 2000).

Pour mener à terme la collecte de données, des organismes québécois qui offrent des programmes de traitement aux individus qui ont commis des agressions sexuelles ont été sollicités. Onze centres, certains offrant des traitements en institution et d'autres des consultations externes, ont été mis à contribution. Les établissements offrant des traitements dans leurs murs sont l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, l'établissement correctionnel La Macaza, l'établissement correctionnel Cowansville et l'établissement correctionnel Montée Saint-François. Les endroits qui offrent des consultations externes sont le Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (Hull), le Centre d'aide et de traitement des troubles de comportement sociaux (Roberval), le Centre de psychiatrie légale de Montréal, le Centre hospitalier Robert-Giffard de Québec, le Centre d'intervention en délinquance sexuelle de Laval, la Maison Radisson de Trois-Rivières et le Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie, à Sherbrooke.

Les programmes de traitement offerts dans ces organismes varient en durée (de 4 à 12 mois), en intensité (entre 2 et 15 heures par semaine) et par leur nature (différentes modalités thérapeutiques sont utilisées). Somme toute, dans chacun des programmes proposés, le modèle de prévention de la récidive est mis de l'avant. Des intervenants mettent à profit des méthodes liées à la gestion de la colère et du stress, aux connaissances sexuelles, au développement des habiletés sociales et des stratégies pour mieux gérer les situations de vulnérabilité et de risque. Les traitements sont effectués dans la perspective de l'intervention cognitivo-comportementale; certains de ces

programmes d'intervention sont dits mixtes, au sens où ils incluent aussi des éléments d'autres approches cliniques (l'approche systémique, l'approche psychodynamique, etc.).

2.2. La procédure

Les délinquants ont tous consenti à signer un formulaire de consentement et ont été informés que les renseignements recueillis par le biais des instruments psychométriques et des entretiens semi-structurés seraient utilisés dans le cadre de recherches. C'est-à-dire, toutes ces étapes ont été effectuées selon le respect de normes de confidentialité et d'éthique. Qui plus est, un certificat d'éthique a été obtenu auprès du comité d'éthique de l'Université de Montréal.

Les délinquants sexuels participant à l'étude se sont soumis à une série d'instruments psychométriques en deux étapes distinctes : une première fois avant d'amorcer le traitement thérapeutique, et une seconde fois en cours de traitement. Avant de commencer leur traitement, les délinquants ont participé à une entrevue semi-structurée. Les entretiens semi-structurés menés par les assistants de recherche ont permis de recueillir des informations liées aux caractéristiques du sujet, à l'aspect délictuel (ex. : antécédents judiciaires, phases précrime, délictuelle et postdélictuelle, attitudes par rapport au(x) délit(s) sexuel(s)/à la victime), à l'arrestation (ex. : reconnaissance des gestes reprochés, présence de distorsions cognitives), à l'histoire personnelle du contrevenant (ex. : consommation abusive de substances psychoactives, exposition à la promiscuité sexuelle), au développement sexuel du contrevenant, à ses antécédents familiaux (ex. : problématique de santé mentale, suicide), à ses tentatives de suicide et à ses possibles diagnostics posés selon le DSM-IV.

Comme il a été mentionné précédemment, la base de données utilisée pour mener les analyses statistiques de ce mémoire regroupe 299 sujets agresseurs sexuels adultes de sexe masculin. Trois variables dépendantes seront considérées, à savoir la récurrence de nature sexuelle, violente (incluant sexuelle) et générale (tous types de crimes confondus).

En ce qui a trait aux variables indépendantes, elles seront de deux ordres : 1) des variables prétraitement; 2) des variables en cours de traitement.

2.3. Instruments et sources de données

Les instruments prétraitement sont les suivants : l'échelle de croyances sur le viol (Burt, 1980); l'échelle de croyances sur le viol (Bumby, 1995); l'échelle des croyances pédophiles (Bumby, 1995); l'échelle cognitive (Abel *et al.*, 1989); le questionnaire d'attribution de la responsabilité (Gudjonsson, 1990); l'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait (ATSA; Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970); l'inventaire de propension à la colère (Buss et Perry, 1925); l'inventaire de dépression de Beck (Beck *et al.*, 1961); l'échelle d'intimité sociale de Miller (Miller et Lefcourt, 1982); l'inventaire de l'estime de soi sociale (Lawson, Marshall et McGrath, 1979); l'échelle d'empathie envers les victimes de délit sexuel (Hanson, 1997); l'index de réactivité interpersonnelle (Davis, 1980); la grille d'évaluation du déni et de la minimisation (McKibben, 1994); l'inventaire clinique multiaxial de Millon (MCMI; Millon, 1983); l'inventaire des stratégies d'adaptation à des situations stressantes (CISS; Endler et Parker, 1990); les stratégies d'adaptation au stress selon le sexe (Cortoni, 2001); le questionnaire de perception sur l'attachement (Bartholomew, 1990); l'échelle d'assertion pour adultes (Gay, 1974); l'échelle d'évitement et de détresse sociale (Watson et Friend, 1969); le questionnaire de peur d'une évaluation négative (Salter, 1969); l'échelle de désirabilité sociale (Marlowe-Crowne, 1964) et l'inventaire de l'estime de soi (Battle, 1981).

Les instruments utilisés en cours de traitement sont les suivants : le questionnaire sur les stades de motivation lors du traitement (URICA; Prochaska et Di Clemente, 1982); l'échelle d'alliance thérapeutique de Californie (CALPAS; Marmar et Gaston, 1988); l'échelle d'environnement familial (Billing et Moos, 1984); l'échelle d'environnement de travail (Billing et Moos, 1984) et le questionnaire sur le climat social dans le groupe (Moos, 1974).

Enfin, deux variables contrôles seront considérées : 1) le type de traitement suivi (traitement cognitivo-comportemental versus mixte); 2) le fait d'avoir ou non terminé le programme de traitement.

CHAPITRE TROISIÈME

3. Présentation des résultats

3.1. Analyses descriptives

La période de suivi pour cette étude est d'environ cinq ans. Bien que l'échantillon initial soit composé de 299 agresseurs sexuels adultes, puisque certaines données sont manquantes au sujet de la récurrence, plusieurs sujets ne sont pas considérés dans les analyses. La lecture du tableau 1 sur les fréquences des variables dépendantes permet d'ailleurs de constater que l'information sur la récurrence n'est disponible que pour 257 des 299 sujets et que les taux de récurrence sexuelle, violente et générale sont assez faibles. À peine 5,4 % (N=14) des sujets ont commis une récurrence sexuelle et 10,5 % (N=27), une récurrence violente. La proportion de sujets ayant commis une récurrence générale est légèrement supérieure, soit de 18,7 % (N=48). Dans le cadre de notre mémoire, seules les récurrences de nature violente et générale seront considérées, le taux de base de récurrence sexuelle étant trop faible pour qu'on puisse effectuer des analyses statistiques. Hormis le tableau 1 qui présente les fréquences des trois variables dépendantes à l'étude, les tableaux produits pour les analyses bivariées et multivariées ne concerneront que les récurrences violentes et générales. Pour l'ensemble des analyses statistiques, le logiciel SPSS a été utilisé.

Tableau 1. Fréquence des variables dépendantes

	Récurrence N (%)	Non-récurrence N (%)	N
Récurrence sexuelle	14 (5,4 %)	243 (94,5 %)	257
Récurrence violente	27 (10,5 %)	230 (89,4 %)	257
Récurrence générale	48 (18,7 %)	209 (81,3 %)	257

Les individus qui composent cette base de données ont tous commis au moins une infraction de nature sexuelle, celle-ci ayant été planifiée au préalable pour la majorité de ces délinquants. La consommation d'alcool ou de drogues n'était pas nécessairement présente au moment pré-délictuel. Des affects de calme et de bien-être ainsi que de solitude et d'ennui ont été les plus rapportés par les délinquants avant la commission du délit, suivi d'un sentiment d'excitation sexuelle au moment de l'abus et d'un sentiment de honte, de culpabilité et de regret suite à l'abus. Les victimes, davantage de sexe féminin, étaient majoritairement âgées de moins de 18 ans; bon nombre d'entre elles avaient près de 7 ans au moment de l'abus. La plupart des victimes étaient des connaissances de l'agresseur, à savoir principalement un père biologique ou adoptif, un beau-père ou un membre de la famille élargie. Les agresseurs étaient pour la plupart célibataire ou en union de fait au moment de la commission de l'abus. Sur l'ensemble des délinquants qui composent la base de données, près du trois quart ont complété un programme de traitement, celui-ci étant de nature « mixte » pour la plupart.

3.2. Analyses bivariées

Tous les instruments prétraitement et en cours de traitement ne sont pas inclus dans les analyses finales. Une première étape des analyses statistiques a consisté à effectuer des analyses bivariées (test T pour groupes indépendants) pour chacune des échelles et sous-échelles. Les résultats obtenus par l'entremise de ces analyses ont permis de sélectionner les variables (seulement les échelles des instruments prétraitement et en cours de traitement) pour lesquelles des différences entre les récidivistes et les non-récidivistes ont été obtenues. De ce fait, plusieurs échelles des instruments ont été retirées des analyses.

Par ailleurs, étant donné le nombre important de données manquantes, dans le but de maximiser le nombre de résultats significatifs et de conserver le plus de sujets possible, il a été jugé préférable de ne retenir, dans la majorité des cas, que les scores totaux pour les instruments prétraitement qui présentent plusieurs sous-échelles. Pour les instruments en cours de traitement, seuls les scores pour les premières évaluations ont été considérés, les évaluations suivantes regroupant de moins en moins de sujets. Les tableaux 2 (récidive

violente) et 3 (récidive générale) présentent les données portant sur les analyses bivariées (test T pour groupes indépendants) pour les variables présentant des différences significatives au sujet de la récidive violente et générale.

Tableau 2. Analyses bivariées : Récidive violente

	Récidive			Non-récidive			<i>P</i>
	N	Moy.	É. t.	N	Moy.	É. t.	
INSTRUMENTS PRÉTRAITEMENT							
Inventaire de propension à la colère – Buss et Perry							
- Total	20	77,65	20,76	187	68,35	19,06	0,04
Index de réactivité interpersonnelle – Davis							
- Total	23	57,65	11,05	209	65,81	11,20	0,001
Inventaire de l'estime de soi – Battle							
- Estime de soi sociale	22	4,32	1,81	195	5,51	1,62	0,001
INSTRUMENT EN COURS DE TRAITEMENT							
Échelle d'environnement de travail – Billing et Moos							
- Cohésion avec les pairs	13	58,77	14,05	96	47,32	18,85	0,04
- Confort physique	13	66,46	12,99	96	57,10	15,32	0,04

Tableau 3. Analyses bivariées : Récidive générale

	Récidive			Non-récidive			P
	N	Moy.	É. t.	N	Moy.	É. t.	
INSTRUMENTS PRÉTRAITEMENT							
Échelle de croyances liées au viol – Bumby							
- Prétraitement	40	55,20	16,74	189	61,43	18,53	0,05
Échelle des croyances pédophiles – Bumby							
- Prétraitement	41	57,93	17,67	187	65,35	19,95	0,03
Inventaire de propension à la colère – Buss et Perry							
- Total	37	79,05	20,49	170	67,12	79,05	0,001
Index de réactivité interpersonnelle – Davis							
- Total	42	61,98	11,19	190	65,67	11,40	0,06
Inventaire clinique multiaxial de Millon (MCMI) - Millon							
- Histrionique	41	53,68	17,29	177	48,47	20,26	0,10
- Antisociale	41	59,56	19,62	177	48,26	21,07	0,002
- Compulsive	41	52,46	17,93	177	58,22	14,93	0,02
- Hypomanie	40	46,58	30,72	177	37,58	28,38	0,08
- Abus d'alcool	40	63,43	21,41	177	56,92	16,65	0,04
- Abus de drogue	40	64,65	20,61	177	56,14	18,93	0,012
Échelle de désirabilité sociale – Marlowe-Crowne							
- Total	43	10,84	4,42	186	12,67	3,98	0,008
Inventaire de l'estime de soi – Battle							
- Estime de soi sociale	40	4,75	1,92	177	5,53	1,59	0,008
INSTRUMENTS EN COURS DE TRAITEMENT							
Questionnaire sur les stades de motivation lors du traitement (URICA) – Prochaska et Di Clemente							
- Résultat maintien	28	30,00	5,86	141	28,00	5,52	0,09
Échelle d'environnement familial - Billing et Moos							
- Accent moral/religieux	26	47,77	10,00	111	52,29	11,20	0,06
Échelle d'environnement de travail – Billing et Moos							
- Participation/implication	18	57,22	7,98	91	50,02	15,90	0,006
- Cohésion avec les pairs	18	57,06	13,85	91	47,03	19,11	0,04
- Orientation des tâches	18	58,22	7,78	91	51,76	15,53	0,01
- Innovation	18	55,78	10,80	91	49,07	13,96	0,08
- Confort physique	18	65,39	12,05	91	56,80	15,54	0,03

Tel qu'indiqué précédemment en regard aux proportions de récidivistes et de non récidivistes, la lecture de ces tableaux informe bien sur le fait que davantage de sujets n'ont pas récidivé. Aussi, pour chaque type de récidive, il y a davantage de participants au niveau des instruments prétraitement; plusieurs délinquants abandonnent de manière précoce le programme de traitement entamé, ce qui a pour impact que le nombre de participants considérés pour les instruments en cours de traitement est moindre.

