

# **Évaluation des taux de récidive des Auteurs d’Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suivis au sein d’équipes de santé spécialisées en Région Wallonne<sup>1</sup>**

**THIERRY PHAM<sup>2\*</sup>, CLAIRE DUCRO<sup>2</sup>, BERNARD PIHET<sup>3</sup> & MICHEL MARTIN<sup>3</sup>**

## **RÉSUMÉ**

L’étude du parcours post institutionnel d’Auteurs d’Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suite à la prise en charge post pénitentiaire en Région wallonne (durant les années 2001 et 2002) nous a permis d’évaluer les taux de récidive de ces AICS ( $N = 231$ ). Les résultats de cette recherche soulignent 27,0 % de récidive générale, 7,9 % de récidive sexuelle, 4,7 % de récidive violente non sexuelle et 18,3 % de récidive non violente non sexuelle. Ces taux sont inférieurs aux taux de récidive évalués au sein de la littérature internationale ainsi qu’aux taux évalués par le CRDS auprès d’une population d’internés en Belgique francophone [28]. Les taux obtenus sont proches de ceux rapportés par les méta-analyses évaluant l’efficacité thérapeutique de la prise en charge des AICS au sein de la littérature internationale. Les résultats obtenus soutiennent l’hypothèse que le système de prise en charge en ambulatoire en Région wallonne contribue au faible taux de récidive sexuelle de la cohorte (Hanson, communication personnelle).

**Mots-clés :** Taux de récidive ; agresseurs sexuels ; efficacité thérapeutique.

---

1. La recherche a bénéficié du soutien du Ministère de la Région Wallonne, Santé Affaire Sociale, Egalité des chances. Nous remercions pour leurs collaborations : Mme Van Melderden du Ministère Belge de la Justice, M. Vincent Cambier du Casier Judiciaire Central ainsi que les équipes de santé spécialisée en Région Wallonne qui ont transmis leurs données au centre d’appui, l’Unité de Psychopathologie Légale.

Correspondance : Thierry H. Pham, CRDS. 94 Rue Despars 7500. Belgique. Thierry.pham@crds.be.

2. Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Be.

3. Unité de Psychopathologie Légale, UPPL, Centre d’Appui, Tournai, Be

\* UMons, Be.

**SUMMARY*****Evaluation of recidivism rates among sex offenders in treatment in Wallonia Region***

The research evaluates follow up recidivism rates among sex offenders registered in ambulatory facilities in Wallonia Region. The rates are of 27% for general recidivism, 7,9% for sexual recidivism, 4,7% of non sexual violent recidivism and 18,3% of non sexual non violent recidivism. These rates are rather low in comparison to the international literature or the recidivism rates among sex offenders internees inside the Social Defense System. These rates rather support the hypothesis of a potential efficiency of ambulatory facilities in Wallonia Region.

**Key-words:** Recidivism rates, sex offenders, therapeutic efficiency.

**1. INTRODUCTION**

Des taux de récidive sont régulièrement répercutés par les médias sans toutefois que les critères opérationnels d'usage ne soient précisés. Or, ces taux ne prennent sens que si la population de référence, la période d'observation, ainsi que les critères de récidive sont définis opérationnellement [13]. Au niveau international, un faisceau de littérature a tenté de mesurer l'efficacité thérapeutique à travers l'évaluation des taux de récidives d'AICS ayant bénéficié d'une prise en charge thérapeutique [21 ; 22 ; 25 ; 28 ; 33 ; 40 ; 41]. L'objectif de la présente étude n'est pas de mesurer directement l'efficacité thérapeutique de la prise en charge en Belgique francophone mais d'évaluer les taux de récidive des AICS qui ont eu un contact pour

un traitement avec des équipes de santé spécialisées en région wallonne.

La nature et le type de délit ont été soulignés comme étant des facteurs déterminants du risque de récidive, de l'orientation des interventions pénales et thérapeutiques [4]. Afin de souligner les variations des différents taux de récidive mesurés, nous avons constitué un tableau récapitulatif de différentes études évaluant les taux de récidive des AICS (Tableau 1). Sur l'ensemble des études, les AICS de victimes majeures présentaient des taux comparables selon le type de récidive (récidive sexuelle : de 13 à 19% ; récidive violente non sexuelle : de 14 à 22% ; récidive violente : de 15 à 25%). Par contre, les taux des AICS de victimes mineures et les AICS de victimes mineures et majeures variaient selon les types de récidive. En effet, en ce qui concernait les AICS de victimes mineures, le taux de

Auteurs	Type d'étude	Période d'observation	Population	RG	RS	RVNS	RV
Furby, Weinrott, & Blackshaw, 1989	Revue de la littérature : 42 études		AICS Vict. Min. AICS Vict. Maj. AICS Vict. Min. (sexe féminin) AICS Vict. Min. (sexe masculin) AICS Vict. Min. (Incestueux) Exhibitionnistes	4 à 20 12 à 28 13 à 21 6 à 40 0 à 10 0 à 41			
Hanson & Bussière, 1998	Revue de la littérature : 61 études	4 à 5 ans	Total : 28972  AICS Vict. Min. AICS Vict. Maj.	36.3  36.9 46.2	13.4 12.7 18.9	12.2 9.9 22.1	
Hanson & Morton-Bourgon, 2004	Revue de la littérature : 79 études	68 mois	N Total = 17038	30.1	12.4		17.5
Qunisey, Rice, & Harris, 1995	Etude individuelle	2.5 ans	124 AICS Vict. Min. 28 AICS Vict. Maj. 20 AICS Vict. Min. & Maj.		27 20 34.6		37.1 25 28.6
Prentky, Lee, Knight, & Cerce, 1997	Etude individuelle		AICS Vict. Min. AICS Vict. Maj.	52 39			
Proulx, Pellerin, McKibben, Paradis, Aubut, & Ouimet, 1997	Etude individuelle	2.7 ans	N = 382  269 AICS Vict. Min. 113 AICS Vict. Maj.	21.1 51.3	21.2 13		36.3 15.2
Menghini, Ducro, & Pham, 2005	Etude individuelle	903 jours	Total = 96  AICS Vict. Min. (N=55) AICS Vict. Maj. (N=29) AICS Vict. Min. & Maj. (N=12)	34.4 30.9 37.9 41.6	26.1 27.3 17.2 41.6	5.2 1.8 13.8 -	
Elz, 2001	Etude individuelle	10 ans	AICS Vict. Min. Exhibitionnistes		15 à 20 50 à 60		
Sample & Bray, 2003	Etude individuelle	5 ans	N = 146918		6		
Cann et al., 2004	Etude individuelle	21 ans			24.6		

