# UNIVERSITE DE TOURS

Humanités & Langues

*EE 1901 Qualipsy*

# UNIVERSITE DE MONS

Psychologie et Science de l'Éducation

*Service de psychologie légale*

# THÈSE présentée par :

**Ingrid MARTIN-BERTSCH**

**soutenue le** : 9 décembre 2021

pour obtenir le grade de : **Docteur des Universités de Tours et de Mons**

Discipline/Spécialité : Psychologie clinique/Psychologie légale

Mention Psychologie clinique et Psychopathologie/Psychopathologie légale

# Risque de récidive sexuelle, violente et générale des auteurs d'infractions à caractère sexuel : technique d'évaluation, facteurs de risque et profils cliniques

## THÈSE dirigée par :

| | |
|---|---|
| **Dr COURTOIS Robert** | Maitre de conférences (HDR), Université de Tours, France |
| **Pr REVEILLERE Christian** | Professeur, Université de Tours, France |
| **Pr PHAM HOANG Thierry** | Professeur, Université de Mons, Belgique |

## RAPPORTEURS :

| | |
|---|---|
| **Pr HERZOG-EVANS Martine** | Professeur, Université de Reims, France |
| **Pr NANDRINO Jean-Louis** | Professeur, Université de Lille, France |

---

## JURY :

| | |
|---|---|
| **Dr COURTOIS Robert** | Maitre de conférences (HDR), Université de Tours, France |
| **Pr REVEILLERE Christian** | Professeur, Université de Tours, France |
| **Pr PHAM HOANG Thierry** | Professeur, Université de Mons, Belgique |
| **Pr HERZOG-EVANS Martine** | Professeur, Université de Reims, France |
| **Pr NANDRINO Jean-Louis** | Professeur, Université de Lille, France |
| **Pr CORTONI Franca** | Professeur, Université de Montréal, Québec |
| **Pr LEFEBVRE Laurent (Président)** | Professeur, Université de Mons, Belgique |

## REMERCIEMENTS

Je remercie le Dr Robert Courtois, directeur de thèse, pour m'avoir aidé à penser et développer ce projet de thèse, avoir contribué à sa mise en œuvre, pour les conseils et les relectures qui ont jalonnés l'encadrement de ce travail de recherche.

Je tiens à remercier chaleureusement le Professeur Thierry Hoang Pham, directeur de thèse. Merci pour le temps et l'énergie que tu as consacré à cette thèse, pour les passionnants échanges qui ont jalonné cette recherche, pour m'avoir rappelé l'importance d'être une clinicienne, pour ton éthique qui est un modèle. Je tenais particulièrement à te remercier pour ta gentillesse, ton humanité et ton soutien moral qui n'ont jamais failli durant ces 5 années et ont été indispensables à la conception de ce travail. J'espère poursuivre notre collaboration.

Je remercie le professeur Christian Réveillère, directeur de thèse. Vos conseils et votre bienveillance ont accompagné mes années d'étude (du master à ce jour) et ce travail de thèse. Merci pour votre rigueur qui m'a apporté plus de sérénité dans l'avancée de ce travail. Merci de m'avoir partagé votre clairvoyance sur mon fonctionnement comme sur le métier de chercheur.

Je remercie l'ensemble des partenaires qui ont permis le recueil des données. Merci au docteur Hervé Douceron, psychiatre au Centre Pénitentiaire d'Orléans-Saran (CPOS) ; au docteur Pierre Horrach, psychiatre et responsable du Dispositif de Soins pour les Auteurs de Violences Sexuelles (DSAVS) du Centre de Détention de Toul ; à Baptiste Oriez, infirmier au DSAVS du Centre de Détention de Toul ; au docteur Elodie Gallard, responsable de l'Unité Sanitaire du Centre de Détention de Mauzac ; à Marion Dubuisson, psychologue à l'Unité sanitaire du Centre de Détention de Bédenac pour avoir rendu possible le recueil de données au sein de leurs services. Merci à l'ensemble des équipes médicales, paramédicales et administratives du SMPR du CPOS, des unités sanitaires des Centres de Détention de Toul,

Mauzac et Bédenac pour m'avoir accueilli, pour avoir organisé les passations, pour avoir présenté l'étude aux participants et pour les repas partagés ensemble.

Je tiens à remercier l'ensemble des participants qui ont pris du temps, de l'énergie et ont parfois dû renouer avec des souvenirs douloureux pour rendre possible ce recueil de données.

Je remercie chaleureusement mes collègues de l'Université de Mons (et en particulier Audrey, Emilie et Luca) pour leur accueil régulier à Mons, pour les partages d'expérience d'étudiant, d'employé et de doctorant à l'université. Merci pour les sandwichs du midi qui sont surtout des moments de partage qui vont me manquer. Mais avant tout, merci pour votre soutien moral qui été un phare dans les moments de doute.

Je remercie Claire Ducro et Jean-Pierre Guay pour avoir accompagné la rédaction et la correction d'articles. Merci pour vos précieux conseils qui m'ont fait progresser.

Je remercie mon amie Servane Barrault, maitre de conférences à l'Université de Tours, pour ses conseils, ses relectures et son soutien avisé, délivrés avec toujours beaucoup de douceur.

Je remercie les membres du laboratoire Qualipsy de l'Université de Tours pour leurs retours sur ce travail de thèse qui m'ont permis d'avancer et d'améliorer cette recherche.

Je remercie mes collègues Émilie Telle (de l'université de Mons) et Crystal Blard (du CHRU de Tours) pour leur aide dans la double cotation des données liées aux échelles de risque de récidive.

Je remercie Aurélie Taranne et Mallorie Pohu, étudiantes en psychologie à l'Université de Tours, pour m'avoir aidé à la mise en œuvre du fichier de recueil des données.

Je remercie Christèle Gaudron et Bénédicte Richard, employées de l'École Doctorale de l'Université de Tours, pour leur aide indispensable.

Je remercie mes collègues du CRIAVS et de l'Unité sanitaire de la Maison d'arrêt de Tours pour leur patience. Merci à Catherine Potard, maitre de conférences à l'Université d'Angers, pour les moments de réconfort, de travail et de prises de conscience. Comme quoi même les statistiques peuvent être l'occasion de fous-rires. Merci à Laurence, secrétaire du CRIAVS, pour sa sérénité depuis ces onze années passées ensemble. Merci au Docteur Sarah Laborderie, amie et collègue, pour ses sages conseils.

Je remercie mes amis (et en particulier Aurélie, Mathieu, Anne-Charlotte, Mathilde, Anne-Hélène, Cécile et Émilie) pour leur patience durant ces cinq années, pour les discussions sur la vie et pour les précieux moments de pause.

Je remercie ma famille (mes parents, mes grands-mères, ma sœur, mon beau-frère, mon frère, criquet, chouquette, poussin et mes beaux-parents) pour s'être intéressés à cette thèse et pour n'avoir jamais douté.

Enfin, je remercie, du plus profond de mon cœur, mon mari Paul-Louis. Merci d'être là sans faille, sans doute, sans critique, avec bienveillance, amour et calme. Merci d'avoir accompagné et contribué à cette aventure. *Merci d'être entré dans ma vie et pour que tu y restes pour toujours.*

# TABLE DES MATIERES

**REMERCIEMENTS** 2

**TABLE DES TABLEAUX** 8

**TABLE DES FIGURES** 10

**LISTE DES ABREVIATIONS** 11

**PREAMBULE : Contexte actuel de la prise en charge de la récidive des auteurs d'infractions à caractère sexuel en France** 15

**Volet sociétal** 15

**Volet judiciaire** 18

**Volet sanitaire** 20

**PARTIE 1 : PARTIE THEORIQUE** 24

**Chapitre 1 : L'évaluation structurée du risque de récidive** 25

1.1. Le développement de l'évaluation structurée du risque 26

1.1.1. La remise en question du jugement clinique non structuré 26

1.1.2. Vers une prédiction pure du risque de récidive : les échelles actuarielles 28

1.1.3. Vers une prédiction-gestion des risques : l'évaluation intégrée et le jugement professionnel structuré 30

1.2. L'utilisation des échelles de risque en France 33

1.3. Le choix des échelles de risque pour l'étude actuelle 54

**Chapitre 2 : Les facteurs de risque, besoins criminogènes et non criminogènes chez les AICS** 57

2.1. Les facteurs de risque connus de la récidive sexuelle, violente et générale 58

2.2. Les facteurs non liés à la récidive 60

2.3. Les facteurs de risque prometteurs ou non explorés 60

2.3.1. La personnalité 61

2.3.2. L'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie 63

**PROBLEMATIQUE 67**

**PARTIE 2 : PARTIE EMPIRIQUE 69**

**Chapitre 3 : Méthodologie générale 69**

3.1. Récapitulatif des échantillons et des outils utilisés pour chacun des articles de ce travail de thèse 69

3.2. Procédure 71

3.3. Plan d'organisation des articles 73

**Chapitre 4 : Articles scientifiques 74**

4.1. Validation des qualités psychométriques des échelles de risque 74

4.1.1. Validation des qualités psychométriques de la RSVP 75

4.1.2. Validation des qualités psychométriques de la HCR-20 95

4.1.3. Validation des qualités psychométriques du LS/CMI 116

4.1.4. De la bonne utilisation des échelles de risque 137

4.2. Les facteurs de risque 160

4.2.1. La personnalité et le risque de récidive 161

4.2.2. L'impulsivité et les distorsions cognitives, l'empathie et le risque de récidive 183

4.2.2.1. L'impulsivité, les distorsions cognitives sur enfant, l'empathie et le risque de récidive sexuelle des AICS d'enfants 184

4.2.2.2. L'impulsivité, les distorsions cognitives sur adulte, l'empathie et le risque de récidive sexuelle, violente et générale des AICS d'adultes 207

4.3. Approche en cluster du risque de récidive des AICS 210

**PARTIE 3 : DISCUSSION GENERALE 234**

**Chapitre 5 : Résumé et discussion des principaux résultats 234**

**Chapitre 6 : Limites de l'étude** **239**

6.1. Auteurs d'infractions violentes et sexuelles : spécificité de la population et contexte de la recherche 239

6.2. Validation des qualités psychométriques des échelles de risque : cotation, contexte et absence de validité prédictive 241

6.3. Personnalité, impulsivité, distorsions cognitives et empathie : taille, composition de la population et limites de l'auto-évaluation 242

**Chapitre 7 : Perspectives** **243**

7.1. Perspectives pratiques : l'implantation des échelles en France 243

7.2. Perspectives de recherche : la poursuite des travaux 247

7.3. Perspectives cliniques : vers une pratique thérapeutique éthique, partenariale et efficace du risque de récidive 255

**CONCLUSION GENERALE** **260**

**ANNEXES** **306**

**Article 8 en version complète** **306**

**Curriculum Vitae** **320**

## TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux résultats des études sélectionnées 41

Tableau 2 : Ensemble des facteurs de risque de récidive stables 58

Tableau 3 : Résumé des populations et outils utilisés pour chaque article 69

Table 4: Average scores of RSVP, Static-2002, HCR-20 and LS/CMI 83

Table 5: Inter-rater reliability and internal consistency of the RSVP 84

Table 6: Correlations between total Static-2002 score and total and subscale scores of the RSVP, the HCR-20 and the LS/CMI 85

Table 7: Correlation coefficients between RSVP and type of offence 87

Table 8: Exploratory factor analysis of the RSVP Past items 88

Table 9: Average scores on HCR-20 and LS/CMI 104

Table 10: Inter-rater reliability and internal consistency of the HCR-20 and LS/CMI 106

Table 11: Comparison of HCR-20 averages between a French and a Belgian sample 107

Table 12: Point-biserial correlation coefficients with Bonferroni correction between HCR-20 scores and type of offence 108

Table 13: Exploratory factor analysis of the HCR-20 109

Table 14: Average scores on LS/CMI, Static-2002, RSVP and HCR-20 scores 124

Table 15: Inter-rater reliability and internal consistency of the LS/CMI 126

Table 16: Correlations between total score and LS/CMI subscale scores and total scores in Static-2002, RSVP and HCR-20 126

Table 17: Point-biserial correlation coefficients with Bonferroni correction between LS/CMI scores and type of offence 128

Table 18: Exploratory factor analysis of the LS/CMI 129

Tableau 19 : Comparaisons des scores aux échelles de risque entre les groupes « Entretien avec dossier » et « Entretien » chez les AICS et les VNS 150

Tableau 20 : Comparaisons des items de la RSVP et du LS/CMI entre les groupes « Entretien avec dossier » et « Entretien » chez les AICS 153

Table 21: Scores of BFI, RSVP, HCR-20 and LS/CMI 171

Table 22: Correlations between personality traits and total scores of RSVP, HCR-20, and LS/CMI 172

Table 23: Correlations between BFI scores and total RSVP, HCR-20 and LS/CMI scores for sexual offenders' sub-categories 173

Table 24: Path coefficient of Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) for five personality traits and sexual recidivism risk 174

Tableau 25 : Scores aux échelles Static-2002, RSVP, UPPS, Molest Scale et BES 196

Tableau 26 : Corrélations entre les scores de la Static 2002, de la RSVP et de l'UPPS 197

Tableau 27 : Corrélations entre les scores aux échelles Static 2002, RSVP et Molest Scale 198

Table 28: Descriptive results of the RSVP, HCR-20 and LS/CMI risk scales 220

Table 29: Cluster composition according to risk scales 222

Table 30: Comparison of the two clusters according to psychological characteristics 224

Table 31: Comparison of the two clusters according to psychiatric characteristics 226

# TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux _____ 39

Figure 2 : Schématisation récapitulative des notions de facteurs de risque, besoins criminogènes et besoins non criminogènes _____ 58

Figure 3 : Liste des objectifs et articles de l'étude actuelle _____ 73

Figure 4: Cattell's Elbow of the Exploratory Factor Analysis of the HCR-20 _____ 109

Figure 5: Cattell's Elbow of the Exploratory Factor Analysis of the LS/CMI _____ 129

Figure 6 : Déroulée de la procédure _____ 148

Figure 7: Visual representation of PLS-SEM with neuroticism, conscientiousness, openness and RSVP, HCR-20 and LS/CMI _____ 176

Figure 8 : Illustration de la poursuite des travaux de validation psychométrique des échelles de risque _____ 250

Figure 9 : Exemple d'un réseau _____ 253

## LISTE DES ABREVIATIONS

**AICS** : Auteur d'Infraction à Caractère Sexuel

**AUC** : Area Under the Curv

**AVE** : Average Variance Extracted

**BES**: Basic Empathy Scale

**BFI-Fr** : Big Five Inventory-Français

**CPIP** : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

**CPO** : Child Pornographic Offenders

**CRDS** : Centre de Recherche en Défense Sociale

**CRIAVS** : Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

**CSR** : Cercle de Soutien et de responsabilité

**DAVC**: Diagnostic A Visée Criminologique

**DSM-IV**: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4$^{e}$ édition

**DSP** : Dispositif de Soins Psychiatriques

**E**: Entretien

**ED** : Entretien avec Dossier

**HCR-20** : Historical Clinical Risk-20

**ICC** : Intra-Class Coefficient

**IS** : Injonction de Soins

**JAP** : Juge de l'Application des Peines

**JPS**: Jugement Professionnel Structuré

**JPNS** : Jugement Professionnel Non Structuré

**KMO** : Kaiser-Meyer-Olkin

**KR-20** : Kuder-Richardson-20

**LS/CMI** : Level of Service/Case Management Inventory

**LSI-R** : Level of Service Inventory-Revised

**MINI** : Mini International Neuropsychiatric Interview

**OS** : Obligation de Soins

**PCA** : Principal Components Analysis

**PCL** : Psychopathy Checklist-Revised

**PLS-SEM** : Partial Least Squares-Structural Equation Modeling

**PPR** : Programme de Prévention de la Récidive

**RBR** : Risque-Besoins-Réceptivité

**Rdoc**: Research Domain Criteria

**RSVP** : Risk for Sexual Violence Protocol

**RNR**: Risk-Need-Responsivity

**SAPROF**: Structured Assessment of Protective Factors

**SDS-17** : Social Desirability Scale-20

**SMPR** : Service Médico-Psychologique Régional

**SORAG** : Sex Offender Risk Assessment Guide

**SPIP** : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

**SPO** : Soin Pénalement Ordonné

**SVR-20**: Sexual Violence Risk-20

**UHSA** : Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée

**UPPS** : Impulsive Behavior Scale

**VRAG** : Violence Risk Assessment Guide

**YLS/CMI** : Young Level of Service/Case Management Inventory

**Annonce du sujet de thèse et de son déroulé**

Selon les principes Risque-Besoins-Réceptivité, une prise en charge efficace centrée sur le risque de récidive des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) doit s'appuyer sur trois principes. Premièrement, elle doit s'amorcer par une évaluation solide du risque de récidive (principe du risque). Cette évaluation est rendue possible grâce aux échelles structurées, très utilisées dans certains pays. En France, leur utilisation reste marginale. Parmi les critiques formulées à l'encontre des échelles, figure le manque de validation sur des populations de délinquants français. Cette thèse a pour premier objectif de valider les qualités psychométriques de 3 échelles de risque de récidive (sexuelle, violente, générale) auprès d'une population française. Deuxièmement, la prise en charge doit être centrée sur les besoins criminogènes du patient (principe des besoins), c'est-à-dire les facteurs reconnus comme scientifiquement liés à la récidive. Bien que certains facteurs de risque de récidive soient connus de la littérature, d'autres facteurs potentiels restent très peu explorés ou montrent des liens flous, contradictoires ou peu détaillés avec la récidive. Cette thèse a comme second objectif d'identifier le rôle et la dynamique de plusieurs facteurs de vulnérabilité psychologique liés au risque de récidive. Enfin, la prise en charge doit être personnalisée (principe de la réceptivité) c'est-à-dire prendre en compte la diversité des AICS. Cette thèse a pour dernier objectif de préciser les profils d'AICS en identifiant des « clusters » selon le risque de récidive.

Ce travail de thèse, réalisé exclusivement auprès d'infracteurs français, débutera par un préambule permettant d'expliquer le contexte français sociétal, judicaire et clinique de la prise en charge de la récidive des AICS. La partie théorique portera sur deux aspects : les échelles de risque et les facteurs de risque. Les échelles de risque seront traitées sous l'angle de leur évolution historique, de leurs avantages et inconvénients mais aussi de leur perception

par les professionnels français. Ceci fera d'ailleurs l'objet d'un premier article. Les facteurs de risque seront détaillés sous l'angle des facteurs connus de risque, des facteurs non liés au risque et des facteurs prometteurs ou non explorés. Nous détaillerons en particulier la personnalité, l'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie. Une partie empirique permettra de comprendre la méthodologie générale de ce travail (procédure, population et organisation des divers articles) et proposera les divers articles qui composent cette thèse. Trois articles répondront au besoin de validation des échelles, suivis d'un article s'intéressant au contenu des dossiers permettant de coter ces échelles (objectif 1). Trois articles s'intéresseront aux liens entre certain facteurs de vulnérabilité psychologique et risque de récidive (objectif 2). Un article se penchera sur des clusters d'AICS à risque de récidive (objectif 3). La dernière partie résumera et discutera les principaux résultats, mettra en avant les limites de notre étude et de tentera de développer des perspectives pratiques, de recherche et cliniques.

# PREAMBULE : Contexte actuel de la prise en charge de la récidive des auteurs d'infractions à caractère sexuel en France

En France, la préoccupation envers les Auteurs d'Infractions à Caractères Sexuel (AICS), surtout présente depuis les années 80, est le fruit de plusieurs évènements : *(i)* le développement d'un statut pour les enfants et les femmes grâce au militantisme des associations de victimes et à l'adoption de lois comme la convention internationale du Droit des Enfants de 1989, *(ii)* le relais de faits divers par les médias, *(iii)* la prévalence des AICS en détention dans les années 90 et *(iv)* l'intérêt des soignants pour la compréhension clinique et la prise en charge de ces patients (Cochez, 2018). La question de la récidive fait partie intégrante de cette préoccupation, qui implique tant la société, la justice que la santé.

## Volet sociétal

Les principales connaissances du grand public sur les AICS passent par les médias. Mais, ces médias donnent une vision orientée des crimes en fonction du contexte politique et économique. Les criminels violents sont souvent surreprésentés par rapport à d'autres infracteurs (comme les infracteurs en « cols blancs »). La survenue des crimes est souvent montrée par vague, ne traduisant pas une réalité représentative (Pollak & Kubrin, 2007). Pour les AICS, c'est souvent la question de la récidive et un angle émotionnel qui sont privilégiés (Cochez, 2018). Cette représentation conduit à une majoration de la peur du crime et des représentations négatives envers les AICS (Jewkes, 2004).

Les représentations sociales concernant la question de la monstruosité ont toujours fait partie de notre histoire mais leur objet a beaucoup évolué[1]. De nos jours, c'est la monstruosité

[1] Cet article a fait l'objet d'une publication :
Courtois, R., Humeau, H., **Bertsch, I.**, Lamballais, C., Baudin, G. & Potard, C. (2019). Élaboration d'une échelle des représentations sociales négatives concernant les auteurs de violences sexuelles. *Annales médico-psychologiques,* 177(9),924-931.

psychique qui domine les représentations sociales. Elle s'impose par l'incompréhension que suscitent les actes extrêmes commis par certaines personnes. Cette incompréhension traduirait nécessairement la présence d'une personnalité anormale ou pathologique (souvent exprimée par les termes « malades » ou « pervers »). La monstruosité est aussi l'occasion pour les individus de comparer le normal et le pathologique et de définir ce qui est conforme ou non à leur société. En stigmatisant la déviance pour mieux s'en écarter, ils peuvent se rassurer quant au fait d'être « normaux ». Dans le champ des violences sexuelles, cette incompréhension d'actes jugés immoraux, anormaux, ou pathologiques est renforcée par l'image prototypique mise en avant par les médias et certains politiques du « pédophile récidiviste-meurtrier d'enfants ». D'une manière générale, l'étude des représentations sociales se base sur les connaissances accumulées sur le sujet. Courtois et al. (2019) ont élaboré une échelle française permettant d'évaluer les représentations sociales envers les AICS. A l'aide d'une population de 450 personnes, ils ont montré que les représentations sociales envers les AICS se résumaient à deux aspects : *(i)* le « Rejet des auteurs » (la nécessité d'exclure les AICS et de vouloir les enfermer) et *(ii)* la perception des AICS comme des « Personnes malades » (avec des comportements et des émotions incontrôlables, devant bénéficier de soins). Cette échelle a mis en évidence que les soignants et notamment ceux travaillant auprès d'AICS ainsi que les victimes d'abus sexuels ont des représentations plus positives. Il est important d'évaluer les représentations sociales à l'égard des AICS car elles peuvent être source d'isolement social et être un frein à la réhabilitation de ces patients, l'exclusion pouvant constituer un facteur de risque de récidive. La sensibilisation des publics au fonctionnement des AICS (apport de connaissances sur leurs vulnérabilités et leurs mécanismes cliniques expliquant les passages à l'acte sexuels) amoindrit les représentations péjoratives à leur égard. Une meilleure représentation des AICS permettra aux membres de notre société une implication plus directe dans la lutte contre la récidive.

La Société Civile (au sens de « la communauté ») prend une part de plus en plus importante dans la prévention de la récidive des AICS, notamment dans le cadre de la Justice Restaurative (Cochez, 2018)[2]. Les Cercles de Soutien et de Responsabilité (CSR), nés il y a 24 ans à Hamilton au Canada afin de répondre à l'inquiétude du public provoquée par le retour des délinquants sexuels dans la société après leur libération, se développent partout dans le monde. Ils proposent l'accompagnement de l'agresseur dans sa réinsertion sociale à l'aide de rencontres entre un « membre principal » (l'AICS), un « coordonnateur de cercle » (employé pour le CSR) et quelques bénévoles issus de la Société Civile. Efficaces dans les pays étrangers, ces dispositifs se développent lentement en France, alors que les rapports officiels les préconisent et des expériences, certes rares, voient le jour. Bertsch et al. (2019) se sont intéressés aux difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre. Elles sont dues à des différences culturelles importantes entre le Canada et la France. Premièrement, l'organisation sociale est différente entre les deux cultures. Si pour les pays nord-américains, le mot communauté implique le partage entre individus (possédant une identité, des valeurs, des buts ou des intérêts communs), il est en France réduit à l'appartenance à un secteur, un voisinage ou une ville. De fait, il existe un plus grand individualisme en France et le terme communauté peut même revêtir un sens péjoratif. Deuxièmement, la pratique du bénévolat est également très différente en France. Les femmes sont souvent les plus impliquées dans des activités humanitaires, religieuses et sociales. Elles vont, aussi, être les plus concernées par une identification massive aux victimes, rendant difficile l'investissement auprès d'AICS. A ceci s'ajoute la nécessité de gérer émotionnellement l'implication demandée dans le dispositif, de composer avec le sentiment de responsabilité perçu et avec la personnalité, souvent

[2] Cet article a fait l'objet d'une publication :
**Bertsch, I**; Cochez, F.; Moulden, H.M.; Prat, S.; Lambert, H.; Lassagne, G.; Lamballais, C.; Defache, L.; Pelletier, M. & Courtois, R. (2019). Comparaison franco-canadienne du développement des Cercles de soutien et de responsabilité (CSR) pour la prévention du risque de récidive des délinquants sexuels. *International Journal of Risk and Recovery*, 2(2),28-35.

particulière, des AICS. Troisièmement, la dernière difficulté réside dans le choix du membre principal, qui doit être un AICS sortant de détention, socialement isolé et à haut risque de récidive. Au Canada, l'évaluation du risque de récidive et sa prise en charge reste une pratique très courante. En France, subsiste une réticence à l'utilisation des outils structurés du risque et à faire de la récidive une priorité de prise en charge. Il est, dans ces conditions, plus difficile de pouvoir identifier les besoins des sujets AICS et de mettre en place des stratégies de soin les plus adaptées. Au regard de la réticence des soignants, c'est d'ailleurs, la Justice qui s'est saisi, en France, de la coordination de ces dispositifs.

## Volet judiciaire

Pour traiter de la récidive, la France s'est dotée, depuis les années 2000, d'un arsenal juridique. La rapidité de ce déploiement l'a rendue, d'ailleurs, difficile à appliquer. Cette vague de lois répond aux trois principaux axes de travail de la Justice : punitif, sécuritaire et réadaptatif (Garapon et al., 2001). L'axe punitif, peut être illustré par la Loi n° 2005-1549 (2005) qui a étendu la définition de la récidive légale concernant certaines violences sexuelles et a permis l'introduction d'une nouvelle modalité de peine : le placement sous surveillance électronique mobile comme mesure de sûreté pour les AICS ayant commis les faits les plus graves. L'axe sécuritaire peut lui être illustré par la loi dite Dati (Loi N° 2007-1198, 2007) ayant, notamment, proposée l'instauration de peines minimales en cas de récidive (« peines plancher ») (ce dispositif sera supprimé en 2014, (Loi N° 2014-896, 2014). Enfin, l'axe réadaptatif, concerne le principe d'un accompagnement des AICS à la fois probatoire et sanitaire. Cet axe peut être illustré par la Loi (Loi N° 98-468, 1998) qui a permis l'instauration du Suivi Socio-Judicaire (SSJ) avec Injonction de Soin (IS), mesure d'accompagnement des AICS à la sortie de détention.

Divers professionnels judiciaires français œuvrent à la diminution de la récidive : le Juge d'Application des Peines (JAP), le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

(SPIP) et notamment ses Conseillers (CPIPs). Bien qu'ayant beaucoup évolué ces dernières années, le rôle du CPIP s'est recentré depuis 2008 sur la prévention de la récidive à travers : *(i)* l'aide à la décision judiciaire et l'individualisation des peines, *(ii)* la prévention de la récidive, *(iii)* la (ré)insertion des personnes placées sous main de Justice et *(iv)* le suivi et le contrôle de leurs obligations (Circulaire de La DAP N°113/PMJ1, 2008). Cet accompagnement commence dès la détention et se poursuit en milieu libre. L'évaluation du risque de récidive de plus en plus demandée aux CPIPs dans le cadre de la prévention de la récidive ne fait, actuellement, que peu appel à des outils structurés (Benbouriche et al., 2012).

La prévention de la récidive est présente à chaque étape du parcours judicaire des AICS. En détention, depuis 2009, 22 établissements spécialisés ont vu le jour accueillant une partie des AICS (Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A n° 2008-356, 2008). Ceux-ci, dotés de plus de moyens humains et financiers, doivent proposer des accompagnements judiciaires et sanitaires spécialisés aux AICS, toujours dans le but de diminuer le risque de récidive à la sortie de ces établissements. Le travail amorcé durant la détention est crucial car il représente une première protection face à la sortie de détention, période de risque important pour la récidive (Kensey & Benaouda, 2011).