Parmi les instruments psychométriques retenus pour la récidive violente et générale, certains se recourent. Tout d'abord, au sujet des instruments utilisés avant le début du traitement, l'inventaire de propension à la colère selon le score total à l'échelle, l'index de réactivité interpersonnelle (empathie) selon le score total à l'échelle et l'inventaire de l'estime de soi, selon la dimension de l'estime de soi sociale, sont retenus pour chacun des deux types de récidive. Concernant les instruments utilisés en cours de traitement, les sous-échelles « cohésion avec les pairs » et « confort physique » de l'échelle d'environnement de travail sont toutes deux retenues, et ce, pour les récidives violentes et générales.

3.3. Analyses multivariées

En ce qui a trait aux analyses multivariées, des analyses de survie ont été effectuées. Selon l'analyse de survie, il est tenu pour acquis qu'un événement précis pourrait survenir au bout d'une période donnée. Cependant, il n'est pas précisé quand cet événement en question surviendra. L'événement d'intérêt dans le cadre de notre mémoire est la récidive. Il est considéré que la période de survie commence à la date de libération du sujet ou à la date de fin de traitement pour les sujets non incarcérés, et ce, jusqu'au moment où il y aura récidive. Si l'information sur la récidive indique que le sujet n'a pas commis une nouvelle offense durant la période à l'étude, alors la date de fin de collecte des données sera retenue (juin 2008).

Pour en arriver au modèle final, trois étapes ont été franchies. Pour chacune de ces étapes, seul le bloc concernant les variables contrôles est demeuré le même. Ces trois étapes d'analyse ont été faites pour chaque type de récurrence. Ainsi, au départ, les variables contrôles ont été incluses dans le premier bloc et ont été considérées selon l'utilisation de la méthode *enter*. La méthode *enter* est la plus fréquemment utilisée. Elle fait en sorte d'inclure simultanément toutes les variables (dans ce cas-ci, les deux variables contrôles) afin d'estimer le poids relatif de ces variables dans l'explication de la variance de la variable dépendante (Ouimet, 2009). Dans le second bloc ont été ajoutées toutes les variables indépendantes prétraitement qui ont préalablement été retenues à la suite des analyses bivariées. Ce deuxième bloc de variables a été considéré selon la méthode *forward*. En ayant recours à cette méthode, le modèle ne sélectionnera que les variables incluses qui sont significatives au regard de la variable dépendante, rejetant par le fait même les autres variables qui ne sont pas significatives. La deuxième étape de l'analyse de survie a aussi inclus les variables contrôles du premier bloc, sélectionnées selon la méthode *enter*. Dans le deuxième bloc, toutefois, au lieu des variables indépendantes prétraitement, celles utilisées en cours de traitement ont été incluses. Les variables en cours de traitement ont aussi été considérées selon la méthode *forward*.

Il importe ici de préciser que certaines données ne figurent pas dans les tableaux présentant les démarches initiales qui ont été effectuées pour les analyses de survie (tableaux 4, 5, 7 et 8; voir la section suivante). Effectivement, certaines données ne sont pas disponibles par le biais des tableaux de résultats obtenus avec le logiciel SPSS. Pour ces « résultats manquants », la mention « N/D » a été inscrite. En raison de la méthode *forward* qui a été utilisée dans le deuxième bloc, le modèle ne sélectionnera que les variables significatives; les autres ne seront pas incluses. Ainsi, pour ces variables non incluses, seule la signification pourra être reportée aux tableaux inclus dans le présent mémoire; les données concernant le *Wald* et le rapport de risque relatif n'étant pas disponibles. C'est donc pour cela que la mention « N/D » est inscrite à certains endroits à l'intérieur des tableaux 4, 5, 7 et 8. À l'inverse, pour les données inscrites dans les tableaux concernant le rapport de risque relatif, dans un souci d'uniformité, il a été décidé de les inscrire de sorte à ce qu'elles soient toutes supérieures à « 1 ». En ce sens, si le

résultat obtenu par l'entremise du logiciel SPSS était de « 0,676 » par exemple, le calcul « $1 / 0,676$ » a été effectué, permettant d'inscrire le résultat « 1,48 » dans le tableau. Il importe toutefois de préciser que les interprétations qui seront faites de ces données respecteront la valeur initiale obtenue par l'entremise des analyses effectuées avec le logiciel SPSS, selon que cette valeur était de moins de « 1 » ou de plus de « 1 ».

Hormis ces quelques résultats non significatifs, il n'en demeure pas moins que la réalisation de ces deux premières étapes a permis de cerner les variables indépendantes prétraitement et en cours de traitement qui sont significatives dans le cas de chaque variable dépendante. Étant donné la très faible proportion de sujets ayant commis une récidive, il n'a pas été possible d'inclure un grand nombre de variables indépendantes dans les analyses finales. En contrôlant le nombre de variables incluses, il était plus facile d'obtenir un modèle significatif et regroupant le plus de sujets possible. Ainsi, la troisième étape, soit celle où l'on présente le modèle final, a consisté à inclure les deux variables contrôles ainsi que les variables prétraitement et en cours de traitement sélectionnées à la suite des deux premières étapes; les variables significatives au seuil $p \leq 0,05$ ont été retenues. Ces variables ont été incluses dans un seul et même bloc et ont été sélectionnées selon la méthode *enter*.

3.4. Les instruments

3.4.1. Récidive violente

i. Instruments prétraitement

Au sujet de la récidive violente (incluant les délits de nature sexuelle), les instruments prétraitement qui ont été retenus à la deuxième étape de l'analyse de survie sont les suivants : le score total de l'inventaire de propension à la colère; le score total à l'index de réactivité interpersonnelle; la sous-échelle « estime de soi sociale » incluse dans l'inventaire de l'estime de soi de Battle. Le tableau 4 présente la première étape de l'analyse de survie pour la récidive violente, en fonction des **variables contrôles** et prétraitement.

Tableau 4. Analyse de survie : Récidive violente

	Récidive	Non-récidive	Rapport de risque relatif	Wald	P
- Approche thérapeutique	26	227	1,48	0,50	0,50
- Abandon du traitement	25	226	1,47	0,53	0,47
INSTRUMENTS PRÉTRAITEMENT					
Inventaire de la propension à la colère □ Beck					
- Total	20	187	N/D	N/D	0,13
Index de réactivité interpersonnelle - Davis					
- Score total	23	209	1,08	10,90	0,001**
Inventaire de l'estime de soi □ Battle					
- Estime de soi sociale	22	195	1,46	8,14	0,004**
Signification du modèle			0,173		
Khi-carré (χ^2)			3,51		

† $p \leq 0,10$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

À la lecture du tableau 4, il est aisé de constater que la proportion de sujets ayant commis une récidive de nature violente et ayant été soumis aux instruments psychométriques prétraitement est moindre si on la compare aux sujets qui n'ont pas récidivé. Effectivement, à peine une vingtaine de délinquants ont commis une récidive violente et ont été soumis à ces instruments; une majorité de délinquants n'ont pas commis de récidive violente. Au-delà de ces aspects, ce modèle ne s'avère pas significatif. Malgré ce fait, le plus puissant prédicteur parmi les instruments prétraitement concernant la récidive violente est l'index de réactivité interpersonnelle (empathie) quand on considère le score total. Le fait de présenter un score total élevé à l'index de réactivité interpersonnelle est associé à une réduction du risque probable de récidive violente. L'inventaire de l'estime de soi de Battle s'avère aussi significatif ($p \leq 0,001$), lorsqu'on prend en compte la sous-dimension de l'estime de soi sociale. Cette variable constitue aussi un important prédicteur de la récidive violente. En ce qui a trait aux **variables contrôles**, celles-ci présentent de faibles *Wald* et ne sont pas significatives. Les variables sur le score total à l'index de réactivité interpersonnelle et la sous-échelle « estime de soi sociale » incluse dans l'inventaire sur l'estime de soi de Battle présentent donc les seuls scores

statistiquement significatifs et seront les instruments utilisés pour l'élaboration du modèle final de l'analyse de survie pour la récidive violente.

ii. Instruments en cours de traitement

Au sujet des instruments en cours de traitement pour la récidive violente, seule l'échelle d'environnement de travail a été incluse dans l'analyse, plus spécialement selon la considération de ses sous-échelles « cohésion avec les pairs » et « confort physique ». Le tableau 5 présente la seconde étape de l'analyse de survie pour la récidive violente selon l'inclusion des variables contrôles et en cours de traitement.

Tableau 5. Analyse de survie : Récidive violente

	Récidive	Non-récidive	Rapport de risque relatif	Wald	P
- Approche thérapeutique	26	227	3,13	1,15	0,28
- Statut du traitement	25	226	7,94	8,07	0,005**
INSTRUMENT EN COURS DE TRAITEMENT					
Échelle d'environnement de travail – Billing et Moos					
- Cohésion avec les pairs	13	96	1,07	5,47	0,02*
- Confort physique	13	96	N/D	N/D	0,91
Signification du modèle			0,02*		
Khi-carré (χ^2)			7,55		

† $p \leq 0,10$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Contrairement au modèle précédent portant sur les variables contrôles et prétraitement, ce modèle-ci est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$). Cette information confirme que les variables incluses dans le modèle sont pertinentes pour expliquer la variable à l'étude. Le plus fort prédicteur se trouve parmi les variables contrôles, à savoir le statut du traitement (complété ou non). À cet égard, le fait de ne pas terminer le programme de traitement augmente de 7,94 fois les probabilités qu'une récidive violente soit commise. Enfin, il est possible d'observer que seule la sous-échelle « cohésion avec les pairs » de l'échelle d'environnement de travail est significative ($p \leq 0,05$), et donc, seule cette variable en

cours de traitement sera reprise dans le modèle final de l'analyse de survie pour la récurrence violente; les variables contrôles étant automatiquement reprises, et ce, peu importe qu'elles soient significatives ou non.

iii. Modèle final de l'analyse de survie

À partir des modèles présentés aux tableaux 4 et 5, les variables significatives ont été reprises pour effectuer le modèle final de l'analyse de survie pour la récurrence violente. Ce modèle est illustré au tableau 6.

Tableau 6. Analyse de survie : Récurrence violente (modèle final)

	Récurrence	Non-récurrence	Rapport de risque relatif	Wald	P
- Approche thérapeutique	26	227	2,84	0,94	0,33
- Abandon du traitement	25	226	4,26	2,85	0,09 [†]
INSTRUMENTS PRÉTRAITEMENT					
Index de réactivité interpersonnelle - Davis					
- Score total	23	209	1,04	1,78	0,18
Inventaire de l'estime de soi □ Battle					
- Estime de soi sociale	22	195	1,02	0,01	0,91
INSTRUMENT EN COURS DE TRAITEMENT					
Échelle d'environnement de travail – Billing et Moos					
- Cohésion avec les pairs	13	96	1,07	5,47	0,02*
Signification du modèle			0,01**		
Khi-carré (χ^2)			14,78		

[†] $p \leq 0,10$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

En observant le tableau 6 sur le modèle final de l'analyse de survie pour la récurrence violente, il est aisé de constater que le modèle est significatif au seuil $p \leq 0,01$. Toutefois, seule la variable indépendante en cours de traitement concernant l'échelle d'environnement de travail et plus spécialement la sous-échelle « cohésion avec les pairs » est significative au seuil $p \leq 0,05$. Cette variable constitue d'ailleurs le plus fort

prédicteur de la récidive violente. La dimension « cohésion avec les pairs », qui fait partie de l'aspect relationnel, réfère à la capacité des employés d'être amicaux, solidaires et d'offrir leur soutien à leurs collègues de travail (Baker *et al.*, 1992). À cet égard, il appert que le risque relatif d'une récidive violente augmente de 1,07 fois lorsque le délinquant se trouve dans un milieu de travail où il n'y a pas beaucoup de cohésion et d'adhésion entre les membres de l'équipe de travail.

Par ailleurs, les variables contrôles incluses au tableau 6 nous informent que l'approche thérapeutique (traitement cognitivo-comportemental versus mixte) n'est pas reliée à la récidive violente. Il semble que peu importe la nature du suivi entamé, celle-ci n'a pas d'impact particulier sur le risque qu'une récidive violente se produise. Le statut du traitement, à savoir qu'il est complété ou non, peut toutefois avoir une certaine incidence en ce qui a trait à la récidive violente. Cependant, pour statuer sur ce sujet, un seuil marginalement significatif de 0,10[†] doit être considéré. Ainsi, le risque d'une récidive violente (incluant sexuelle) se voit augmenté de 4,26 fois lorsque le délinquant ne mène pas à terme un programme de traitement entamé. L'achèvement d'un programme de traitement, et ce, peu importe sa nature, constitue donc un facteur de protection et de prévention intéressant en vue de contrer la récidive violente.

3.4.2. Récidive générale

i. Instruments prétraitement

En ce qui a trait à la récidive générale, les instruments prétraitement qui ont été inclus dans l'analyse de survie sont les suivants : le score total à l'échelle des croyances pédophiles de Bumby; le score total à l'échelle de propension à la colère; quatre sous-échelles de l'instrument MCMI, à savoir la sous-dimension de la personnalité antisociale et compulsive, l'abus de drogue et l'abus d'alcool; le score à l'échelle de désirabilité sociale; la sous-échelle de l'estime de soi sociale de l'inventaire de l'estime de soi de Battle. Le tableau 7 présente les données de l'analyse de survie pour la récidive générale en fonction de l'inclusion initiale des variables contrôles et prétraitement.