**Tableau I :** Pourcentage relatif aux études évaluant les taux de récidive des AICS.

RG : Récidive générale ; RS : Récidive sexuelle ; RVNS : Récidive violente non sexuelle ; RV : Récidive violente.

récidive sexuelle variait de 12 à 27%, le taux de récidive violente non sexuelle était compris entre 2 et 10% et enfin, le taux de récidive violente, y compris sexuelle, était d'environ 36%. Pour ce qui était des AICS de victimes mineures et majeures, le taux de récidive sexuelle oscillait entre 35 et 42%, le taux de récidive violente non sexuelle était nul, et enfin, le taux récidive violente, y compris sexuelle, était de 29%.

Sur base des résultats de recherche, des auteurs ont émis l'hypothèse d'une spécialisation des AICS quant au type de délit commis. En effet, au vu de leurs préférences sexuelles, il semblerait que les AICS se spécialisent<sup>4</sup> en répétant des délits identiques [5 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38]. Par contre, les délinquants violents n'ont pas tendance à se spécialiser. En effet, Werner [43] montre que les personnes, ayant de longues carrières cri-

4. Concernant l'hypothèse de spécialisation délictueuse des agresseurs sexuels, cf. Lussier, P. (2005). The Criminal Activity of sexual Offenders in adulthood: Revisiting the specialisation Debate. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(3), 269-292.

minelles, présentaient une modeste augmentation de la sévérité de leur délit comparativement à une diversification extensive des types de délits.

Des auteurs considéraient également que la probabilité de récidiver était liée au type de délit commis. En effet, les AICS de victimes de sexe masculin extra-familiales récidivaient davantage que les AICS de victimes de sexe féminin extrafamiliales ou que les AICS de victimes adultes [17 ; 39]. Néanmoins, pour d'autres chercheurs, cette variation n'était pas significative [6 ; 7 ; 24]. De plus, des recherches montraient que les AICS n'étaient pas exclusifs quant à leurs délits envers un type de victime [8 ; 11 ; 19 ; 26].

Un ensemble d'études relatives aux AICS [1 ; 7 ; 14 ; 16 ; 20 ; 34 ; 39] et aux délinquants en général [5 ; 10; 42 ; 43] a permis de comprendre les résultats contradictoires des études relatives à la vérification de l'hypothèse de spécialisation en abordant leurs limites méthodologiques.

En effet, les résultats étaient notamment fonction des procédures statistiques employées telles que le calcul des fréquences cumulées<sup>5</sup>, des matrices de transition ou des courbes de survie [23]. Il convient donc d'utiliser des statistiques adéquates aux objectifs de l'étude. De plus, il est important de rappeler que ces taux peuvent également varier en fonction de la définition de la récidive, de la période d'observation, de l'âge à la libération des AICS et de leurs antécédents délictueux. Enfin, l'ensemble des types d'AICS n'était pas pris en compte dans les études alors les AICS sans contact (exemple exhibitionniste) seraient plus enclins à récidiver [3].

Pour ce qui est de la définition du type de récidive, il faut distinguer les étapes de la procédure légale à laquelle les auteurs font référence (accusation, arrestation, condamnation, incarcération) et le type de délit en état de récidive (délit identique au précédent, délit sexuel et/ou violent, délit non sexuel et non violent).

En effet, au regard des taux de récidive décrits dans la partie précédente, il est nécessaire de définir précisément la notion de récidive et de ne pas se focaliser uniquement sur la récidive sexuelle. Rappelons que les délinquants sexuels et plus particulièrement les violeurs ne récidivent pas uniquement de manière sexuelle [31]. Enfin, il convient de bien définir les sources d'informations selon qu'elles soient auto-rapportées et/ou officielles [23 ; 44].

Il est également nécessaire de définir précisément la durée de la période d'observation car Prentky et collaborateurs [29] ont montré que s'ils restreignaient leur période post-libération à moins de 24 mois, ils omettaient 45 % des nouvelles condamnations officielles et 30 % pour une période de 5 ans. Il est bien entendu conseillé, d'une part, de considérer une période d'observation dont la durée est la plus longue possible et, d'autre part, d'utiliser une procédure statistique telle que les courbes de survie car elles permettent d'évaluer l'évolution des taux de récidive au cours du temps.

Au vu des précautions méthodologiques à apporter lors de l'étude de la spécialisation délictueuse ou non des AICS, la présente étude a pour objectif l'évaluation des taux de récidive des AICS suite à la prise en charge au sein d'équipes de santé spécialisées en Région Wallonne.

## PROCÉDURE

---

Afin de mener à bien cette recherche, les fichiers d'enregistrements de l'Unité de Psychopathologie Légale (UPPL) relatifs aux AICS en traitement au sein des équipes de santé mentale spécialisées en Région wallonne durant les années 2001-2002 ont été utilisés. En effet, durant ces années, les équipes de santé mentale devaient remplir une feuille de renseignements par AICS qui était en contact avec l'équipe.