Bertsch et al. (2017)[3] se sont penchés sur les conditions de sortie de détention d'une population de 44 AICS français bénéficiant d'un suivi socio-judiciaire au SPIP 37 (Indre-et-Loire, région Centre-Val-de-Loire) entre 2007 et 2013. Ces AICS étaient exclusivement des hommes, âgés en moyenne de 45,5 ans (écart-type de 13,1 étendues de 22 ans à 76 ans), ayant un niveau moyen d'étude autour de la classe de troisième. Ils avaient commis principalement des viols (45 %, n = 20), notamment sur des victimes mineures et intrafamiliales, parfois associés à des faits de nature non-sexuelle (12 %, n = 5). Un tiers des sujets (n = 15) avait

[3] Cet article a fait l'objet d'une publication :
**Bertsch, I.**, Marcel, D., Larroque, I., Chouli, B., Prat, S. & Courtois, R. (2017). Prévenir la récidive de violence sexuelle en s'intéressant aux conditions de sortie de détention des auteurs d'infractions à caractère sexuel en France ? *La Presse Médicale*, 45(5), 544-545.

déjà un casier judiciaire (avant la dernière incarcération pour violences sexuelles) et 25 % (n = 11) avaient déjà été condamnés pour des infractions sexuelles. À la sortie de détention, le logement privilégié était plutôt celui d'un parent, d'une personne de l'entourage ou une location. Ils possédaient en majorité (80 %) des ressources financières (RSA, AAH, chômage, retraite, stages rémunérés, pensions d'invalidité, primes à l'emploi). Seuls 20 % avaient un emploi en CDD (de quelques mois le plus souvent). Les AICS condamnés pour viol avaient des profils psychopathologiques plus sévères. Si les AICS ont pu bénéficier de soins psychiques en détention, leur poursuite à l'extérieur s'est avérée souvent difficile du fait de l'absence d'équipe spécialisée et de la réticence des équipes de psychiatrie de secteur à les recevoir. Malgré ces limites, cette étude offre une « photographie » des AICS sortant de prison et tente de montrer que le développement des capacités de changement et la réinsertion sociale des AICS passe par : *(i)* le regard plus positif de la société sur les AICS, *(ii)* une action judicaire et sociale (la présence d'un accompagnement judiciaire stable, d'un accès à un emploi, à une situation économique stable, …) ; et *(iii)* une prise en charge sanitaire adaptée.

## Volet sanitaire

En France, les soins psychiques auprès des AICS, se font majoritairement dans un cadre créé et proposé par la Justice dans un but de lutte contre la récidive (Loi N° 98-468, 1998). Ils peuvent débuter dès l'instruction, durant le temps du procès ou après le jugement. Les services de soins intra-carcéraux ont été réorganisés depuis la circulaire du 30 octobre 2012 (Circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373, 2012). Le niveau 1 comprend des soins ambulatoires (consultations et activités de groupe) par les Dispositifs de Soins Psychiatriques (DSP) des Unités Sanitaires (US). Le niveau 2 comprend une activité d'hospitalisation de jour organisée au sein des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR). Le niveau 3 comprend des hospitalisations à temps complet, avec ou sans consentement, en milieu hospitalier dans les Unités Hospitalières

Spécialement Aménagées (UHSA) (Ciavaldini, 2018). Un système d'incitation aux soins est proposé en détention permettant, sous conditions, des remises de peines supplémentaires (Cochez, 2018). En milieu ouvert, les soins se font principalement dans un contexte de Soins Pénalement Ordonnés (SPO) par la Justice. Deux types de cadres sont proposés : l'Obligation de Soins (0S, Loi N° 2007-297, 2007) et l'Injonction de Soins (IS, Loi N° 98-468, 1998). Parallèlement aux soins, les AICS rencontrent, au cours de leur parcours pénal, les experts psychologues et psychiatres qui auront à se prononcer, entre autres, sur la possibilité d'une dangerosité.

Malgré ce cadre judiciaire centré sur la prévention de la récidive, le risque de récidive ne constitue pas pour tous les soignants un objectif de soins majeur. Une enquête, réalisée en 2011, a demandé à 67 professionnels français de la psychiatrie l'objectif principal des soins que ceux-ci dispensent aux AICS. Pour seulement 31,3% de l'échantillon interrogé le risque de récidive était l'objectif principal (Morali et al., 2011). Ciavaldini (2018) explique que même si la prévention de la récidive ne constitue pas le cœur des soins, le soignant doit avoir en tête les conséquences possibles d'une récidive de son patient.

La participation aux soins constitue un facteur de protection à la non récidive (Lösel & Schmucker, 2005; Pham, 2018). Mais, ce contexte de soins contraints et la perception erronée des AICS sur leur fonctionnement peuvent parfois renforcer la réticence assez fréquente des patients AICS à vouloir changer, notamment en s'investissant dans une prise en charge thérapeutique. Bien que les soins prodigués aux AICS en France soient par tradition plutôt psychodynamiques, de nombreuses autres approches se sont développées (Ciavaldini, 2018; Henry & Netto, 2018)[4]. L'approche motivationnelle est pertinente pour les patients AICS qui présentent souvent une motivation externe au changement (contrainte par la famille, la

[4] Cet article a fait l'objet d'une publication
**Bertsch, I.** & Cano, J.P. (2015). Approche motivationnelle auprès des auteurs de violences sexuelles : état de la littérature et aspects cliniques. *Journal des Thérapies Comportementales et Cognitives, 25(2),* 48-57.

Justice, …) et qui se situent à des stades peu avancés de motivation (pré contemplation et contemplation). Les facteurs liés à la motivation peuvent être compris comme des freins ou des leviers sur lesquels les professionnels peuvent agir. Ils sont nombreux et liés au patient lui-même (ex, l'âge du sujet, la présence d'impulsivité, le style d'attachement, …), à son environnement (ex, un environnement dysfonctionnel), au contexte de la thérapie (ex, crainte de la stigmatisation) ou encore à l'attitude du thérapeute (ex, une attitude négative envers le patient). Ces facteurs sont parfois très semblables aux facteurs de risque de récidive. Si la récidive devient une préoccupation thérapeutique pour les soignants, sa prise en charge s'amorce par une évaluation précise du risque de récidive.

**Synthèse :**

La question des violences sexuelles est, en France comme dans beaucoup de pays, une préoccupation sociétale majeure. La médiatisation des violences sexuelles, et notamment des faits de récidive, peut amener à une représentation négative des AICS. L'image de « monstres », souvent associée aux AICS, impacte l'attitude que la population (et les soignants) va avoir face à eux. Les AICS sont, alors, souvent rejetés ou assimilés à des êtres incurables. Or, les membres de la Société civile peuvent être partie prenante dans la prévention de la récidive. Les CSR, véritable action efficace de prévention, reste peu développée en France. La Justice est, aussi, un acteur important de lutte contre la récidive. Les divers professionnels judicaires (JAP, CPIP) ont pour objectifs de punir, sécuriser et réadapter, et ceci à tout moment du parcours pénal. La sortie de prison reste une période très préoccupante en matière de risque de récidive, puisque les conditions sociales et sanitaires de sortie sont souvent difficiles. Enfin, le soin psychique constitue un axe supplémentaire de prise en charge de la récidive. Les soins aux AICS se font souvent dans

un contexte de soins contraints par la Justice, visant spécifiquement à réduire la récidive. Pourtant, beaucoup de soignants français ne font pas de la récidive une priorité thérapeutique. Les soins aux AICS, comme pour les autres patients, s'appuient sur une pluralité d'approches théoriques de la thérapie. Parmi celles-ci, l'approche motivationnelle semble indiquée face à des patients réticents à participer aux soins. L'adhésion aux soins constitue un facteur de protection à la non récidive connu, qui pourrait être une première partie de la prise en charge de la récidive. Mais avant toute chose, la première étape de la prise en charge de la récidive demeure l'identification du potentiel risque de récidive et donc son évaluation.

# PARTIE 1 : PARTIE THEORIQUE

Au cours de prises en charge thérapeutiques avec les patients, le clinicien est souvent traversé par plusieurs préoccupations et notamment celle de la guérison et de la rechute potentielle de son patient. Dans la prise en charge des patients AICS, ces deux préoccupations peuvent se retrouver dans l'inquiétude éthique majeure de l'efficacité de la prise en charge proposée au patient sur son potentiel risque de récidive. Et ce d'autant qu'au cours de l'histoire, des preuves contradictoires de l'efficacité de la prise en charge thérapeutique sur la réduction de la récidive se sont succédées (Bonta & Andrews, 2007). Une première vague, appelée « Nothnig works » (années 1970) faisait le constat d'une efficacité limitée de la thérapeutique sur la récidive (Bonta & Andrews, 2007). Cette vague s'est accompagnée d'une tendance forte à la répression et à la sanction des délinquants, qui n'a pas montré son efficacité sur la réduction de la récidive (Andrews, Zinger, et al., 1990). Une seconde vague s'est concentrée à développer des prises en charge thérapeutiques encadrées par des principes structurés permettant de garantir son efficacité. C'est le cas notamment des trois principes fondamentaux Risque-Besoins-Réceptivité (RBR, Bonta & Andrews, 2007). Premièrement, la prise en charge doit reposer sur une évaluation solide du risque de récidive car elle sera la mesure de l'intensité du traitement proposé (principe du *Risque*). Cette évaluation doit donc pouvoir s'appuyer sur des échelles de risque structurées et solides. Deuxièmement, la prise en charge doit reposer sur les besoins criminogènes du patient, c'est à dire sur les facteurs dynamiques reconnus comme liés à la récidive, qui peuvent devenir des pistes thérapeutiques précieuses (Principe des *Besoins*). Enfin, la prise en charge doit *(i)* reposer sur une approche cognitive et comportementale et d'apprentissage social (principe de la *Réceptivité générale*) et doit *(ii)* proposer une prise en charge individualisée en tenant compte des particularités du patient (sa motivation au changement, sa capacité de concentration ou encore sa personnalité) (principe de *Réceptivité spécifique*).

## Chapitre 1 : L'évaluation structurée du risque de récidive

Au sens commun, sens retenu ici pour ce travail de thèse, la récidive peut être définie comme le fait de recommencer des faits délictuels ou criminels après en avoir déjà commis (Haute Autorité de Santé, 2013). La récidive sexuelle comprend tout nouveau fait de nature sexuelle (comme l'exhibition, l'agression sexuelle, …). Elle concernerait en moyenne 13,7% des AICS sur une période de 5 à 6 ans (Hanson & Morton-Bourgon, 2005), 13% des AICS d'enfants et 21,2% des AICS d'adultes (Proulx et al., 1997). La récidive violente comprend tout nouveau fait violent. Elle concernerait en moyenne 14,3% des AICS sur une période de 5 à 6 ans (Hanson & Morton-Bourgon, 2005), 9,9% des AICS d'enfants et 22,1% des AICS d'adultes (Hanson & Bussiere, 1998). Enfin, la récidive générale comprend tout nouveau fait quel que soit leur nature. Elle concernerait en moyenne 36,2% des AICS sur une période de 5 à 6 ans (Hanson & Morton-Bourgon, 2005), 36,9% des agresseurs d'enfants et 46,2% des AICS d'adultes (Hanson & Bussiere, 1998).

L'évaluation du risque de récidive est l'estimation de « *la probabilité qu'un évènement indésirable futur (la récidive) se produise en fonction d'un ensemble de variables préalablement connues (les facteurs de risque)* » (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017). Elle a pour objectif de réduire l'incertitude de la survenue d'un évènement à venir (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017). Il est, alors, illusoire qu'elle soit complètement conforme à la réalité. Selon Hanson & Morton-Bourgon (2009), trois principes doivent régir l'évaluation du risque. Premièrement, elle doit tenir compte des caractéristiques individuelles de la personne évaluée, c'est-à-dire qu'elle doit porter sur des facteurs identifiés comme liés au risque. Deuxièmement, un seul de ces facteurs ne suffit pas à prédire la récidive qui doit être basée sur une combinaison de facteurs. Troisièmement, les approches structurées du risque qui combinent ces facteurs sous forme d'échelles de risque sont plus précises pour évaluer le risque de récidive. Actuellement, l'évaluation structurée du risque est pratique courante dans

de nombreux pays (ex, Archer et al., 2006; Pham et al., 2016). L'adoption de cette forme d'évaluation a nécessité de nombreuses étapes. L'évolution des échelles structurées du risque (surtout nord-américaine) sera détaillée suivi de la perception des professionnels français.

### *1.1. Le développement de l'évaluation structurée du risque*

#### 1.1.1. *La remise en question du jugement clinique non structuré*

En 1961, suite à une condamnation de trois ans de détention pour un délit d'agression, Johnnie K. Baxstrom, est considéré comme malade mental et transféré dans un hôpital psychiatrique géré par le département des prisons pour malades mentaux et criminels condamnés de Dannemora (États-Unis). A la fin de sa peine, déclaré par les psychiatres du département d'hygiène mentale comme trop dangereux, il est maintenu en détention à Dannemora. En 1962, suite à la rédaction d'Habeas Corpus[5] de Baxtrom, la Cour Suprême des États-Unis déclare que le patient « *s'est vu refusé une protection égale en étant détenu dans un établissement sans qu'il soit possible de déterminer s'il était atteint d'une maladie mentale dangereuse* » (p.189, Steadman, 1973). Il se voit alors accordé le droit à un procès sur la question de sa dangerosité et un placement dans un établissement psychiatrique civil (de plus basse sécurité). Le procès n'ayant pas conclu à sa dangerosité, Baxstrom est libéré en 1966 et meurt quelques mois plus tard (Steadman, 1973).

Cette affaire, cas de jurisprudence, a amené à la libération ou au transfert de 967 patients dans des hôpitaux civils (Poupart et al., 1982). Elle est surtout le début d'une série d'études remettant en question la capacité des psychiatres à prédire les comportements dangereux. En 1970, à l'aide des dossiers de l'ensemble des 967 patients et de la rencontre avec 71 d'entre eux, Steadman & Cocozza (1974) se sont penchés sur le devenir de ces

[5] Ordonnance d'Habeas Corpus : Acte délivré sur demande d'un détenu en vertu duquel ce dernier doit être amené immédiatement devant le juge qui doit vérifier les motifs de la détention et prononcer éventuellement sa mise en liberté définitive ou sous caution (Shapiro, 2006).

patients considérés comme dangereux. Sur les 4 années après leur libération, seulement 20% des sujets ont commis un acte de violence. Sur un échantillon de 121 de ces patients libérés entre 1966 et 1970, 17% ont été arrêtés (Steadman, 1973; Steadman & Cocozza, 1974). D'autres études ont confirmé les résultats obtenus par Steadman et Cocozza (ex, Koerin, 1978; Melton et al., 2007; Pfohl, 1979). Par exemple, dans l'étude de Kozol et al. (1972), une équipe d'experts a pronostiqué, à partir d'informations (exemples cliniques, études de cas, …), la dangerosité de 561 individus majoritairement AICS. Sur cette population, 275 participants (soit 46%) ont été déclarés dangereux par les experts mais 49 ont été relâchés par les tribunaux ne percevant pas leur dangerosité. Plus de la moitié d'entre eux ne commirent aucune agression après leur sortie. En revanche, les experts ont considéré que 304 de ces individus n'étaient pas dangereux et effectivement seulement 8,6% d'entre eux ont commis des faits de violence. Kozol et al. (1972) ont conclu que les experts étaient plus en mesure d'identifier les patients non dangereux que les patients dangereux.

Le jugement clinique dit « non structuré » (non outillé) serait moins efficace. Il ferait intervenir de nombreuses erreurs de prédiction de la récidive conséquentes à une multitude de facteurs liés à la situation d'évaluation, à l'état des connaissances sur la récidive et à l'évaluateur lui-même (Neal & Grisso, 2014; Poupart et al., 1982). Le lieu et le temps consacrés à l'évaluation, l'état du patient au moment de l'évaluation ou encore la crainte de l'impact d'une mauvaise évaluation pour une institution, constituent des facteurs impactant la qualité de la prédiction (Elbogen & Huss, 2000; Goffman, 1968; Scheff, 1999). En l'absence de connaissances des facteurs empiriquement liés à la récidive, les évaluateurs ont tendance à appuyer leur prédiction sur des facteurs *(i)* uniquement personnels (comme la personnalité) au profit de certains autres (comme les facteurs situationnels ; ex, Shah, 1977) et *(ii)* peu solidement liés à la récidive (Diamond, 1974). Outre la classe sociale, l'âge, l'expérience ou la personnalité de l'évaluateur (Dickes et al., 1970; Homan et al., 2007; Poupart et al., 1982),

ce sont surtout ses biais cognitifs qui trompent sa capacité de prédiction. L'évaluateur peut commettre des corrélations illusoires (ou biais de représentativité). Elle entraine l'association de deux facteurs non empiriquement liés à partir soit d'une représentation sociale commune intégrée (ex, trouble mental et violence ; Monahan, 1981), soit de sa propre expérience (Grégoire, 2009; Neal & Grisso, 2014). Le biais de disponibilité qui va conduire l'évaluateur à penser que ce qui est saillant est plus fréquent et donc plus lié à la récidive (Quinsey, 1995; Tversky & Kahneman, 1973). Enfin, le biais d'ancrage amène l'évaluateur à se faire une opinion rapide du niveau de risque de l'évalué et à faire converger les nouvelles informations obtenues dans le sens de ce premier avis (Kahneman et al., 2011). Dans cette optique, un évaluateur qui cherche à montrer la présence d'un risque de récidive peut avoir tendance à ne percevoir que les facteurs de risque et à négliger les facteurs de protection (Debuyst, 1977). Ainsi, les travaux montrent que *(i)* la prédiction du risque par le jugement clinique non structuré n'est guère plus précise qu'un tirage au sort et qu'elle va toujours dans le sens d'un pronostic exagéré de la dangerosité (Steadman & Cocozza, 1974; Thornberry & Jacoby, 1974), que *(ii)* la prédiction du risque doit s'appuyer sur des données objectives et que *(iii)* des facteurs de risque doivent être identifiés (Halleck, 1967; Steadman, 1973; Steadman & Cocozza, 1974).

#### 1.1.2. *Vers une prédiction pure du risque de récidive : les échelles actuarielles*

Dès 1928, Burgess, publie une étude portant sur les résultats de la libération conditionnelle de 3000 délinquants. Il tente de comparer la qualité de la prédiction de la réussite ou de l'échec de ces libérations, soit à partir du jugement clinique non structuré de trois psychiatres en milieu carcéral, soit à partir d'une grille de facteurs objectifs et sélectionnés (comme la nature du crime, la nature de la peine, l'âge de l'évalué, …). Les résultats de cette étude ont montré que l'utilisation des critères objectifs donnait une prédiction plus fiable.

Meehl, en 1954, a proposé une méta-analyse faisant état des liens théoriques entre la prédiction clinique et la prédiction statistique du risque. Il a découvert que dans 20/21 études les prédictions statistiques sont supérieures ou égales aux prédictions cliniques. Il en a conclu que la prédiction et le pronostic doivent être laissés aux méthodes statistiques (Ægisdóttir et al., 2006; Meehl, 1954). Ainsi, l'évaluation du risque doit séparer la prédiction clinique au profit de la prédiction statistique, qui va permettre d'éviter les biais liés à l'évaluateur, s'appuyer sur des combinaisons de facteurs de risque et comparer l'individu évalué avec des classes de références (Meehl, 1954).

Les échelles de risque actuarielles sont alors développées. Elles *(i)* s'appuient sur des règles explicites de cotation, *(ii)* sont composées des facteurs empiriquement liés au risque, *(iii)* combinent ces facteurs dans un tableau et leur attribut à chacun un score selon la force de leur lien avec la récidive, *(iv)* ne font pas intervenir l'avis de l'évaluateur et *(v)* permettent une estimation chiffrée du risque de récidive qui sera comparée à des catégories de références (Guay et al., 2015; Hanson & Morton-Bourgon, 2009; Hanson & Thornton, 2000; Pham & Ducro, 2006).

Deux générations d'échelles actuarielles existent : actuarielle statique et actuarielle dynamique. Les échelles actuarielles statiques s'appuient uniquement sur des facteurs historiques et non évolutifs dans temps. Ces échelles peuvent être cotées uniquement à partir des dossiers judicaires des patients, ce qui rend leur utilisation plus simple et plus rapide (Hanson, 2000; Quinsey et al., 1998). Les échelles actuarielles dynamiques s'appuient, en plus des facteurs statiques, sur des facteurs dynamiques, évolutifs dans le temps. Ces échelles actuarielles dynamiques proposent une évaluation plus précise et plus clinique du risque (Campbell et al., 2007; Gendreau et al., 1996). Les échelles actuarielles, possèdent de meilleures qualités prédictives que le jugement clinique non structuré (Erickson et al., 1987; Hannah-Moffat & Shaw, 2001) et ceci pour la récidive générale (Andrews et al., 2006),

violente et sexuelle (R. L. Jackson & Hess, 2007; Mcgrath et al., 2010). Par exemple, la méta-analyse de Grove et al. (2000), avait pour objectif de comparer les qualités prédictives du jugement clinique non structuré face à la méthode actuarielle. Les résultats ont montré que sur les 136 études, 64 démontraient la supériorité de la méthode actuarielle, 64 ont montré une précision à peu près équivalente des deux méthodes, et seulement 8 favorisaient le jugement clinique. Mais, des critiques sont faites à ces échelles : elles ne proposent qu'une estimation du risque sans nécessairement d'aide à la prise en charge ou de plans d'intervention des patients à haut risque (Douglas et al., 2003) et elles n'offrent pas la possibilité pour l'évaluateur de pondérer le poids des facteurs en fonction des observations liées spécifiquement à l'individu évalué ou d'ajouter la considération de facteurs externes à l'échelle (Sreenivasan et al., 2000). Des tentatives d'ajustement des échelles actuarielles se sont développées comme avec la méthode « actuarielle ajustée cliniquement » (Hanson, 1998; Webster et al., 1994). Elle propose, après une évaluation actuarielle classique, de revoir la prédiction finale du risque à la lumière de facteurs externes considérés comme important dans la situation de la personne évaluée. Mais la comparaison de la méthode actuarielle classique avec sa version ajustée a montré que l'intégration de facteurs extérieurs avaient tendance à diminuer la qualité prédictive des échelles actuarielles (Gore, 2007; Hanson, 2007; Vrana et al., 2008).

#### 1.1.3. *Vers une prédiction-gestion des risques : l'évaluation intégrée et le jugement professionnel structuré*

Pour pallier aux difficultés des échelles actuarielles, les échelles d'évaluation intégrée et de jugement professionnel structuré se sont développées. Elles s'appuient sur les principes Risque-Besoin-Réceptivité qui impliquent une évaluation initiale solide du risque de récidive, véritable fondement de la prise en charge future (Guay et al., 2015).

Les échelles intégrées (peu nombreuses) s'appuient sur des facteurs statiques et dynamiques mais offrent la possibilité de proposer un plan d'intervention et d'en orienter la mise en œuvre (Andrews et al., 2004, 2010; Guay et al., 2015). Elles présentent l'avantage d'offrir une aide aux professionnels pour structurer ce plan d'intervention (Côté, 2001). L'évaluation intégrée, tout comme l'évaluation actuarielle, ne prévoit pas de prise en compte d'une pondération des facteurs de risque par l'évaluateur et ne permet donc pas de tenir compte de circonstances particulières (Andrews et al., 2010). Mais, l'évaluateur peut pondérer le risque final (c'est-à-dire la hausse ou la baisse du niveau de risque). Cependant, ces dérogations ont tendance à affaiblir les capacités prédictives de l'échelle (Guay & Parent, 2018; Storey et al., 2012). Par exemple, l'étude de Wormith et al. (2012), portant sur 26 450 délinquants dont 1 905 délinquants sexuels évalués à l'aide du Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI ; Andrews et al., 2004) qui sera détaillé plus tard), a montré que les dérogations amenaient à une baisse de la qualité prédictive du risque, en particulier pour les AICS (les coefficients de corrélations partielles sont passés de $r$=0,33 sans dérogation à $r$=0,02 avec dérogation).

Les échelles de jugement clinique structuré (JPS) ont été créées principalement dans des milieux et pour des populations médico-légales (Neal & Grisso, 2014; Singh et al., 2014). Tout comme les échelles d'évaluation intégrée, elles permettent aux évaluateurs d'apprécier le risque grâce à une liste de facteurs dynamiques déterminés et empiriquement liés au risque qui vont pouvoir devenir des pistes d'intervention (N. R. Hogan & Olver, 2016; Storey et al., 2014). Elles proposent, également, d'apprécier un risque de récidive final qui s'appuient sur l'avis clinique de l'évaluateur et non plus sur un risque chiffré (Hanson & Morton-Bourgon, 2009). Pour cela, elles se présentent sous forme de guide clinique d'évaluation du risque. En revanche, elles demandent de posséder des connaissances cliniques, sur les facteurs de risque

et des compétences dans la conduite d'entretiens (Pham & Ducro, 2006). Elles sont par ailleurs souvent réservées aux psychologues et aux psychiatres (Guay et al., 2015).

L'évaluation du risque de récidive est la première étape importante de toute prise en charge de la récidive chez les AICS. Pour être efficace, elle doit s'appuyer sur des échelles structurées. Ces échelles très développées et utilisées dans le monde, restent très marginalement utilisées en France. Il est, alors, possible de se questionner sur la perception que les professionnels français ont de l'évaluation structurée du risque de récidive.

*1.2. L'utilisation des échelles de risque en France*

**Article 1 : Pourquoi l'évaluation structurée du risque de récidive violente et sexuelle est une pratique marginale en France ? Revue systématique de la littérature.**

**Ce paragraphe reprendra l'article tel que publié dans les Annales Médico-Psychologiques.**

Ingrid Bertsch[1 2 4], Thierry H. Pham[3 4], Christian Réveillère[1] et Robert Courtois[1 2]

[1]Université de Tours, Département de psychologie, EE 1901 Qualipsy (Qualité de vie et santé psychologique), 37041 Tours cedex 1, France

[2]CHRU de Tours, CRIAVS Centre-Val de Loire, 37044 Tours cedex 9, France

[3]Centre de Recherche en Défense Sociale, 94 rue Despars 7500 Tournai, Belgique

[4]Université de Mons, UMONS, 20 Place du Parc, 7000 Mons, Belgique

Abstract:

In France, the recidivism of offenders (both sexual and non-sexual violence) is a national concern as evidenced by the media and the succession of laws relating to the prevention of recidivism. Risk assessment can be performed using unstructured professional judgment which is unreliable or by structured risk assessment which are more reliable. Abroad, this structured assessment is considerably developed. In France, it gives rise to two opposing positions: *(i)* encouragement by public authorities and *(ii)* fear by a majority of professionals in the field.

Objective: This article offers a systematic literature review, meeting PRISMA criteria, on the perception and practice of standardized evaluation in France by the professionals concerned.

Method: the keywords “Risk assessment” AND “recurrence” AND “France” were searched in French and in English in the search engines Pubmed, PsycInfo, Cairn, and ScienceDirect.

Results: the 23 articles obtained in the results highlighted *(a)* fears and few advantages regarding the use of structured evaluation, *(c)* a possibility of a hybrid evaluation system in France and *(b)* a report of some works already using scales of risk on French populations. This article focused mainly on the fears and perceived benefits of structured risk assessment. The reluctance has concerned both: *(i)* the French judicial system (fear of a new penology based only on the actuarial approach and its consequences); *(ii)* the professional valuers (fear of a confusion of professional’s roles in health and justice fields); *(iii)* the persons assessed (fear of a risk of stigmatization of high-risk patients concerning violence) and *(iv)* the tools themselves (fear of a poor reliability of the risk assessment). Very few articles highlighted their advantages: reliability, simplicity of use, good inter-judge fidelity, guideline for care, and specially an ability to overcom the insufficient basis for the evaluation resulting from

unstructured clinical judgment. Results also suggested the possibility of a hybrid evaluation system in France, which could rely on risk scales, without neglecting the interview and the qualitative collected information that have to respect precise steps and allow the management of offenders. Finally, this paper presented the few French studies using risk scales mainly focused both in sexual offenders 'risks and associated factors, and showing a better productivity of these scales than an unstructured professional judgment.

Discussion and conclusion: Fears related to the structured risk assessments are important. However, these scales may also supply a better vision of offenders. They require skills of professionals from various fields and allow both a fairer assessment of the offender and a penal system more adjusted. This perceived reluctance seems to be due to a poor knowledge of structured assessment the risk scales and a lack of research studies using them in France, where it is necessary to have a broad reflection on their development in the future.

*Key-words*: recidivism, risk, assessment tool, actuarial, France

## 1. Introduction

La récidive des infracteurs est une préoccupation internationale. En France, sur la totalité des personnes condamnées en 2010, 40% avaient déjà un casier judicaire au cours des 8 années précédentes. Les auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) ne sont pas, contrairement à la pensée commune, les infracteurs les plus récidivants : 12% (sur 5 ans) des personnes placées en bracelet électronique suite à une condamnation pour violence sexuelle ont récidivé en 2003 (vs 50% pour les faits de violence volontaire) (Josnin, 2014). Ces taux de récidives vont dans le sens des données internationales, puisque la prévalence de la récidive sexuelle est de l'ordre de 14% sur 5 ans et de 27% sur 20 ans (Hanson et al., 2003).