Tableau 7. Analyse de survie : Récidive générale

	Récidive	Non-récidive	Rapport de risque relatif	Wald	P
- Approche thérapeutique	47	206	1,34	0,55	0,46
- Abandon du traitement	45	206	2,50	5,16	0,02*
INSTRUMENTS PRÉTRAITEMENT					
Échelle des croyances pédophiles □ Bumby					
- Score prétraitement	41	187	1,03	4,51	0,03*
Inventaire de la propension à la colère □ Beck					
- Total propension colère	37	170	N/D	N/D	0,56
Inventaire clinique multiaxial de Million (MCMI) - Millon					
- Antisociale	41	177	1,02	3,80	0,05*
- Personnalité compulsive	41	177	1,03	4,74	0,03*
- Abus d'alcool	41	177	N/D	N/D	0,77
- Abus de drogue	41	177	N/D	N/D	0,88
Échelle de désirabilité sociale – Marlowe-Crowne					
- Total	43	186	N/D	N/D	0,58
Inventaire d'estime de soi □ Battle					
- Estime de soi sociale	40	177	N/D	N/D	0,07 [†]
Signification du modèle	0,008**				
Khi-carré (χ^2)	9,56				

[†] $p \leq 0,10$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

De prime abord, il est intéressant d'observer que le modèle présenté est statistiquement significatif au seuil $p \leq 0,01$. Les variables incluses dans le modèle sont donc pertinentes et permettent bien de prédire le sujet d'intérêt, à savoir la récidive générale (tous types de crimes confondus). Par ailleurs, de manière semblable aux données retrouvées dans les tableaux précédents pour la récidive violente, l'approche thérapeutique (cognitivo-comportemental versus mixte) n'est pas non plus un prédicteur pertinent pour la récidive générale. Le type de traitement suivi n'a semble-t-il pas d'impact sur le fait qu'il y ait ou non commission d'une récidive générale. Néanmoins, le statut du traitement (complété ou non) est ici significatif au seuil $p \leq 0,05$. De prime abord, compléter un programme de

traitement est susceptible de protéger d'une récidive; le risque relatif d'une récidive augmente d'un facteur de 2,50 lorsque le sujet abandonne le programme de traitement entamé.

Concernant les variables indépendantes prétraitement liées à la récidive générale, quelques-unes sont significatives au seuil $p \leq 0,05$. C'est le cas pour le score prétraitement de l'échelle des croyances pédophiles de Bumby ainsi que pour les sous-échelles des personnalités compulsives et antisociales de l'inventaire clinique multiaxial de Millon (MCMI). De ces trois variables, la personnalité compulsive du MCMI constitue le plus fort prédicteur de la récidive générale. Ainsi, le fait pour le délinquant sexuel de présenter une personnalité compulsive réduit de 1,03 fois les risques de récidive générale. À l'inverse, le fait d'avoir une personnalité antisociale augmente de 1,02 fois les risques qu'une récidive générale soit commise.

ii. Instruments en cours de traitement

Concernant les instruments en cours de traitement pour la récidive générale, seules les échelles d'environnement familial et d'environnement de travail étaient significatives pour les sous-échelles suivantes : pour l'échelle d'environnement familial, la sous-dimension « accent moral et religieux » a été retenue; pour l'échelle d'environnement de travail, les sous-échelles « participation/implication », « cohésion avec les pairs », « orientation des tâches » et « confort physique » ont été retenues. Le tableau 8 présente les résultats obtenus à la suite de l'analyse de survie réalisée pour la récidive générale, en fonction des variables contrôles et en cours de traitement.

Tableau 8. Analyse de survie : Récidive générale

	Récidive	Non-récidive	Rapport de risque relatif	Wald	P
- Approche thérapeutique	47	206	1,26	0,12	0,73
- Abandon du traitement	45	206	3,37	3,89	0,05*
INSTRUMENT EN COURS DE TRAITEMENT					
Échelle d'environnement familial - Billing et Moos					
- Accent moral et religieux	26	111	N/D	N/D	0,35
Échelle d'environnement de travail – Billing et Moos					
- Participation/implication	18	91	N/D	N/D	0,76
- Cohésion avec les pairs	18	91	N/D	N/D	0,54
- Orientation des tâches	18	91	N/D	N/D	0,55
- Confort physique	18	91	1,05	4,07	0,04*
Signification du modèle			0,16		
Khi-carré (χ^2)			3,62		

† $p \leq 0,10$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Dans l'ensemble, ce modèle n'est pas statistiquement significatif. Seules deux variables sont significatives si on considère un seuil de $p \leq 0,05$. Tout comme pour la récidive violente, le fait de compléter un traitement constitue un facteur de protection quant à la récidive générale. La sous-échelle « confort physique » de l'échelle d'environnement de travail constitue le plus fort prédicteur de la récidive générale. Cette sous-échelle rend compte du fait que l'environnement de travail contribue à procurer un milieu qui soit agréable et paisible pour l'individu (Baker *et al.*, 1992). Le fait de ne pas être à l'aise dans son environnement de travail augmente le risque relatif d'une récidive générale.

iii. Modèle final de l'analyse de survie

Brièvement, en observant le tableau 9 sur le modèle final de l'analyse de survie pour la récidive générale, il est possible de constater que le modèle est significatif ($p \leq 0,001$). Cette information nous permet de confirmer qu'il est possible de prédire la récidive générale à l'aide des variables contrôles et indépendantes incluses dans les analyses.

Comme nous l'avons déjà signalé, le taux de récidive générale étant légèrement supérieur à celui de la récidive violente (18,7 % contre 10,5 %), il n'est pas surprenant de retrouver plus de données significatives pour ce type de récidive. Les variables incluses dans le modèle sont significatives; les variables prétraitement le sont en fonction du seuil de signification $p \leq 0,01$, la variable en cours de traitement l'est en fonction du seuil $p \leq 0,05$.

Tableau 9. Analyse de survie : Récidive générale (modèle final)

	Récidive	Non-récidive	Rapport de risque relatif	Wald	P
- Approche thérapeutique	47	206	1,49	0,31	0,58
- Abandon du traitement	45	206	5,15	7,60	0,006**
INSTRUMENTS PRÉTRAITEMENT					
Échelle de croyances pédophiles <input type="checkbox"/> Bumby					
- Score prétraitement	41	187	1,06	6,93	0,008**
Inventaire clinique multiaxial de Millon					
- Personnalité compulsive	41	177	1,05	8,40	0,004**
INSTRUMENT EN COURS DE TRAITEMENT					
Échelle d'environnement de travail – Billing et Moos					
- Confort physique	18	91	1,05	4,56	0,03*
Signification du modèle	0,000***				
Khi-carré (χ^2)	23,37				

† $p \leq 0,10$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Fait intéressant, outre la variable de l'approche thérapeutique qui n'établit pas de lien significatif avec la récidive générale, les autres variables incluses dans l'analyse représentent des prédicteurs de la récidive générale. Le plus puissant prédicteur de la récidive générale est la personnalité compulsive mesurée par le MCMI, suivi de près par le statut du traitement (complété ou non). Comme nous l'avons mentionné précédemment, le fait de présenter un trait de personnalité compulsif réduit les risques probables de récidive générale. À l'inverse, le fait de ne pas compléter le programme de

traitement entamé, l'adhésion à des croyances pédophiles et l'inconfort ressenti dans son milieu de travail s'avèrent tous des facteurs susceptibles de se retrouver chez un individu qui commet une récidive et ce, peu importe la nature du délit commis.

3.5. Synthèse des résultats

En ce qui a trait aux variables contrôles utilisées pour mener à bien les analyses de survie, deux ont été retenues : 1) l'approche thérapeutique (cognitivo-comportementale versus mixte); 2) le statut du traitement (abandon précoce versus réussite). Les données pour les deux types de récidives sont les mêmes. Tant pour la récidive violente que générale, peu importe la nature du suivi thérapeutique entamé, cela n'est pas en lien avec la probabilité qu'une récidive ait lieu. En ce qui a trait au statut du traitement, pour chacune des récidives, le fait de ne pas mener à terme le programme entamé augmente systématiquement la probabilité qu'une nouvelle offense soit commise. Le fait de compléter le traitement constitue donc un facteur de protection intéressant puisqu'il permet d'outiller convenablement le délinquant pour faire face aux risques de récidive qui se présenteront éventuellement à lui, qu'il l'amène à reconnaître par lui-même la séquence événementielle le menant d'ordinaire à la commission d'une infraction et qu'il offre la possibilité au délinquant de maintenir ses acquis au fil du temps (ou du moins, il l'aide à maintenir ses acquis pour une période de temps donnée).

En ce qui concerne les variables indépendantes prétraitement, celles qui ont été retenues pour la récidive violente et la récidive générale ne sont pas les mêmes. Lorsqu'il est question de la récidive violente, les variables retenues ne sont pas significatives; à l'inverse, celles retenues pour la récidive générale le sont ($p \leq 0,01$). Au regard des variables indépendantes en cours de traitement, pour chacune des récidives, l'échelle d'environnement de travail est présente dans le modèle final de l'analyse de survie. Or, les sous-échelles retenues ne sont pas les mêmes. Pour la récidive violente, la dimension « cohésion avec les pairs » est significative ($p \leq 0,05$), et pour la récidive générale, la dimension « confort physique » est significative ($p \leq 0,05$).

CHAPITRE QUATRIÈME

4. Interprétation des résultats

La recherche actuelle sur le sujet de la récidive chez les agresseurs sexuels avait pour but d'apporter des précisions au regard des prédicteurs dynamiques stables les plus étroitement liés à ce type de criminalité. Les prédicteurs dynamiques étant des facteurs proximaux du passage à l'acte, il importe de poursuivre leur étude afin de toujours continuer à approfondir l'état des connaissances sur ce sujet. Malgré cette importance, force est de constater que malgré la quantité innombrable d'études menées sur la récidive sexuelle, nombre d'entre elles portent uniquement ou quasi uniquement sur des prédicteurs statiques.

Notre démarche initiale prévoyait d'effectuer des analyses de survie en tenant compte de trois types de récidive : 1) sexuelle; 2) violente; 3) générale. Pour ce faire, une base de données composée de 299 délinquants sexuels âgés de plus de 18 ans, de sexe masculin, ayant été soumis à une batterie de tests psychométriques avant leur traitement et pendant celui-ci et pour lesquels une multitude d'informations tant de nature statique que dynamique ont été recueillies, a été utilisée.

4.1. Population à l'étude et taux de récidive

De prime abord, bien qu'elle soit composée de délinquants ayant tous commis au moins une infraction sexuelle, il importe de signaler que l'échantillon de la présente étude est plutôt restreint (N=299); il l'est d'autant plus lorsqu'il est comparé à d'autres études similaires qui ont utilisé des échantillons de délinquants sexuels plus importants. C'est entre autres le cas de l'étude de Harris et Hanson (2004) qui regroupait 4 724 délinquants sexuels, ou encore, celle de Quinsey et ses collègues (1995), qui était composée de 4 483 agresseurs sexuels d'enfants et de 458 violeurs. Malgré tout, d'autres études ont été réalisées avec des échantillons plus restreints et ont tout de même présenté des résultats intéressants et en accord avec ceux obtenus dans des études portant sur de plus vastes

échantillons. Entre autres, l'étude menée par Dupré (2004) portait sur un échantillon de délinquants sexuels composé de seulement 27 récidivistes et de 29 non-récidivistes. Cette étude a quand même produit des résultats similaires à ceux obtenus dans une étude antérieure menée par Hanson et Harris (2000).

Ensuite, de faibles taux de récidive sexuelle, violente et générale ressortent de la présente étude. Nous croyons qu'en ayant eu accès à une base de données constituée de plus de délinquants sexuels et, surtout, comportant moins de données manquantes au sujet de la récidive, sans doute aurions-nous obtenu des taux de récidive supérieurs. En outre, davantage d'analyses statistiques auraient pu être effectuées afin d'explorer plus en profondeur la question des prédicteurs dynamiques stables, et ce, sous divers angles.

i. Taux de récidive sexuelle

La présente étude révèle un très faible taux de récidive sexuelle. Ainsi, on obtient à peine 5,4 % de récidive sexuelle, ce qui représente un seuil en deçà de ce qui a déjà été obtenu dans des études antérieures sur le sujet. Effectivement, la littérature en criminologie nous informe que des taux variant entre 10 et 15 % de récidive sexuelle sont rapportés dans des études sur le sujet de la délinquance sexuelle (Hanson *et al.*, 2007). Plus précisément, une étude portant sur une période de suivi moyenne de quatre à cinq années présente un taux de 13,4 % de récidive sexuelle (Hanson et Bussière, 1998); une étude subséquente obtient un taux officiel de récidive sexuelle de 14 % pour une période de suivi comparable (Harris et Hanson, 2004). Lorsque les types de délinquants sexuels sont considérés séparément, on note des taux de récidive sexuelle moyens de 12,7 % chez les agresseurs sexuels d'enfants et de 18,9 % chez les violeurs (Hanson et Bussière, 1998). De manière similaire, Proulx, Tardif et leurs collègues (2000) rapportent des taux de récidive sexuelle de 13 % pour les agresseurs sexuels d'enfants et de 21,2 % pour les violeurs, et ce, sur une période de suivi de 5,3 années (Proulx, Tardif *et al.*, 2000).