5. Les fréquences cumulées permettent d'évaluer la proportion d'individus de la distribution qui sont dans une modalité supérieure (ou inférieure) à un certain seuil. Les matrices de transition sont des techniques statistiques qui aident à analyser les séquences de crimes commis du premier crime au dernier en évaluant la probabilité de commettre un crime particulier et ce, en fonction de tous les crimes commis. Les courbes de survie incorporent les données de tous les sujets, qu'ils récidivent ou non, et mesurent la variabilité de la récidive en prenant en compte la période d'observation.

Nous avons sélectionné les AICS majeurs ( $\geq 18$  ans), de sexe masculin, qui étaient en traitement ou en guidance en 2001 ou 2002 au sein d'une équipe et avons consulté la direction générale Exécution des peines et mesures (ministère de la Justice) ainsi que le service du Casier Judiciaire Central du Ministère de la Justice afin de prendre connaissance des dossiers et du parcours judiciaire des AICS au-delà des années 2001 et 2002. Cette recherche a été menée dans un souci de respecter l'anonymat et la confidentialité des données.

L'analyse de ces dossiers a permis :

- (a) de vérifier les caractéristiques démographiques des AICS ;
- (b) de recenser les antécédents délictueux à travers le nombre et le type de délits commis ;
- (c) d'analyser les paramètres de récidive éventuelle à travers les dates de libération, les dates de récidive, le type de délit commis en état de récidive, le délai entre la libération et la récidive éventuelle. La période de libération représente le nombre d'années entre le jour de libération de l'AICS et (x) le jour où il commet un éventuel délit en état de récidive ; ou (xx) le jour de la consultation du dossier SCI s'il n'a pas commis de nouveau délit. Six types de récidive ont été définis à partir de la situation pénale de condamnation définitive :
  - (1) la récidive générale correspondant à toute nouvelle condamnation et ce, quel que soit le délit ;
  - (2) la récidive sexuelle correspondant à toute nouvelle condamnation pour un délit à caractère sexuel ;
  - (3) la récidive sexuelle non violente correspondant à toute nouvelle condamnation pour un délit sexuel non violent, par exemple exhibitionnisme ou attentat à la pudeur sans violence, ni menace ;
  - (4) la récidive sexuelle violente correspondant à toute nouvelle condamnation pour délit sexuel avec violence, par exemple, attentat à la pudeur avec violence ou viol avec violence ;
  - (5) la récidive violente non sexuelle, correspondant à toute nouvelle condamnation pour délit violent non sexuel, par exemple, agression physique non sexuelle ;
  - (6) la récidive non violente non sexuelle correspondant à toute nouvelle condamnation pour délit non violent non sexuel comme par exemple, un vol simple.

## ANALYSES STATISTIQUES

---

Les taux de récidive seront calculés en pourcentage. La comparaison de ces taux en fonction des catégories d'AICS sera effectuée à partir des tests du Chi Deux ( $\chi^2$ ) et des courbes de survie permettront d'identifier les AICS récidivant plus rapidement.

## PARTICIPANTS

---

La cohorte est constituée de 231 AICS ayant bénéficié d'un traitement ou d'une guidance au sein d'équipes de santé spécialisées en 2001 et/ou 2002. L'âge moyen est de 43.87 ans ( $SD = 10.91$ ), les AICS ont entre 21 et 72 ans au moment de leur libération. La durée de détention des AICS varie de 0.11 à 19.66 années, pour une durée moyenne de 4.28 ( $SD = 3.22$ ). Les AICS ont une durée de libération (période allant de la libération à la récidive ou en cas de non récidive à la date d'arrêt de la recherche) pouvant varier de 0.11 à 15.83 années, pour une durée moyenne de 4.12 ( $SD = 2.69$ ).

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

En fonction du type de libération :

- ✓ Les AICS étant allés en fin de peine, mais ayant quand même consulté au moins une fois une équipe de santé spécialisée pour un traitement ou une guidance en 2001 ou 2002 ( $N = 112$ , 48.9%) ;
- ✓ Les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle ( $N = 98$ , 42.8%) ;
- ✓ Les AICS ayant bénéficié d'un sursis ( $N = 19$ , 8.3%). La notion de sursis signifie que l'AICS a bénéficié d'une peine de sursis sans détention ou d'une peine de détention avec une période de sursis.

En fonction de l'âge de la victime :

- ✓ Les AICS ayant uniquement des victimes majeures, c'est-à-dire âgées de 14 ans ou plus (N = 49, 22.5%) ;
- ✓ Les AICS ayant uniquement des victimes mineures âgées de moins de 14 ans (N = 137, 62.8%) ;
- ✓ Les AICS ayant des victimes mineures et des victimes majeures (N = 32, 14.7%).

En fonction de l'âge de la victime et du lien entre la victime mineure et l'AICS :

- ✓ Les AICS ayant uniquement des victimes majeures, c'est-à-dire âgées de 14 ans ou plus (N = 49, 22.5%) ;
- ✓ Les AICS ayant uniquement des victimes mineures âgées de moins de 14 ans issues de la sphère familiale (AICS intrafamiliaux, N = 99, 45.4%) ;
- ✓ Les AICS ayant uniquement des victimes mineures âgées de moins de 14 ans non issues de la sphère familiale (AICS extrafamiliaux, N = 18, 8.3%) ;

- ✓ Les AICS ayant des victimes mineures âgées de moins de 14 ans dont certaines sont issues de la sphère familiale et d'autres ne le sont pas (AICS intra et extrafamiliaux, N = 20, 9.2%) ;
- ✓ Les AICS ayant des victimes mineures et des victimes majeures (N = 32, 14.7%).