Pour évaluer le risque de récidive deux écoles existent : *(a)* le jugement professionnel non structuré (JPNS) (l'observation directe sans outil de mesure) très largement utilisé en France et *(b)* les échelles de risque structurées très utilisées dans le monde. Aux États-Unis, l'évaluation du risque est devenue un élément clé de la réforme de la justice pénale et des peines fondées sur des preuves (Casey et al., 2011). Plusieurs générations d'échelles ont vu le jour : *(i)* les échelles actuarielles (qui appliquent une méthode statistique permettant d'attribuer des points à des facteurs, corrélés à la récidive, afin de donner un score chiffré du risque de récidive de la personne évaluée ; Hanson & Morton-Bourgon, 2009), *(ii)* les échelles de jugement professionnel structuré (qui évaluent des facteurs de risque objectivés auxquels l'évaluateur accorde du poids selon ses observations ; Hogan & Olver, 2016) et *(iii)* les échelles de jugement clinique intégré qui permettent d'évaluer le risque de récidive et qui aident à la mise en place d'un plan de gestion pour la réinsertion de l'infracteur (Andrews et al., 2004). Toutes s'appuient sur des facteurs dits « statiques » qui sont irréversibles, centrés sur le passé, évoluant peu dans le temps ou uniquement vers une majoration et/ou des facteurs dit « dynamiques » qui sont réversibles, évoluant dans le temps et permettant d'apprécier l'évolution de l'infracteur (Quinsey, Rice, et al., 1995).

En France, l'évaluation structurée suscite globalement deux positionnements. D'un côté, les recommandations des instances publiques incitent à leur usage soulignant leur caractère moins aléatoire et la nécessité de développer des travaux auprès de populations françaises (Delarue, 2018; Haute Autorité de Santé, 2013). Mais de l'autre, les professionnels de terrain se montrent globalement très réticents à leur utilisation mettant en avant des critiques comme le manque de pertinence (pour 50% des experts interrogés), les contraintes techniques (30%) et l'absence de validation des échelles de risque structurées sur des populations françaises (10%) (Crampagne, 2013). Cet article a pour objectif de mieux comprendre les enjeux liés aux perceptions négatives concernant la pratique de l'évaluation structurée du risque de récidive en France en se basant sur une revue systématique de littérature et de proposer des pistes de réflexions sur cet état.

## 2. Méthode

Il s'agit d'une revue de littérature répondant aux critères PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses ; Moher et al., 2009). La question de recherche est « *Comment est perçue et utilisée l'évaluation structurée du risque de récidive par les professionnels en France* ».

### 2.1. Sources d'information et stratégie de recherche

La recherche a été réalisée entre le 17 et le 19 février 2020. Les mots-clefs « *Évaluation du risque* » AND « *récidive* » AND « France » ont été recherchés en français et en anglais sur des moteurs de recherche : « *Pubmed* », « *PsycInfo* » complétés par « *ScienceDirect* », ainsi que « *Cairn* » pour les revues de psychologie uniquement.

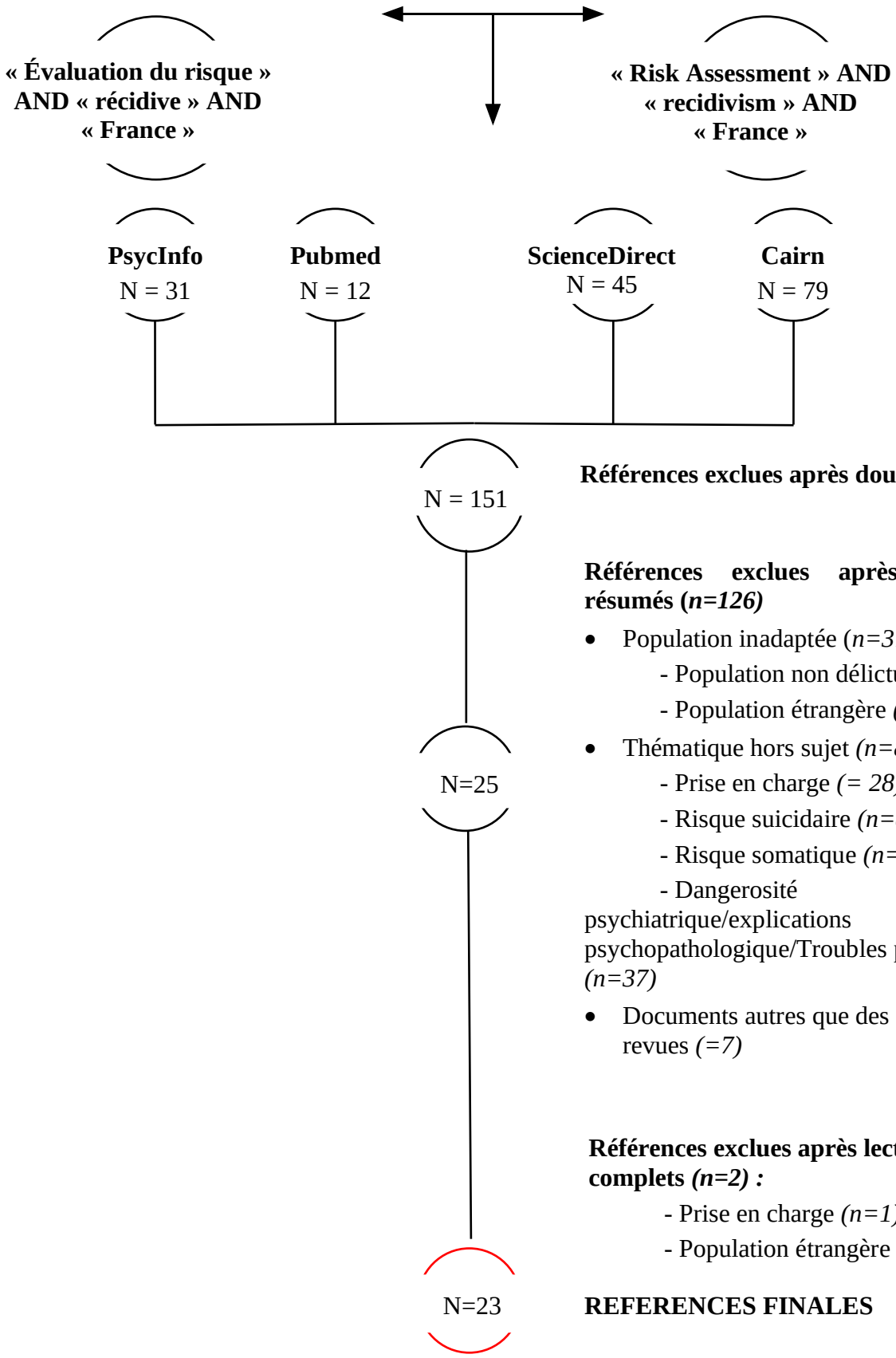
## 2.2. Critères d’éligibilité

Cette étude intègre tous les articles qui portaient sur le risque de récidive standardisé en général, sur l’évaluation structurée du risque, sur des populations d’infracteurs françaises, traitant d’une réflexion sur l’accueil de ce type d’évaluation dans le système français et publiés entre 2005 et 2020.

## 2.3. Sélection des articles et extraction des données

Une des auteurs (IB) a procédé au premier tri des articles selon les critères d’éligibilité. Puis, un second tri a été réalisé par la lecture des résumés restants et enfin un dernier tri a été fait à la lecture des articles entiers restants (voir figure 1).

*Figure 1 : Diagramme de flux*



## 3. Résultats

Les résultats traitent des craintes et des avantages perçus à l'évaluation structurée du risque, la possibilité d'un système d'évaluation hybride en France et les travaux français utilisant les échelles de risque de récidive. Le tableau 1 résume l'essentiel de chacune des 23 études retenues.

*Tableau 1 : Principaux résultats des études sélectionnées*

| **Références** | **Types de document** | **Thématiques abordées dans les articles** | | | | **Principaux résultats** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Les craintes (N=10)** | **Les avantages (N=5)** | **Vers un système hybride ? (N=6)** | **Des travaux du risque en population française (N=3)** | |
| Baratta (2011) | Article de réflexion | × | × | × | | - Prévalence de la méthode du JPNS<br>- Mise en œuvre d'une évaluation semi-structurée en France |
| Baratta (2013) | Lettre à la rédaction | | × | | | - Pertinence des échelles de risque structurée<br>- Avantages à l'utilisation des échelles structurées : scientificité et objectivité |
| Benbouriche et al. (2015) | Article de réflexion | | × | × | | - Définition de la récidive<br>- Rappel et pertinence du RBR |
| Bertsch et al. (2017) | Recherche quantitative | | | | × | - Mise en place d'une étude sur l'évaluation structurée du risque de récidive en population française<br>- Échelles de risque utilisées : RSVP, HCR-20 et LSCMI |
| Bessoles (2004) | Article de réflexion | × | | | × | - Définition de la récidive<br>- Rappel des taux de récidive et des différents traitements<br>- Critiques des outils actuariels |
| Blatier et al. (2012) | Recherche quantitative | | | | × | - Facteurs liés à la récidive : empathie, estime de soi, attitudes sociocognitives |
| Coutanceau (2012) | Article de réflexion | | | × | | - Définitions de dangerosité criminologique et psychiatrique<br>- Approches dimensionnelle et catégorielle de la dangerosité criminologique<br>- Analyse qualitative et quantitative de l'évaluation du risque à mettre en place en France |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dailliet (2008) | Article de réflexion | | × | | | - Historique de la conception de la Justice en matière d'expertise<br>- Avantages à l'utilisation des échelles<br>- Biais des méthodes actuarielles |
| Ducro et al. (2012) | Recherche quantitative | | | | × | - Évaluation du risque par Static-99 et SORAG d'AICS<br>- Comparaisons AICS d'adultes vs d'enfants, intra vs extrafamiliaux |
| Goumilloux (2016) | Recherche quantitative | × | | | | - Contexte judicaire actuel de l'évaluation structurée du risque<br>- Principaux facteurs de risque et de protection<br>- Nécessaire de prise en compte de la culture française dans l'arrivée de l'évaluation structurée du risque |
| Gravier et al. (2012) | Article de réflexion | × | | × | | - Craintes de l'arrivée des échelles en France<br>- Intérêt d'une évaluation clinique du risque et recommandations de bonnes pratiques |
| Guay et Lafortune (2015) | Article de réflexion | | | × | | - Implantation de l'évaluation en France |
| Guay et al (2015) | Article de réflexion | × | × | × | | - Définition des étapes de l'évaluation du risque<br>- Imperfection des mesures de risque<br>- Nécessité d'évaluer les erreurs commises lors du JPNS<br>- Différentes générations d'échelles de risque<br>- Exemples d'échelles |
| Harcourt (2011a) | Article de réflexion | × | | | | - Généalogie du tournant actuariel et les risques pour la France |
| Harcourt (2011b) | Article de réflexion | × | | | | - Critique du caractère scientifique de l'évaluation du risque<br>- Coût de l'évaluation du risque sur la société<br>- Impact négatif de l'évaluation du risque en matière de réinsertion |
| Mouchet-Mages,et al. (2017) | Retour sur pratique | | × | × | | - Utilisation des échelles dans cadre d'une pratique clinique<br>- Retours sur 10 dossiers de patients évalués (HCR-20 et RSVP) |
| Moulin et al. (2012) | Article de réflexion | × | × | | | - Évolution législative de la prévention de la récidive en France<br>- Historique des concepts de dangerosité et de risque<br>- Craintes liées à l'arrivée de l'évaluation structurée du risque en France :<br>- Instauration d'objectivité dans l'évaluation du risque |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pham et al. (2005) | Recherche quantitative | | | | × | - Évaluation de la validité convergente entre la PCL-R, la HCR-20<br>- Liens entre les syndromes cliniques, les troubles de la personnalité du DSM-IV et la HCR-20 et la PCL-R |
| Raoult (2014) | Article de réflexion | × | | | | - Critiques de la recherche sur la récidive |
| Rio et al. (2017) | Recherche quantitative | | | | × | - Évaluation du risque de 55 détenus (Static-99, VRAG, SORAG et PCL-R + entretiens avec des experts sur le niveau de risque des évalués) |
| Senon et al. (2009) | Article de réflexion | | | × | | - Historique du changement de la politique pénale en Amérique du Nord et en Europe<br>- Description des échelles HCR-20 et VRAG<br>- Intérêt du développement des outils en France |
| Vanderstukken et al. (2011) | Article de réflexion | × | × | × | | - Climat d'insécurité autour de la notion de dangerosité<br>- Rappel des risques de la poursuite du risque 0 sur le système pénal et sanitaire et des chiffres de la récidive<br>- Mesures de rétention de sureté<br>- Implantation des échelles de risque comme avantages à la prise en charge |
| Voyer & Senon 2012) | Article de réflexion | × | × | × | | - Historique du développement de l'évaluation structurée du risque<br>- Critiques des méthodes actuarielles<br>- Outils de jugement clinique structuré |

### 3.1. Les craintes liées à l'évaluation structurée du risque de récidive

Les craintes envers les échelles sont nombreuses et concernent à la fois la « philosophie » qui sous-tend l'évaluation structurée et les échelles elles-mêmes.

#### *3.1.1. Des craintes pour le système pénal français*

L'une des craintes fondamentales à l'arrivée des échelles de risque en France est l'intégration de la « philosophie actuarielle » qui amènerait à une « nouvelle pénologie » dédiée à la prise en charge (judiciaire et sanitaire) de la récidive et donc à risque d'être plus « sécuritaire » (Harcourt, 2011b, 2011a). Pour certains auteurs comme Raoult (Raoult, 2014), la récidive ne peut pas être une priorité pour la société car elle ne constitue pas une réalité des plus importantes. Cette philosophie actuarielle entrainerait des bouleversements trop inquiétants, notamment au niveau pénal, avec une pénologie plus sécuritaire qui se concentrerait sur la gestion du risque de comportements délictuels (le groupe) et non plus sur l'individu (la personne évaluée) (Moulin et al., 2012). Ceci réduirait le sujet à son appartenance à un groupe en fonction de son niveau de risque.

Sur le plan sanitaire, une philosophie actuarielle entrainerait des soins s'appuyant sur des facteurs objectifs, techniques, et attachés au risque. L'approche compréhensive et subjective du sujet (patient/ personne évaluée) serait alors perdue, avec deux conséquences irrémédiables (Moulin et al., 2012; Voyer & Senon, 2012) : *(i)* la perte d'une psychothérapie basée sur la rencontre intersubjective et *(ii)* le glissement du praticien vers un rôle d'expert uniquement. Dans cette perception, le praticien devrait se charger de mettre en place des soins uniquement centrés sur le risque de récidive et ses facteurs. Il ne pourrait s'intéresser à la totalité des difficultés que la personne rencontre et qu'il pourrait juger utile de changer ou d'améliorer. Finalement, cette philosophie actuarielle obligerait les thérapeutes à « *soigner la*

*souffrance de la société mise à mal par la violence du sujet délinquant* (p.625, Moulin et al., 2012).

*3.1.2. Des craintes pour le professionnel évaluateur*

L'histoire française est marquée par le rapprochement de la psychiatrie et de la justice (amenant au développement, toujours en cours, d'une psychiatrie légale). Ces liens étroits ont conduit à un rapprochement (voire une confusion) entre violence et troubles mentaux et l'investissement des experts psychiatres dans le prononcé du risque de dangerosité psychiatrique des infracteurs (Moulin et al., 2012). Ce lien s'est encore, récemment, renforcé puisqu'il est demandé aux experts psychiatres de se prononcer sur la dangerosité criminologique des infracteurs (Moulin et al., 2012). C'est sur ces évolutions que se cristallisent les craintes de l'évaluation structurée. On relève, premièrement, l'existence d'une crainte de confusion des domaines (Moulin et al., 2012) et donc des rôles entre professionnels de la santé et de la jutice. On relève aussi une crainte d'uniformisation rigide des pratiques des soins qui seraient plus centrées sur l'anticipation d'un comportement que sur le fonctionnement psychologique actuel du sujet. A ce titre, Voyer et Senon (Voyer & Senon, 2012) rappellent que dans certains états américains, le score de l'évaluation du risque entraine la determination systématique de la peine. Partant de cette logique, l'évaluation structurée, réalisée par l'expert, sera uniquement centrée sur le risque de récidive. Si ce niveau de risque amène à un niveau de peine alors l'expert pourrait se sentir à l'origine de la réponse pénale et penser qu'il se substitue au rôle de juge (Gravier, et al., 2012; Moulin et al., 2012). Enfin, une évaluation basée sur des facteurs précis entraine la crainte d'une perte de « liberté de manœuvre » contraire au respect du Code médical qui préconise une indépendance professionnelle (Voyer & Senon, 2012).

### *3.1.3. Des craintes pour la personne évaluée*

Dans les modèles nord-américains, la philosophie actuarielle aboutit à une organisation de l'accompagnement (judiciaire et sanitaire) très différente. Le niveau de risque d'un infracteur va déterminer l'intensité de la prise en charge proposée. L'évaluation est donc, dans ce modèle, l'étape préalable à toute prise en charge (Benbouriche et al., 2015). Mais, le repérage des patients par leur niveau élevé de risque pourrait conduire à les isoler dans une étiquette de « patient dangereux », faisant craindre aux soignants une forme de régression des représentations longtemps combattues du « *criminel fou*» (p.619 ; Moulin et al., 2012). De plus, cette stigmatisation pourrait ne jamais avoir de fin si les outils d'évaluation utilisés sont statiques et ne permettent pas d'apprécier suffisamment l'évolution des infracteurs (Guay et al., 2015; Voyer & Senon, 2012). Si l'évaluation a pour objectif d'aider à l'autonomisation du patient par la connaissance de ses propres facteurs de risque, cette même évaluation pourrait entrainer des temps de détention plus longs et donc un manque d'autonomie plus important (Gravier, et al., 2012). Enfin, cette catégorisation des infracteurs pourrait conduire à « *une exacerbation de la peur (des soignants et de la population) et l'acceptation tacite du sentiment diffus que chaque individu à risque potentiel de récidive est une bombe explosive en liberté* » (p.602 ; Gravier, et al., 2012).

### *3.1.4. Craintes liées aux outils eux-mêmes*

Les échelles structurées de risque ont une image contrastée en France à la fois idéalisée (parce qu'elles rendent la situation d'évaluation plus simple à appréhender) et très critiquée (Vanderstukken & Lacambre, 2011). Les échelles actuarielles sont les plus discutées parce qu'elles ont été les premières développées. Elles ne permettent pas de prédire le risque sur le court terme (Moulin et al., 2012; Voyer & Senon, 2012) et les méthodes statistiques permettant de mettre en évidence leur efficacité ne seraient pas bonnes (Bessoles, 2004). Par

ailleurs, ces échelles qui sont composées de facteurs statiques ne seraient *(i)* pas conformes à la réalité clinique du sujet beaucoup plus dynamique ; *(ii)* elles ne permettraient pas d'apprécier l'évolution des infracteurs (Gravier, et al., 2012) et *(iii)* ne seraient pas une aide à leur prise en charge (Guay et al., 2015).

En matière de recherche, bien que certains soignants montrent une curisosité envers les échelles (Goumilloux, 2016), d'autres mettent en avant l'impossibilité même de mener des recherches sur la récidive. Cette impossibilité serait due *(i)* à la prépondérance des recherches sur la validation des échelles ne permettant pas de poser de questions empririques essentielles à la recherche, *(ii)* au fait qu'aucune définition consensuelle de la récidive n'existe ou n'existerait et *(iii)* que cette recherche sur la récidive souffre de biais de confirmation des travaux successifs n'apportant aucun débat et surestimant l'efficacité des échelles (Raoult, 2014).

Sur le plan pratique, l'intégration de ces échelles dans la culture francaise semble compliquée selon certains auteurs (Moulin et al., 2012). Le manque de données sur des populations françaises fait craindre une impossibilité d'utilisation de ces échelles en France (Moulin et al., 2012). De surcroit, une formation spécifique pour chaque échelle est nécessaire, voire obligatoire rendant leur utilisation plus « coûteuse » pour les professionnels (Guay et al., 2015).

### 3.2. Les avantages offerts par l'utilisation de l'évaluation structurée du risque de récidive

#### *3.2.1. L'inefficacité du jugement clinique non structuré dans l'évaluation du risque*

Si l'évaluation du risque existe déjà en France dans de nombreuses expertises, elle fait le plus souvent appel au JPNS, pourtant peu efficace car s'appuyant sur des heuristiques (Grove et al., 2000; Guay et al., 2015; Loza & Dhaliwal, 2005). Celles-ci conduisent à des biais qui expliquent le caractère erroné du JPNS. Ces biais peuvent être émotionnels et/ou

cognitifs. Ils amènent les évaluateurs à *(i)* estimer le poids des facteurs de risque en fonction de leur vécu personnel, *(ii)* à confondre saillance et fréquence des évenements, *(iii)* à avoir une vision stéréotypée du monde et *(iv)* à faire correspondre les évenements nouveaux avec la représentation qu'ils se font déjà de la situation (Guay et al., 2015). Ces biais augmentent le plus souvent la perception d'un risque qui impactent la situation pénale/sociale et psychologique de l'infracteur et exacerbent une crainte chez les professionnels (Gravier, et al., 2012).

### *3.2.2. Les avantages liés aux échelles elles-mêmes*

Les échelles de risque qu'elles soient actuarielles ou dynamiques présentent divers avantages. Premièrement, elles permettent une évaluation du risque de meilleure qualité. Elles offrent la possibilité à l'évaluateur de préciser son avis en se basant sur l'ensemble des facteurs positivement corrélé au risque de récidive (Moulin et al., 2012). Elles amènent une évaluation stable, même pour des évaluateurs différents (bonne fidélité inter-juge) (Voyer & Senon, 2012). Elles ont une simplicité et une rapidité d'exécution qui rend l'évaluation simple d'utilisation (Voyer & Senon, 2012). Deuxièmement, elles sont sources de partage pour les professionnels évaluateurs. Par leur aspect objectif, elle permettent une discussion entre des membres d'une équipe, avec des équipes extérieures sanitaires et/ou judiciaires (Dailliet, 2008; Mouchet-Mages et al., 2018; Voyer & Senon, 2012). Troisièmement, elles sont une aide à la prise en charge des infracteurs. Les échelles plus récentes, par leur introduction de facteurs dynamiques vont présenter un intérêt clinique permettant aux professionnels d'affiner l'évaluation, d'apprécier l'évolution de l'infracteur et de proposer une prise en charge adaptée (Guay et al., 2015; Voyer & Senon, 2012).

### *3.2.3. Quelles conséquences à une évaluation erronée du risque de récidive ?*

En matière d'évaluation prédictive, la non utilisation d'outils structurés amène à des prédictions mauvaises, qui surévalue le risque d'un infracteur (faux positifs). Dans une volonté éthique, il semble normal que chaque infracteur ait le droit à une évaluation objective et rigoureuse puisque celle-ci impactera sa vie future (Dailliet, 2008). En matière de soins, dans les pays nords-américains, la prévention de la récidive est souvent basée sur les principes Risque-Besoins-Réceptivité (Guay & Lafortune, 2015). Le respect de ces principes se montre comme plus efficace pour diminuer le risque de récidive d'un infracteur (Benbouriche et al., 2015). Le « Risque » représente la priorité qui doit être donnée aux interventions. Les patients présentant les risques le plus élevés doivent bénéficier d'une prise en charge plus intensive. Le « Besoin » représente la nécéssité de centrer la prise en charge sur des facteurs criminogènes spécifiques de l'infracteur évalué. La « Réceptivité » représente l'utilisation d'une intervention thérapeutique structurée et opérationnelle, plutôt d'orientation cognitive et comportementale. Le RBR montre que la prévention de la récidive doit répondre à des principes globaux et que son efficacité dans la diminution du risque est bonne lorsque les trois principes sont respectés (Benbouriche et al., 2015). Il peut exister un danger à ne pas suivre ces principes en termes d'inefficacité de la prise en charge sur la récidive si la réponse n'est pas adaptée au niveau de risque (interventions trop peu intenses auprès d'infracteurs à haut risque ou au contraire, réponse trop intense auprès d'infracteurs à faible niveau de risque). Dans ce dernier cas, le risque de récidive peut même augmenter à moyen ou long terme.

### *3.2.4. Le développement de nouvelles échelles*

Les échelles actuarielles de première génération ont fait l'objet de nombreuses critiques. Mais l'évolution des échelles s'est souvent faite en réponse aux critiques qu'elles ont reçues par la communauté et qui ont permis de passer d'un intérêt pour la prédiction pure

à des préoccupations cliniques. Ceci est illustré par l'évolution des échelles actuarielles vers le jugement clinique intégré et le développement du jugement clinique structuré (Guay et al., 2015). L'Inventaire de niveau de service et de gestion des cas (LS/CMI ; Andrews et al., 2004) est un exemple d'outil de jugement clinique intégré permettant à la fois une évaluation du risque et une aide à la création d'un plan de gestion pour l'évalué. A l'aide de onze sections, complétées sur la base de l'évaluation du dossier correctionnel et d'entretiens semi-structurés, il aide à l'évaluation du risque général. Le Protocole de risque de violence sexuel (Risk for Sexual Violence Protocol : RSVP ; Hart & Boer, 2010) est un outil de jugement clinique structuré qui permet la prédiction du risque en utilisant des facteurs identifiés, mais pour lesquels l'évaluateur va pouvoir donner du poids en fonction de ses observations. A l'aide de 5 sections, complétées sur la base de l'évaluation du dossier correctionnel et d'entretiens semi-structurés, il aide à la prédiction du risque sexuel.

### 3.3. Vers un système d'évaluation hybride ?

L'implantation d'un modèle étranger en France doit répondre à des conditions *: (i)* être un besoin pour les utilisateurs, *(ii)* être implanté par les professionnels de terrain, *(iii)* naitre dans des conditions matérielles adéquates et *(iv)* s'adapter à la culture d'accueil (Guay & Lafortune, 2015). L'évaluation devra respecter des étapes précises (Guay et al., 2015). Il est indispensable qu'elle soit composée d'un pan quantitatif (avec des échelles structurées de risque) et d'un pan qualitatif (avec entretien) (Coutanceau, 2012; Voyer & Senon, 2012). Elle devra avoir comme fonction d'adapter la prise en charge des infracteurs à leurs sorties de détention : *(i)* un risque faible entrainera un « suivi médico-psychologique souple », *(ii)* un risque modéré entrainera une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (avec possibilité d'un traitement médicamenteux), et *(iii)* un risque fort entrainera un suivi médico-psychologique associé à des mesures de contrainte (comme des visites à domicile du

conseiller pénitentiaire de probation) (Coutanceau, 2012). Enfin, la création et le développement de ce système d'évaluation devra être encadré (ex, par un comité d'éthique et de réflexion) (Gravier, et al., 2012). Sa pratique devra être exercée par des professionnels ayant les compétences requises et être discutée en équipe (Guay et al., 2015; Niveau, 2011; Voyer & Senon, 2012).

### 3.4. Des travaux en population française

Les quelques travaux s'intéressant au risque sur des populations françaises sont principalement centrés sur le risque de récidive sexuelle (Ducro et al., 2012; Rio et al., 2017) et violent (Bertsch, Pham, et al., 2017; Pham, Chevrier, et al., 2005; Rio et al., 2017) des Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuels (AICS) et beaucoup moins au risque général (Bertsch, Marcel, et al., 2017).

Ils montrent que dans une population d'AICS, le risque de récidive sexuelle (évalué avec la Static-99) est plus présent chez *(i)* les AICS d'adultes et les AICS « mixtes » (ayant des victimes adultes et enfants) que ceux n'ayant que des victimes mineures, et *(ii)* chez les AICS d'enfants extrafamiliaux face aux intrafamiliales (Ducro et al., 2012). Le risque de récidive violente est plus important chez les AICS que les homicidaires (évalué par l'échelle Violence Risk Assessment Guide - VRAG) (Rio et al., 2017). Des facteurs sont positivement corrélés avec les risques de récidive sexuelle et violente : *(i)* l'âge précoce d'entrée dans délinquance (VRAG, SORAG (Offender Risk Assessment Guide), Static-99, PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised)), *(ii)* les antécédents judiciaires (SORAG, Static-99, PCL-R ; Rio et al., 2017)), *(iii)* l'attribution externe des faits (Blatier et al., 2016; Guay, 2012) et *(iv)* certains troubles psychiatriques comme des addictions (HCR-20, Historical, Clinical, Risk-20), des troubles de la personnalité narcissique, antisociale (HCR-20, PCL-R) et borderline (HCR-20) (Pham, Chevrier, et al., 2005). Certains facteurs sont associés négativement avec les risques :

l'empathie (Static-99), l'estime de soi (Static-99), l'anxiété généralisée et le risque suicidaire (HCR-20, PCL-R). La validité convergente a été prouvée entre deux échelles de risque de récidive violente (la HCR-20 et la PCL-R) (Pham, Chevrier, et al., 2005). Enfin, une étude montre que l'avis des experts sans échelle est globalement concordant aux échelles pour diagnostiquer la psychopathie, mais pas pour évaluer la dangerosité souvent surestimée (Rio et al., 2017).