Nonobstant, les taux de récidive obtenus dans la présente étude sont inférieurs à ceux obtenus dans les études antérieures et ce, pour diverses raisons. Lors de ces dernières études, les sujets ont suivi des traitements qui se voulaient moins efficaces en termes de résultats, de sensibilisation et de prévention de la récidive, contrairement aux traitements récents auxquels les sujets de notre étude ont pu participer. Dans le cadre de la présente étude, les sujets ont eu un suivi dans la communauté qui reposait sur les résultats de la recherche sur les prédicteurs de la récidive. Par conséquent, ils ont bénéficié d'un suivi plus serré et donc, ils présentaient un risque de récidive moindre comparativement aux sujets d'études antérieures qui ne bénéficiaient pas d'un tel suivi et encadrement.

ii. Taux de récidive violente

Concernant la récidive violente (incluant ou non les actes sexuels), la présente étude parvient à un taux de récidive de 10,5 %. Tout comme pour la récidive sexuelle, le taux de base pour la récidive violente demeure inférieur aux taux obtenus dans le cadre d'études sur la récidive. Dans une méta-analyse de Hanson et Bussière (1998), et bien que cette donnée ne coïncide pas en tous points avec nos paramètres selon la nature de l'infraction considérée (leur taux réfère uniquement aux délits violents non sexuels, tandis que le taux de la présente étude (10,5%) concerne les délits violents incluant ou non les infractions sexuelles), un taux général de 12,2 % de récidive violente non sexuelle a été obtenu. Maintenant, d'une manière plus précise selon les types de délinquants sexuels, des taux moyens de récidive violente de 9,9 % chez les agresseurs sexuels d'enfants et de 22,1 % chez les violeurs de femmes ont été trouvés (Hanson et Bussière, 1998). Ces derniers taux peuvent davantage être comparés au taux qui ressort de la présente étude. Il est effectivement intéressant de constater que le taux de récidive violente de notre étude (10,5 %) se rapproche de celui des agresseurs sexuels d'enfants (9,9 %) de l'étude de Hanson et Bussière (1998). Somme toute, notre étude compte un pourcentage important de sujets qui ont commis des agressions sexuelles envers des enfants, ce pourquoi le taux de récidive violente est moindre et ce, en comparaison d'un échantillon dans lequel les agressions sexuelles seraient majoritairement commises envers des femmes.

iii. Taux de récidive générale

Le taux de récidive générale (16 %; N=48; tous types de crimes confondus) obtenu dans la présente étude est supérieur aux taux trouvés pour la récidive sexuelle (5,4 %) et violente (10,5 %). Toutefois, force est de constater que ce taux est tout de même inférieur aux taux obtenus dans des études antérieures sur le sujet. Effectivement, une étude portant sur une période de suivi de quatre à cinq années présente un taux moyen de récidive générale de 36,3 % (Hanson et Bussière, 1998). D'une manière plus spécifique selon la distinction entre types de délinquants sexuels, des taux moyens de 36,9 % chez les agresseurs sexuels d'enfants et de 46,2 % chez les violeurs sont associés à la récidive générale.

4.2. Les troubles de la personnalité et la récidive

Les troubles de la personnalité sont des facteurs dynamiques qui ont un effet sur la chaîne délictuelle. Ils peuvent être modifiés à l'intérieur d'un laps de temps plus ou moins long, d'autant plus lorsque le traitement employé convient à la problématique en place. Il est donc légitime d'espérer qu'un changement durable et réel survienne chez un délinquant sexuel chez qui les troubles de la personnalité ont été traités adéquatement. De ce fait, il peut y avoir un impact direct sur la diminution du risque probable de récidive post-traitement (Proulx, Pellerin *et al.*, 1997). L'établissement de profils de personnalité précis peut être une étape essentielle pour organiser les procédures d'évaluation, planifier les programmes de traitement et déterminer les facteurs de récidive propres à la population des délinquants sexuels (Knight, 1985). À cet égard, des instruments psychométriques ont été élaborés afin de préciser la personnalité des délinquants. L'un de ces instruments est l'Inventaire clinique multiaxial de Millon (MCMI). Cet instrument est un dérivé d'un modèle théorique de personnalité et de psychopathologie. Il s'inspire des syndromes cliniques de l'axe I et les troubles de la personnalité de l'axe II du DSM (Dompierre, 2000).

La littérature sur la criminologie nous apprend que l'incidence des troubles de la personnalité est relativement élevée chez les délinquants sexuels, particulièrement

chez les violeurs. En fonction de la nature de leur trouble, les violeurs commettent des délits qui diffèrent selon le degré de coercition et de violence physique utilisé lors de la commission de l'infraction (Dompierre, 2000). À cet égard, d'ailleurs, une étude (Proulx, Aubut *et al.*, 1994) avance que 98 % des violeurs de l'échantillon présentent « au moins un résultat basal supérieur au seuil de 74 pour une des échelles du MCMI évaluant les troubles de la personnalité » (Proulx, Aubut *et al.*, 1994). Quelques années auparavant, une étude similaire (Langevin *et al.*, 1988) nous informait que 90,2 % des violeurs et des agresseurs sexuels d'enfants présentaient au moins une élévation significative à une échelle de troubles de la personnalité (Proulx, Aubut *et al.*, 1994). Ces données ne sont pas négligeables et confirment la fréquence élevée des troubles de la personnalité chez les délinquants sexuels. Elles démontrent aussi la nécessité de prendre en considération cette réalité dans l'actualisation des traitements offerts et des programmes de surveillance dans la collectivité.

i. Composante de la personnalité compulsive

Il y a plusieurs années, les chercheurs Bard et Knight (1987) ont effectué une analyse de 101 protocoles de délinquants sexuels incarcérés sur une période indéterminée étant donné le degré de dangerosité qu'ils présentaient. Leur étude portait sur un échantillon de violeurs (N=66) et de pédophiles (N=31); le comportement sexuel de ces délinquants était qualifié de compulsif et de violent. Dans ces analyses, les chercheurs ont été en mesure de déterminer quatre types de profils de personnalité. Le quatrième nous intéresse particulièrement, puisqu'il concerne entre autres la composante compulsive. Les profils de personnalité sont les suivants :

- 1) type détaché : composé équitablement de violeurs et de pédophiles; se caractérise par des élévations significatives aux échelles évitante, schizoïde et dépendante; les délinquants sont plutôt introvertis et peu enclins aux interactions sociales;
- 2) type criminel : composé de 82 % de violeurs; se caractérise par des élévations significatives aux échelles narcissique, antisociale et histrionique; ces délinquants présentent une personnalité confiante, ne supportent pas

l'autorité et privilégient le contrôle et la manipulation d'autrui pour arriver à leurs fins);

3) type colérique : caractérisé par des élévations aux échelles antisociale et passive-agressive; ces délinquants ressentent une animosité envers la société, croyant que celle-ci les a maltraités. Cette impression de trahison fait en sorte qu'ils tendent à adopter une attitude colérique dans leurs rapports interpersonnels, commettant plus de délits de nature agressive que sexuelle;

4) type sain : malgré l'absence d'élévation significative aux échelles, de petites tendances se présentent tout de même aux échelles suivantes : désirabilité sociale, compulsive, histrionique et narcissique. Même si ces traits ne sont pas prédominants, le délinquant de ce type n'est pas pour autant adapté; les délits perpétrés tendent à être planifiés au lieu d'être impulsifs; des antécédents d'inceste sont souvent présents durant l'enfance, se traduisant souvent à l'âge adulte en une conception singulière de la sexualité et des relations interpersonnelles (Bard et Knight, 1987; Dompierre, 2000).

L'une des données obtenues dans notre modèle final de l'analyse de survie pour la récidive générale est que la composante de la personnalité compulsive du MCMI est significative. En effet, les récidivistes obtiennent une moyenne inférieure à l'échelle de la personnalité compulsive du MCMI de Millon que les non-récidivistes; ces derniers ayant plutôt le trait de la personnalité compulsive. Les récidivistes tendent donc à être moins compulsifs que les non-récidivistes. Ce trait de personnalité ne dominant pas, les récidivistes sont alors moins soucieux de respecter les règles, ce qui contribue directement à augmenter les probabilités d'une récidive générale. Selon l'information présentée dans certaines études (Schechory et Ben-David, 2005; Craig *et al.*, 2006), il semble que les agresseurs sexuels d'enfants et les violeurs présentent des traits de la personnalité obsessionnelle-compulsive, et ce, davantage que les délinquants violents (Schechory et Ben-David, 2005; Craig *et al.*, 2006). Chez les délinquants sexuels qui ont un trait compulsif, cet aspect concerne davantage les idées obsédantes et récurrentes, et ce, qu'elles soient ou non suivies d'un passage à l'acte. D'ordinaire, ces idées génèrent beaucoup d'anxiété chez l'individu. Bien que souvent

celui-ci puisse être conscient du caractère inadéquat de ses pensées, le passage à l'acte peut parfois s'avérer la seule issue possible pour soulager les tensions vécues et, de ce fait, éliminer les pensées obsédantes en question. À l'inverse, le fait que la composante compulsive soit moins présente peut avoir pour impact de désinhiber l'individu, l'amenant plus facilement à la commission d'une infraction criminelle. Bien entendu, l'individu de nature compulsive sera plus « compulsif » en raison de son désir de respecter les règles à la lettre. Pour cet individu, la commission d'une infraction va donc à l'encontre de son principe de respect des lois.

Malgré tout, dans une étude plus récente (Dompierre, 2000) qui avait pour objectif de déterminer statistiquement des profils de personnalité homogènes dans un échantillon de délinquants sexuels évalués lors d'une période présentencielle à l'aide du MCMI, les résultats montraient entre autres que certaines échelles n'avaient pas la capacité de différencier significativement les groupes de délinquants sexuels. Parmi ces échelles se trouvait notamment l'échelle compulsive (Dompierre, 2000).

ii. Composante de la personnalité antisociale et impulsive

Les études en délinquance sexuelle accordent beaucoup d'intérêt à la composante antisociale en tant que prédicteur important de la récidive sexuelle (Hanson et Bussière, 1998). La personnalité antisociale est fortement liée au risque probable de commettre une infraction. Selon la distinction entre les deux types de délinquants sexuels, il s'avère que les violeurs présentent une orientation antisociale beaucoup plus prononcée et définie que les agresseurs sexuels d'enfants (Hanson et Harris, 1998). Les individus qui ont une personnalité antisociale ont de la difficulté à se conformer aux normes sociales définissant les comportements licites, ils ne vivent habituellement pas de remords ni de culpabilité par rapport à leurs gestes d'abus, ont des comportements d'impulsivité qui se caractérisent notamment par des modes de réaction agressifs qui s'actualisent fréquemment dans des conflits et des agressions envers autrui.

L'aspect de la violence y est donc pour beaucoup chez les récidivistes. Particulièrement chez les violeurs, ceux qui récidivent tendent à commettre des délits sexuels, mais surtout, ils commettent davantage de délits de nature violente (Rice *et al.*, 1990). À cet égard, il est intéressant de constater que les récidivistes sexuels infligeraient davantage de blessures et de mauvais traitements à leurs victimes (Proulx, Tardif *et al.*, 2000). L'actualisation de comportements de violence porte largement préjudice aux victimes. L'impulsivité prévaut aussi chez les délinquants qui récidivent, au sens où chez ceux qui présentent des comportements d'impulsivité, le risque qu'ils commettent une récidive violente est augmenté (Prentky *et al.*, 1995). Il en est de même concernant la récidive sexuelle. Effectivement, les délinquants qui présentent des problèmes généraux de maîtrise de soi sont plus portés que ceux qui ont un mode de vie plus stable à commettre des infractions à caractère sexuel. Les problèmes de maîtrise de soi comprennent notamment des mesures de l'instabilité du mode de vie et de l'impulsivité (Hanson et Bussière, 1998). Ainsi, le manque de persévérance, l'absence de préméditation (c.-à-d. ne pas être en mesure de prévoir les conséquences avant la commission d'une infraction), la recherche de sensations par le biais d'expériences nouvelles et l'impossibilité d'inhiber une réponse ou un comportement particulier suite à une stimulation (ex. : accès à une victime) sont des caractéristiques qui définissent bien le comportement d'impulsivité. L'impulsivité faisant que le comportement est susceptible de changer rapidement se rapporte aux prédicteurs dynamiques.

La présente étude suggère que la composante de la personnalité antisociale du MCMI est un important prédicteur de la récidive générale. Cependant, ce constat ne concerne que les délinquants sexuels qui ont commis une récidive générale et qui se sont soumis aux instruments psychométriques avant d'entamer un programme de traitement. Dans la construction du modèle final, celui-ci portant à la fois sur les instruments prétraitement et en cours de traitement, la composante de la personnalité impulsive n'a pas été retenue. Étant donné la trop petite taille de l'échantillon et le fait que d'autres variables prévalaient en termes de signification concernant la récidive générale, il n'a pas été possible de considérer également la variable de la personnalité antisociale. Ainsi, le

modèle final ne donne aucune précision au regard de cette composante de la personnalité chez les délinquants sexuels concernant la récidive générale.

4.3. Échelle des croyances pédophiles

En 1963, Beck propose le terme *distorsion cognitive* pour décrire « un contenu de pensée idiosyncrasique reflétant des conceptualisations irréalistes ou déformées » (Beck, 1963). Ces pensées ne correspondent pas à ce qui est considéré comme étant la réalité objective par les personnes extérieures. Chez les délinquants sexuels, notamment, les distorsions cognitives réfèrent à des affirmations servant à nier, à minimiser, à justifier ou à rationaliser leurs comportements (Abel *et al.*, 1989). D'emblée, elles ne sont pas perçues par le délinquant comme des conséquences inhérentes à ses comportements sexuels déviants, mais davantage comme une façon logique de justifier et de maintenir ses comportements. Ainsi, les distorsions cognitives jouent un rôle de facilitateur, diminuant la responsabilité de l'agresseur et normalisant son comportement sexuel déviant. De ce fait, le délinquant se permet de poursuivre la commission d'abus sexuels sans trop ressentir de culpabilité ou d'anxiété (Vanderstukken *et al.*, 2005).