## RÉSULTATS

---

Pour une période de libération de 4 ans, nous observons 27% de récidive générale, 7,9% de récidive sexuelle, 4,4% de récidive violente non sexuelle et 18,3% de récidive non violente non sexuelle (Tableau 2).

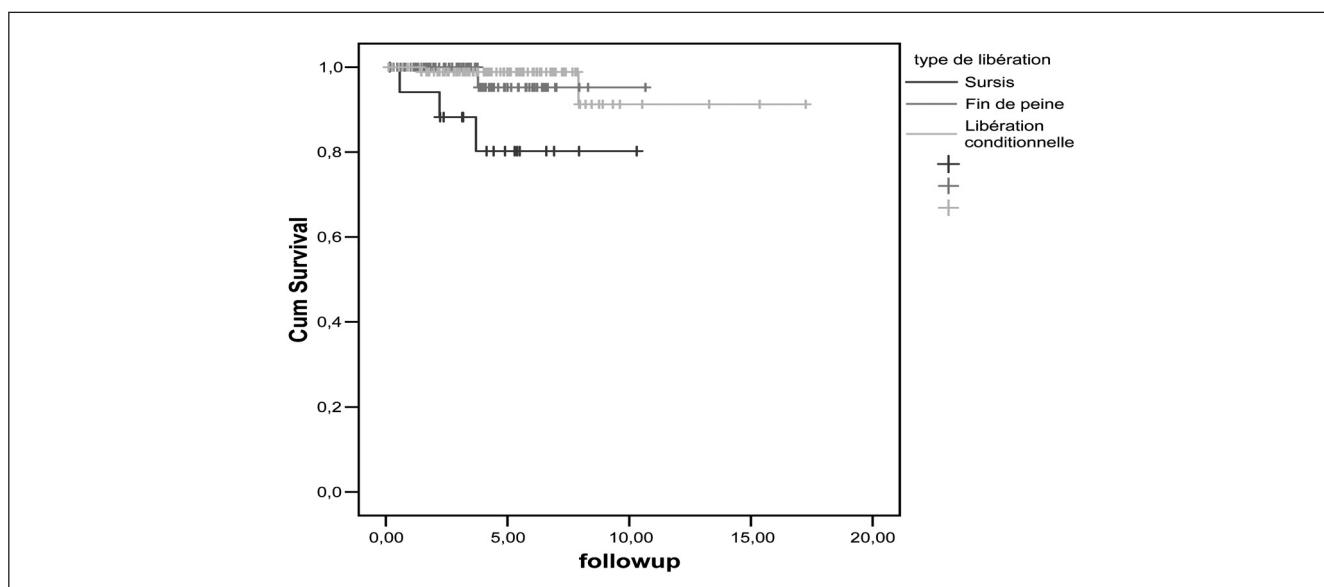
Les comparaisons des taux de récidive en fonction du type de libération des AICS (Tableau 3) montrent que les groupes diffèrent au niveau de la récidive sexuelle non violente et tendent à se différer au niveau de la récidive générale, sexuelle et non violente non sexuelle. En ce qui concerne la récidive générale et notamment la récidive non violente non sexuelle, les AICS étant allés en fin de peine récidivent moins que

Récidive :	Effectif	Taux de récidive (%)
Générale (RG)	230	27.0
Sexuelle (RS)	229	7.9
Sexuelle violente (RSV)	229	5.7
Sexuelle non violente (RSNV)	229	3.5
Violente non sexuelle (RVNS)	229	4.4
Non violente non sexuelle (RNVNS)	229	18.3

Tableau II : Taux de récidive.

	Fin de peine		Libération conditionnelle		Sursis		p
	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	
RG	112	19.6	98	32.7	19	36.8	.06
RS	112	6.3	97	6.2	19	21.1	.06
RSV	112	5.4	97	4.1	19	10.5	ns
RSNV	112	1.8	97	2.1	19	21.1	.00
RVNS	112	2.7	97	6.2	19	5.3	ns
RNVNS	112	12.5	97	24.7	19	21.1	.07

Tableau III : Taux de récidive des AICS en fonction du type de libération.



**Figure 1 :** Courbes de survie de la récidive sexuelle non violente en fonction du type de libération.

les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle (RG :  $\chi^2 = 4.63$ , p = .04 ; RNVNS :  $\chi^2 = 5.24$ , p = .02). Pour ce qui est de la récidive sexuelle et notamment la récidive sexuelle non violente, les AICS ayant bénéficié d'un sursis récidivent plus que ceux ayant bénéficié d'une libération conditionnelle (RS :  $\chi^2 = 4.46$ , p = .06 ; RSNV :  $\chi^2 = 11.68$ , p = .01) et que ceux étant allés en fin de peine (RS :  $\chi^2 = 4.62$ , p = .05 ; RSNV :  $\chi^2 = 13.80$ , p = .00).