## 4. Discussion

Cette revue de la littérature s'est intéressée à la perception et l'utilisation de l'évaluation structurée du risque de récidive par les professionnels en France. Elle a mis en évidence de nombreuses craintes et relativement peu d'avantages liés à l'arrivée de ces échelles. Les craintes exprimées concernent à la fois le système pénal, les évaluateurs, les personnes évaluées et les échelles de risque elles-mêmes. Les avantages retrouvés sont une évaluation plus juste, plus stable pour les personnes évaluées et les professionnels évaluateurs, la possibilité de partager ces évaluations en équipe ou entre professionnels, une gestion de la récidive plus efficace et le fait que les nouvelles échelles intègrent l'avis de l'évaluateur et guident la prise en charge.

Cette étude montre que les craintes sont bien plus présentes que les avantages. Pourtant d'autres bénéfices sont perceptibles pour l'utilisation de l'évaluation structurée du risque. Concernant la perte de subjectivité dans l'évaluation, Benbouriche et al (2012) rappellent que la prévention de la récidive n'est pas stigmatisante, car l'évaluation du risque est basée sur les vulnérabilités des infracteurs, mais aussi leurs ressources. Les échelles, plus récentes permettent une évaluation plus positive des infracteurs en mesurant la présence de facteurs de protection. C'est le cas de la SAPROF (Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk ; de Vogel et al., 2009) qui met en avant les ressources

personnelles, sociales et institutionnelles des infracteurs (Deković, 1999). D'autre part, il existe une confusion importante entre « mesure » et « évaluation » : l'évaluation n'est pas l'association entre des chiffres et des individus gérés par des règles précises, mais « *un processus dans lequel plusieurs informations, de nature qualitative et quantitative, sont prises en compte afin de bien comprendre le fonctionnement d'une personne au travers de la considération de dimensions individuelles et situationnelles* » (p.314 ; Benbouriche et al., 2012). Concernant la crainte de confusion des rôles, il semble important de rappeler que la prédiction du risque est une tâche complexe qui fait intervenir de nombreux domaines (judiciaire, social, psychologique et médical). L'évaluation d'une même personne s'intéressera à des facteurs judiciaires (comme les antécédents de risque), mais aussi sociaux (comme les finances), psychologiques (comme la personnalité) et psychiatriques (comme la présence d'une maladie psychiatrique). Elle nécessite donc l'implication de chacun des professionnels avec ses compétences spécifiques (Vanderstukken & Lacambre, 2011). Concernant la stigmatisation des personnes évaluées qui serait liée à une forme d'étiquetage des infracteurs en fonction de leur niveau de risque, on peut déjà rappeler que les échelles de risque utilisent des critères objectifs amenant à une diminution de faux-positifs (très présents chez les évaluateurs utilisant le JPNS) et qui abaissent la proportion d'infracteurs jugés à haut risque de récidive, mais qui pourtant ne récidiveront pas (Dailliet, 2008; Guay, 2012). Ceci minore la pression sécuritaire. D'autre part, les nouvelles échelles de risque amènent à une évaluation plus dynamique permettant de percevoir l'évolution de l'infracteur. Enfin concernant la fiabilité des échelles, il faut rappeler que celles-ci n'ont jamais été garantes d'un risque zéro et qu'elles doivent être considérées pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire une aide à l'évaluation. Par exemple, dire qu'elles proposent une mauvaise prédiction à court terme n'a pas de sens, puisqu'elles évaluent un risque sur le long terme. On retiendra surtout que ces échelles structurées restent de meilleurs prédicteurs que le JPNS (Meehl, 1954).

Finalement, les critiques semblent surtout refléter *(i)* la méconnaissance des échelles (leur construction, leurs qualités psychométriques, leur utilisation et leur évolution) et *(ii)* le manque de recherches françaises sur la question. La formation aux échelles et leur accès par les professionnels doivent se développer. Bien que la formation représente un investissement en termes de coûts et du temps passé, elle permet une meilleure connaissance et surtout une utilisation plus rigoureuse des échelles (Guay & Parent, 2014). L'université (notamment les filières de psychiatrie et de psychologie légales) pourrait poursuivre son travail d'intégration des connaissances actualisées sur les échelles de risque. Le développement de la recherche en France sur les échelles de risque est aussi nécessaire et permettra de contribuer à cet axe.

Il serait intéressant qu'une réflexion nationale soit menée sur l'évaluation du risque impliquant tous les domaines des professionnels de terrain concernés et qu'elle permette d'apprécier les besoins des professionnels (dans le respect de leur rôle respectif) et les aménagements nécessaires pour l'adaptation des modèles étrangers à la culture et au système français.

### *1.3. Le choix des échelles de risque pour l'étude actuelle*

Pour ce travail de thèse, trois échelles de risque de récidive ont été choisies : la RSVP (Hart, Kropp, et al., 2003), la HCR-20 V2 (Webster et al., 1997) et le LS/CMI (Andrews et al., 2004). Plusieurs critères ont guidé ce choix : la variété des risques et des populations évaluables avec ces échelles, leur importante utilisation dans le monde et leurs qualités psychométriques. La RSVP se préoccupe de l'évaluation et de la gestion du risque de récidive sexuelle d'AICS (Hart & Boer, 2010), la HCR-20 de l'évaluation et de la gestion du risque de récidive violente (Webster et al., 1997) et le LS/CMI de l'évaluation et de la gestion du risque de récidive général (Andrews et al., 2004). Toutes sont utilisables par des professionnels travaillant auprès d'AICS judiciarisés mais chacune présente des spécificités : la RSVP est

particulièrement performante pour l'évaluation des AICS ayant commis des faits graves de violences sexuelles (Green et al., 2010), la HCR-20 est développée pour les populations médico-légales (S. F. Michel et al., 2013; Webster et al., 1997) et le LS/CMI peut être utilisé par des professionnels non cliniciens (notamment de la Justice) (Andrews et al., 2010). L'ensemble de ces échelles sont reconnues dans le monde car très utilisées (Hart & Boer, 2010 pour la RSVP ; Singh et al., 2014 pour la HCR-20 ; Wormith, 2011 pour le LS/CMI). Spécifiquement, ces échelles sont particulièrement utilisées en Belgique et au Québec, pays de référence pour l'évaluation du risque de récidive. Par exemple, l'étude de Pham et al. (2016) a montré que la HCR-20 était en Belgique l'une des échelles de risque de récidive les plus utilisées par les professionnels. Le LS/CMI, quant à lui, est utilisé par le Ministère de la sécurité publique du Québec (Guay, 2016) pour l'évaluation des infracteurs à l'entrée en détention, durant la peine et au moment de la demande d'une liberté conditionnelle. Enfin, ces trois échelles présentent de bonnes qualités psychométriques : une validité prédictive modérée à grande (Vargen et al., 2020 pour la RSVP ; Guy, 2008 pour la HCR-20 ; Guay, 2016 pour le LS/CMI) ; une consistance interne bonne à excellente (Claix & Pham, 2004 pour la HCR-20 ; Guay, 2016 pour le LS/CMI ;  aucune étude à ce jour ne présente de résultats pour la RSVP) ; une fidélité interjuge modérée à excellente (Sea & Hart, 2020 pour la RSVP ; Cooke et al., 2001 pour la HCR-20 ; Labrecque et al., 2018 pour le LS/CMI). Enfin, une validité concourante modérée est observée entre la RSVP et la Static-2002 (Watt et al., 2006) et forte entre la HCR-20 et le LS/CMI (Abou-Sinna & Luebbers, 2012).

**Synthèse :**

Le risque de récidive est une probabilité avant tout. Parce que ce risque a un impact tout au long du parcours pénal des AICS, la question de son évaluation a été très étudiée. Les travaux, menés durant de nombreuses années, ont conclu à une amélioration de la prédiction (qui ne peut pas être maximale) grâce à l'utilisation d'échelles structurées. Ces échelles présentent l'avantage *(i)* d'offrir une évaluation de meilleure qualité car elles s'appuient sur des facteurs empiriquement liés au risque, *(ii)* d'offrir un niveau de risque et/ou des pistes pour la prise en charge thérapeutique ou la supervision de la personne évaluée et *(iii)* de structurer une évaluation partageable et discutable par les professionnels concernés.

En France, l'utilisation de ces échelles est, d'une part, encouragée par les autorités mais, d'autre part, peu présente dans la pratique des professionnels. Les avantages perçus et les études françaises portant sur ces échelles restent rares. Par ailleurs, de nombreuses craintes sont formulées à l'encontre de ces échelles : le risque de passer d'une absence d'évaluation structurée à un tout actuariel, la crainte d'une confusion des rôles entre les professionnels (Santé-Justice) et d'une stigmatisation des patients. Mais avant toute chose, les qualités psychométriques des outils sont questionnées car les études s'intéressant à valider ces dernières sur des populations françaises sont extrêmement rares.

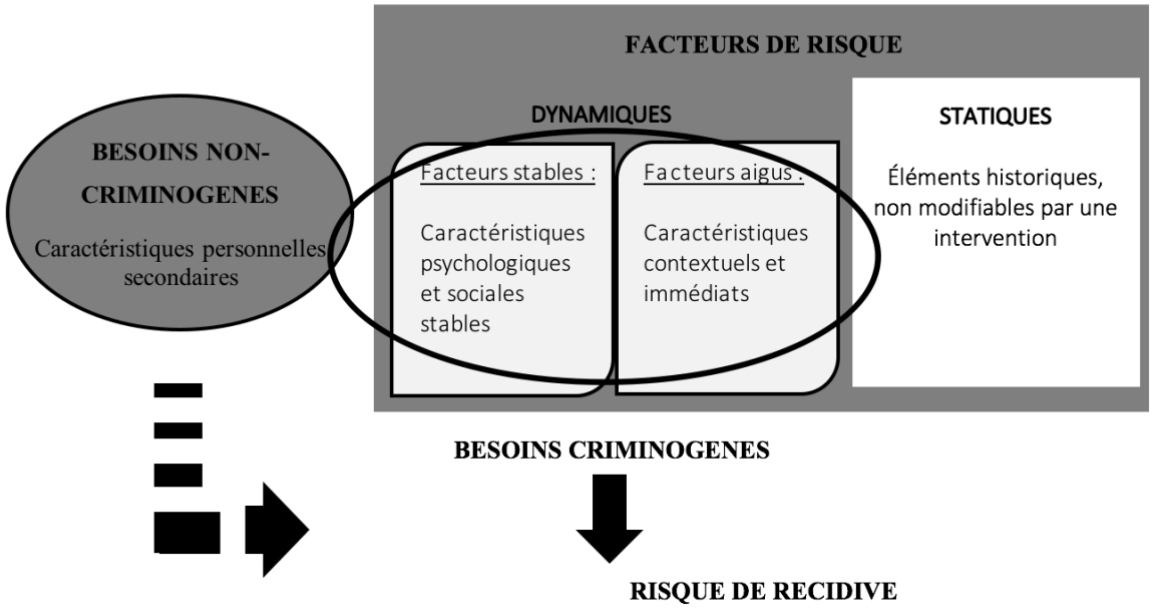
Ce travail de thèse s'est concentré sur trois échelles de risque et de gestion du risque de récidive : la RSVP, la HCR-20 et le LS/CMI. Ces outils ont été choisis car ils permettent d'évaluer des risques de récidive différents (sexuelle, violente et générale) et une variété de populations (cliniques, médicolégales, légales), sont très utilisés dans le monde et présentent de bonnes qualités psychométriques (validité et fidélité).

## Chapitre 2 : Les facteurs de risque, besoins criminogènes et non criminogènes chez les AICS

La prise en charge thérapeutique de la récidive des AICS va s'appuyer sur *(i)* les facteurs de risque du patient et *(ii)* ses besoins criminogènes et non criminogènes. Les *facteurs de risque* vont composer les échelles d'évaluation du risque. Ils sont « *des caractéristiques individuelles du délinquant qui augmentent ou diminuent la probabilité de récidive* » (p.39, Cortoni, 2009). Pour constituer un facteur de risque, une caractéristique doit être attachée à la survenue d'une récidive de manière répétée dans plusieurs études (Cortoni, 2009). Comme vu précédemment, les facteurs statiques sont des caractéristiques historiques ou sociodémographiques, qui ne pourront que peu évoluer dans le temps. Les facteurs dynamiques, également appelés *besoins criminogènes* (Andrews & Bonta, 2015), sont des caractéristiques changeantes de l'individu (Cortoni, 2009; Mann et al., 2010). Ces facteurs dynamiques se divisent en deux catégories. Les facteurs dynamiques stables peuvent évoluer mais avec du temps et des efforts (Cortoni, 2009; Harris & Hanson, 2010). Les facteurs dynamiques aigus évoluent rapidement dans le temps et s'apparentent plutôt à des états aigus ou des situations qui majorent grandement le risque d'un passage à l'acte immédiat (Cortoni, 2009; Hanson & Harris, 2000). Le repérage de ces facteurs de risque dynamiques ou besoins criminogènes est précieux car leur changement diminue le risque de récidive (Andrews & Dowden, 2007).

Les *besoins non criminog* sont des caractéristiques personnelles et sociales ayant un potentiel plus faible d'influence sur le risque de récidive. Ces besoins devraient être considérés comme moins primordiaux dans la prise en charge et ne devraient pas constituer seuls des cibles de traitement sauf s'ils contribuent à influencer les besoins criminogènes (Bonta & Andrews, 2007; Brouillette-Alarie, 2016). La figure 2 schématise l'ensembles de ces notions.

*Figure 2 : Schématisation récapitulative des notions de facteurs de risque, besoins criminogènes et besoins non criminogènes*




*2.1. Les facteurs de risque connus de la récidive sexuelle, violente et générale*

Les facteurs de risque de la récidive sexuelle et non-sexuelle (violente et générale) peuvent être classés en 6 catégories : *(i)* la sexualité déviante, *(ii)* la délinquance générale/un mode de vie instable, *(iii)* les influences sociales/problèmes d'intimité, *(iv)* l'attitude face au traitement et à la surveillance, *(v)* l'incapacité à identifier et résoudre ses problèmes et *(vi)* le jeune âge (Brouillette-Alarie, 2016). Les facteurs associés à chaque domaine sont présentés tableau 2.

*Tableau 2 : Ensemble des facteurs de risque de récidive stables* [6]

[6] Tableau emprunté à S. Brouillette-Alarie (2016)

| Facteurs de risque | Taille de l'effet | |
|---|---|---|
| | *d* de Cohen [b] | *r* [c] |
| Délinquance sexuelle/déviance sexuelle | | |
| Délinquance sexuelle | | |
| Infractions sexuelles antérieures [a] | - | 0,19 |
| Au moins une victime sexuelle extrafamiliale [a] | - | 0,11 |
| Au moins une victime sexuelle inconnue [a] | - | 0,15 |
| Au moins une victime sexuelle masculine [a] | - | 0,11 |
| Délinquance juvénile sexuelle [a] | - | 0,12 |
| Diversité des délits sexuels [a] | - | 0,10 |
| Au moins un intérêt sexuel déviant | 0,31 | 0,22 |
| Intérêts sexuels envers les enfants | 0,32 | 0,32 |
| Intérêts pour la violence sexuelle | 0,18 | - |
| Paraphilies sexuelles | 0,21 | - |
| Préoccupations sexuelles | 0,39 | - |
| Attitudes favorables à la coercition sexuelle | 0,22 | - |
| Délinquance générale/mode de vie instable | | |
| Délinquance générale | | |
| Problèmes de comportement à l'enfance [a] | 0,30 | - |
| Délinquance juvénile [a] | - | - |
| Antécédents criminels [a] | - | 0,13 |
| Mode de vie instable | 0,37 | - |
| Prise de risque | 0,25 | - |
| Instabilité à l'emploi | 0,22 | - |
| Personnalité antisociale/psychopathique | - | 0,14 |
| Émotions négatives/hostilité | 0,20 | - |
| Influences sociales/problèmes d'intimité | | |
| N'a jamais entretenu une relation de couple à long terme [a] | 0,32 | 0,11 |
| Conflits conjugaux | 0,36 | - |
| Pairs criminalisés | 0,26 | - |
| Hostilité envers les femmes | 0,29 | - |
| Identification émotionnelle avec les enfants | 0,42 | - |
| Attitude face au traitement et la surveillance | | |
| Abandon du traitement [a] | - | 0,17 |
| Bris des conditions de remise en liberté [a] | 0,50 | - |
| Manque de coopération dans le cadre de la surveillance | 0,62 | - |
| Incapacité à identifier et résoudre ses problèmes | 0,22 | - |
| Jeune âge [a] | - | 0,13 |

[a] Facteur de risque statique. Les autres facteurs sont dynamiques stables.
[b] Les *d* de Cohen sont tirés de l'article de Mann et collègues (2010). Un *d* de Cohen de 0,20 est faible, un *d* de 0,50 est moyen et un *d* de 0,80 est élevé.
[c] Les coefficients de corrélation (*r*) sont tirés de l'article d'Hanson et collègues (2003), eux-mêmes tirés de la méta-analyse d'Hanson et Bussière (1998). Un coefficient de corrélation de 0,10 est faible, un coefficient de 0,30 est moyen et un coefficient de 0,50 est élevé (Cohen, 1988).

L'ensemble de ces facteurs permettent la prédiction de la récidive sexuelle et non-sexuelle, à l'exception faite des facteurs du domaine « délinquance sexuelle/déviance sexuelle » qui prédisent uniquement le risque de récidive sexuelle (Babchishin et al., 2016; Hanson & Bussiere, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004).

Les facteurs de risque de récidive dynamiques aigus peuvent être regroupés en deux catégories : les indices d'effondrement et les indices d'approche (Babchishin, 2013; Hanson et al., 2007). Les indices d'effondrement (facteurs émotionnels et situationnels influençant la

survenue imminente d'une récidive) recouvrent l'effondrement émotionnel, l'effondrement des supports sociaux et l'intoxication aux drogues ou à l'alcool. Ils ne seraient pas de bons prédicteurs de la récidive sexuelle et violente (excepté l'abus de substance pour la récidive violente) mais plutôt des prédicteurs de la récidive générale. Les indices d'approche (indiquant que l'AICS met en place des stratégies de passage à l'acte) recouvrent l'accès aux victimes, l'hostilité, les préoccupations sexuelles et le rejet de la surveillance. Ils seraient de bons prédicteurs de la récidive sexuelle, violente et générale (Hanson et al., 2007).

### *2.2. Les facteurs non liés à la récidive*

Les études ont pour objectif de distinguer les facteurs liés au risque de manière empirique, des facteurs non liés au risque (parfois contradictoires avec l'intuition des professionnels). La présence de dépression, d'angoisse, de faibles habiletés sociales, de faible estime de soi, la gravité des blessures infligées à la victime ou encore la faible motivation au début du traitement ne seraient pas liés à la récidive (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017; Hanson & Morton-Bourgon, 2004).

### *2.3. Les facteurs de risque prometteurs ou non explorés*

Au-delà des facteurs directement liés ou non au risque, certains facteurs sont considérés comme prometteurs car leurs liens avec la récidive sont soit contradictoires selon les études, soit non explorés. Une prise en charge efficace de la récidive repose sur le choix des facteurs de risque qui vont composer l'évaluation du risque mais aussi permettre de définir les pistes thérapeutiques (Andrews & Dowden, 2007). La connaissance des liens entre les facteurs psychologiques et la récidive doit être approfondie ou définie de manière précise afin de comprendre si ces facteurs psychologiques sont des facteurs de risque (besoins criminogènes) ou des facteurs connexes à la récidive (facteurs non criminogènes).

Pour ce travail de thèse, il a été choisi d'étudier spécifiquement la personnalité, l'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie dans leurs liens avec les risques de récidive sexuel, violent et général. Ces variables ont été choisies car *(i)* elles sont des cibles intuitives de traitement couramment utilisées dans la prise en charge thérapeutiques des AICS (ex, Mann & Barnett, 2013; Miner & Dwyer, 1995; Ó Ciardha & Gannon, 2011; Thornton, 2013) ; *(ii)* la littérature reste contradictoire sur leurs liens avec la récidive et son risque et enfin, *(iii)* pour répondre à une perspective cognitivo-comportementale. En effet, elles s'apparentent chacune à des aspects différents du risque de récidive : l'aspect global pour la personnalité, l'aspect comportemental pour l'impulsivité, l'aspect cognitif pour les distorsions cognitives et l'aspect émotionnel pour l'empathie. La personnalité sera particulièrement abordée car elle est étudiée à l'aide d'un modèle n'ayant jamais été utilisé en lien avec le risque de récidive. L'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie seront traités ensemble car la littérature est plus avancée dans ces domaines. Notre étude ne permettant pas, pour des questions de temps et d'accès aux informations, d'évaluer la récidive des participants, c'est le risque de récidive qui sera la mesure permettant d'apprécier les liens entre ces facteurs et la récidive.

### 2.3.1. *La personnalité*

Les études s'intéressant aux liens entre personnalité et récidive se concentrent surtout sur une approche pathologique et catégorielle de la personnalité, en étudiant principalement les troubles de la personnalité. Le trouble de la personnalité antisociale, la psychopathie, les traits de personnalité liés à l'humeur ou aux difficultés relationnelles sont liés à la récidive sexuelle, violente et générale (Ellsworth, 2014; Hanson & Bussiere, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Sturup et al., 2016). Mais, la récidive des AICS pourrait également être expliquée par une approche dimensionnelle de la personnalité normale. Cette approche

permettrait d'explorer des pistes étiologiques supplémentaires de la récidive. La personnalité normale est un élément commun à chaque personne, relativement stable dans le temps (Roberts et DelVecchio, 2000). Elle est le sous-bassement de nos pensées, émotions et comportements (G. Michel & Purper-Ouakil, 2006). Elle peut, donc, expliquer le maintien de comportements (Roberts & DelVecchio, 2000) et potentiellement la répétition d'agressions sexuelles, violentes ou générales chez les AICS. La personnalité peut évoluer grâce à des interventions thérapeutiques (ex, Krasner et al., 2009) et peut être le garant d'un changement plus pérenne, comme cela a été prouvé sur la dépression (Tang et al., 2009). La personnalité normale pourrait, alors, offrir des pistes thérapeutiques supplémentaires pour les AICS à haut risque de récidive. Enfin, en cas de troubles de la personnalité, l'approche normale et dimensionnelle de la personnalité présente l'avantage d'éviter la cooccurrence de diagnostics de troubles de la personnalité et l'hétérogénéité des symptômes parfois présent pour un même diagnostic (Shiner, 2009) chez plusieurs AICS.

Cette étude s'appuiera sur le modèle de personnalité des « Big Five » (Goldberg, 1990), largement utilisé pour évaluer la personnalité dans une perspective dimensionnelle. Il définit cinq traits pour conceptualiser la personnalité : l'*Extraversion* (par opposition à l'introversion) fait référence aux émotions positives et à l'affirmation de soi dans les relations sociales, l'*Agréabilité* (par opposition à l'antagonisme) fait référence au comportement prosocial, la *Conscience* (par opposition à l'impulsivité) fait référence au contrôle et à la réalisation d'un objectif fixé, le *Névrosisme* (dimension également appelée « émotions négatives » ou « instabilité émotionnelle », par opposition à la stabilité émotionnelle) se caractérise par des émotions négatives et une certaine fluctuation de ces émotions. Enfin, l'*Ouverture* (dimension également appelée « ouverture d'esprit » ou « ouverture à l'expérience » par opposition au conformisme) fait référence à l'ouverture aux nouvelles idées et aux expériences (John et al., 1991). Bien que le modèle en cinq dimensions de personnalité

soit considéré comme fondamental dans l'étude de la personnalité (McCrae & Costa, 2006), aucune étude ne s'est penchée sur les liens entre ce modèle et les risques de récidive sexuelle, violente et générale des AICS.

### 2.3.2. *L'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie*

L'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie sont des facteurs psychologiques souvent considérés comme des cibles de traitement dans les prises en charge thérapeutiques des AICS préventives de la récidive (Ellsworth, 2014; Hanson & Bussiere, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Sturup et al., 2016). Pourtant, leurs liens avec la récidive restent, dans la littérature, peu connus, peu détaillés ou contradictoires.

Actuellement, la définition de l'impulsivité ne fait pas consensus (Chamberland, 2017). Le modèle de Lynam & Derefinko (2006) propose de décomposer l'impulsivité en quatre aspects : *(i)* l'urgence négative renvoie à la possibilité d'agir impulsivement dans des contextes émotionnels négatifs ; *(ii)* le manque de préméditation renvoie à la difficulté de prendre en compte les conséquences d'un acte avant de l'accomplir ; *(iii)* le manque de persévérance renvoie à la difficulté à rester concentré sur une tâche qui peut être ennuyeuse et/ou difficile et *(iv)* la recherche de sensations renvoie à la recherche d'activités stimulantes ou excitantes et d'expériences nouvelles et non conventionnelles (Billieux et al., 2012). Les liens entre impulsivité et récidive sexuelle, violente et générale ne seraient que très peu étudiés chez les AICS d'enfants (Prentky, Knight, et al., 1997). Les liens seraient plus clairs chez les AICS de femmes adultes (Quinsey, Rice, et al., 1995) mais toujours expliqués par des facteurs intermédiaires comme la consommation d'alcool, la masculinité hostile (Abbey et al., 2011) ou encore et surtout la psychopathie et l'adoption d'un style de vie antisocial (Martin et al., 2019).

Les distorsions cognitives, restent actuellement, un concept qui peut recouvrir différentes réalités. Elles sont des croyances pré-agression sur la sexualité et les enfants et la sexualité et les femmes adultes. Elles sont, aussi, des justifications post-agression qui viennent minimiser la part de responsabilité de l'agresseur (Szumski et al., 2018; Vanderstukken et al., 2015). Seules les distorsions pré-agression seraient liées à la récidive (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017). Chez les AICS d'enfants, les distorsions cognitives pré-agression portent sur la croyance que les rapports sexuels avec des enfants sont inoffensifs et que certains enfants sont sexuellement provocateurs (Mann et al., 2007). Pour ces infracteurs, les liens entre distorsions cognitives et récidive sexuelle semblent toujours contradictoires (Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Mann et al., 2010). Chez les AICS de femmes adultes, les distorsions cognitives peuvent s'apparentées aux « mythes du viol » c'est-à-dire un système de croyances sur le viol qui impute la responsabilité aux victimes et induit des difficultés pour les violeurs à identifier correctement des comportements comme des viols (K. M. Ryan, 2019). Les liens entre ces distorsions et la récidive sexuelle des AICS d'adultes sont, globalement, connus (ex, Abbey & McAuslan, 2004). Mais, peu d'études se sont intéressées à montrer ces liens et l'adhésion à certaines distorsions (Hermann et al., 2012). Par ailleurs, les liens entre la récidive violente et générale des AICS de femmes adultes et l'adhésion aux distorsions cognitives n'ont que très peu été étudiés.

La définition de l'empathie à l'aide de deux facteurs (cognitif et affectif) (Lawrence et al., 2004) fait maintenant consensus. En matière de violences sexuelles, c'est surtout le manque d'empathie envers la victime qui est étudié. Contrairement aux idées reçues souvent partagées par les praticiens, il n'existe pas de consensus sur les liens entre manque d'empathie envers la victime et récidive sexuelle (Barnett et al., 2013; Hanson & Bussiere, 1998). En revanche, des liens plus évidents (bien que modérés) existent entre le manque d'empathie envers la victime et la récidive violente et générale (ex, Hanson & Morton-Bourgon, 2005).

Enfin, l'empathie générale (pas uniquement centrée sur la victime) serait, elle, conservée chez les AICS et notamment chez les AICS d'adultes (Heilbrun et al., 2010). Ceci signifie que l'empathie serait donc, une mesure sensible aux situations et personnes concernées (Fernandez & Marshall, 2003). Si elle peut être conservée d'une manière générale mais absente dans la situation d'agression, c'est qu'elle a une fonction d'autoprotection. Ainsi, les mesures évaluant l'empathie envers la victime seraient plus en capacité de mesurer la réaction à une situation précise, souvent dans l'après coup et non la mesure de l'empathie comme éventuel facteur de passage à l'acte. L'étude de l'empathie générale serait, alors, plus adaptée pour distinguer les délinquants qui sont généralement incapables de faire preuve d'empathie de ceux qui peuvent tenter d'éviter la culpabilité et la honte (McGrath et al., 1998). Dans l'explication de la récidive, il semblerait plus efficace de travailler sur le développement de l'empathie générale (Thornton, 2013). Que ce soit chez les AICS d'adultes comme d'enfants, rares sont les études qui se sont penchées sur les liens entre manque d'empathie générale et risque de récidive sexuelle, violente et générale.