L'échelle des croyances pédophiles (Molest Scale; Bumby, 1996) est un questionnaire d'autoévaluation des distorsions cognitives propres aux agresseurs sexuels d'enfants qui comporte 38 items. Les résultats d'une étude (Bumby, 1996) sur le développement et la validation nous informent que l'échelle de croyances pédophiles présente une grande fiabilité et cohérence interne. Elle est utile pour identifier les distorsions cognitives chez les délinquants sexuels, pour évaluer l'efficacité des méthodes utilisées à l'intérieur des programmes de traitement dans le but de travailler à la « restructuration cognitive » des délinquants sexuels et elle nous informe bien sur les risques potentiels de récidive. Plus spécifiquement en ce qui concerne le traitement, des progrès thérapeutiques sont notés quant à la réduction significative des distorsions cognitives après une thérapie cognitive de trois à six mois. Toutefois, au cours des six à neuf mois suivant le début de la thérapie, la diminution des distorsions cognitives n'est plus aussi significative (Bumby, 1996).

L'échelle des croyances pédophiles de Bumby (1996) différencie significativement les agresseurs sexuels d'enfants des violeurs et des délinquants non sexuels. De fait, les agresseurs sexuels d'enfants présentent plus de distorsions cognitives que les violeurs ou les délinquants non sexuels, ces derniers obtenant des scores similaires. Les agresseurs sexuels d'enfants tendent plus à banaliser et à normaliser les activités sexuelles qu'ils entretiennent avec des enfants (Bumby, 1996; Marshall, Marshall *et al.*, 2003). Chez les incestueux, notamment, les principales motivations verbalisées pour justifier le passage à l'acte sont : 1) une gratification sexuelle; 2) un moyen de combler des besoins personnels non satisfaits; 3) une façon d'exprimer sa colère; 4) une forme de contrôle inadéquat des émotions; 5) une façon inadéquate d'exprimer l'affection et l'amour ressenti pour un enfant (Hartley, 2001).

La présente étude suggère qu'avant d'entamer un programme de traitement, soit au moment de répondre à l'échelle des croyances pédophiles, on peut penser que les délinquants sexuels qui présentent de telles croyances (distorsions cognitives) sont plus susceptibles de commettre éventuellement une récidive générale. La littérature sur le sujet va en effet dans ce sens, affirmant qu'effectivement les agresseurs sexuels d'enfants, notamment, entretiennent plus de distorsions cognitives que d'autres types de délinquants. À cet égard, le fait d'obtenir un score élevé à l'échelle des croyances pédophiles révèle une présence plus marquée de distorsions cognitives et de croyances immatures chez le délinquant sexuel en termes d'« autoresponsabilité » attribuée aux gestes d'abus sexuels perpétrés (Bumby, 1996). Les risques de récidive se voient de ce fait augmentés.

4.4. Échelle d'environnement de travail

L'échelle d'environnement de travail est un instrument qui sert à évaluer la satisfaction des employés. Elle est aussi pertinente pour clarifier les attentes des employés afin de favoriser un environnement de travail sain. L'échelle mesure le climat social au sein du milieu de travail et se divise en trois échelles : 1) l'échelle relationnelle entre collègues de travail; 2) l'échelle du dépassement personnel à l'intérieur de l'emploi; 3) l'échelle d'un

système de travail à l'intérieur duquel les routines, les règles implicites et explicites, les politiques, etc., sont dûment expliquées et connues des employés (Baker *et al.*, 1992). Chacune de ces échelles regroupe un nombre variable de sous-échelles (Baker *et al.*, 1992) :

1) L'échelle relationnelle se divise en trois sous-échelles :

- 1) « participation/implication », qui se caractérise par le degré d'engagement de l'individu dans son emploi;
- 2) « cohésion avec les pairs », qui décrit la capacité des employés d'être amicaux, solidaires et d'offrir leur soutien à leurs collègues de travail;
- 3) « soutien des superviseurs/supérieurs », qui désigne la capacité du superviseur de travail à soutenir et à encourager ses employés, et à encourager ses employés à en faire autant les uns envers les autres.

2) L'échelle du dépassement personnel se divise en trois sous-échelles :

- 1) « autonomie », qui désigne la capacité des employés à être autonomes et indépendants dans l'exécution de leurs tâches;
- 2) « orientation des tâches », qui met l'accent sur la bonne organisation et planification du travail de l'employé;
- 3) « pression au travail », désignant la pression liée au travail à accomplir.

3) L'échelle d'un système régissant le travail se divise en quatre sous-échelles :

- 1) « clarté », selon laquelle les tâches demandées à l'employé sont clairement présentées et expliquées;
- 2) « contrôle », désignant la capacité du supérieur à utiliser des stratégies de travail et à gérer la pression liée au travail de manière saine, évitant de générer la perte de contrôle chez ses employés;
- 3) « innovation », désignant la variété des approches ou les nouvelles approches utilisées à l'intérieur du travail;
- 4) « confort physique », selon lequel l'environnement de travail contribue à procurer un milieu qui est agréable et paisible.

D'ordinaire, la question relative à l'emploi est prise en considération lorsque les facteurs prédisposant à la commission d'un délit sont observés. La perte d'un emploi, la précarité de l'emploi et les problèmes réels ou perçus en lien avec l'emploi (Motiuk et Porporino, 1993; Hanson et Bussière, 1996, 1998; Hanson et Harris, 1998, 2000) sont des aspects qui, lorsqu'ils sont présents, précipiteraient la récidive ou y contribueraient largement. Chez une population de délinquants sexuels sous responsabilité fédérale, notamment, des situations défavorables comme la perte d'un emploi ont été notées (Motiuk et Porporino, 1993). Il semble aussi que l'absence d'emploi chez les agresseurs sexuels représente un important prédicteur de la fin prématurée du traitement (Rodrigue, 2000), augmentant de ce fait le risque de passage à l'acte éventuel. L'emploi étant habituellement propice à la socialisation et au développement de relations sociales, il est habituellement admis que l'individu qui ne travaille pas n'a pas beaucoup de liens sociaux ou que ceux-ci tendent à être plus superficiels. Ainsi, il est fort possible que le milieu de travail de cet individu ne lui offre que très peu de soutien social, cela étant d'autant plus vrai s'il est célibataire. N'étant pas soutenu par son milieu de travail et ses proches, vivant un manque de soutien émotif (Hanson et Morton-Bourgon, 2004), étant sujet à abandonner de manière précoce le traitement débuté, le délinquant est à plus grand risque de récidive. Également, parmi les traits antisociaux répertoriés et pour lesquels une corrélation significative avec la récidive sexuelle a été notée, l'instabilité de l'emploi est souvent relevée. L'instabilité de l'emploi est aussi une caractéristique fréquemment notée chez les délinquants persistants de manière générale. Pour finir, une problématique de toxicomanie, le fait d'être intoxiqué au moment du passage à l'acte et le fait de présenter une attitude empreinte d'hostilité figurent parmi les traits antisociaux fréquemment soulignés chez les délinquants qui commettent une récidive sexuelle (Hanson et Bussière, 1998).

L'échelle d'environnement de travail ayant pour but, rappelons-le, d'établir le degré de satisfaction que l'individu tire de son environnement de travail, présente l'un des plus forts prédicteurs de la récidive violente de notre étude. Effectivement, la sous-échelle « cohésion avec les pairs » représente le plus puissant prédicteur de la récidive violente. Le fait d'avoir un sentiment d'appartenance à son milieu de travail, de ressentir une

cohésion et une adhérence au sein de son équipe de travail, d'agir de façon à développer certains liens amicaux et de favoriser l'entraide entre collègues, sont des caractéristiques qui contribuent à ce que l'individu sente qu'il a sa place au sein de son équipe de travail. En étant proactif envers ses collègues et en se montrant disponible et aidant, il est raisonnable de croire que cela favorisera une attitude semblable envers soi. À l'opposé, l'individu qui demeure en retrait de son équipe de travail, qui manque d'intérêt envers autrui et qui ne cherche pas à approfondir ses relations professionnelles avec ses collègues risque de ne pas sentir de cohésion au sein de son milieu de travail. De ce fait, il est possible qu'en cas de besoin, cet individu ne recevra pas particulièrement de soutien de la part de ses collègues. Le fait de ne pas avoir un grand attachement à son équipe de travail ni à son milieu de travail augmente la probabilité que l'individu ne porte pas un grand intérêt au maintien de son emploi. Sans trop de regret, l'individu vivra peut-être de l'instabilité sur le plan de l'emploi, changeant constamment de milieu de travail.

Concernant la récidive générale, la sous-échelle « confort physique » en représente un important prédicteur. Néanmoins, selon cette dimension, l'environnement de travail contribuerait à procurer un milieu qui est agréable et paisible pour l'individu. En se sentant à l'aise dans son milieu de travail et en ayant l'impression que cet environnement est un milieu chaleureux et positif, il est possible que l'individu soit motivé à prendre les moyens nécessaires afin de maintenir son emploi et donc éviter de perdre accès à cet environnement. Tout comme pour la variable « cohésion avec les pairs », la variable « confort physique » y serait pour beaucoup dans le développement d'un sentiment d'appartenance au milieu de travail et envers les collègues. Aimer son travail et son environnement de travail et développer des relations saines et prosociales avec ses collègues sont des éléments qui constituent un facteur de protection important, limitant de beaucoup les risques de récidive violente et générale.

4.5. Contributions aux traitements

Il ressort que les taux de récidive sexuelle et générale chez les délinquants qui ont complété un programme de traitement sont moindres, comparativement aux délinquants

qui n'ont pas bénéficié d'un programme de traitement ou qui l'ont abandonné avant la fin (10,9 % de récidive sexuelle chez les délinquants traités versus 19,2 % chez les délinquants non traités; 31,8 % de récidive générale chez les délinquants traités versus 48,3 % chez les délinquants non traités) (Hanson, Bourgon *et al.*, 2009). Malgré ce constat, il reste que toutes les interventions ne permettent pas de réduire le risque de récidive de manière significative. Les interventions les plus efficaces sont habituellement celles qui voient à l'implication et à la participation active du délinquant, notamment chez celui qui présente un risque élevé de récidive, et ce, dans le but de l'amener à agir concrètement sur ses facteurs criminogènes (Hanson, Bourgon *et al.*, 2009). On s'attend donc à ce que les délinquants à risque élevé de récidive reçoivent un traitement plus rigoureux que les délinquants présentant un risque de récidive modéré ou faible (Bourgon et Armstrong, 2005; Cortoni et Nunes, 2005).

Au-delà de l'intensité du programme offert, une étude nous informe que pour les délinquants qui n'ont pas commis d'infractions sexuelles, les programmes suivis dans la collectivité seraient plus efficaces et concluants que ceux suivis à l'intérieur d'un établissement (Andrews et Bonta, 2006). Or, en dehors de cette étude, la littérature sur le sujet présente des résultats d'études divergents concernant les délinquants sexuels. Effectivement, dans les ouvrages traitant de la délinquance sexuelle, il semble qu'aucun fondement solide ne détermine précisément si le lieu du traitement a une incidence tangible sur le risque de récidive ultérieur (Hanson *et al.*, 2002; Lösel et Schmucker, 2005; Hanson, Bourgon *et al.*, 2009).

i. Approche thérapeutique

Plusieurs auteurs d'études se sont penchés sur la nature du traitement proposé aux délinquants sexuels. Actuellement, la majorité des programmes de traitement offerts aux délinquants sexuels sont de nature cognitivo-comportementale plutôt que de nature strictement comportementale ou psychodynamique (Lussier et Proulx, 2001). Le traitement cognitivo-comportemental contribuerait à réduire le risque de récidive chez les délinquants sexuels (Hanson *et al.*, 2002) en ciblant directement les facteurs liés aux

infractions sexuelles (Cortoni et Nunes, 2005) et en se concentrant notamment sur les besoins criminogènes (préférences sexuelles déviantes, manque d'empathie, etc.) (Di Fazio, 1999).