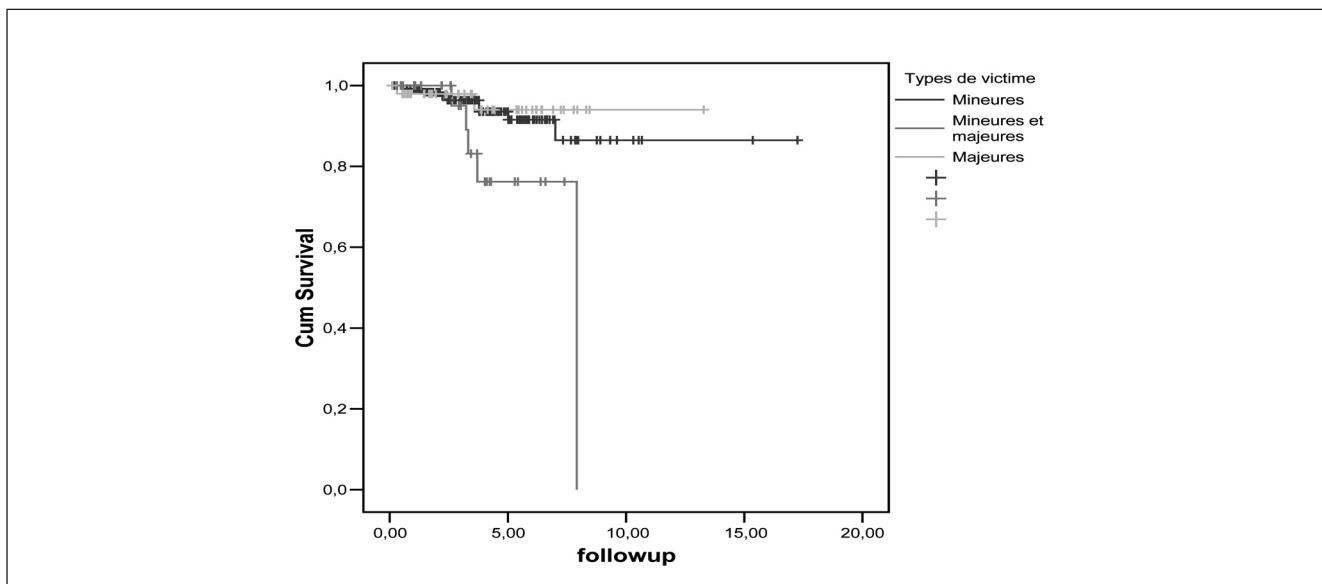
Au vu des courbes de survie (Figure 1), les AICS bénéficiant d'un sursis récidivent plus rapidement de manière sexuelle non violente que les AICS sortant de

prison à la fin de leur peine ou en libération conditionnelle (Log Rank = 10,19 ; p = .01).

Les comparaisons des taux de récidive en fonction de l'âge des victimes (Tableau 4) montrent que les groupes tendent à se différencier au niveau de la récidive générale et de la récidive non violente non sexuelle. De manière générale, les AICS ayant pour victimes des adultes récidivent plus que les AICS ayant des victimes mineures ( $\chi^2 = 5.17$ , p = .04). Nous retrouvons également cette propension à récidiver davantage chez les AICS ayant des victimes majeures que ceux ayant des victimes mineures au niveau de la récidive non sexuelle non violente ( $\chi^2 = 3.95$ , p = .06).

	AICS : victimes majeures		AICS : victimes mineures		AICS : victimes majeures et mineures		p
	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	
<b>RG</b>	49	38.8	136	22.1	32	28.1	.08
<b>RS</b>	49	4.1	135	7.4	32	15.6	ns
<b>RSNV</b>	49	4.1	135	5.2	32	9.4	ns
<b>RVNS</b>	49	0.0	135	4.4	32	6.3	ns
<b>RNVNS</b>	49	28.6	135	15.6	32	12.5	.09

**Tableau IV :** Taux de récidive des AICS en fonction du type de libération.



**Figure 2 :** Courbes de survie de la récidive sexuelle en fonction du type de Victime.

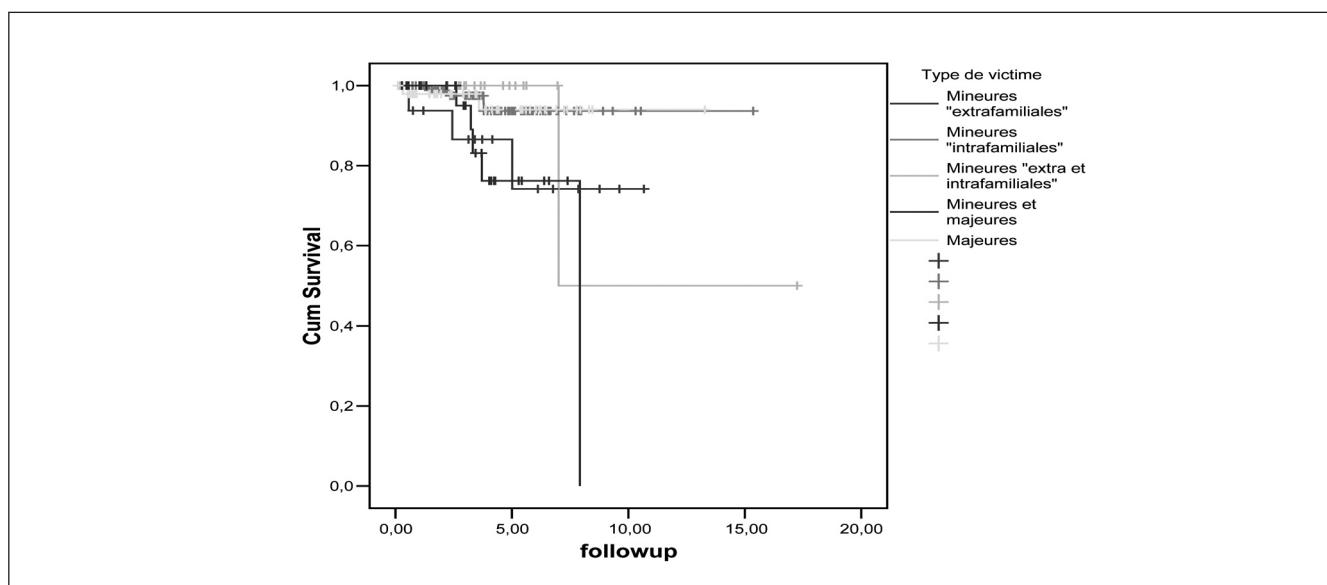
Au vu des courbes de survie (Figure 2), les AICS ayant des victimes majeures et mineures récidivent plus rapidement de manière sexuelle que les AICS ayant des victimes mineures ou majeures (Log Rank = 6.69 ; p = .04).