**Synthèse :**

L'évaluation standardisée du risque de récidive est basée sur des facteurs de risque, également appelés besoins criminogènes. Certains de ces facteurs statiques ou dynamiques sont déjà connus et composent les échelles de risque de récidive sexuelle, violente ou générale. La délinquance/déviance sexuelle est une famille de facteurs de risque permettant de prédire la récidive sexuelle. La délinquance générale/le style de vie antisocial est une famille de prédicteurs de la récidive sexuelle mais aussi violente et générale. Les besoins non criminogènes sont des caractéristiques personnelles et sociales qui sont faiblement liés à la récidive. Mais, ils peuvent influencer les besoins criminogènes et composer des pistes

secondaires de traitement (ex, en adaptant le type de thérapie ou d'attitudes du thérapeute). L'implication de certains facteurs psychologiques dans la récidive reste, encore, peu connue à ce jour. C'est le cas de la personnalité évaluée à l'aide du modèle des Big Five. Ce modèle offre une approche dimensionnelle et globale de la personnalité, permettant d'évaluer l'ensemble des AICS avec ou sans trouble de la personnalité. Approfondir l'implication des cinq dimensions de personnalité dans le risque de récidive permettrait d'explorer de nouvelles pistes étiologiques. Enfin, certains facteurs présentent des liens peu approfondis ou contradictoires avec la récidive. C'est le cas de l'impulsivité, des distorsions cognitives et de l'empathie générale. Ces facteurs psychologiques sont, souvent, considérés par les professionnels comme des pistes de prises en charge. Cependant, leur implication dans la récidive est soit connue mais peu détaillée (c'est le cas de l'impulsivité et des distorsions cognitives), soit très contradictoires (c'est le cas pour l'empathie, non pas envers les victimes, mais en général). Approfondir leur implication dans le risque de récidive permettrait d'explorer de nouvelles pistes de prises en charge.

## PROBLEMATIQUE

Les échelles de risque structurées, très utilisées à l'internationale, le sont très peu en France. L'absence de travaux de validation de leurs qualités psychométriques sur des populations d'infracteurs français violents reste l'un des freins à leur utilisation. De plus, les liens entre certaines vulnérabilités psychologiques (notamment la personnalité, l'impulsivité, les distorsions cognitives ou l'empathie) et les risques de récidive, spécifiquement chez les AICS, restent peu connus alors que ces vulnérabilités pourraient constituer des pistes complémentaires de prise en charge thérapeutique. La dynamique existante entre ces vulnérabilités et les niveaux de risque récidive des AICS seraient des pistes de compréhension à explorer. Enfin, ces facteurs psychologiques pourraient éclairer d'avantage les profils des AICS présentant un haut risque de récidive.

Cette étude va tenter de répondre à trois questionnements :

**- Les échelles de risque de récidive conservent-elles de bonnes qualités psychométriques sur des populations d'infracteurs violents français ?**

Dans un premier temps, les qualités psychométriques internes (fidélité interjuge, consistance interne), externes (validité concourante), les liens entre les scores de risque et les faits ayant entrainé la condamnation actuelle et la validité de construit de la RSVP, de la HCR-20 et du LS/CMI) sur des populations d'infracteurs violents et/ou AICS français seront testées (articles 2, 3, 4). L'impact de la qualité des informations recueillies permettant de coter ces échelles de risque a également été testé (article 5).

**- Quels liens présentent certaines vulnérabilités psychologiques avec les risques de récidive sexuelle, violente et générale des AICS ?**

Dans un second temps, seront testées les corrélations existantes entre les vulnérabilités psychologiques comme la personnalité « normale » (modèle en cinq facteurs), l'impulsivité,

les distorsions cognitives sur enfants et femmes adultes ou l'empathie et les scores obtenus aux échelles RSVP, HCR-20 et LS/CMI sur une population d'AICS (articles 6, 7 et 8).

**- Peut-on observer des profils différents d'AICS en prenant en compte le risque de récidive sexuel, violent et général et certaines vulnérabilités psychologiques ?**

Dans un troisième temps, des profils d'AICS seront développés en tenant compte des scores aux échelles RSVP, HCR-20 et LS/CMI et la présence de dimensions de la personnalité, d'impulsivité, de distorsions cognitives sur enfants ou sur femmes adultes, de troubles psychiatriques et de désirabilité sociale et d'empathie. La méthode du clustering sera utilisée (article 9).

# PARTIE 2 : PARTIE EMPIRIQUE

## Chapitre 3 : Méthodologie générale

### *3.1. Récapitulatif des échantillons et des outils utilisés pour chacun des articles de ce travail de thèse*

Le tableau 3 résume les populations et outils utilisés pour chacun des articles de ce travail de thèse

*Tableau 3 : Résumé des populations et outils utilisés pour chaque article*

| **Article** | **Population** | **Outils** |
|---|---|---|
| Article 2.<br>*Can the Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP) be used to assess the risk of sexual recidivism of French sex offenders?* | 86 AICS | RSVP, Static-2002, HCR-20, LS/CMI |
| Article 3.<br>*Is it possible to use the HCR-20 V2 to assess the risk of violent recidivism of French offenders?* | 86 AICS + 42 VNS | HCR-20, LS/CMI |
| Article 4.<br>*An investigation of reliability, factor structure and convergent validity of the LS/CMI with French offenders* | 86 AICS + 42 VNS | RSVP, Static-2002, HCR-20, LS/CMI |
| Article 5.<br>*Le dossier médical est-il nécessaire pour l'évaluation du risque de récidive ?* | 86 AICS + 42 VNS | RSVP, HCR-20, LS/CMI, SDS-17, MINI |
| Article 6. | 86 AICS | RSVP, HCR-20, LS/CMI, |

| | | |
|---|---|---|
| *Are the Big Five personality traits related to the risk of recidivism by sexual offenders?* | | BFI-fr |
| Article 7.<br>*Quels liens existent-ils entre l'impulsivité, les distorsions cognitives, l'empathie et le risque de récidive sexuelle chez les agresseurs sexuels d'enfants ?* | 59 AICS d'enfants | RSVP, Static-2002, UPPS, Molest scale<br>BES |
| Article 8.<br>*L'impulsivité, les distorsions cognitives sur adulte, l'empathie et le risque de récidive sexuelle, violente et générale des AICS d'adultes* | 27 AICS d'adultes | RSVP, HCR-20, LS/CMI, UPPS, Rape scale, BES |
| Article 9.<br>*Contribution of a cluster approach to identify the profiles of sexual offenders according to their risk of reoffending* | 86 AICS | RSVP, HCR-20, LS/CMI, BFI-fr, UPPS, Molest & Rape scales, BES, MINI, SDS-17 |

*3.2. Procédure*

Cette étude a reçu un avis favorable (n° 2017-077) du groupe éthique d'aide à la recherche clinique pour les protocoles de recherche non soumis au comité de protection des personnes (ERERC). L'étude s'est déroulée entre mars 2018 et février 2020. Initialement, le recueil devait être réalisé dans des lieux carcéraux (milieu fermé) et non carcéraux (milieu ouvert). Un accord avec le SPIP de Tours a été obtenu pour proposer l'étude aux probationnaires non détenus. Le manque de temps des probationnaires en milieu ouvert et l'envie de ne plus revenir sur les faits ont conduit à de nombreux refus rendant difficile sinon impossible cet aspect du recueil. Les passations ont intégralement été réalisées au sein des dispositifs de soins psychiatriques de quatre prisons françaises : le centre de détention de Toul (Lorraine), le centre de détention de Bédenac (Dordogne), le centre de détention de Mauzac (Dordogne) et le centre pénitentiaire d'Orléans-Saran (Centre Val-de-Loire). Le choix de ces lieux de recueil s'est fait par *(i)* nécessité de recueillir les données dans des établissements variés, *(ii)* connaissance du réseau de professionnels intéressés pour accueillir des recherches, *(iii)* en dehors des lieux d'exercice de l'évaluateur principal et *(iv)* dans des établissements fléchés pour AICS[7]. Pour l'ensemble de ces établissements, une autorisation du chef d'établissement pénitentiaire et du chef de service de l'unité de soins psychiatriques (niveau 1 et niveau 2) ont été recueillies. Une fois les équipes de soins informées du but, des critères d'inclusion des patients et du déroulé de l'étude, celles-ci proposaient de potentiels participants. Après une première rencontre d'explication de l'étude au participant, un second rendez-vous permettait de faire signer la feuille de consentement et de répondre aux éventuelles questions.

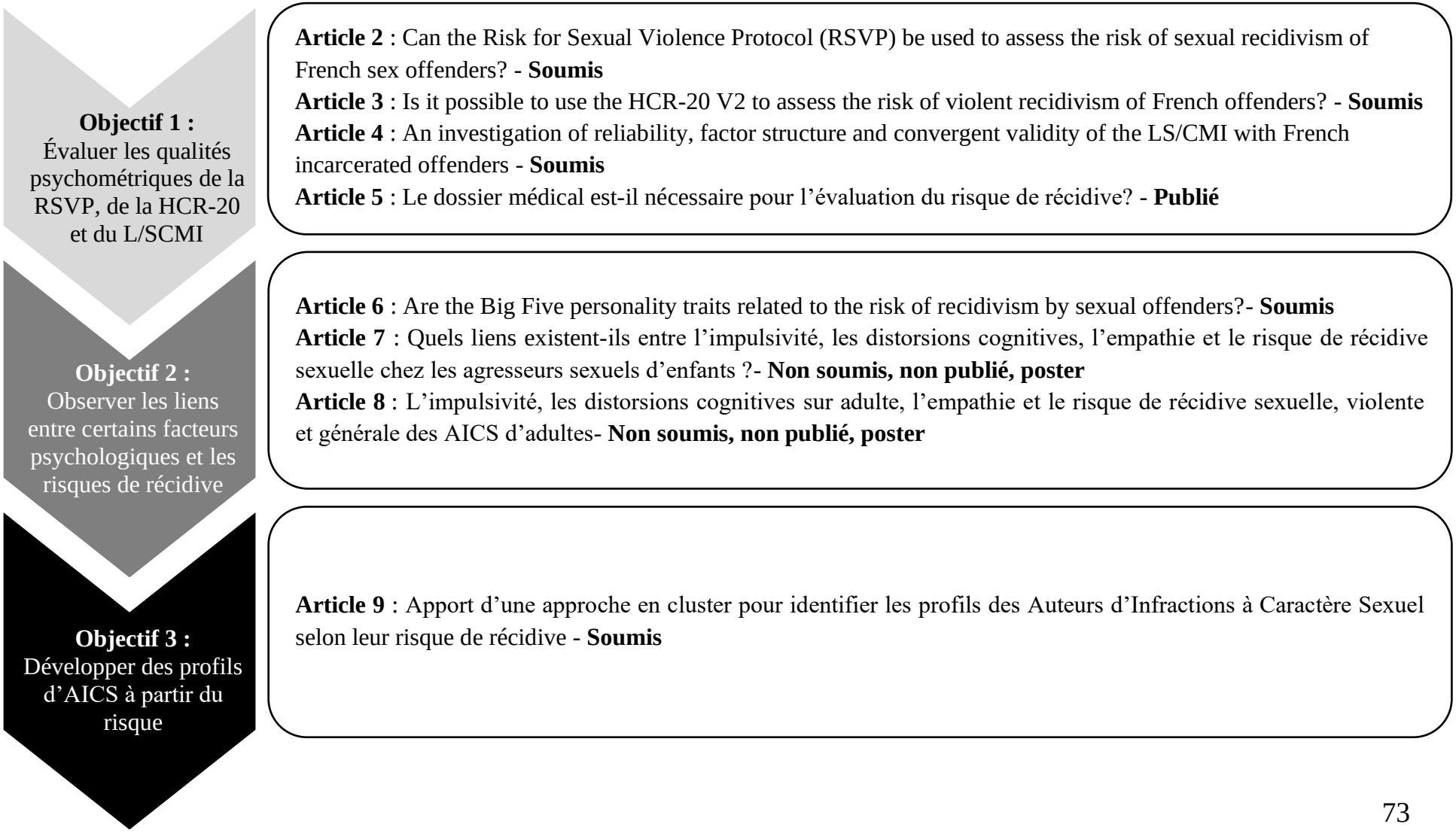
[7] Ministère de la santé, circulaire N°DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356 du 08 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

Les critères d'inclusion des participants étaient : *(i)* être un homme majeur, *(ii)* être actuellement condamné pour des faits de violence et *(iii)* parler le français. Les critères d'exclusion étaient : *(i)* être prévenu (par souci du respect de la présomption d'innocence) et *(ii)* être atteint d'une pathologie psychiatrique entrainant une incapacité à s'exprimer ou présenter des troubles cognitifs sévères.

Le protocole, commun à deux thèses (partagé avec la thèse d'une doctorante de l'université d'Angers portant sur *la neuropsychologie des AICS*), a été réalisé par deux évaluateurs principaux. Premièrement, chaque participant passait un entretien semi-structuré auprès de l'évaluateur 1 (d'une durée moyenne de 1h30), puis la passation pour chaque participant des échelles auto-rapportées de personnalité, de distorsions cognitives et troubles psychiatriques (d'une durée de 45mn). L'évaluateur 1 consultait ensuite les dossiers médicaux de chaque participant pour compléter ou confirmer les propos relevés durant l'entretien (durée moyenne de 30mn par dossier). Ces informations ont permis la cotation des quatre échelles de risque (durée moyenne de 30mn pour les 4 échelles). Deuxièmement, chaque participait remplissait des tests neuropsychologiques (utiles pour la thèse de l'Université d'Angers) et des auto-questionnaires d'empathie, d'impulsivité et de désirabilité sociale accompagné par l'évaluateur 2. Ces rencontres ont parfois été réalisées en plusieurs entretien pour des raisons liées à la détention (autres activités auxquelles le détenu devait se rendre, horaires restreints de consultation, blocage des mouvements au sein de la détention, …). Malheureusement, l'évaluateur 2 a arrêté prématurément son recueil, ce qui explique la présence de données manquantes pour les tests d'empathie, d'impulsivité et de désirabilité sociale.

*3.3. Plan d'organisation des articles*

*Figure 3 : Liste des objectifs et articles de l'étude actuelle*



# Chapitre 4 : Articles scientifiques

L'ensemble des résultats de ce travail sera présenté sous forme d'articles.

## *4.1. Validation des qualités psychométriques des échelles de risque*

Cette première partie empirique (répondant à l'objectif 1) se penchera, à l'aide de trois articles, sur la validation des qualités psychométriques des trois échelles de risque choisies. Il se terminera par un article s'intéressant à l'impact des sources d'informations permettant de coter les échelles.

4.1.1. *Validation des qualités psychométriques de la RSVP*

## Article 2: Can the Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP) be used to assess the risk of sexual recidivism of French sex offenders?

**Article soumis dans International Journal of Law and Psychiatry**

Ingrid Bertsch[1,2,4], Claire Ducro[3,4], Christian Réveillère[1], Pierre Horrach[5], Baptiste Oriez[5], Juliette Pfender[5], Charlotte Demonté[5], Marie Aeby[5], Justine Merey[5], Loetissia Ronzei[5], Robert Courtois[1,2] et Thierry H. Pham[3,6]

[1] University of Tours, Department of Psychology, EE 1901 Qualipsy (Quality of life and psychological health), 37000 Tours, France.

[2] Centre Val de Loire Resource centers for professionals working with sex, University hospital center of Tours, 37000 Tours, France

[3] Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, 7500 Tournai, Belgium.

[4] DEEP team, UMR CNRS 9193 SCALab, University of Lille, 59653 Villeneuve d'Ascq, France.

[5] Care Facility for Perpetrators of Sexual Violence, Toul Detention Centre, 804 Rue Maréchal Lyautey, 54200 Toul, France.

[6] University of Mons-Hainaut, Department of Forensic Psychology, 7000 Mons, Belgium.

Abstract

Introduction: The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP) is one of the best-known scales for assessing the risk of recidivism of sexual offenders. Although widely used, the RSVP is the subject of very little published research. In France, the lack of data confirming its psychometric qualities may hinder its use by professionals. The aim of our study is to test the psychometric qualities of the RSVP on a population of convicted French sexual offenders.

Method: The RSVP, Static-2002, HCR-20 and LS/CMI were administered to 86 sexual offenders. We evaluated the reliability, internal consistency and validity of the RSVP and conducted an exploratory factor analysis.

Results/Discussion: The results show that the RSVP has good reliability and internal consistency. For convergent validity, we found moderate correlations between the Static 2002 and the RSVP and moderate to good correlations between the HCR-20 and the LS/CMI. Offences of assault and battery, theft and sexual assault correlated with the total RSVP score. Finally, three factor analyses (of items rated for past presence, recent presence and future relevance) highlight two factors (general delinquency and sexual delinquency) explaining between 26.60% and 39.69% of the variance. All these results are discussed in relation to the international literature.

Conclusion: This study confirms the psychometric qualities of the RSVP with a sample of French sexual offenders. It shows that the RSVP is a useful tool for the management of sexual offenders by providing objective and clinical data to help understand the individual's difficulties and set up appropriate care strategies.

*Key-words*: RSVP, assessment, recidivism, risk, sexual offenders.

## 1. Introduction

Advances in the assessment of the recidivism risk of sexual offenders has led to the increasingly systematic use of structured scales (Otto & Douglas, 2010). Several types currently exist: *(i)* actuarial scales, which assign points to static factors providing a numerical score of the risk of recidivism (Heilbrun et al., 2010), such as the Static-2002 (Hanson & Thornton, 2003); *(ii)* integrated professional judgment scales, which provide risk assessment and an intervention plan (Andrews et al., 2006), such as the Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI, Andrews et al., 2004), and *(iii)* Structured Professional Judgment models (SPJ), which assess risk by incorporating factors weighted by the assessor according to his/her observations (Guay & de Vries Robbé, 2017), such as the Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP, Hart et al., 2003).

The RSVP is one of the best known SPJ scales and has been translated into many languages (Hart & Boer, 2010). Its aims are: *(i)* to assess the risk of recidivism of sexual offenders, *(ii)* to generate risk scenarios, and *(iii)* to adapt management to the particular offender (Hart, Kropp, et al., 2003; Sea & Hart, 2020). The RSVP can be used with adult men with a known or suspected history of sexual offence. It is effective in assessing the risk of sexual violence for new charges and convictions (Darjee et al., 2016) and over the long term (Vargen et al., 2020).

The RSVP is derived from the first sexual recidivism risk assessment tool, the Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; D. P. Boer et al., 1997). The SVR-20 consists of 20 items divided into 3 domains: *(i)* psychosocial adjustment (e.g., victim of child abuse, sexual deviation), *(ii)* history of sexual offences (e.g., high density, multiple types), and *(iii)* future plans (e.g., lack of realistic plans, negative attitude towards intervention; Otto & Douglas, 2010). The RSVP and SVR-20 are similar in form and content (Ducro & Pham, 2014; Vargen et al., 2020). The RSVP is composed of 22 items divided into 5 domains: *(i)* history of sexual violence (e.g.,

chronicity of sexual violence, diversity of sexual violence), *(ii)* psychological adjustment (e.g., attitude that supports sexual violence, problems with stress or coping), *(iii)* mental disorder (e.g., sexual deviance, major mental illness), *(iv)* social adjustment (e.g., problems with employment, nonsexual criminality), and *(v)* manageability (e.g., problems with treatment or supervision). Each item is rated according to its presence in the past (Past), its recent presence (Recent), and its future relevance (Relevance). The aim of the RSVP is not to provide a quantitative rating of recidivism risk for clinical purposes (Hart, Kropp, et al., 2003), but it is possible to rate each item for research purposes (Jones et al., 2016).

The RSVP presents the advantages of SPJ tools: it is based *(i)* on a broad range of risk factors, *(ii)* on risk factors selected through a rigorous literature review (Hart, Kropp, et al., 2003), and *(iii)* on factors that have been tested for relevance. But it also has the particular advantage of focusing on management by helping professionals anticipate the recurrence of a sexual offence (Ducro & Pham, 2014; Hart & Boer, 2010). To this end, it provides a framework for formulating the risk of violence and structured management plans based on risk scenarios (Vargen et al., 2020). Analysis of the accounts of 31 criminal justice professionals in south-east Scotland using the RSVP revealed the following characteristics of the tool: *(i)* informing risk management, *(ii)* confirming known risk factors and giving them weight, *(iii)* understanding the personality of the offender, *(iv)* adapting treatment, and *(v)* understanding the usefulness and limitations of risk assessment (Judge et al., 2014). Professionals wishing to use the RSVP should have a sound knowledge of mental disorders and sexual violence (D. P. Boer et al., 2017), be trained in clinical interviewing (Otto & Douglas, 2010) and in the use of this scale (Hart, Kropp, et al., 2003).

Although widely used in practice, the RSVP has only rarely been the subject of published, peer-reviewed work using interviews with those evaluated (Darjee et al., 2016; Jones et al., 2016; Vargen et al., 2020). The few studies that have been conducted, whose

results have generally been reported at conferences, show that the RSVP has good psychometric qualities, with excellent inter-rater reliability, assessed using Intra-Class Correlation Coefficient Indices (ICC) (Darjee et al., 2016; Hart, Kropp, et al., 2003; Vargen et al., 2020; Watt et al., 2006; Watt & Jackson, 2008), good predictive qualities (Hart & Jackson, 2008), and good concurrent validity with other sexual recidivism risk assessment tools such as the Static-99 (Hanson & Thornton, 1999), an actuarial sexual recidivism risk assessment scale (K. Jackson et al., 2008; Klaver et al., 2002; Kropp, 2001; Watt et al., 2006).

Studies using the RSVP with French sexual offenders are very rare, and few of them highlight its psychometric qualities with this population, which makes professionals reluctant to use it. Ducro' study (2009) of 84 French sexual offenders showed first that detained sexual offenders presented a higher level of risk than non-detainees, and secondly that the RSVP had acceptable concurrent validity with other tools assessing the risk of sexual recidivism, particularly actuarial tools such as the Static-99. The aim of the present study is to test the psychometric qualities of the RSVP with a population of detained sexual offenders in France. We focus on inter-rater reliability, internal consistency, concurrent validity and the psychometric qualities at work in the use of the RSVP. Finally, the RSVP was designed for clinical and not statistical purposes. We conducted three factor analyses (items rated for their presence in the Past, Recent presence and future Relevance) with the aim of providing a tool comprising simplified and reliable dimensions for research.

## 2. Method

### 2.1. Participants

The sample comprised 86 adult males detained in four French jails. Their average age was 45.7 years (SD: 11.0; range: 19-76). All the participants had been convicted of acts of sexual violence, with or without other offences. They had previously committed an average of

1.50 offences (SD: 0.65; 1-4) including: *(i)* sexual offences (rape, sexual assault and exhibitionism), and/or *(ii)* violent offences (homicide, assault and battery, kidnapping/sequestration and arson), and/or *(iii)* non-violent offences (simple and aggravated theft, drug offences and possession of weapons). In this sample, 27 participants (31%) had sexually assaulted adults and 59 (69%) had sexually assaulted children. Among the latter, 51 participants (75%) had assaulted family members. Participants had an average of 10.02 years of education (2.6; 1-15), which corresponds to a Brevet d'Etudes Professionnelles (vocational school diploma, 10th grade). They had been sentenced to an average of 132 months in prison (SD 68.8; 1-360) and had served an average of 61.09 months at the time of data collection (SD: 52,2; 1-384).

2.2. Tools

The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP; Hart et al., 2003) is a structured guide for the assessment and management of the risk of sexual recidivism. The French version was translated by Pham and Michaux (UMons). For this study, a quantitative scoring method was applied to each item (0 no evidence, 1 partial evidence, 2 definite evidence) in order to obtain a total score and a score for each subscale (Jones et al., 2016; Vargen et al., 2020). Item 12, "psychopathy", was omitted as it requires objective data (e.g. the Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R; Hare, 2003) that was not available in the participants' records.

The Static-2002 (Hanson & Thornton, 2003a) is an actuarial scale for assessing the sexual recidivism risk of adult male sexual offenders. The French version was translated and validated by Ducro (CRDS). It has 14 items, all of which are static. It provides a total risk score, risk levels, and 5 risk domains: *(i)* age, *(ii)* persistence of sexual offending, *(iii)* deviant sexual interest, *(iv)* relationship to victim, and *(v)* general criminality.

The Historical, Clinical and Risk Management Scale 20 - version 2 (HCR-20; Webster et al., 1997) is used to predict and manage the risk of violent recidivism. The French version

was translated by T.H. Pham with the collaboration of the Philippe Pinel Institute and validated by Claix & Pham (2004). It is composed of 20 items divided into 3 sub-scales: *(i)* Historical items (e.g., previous violence), *(ii)* Clinical items (e.g., poor introspection) and *(iii)* Risk management items (e.g., exit stress). Each item was scored quantitatively (0=no evidence, 1=partial evidence, 2=definite evidence) in order to obtain a total score and a score for each subscale (Claix & Pham, 2004).

The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI; Andrews et al., 2004) assess recidivism risk and thus manage the general recidivism risk and reintegration capacity of offenders. The French version was translated and validated by Guay (2016). The LS/CMI consists of 11 sections. Section 1 (the only one used in this study) assesses 8 areas related to recidivism: "Criminal history", " Education and employment ", "Family and marital", "Leisure and recreational activities", "Companions", "Drug or alcohol problems", "Pro-criminal attitudes or orientation" and "Antisocial pattern". Each item was rated quantitively, either 0 (no evidence) or 1 (presence of evidence) yielding a score for each of the 8 domains and a total overall score.

2.3. Procedure

This study was conducted between March 2018 and February 2020 in the psychiatric care facilities of four French prisons. Once the healthcare teams were informed of the goal, the patient inclusion criteria and the study process, they suggested that the evaluators meet with potential participants. After a first meeting with the participant explaining the study, a second meeting allowed them to sign the consent sheet and answer any questions. The inclusion criteria for participants were: *(i)* to be an adult, *(ii)* to be currently convicted of having committed acts of sexual violence and *(iii)* to speak French. The exclusion criteria were: (*i)* to be over 70 years old, *(ii)* to be warned and *(iii)* to have a psychiatric pathology leading to an inability to express oneself or severe cognitive impairment. First, the main

evaluator conducted semi-structured interviews with the participants, designed to enable each risk scale to be scored in line with the tool's guidelines. The evaluator then consulted the participants' medical records in order to complete or modify the knowledge obtained through the semi-structured interviews. The evaluator had been trained to use all these tools with approved trainers (C. Ducro for RSVP, T. H. Pham for Static-2002, HCR-20 and J. P. Guay for LS/CMI). For inter-rater reliability, a double-blind scoring was carried out by a second assessor, also trained in the use of the RSVP, Static-2002, HCR-20 and LS/CMI scales with approved trainers, from the data collected by the main assessor. The inter-rater reliability assessment was carried out for 47 participants (55%) for RSVP, 7 participants (8%) for Static-2002, HCR and LS/CMI.

2.4. Data analysis

All the results were analyzed using SPSS© IBM© version 25. As our sample was not normally distributed, we used non-parametric tests. The internal consistency was calculated using Cronbach's alpha, with the following thresholds: questionable at <.60, acceptable at <.70, good at <.80, and excellent at <.90 (George & Mallery, 2003). Inter-rater reliability was assessed using intra-class correlation indices (ICC), which are considered poor when >.50, moderate between .50 and .75, good between .75 and .90, and excellent at <.90 (Koo & Li, 2016). According to Koo & Li (2016) two-way mixed-effects model with absolute-agreement and k means measures is the model of choice for our study. The relationships between RSVP scores and the types of offences committed were analyzed using point-biserial correlation coefficients. The correlations between RSVP scores and the total Static-2002 score were assessed using Spearman's correlations, which are considered to be non-existent below .10, low between .10 and .39, moderate between .40 and .69, high between .70 and .89, and very high between .90 and 1 (Schober et al., 2018). Finally, to assess the possibility of factorial structuring of the RSVP and to respect its temporal logic, we conducted three exploratory

factor analyses of the items: *(i)* presence in the past, *(ii)* recent presence, and *(iii)* future relevance. All were conducted using principal components analysis (PCA), followed by the Bartlett test and the KMO index. We used Cattell's test to determine the number of factors to be retained, and Varimax rotation to maximize variance. The items included in each of the factors had an absolute value greater than .40 (Stevens, 1992).

## 3. Results

### 3.1. Descriptive results

Table 4 summarizes the average scores obtained on risk scales. Average total scores were 48.57 (SD: 15.77; range: 15-80) for the RSVP, 3.08 (SD: 2.17; 0-10) for the Static-2002, 13.41 (6.66; 2-17) for HCR-20 and 15.64 (6.41; 4-33) for LS/CMI.