La présente étude fait toutefois état d'une donnée contradictoire en comparaison avec les données présentées dans la littérature concernant le type de traitement offert aux délinquants sexuels. D'ordinaire, la littérature en délinquance sexuelle fait consensus autour du fait que le traitement cognitivo-comportemental est particulièrement efficace pour travailler adéquatement à la réduction du risque de récidive, et ce, contrairement aux autres types de traitement. Or, la présente étude demeure non concluante à ce sujet. L'approche thérapeutique utilisée ne présente pas un lien significatif avec la récidive violente ou générale. Ce résultat vaut pour l'ensemble des analyses statistiques réalisées pour notre mémoire. Effectivement, en ce qui concerne toutes les étapes de l'analyse de survie pour la récidive violente et générale, à aucun moment la relation avec l'approche thérapeutique n'a été significative. Ainsi, la présente étude révèle que peu importe la nature du traitement suivi de type cognitivo-comportemental ou mixte (incluant l'approche cognitivo-comportementale et d'autres composantes telles que la thérapie de couple, l'entretien motivationnel, etc.) cela n'a aucun effet protecteur au regard de la commission éventuelle d'une infraction violente ou générale. Il n'en demeure pas moins que les traitements cognitivo-comportementaux qui présentent une solide assise, même si d'autres composantes thérapeutiques sont ajoutées à ce traitement initial (en faisant un traitement de type mixte), peuvent malgré tout être considérés efficaces. Somme toute, à la lumière des résultats obtenus dans la présente étude et en considérant ses limites, on peut difficilement généraliser le résultat lié à l'approche thérapeutique à la population qui nous intéresse, soit les délinquants sexuels.

ii. Statut inhérent du traitement

Contrairement aux données obtenues dans la présente étude au sujet de l'approche thérapeutique, celles obtenues concernant le statut du traitement sont en accord avec les données présentées dans les études qui établissent un lien entre la récidive sexuelle et le

statut du traitement. Un facteur de protection contre la commission éventuelle d'une infraction apparaît être le fait d'avoir mené à terme un programme de traitement. En effet, plusieurs études présentent des taux de récidive inférieurs chez les délinquants sexuels qui ont complété un programme de traitement comparativement à ceux qui n'en ont pas terminé un ou qui l'ont abandonné de manière précoce (Hall, 1995; Alexander, 1999; Lösel et Schmucker, 2005; Cortoni et Nunes, 2005; Hanson, Bourgon *et al.*, 2009; Marchand et Proulx, 2009). Au-delà du fait de compléter ou non le traitement, il reste qu'à la base, le manque de motivation au traitement contribue à augmenter le risque de récidive sexuelle notamment (Hanson et Bussière, 1998). L'étude actuelle nous apprend donc que le fait d'abandonner le traitement entamé constitue un important prédicteur à la fois de la récidive violente et générale. Le fait de compléter un programme de traitement et l'implication du délinquant dans ce programme constitueraient à l'inverse d'importants facteurs de protection.

iii. Implications cliniques

Les principes de l'évaluation du risque, des besoins criminogènes et du degré de réceptivité du délinquant doivent être mis de l'avant au moment de concevoir et d'appliquer un programme d'intervention. Bien que l'étude actuelle n'apporte aucune information significative au regard du type de traitement pouvant être efficace dans la réduction des risques de récidive, il n'en demeure pas moins que les programmes cognitivo-comportementaux voient d'ordinaire à respecter le principe de réceptivité. Le principe de réceptivité est respecté lorsque le traitement est approprié et adapté aux modes et capacités d'apprentissage du délinquant; plus le délinquant est réceptif au programme proposé, mieux il comprend le processus thérapeutique proposé et plus il s'y implique, moindres sont les risques qu'il abandonne de manière prématurée le traitement. À l'inverse, le délinquant qui n'est pas réceptif au traitement, qui n'a pas la capacité d'assimiler certaines notions, et donc qui n'est pas en mesure de mettre en application ses apprentissages dans son quotidien, risque d'être démotivé et d'abandonner le traitement.

Pour orienter le programme de traitement, il importe de porter une attention particulière à la capacité d'apprentissage du délinquant, au degré de remise en question et au niveau de risque qu'il présente. À cet égard, comme le présent mémoire l'a déjà souligné, un programme de traitement intensif et rigoureux devrait être imposé à un délinquant qui présente un haut degré de risque de récidive. À l'inverse, pour les délinquants qui présentent un faible risque de récidive, des objectifs visant la réintégration constructive du délinquant dans la collectivité devraient plutôt être mis de l'avant, et ce, étant donné qu'il ne faut pas s'attendre à une diminution marquée du taux de récidive chez ces délinquants (Hanson, Bourgon *et al.*, 2009). Qui plus est, les délinquants sexuels qui se conforment minimalement au suivi sans présenter une réelle collaboration, qui utilisent la manipulation, qui mentent ou manquent de transparence au regard de leur situation actuelle ou passée, devraient faire l'objet d'une attention plus particulière en ce qui concerne leur implication dans le programme de traitement et la période de surveillance dans la collectivité. Les délinquants qui ne collaborent pas refusent d'examiner leur problématique de plus près. Ainsi, ils ne travaillent pas assidûment sur leurs difficultés, que ce soit leurs fantasmes sexuelles déviantes, leur capacité à gérer et à maîtriser leur colère, leurs valeurs délinquantes, etc. (Quesnel, 2007). Cette réalité explique en partie pourquoi les taux de récidive sont supérieurs pour les délinquants qui ne s'impliquent pas sérieusement dans leur suivi ou un programme de traitement, comparativement aux délinquants qui sont soucieux de travailler sur leur problématique, et donc qui s'appliquent à utiliser activement les mesures d'aide qui leur sont offertes.

Par ailleurs, il serait nécessaire de porter une plus grande attention au principe des besoins criminogènes, ceux-ci représentant les facteurs liés aux comportements du délinquant et au passage à l'acte. Il s'agit ici de facteurs dynamiques. Dans la mise en œuvre d'un programme de traitement d'autant plus que le fait de compléter le traitement réduit de manière significative les risques de récidive il est essentiel de mettre davantage l'accent sur ces facteurs proximaux du passage à l'acte. Il est nécessaire de prendre en considération, par exemple, les traits de personnalité du délinquant (notamment les traits antisociaux et d'impulsivité), le fait que cet individu puisse présenter des distorsions cognitives et des attitudes favorables aux agressions sexuelles (ex. : score élevé à

l'échelle de croyances pédophiles, Bumby, 1996) et la possibilité qu'il présente certaines lacunes au regard de sa capacité d'établir des relations sociales positives et saines et une certaine instabilité sur le plan de l'emploi. Selon les résultats de notre étude, se montrer soucieux d'intervenir d'une manière efficace qui tienne compte des traits de personnalité du délinquant, voir à l'outiller de sorte qu'il modifie son schème de pensée par rapport à la sexualité et l'aider à développer un réseau social capable de le soutenir, par exemple, sont des aspects qui auront possiblement un impact direct sur le risque de récidive.

4.6. Limites de l'étude

Les limites font partie intégrante de tout projet de recherche. Il serait donc difficile de mener à terme une étude sans rencontrer de difficultés. Dans le cadre de cette étude, la base de données utilisée comporte plusieurs données manquantes (ex. : items laissés sans réponse par le sujet). Cela pose une limite considérable au regard des possibilités d'analyses statistiques pouvant être réalisées. Dans les analyses multivariées, par exemple, il est impossible d'inclure un grand nombre de variables. En fait, dans la présente étude, plus le nombre de variables inclus dans les analyses est grand, moins les résultats sont significatifs étant donné la taille de l'échantillon (N=299) et le nombre de données manquantes. De ce fait, il était essentiel d'effectuer des analyses statistiques initiales pour déterminer et sélectionner les variables positivement significatives selon la variable à l'étude, et ce, afin de favoriser l'obtention d'un modèle significatif.

L'obtention de taux de base relativement faibles représente une autre limite de cette étude. Effectivement, à peine 5,4 % des sujets ont commis une récidive sexuelle, ce qui fait que ce type de récidive n'a pas été retenu aux fins d'analyses de cette étude. Les récidives violentes (10,5 %) et générales (18,7 %) présentent aussi des taux relativement faibles, mais ces taux sont tout de même plus élevés et ont donc été pris en considération.

Une dernière limite est à souligner quant à l'exactitude des informations recueillies. Les délinquants sexuels étant un groupe de sujets plutôt réfractaires aux interventions, il va de

soi que tous ne seront pas ouverts à participer à une étude et à répondre à des questions en fournissant des informations personnelles et intimes. De ce fait, il est donc probable que le répondant minimise, dissimule ou vante certaines informations, ce qui n'est pas à négliger. Cette limite peut s'exprimer par exemple sur le plan des facteurs dynamiques inclus dans les analyses (ex. : sur le fait d'avoir eu des fantasmes déviants envers la victime avant le délit). Toutefois, au moment de la collecte des données, des documents officiels (rapports de police, plunitifs, etc.) ont été consultés, ce qui contribue à réduire les pertes d'informations et à maximiser l'exactitude des informations recueillies.

Enfin, deux hypothèses peuvent être mises de l'avant pour expliquer la petitesse de l'échantillon des récidivistes sexuels. Une première hypothèse nous renvoie au début des procédures judiciaires, où avocats de la poursuite et de la défense ont pu se livrer au *plea bargaining* au moment de la comparution du délinquant. Effectivement, une proportion de délinquants pouvaient initialement se voir accusés d'actes de nature sexuelle et aussi d'une autre nature (ex. : crime contre la personne). Après négociation entre les avocats, il se peut qu'une ou plusieurs des accusations de nature sexuelle ait été abandonnées. Un tel arrangement entre avocats peut donc en partie contribuer à réduire le nombre de sujets répondant au critère selon lequel ils devaient avoir commis un délit sexuel, réduisant de ce fait la taille de l'échantillon de délinquants sexuels récidivistes de la présente étude.

Une seconde hypothèse pouvant expliquer la présence de faibles taux de base se rapporte à l'aspect de la réhabilitation des délinquants sexuels. Il est possible, par exemple, que les traitements complétés soient suffisamment efficaces pour dissuader le délinquant de commettre une récidive sexuelle. Outre le traitement, le fait que le délinquant dans la collectivité bénéficie d'un suivi intensif et approprié peut aussi avoir un impact notable sur la diminution du nombre de récidives. Ainsi, l'efficacité des traitements offerts et le succès lié au suivi dans la collectivité sont des aspects qui peuvent avoir un impact direct sur les taux de récidive.

4.7. Forces de l'étude

La base de données utilisée regroupe un nombre élevé et très diversifié de variables. Plusieurs facteurs associés à la récidive sont inclus dans la base de données, ceux-ci incluant tant les prédicteurs statiques de la récidive que les prédicteurs dynamiques. En conséquence, le fait de posséder une base de données aussi diversifiée multiplie les possibilités d'études pouvant être réalisées. Outre les variables portant sur les prédicteurs de la récidive, la base de données fournit des informations sur plusieurs types de délits (tant sexuels et violents que généraux).

La plupart des études sur la récidive sexuelle ne voient qu'à l'inclusion de prédicteurs statiques. Bien que ceux-ci soient intéressants pour prédire la récidive à long terme, il reste que les prédicteurs dynamiques ne peuvent être négligés. Comme nous l'avons déjà expliqué, les prédicteurs dynamiques sont des facteurs qui peuvent varier avec le temps et qui peuvent bien orienter le thérapeute et l'agent de probation au regard des cibles d'intervention à favoriser. L'intérêt d'étudier le sujet de la récidive est de mieux comprendre ce qui la précède, et ce, dans l'objectif notamment d'élaborer des stratégies d'intervention propres à ces facteurs contributifs. La prise en compte des facteurs dynamiques est donc essentielle. À cet égard, l'une des forces de cette étude est qu'elle s'attarde aux facteurs dynamiques, plus spécifiquement à ceux qui sont de nature stable. La base de données utilisée regroupe donc une multitude de variables nous informant sur les données dynamiques pouvant être liées à la récidive sexuelle, violente et générale.

CONCLUSION

La délinquance sexuelle est un sujet d'étude fréquent chez les chercheurs en criminologie, et ce, malgré la complexité que peut présenter cette problématique. Bien que le terme « récidive » ne revête pas la même signification pour tous les chercheurs, il reste que l'évaluation du risque de récidive sexuelle est essentielle et qu'elle s'inscrit souvent dans un contexte légal (ex. : expertise pour la Cour, rédaction d'un rapport présentenciel) ou d'évaluation des possibilités de libération conditionnelle d'un délinquant. Conséquemment, comme la tâche du clinicien consiste à estimer ce niveau de risque, celui-ci doit baser son évaluation et ses conclusions sur diverses sources d'informations (ex. : lecture des antécédents criminels, entrevue clinique avec le délinquant, utilisation de questionnaires et d'instruments psychométriques) et divers facteurs. À cet égard, notamment, la littérature présente deux types de facteurs, soit ceux de nature statique (propres à l'individu, immuables, qui demeurent stables avec le temps) et ceux de nature dynamique (sujets aux changements et partagés entre dynamiques stables ou dynamiques aigus). L'évaluation du risque de récidive ayant longtemps présenté des résultats insatisfaisants étant donné l'absence de variables scientifiquement et empiriquement reconnues, des échelles actuarielles ont été conçues dans le but d'améliorer la conclusion des évaluations. C'est notamment le cas de la Statique-99, du SONAR, du Stable-2000 ou de l'Aigu-2000.

Malgré la multitude d'études menées pour préciser les prédicteurs inhérents à la récidive sexuelle, force est de constater que nombre d'entre elles portent uniquement ou quasi uniquement sur des facteurs statiques. Or, les écrits sur le sujet nous informent beaucoup moins sur l'aspect des facteurs dynamiques, leur rôle n'étant toutefois pas moins important. Au contraire, les facteurs dynamiques sont des facteurs proximaux du passage à l'acte. Comme le but est de prévenir la commission de délits sexuels, il importe de s'attarder davantage aux facteurs qui précèdent immédiatement la commission d'une infraction.

En ce qui a trait aux prédictors statiques qui sont d'ordinaire mis de l'avant au regard de la récidive sexuelle, on trouve : 1) l'âge du délinquant (c.-à-d. le fait qu'il soit jeune); 2) la précocité de l'agir délictuel (plus l'individu embrasse les activités criminelles dans son jeune âge, plus la problématique risque de s'ancrer); 3) le sexe de la victime (une victime de sexe masculin); 4) le lien entre la victime et l'agresseur (une victime inconnue). Concernant les prédictors dynamiques stables, les meilleurs prédictors de la récidive sexuelle présentés sont : 1) le manque de coopération; 2) la violation des conditions imposées; 3) l'orientation antisociale et impulsive; 4) la présence de conflits conjugaux; 5) la présence de préoccupations sexuelles et d'intérêts sexuels déviants. Enfin, en ce qui concerne les prédictors dynamiques aigus, les meilleurs prédictors relevés dans la littérature sont : 1) l'accès à une victime; 2) des émotions négatives comme la colère; 3) le manque de coopération; 4) la présence de distorsions cognitives.