Les analyses comparant les taux de récidive en fonction de l'âge des victimes et du lien familial vic-

time/AICS (Tableau 5) soulignent que les AICS se différencient en fonction du type de victime et du lien qu'ils ont avec celle-ci, et ce, en ce qui concerne notamment la récidive sexuelle (.03). Des résultats similaires mais tendanciels s'observent également pour la récidive violente non sexuelle (.06). Les comparaisons deux à deux permettent d'affiner ce constat. Les AICS

	AICS : victimes majeures		AICS : victimes mineures « extrafamiliales »		AICS : victimes mineures « intrafamiliales »		AICS : victimes mineures « extra » et intrafamiliales		AICS : victimes majeures et mineures		p
	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	
<b>RG</b>	49	38.8	18	33.3	99	21.2	19	15.8	32	28.1	ns
<b>RS</b>	49	4.1	17	23.5	99	5.1	19	5.3	32	15.6	.03
<b>RSV</b>	49	4.1	17	17.6	99	3.0	19	5.3	32	9.4	ns
<b>RSNV</b>	49	0.0	17	11.8	99	4.0	19	0.0	32	6.3	ns
<b>RVNS</b>	49	8.2	17	11.8	99	1.0	19	5.3	32	0.0	.06
<b>RNVNS</b>	49	28.6	17	17.6	99	16.2	19	10.5	32	12.5	ns

**Tableau V :** Taux de récidive des AICS en fonction du type de victime (critère âge et critère lien familial victimes mineures/AICS).



**Figure 3 :** Courbes de survie de la récidive sexuelle en fonction du type de victime et du lien familial avec les victimes mineures.

ayant des victimes mineures dans la sphère intrafamiliale récidivent moins sur un mode sexuel que ceux ayant des victimes majeures et mineures ( $\chi^2 = 3.84$ ,  $p = .06$ ) ou que ceux ayant des victimes mineures extrafamiliales ( $\chi^2 = 6.92$ ,  $p = .03$ ). Les AICS ayant des victimes mineures dans la sphère extrafamiliale ont des taux de récidive sexuelle supérieurs aux taux des AICS ayant des victimes majeures ( $\chi^2 = 5.78$ ,  $p = .03$ ). En ce qui concerne la récidive violente non sexuelle, les AICS ayant des victimes mineures dans la sphère intrafamiliale ont tendance à moins récidiver que ceux ayant des victimes majeures ( $\chi^2 = 5.14$ ,  $p = .04$ ) ou que ceux ayant des victimes mineures extrafamiliales ( $\chi^2 = 6.61$ ,  $p = .06$ ).

Notons qu'au vu des courbes de survie (Figure 3), les AICS ayant des victimes mineures extrafamiliales ou des victimes majeures et mineures récidivent plus rapidement de manière sexuelle que les autres AICS (Log Rank = 9.58 ;  $p = .05$ ).

## DISCUSSION ET CONCLUSION

Afin de mettre en lien les différents résultats obtenus dans la partie empirique, nous développerons cette discussion en reprenant l'ensemble des résultats relatifs aux AICS en fonction de la manière dont ils ont été catégorisés : (a) en fonction du type de libération

dont ils ont fait l'objet; (b) en fonction du type de victime (critère âge) ; et (c) en fonction du type de victime (critère âge et lien familial entre les victimes mineures et l'AICS).

En ce qui concerne la récidive des AICS catégorisés **en fonction du type de libération**, les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle récidivent davantage de manière générale et plus particulièrement de manière non violente non sexuelle par rapport aux AICS qui sont allés en fin de peine. Les analyses des courbes de survie, qui considèrent les taux de récidive selon la période de temps, montrent que les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle et ceux qui sont allés en fin de peine ne récidivent pas plus rapidement. Par contre, concernant la récidive sexuelle et plus particulièrement la récidive sexuelle non violente, les AICS ayant bénéficié d'un sursis récidivent davantage que les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle ou que ceux qui sont allés en fin de peine. Mentionnons aussi que ceux ayant bénéficié d'un sursis récidivent plus rapidement que les deux autres groupes. Les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle récidivent plus de manière générale et de manière non violente non sexuelle comparés aux AICS qui sont allés en fin de peine.

Notons que les AICS qui sont allés en fin de peine sont des personnes qui sont entrées en contact avec une équipe de santé spécialisée en 2001 ou 2002 dans le

cadre d'une guidance ou d'un traitement au même titre que les AICS ayant bénéficié d'un sursis ou d'une libération conditionnelle. Nous ne pouvons pas considérer que ces AICS n'ont pas fait une demande de suivi ou n'en ont bénéficié d'aucun en refusant notamment une demande de libération conditionnelle soumise à la contrainte d'une prise en charge. Nous supposons au contraire que ces personnes ont tout au moins effectué une demande de sortie de prison (libération conditionnelle) à un moment de leur incarcération et de ce fait, sont recensées dans les fiches d'enregistrement de l'UPPL comme ayant rencontré une équipe de santé spécialisée en vue d'une guidance ou d'un traitement. Au niveau de la durée de détention, notons que les AICS ayant fait l'objet d'une libération conditionnelle ont une durée de détention supérieure à ceux qui ont bénéficié d'un sursis.

Lorsque les AICS sont catégorisés **en fonction de l'âge de la victime**, les AICS ayant pour victimes des mineurs ont des périodes de détention plus longues, et récidivent moins de manière générale et non sexuelle non violente que les AICS ayant des victimes majeures. Les AICS ayant des victimes majeures et mineures récidivent plus rapidement sur un mode sexuel. Par ailleurs, les AICS sur victimes majeures récidivent davantage de manière générale et sexuelle non violente par rapport aux AICS ayant uniquement des victimes mineures.