*Table 4: Average scores of RSVP, Static-2002, HCR-20 and LS/CMI*

| | **Mean** | **SD** | **Median** | **Maximum** | **Minimum** |
|---|---|---|---|---|---|
| **RSVP** (n=86) | | | | | |
| **Total Score** | **48.57** | **15.77** | **48** | **15** | **80** |
| Total-Past items | 19.13 | 6.39 | 19 | 5 | 34 |
| Total-Recent items | 14.37 | 6.19 | 13 | 2 | 29 |
| Total- Relevance items | 15.07 | 5.25 | 15 | 2 | 25 |
| History of sexual violence | 5.76 | 3.44 | 5 | 0 | 15 |
| Psychological adjustment | 15.48 | 5.52 | 15 | 3 | 30 |
| Mental disorder | 9.81 | 4.61 | 9 | 1 | 23 |
| Social adjustment | 11.57 | 5.56 | 10.5 | 0 | 23 |
| Manageability | 5.95 | 4.23 | 6 | 0 | 17 |
| | | | | | |
| **Static-2002** (n=85) | | | | | |
| **Total Score** | **3.08** | **2.17** | **3** | **0** | **10** |
| Age | .84 | .83 | 1 | 0 | 3 |
| Persistence of sexual offending | .44 | .79 | 0 | 0 | 3 |
| Deviant sexual interest | .35 | .65 | 0 | 0 | 3 |
| Relationship to victim | .52 | .59 | 0 | 0 | 2 |
| General criminality | .95 | .91 | 1 | 0 | 3 |
| **HCR-20** (n=86) | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Total Score** | **13.41** | **6.66** | **12** | **2** | **27** |
| Historical | 6.57 | 4.38 | 6 | 0 | 16 |
| Clinical | 2.94 | 2.00 | 3 | 0 | 8 |
| Risk | 3.87 | 2.03 | 4 | 0 | 9 |
| **LS/CMI** (n=86) | | | | | |
| **Total Score** | **15.64** | **6.41** | **15.50** | **4** | **33** |
| Criminal history | 3.49 | 1.91 | 3 | 0 | 8 |
| Education and Employment | 3.05 | 2.38 | 2 | 0 | 13 |
| Family/marital | 2.26 | 1.62 | 2 | 0 | 13 |
| Leisure and Recreational Activities | 0.73 | 0.76 | 1 | 0 | 2 |
| Companions | 2.76 | 0.83 | 3 | 0 | 4 |
| Drug or alcohol problems | 1.19 | 1.68 | 1 | 0 | 8 |
| Pro-criminal attitude or orientation | 1.16 | 0.95 | 1 | 0 | 4 |
| Antisocial pattern | 1.01 | 0.99 | 1 | 0 | 3 |

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol

3.2. Reliability and internal consistency

Table 5 summarizes all the results of inter-rater reliability and internal consistency of the RSVP. Inter-rater reliability was excellent for the total score (ICC=.95), the total Past score (ICC=.93), total Recent score (ICC=.90) and good for total Relevance score (ICC=.86). The inter-rater reliability was excellent for the total Static 2002 score (ICC=.92), good for HCR-20 score (ICC=.82) and for LS/CMI score (ICC=.88). The internal consistency of the RSVP was acceptable to good for the total score (α=.87), the total Past score (α=.67), the total Recent score (α=.72) and the total Relevance score (α=.68).

*Table 5: Inter-rater reliability and internal consistency of the RSVP*

| | **Intra-group Index (ICC)** (n=47) | **Internal consistency (α)** (n=86) |
|---|---|---|
| | Mean measures | |
| **RSVP Total Score** | .95 | .87 |
| Total-Past items | .93 | .67 |

| | | |
|---|---|---|
| Total-Recent items | .90 | .72 |
| Total- Relevance items | .86 | .68 |
| History of sexual violence | .81 | .45 |
| History of sexual violence – Past items | - | .60 |
| History of sexual violence – Recent items | - | .32 |
| History of sexual violence – Relevance items | - | .14 |
| Psychological adjustment | .89 | .75 |
| Mental disorder | .85 | .74 |
| Social adjustment | .95 | .81 |
| Manageability | .90 | .73 |
| **Static Total Score** (n=6) | .92 | - |
| **HCR-20 Total Score** (n=7) | .82 | - |
| **LS/CMI Total Score** (n=7) | .88 | - |

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol

3.3. Convergent validity

Table 6 summarizes all the correlations observed between the RSVP and Static-2002, HCR-20 and LS/CMI. The total Static-2002 score was moderately and positively correlated with the RSVP total score (ρ=.45; $p < .01$), and all RSVP domains except "Psychological adjustment" (ρ=.11; ns). The Total RSVP score was highly correlated with the HCR-20 total score (ρ=.80; $p < .01$) and the LS/CMI total score (ρ=.75; $p < .01$)

*Table 6: Correlations between total Static-2002 score and total and subscale scores of the RSVP, the HCR-20 and the LS/CMI*

| | **Static-2002** | **HCR-20** | **LS/CMI** |
|---|---|---|---|
| | Total scores | | |
| | Spearman's Correlations (Spearman's Rho) | | |
| **RSVP** | | | |
| **Total Score** | .45** | .80** | .75** |
| Total-Past items | .57** | .69** | .63** |
| Total-Recent items | .29** | .71** | .73** |
| Total- Relevance items | .35** | .75** | .67** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| History of sexual violence | .36** | -.01 | .05 |
| Psychological adjustment | .11 | .40** | .37** |
| Mental disorder | .34** | .66** | .58** |
| Social adjustment | .35** | .78** | .75** |
| Manageability | .34** | .75** | .66** |

*$p$<.05; **$p$<.01

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol

3.4. Correlations between RSVP scores and types of offences committed

Table 7 details the point-biserial correlations between RSVP scores and types of offences committed by the participants. The total RSVP score was positively correlated with non-violent offences (ρ=.26; $p$ < .05) and negatively correlated with sexual offences alone (ρ=-.25; $p$ < .05).

*Table 7: Correlation coefficients between RSVP and type of offence*

| **RSVP** | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **n=** | **Total score** | **Total-Past items** | **Total-Recent items** | **Total-Relevance items** | **History of sexual violence** | **Psychological adjustment** | **Mental disorder** | **Social adjustment** | **Manageability** |
| Sexual offences only | 65 | -.25* | -.11 | -.37** | -.19 | .09 | -.17 | -.17 | -.37** | -.17 |
| Sexual and violent offences | 16 | .12 | -.03 | .25* | .08 | -.07 | .19 | .00 | .23* | .03 |
| Sexual offences and non-violent offences | 5 | .26* | .26* | .26* | .21 | -.05 | .01 | .32** | .29** | .25* |

*$p < .05$; **$p < .01$

*Note*. RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol

3.5. Factor analysis

For Past items, factor analysis was conducted using the Bartlett test ($p$<.001) and the KMO (.63). The results show a three-factor model, with a "General delinquency" factor (16.47% of the variance; α=.76), a "Sexual delinquency" factor (15.38% of the variance; α=.75) and a "Psychological vulnerability" factor (7.38% of the variance; α=.25); the first two factors are interpretable. This model explains 39.69% of the variance (α=.56). For the sake of clarity, only details of the factor analysis of past items are provided in Table 8.

For Recent items, factor analysis was conducted using the Bartlett test (p<.001) and the KMO (.63). The results show a two-factor model, with a "General delinquency and psychological vulnerability" factor (18.80% of the variance; α=.78), and a "Sexual delinquency" factor (8.80% of the variance; α=.41). This model explains 27.60% of the variance (α=.71).

Finally, for Relevance items, factor analysis was conducted using Bartlett's test (p < .001) and the KMO (.59). The results show a three-factor model, with two interpretable factors. The first factor (16.16% of the variance; α=.74), comprising items related to social adjustment and management and also to psychological disorder, appears less well-defined and is difficult to label. The other factors are "Sexual delinquency" (12.06% of the variance; α=.60) and "Psychological vulnerability" (8.03% of the variance; α=.21). This model explains 36.52% of the variance (α=.62).

*Table 8: Exploratory factor analysis of the RSVP Past items*

| | **"General delinquency" factor** | **"Sexual delinquency" factor** | **"Psychological vulnerability" factor** |
|---|---|---|---|
| Item 18 Employment | .80 | | |
| Item 19 Non-Sexual Criminality | .77 | | |
| Item 20 Planning | .70 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Item 5 Psychological coercion | -.50 | | |
| Item 13 Mental disorder | .46 | | |
| Item 14 Substance use problem | .55 | | |
| Item 1 Chronicity of sexual violence | | .76 | |
| Item 2 Diversity of sexual violence | | .76 | |
| Item 3 Escalation of sexual violence | | .83 | |
| Item 6 Minimization | | .58 | |
| Item 7 Attitude that supports sexual violence | | .43 | |
| Item 11 Sexual deviance | | .57 | .48 |
| Item 21 Treatment | | | -.62 |
| Item 22 Sexual abuse in childhood | | | .57 |
| Item 22 Supervision | .39 | .38 | -.24 |
| Item 15 Ideas of violence or suicide | .37 | .10 | .06 |
| Item 16 Intimate relationship problems | .30 | .15 | .22 |
| Item 17 Non-intimate relationship problems | .32 | -.05 | .25 |
| Item 4 Physical coercion | .26 | .30 | -.31 |
| Item 8 Self-awareness | .28 | .24 | -.28 |
| Item 9 Stress | .29 | .19 | .18 |
| Cronbach's Alpha coefficients | .76 | .75 | .26 |
| **Explained variance (%)** | **16.47%** | **15.38%** | **7.38%** |
| KMO Index | .63 | | |
| Df | 210 | | |
| Bartlett's coefficient | $p<.001$ | | |
| $Chi^2$ | 529.47 | | |

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol

## 4. Discussion

The aim of this study was to test the psychometric qualities of the RSVP with a sample of French prisoners. The results show acceptable inter-rater reliability, internal consistency and concurrent validity. Main correlations are observed between the total score and certain domains of the RSVP and the presence of violent and non-violent offences associated with sexual assault. Finally, three factor analyses were conducted on items

concerning their presence in the past, recent presence and future relevance. Factor analysis of past and recent items revealed two interpretable factors: “general delinquency” and “sexual delinquency”.

The inter-rater reliability of our study, assessed using ICC, is good to excellent for the total RSVP score, and for Past, Recent and Relevance total scores, and all risk domains. These results are consistent with a study of 100 sexual offenders in Canada who successfully completed an outpatient sexual offending program, which found very high inter-rater reliability (with two independent assessors) for the total score (ICC1=.93; Vargen et al., 2020). Several studies, using the English version of the RSVP, found excellent inter-rater reliability for total Past scores (ICC1=.99 for the studies by Hart et al., 2003 and Watt et al., 2006; ICC1=.95 for the study by Watt & Jackson, 2008 ; for total Recent scores (ICC=.96 for the studies by Hart et al., 2003 and Watt et al., 2006; ICC=.85 for the study by Watt & Jackson, 2008, and for Relevance scores (ICC=.98 in the study by Watt et al., 2006; ICC=.91 in Watt & Jackson' study, 2008). Finally, good to excellent correlations have also been found for risk domains (ICC1=.90 for “History of Sexual Violence”, ICC1=.75 for “Psychological Adjustment”, ICC1=.82 for “Social Adjustment”, and ICC1=.92 for “Manageability”; Vargen et al., 2020). Finally, the inter-rater reliability of “Total-relevant items” are slightly low. Relevant risk factors are always more difficult to assess because they involve predicting outcomes, requiring greater interpretation (Belfrage, 1998; Claix & Pham, 2004). This leads to a greater risk of differences in scoring.

The internal consistency is acceptable to good for the total score and all the domains except “History of sexual violence”, which has the lowest internal consistency. To our knowledge, no study has investigated the internal consistency of the RSVP. “History of sexual violence” is the domain with the greatest number of static, judicial and past elements. Its internal consistency is acceptable for Past items, but is lower for Recent and especially

Relevance items. In France, it is difficult for health personnel to consult criminal records, drawn up by legal professionals, due to professional secrecy (Décret N°99-276, 1999). For "History of sexual violence", it was possible to complete the Past items, because some health documents mention the participants' criminal history (especially psychiatric reports), but no documents were accessible for Recent and Relevance items due to professional secrecy. Finally, consistency was lowest for items evaluated on the basis of relevant, subjective (based on the evaluator's view) and disparate data (Belfrage, 1998; Claix & Pham, 2004).

The concurrent validity between the RSVP and the Static-2002 shows average to good correlations. North American and Korean work using an earlier version of the Static (Static-99; Hanson & Thornton, 1999) shows similar to superior results for the total RSVP score ($r$=.51 for the study by Vargen et al., 2020; $r$=.53 for the study by Sea & Hart, 2020). In a study of 50 sexual offenders, monitored in the community, correlations between RSVP and Static-2002 were identical to our results for all Past items ($r$=.73), but were higher for Recent items ($r$=.69; Watt et al., 2006). Finally, a study of 84 detained French sexual offenders found slightly lower correlations between the RSVP and Static-99 for "History of Sexual Violence" ($r$=.09), "Mental Disorder" ($r$=.28), "Social Adjustment" ($r$=.33) and "Manageability" ($r$=.24) (Ducro, 2009). In our sample, only "Psychological Adjustment" is not correlated with the total score of the Static-2002. The Static-2002 is composed of items that do not change over time and focus on the past, unlike the "Psychological Adjustment" domain, which is composed of dynamic and changing clinical items (Brouillette-Alarie & Hanson, 2015; Hanson & Morton-Bourgon, 2009). Links between the RSVP and the HCR-20 and the LS/CMI are high to very high with total scores and good for subtest scores, with the exception of "History of sexual violence" subscale. Unlike the HCR-20 and the LS/CMI are not designed to assess the risk of sexual recidivism. The prediction of sexual, violent and general risk is based on similar factors (e.g. antisocial lifestyle) but also on specific factors (e.g.

sexual deviance) that do not appear in the HCR-20 and the LS/CMI (Brouillette-Alarie & Proulx, 2018; Doren, 2004).

Our study found links between RSVP scores and the type of offence in the current conviction. Moderate but positive correlations were observed: *(i)* between the total score, the Past total score and the Recent total score on the RSVP and the occurrence of non-violent offences in addition to sexual violence; *(ii)* between the Recent total score and the occurrence of violent offences in addition to sexual violence. A moderate and negative correlation was observed between the total score and the Recent score and the occurrence of sexual offences only. The correlations between the RSVP and violent and non-violent offences associated with the sexual violence are not surprising. An antisocial lifestyle, and in particular convictions for non-sexual violence and a multiplicity of transgressive behaviors are known risk factors for sexual recidivism (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017). The negative correlations between RSVP and the offence of sexual assault may seem surprising and can probably be explained by the profile of the participants in our study, who were mainly intra-familial child molesters, and the type of offences predicted by the RSVP. Van Nieuwenhuizen (2004) found that RSVP scores were higher among adult than child sexual offenders. Moreover, intra-familial child abusers are less likely to have antisocial profiles and to be negatively influenced by peers, and have less history of offending (Seto et al., 2015). Darjee et al. (2016) found that the total RSVP score was mostly correlated with new charges or convictions for serious sexual offences (such as rape or sexual homicide). As sexual assault was considered less serious, it was negatively related to the total RSVP score. We can therefore assume that *(i)* the positive links between the RSVP and non-sexual violent acts, and *(ii)* the negative links with sexual assault are due to the fact that the RSVP is more effective in assessing the risk of recidivism of sexual offenders with more antisocial profiles (having committed several offences) and who have committed serious sexual violence.

The RSVP is based on a practical logic. Items are grouped on the basis of an approach that is *(i)* empirical and theoretical (leading to the 5 sub-domains) and *(ii)* temporal (past, present and future) (Hart, Kropp, et al., 2003). An exploratory factor analysis makes it possible to simplify a tool by reducing the number of its component dimensions and to highlight the latent structure of the data by proposing dimensions bringing together similar items. A factor analysis of the RSVP could provide elements for a new version of the tool composed of simplified and reliable dimensions, useful for future research. Factor analyses of Past and Recent items seem to highlight two interpretable factors: “General delinquency” and “Sexual delinquency”. A third factor could be psychological vulnerability, but it has poor internal consistency (for the factor analyses of Past and Relevance items), or reinforces the General Delinquency factor (for the factor analysis of Recent items). These results seem to be in line with many studies analyzing the factor structure of static risk scales (Brouillette-Alarie & Hanson, 2015). Doren's model (2004) postulates that two major families of factors predict the recidivism of sexual offenders: *(i)* those of a sexual nature (e.g., sexual deviancy, attitude supporting sexual coercion), and *(ii)* those related to general delinquency/psychopathy (e.g., convictions for non-sexual violent offences, instability in employment) (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017; Doren, 2004). The fewer number of items making up the third factor may explain its lower internal consistency (Belfrage, 1998; Cortina, 1993). On the other hand, the factor analysis of Relevance items seems more complex and does not define the two factors discussed as clearly. As already mentioned, Relevance items are subject to more interpretation by the assessor (Belfrage, 1998; Claix & Pham, 2004). In this study, these items have less reliable psychometric qualities, which may have influenced the quality of the factor analysis. Further analysis is necessary to explore this issue in greater depth.

This study has some limitations. Detainees are not in a situation of major risk of recidivism. Use of the RSVP requires comprehensive information about the participant, both

quantitative and qualitative. The fact that the data were collected by a researcher and not by a professional known to the participant (leading to less cooperation, greater distrust, etc.) may have had an impact on the data collection. The factor analyses were carried out on the basis of a relatively small sample (n=86) in accordance with the usual standards, and caution is needed when generalizing the results to the prison population as a whole. Item 12, “psychopathy”, was not rated because no assessment of psychopathy was possible. Finally, due to the short time scale of the study, it was not possible to assess predictive validity.

Studies on RSVP, particularly those using empirical data and not just sexual offenders’ records, are rare (Sutherland et al., 2012; Vargen et al., 2020). Despite its limitations, this study shows that the RSVP has good psychometric qualities, in line with the international literature. It also produced an exploratory factor model. In France, the use of structured recidivism risk scales is rare or highly criticized. French professionals often see structured risk assessment as inevitably rigid, centered on past and negative factors, considering neither the dynamic clinical elements of the person nor any change in his/her situation, and providing no interest for management (Gravier, et al., 2012; Guay et al., 2015). However, the RSVP provides objective and clinical data that can help understand the sexual offenders’ difficulties and suggest relevant management strategies. Further work is needed: *(i)* to confirm the psychometric qualities of this tool (with a population of non-detained sexual offenders suffering from psychiatric disorders) and *(ii)* to assess other psychometric qualities such as predictive validity. Finally, work is needed to assess the role of the RSVP within a more global clinical evaluation.

4.1.2. *Validation des qualités psychométriques de la HCR-20*

## Article 3: Is it possible to use the HCR-20 V2 to assess the risk of violent recidivism of French offenders?

**Article soumis dans Forensic Sciences and Research**

Ingrid Bertsch[1,2,3], Robert Courtois[1,2], Elodie Gallard[4], Christian Réveillère[1] and Thierry H. Pham[3,5]

[1] University of Tours, Department of Psychology, EE 1901 Qualipsy (Quality of life and psychological health), 37000 Tours, France.

[2] Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles Centre Val-de-Loire, CHRU de Tours, 37000 Tours, France

[3] Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, 7500 Tournai, Belgium.

[4] Detention Center of Mauzac, Sanitary Unit, la Sablière, 24150 Mauzac-et-Grand-Castang, France

[5] University of Mons-Hainaut, Department of Forensic Psychology, 7000 Mons, Belgium

Summary

Introduction: The Historical-Clinical-Risk Management Scale 20 is a structured tool to assess the risk of violence and assist in its management. French professionals are reluctant to use it because only a few studies have shown its psychometric qualities with French samples. The objective of this study is to test the psychometric qualities of the HCR-20 with samples of violent detainees in France.

Method: The HCR-20 and LS/CMI were administered to 128 violent offenders with an average age of 44.16 years [12.3]. We evaluated the reliability, internal consistency and validity of the HCR-20 and conducted an exploratory factor analysis.

Results-Discussion: The results show that the HCR-20 has good psychometric qualities with a sample of French prisoners. Only the Risk ‘domain presents weak results due to the data collection locations and the participants’ age. Correlations were observed between certain factors. The exploratory factor analysis shows four factors explaining 44% of the variance.

Conclusion: The continuation of this work will enable French professionals to use sound tools to assess the risk of recidivism.

*Key-words*: HCR-20, assessment, recidivism risk, violence

## 1. Introduction

Advances in the assessment of the risk of recidivism of violent offenders has led to the increasingly systematic use of structured scales (Otto & Douglas, 2010). There have been several generations of scales. First, actuarial scales, is a statistical method that assigns points to factors providing a numerical score of the risk of recidivism (Heilbrun et al., 2010). These scales are based on static factors, based on past elements, and stable over time. Actuarial scales provide objective, mechanical and reproducible measures of recidivism risk (Heilbrun et al., 2010). These scales have the advantage of: *(i)* provide a more accurate rating of recidivism risk (Hannah-Moffat & Shaw, 2001) through explicit scoring rules and the support of empirically related risk factors, *(ii)* allow for a numerical estimate of recidivism risk to be compared to reference categories, *(iii)* does not involve the opinion of the assessor in order to avoid bias, and is simple and quick to use (case-based scoring is possible) (Hannah-Moffat & Shaw, 2001; Hanson & Morton-Bourgon, 2009). However, these scales are often criticized for being too rigid and for not allowing the evolution of a patient to be assessed (Douglas & Skeem, 2005), especially after therapeutic treatment. The second generation, integrated professional judgement provides a risk assessment and an intervention plan (Guay & Lafortune, 2015). They have the advantage of offering real help in the construction of an intervention plan adapted to the management of the risk of reoffending (Côté, 2001). The third generation, Structured Professional Judgment models (SPJ), in which the assessor weights risk factors based on his/her observations (Guay & de Vries Robbé, 2017). They offer flexibility to evaluators by allowing them to weight the rating of variables according to their observations. But, they require clinical knowledge, knowledge of risk factors and interviewing skills (Pham & Ducro, 2006). They are also often reserved for psychologists and psychiatrists (Guay et al., 2015). But, integrated professional judgement like actuarial valuation, does not provide for the consideration of a weighting of risk factors by the

evaluator and therefore does not allow for special circumstances to be considered (Andrews & Bonta, 2010). The second and third generation scales are based on dynamic risk factors, i.e. reversible factors, allowing the evolution of the offender to be assessed (Quinsey, Lalumière, et al., 1995).

The Historical-Clinical-Risk Management Scale 20 – version 2 (HCR-20 V2; Webster et al., 1997) is one of the most widely used SPJ scales (Singh et al., 2014). Its purpose is to enable systematic assessment of violence risk and to assist in the management of this risk in different situations (pre- or post-sentence) (Douglas & Webster, 1999). It makes it possible to assess the risk over a certain period (from several weeks to a few years). The HCR-20 can be used with psychiatric (S. F. Michel et al., 2013), correctional and forensic populations (Douglas et al., 2005; Yang et al., 2010). Version 1 (Webster et al., 1995), version 2 (Webster et al., 1997) and version 3 (Douglas et al., 2013) of the HCR-20 are composed of 20 items divided into 3 subscales: *(i)* Historical items (e.g. *previous violence, psychopathy*), *(ii)* Clinical items (e.g. *poor introspection, impulsivity*), and *(iii)* Risk management items (e.g. *stress problem, treatment noncompliance*). These items cover risk factors that are either static (stable over time, historical items) or dynamic (evolving, clinical and risk management items) (D. P. Boer et al., 1997). The HCR-20 is used in clinical practice and scientific research. Clinically, it aims to provide a qualitative rather than quantitative rating of the risk of recidivism (Hart, Kropp, et al., 2003). However, for research purposes, it is possible to apply a rating to each item (Claix & Pham, 2004). Version 2 of the HCR-20 is still widely used in research, with more than 150 clinical data collections in more than 35 countries (Douglas et al., 2013).

The HCR-20 helps clinicians to structure risk assessment and communicate clear and relevant conclusions and guide the decision-making process. Its predictive capacity is based on *(i)* summing the many relevant risk factors (recognized by data in the scientific literature),

*(ii)* the assessor's opinion of the weight of these factors, and *(iii)* the expected nature and intensity of intervention or management strategies needed to mitigate the risk (Douglas et al., 2003). Unlike actuarial scales, decision-making is not based on a purely numerical algorithm or assessment, to ensure that the score is not based on a single sample, does not omit important risk factors, and has inter-sample validity (Douglas et al., 2013). Professionals are advised to train in the use of this scale.

The French version of the HCR-20 V2 was translated by T.H. Pham with the collaboration of the Philippe Pinel Institute and validated by Claix & Pham (2004) with a sample of 86 patients in a Belgian high-security psychiatric establishment (Internment law). This study revealed good inter-rater reliability (Pearson correlations $r$=0.73, $p < .05$ for the total score; $r$=.85, $p < .01$ for the Historical subscale; $r$=.65, $p < .05$ for the Clinical subscale; r=.64, $p < .05$ for the Risk subscale). Internal consistency was good for the total score ($\alpha$ =.74) but lower for the subscales ($r$=.61 for the Historical subscale; $r$=.47 for the Clinical subscale; $r$=.54 for the Risk subscale). Finally, convergent validity, assessed using the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 2003), a tool that measures psychopathy and the risk of violent recidivism, showed good correlations for the total score (Pearson correlations, $r$=.63, $p < .01$) and the Historical ($r$=.60, $p < .01$) and Clinical ($r$=.55, $p < .01$) subscales, but lower correlations for the Risk subscale ($r$=.25, $p < .05$). The total score on the HCR-20 was mainly correlated with violent robbery (Pearson correlations, $r$=.26, $p < .05$), simple and aggravated robberies ($r$=.30, $p < .01$), assault and battery ($r$=.28, $p < .01$) and psychotic homicides ($r$=-.74, $p < .01$). In Belgium, after the PCL-R, the HCR-20 is the most widely used tool to assess the risk of recidivism (87.21% of professionals have used it during their career; Pham et al., 2016). In France, the assessment of the risk of recurrence remains mainly assessed with unstructured professional judgment, i.e. without risk scales. To our knowledge, HCR-20 is used very little in France, and rarely in French research (Mouchet-Mages et al., 2018). Its use

would *(i)* improve the prediction of risk and therefore the management of the risk of recidivism for offenders and *(ii)* improve knowledge on recidivism through the use of scales in a research framework. The lack of studies on the psychometric qualities of HCR-20 on French populations is one of the reticence's expressed by professionals (Crampagne, 2013).

The aim of this study was to test the psychometric qualities of the HCR-20 in a population of violent prisoners in France. We focused on its internal (i.e., internal validity and reliability) and external (correlations between incidents and the HCR-20) psychometric qualities and conducted an exploratory factor analysis to assess the underlying structure of the scale.

## 2. Method

### 2.1. Participants

The sample comprised 128 adult male detainees; 86 (67.2%) were sexual offenders and 42 (32.8%) non-sexual violent offenders. Their average age was 44.16 years (SD 12.3, range 19-76). They had committed an average of 1.39 offences (SD .59; 1-4), including: *(i)* sexual offences (rape, sexual assault and exhibitionism), *(ii)* violent offences (homicide, assault and battery, kidnapping/sequestration and arson), and *(iii)* non-violent offences (simple and aggravated theft, drug offences, possession of weapons, and road traffic offences). They had an average of 10.02 years of education (2.6; 1-15), which corresponds to a Brevet d'Etudes Professionnelles (vocational school diploma, $10^{th}$ grade). They were sentenced to an average of 128 months in prison (SD 84.2; 1-360) and had served an average of 58.9 months at the time of data collection (SD 53.1; 1-384).

### 2.2. Tools

The Historical-Clinical-Risk Management Scale 20 – version 2 (HCR-20; Webster et al., 1997) is used to predict and manage the risk of violent recidivism. The French version

was translated by T.H. Pham with the collaboration of the Philippe Pinel Institute (Quebec, Canada) and validated by Claix & Pham, 2004) with 86 participants. For this study, version 2 of the HCR-20 was used, because the protocol had been developed and the experimenter trained before the development of version 3, Douglas et al., 2013). The HCR-20 version 2 assesses three domains, with 20 risk factors: *(i)* historical (10 factors, e.g. *Previous violence*), *(ii)* clinical (5 factors, e.g. *Introspection*), and *(iii)* risk management (5 factors, e.g. *Unrealistic plans*). Each item was scored quantitatively (0=no evidence, 1=partial evidence, 2=definite evidence) in order to obtain a total score (between à to 60) and a score for each subscale (Claix & Pham, 2004). Higher scores indicate greater risk of recurrence. For prison populations, the items on the Risk subscale can be rated from a future perspective *(i)* within the prison ("in" situation), or *(ii)* post-discharge ("out" situation). For this study, the "out" situation was used. The HCR-20 has good psychometric qualities (Claix & Pham, 2004; Cooke et al., 2001; Guy, 2008).