Étant donné que plusieurs études négligent de prendre en compte des prédictors dynamiques, la présente étude voulait apporter une précision concernant ces prédictors. Plus spécifiquement, les prédictors dynamiques stables faisaient l'objet de notre étude. Des analyses de survie ont été effectuées en considérant deux types de récidive : violente et générale. Notre étude inclut deux variables contrôles, soit l'approche thérapeutique et le statut du traitement, et comprend des variables prétraitement et en cours de traitement. L'une des limites de la présente étude a fait en sorte que seules les récidives violentes et générales ont pu être considérées pour les analyses. Effectivement, un très faible taux (5,4 %) de récidive sexuelle a été obtenu, ce qui fait que nous avons jugé préférable de ne pas utiliser ce type de récidive dans les analyses de survie. Ainsi, les résultats finaux des analyses de survie au sujet de la récidive violente et générale n'ont pas fourni de nouvelles réponses par rapport à ce que les études sur le sujet avaient déjà trouvé. Effectivement, en accord avec ce qui est déjà connu, la présente étude nous apprend tout d'abord que le fait de compléter un programme de traitement prédomine grandement dans la diminution du risque probable de récidive (peu importe sa nature). Toutefois, contrairement aux données des études existantes, notre étude n'apporte aucune information au regard de la nature du traitement suivi. Les études mettent beaucoup l'accent sur l'approche cognitivo-comportementale, mais la présente étude ne fait aucune

distinction entre cette dernière approche thérapeutique et l'approche dite mixte (c.-à-d. l'inclusion de plusieurs composantes thérapeutiques).

Concernant les instruments psychométriques utilisés avant le début du traitement, on trouve des données sont statistiquement significatives seulement pour la récidive générale, en accord avec ce que présente la littérature sur le sujet. Effectivement, le fait d'entretenir des croyances pédophiles (distorsions cognitives) contribue à augmenter le risque de récidive générale. De plus, lorsqu'on examine l'étape initiale de l'analyse de survie pour la récidive générale, il ressort que la composante de la personnalité antisociale du MCMI, lorsqu'elle est présente, accroît les probabilités de récidive. Il est à remarquer que les études sur le sujet de la récidive s'entendent sur le fait qu'un des meilleurs prédicteurs de la récidive est la présence de traits antisociaux. Or, dans notre étude, la composante de la personnalité compulsive représente un meilleur indicateur de la récidive générale (18,7 %) que la composante antisociale. De ce fait, seule la composante de la personnalité compulsive a été introduite dans l'analyse finale, la composante antisociale ayant été abandonnée à l'étape précédente. Ainsi, le modèle final de l'analyse de survie nous apprend que les récidivistes ont moins tendance à avoir un trait de personnalité compulsif, augmentant de ce fait les probabilités qu'une infraction criminelle soit commise. Les non-récidivistes seraient plus « compulsifs » et vigilants par rapport au fait d'adopter des comportements qui respectent les règles. Ils seraient donc moins portés à récidiver. Outre ces données, les études nous informent que les agresseurs sexuels d'enfants et les violeurs présentent plus souvent un trait de la personnalité obsessionnelle-compulsive que les délinquants violents (Schechory et Ben-David, 2005; Craig *et al.*, 2006), et ce, même si la présence d'un tel trait ne contribue pas à augmenter le risque relatif de récidive.

Enfin, en ce qui concerne les instruments psychométriques utilisés en cours de traitement, seule l'échelle d'environnement de travail est significativement liée à la récidive violente et générale. Ces résultats confirment que les difficultés et les insatisfactions en lien à l'emploi notamment, sont des facteurs fortement liés à la

récidive générale. La présente étude précise que, pour la récidive violente, le fait de ne pas avoir de sentiment de cohésion avec ses collègues de travail et que, pour la récidive générale, le fait de ne pas se sentir à l'aise dans son environnement de travail contribuent à augmenter les probabilités de récidive criminelle.

En somme, les résultats de notre étude tendent à confirmer quelques données déjà mises de l'avant par les études sur la récidive. Il serait tout de même intéressant de reproduire une étude semblable en ayant accès à une base de données constituée de plus de délinquants sexuels, mais surtout, présentant moins de données manquantes. De ce fait, les analyses pourraient inclure la récidive sexuelle. De même, il serait intéressant d'associer plus de variables aux analyses, et donc, il serait alors possible d'envisager de généraliser les résultats obtenus à la population qui nous intéresse. Néanmoins, malgré sa faible portée d'action, il reste que la présente étude réitère bien l'importance de prendre en considération tant les prédictors statiques que les prédictors dynamiques en lien à la récidive. De cette manière, le portrait du risque de récidive est plus précis, facilitant sans doute la tâche des cliniciens et des thérapeutes pour intervenir d'une manière adéquate auprès des délinquants sexuels.

RÉFÉRENCES

Abel, G.G., Gore, D.K., Holland, C.L., Camp, N., Becker, J.V. & Rathner, J. (1989). *The measurement of the cognitive distortions of child molesters*. *Annals of Sex Research*. Vol., 2. pp. : 135-153.

Alexander, M.A. (1999). *Sexual Offender Treatment Efficacy Revisited*. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatments*. Vol. 11, n° 2. pp. 101-116.

Andrews, D. A. & Bonta. J. (2006). *The psychology of criminal conduct*. 4^e éd., Newark (N.J.), LexisNexis/Anderson.

Andrews, D. A. & Bonta. J. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Sécurité publique du Canada. N° de cat. : PS3-1/2007-6. 33 pages.

Baker, G.A., Carlisle, C., Riley, M., Tapper, J. & Dewey, M. (1992). *The Work Environment Scale : a comparison of British and North American nurses*. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 17. pp. : 692-698.

Barbaree, H.E. & Marshall, W.L. (1988). *Deviant Sexual Arousal, Offense History, and Demographic Variables as Predictors of Reoffense Among Child Molesters*. *Behavioral Sciences and the Law*. N° 6. pp. : 267-280.

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*. N° 28. pp. : 490-521.

Bard, L. & Knight, R. (1987). *Sex offender subtyping and the MCMI*. In C. Green

(Ed.), Conference on the Minon inventories (MCMI, bfBHI, MAPI). Minneapolis, MN : National Computer Systems. pp. 133-137.

Bartholomew, K. (1990). *Avoidance of intimacy: An attachment perspective*. Journal of Social and Personal Relationships. Vol. 7. pp. : 147-178.

Bartosh, D.L., Garby, T., Lewis, D. & Gray, S. (2003). *Differences in the Predictive Validity of Actuarial Risk Assessments in Relation to Sex Offender Type*. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. N° 47. pp. : 422-438.

Battle, J. (1981). *Culture-free self-esteem inventories for children and adults*. Seattle, WA : Special Child Publication.

Beck, A. T. (1963). *Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions*. Archives of General Psychiatry. Vol. 9. pp. : 324-333.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry. Vol. 14. pp. 561-571.

Becker, J.V., Kaplan, M.S., Kavoussi, R. (1988). *Measuring the effectiveness of treatment for aggressive adolescent sexual offender*. Human sexual aggression : Current perspectives. Ann NY Academy of Sciences. N° 528. Pp. 215-22.

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). *Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression*. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 46. pp.: 877-891.

Bigras, J. (2007). *La prédiction de la récidive chez les délinquants sexuels*. Département de psychologie. Université de Sherbrooke. Thèse présentée au programme de doctorat en psychologie.

Bonta, J. (1996). *Risk-Needs Assessment and Treatment*. In A.T. Harland (Éd.). *Choosing correctional options that work*. Thousand Oaks, CA : Sage. pp.18-32.

Bourgon, G. & Armstrong, B. (2005). *Transferring the principles of effective treatment into a "Real World" prison setting*. *Criminal Justice and Behavior*. N° 32. pp. : 3-25.

Brennan, S., & Taylor-Butts, A. (2008). *Les agressions sexuelles au Canada : 2004 et 2007*. Série de profils du Centre canadien de la statistique juridique. Centre canadien de la statistique juridique. Statistiques Canada. N° 19.

Brien, T. (2000). *Manuel de cotation du questionnaire informatisé sur la délinquance sexuelle (QIDS)*. Groupe de recherche sur les agressions sexuelles (GRAS). Centre régional de réception. Service correctionnel du Canada. 95 pages.

Bumby, K.M. (1996). *Assessing the Cognitive Distortions of Child Molesters and Rapists : Development and Validation of the MOLEST and RAPE Scales*. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*. Vol., 8, n° 1. pp. : 37-54.

Burt, M. R. (1980), *Cultural myths and support for rape*, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 38, pp. 217-230.

Buss , A. H & Perry, M. (1925). *The aggression questionnaire*. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 63. pp. : 452-459

Campbell, M-A., French, S. & Gendreau, P. (2007). *Évaluation de l'utilité des outils d'évaluation du risque et des mesures de la personnalité pour la prédiction de la récidive avec violence chez les délinquants adultes*. Sécurité publique du Canada. N° de cat. : PS3-1/2007-4F-PDF. 60 pages.

Cortoni, F. & Marshall, W.L. (2001). Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. Vol. 8. pp. : 27-43.

Cortoni, F & Nunes, K. (2005). Recherche sur l'efficacité du traitement chez les délinquants sexuels. In M. Tardif (Éd.) : *L'agression sexuelle : Coopérer au-delà des frontières, CIFAS 2005*. Textes choisis, pp. : 275-294. Montréal : CIFAS-Institut Philippe Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/>, <http://www.psychiatrieviolente.ca/>.

Craig, L.A., Browne, K.D., Beech, A. & Stringer, I. (2005). *Sexual recidivism : A review of static, dynamic and actuarial predictors*. *Journal of Sexual Aggression*. Vol. 11, No° 1, pp.65-84.

Craig, L.A., Browne, K.D., Beech, A. & Stringer, I. (2006). *Differences in personality and risk characteristics in sex, violent and general offenders*. *Criminal Behaviour and Mental Health*. Vol. 16. pp. : 183-194.

Davis, M. H. (1980). *A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy*. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology. Vol. 10. 85 pages.

Dictionnaire Le Petit Larousse (2010). Édition Anniversaire de la Semeuse.

Dompierre, R-C. (2000). *Caractérisation d'une population de délinquants sexuels évalués en période présenticielle avec l'Inventaire clinique multiaxial de Million-II (MCMI-II)*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université

Laval pour l'obtention du grade de maitre en psychologie (M. Ps.). École de psychologie. Université Laval. 85 pages.

Dupré, N. (2004). *Analyse des variables statistiques et dynamiques associées à la prédiction de la récidive sexuelle chez trois catégories d'agresseurs sexuels*. Thèse de doctorat non publiée. Montréal : Université de Montréal. Dans Tétreault, S. (2005). *L'intérêt sexuel et l'évaluation du risque de récidive chez trois types d'abuseurs sexuels d'enfants*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en psychologie. Université de Montréal. 133 pages.

Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1990). *The multidimensional assessment of coping : A critical evaluation*. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 58. pp. : 844-854.

Fazio, R. (1999). *Les preuves de l'efficacité des traitements actuels pour les délinquants sexuels*. Forum – Revue : Recherche sur l'actualité correctionnelle. Service correctionnel du Canada. Vol. 11, n° 1.

Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse*. New theory and research. New York: The Free Press.

Gay, M.L., Hollandsworth, J., & Galassi, J.P. (1975). *An assertive inventory for adults*. Journal of Counseling Psychology. Vol. 22. pp. : 340-344.

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

Grothm A.N., Longo, R.E. & McFadin, J.B. (1982). *Undetected recidivism among rapists and child molesters*. Crime and Delinquency. N° 28, pp. 450-8.

Guay, J-P. (2006). *Prédiction actuarielle et prédiction clinique : le dernier souffle d'une pratique traditionnelle*. Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique. École de Criminologie. Université de Montréal.

Gudjonsson, G. H., & Singh, K. K. (1989). The Revised Gudjonsson Blame Attribution Inventory. *Personality and Individual Differences*. Vol. 10. Pp. : 67-70.

Hall, G.C.N. (1995). «*Sexual offender recidivism revisited : A meta-analysis of recent treatment studies*». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 63, pp. : 802-809.

Hall, G.C.N. & Proctor, W.C. (1987). *Criminological predictors of recidivism in a sexual offender population*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. N° 55. pp. : 111-112.

Hanson, R. K. (1997). How to know what works with sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9(2), 129-145.

Hanson, R. K. (2001). *L'âge et la récidive sexuelle : une comparaison des violeurs et des agresseurs d'enfants*. Solliciteur Général du Canada, Ottawa. N° 2001-01.

Hanson, R. K. (2004). *Prévision de la récidive chez les délinquants sexuels*. Recherche en bref. Vol. 9, no°2.

Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). *Méta-analyse de l'efficacité du traitement des délinquants sexuels : risque, besoin et réceptivité*. Sécurité publique Canada. 35 pages.

Hanson, R. K. & Bussière, M. T. (1996). *Predictors of sexual offender recidivism : A meta-analysis* (User Report 1996-04). Ottawa, Ontario, Canada : Department of the Solicitor General of Canada.

Hanson, R. K. & Bussière, M. T. (1998). *Predicting Relapse : A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 66, n° 2, pp. 348-362.

Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A.J.R., Marques, J.K., Murphy, W., Quinsey, V.L. & Seto, M.D. (2002). *First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders*. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*. N° 14, pp. : 169-194.

Hanson, R. K. & Harris, A.J.R. (1998). *Les prédicteurs dynamiques de la récidive sexuelle*. Ministère du Solliciteur général du Canada, Ottawa.

Hanson, R. K. & Harris, A.J.R. (2000). *L'échelle d'évaluation des besoins des délinquants sexuels (SONAR): Une méthode permettant de mesurer le changement de niveau de risque*. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de cat. : J42-88/1999F. 20 pages.

Hanson, R.K. & Harris, A.J.R. (2004). *Sex Offender Recidivism : A Simple Question*. Minister of Public Safety and Emergency Preparedness. 29 pages.

Hanson, R.K. & Harris, A.J.R. (2000). «*Where Should We Intervene ? Dynamic Predictors of Sex Offense Recidivism*». *Criminal Justice and Behavior*. Vol.27, N° 1. pp. : 6-35.

Hanson, R. K., Harris, A J.R., Scott, T-L., & Helmus, L. (2007). *Évaluation du risque chez les délinquants sexuels soumis à une surveillance dans la collectivité : le Projet*

de surveillance dynamique. Sécurité publique Canada. N° de catalogue : PS3-2/2004-5. 63 pages.

Hanson, R. K & Morton-Bourgon, K. (2004). *Les prédicteurs de la récidive sexuelle : une méta-analyse à jour*; 2004-02. Sécurité publique et Protection civile Canada. 58 pages.

Hanson, R. K & Morton-Bourgon, K. (2008). *The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders : A meta-analysis*. In Press. Psychological Assessment.

Hanson, R. K. & Scott, H. (1995). *Assessing perspective-taking among sexual offenders, nonsexual criminals, and nonoffenders*. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*. N° 7, pp. : 259-277.

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 in Crime and Delinquency*. N° 32, pp. : 325-337.

Hartley, C. C. (2001). *Incest offenders' perceptions of their motives to sexually offend within their past and current life context*. *Journal of Interpersonal Violence*. Vol. 16. pp. : 459-475.

Knight, R., Rosenberg, R., & Schneider, B. (1985). *Classification of sexual offenders: Perspectives, methods and validation*. In A. W. Burgess (Ed.), *Rape and small assault: A research handbook* (pp. 222-293). New York: Garland.

Langevin, R., Lang, R., Reynolds, R., Wright, P., Garrels, D., Marchese, V., Handy, L., Pugh, G. et Frenzel, R. (1988). *Personality and Sexual Anomalies : An Examination of the Millon Clinical Mutiaxial Invertory*. *Annals of sex Research*. Vol. 1, pp. 13-32.

Langton, C.M., Barbaree, H.E., Seto, M.C., Peacock, E.J., Harkins, L. & Hansen, K.T. (2007). *Actuarial Assessment of Risk for Reoffense Among Adult Sex Offenders : Evaluating the Predictive Accuracy of the Statit-2002 and Five Other Instruments*. Criminal Justice and Behavior. N° 34, pp. : 37-59.

Lawson, J. S., Marshall, W. L., & McGrath, P. (1979). The Social Self-Esteem Inventory. Educational and Psychological Measurements. 39, 803-811.

Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). «*The effectiveness of treatment for sexual offenders : A comprehensive meta-analysis*». Journal of Experimental Criminology. Vol. 1, pp. : 117-146.

Lussier, P., Beauregard, E., Proulx, J. & Nicole, A. (2005). *Developmental Factors Related to Deviant Sexual Preferences in Child Molesters*. Journal of Interpersonal Violence. N° 20, pp. : 999-1017.

Lussier, R. & Proulx, J. (2001). *Le traitement et l'évaluation des agresseurs sexuels : perspectives nord-américaines et européennes*. Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique. N° 1, pp. 69-87.

Malamuth, N. M. (2003). *Criminal and noncriminal sexual aggressors : Integrating psychopathy in hierarchical-mediational confluence model*. Dans R.A. Prentky., E.S. Janus & M. Seto (dir.), Sexually coercive behavior : Understanding and management. Annals of the New York Academy of Sciences. Vol. 989, pp. : 33-58.

Mann, R.E., Hanson, R. K. & Thornton, D. (2010). *Assessing Risk for Sexual Recidivism : Some Proposals on the Nature of Psychologically Meaningful Risk Factors*. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment XX(X), pp. : 1-27.

Marchand, A. & Proulx, J. (2009). *L'implication en traitement et la récidive des agresseurs sexuels adultes*. Université de Montréal, École de criminologie. *Revue Internationale de criminologie et de police technique et scientifique*. Pp. 262-279.

Marlowe, D. & Crowne, D.P. (1964). *A New Scale of Social Desirability Independent of Psychopathology*. *Journal of Consulting Psychology*. Vol. 24, pp. : 349-354.

Marmar, C.R., Gaston, L., Thompson, L. W., & Gallagher, D. (1988). *Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 56, pp. : 483–489.

Marshall, W.L. & Barbaree, H.E. (1988). *The Long-term Evaluation of a Behavioral Treatment program for Child Molesters*. *Behaviour Research and Therapy*. N° 26, pp. : 499-511.

Marshall, W.L. & Eccles, A. (1993). *Pavlovian conditioning processes in adolescent sex offenders*. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall, & S.M. Hudson (Eds.). *The juvenile sex offenders*. New York : Guilford. pp. : 118-142.

Marshall, W.L., Hudson, S.M. & Hodgkinson, S. (1993). *The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending*. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall, & S.M. Hudson (Eds.). *The juvenile sex offenders*. New York : Guilford. pp. : 164-181.

Marshall, W.L. & Marshall, L.E. (2000). *The Origins of Sexual Offending*. *Trauma, Violence & Abuse*. N° 1. pp. : 250-263.

Marshall, W.L., Marshall, L.E., Sachdev, S. & Kruger, R.L. (2003). *Distorted attitudes and perceptions, and their relationship with self-esteem and coping in child*

molesters. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment. Vol. 15. N° 3, pp. : 171-181.

McGrath, R.J., Cumming, G.F. & Burchard, B.L. (2002). *Current practices and trends in sexual abuser management : The Safer Society 2002*. Nationwide Survey. Brandon, V.T. : Safer Society.

McKibben, A., Aubut, J., & Dassylva, B. (1995). *Grille d'évaluation du déni et de la minimisation*. Document inédit.

Mezzo, B & Gravier, B. (2001). *La récidive des délinquants sexuels : une réalité difficile à cerner*. Revue Médicale Suisse. No. 661.

Miller, R. S. & Lefcourt, H. M. (1982). *The assessment of intimacy*. Journal of Personality Assessment. Vol. 66. pp. 514-518.

Millon, T. (1983), *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*. Minneapolis. Interpretative Scoring Systems.

Moos, R. & Humphrey, B. (1973). *Group Environment Scale*. California. Social Ecology Laboratory.

Motiuk, L.L. & Porporino, F.J. (1993). *Examen des antécédents des délinquants sexuels dans le système correctionnel fédéral*. Direction de la recherche et statistique. Service correctionnel du Canada. Rapport de recherche N° R-30. 109 pages.

Murphy, W.D., DiLillo, D., Haynes, M.R. & Steere, E. (2001). *An exploration of factors related to deviant sexual arousal among juvenile sex offenders*. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment. N° 13. pp. : 91-103.

Nagayama Hall, G.C. (1995). *Sexual Offender Recidivism Revisited : A Meta-Analysis of Recent Treatment Studies*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 63, N° 5. pp. : 802-809.

Nicole, A., McKibben, A. & Guay, J-P. (2007). Des stratégies de gestion des affects et des fantasmes sexuelles déviantes pour prévenir la récidive. In M. Tardif (Éd.) : *L'agression sexuelle : Coopérer au-delà des frontières, CIFAS 2005*. Textes choisis, pp. : 275-294. Montréal : CIFAS-Institut Philippe Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> & <http://www.psychiatrieviolente.ca/>.

Ouimet, M. (1998). *L'agression sexuelle, la violence conjugale et la toxicomanie : portrait statistique*. Montréal : Rapport de recherche. Centre international de criminologie comparée. Édition électronique

Ouimet, Marc. (2009). *Bases de l'analyse statistique en criminologie*. Recueil de notes de cours; CRI 3318 : Méthodes quantitatives. Université de Montréal.

Pearson education (2010). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*. Assessment of DSM-IV related personality disorders and clinical syndromes. <http://www.pearsonassessments.com/HAIWEB/Cultures/en-us/Productdetail.htm?Pid=PAg505>.

Pham, T.H. & Ducro, C. (2006). Chapitre 4 : Évaluation du risque de récidive. Dans : *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Pratiques psychologiques. Évaluation et diagnostic. Éditions Margada. Belgique.

Phenix, A., Doren, D., Helmus, L., Hanson, R.K. & Thornton, D. (2008). Règles de codage pour l'échelle Statique-2002. Sécurité publique Canada. 138 pages.

Prentky, R.A., Knight, R.A., Lee, A. F. S. & Cerce, D. D. (1995). *Predictive validity of lifestyle impulsivity for rapists*. Criminal Justice and Behavior. N° 22. pp. : 106-128.

Prentky, R. A., Knight, R.A. & Lee, A.F.S. (1997). *Risk Factors Associated with Recidivism Among Extrafamilial Child Molesters*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. N° 65. pp. : 141-149.

Prentky, R. A., Knight, R.A. & Lee, A.F.S. (1997). *Child Sexual Molestation : Research Issues*. National Institute of Justice : Research Report. U.S. Department of Justice. 18 pages.

Prochaska, J.O., & DiClemente (1982). *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change*. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. Vol. 19. pp. : 276-288.

Proulx, J., Aubut, J., Perron, L. & McKibben, A. (1994). *Troubles de la personnalité et viol : implications théoriques et cliniques*. Criminologie. Vol. 27, n° 2. pp. : 33-53.

Proulx, J., Pellerin, B., Paradis, Y., McKibben, A., Aubut, J. & Ouimet, M. (1997). *Static and dynamic predictors of recidivism in sexual aggressors*. Sexual abuse : A Journal of Research and Treatment. N° 9. pp. : 7-27.

Proulx, J., St-Yves, M., & McKibben, A. (1994). *CQSA: Computerised questionnaire for Sexual Aggressor*. Unpublished manuscript.

Proulx, J., Tardif, M., Lamoureux, B., & Lussier, P. (2000). *How does recidivism risk assessment predict survival?*. Tiré de : Laws. D.R., Hudson. S.M & Ward. T. (Eds.),

Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook. Thousand Oaks, CA: Sage Chapitre 26, pp. 466-484.

Proulx, J & Lussier, P. (2001). *La prédiction de la récidive chez les agresseurs sexuels*. Criminologie, vol. 34, n° 1.

Proulx, J., Brien, T., Ciampi, A. & Allaire, J-F. (2004). *La fin prématurée du traitement chez des agresseurs sexuels adultes*. 23 pages.

Quesnel, M-H. (2007). *Les prédicteurs dynamiques stables associés à la récidive des délinquants sexuels sous juridiction fédérale*. Université de Montréal. Mémoire de maîtrise en criminologie.

Quinsey, V.L., Harris, Grant.T., Rice, Marnie. E. & Cormier, C.A. (1998). *Violent offenders : appraising and managing risk*. Washington : American Psychological Association.

Quinsey, V.L., Lalumière, M.L., Rice, Marnie. E. & Harris, Grant. T. (1995). *Predicting Sexual Offenses*. In *Assessing Dangerousness : Violence by Sexual Offenders, Batterers, and Child Abuser*. J.C. Campbell (Ed.). Pp. 114-137. Thousand Oaks, CA, Sage.

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. No. 5. 15 pages.

Rice, M.E. & Harris, G.T. (2003). «*The size and sign of treatment effects in sex offender therapy*». Annals of the New York Academy of Sciences. Vol. 989. pp. : 428-440.

Rodrigue, D. (2000). *Les prédicteurs de la fin prématurée du traitement chez des agresseurs sexuels*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval pour l'obtention du grade de maître en psychologie (M. Ps.). École de psychologie, faculté des sciences sociales. Université Laval. 74 pages.

Salter, A. C. (1969). *Treating Child Sex Offenders and Victims: A Practical Guide*. Newbury Park. CA: Sage.

Shechory, M. & Ben-David, S. (2005). *Aggression and Anxiety in Rapists and Child Molesters*. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. No. 49. pp. : 652-661.

Sjöstedt, 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. Vol. 25, No. 6. pp. : 629-645.

Spielberger, C. G., Gorsuch, R. L. et Lushene, R. D. (1970), *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto. Consulting Psychologist Press.

Tétreault, S. (2005). *L'intérêt sexuel et l'évaluation du risque de récidive chez trois types d'abuseurs sexuels d'enfants*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophie Doctor (Ph. D.) en psychologie recherche-intervention, option clinique comportementale. Université de Montréal. 133 pages.

Vanderstukken, O., Schiza, G., Archer, E. & Pham, T. (2005). *Évaluation des distorsions cognitives chez des agresseurs sexuels auprès d'une population carcérale française*. L'agression sexuelle : coopérer au-delà des frontières. CIFAS. Chapitre 17. pp. : 275-294.

Watson, D., & Friend, R. (1969). *Measurement of social-evaluative anxiety*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 33. pp. : 448-457.

Zamble, E & Quinsey, V.L. (1997). *The Criminal Recidivism Process*. Cambridge, England : Cambridge University Press.