Lorsque les analyses distinguent les AICS **en fonction de l'âge de leur(s) victime(s) et du lien familial entre l'AICS et la victime mineure**, un des principaux résultats est que les AICS ayant des victimes mineures et majeures récidivent davantage sur un mode sexuel par rapport aux autres catégories. Les AICS sur victimes mineures au sein de la sphère familiale récidivent moins de manière sexuelle ou violente non sexuelle.

Par rapport à la littérature internationale, les taux de récidive violente ainsi que ceux de la récidive sexuelle s'avèrent inférieurs à ceux obtenus dans diverses études [9 ; 12 ; 15 ; 16 ; 18 ; 27 ; 29 ; 30 ; 32]. Néanmoins, notons que les AICS de la présente étude présentent des taux de récidive non violente non sexuelle relativement élevés alors que peu voir pas d'études évaluent ce type de récidive. Ce résultats va à l'encontre de l'hypothèse de spécialisation des AICS quant au type de délit commis [5 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38].

Les différents résultats soulèvent de nouvelles questions et notamment celle du suivi des AICS issus de cette cohorte. Au cours de cette étude, nous avons été

confrontés à la difficulté qui est liée à la dimension rétrospective de notre recherche. En effet, la validité des résultats est tributaire de la qualité et de l'exhaustivité des renseignements repris tant au sein des grilles AICS de 2001, 2002, qu'au sein des dossiers de la DGD. Notons que pour certains dossiers, les faits remontent parfois à plus de dix ans. Nous émettons l'hypothèse que l'encodage de données dans un tel fichier et/ou le classement de documents dans un dossier judiciaire ont évolué depuis. De plus, les fiches de renseignements fournissaient certes des informations quant à la prise en charge de l'AICS au sein des équipes, mais, ces informations reflétaient l'activité 2001-2002. Nous ne pouvions pas savoir si l'AICS était encore pris en charge en 2008, ni évaluer la fréquence, le type et la qualité du suivi mis en place. De la même manière, au vu de l'évolution des pratiques, nous supposons que la prise en charge des AICS a également évolué entre 2001 et 2008. Ainsi, à aucun moment nous nous sommes permis de confronter nos résultats à ceux issus de la littérature internationale relative à l'efficacité thérapeutique des programmes de traitement proposés aux AICS [21 ; 22 ; 25 ; 28 ; 33 ; 40 ; 41].

Afin de circonscrire davantage la prise en charge des AICS ainsi que leur taux de récidive, notre objectif futur est de mener une recherche de type prospective à long terme. Aussi, la mise en place d'un instrument d'évaluation des AICS reprenant des variables essentielles couvrant les domaines délictueux, diagnostiques, socio-environnementaux et thérapeutiques relatifs à la prise en charge, permettrait de suivre l'évolution des AICS au sein du système de soin ambulatoire proposé en Région wallonne. Cet instrument d'évaluation succinct permettra néanmoins de couvrir un nombre important de domaines : (a) le niveau de risque statique de l'AICS lors de sa libération ; (b) le type de libération ; (c) le suivi au sein d'une ou de plusieurs équipes de santé spécialisées (en cas de réorientation) ; (d) les critères diagnostiques ; (e) les caractéristiques liées à l'environnement social dans lequel il évolue. Il semble important de souligner que ces différentes dimensions sont reconnues comme étant prédictives d'un potentiel risque de récidive. Elles permettent aussi de cerner les besoins des AICS quant à une éventuelle prise en charge ainsi que leur niveau de réceptivité à cette dernière. En effet, la littérature internationale, à travers notamment les écrits de Bonta [2], souligne l'importance d'intégrer ces trois dimensions « Risque, Besoin et Réceptivité » dans la prise en charge des populations délinquantes. ■