The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI; Andrews et al., 2004) assesses the general recidivism risk and reintegration capacity of offenders. The French version was translated and validated by Guay (2016). The LS/CMI has 11 sections. Section 1 (the only one used in this study) assesses 8 areas, with 43 risk factors: "Criminal history" (e.g., *History of convictions*), "Education and employment" (e.g., *Is currently unemployed*), "Family/marital" (e.g., *Dissatisfaction with marital situation*), "Leisure and recreational activities" (e.g., *Not recently participated in an organised activity*), "Companions" (e.g., *Some criminal acquaintances*), "Drug or alcohol problems" (e.g., *Problems with alcohol*), "Pro-criminal attitude or orientation" (e.g., *Supportive of crime*), and "Type of antisocial behaviour" (e.g., *Various early antisocial behaviours*). A two-tier scoring system yielded a score per domain and a total score between 0 and 86; higher scores indicate greater risk of

recurrence. The LS/CMI has good psychometric qualities (Guay, 2016; Labrecque et al., 2018).

2.3. Procedure

This study was approved by a French centre for ethics in health care. Data were collected between March 2018 and February 2020. Once the healthcare teams were informed of the goal, the patient inclusion criteria and the study process, they suggested that the evaluators meet with potential participants. After a first meeting with the participant explaining the study, a second meeting allowed them to sign the consent sheet and answer any questions. The inclusion criteria for participants were: *(i)* to be an adult, *(ii)* to be currently convicted of having committed acts of violence and *(iii)* to speak French. The exclusion criteria were: *(i)* to be over 70 years old, *(ii)* to be warned and *(iii)* to have a psychiatric pathology leading to an inability to express oneself or severe cognitive impairment. First, the main evaluator conducted semi-structured interviews with the participants, designed to enable each risk scale to be scored in line with the tool's guidelines. The interview had 4 sections: Section 1 focused on the participant's childhood and adult criminal history (e.g. *types of past offences*, *description of victims*); Section 2 concerned the offences for which the participant had been convicted (e.g. *nature of the offence*, *description of the victim*), Section 3 concerned the participant's psychopathological and medical history (e.g. *history of mental illness*, *alcohol/drug use*). Finally, section 4 concerned elements of the participant's social history (e.g. *education, employment, family relationships*). The evaluator then consulted the participants' medical records in order to complete or modify the knowledge obtained through the semi-structured interviews. The evaluator had been trained to use all these tools with approved trainers (T. H. Pham for HCR-20 and J. P. Guay for LS/CMI). For inter-rater reliability, a double-blind scoring was carried out by a second assessor, also trained in the use

of the HCR-20 and LS/CMI scales with approved trainers, from the data collected by the main assessor. The inter-rater reliability assessment was carried out for 7 participants (8.13%).

2.4. Data analysis

All the results were analysed using SPSS© IBM© version 25. It should be noted that the item "H7 psychopathy" was omitted in this study. This item could not be rated due to the lack of substantiated information. As for the HCR-20 results, the sample in this study does not follow a normal distribution, so all tests used are non-parametric. The internal consistency was calculated using the Cronbach Alpha coefficient. Inter-rater reliability was assessed using Spearman correlations and intra-class correlation indices (ICC). According to Koo & Li (2016), two-way mixed-effects model with absolute-agreement and k means measures is the model of choice for our study. Cohen's d coefficients were calculated to analyse the similarities between the data of the current sample and those of a sample of patients placed in a Belgian high-security psychiatric establishment. The links between HCR-20 scores and the types of offence committed were analysed using *(i)* Mann-Whitney tests for comparison of averages and *(ii)* point-biserial correlation coefficients. In view of the large number of correlations carried out, a Bonferroni correction was applied. For this, the alpha score (here *p*. 05) was divided by the number of tests (here 4). The significance level of the p-value is therefore .01 instead of .05. *p*-value is .01 instead of .05. Spearman correlations were conducted to understand the relationship between HCR-20 scores and total LS/CMI scores. Finally, a factor analysis was performed. The HCR-20 was not originally built on a factor model but by a grouping of factors based on empirical logic. It appeared however interesting to propose this factorial analysis to check the solidity of construction of the tool (Tabachnick & Fidell, 2001), in particular because the dimension of each subdomain will be used in research. An exploratory factor analysis was conducted, checking the Bartlett's test and the KMO index. Actually, no study has offered this analysis on a French population. We

therefore chose a Principal Component Analysis (recommended in the exploration of preliminary models (Pett et al., 2003). It was developed with the 20 items of the HCR-20. We used Cattell's test to determine the number of factors to be retained. In addition, an orthogonal rotation (allowing to produce more easily interpretable results and is slightly simpler than oblique rotation, Taherdoost et al., 2014), notably Varimax (the most commonly used) (Taherdoost et al., 2014). The items included in each of the factors had an absolute value greater than .40. The excluded items had an absolute value lower than .40.

## 3. Results

### 3.1. Descriptive results

Table 9 summarizes the average scores obtained on the HCR-20 and LS/CMI scales. In the HCR-20, participants obtained an average total score of 14.21 (SD 6.77; range 2-28), a Historical subscale score of 7.17 (SD 4.56; 0-17), a Clinical subscale score of 3.19 (SD 2.00; 0-8), and a Risk subscale score of 3.84 (SD 1.92; 0-9). The majority of participants (n=91, 71,1%) belongs to the low risk category whereas no participant belongs to high risk category. The average total LS/CMI score was 16.76 (SD: 7.21; 3-34). The majority of participants belongs to moderate risk category.

*Table 9: Average scores on HCR-20 and LS/CMI*

| | **Mean** | **SD** | **Median** | **Maximum** | **Minimum** |
|---|---|---|---|---|---|
| **HCR-20** (n=128) | | | | | |
| Total Score | 14.21 | 6.77 | 14 | 0 | 28 |
| Historical | 7.17 | 4.56 | 6 | 0 | 17 |
| Clinical | 3.19 | 2.00 | 3 | 0 | 8 |
| Risk | 3.84 | 1.92 | 4 | 0 | 9 |
| Risk levels | **Category** | | **Score** | | **Percentage** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Low | | 91 | | 71,1% |
| | Moderate | | 37 | | 28,9% |
| | High | | 0 | | 0% |
| **LS/CMI** (n=128) | | | | | |
| Total Score | 16.76 | 7.21 | 16 | 3 | 34 |
| Criminal history | 3.73 | 1.99 | 4 | 0 | 8 |
| Education and Employment | 3.45 | 2.54 | 3 | 0 | 9 |
| Family/marital | 2.22 | 1.49 | 2 | 0 | 13 |
| Leisure and Recreational Activities | 2.85 | .76 | 3 | 0 | 4 |
| Companions | .77 | .75 | 1 | 0 | 2 |
| Drug or alcohol problems | 1.44 | .76 | 1 | 0 | 8 |
| Pro-criminal attitude or orientation | 1.22 | 1.03 | 1 | 0 | 4 |
| Type of antisocial behavior | 1.15 | 1.09 | 1 | 0 | 4 |
| Risk levels | **Category** | | **Score** | | **Percentage** |
| | Very low | | 0 | | 0% |
| | Low | | 30 | | 23,4% |
| | Moderate | | 52 | | 40,6% |
| | High | | 40 | | 31,3% |
| | Very high | | 6 | | 4,7% |

*Note.* HCR-20: Historical-Clinical-Risk Management Scale-20; LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory

3.2. Reliability and internal consistency

Table 10 presents the HCR-20 and LS/CMI inter-rater reliability and internal consistency for our sample. The inter-rater reliability for the HCR-20 total score was excellent (ρ=.93; $p < .01$; ICC=.96 for the mean measure) and good for LS/CMI (ρ=.84, $p < .01$; ICC=.88). Internal consistency was acceptable for the HCR-20 total score (α =.79) It was highest for the Historical factor (α =.80) and lowest for the Risk factor (α =.29). Finally, internal consistency was acceptable for LS/CMI total score (α =.72).

*Table 10: Inter-rater reliability and internal consistency of the HCR-20 and LS/CMI*

| | **Inter-rater reliability** | **Internal consistency** | |
|---|---|---|---|
| | Spearman's Correlations (ρ) (n=10) | Intra-group index (ICC) (n=10) | Cronbach Alpha (α) (n=128) |
| | | Mean measures | |
| **HCR-20** | | | |
| Total Score | .93** | .96 | .79 |
| Historical | .99** | .99 | .80 |
| Clinical | .73* | .80 | .48 |
| Risk | .64* | .76 | .29 |
| **LS/CMI** | | | |
| Total Score | .84** | .88 | .72 |

*$p$<.05; **$p$<.01

*Note.* HCR-20: Historical-Clinical-Risk Management Scale-20

### 3.3. Convergent validity

The HCR-20 Total Score and Historical subscale score were highly correlated with the LS/CMI Total Score (ρ=.80, $p$ < .01 and ρ=.79, $p$ < .01, respectively). Correlations between the Clinical and Risk subscales and the total LS/CMI score were low (ρ=.57, $p$ < .01 and ρ=.38, $p$ < .01, respectively).

### 3.4. Using the HCR-20

#### *3.4.1. Comparisons between French and Belgian data*

Table 11 presents comparisons of average scores between the current sample and a sample of psychiatric patients interned in Belgium. Three conventional effect size thresholds were proposed by (J. Cohen, 1998): .2 (small effect), .5 (moderate effect) and .8 (large effect). A moderate effect size was observed for the mean age of the French and Belgian samples

(respectively, 44.16, SD 12.30 vs 36.71, SD 16.28; d=.52; *r*=.25). The mean total HCR-20 scores for both samples show a large effect size (respectively, 14.21; SD 6.78 vs. 23.30; SD 6.31; d=-1.39; *r*=-.57).

*Table 11: Comparison of HCR-20 averages between a French and a Belgian sample*

| | **French sample** n= 128 Mean (SD) | **Belgian sample** n= 202 Mean (SD) | **Cohen's *d*** | **Coefficient r** |
|---|---|---|---|---|
| **Total Score** | 14.21 (6.78) | 23.30 (6.31) | -1.39 | -.57 |
| Historical | 7.17 (4.56) | 12.40 (3.76) | -1.25 | -.53 |
| Clinical | 3.19 (2.00) | 4.95 (2.22) | -.83 | -.38 |
| Risk | 3.84 (1.92) | 6.02 (1.99) | -1.12 | -.49 |
| Age | 44.16 (12.30) | 36.71 (16.28) | .52 | .25 |

*Note.* HCR-20: Historical-Clinical-Risk Management Scale-20

### *3.4.2. Correlations between HCR-20 scores and types of offence committed*

Table 12 presents the point-biserial correlations with Bonferroni correction between HCR-20 scores and the offences committed by the participants. The total score on the HCR-20 was moderately and negatively correlated with sexual assault (ρ=-.34, $p < .01$), moderately and positively correlated with assault and battery (ρ=.25, $p < .01$) and with theft and robbery (ρ=.26, $p < .01$). These results are confirmed by comparisons of averages between the total score on the HCR-20 and the offences committed (15.84 [6.74] vs 11.00 [5.64], Z=-3.79, $p < .001$ for sexual assault; 13.15 [6.55] vs 17.03 [6.62], Z=-2.82, $p < .005$ for assault and battery; 13.81 [6.66] vs 22.33 [2.25], Z=-2.90, $p < .004$ for theft and robbery).

The Historical and Clinical subscales were moderately and negatively correlated with sexual assault (respectively, ρ=-.33, $p < .01$; ρ=-.24, $p < .01$) and moderately and positively

correlated with assault and battery (respectively, ρ=.26, $p < .01$; ρ=.29, $p < .01$). The Historical subscale was moderately and positively correlated with simple and aggravated theft (ρ=.29, $p < .01$). The Risk subscale showed no correlation with the type of offence.

*Table 12: Point-biserial correlation coefficients with Bonferroni correction between HCR-20 scores and type of offence*

| | | HCR-20 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **n=** | **Total Score** | **Historical** | **Clinical** | **Risk** |
| **Sexual offences** | | | | | |
| Rape | 60 | -.05 | -.03 | .12 | .03 |
| Sexual assault | 43 | -.34** | -.33** | -.24** | -.12 |
| Sexual exhibition | 1 | .10 | .08 | .12 | .08 |
| **Violent offences** | | | | | |
| Homicide | 23 | -.07 | -.09 | -.06 | -.03 |
| Assault and battery | 35 | .25** | .26** | .32** | -.05 |
| Kidnapping and false imprisonment | 5 | .10 | .06 | .16 | .03 |
| Arson | 2 | .08 | -.02 | .17 | .12 |
| **Non-violent offences** | | | | | |
| Simple and aggravated theft | 6 | .26** | .29** | .17 | .03 |
| Drug offences | 3 | .11 | .09 | .14 | .02 |
| Possession of weapons | 2 | .08 | .04 | .14 | -.01 |
| Traffic offence | 1 | -.14 | -.11 | -.06 | -.15 |

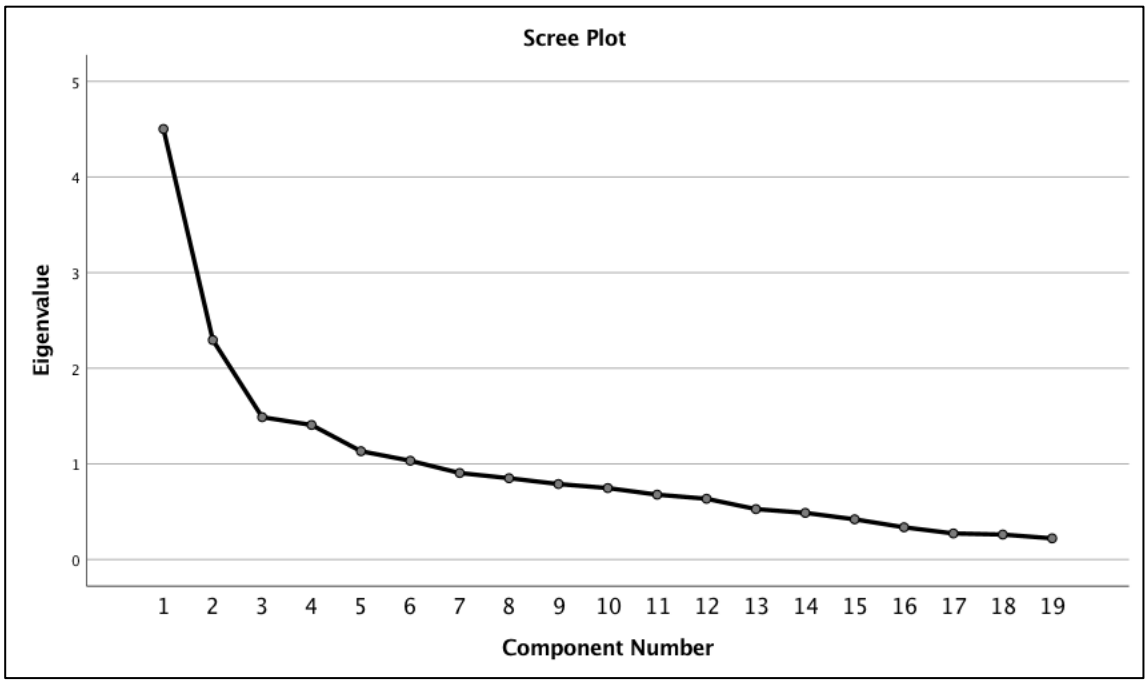
**$p < .01$

*Note.* HCR-20: Historical-Clinical-Risk Management Scale-20

3.5. Factorial analysis

The Bartlett ($p < .001$) and KMO (.72) tests justified a factor analysis. Figure 4 and Table 13 show details of the exploratory factor analysis with Varimax rotation performed on the HCR-20. The results of this analysis highlight three subscales, "Historical", "Clinical", and "Social", explaining 44% of the total variance. Cronbach's Alpha coefficients measuring the internal consistency of this model and the subscales were .60 for the total score, .83 for the Historical subscale, .61 for the Clinical subscale, and .45 for the Social subscale.

*Figure 4: Cattell's Elbow of the Exploratory Factor Analysis of the HCR-20*




Note. HCR-20: Historical-Clinical-Risk Management Scale-20

*Table 13: Exploratory factor analysis of the HCR-20*

| **Rotation of the component matrix** |
|---|
| Factors loading > .40 |

| | **"Historical" Sub-scale** | **"Clinical" Sub-scale** | **"Social" Sub-scale** |
|---|---|---|---|
| Personality disorder (H9) | .78 | | |
| Impulsivity (C4) | .75 | | |
| Previous violence (H1) | .73 | | |
| Early maladjustment (H8) | .71 | | |
| First violence at young age (H2) | .67 | | |
| Prior supervision failure (H10) | .61 | | |
| Employment (H4) | .60 | | |
| Substance abuse (H5) | .46 | | |
| Disease symptoms (C3) | | -.64 | |
| Mental illness (H6) | | -.56 | |
| Stress (R5) | | -.44 | |
| Non-compliance with treatment measures (R4) | | .55 | |
| Introspection (C1) | | .60 | |
| Treatment resistance (C5) | | .62 | |
| Negative attitudes (C2) | | .41 | |
| Destabilizing factors (R2) | | | .66 |
| Personal support (R3) | | | .66 |
| Intimate relationships (H3) | | | .42 |
| Unrealistic plans (R1) | .30 | -.22 | -.24 |
| Explained variance (%) | 23.70 | 12.08 | 7.84 |
| Cronbach's Alpha coefficients | .83 | .61 | .45 |

*Note.* HCR-20: Historical-Clinical-Risk Management Scale-20

The numbers and letters in brackets correspond to the names of the items, H=historical, C=clinical and R=risk.

## 4. Discussion

The aim of this study was to assess the psychometric qualities of the HCR-20 with a French population of violent detainees. The results show satisfactory internal and external validity of the HCR-20. Comparison with a sample of psychiatric patients interned in a Belgian establishment revealed differences in scores. The total score and the Historical

subscale are positively associated with the offences of "simple and aggravated theft", "assault and battery", and negatively with "sexual offences"; the Clinical subscale is positively associated with "assault and battery" and negatively with "sexual assault". Finally, exploratory factor analysis identified three factors corresponding to the subscales ("Historical", "Clinical" and "Social"), explaining 44% of the total variance with satisfactory internal consistency.

The results of this study indicate that the HCR-20 has good inter-rater reliability and internal consistency apart from the Risk subscale. The inter-rater reliability results are similar to the data using the English version of the HCR-20. A study with a sample of 75 offenders in a Canadian federal prison found a Pearson's correlation coefficient of .80 for the total score of the HCR-20 (Douglas & Webster, 1999). Another study with 250 detained offenders showed an intra-class correlation index of .92 for the total score, .92 for the Historical subscale, .74 for the Clinical subscale, and .70 for the Risk subscale (Cooke et al., 2001). The Belgian data, using the French version of the HCR-20, showed similar results to those of the French version for *(i)* Pearson correlations ($r$=.73, $p < .05$ for the total score, $r$=.85, $p < .01$) and *(ii)* intra-class correlation indices (ICC=.82 as a mean measure for the total score; Claix & Pham, 2004). The internal consistency was found to be similar to the North American data ($r$=.78; Douglas & Webster, 1999) and to the Belgian French-speaking data ($r$=.74 for the total score; Claix & Pham, 2004). It is also similar to a study of 60 detained offenders in France ($r$=.84 for total score; Pham, Ducro, Marghem, & Réveillère, 2005).

The results show a satisfactory convergent validity of the HCR-20. Positive correlations between the HCR-20 scores and the total LS/CMI score were observed in a sample of 72 psychiatric patients who had committed serious violence (Pearson's coefficient, $r$=.75 for the total score, $r$=.67 for the Historical subscale, $r$=.53 for the Clinical subscale, and $r$=.48 for the Risk subscale; Abou-Sinna & Luebbers, 2012).

Comparisons between the present French study and the Belgian study show differences between these two populations, overall scores being significantly higher in the Belgian study. This can be explained by the nature and age of the participants; all the Belgian participants were held in a secure psychiatric unit, whereas the French participants were detained in traditional prison establishments. The Belgian system holds patients-offenders (for a minimum of 3 months) presenting with severe dementia or mental disorder and considered a danger to society. It is thus both a security and a treatment measure of indefinite duration (Cartuyvels, 2017; Vincenzutto et al., 2019). The participants in the Belgian sample thus come from an ‘at-risk’ population, and the majority had already served one or more prison sentences. Participants in the French sample, by contrast, were in institutions where the focus is on the length of the sentence and not the risk. The Belgian participants were also younger. Age is itself a significant risk factor for recidivism (Gottfredson & Hirschi, 1990) and influences the severity (Loeber & Stouthamer-Loeber, 2008) and the intensity (Spanjaard et al., 2012) of the risk, which decrease with age (Loeber & Stouthamer-Loeber, 2008; Spanjaard et al., 2012). The score on the "Clinical" subscale is particularly low for the French population. The "Clinical" subscale is composed of current factors of psychiatric or psychological disorders. However, the French sample comes from a care unit that offers regular psychological care, which may explain the low presence of these clinical factors. In addition, there may have been a bias in the choice of participants by the caregivers (who may have excluded patients who were too ill).

The total score on the HCR-20 was positively correlated with "assault and battery" and "robbery", and negatively correlated with "sexual assault". No correlation was observed with "homicide". These results are consistent with findings obtained with psychiatric patients

interned in Belgium (Claix & Pham, 2004) and prisoners in France (Pham, Ducro, et al., 2005). Although consistent with the study by (Pham, Ducro, et al., 2005), the negative correlation between HCR-20 and sexual aggression might seem surprising. The population of this study is mainly composed of sexual offenders of children, which present less antisocial profiles (Seto et al., 2015), an important factor in assessing the risk of violent recidivism. Sexual offenders of children are mainly concerned with sexual recidivism (Hanson et al., 1995), which has factors in common with the risk of violent recidivism, but also has its own factors, not present in the HCR-20. Other scales are more specialized in assessing the risk of sexual recidivism (Pham, Chevrier, et al., 2005). A higher correlation of the HCR-20 with violent offences is not surprising in view of the test's objective (to assess the risk of violent behavior) and the importance of historical and antisocial items (Pham, Ducro, et al., 2005).

In our study, as in the one by Pham et al. (2005), we observed differences in reliability and internal consistency between the three subscales of the HCR-20. The Historical subscale has the highest internal reliability and consistency, while the Risk subscale has the lowest. Internal consistency as measured by Cronbach's Alpha has the disadvantage of being sensitive to the number of items (Belfrage, 1998; Cortina, 1993). There are fewer items in the Risk subscale than in the Historical subscale (10 vs. 5 items). The more the items are based on past (factual) and objective data (collected from official documents), the greater the reliability and consistency. This is the case for the Historical subscale. By contrast, the more the items are based on future, subjective (collected using the respondent's own words) and disparate data, the weaker the reliability and consistency. This is the case for the Risk subscale (Belfrage, 1998; Claix & Pham, 2004). Finally, at the time of conducting this study, the participants had served an average of 46% of their custodial sentence. At this stage of their sentence, it is difficult to anticipate a life plan after release (finding a job, housing, etc.). However, the Risk

subscale was rated from a post-prison perspective (“out” situation), making its prediction more projective and less certain.

The exploratory factor analysis proposed in this study is satisfactory with acceptable internal consistency. It revealed three subscales, with good internal consistency and explaining 44% of the variance. The "History" subscale (8 items) explained 23.70% of the variance and had the best internal consistency (*r*=.83); it is mainly composed of historical items and covers almost all the items of the initial HCR-20 Historical subscale. The "Clinical" subscale (7 items) explained 12.08% of the variance and had acceptable internal consistency (*r*=.61); it is mainly composed of items from the Clinical and Risk subscales of the initial version of the HCR-20. Finally, the "Social" subscale (3 items) explained 7.84% of the variance and had a lower internal consistency (*r*=.45); it is mainly composed of items from the Risk subscale of the initial version of the HCR-20. Again, the sensitivity of Cronbach's Alpha to the number of items may explain the low internal consistency of this subscale (Belfrage, 1998; Cortina, 1993). For the Historical and Clinical subscales, the factor analysis shows that internal consistency was higher in our sample than in the Belgian sample (respectively, *r*=.61 vs *r*=.84 for the Historical subscale; *r*=.47 vs *r*=.60 for the Clinical subscale; *r*=.54 vs *r*=.45; Claix & Pham, 2004).

This study has a number of limitations. It was carried out in the specific context of detention, which is not a situation of major risk of violence. In principle, the rating of the HCR-20 and LS/CMI scales is optimal when multiple sources of substantiated information are available (participant's account, medical record, criminal record, prison report, etc.; Guay, 2012; Webster et al., 1997). In this study, scoring was more difficult for a sub-group of participants (n=85, 67.19%) whose file contents were heterogeneous in terms of *(i)* quantity of information (some files only contained current information while others provided details of the offender's past), and *(ii)* quality of information (some files only contained medical

information while others contained criminal records). Due to the short time scale of the study, no follow up data could not be collected, blocking possibility to assess predictive validity. Finally, the size of our sample (n=128) was relatively small in relation to the normal standards for factor analysis. Caution should thus be exercised when generalizing the results to the entire prison population.

Despite these limitations, this study made it possible *(i)* to assess the psychometric qualities of the HCR-20 with a sample of violent detainees in France, *(ii)* to observe a congruence of these qualities with data in the international literature, and *(iii)* to propose a new factor model. In France, the use of risk scales is highly controversial despite evidence from case studies showing the clinical applicability of the HCR-20 (Logan, 2014). To develop their use, professionals must be able to rely on instruments that have been validated with French offenders. The HCR-20 has demonstrated its qualities for assessing the risk of violent recidivism, and seems appropriate to include in a more global assessment model targeting specific populations (e.g. sexual offenders) and all types of risk (violent, sexual and general). Future studies could focus on validating these results with a larger sample of detainees, and with samples of psychiatric patients in general and those with higher levels of risk (e.g. those interned in secure units). Thus, the psychometric qualities of the HCR-20 will be validated on a variety of French patient populations. They could also continue to investigate this new factor model to guarantee the reliability of the HCR-20 structure, and test the predictive validity of the HCR-20 by following up participants over a period of more than four years. Futures studies will enable French professionals to be sure of the possible use of HCR-20 with their patients.

4.1.3. *Validation des qualités psychométriques du LS/CMI*

## Article 4: An investigation of reliability, factor structure and convergent validity of the LS/CMI with French offenders

**Article soumis dans L'Encéphale**

[1,2,3] Ingrid Bertsch, [4]Jean-Pierre Guay, [1]Christian Réveillère, [3]Emilie Telle, [5]Hervé Douceron, [6]Marion Dubuisson, [1,2]Robert Courtois, et [3,7] Thierry H. Pham

[1] University of Tours, Department of Psychology, EE 1901 Qualipsy (Quality of life and psychological health), 37000 Tours, France.

[2] Centre Val de Loire Resource centers for professionals working with sex, University hospital center of Tours, 37000 Tours, France

[3] University of Mons, Department of Forensic Psychology, 7000 Mons, Belgium

[4] School of Criminology, International Center of Comparative Criminology (ICCC), Philippe Pinel National Institute of Forensic Psychiatry, University of Montreal, C.P. 6128, Montréal, QC H3C 3J7, Canada.

[5] Penitentiary Center of Orléans-Saran, Regional Medical and Psychological Service, G. Daumezon Hospital Center, 45400 Fleury-les-Aubrais, France.

[6] Detention Centre of Bédenac, Sanitary Unit, Hospital Center of Bergerac, 24100 Bergerac, France.

[7] Research Center in Social Defense, CRDS, 7500 Tournai, Belgium.

Summary

Introduction: The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI) is one of the most famous recidivism risk instruments. In France, this scale is rarely used because no study has been carried out to confirm its psychometric properties on samples of French offenders. The aim of this study is to test the psychometric properties of the LS/CMI on samples of violent French prisoners.

Method: The Level of Service/Case Management Inventory, Static-2002, Historical Clinic Risk-Scale 20 and Risk for Sexual Violence Protocol were administered to 128 violent offenders.

Results-Discussion: The results show good internal consistency, reliability and convergent validity of the LS/CMI. Assault, robbery and sexual assault are correlate with LS/CMI. An exploratory factor analysis shows a single factor. All of these results are discussed and analysed using the international reference literature.

Conclusion: confirmation of psychometric properties of the LS/CMI among French offenders allows assessment of the general risk of recidivism of offenders.

*Key-words*: LS/CMI, assessment, recidivism, risk, delinquency

## 1. Introduction

Advances in the assessment of the risk of recidivism of violent offenders have led to the increasingly systematic use of structured scales (Olver et al., 2018). There have been several generations of scales: *(i)* the first generation, actuarial scales, have a statistical method that assigns points to static factors providing a numerical score of the risk of recidivism (Heilbrun et al., 2010), *(ii)* the second generation is composed of scales based on several dynamics factors (Harris & Hanson, 2010), and *(iii)* the third generation is composed of tools to better systematically integrate data from the intervention and monitoring process into a comprehensive and continuously updated assessment (Andrews et al., 2006). The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI ; Andrews et al., 2004), belonging to this third generation, is a case management tool. It is part of the family of Level of Service scales that is among the most widely used in the world (Andrews et al., 2010). In 2010, more than a million assessments were made using this family of tools (Wormith, 2011). The LS/CMI aims to *(i)* assess the general risk of recidivism of offenders and *(ii)* consequently manage said risk of these individuals (Andrews et al., 2004, 2010).