## RÉFÉRENCES

---

- [1] ABEL G. & ROULEAU J. (1990). – *The nature and extent of sexual assault: Issues, Theories and Treatment of the offender*. New York: Plenum.
- [2] ANDREWS D.A. & BONTA J. 2003. – The Psychology of criminal conduct (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- [3] BARTOSCH D.L., GARBY T., LEWIS D., & GRAY S. (2003). – Differences in predictive validity of actuarial risk assessment in relation to sex offender type. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 422-438.
- [4] BLACKBURN R. (1994). – The Psychology of Criminal Conduct: Theory, Research and Practice. London: Wiley.
- [5] BLUMSTEIN A., COHEN J. & VISHER C. Eds. (1986). – Criminal Careers and Career Criminals, Vol. 1 Washington DC: National Academy Press.
- [6] BROADHURST R. & LOHN N. (1993). – Sex and violent offenders: probabilities of re-imprisonment. Australian Institute of Criminology, Police and Practice in Correctional and Forensic Services, Conference paper, Perth, October 1993.
- [7] BROADHURST R. & MALLER R. (1992). – The recidivism of sex offenders in the Western Australia prison population. *British journal of Criminology*, 32, 50-84.
- [8] CANN J., FALSHAW L., & FRIENDSHIP C. (2004). – Sexual offenders discharged from prison in England and Wales: a 21 years reconviction study. *Legal and Criminological Psychology*, 9, 1-10.
- [9] ELZ, J. (2001). – Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern. Sexuelle Missbrauchsdelikte. [Criminal recidivism and criminal careers of sexual offenders. Sexual child abuses]. Wiesbaden, Germany: Kriminologische Zentralstelle e.V.
- [10] FARRINGTON D. (1994). – Human development and criminal careers. In Moguire, M., Morgan, R., Reiner, R. Eds. *The Oxford handbook of Criminology*. Oxford: Oxford University Press.
- [11] FRIENDSHIP C. & THORNTON, D. (2001). – Sexual reconviction for sex offenders discharged from prison in England and Wales: implications for evaluating treatment. *British Journal of criminology*, 41, 285-292.
- [12] FURBY L., WEINROTT M., & BLACKSHAW L. (1989). – Sex offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 105, 3-30.
- [13] GRAVIER B. & DEVAUD C.(1995). – Délinquance sexuelle. États des lieux. *Nervure*, VIII (7): 10-22.
- [14] GRUNFELD B. & NORIEK K. (1986). – Recidivism among sex offenders: a follow up study of 541 Norwegian sex offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 9, 95-102.
- [15] HANSON R.K. & MORTON BOURGON, 2004, – Predictors of sexual recidivism: An update meta-analysis (User Report 2004-02). Ottawa, Ontario, Canada: public safety and Emergency Preparedness Canada.
- [16] HANSON R.K. & BUSSIÈRE M.T. (1998). – Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- [17] HANSON R.K., STEFFY R.A., & GAUTHIER R. (1993). – Long-term recidivism of child molester. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 61, 646-652.
- [18] HANSON R.K., STEFFY R.A., & GAUTHIER R. (1993). – Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 66, 348-362.
- [19] HEIL P., AHLMEYER S., & SIMONS D. (2003). – Crossover sexual offences. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 221-236.
- [20] HOOD R., SHUTE S., FEITZEN M., & WILCOX A. (2002). – Sex offenders emerging from long-term imprisonment: a study of their long-term reconviction rates and of paroleboard members' judgements of their risk. *British Journal of Criminology*, 42, 371-394.
- [21] LEE K. P., PROEVE M. J., LANCASTER M., & JACKSON H.J. (1996). – An evaluation and 1 year follow up study of community based treatment program for sex offenders. *Australian Psychologist*, 31, 147-152.
- [22] LOOMAN J., ABRACHEN J., & NICHOLAICHUK T.P. (2000). – Recidivism among treated sexual offenders and matched controls. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 279-290.
- [23] LUSSIER P. (2005). – The Criminal Activity of Sexual Offenders in Adulthood: Revisiting the Specialization Debate. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(3), 269-292.
- [24] MALLER R., MORGAN F., & LOHN N. (1997). – *An analysis of the effects of offenders ages on rearrest probabilities in the Western Australian Population*. Unpublished Research report, crime research centre, University of Western Australia.
- [25] MARQUES J.K., WIEDERANDERS M., DAY D.M., NELSON C., & VAN OMMEREN A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.
- [26] MARSHALL W.L. & PITHERS W.D. (1994). – A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Criminal Justice and behaviour*, 21, 10-27.
- [27] MENGHINI M., DUCRO C., & PHAM T.H. (2005). – Évaluation de lé récidive auprès d'AICS issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone. *Forensic*, numéro spécial, 31-40.

- [28] NICHOLAICHUK T., GORDON A., GU D., & WONG S. (2000). – Outcome of an institutional sexual offender treatment program: A comparison between treated and matched untreated offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12, 139-153.
- [29] PRENTKY R.A., LEE A.F.S., KNIGHT R.A., & CERCE D. (1997). – Recidivism rates among child molesters and rapists: A methodological analysis. *Law and Human Behavior*, 21, 635-659.
- [30] PROULX J., PELLERIN B., MCKIBBEN A., PARADIS Y., AUBUT J., & OUIMET M. (1997). – Static and dynamic predictors of recidivism in sexual aggressors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 7-27.
- [31] QUINSEY V.L., HARRIS G.T., RICE M.E., & CORMIER C.A. (1998). – *Violent Offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- [32] QUINSEY V.L., RICE M.E., & HARRIS G.T. (1995). – Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 85-105.
- [33] RICE M., QUINSEY V., & HARRIS G. (1991). – Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatry institution. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 59, 381-386.
- [34] ROMERO J. & WILLIAMS L. (1985). – Recidivism among convicted sex offenders: a ten years follow up. *Federal Probation*, 49, 58-64.
- [35] SAMPLE L.L. & BRAY T.M. (2003). – Are sex offenders dangerous? *Criminology and Public Policy*, 3, 59-82.
- [36] SIMON L.M.J. (1997). – Do offenders specialize in crime types? *Applied and Preventive Psychology*, 6, 35-53.
- [37] SIMON L.M.J. (2000). – An examination of the assumptions of specialization, mental disorder, and dangerousness in sex offender. *Behavioural Sciences and the Law*, 18, 275-308.
- [38] SMALLBONE S.W., WHEATON J., & HOURIGAN, D. (2003). – Trait empathy and criminal versatility in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 49-60.
- [39] SOOTHILL K.L., FRANCIS B., SANDERSON E., & ACKERLEY E. (2000). – Sex offenders: specialists, generalists ... or both? A 32 years criminological study. *British Journal of Criminology*, 40, 56-67.
- [40] STADTLAND C., HOLLWEG M., KLEINDIENST N., DIETL J., REICH U., & NEDOPIL N. (2005). – Risk assessment and prediction of violent and sexual recidivism in sex offenders: Long-term predictive validity of four risk assessment instruments. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16(1), 92-108.
- [41] STRUDER L.H., REDDON J.R., ROPER V., & ESTRADA L. (1996). – Phoenix: An in-hospital treatment program for sex offenders. *A Journal of Offender Rehabilitation*, 23, 91-97.
- [42] VAN DER WERFF C. (1989). – Recidivism. Netherlands: Research and Documentation Centre, Ministry of Justice.
- [43] WERNER N. (1989). – Violent Criminal Careers and “Violent criminal careers”: an overview of the research literature. In Weiner, N., Wolfgang, M. Eds. *Violent Crime, Violent Criminals*. Newbury Park CA: Sage.
- [44] WOOD R.M., GROSSMAN L.S., & FICHTNER C.G. (2000). – Psychological assessment, treatment, and outcome with sex offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 23-41.