The LS/CMI is based on the most successful intervention model for the prevention of recidivism (Andrews et al., 2010; Benbouriche et al., 2015): the Risk-Need-Responsivity principles (RBR; Andrews et al., 1990). Amongst the 18 principles advocated by the model to enable the implementation of effective recidivism prevention, three principles form the foundations. First and foremost, the principle of risk indicates that an assessment of the risk of recidivism is indispensable before any intervention takes place. In order to be optimal, this assessment must be objective and therefore uses structured risk scales. Then, the principle of needs indicates that the management of an offender must be based on his criminological needs (i.e. dynamic risk factors). Finally, the principle of responsiveness indicates that *(i)* treatments based on the social learning model, such as cognitive-behavioural therapies, are the most

effective in reducing recidivism (general responsiveness) and that *(ii)* these treatments must be adapted to best suit the offender concerned (in terms of personality, motivation, etc.) (specific responsiveness).

The LS/CMI comes from the Level of Service Inventory-Revised (LSI-R, Andrews & Bonta, 1995), an actuarial risk scale that identifies the risks and needs of offenders in terms of recidivism (Andrews et al., 2010). Based on a social learning model of crime, the LSI-R consists of 54 items, which are grouped into 10 domains: "Criminal History," "Education/Employment," "Finance," "Family/Marital," "Accommodation," "Leisure/Recreation," "Relationships," "Alcohol/Drugs," "Emotional/Personal," and "Attitude/Orientation". Total LSI-R scores are generally used to predict the risk of recidivism and subscale scores are used to identify criminogenic needs (Watkins, 2011). The sections added to the LSI-R to create the LS/CMI allow the development of care pathways adapted to the person being assessed (Guay, 2016).

The LS/CMI consists of 11 sections. The first section is composed of 43 items assessing 8 domains: "Criminal history" (8 items), " Education and employment " (9 items), "Family and marital" (4 items), "Leisure and recreational activities" (2 items), "Companions" (4 items), "Drug or alcohol problems" (8 items), "Pro-criminal attitudes or orientation" (4 items) and "Antisocial pattern" (4 items). Sections 2 to 11 allow the identification of therapeutic options, provide a summary of risk levels and contribute to establishing a complete and rounded observation of the individuals.

The LS/CMI gives the possibility of predicting new breaches of surveillance conditions, new arrests and new violent and general convictions (Guay, 2016). It has the advantage of *(i)* allowing for the assessment of static and dynamic factors statistically related to recidivism, *(ii)* facilitating the assessment of responsivity factors, *(iii)* aiding professionals to make informed decisions by targeting interventions and monitoring in a more systematic

manner, and *(iv*) helping to assess the effectiveness of programs and interventions (Andrews et al., 2010).

The French version of the LS/CMI was translated and validated by Guay (2016) focusing on 301, Canadians and francophone, 3381 men placed under judicial supervision (55.2% in detention and 44.8% under community supervision). This study highlighted both good internal consistency (Kuder-Richardson 20=.92 for the total LS/CMI score), and good predictive validity of the LS/CMI (AUC=.72, $p < .001$ for new offences in general and AUC=.70 for new violent offences). Finally, an exploratory factor analysis revealed a one factor solution).

No study has previously been conducted using LS/CMI on samples of French offenders. For it to be used effectively therefore in France, it would appear critical to further develop work on these targeted samples to confirm the psychometric properties of the LS/CMI (Guay, 2016). The aim of this study was to test the psychometric properties of the LS/CMI on violent French prisoners. We focused on the internal and external psychometric properties and the correlations between LS/CMI and participant's current conviction. To verify the construct validity of the LS/CMI a factor analysis has been presented.

## 2. Method

### 2.1. Participants

The sample includes 128 French adults' male detainees; 86 (67.2%) were sexual offenders and 42 (32.8%) non-sexual violent offenders, with a mean age of 44.16 years (SD 12.3, range 19-76). They had committed an average of 1.39 offences (SD .59; 1-4), including: *(i)* sexual offences (rape involving sexual penetration, sexual assault involving sexual penetration and exhibitionism), *(ii)* violent offences (homicide, assault and battery, kidnapping/sequestration and arson), and *(iii)* non-violent offences (simple and aggravated

theft, drug offences, possession of weapons, and road traffic offences). They had an average of 10.02 years of education (SD 2.6; 1-15), which corresponds to a Brevet d'Etudes Professionnelles (vocational school diploma, 10th grade). They were sentenced to an average of 128 months in prison (SD 84.2; 1-360) and had served an average of 58.9 months at the time of data collection (SD 53.1; 1-384).

2.2. Instruments

The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI; Andrews et al., 2004) assesses recidivism risk and thus manages the general recidivism risk and reintegration capacity of offenders. The French version was translated and validated by Guay (2016). The LS/CMI consists of 11 sections. Section 1 (the only one used in this study) assesses 8 domains related to recidivism (e.g., "Family/marital" or "Education and Employment"). Each item was rated quantitively, either 0 (no evidence) or 1 (presence of evidence) yielding a score for each of the 8 domains and a total overall score.

The Static-2002 (Hanson & Thornton, 2003b) is an actuarial tool used to assess the risk of recidivism of adult male sexual offenders. The French version was translated and validated by C. Ducro (CRDS). It is composed of 14 static items, which are divided into 5 risk domains: *(i)* age, *(ii)* persistence of sexual offending (e.g., sexual assault rate), *(iii)* deviant sexual interests (e.g., any conviction for non-contact sexual assault), *(iv)* relationships with victims (e.g., extra-familial victims) and *(v)* general criminality (e.g., when not detained). The majority of items are scored dichotomously (yes / no), some have a continuous point rating (e.g., item 2) and others a non-continuous point rating (e.g., item 1), allowing for a score to be determined for each of the 5 areas and consequently a total overall score on the scale.

The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP; Hart & Boer, 2010) is a structured professional judgment protocol, used to assess and manage sexual recidivism risk. The French version was translated by Pham and Michaux (UMons). The RSVP consists of 22 items

divided into 5 domains: *(i)* History of sexual violence (e.g. past sexual violence), *(ii)* Psychological adjustment (e.g. problems linked to stress), *(iii)* Mental disorder (e.g. major mental health issues), *(iv)* Social adjustment (e.g. employment problems) and *(v)* Manageability (e.g. treatment problems). These 5 domains are assessed according to their *(i*) past, *(ii)* recent and *(iii)* future presence. For this study, a quantitative scoring method was applied to each item (0 : no evidence, 1 : partial evidence, 2 : definite evidence) in order to obtain a total score and a score for each subscale (Jones et al., 2016; Vargen et al., 2020).

The Historical, Clinical and Risk Management Scale 20 - version 2 (HCR-20; Webster et al., 1997b) is used to predict and manage the risk of violent recidivism. For this study, version 2 of the HCR-20 was used, because the protocol had been developed and the experimenter trained before the development of version 3. The French version was translated by T.H. Pham with the collaboration of the Philippe Pinel Institute and validated by Claix and Pham (2004). It is composed of 20 items divided into 3 sub-scales: *(i)* Historical items (e.g., previous violence), *(ii)* Clinical items (e.g., lack of insight, stress) and *(iii)* Risk management items (e.g., exit stress). As RSVP, HCR-20 is not intended to provide a quantitative rating of recidivism risk (Hart, Kropp, et al., 2003). However, for research purposes, it is possible to apply a rating to each item (Jones et al., 2016) that's why each item was scored quantitatively (0 no evidence, 1 partial evidence, 2 definite evidence) in order to obtain a total score and a score for each subscale (Claix & Pham, 2004).

### 2.3. Procedure

This study was approved by a regional ethics group for clinical research. The study was conducted between March 2018 and February 2020 in the psychiatric care facilities of four French prisons. Once the healthcare teams were informed of the goal, the patient inclusion criteria and the study process, they suggested that the evaluators meet with potential participants. After a first meeting with the participant explaining the study, a second meeting

allowed them to sign the consent sheet and answer any questions. The inclusion criteria for participants were: *(i)* to be an adult, *(ii)* to be currently convicted of having committed acts of violence and *(iii)* to speak French. The exclusion criteria were: *(i)* to be over 70 years old, *(ii)* to be warned *and (iii)* to have a psychiatric pathology leading to an inability to express oneself or severe cognitive impairment. First, the main evaluator conducted semi-structured interviews with the participants, designed to enable each risk scale to be scored in line with the tool's guidelines. The evaluator then consulted the participants' medical records in order to complete or modify the knowledge obtained through the semi-structured interviews. The evaluator had been trained to use all these tools with approved trainers (C. Ducro for RSVP, T. H. Pham for Static-2002 and HCR-20 and J. P. Guay for LS/CMI). For inter-rater reliability, a double-blind scoring was carried out by a second assessor, also trained in the use of the RSVP, Static-2002, HCR-20 and LS/CMI scales with approved trainers, from the data collected by the main assessor. The inter-rater reliability assessment was carried out for 10 participants (7.81%) by a researcher-psychologist, also trained in the scoring of risk scales.

2.4. Data analysis

All the results were analysed using SPSS© IBM© version 25. The internal consistency was measured using the Kuder-Richardson 20 coefficient (KR-20). This coefficient is identical to the Cronbach's Alpha but applies to tools with binary responses. It was calculated with the following thresholds: questionable (<.60), acceptable (<.70), good (<.80), and excellent (.90) (George & Mallery, 2003). Inter-rater reliability was assessed using intra-class correlation indices (ICC), which can be poor (<.50), moderate (.50 to .75), good (.75 to .90), and excellent (>.90) (Koo & Li, 2016). As there were two evaluators, we used two-way mixed-effects model with absolute-agreement and k means measures (Koo & Li, 2016). Spearman correlations were conducted to understand the relationship between LS/CMI subscales and total score with, Static-2002, RSVP and HCR-20 scores, which non-existent

(<.10), low (.10 to .39), moderate (.40 to .69), high (.70 to .89), and very high (>.90) (Schober et al., 2018). The relationship between LS/CMI scores and the types of offence committed were analysed using *(i)* Mann-Whitney tests for the comparison of averages and *(ii)* point-biserial correlation coefficients. In view of the large number of correlations carried out, a Bonferroni correction was applied, the significance threshold of the p-value is therefore .0005 instead of .05. Finally, an exploratory factor analysis was conducted, checking the Bartlett test and the KMO index. A Principal Component Analysis (PCA) was conducted with the 8 subscales of the LS/CMI to identify the factor structure. We used: *(i)* Cattell's test to determine the number of factors to be retained, and *(ii)* Varimax rotation to maximise variance. This allowed us to assess an exploratory model of the internal validity of the scale. The items included in each of the factors had an absolute value greater than .30. The excluded items had an absolute value lower than .30.

## 3. Results

### 3.1. Descriptive results

Table 14 summarizes the average scores obtained on the LS/CMI, Static-2002, RSVP and HCR-20 scales. Participants obtained an average total score of 16.76 (SD: 7.21; range 3-34) for LS/CMI, 3.08 (SD: 2.17; 0-10) for Static 2002, 48.57 (SD: 15.77; 15-80) for RSVP and 14.21 (SD: 6.77; 2-28) for HCR-20. Sexual offenders have a significantly lower LS/CMI score than non-sexual violent offenders (respectively, mean=15.64 [6.41] vs mean=19.05 [8.24]; Z=-2.24; *p*=.03).

*Table 14: Average scores on LS/CMI, Static-2002, RSVP and HCR-20 scores*

| | **Mean** | **SD** | **Median** | **Max** | **Min** |
|---|---|---|---|---|---|
| **LS/CMI** (n=128) | | | | | |
| Total Score | 16.76 | 7.21 | 16 | 3 | 34 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Criminal history | 3.73 | 1.99 | 4 | 0 | 8 |
| Education and Employment | 3.45 | 2.54 | 3 | 0 | 9 |
| Family/marital | 2.22 | 1.49 | 2 | 0 | 13 |
| Leisure and Recreational Activities | 2.85 | 0.76 | 3 | 0 | 4 |
| Companions | 0.77 | 0.75 | 1 | 0 | 2 |
| Drug or alcohol problems | 1.44 | 0.76 | 1 | 0 | 8 |
| Pro-criminal attitude or orientation | 1.22 | 1.03 | 1 | 0 | 4 |
| Antisocial pattern | 1.15 | 1.09 | 1 | 0 | 4 |
| **Static-2002** (n=85) | | | | | |
| Total Score | 3.08 | 2.17 | 3 | 0 | 10 |
| Age | 0.84 | 0.83 | 1 | 0 | 3 |
| Persistence of sexual offending | 0.44 | 0.79 | 0 | 0 | 3 |
| Deviant sexual interest | 0.35 | 0.65 | 0 | 0 | 3 |
| Relationship to victim | 0.52 | 0.59 | 0 | 0 | 2 |
| General criminality | 0.95 | 0.91 | 1 | 0 | 3 |
| **RSVP** (n=86) | | | | | |
| Total Score | 48.57 | 15.77 | 48 | 15 | 80 |
| Total-Past items | 19.13 | 6.39 | 19 | 5 | 34 |
| Total-Recent items | 14.37 | 6.19 | 13 | 2 | 29 |
| Total- Relevant items | 15.07 | 5.25 | 15 | 2 | 25 |
| History of sexual violence | 5.76 | 3.44 | 5 | 0 | 15 |
| Psychological adjustment | 15.48 | 5.52 | 15 | 3 | 30 |
| Mental disorder | 9.81 | 4.61 | 9 | 1 | 23 |
| Social adjustment | 11.57 | 5.56 | 10.5 | 0 | 23 |
| Manageability | 5.95 | 4.23 | 6 | 0 | 17 |
| **HCR-20 (**n=128) | | | | | |
| Total Score | 14.21 | 6.77 | 14 | 0 | 28 |
| Historical | 7.17 | 4.56 | 6 | 0 | 17 |
| Clinical | 3.19 | 2.00 | 3 | 0 | 8 |
| Risk | 3.84 | 1.92 | 4 | 0 | 9 |

*Note.* Max: Maximum; Min: Minimum; LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory; RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol; HCR-20: Historical, Clinical and Risk Management Scale-20.

3.2. Reliability and internal consistency

The inter-rater reliability of the total score, evaluated on 10 participants, was good (ICC=.88 in single measurement). The internal consistency of the total sample was acceptable for the total score (KR20=.72). Table 15 summarises all these results.

*Table 15: Inter-rater reliability and internal consistency of the LS/CMI*

| | **Intra-Class Correlation (ICC)** (n=10) | **Kuder-Richards coefficient (KR20)** (n=128) |
|---|---|---|
| **LS/CMI** | k means measures | |
| Total Score | .88 | .72 |
| Criminal history | .96 | .70 |
| Education and Employment | .82 | .79 |
| Family/marital | .77 | .26 |
| Leisure and Recreational Activities | -.31 | .30 |
| Companions | .07 | .49 |
| Drug or alcohol problems | .78 | .76 |
| Pro-criminal attitude or orientation | .78 | .43 |
| Antisocial pattern | .93 | .52 |

*Note.* LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory

3.3. Convergent validity

Table 16 summarises all the correlations observed between the LS/CMI and the Static-2002, the RSVP and the HCR-20. The total LS/CMI score was positively correlated with the total scores in the Static-2002 ($\rho$=.46, $p < .01$), the RSVP ($\rho$=.75, $p < .01$) and the HCR-20 ($\rho$=.80, $p < .01$).

*Table 16: Correlations between total score and LS/CMI subscale scores and total scores in Static-2002, RSVP and HCR-20*

| | **Total** | **Total** | **Total** |
|---|---|---|---|

| | **Static-2002** (n=85) | **RSVP** (n=85) | **HCR-20** (n=128) |
|---|---|---|---|
| **LS/CMI** | | | |
| Total Score | .46** | .75** | .80** |
| Criminal history | .63** | .62** | .76** |
| Education and Employment | .22* | .51** | .54** |
| Family/marital | .03 | .39** | .37** |
| Leisure and Recreational Activities | .15 | .26* | .32** |
| Companions | .001 | .24* | .16 |
| Drug or alcohol problems | .35** | .44** | .60** |
| Pro-criminal attitude or orientation | .16 | .43** | .45** |
| Antisocial pattern | .20 | .48** | .63** |

*$p < .05$; **$p < .01$

*Note.* LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory; RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol; HCR-20: Historical, Clinical and Risk Management Scale-20

3.4. Correlations between LS/CMI scores and types of current convictions

Table 17 presents the one-time biserial correlations with the Bonferroni correction between LS/CMI scores and offences committed by participants. Assault was positively correlated with the total score (ρ=.37, $p < .0005$) and with the domains "Education and employment" (ρ=.36 $p < .0005$) and " Antisocial pattern " (ρ=.34, $p < .0005$). Theft and robbery were positively correlated with the total score (ρ=.31, $p < .0005$) and with the domain "Criminal history" (ρ=.33, $p < .0005$). Lastly, sexual assault was negatively correlated with the total score (ρ=-.33, $p < .0005$) and with “Drug or alcohol problems” (ρ=-.36, $p < .0005$) of the LS/CMI.

*Table 17: Point-biserial correlation coefficients with Bonferroni correction between LS/CMI scores and type of offence*

| **Type of offence** | **n=** | **Total Score** | **Criminal history** | **Education and Employment** | **Family/ marital** | **Leisure Recreational Activities** | **Companions** | **Drug / alcohol problems** | **Pro-criminal attitude or orientation** | **Antisocial pattern** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Homicide | 23 | -.10 | -.17 | -.03 | -.13 | .05 | .15 | -.02 | -.05 | -.15 |
| Assault and battery | 35 | .37**** | .28 | .36**** | .07 | .19 | .06 | .25 | .14 | .34**** |
| Kidnapping and false imprisonment | 5 | .17 | .16 | .13 | -.05 | .13 | .17 | -.09 | .26 | .25 |
| Simple and aggravated theft | 6 | .31**** | .33**** | .27 | .10 | .20 | .16 | .03 | .25 | .28 |
| Drug offences | 3 | .10 | .15 | .11 | -.12 | -.04 | .21 | -.02 | .11 | .10 |
| Rape | 60 | -.08 | -.03 | .16 | .07 | .03 | .03 | -.07 | -.09 | -.08 |
| Sexual assault | 43 | -.33**** | -.26 | -.26 | -.12 | -.16 | -.26 | -.36**** | -.03 | -.25 |

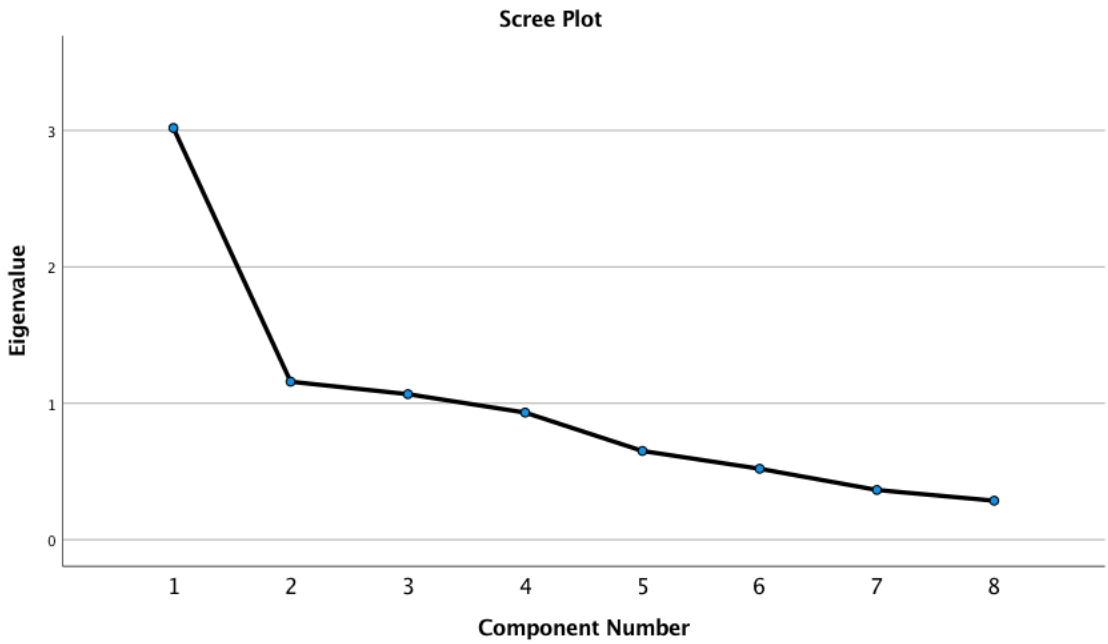
****$p < .0005$

*Note.* LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory

3.5. Factor analysis

The Bartlett ($p$ < .001) and KMO (.73) tests enabled a factor analysis. Figure 5 and Table 18 show details of the exploratory factor analysis with Varimax rotation performed on the LS/CMI. The results of this analysis, obtained from the LS/CMI sub-domains, highlight a single factor which explains 37.74% of the total variance. This factor model includes all of the sub-domains of the LS/CMI with the exception of the sub-domain "Family and marital". Cronbach's Alpha coefficient measuring the internal consistency of this model was .73. Domains with the most weight are Antisocial pattern (.85), criminal history (.80) and Education & employment (.73).

*Figure 5: Cattell's Elbow of the Exploratory Factor Analysis of the LS/CMI*




*Note.* LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory

*Table 18: Exploratory factor analysis of the LS/CMI*

| **Factors loading > .40** | **Rotation of the component matrix** |
|---|---|

| LS/CMI | Factor 1 |
|---|---|
| Antisocial pattern | .85 |
| Criminal history | .80 |
| Education and Employment | .73 |
| Drug or alcohol problems | .60 |
| Pro-criminal attitude or orientation | .58 |
| Companions | .46 |
| Leisure and Recreational Activities | .37 |
| Family/marital | .29 |
| Explained variance (%) | **37.74%** |
| **Cronbach's Alpha coefficient** | **.73** |
| **KMO Index** | **.73** |
| **Df** | **28** |
| **Bartlett's coefficient** | ***p* <. 001** |
| **Chi$^2$** | **258.61** |

*Note.* LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory

## 4. Discussion

The aim of this study was to test the psychometric properties of the LS/CMI with a French population of violent offenders including sexual offenders. The current results show acceptable to good inter-rater reliability both for the total score and the six domains of the LS/CMI. Internal consistency was also good to acceptable for the total score and for five domains of the LS/CMI. The convergent validity showed strong correlations between the total score on the LS/CMI and the total scores on the RSVP, and the HCR-20, and weaker but nonetheless significant associations with the total score on the Static-2002. Correlations between the total LS/CMI score and the types of offences committed by participants show positive associations between the LS/CMI and assault and battery, as well as robbery and aggravated theft, whilst negative correlations are identified with sexual assault. Finally, an exploratory factor analysis shows the presence of a single factor including all the initial

LS/CMI sub-domains except that of "Family and Couple" thus explaining 37.74% of the total variance with satisfactory internal consistency.

Good inter-rater reliability was observed for the total score and the majority of the LS/CMI domains except for “Companions " and "Leisure and recreation". To our knowledge, no study has thus far shown the inter-rater reliability of the LS/CMI on exclusively male detainee populations. The inter-rater reliability of the total score of our sample was slightly higher than the results obtained in the study by Labrecque et al. (2018) which took a sample of 9 offenders assessed by students trained in the use of the LS/CMI. Work using the LSI-R (historically commonly used, and a similar system to the LS/CMI) shows similar results to those obtained by our study for the total score on female (Rettinger, 1998) and male (Girard, 1999) inmate samples. The results of our study demonstrated low inter-rater reliability for the “Companions” domain and no inter-rater reliability for the “Leisure and recreation” domain which is in line with the work of the relevant literature. The study by Labrecque et al. (2018) did, in fact, also obtain lower intra-class correlation indices for the " Companions " domain. A study, using the LSI-R and having evaluated 10 offenders from filmed interviews, also indicates less reliability regarding the "Companions" domain (Rocque & Plummer-Beale, 2014). Inter-rater reliability will certainly be better for this domain if its evaluation is combined with the evaluation of companions as a protective factor that would provide a bipolar, not unipolar, decision (Guay et al., 2020). Finally, a study using the YLS/CMI (a juvenile version of the LS/CMI not dissimilar to the adult version) revealed that the percentage of agreement between assessors was lowest for the "Leisure and activities" domain (80.50% agreement vs. 90.50% agreement for the total score; Rocque & Plummer-Beale, 2014). The "Companions " and "Leisure and recreation" domains are made up of *(i)* few items (2 and 4 items respectively) and *(ii)* particularly subjective elements (Andrews et al., 2010) which may explain the variation in scoring between the different evaluators.

The internal consistency of our sample was acceptable to good for the total score and for the majority of areas, with the exception of “Leisure and Recreation” and “Companions”, which show unacceptable internal consistency. These results are consistent with the study by Guay (2016) using the French-language version of the LS/CMI. Using Kuder-Richardson coefficients, he obtained good internal consistency for the total score of the LS/CMI. These results are also consistent with studies using the English-language version of the LS/CMI, which report *(i)* average to excellent internal consistency of the LS/CMI and *(ii)* lower Cronbach Alphas for some domains, notably "Leisure and Recreation" (Gordon et al., 2015; Guay, 2016; Wormith et al., 2012). The sensitivity of KR-20 coefficients to the number of items may explain the low internal coherence of those domains composed of few items (Perrien et al., 1983). The low internal coherence of the "Companions" sub-domain is more surprising as it is less typical. The sub-domain "Companions" was evaluated by observing the presence of delinquent peers and the absence of attendance of prosocial peers. Our study was carried out entirely with detained participants for whom *(i)* the presence of delinquent peers is inevitable because of rating rules of the manual, reduces variance for incarcerated offenders and *(ii)* the presence of non-criminal peers is therefore difficult. This may have disrupted the evaluation of this area and thus its internal consistency. This sub-domain could be more objectively observed thanks to the assessment of the prison guards who perceive the presence and frequency of the visiting rooms and also the quality of the relations between the prisoners and their entourage through their informal exchanges.

Regarding the total scores, the results show excellent concurrent validity concerning the HCR-20, good regarding the RSVP and moderate for the Static-2002. The LS/CMI shows lower correlations with the Static-2002 and RSVP scales. Unlike these scales, the LS/CMI is not designed to assess the risk of sexual recidivism. The prediction of sexual and violent risk is based on similar factors (e.g. antisocial lifestyle) but also on specific factors (e.g. sexual

deviance) that do not appear in the LS/CMI (Brouillette-Alarie & Proulx, 2019; Doren, 2004). It is more effective in predicting violent risk, but above all particularly general risk (Andrews et al., 2004). The relationship between the LS/CMI total score and the HCR-20 summative score are consistent with a study on a sample of 72 psychiatric patients who had committed serious violent crimes (Abou-Sinna & Luebbers, 2012). To our knowledge, no study has shown any correlation between the LS/CMI and the RSVP. Finally, the association between the LS/CMI total score and the Static-2002 total score are present but weak. Unsurprisingly, certain domains (e.g., "Criminal history") are more strongly correlated with the total scores of the Static-2002, RSVP and HCR-20 scales because they feature in all of the scales. Other domains (e.g. "Companions ", "Leisure and Recreation") have little or no correlation with the total scores of the other risk scales. These domains are composed of more subjective and dynamic items that do not converge from one tool to another. Finally, Bonta et al. (2013), in their meta-analysis of risk factors for violent recidivism, report that among the 8 risk domains for recidivism of the LS/CMI, those of "Companions " and "Leisure and recreational activities" are less predictive factors for populations suffering from psychological difficulties.

The results show moderate and positive correlations between the total LS/CMI score and a history of assault, robbery and aggravated assault, but moderate and negative correlations with sexual assault. These correlations show that participants with sentenced for assault and robbery are at higher risk in the "Criminal History" and " Antisocial pattern " domains. Among the predictors of general recidivism, history of antisocial behaviour, antisocial personality pattern, antisocial attitudes, and antisocial associates are the "big four" risk factors that are the most predictive of recidivism (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017; Doren, 2004). These refer to a variety of offending behaviours. “Assault and battery” were positively correlated with the sub-domain “Education and Employment”. Crime, in particularly of the violent nature, is associated with long-term unemployment, not because of

the direct financial need, but because it leads to feelings of anger externalised by physical violence (Nordin & Almén, 2017). In France, access to work remains rare in detention (Guilbaud, 2018), particularly for prisoners with psychological difficulties (e.g. personality disorders) who will find it more difficult to manage their jobs (e.g., Cruitt et al., 2018) Furthermore, our sample was predominantly composed of sexual offenders. In this study, they present significantly lower scores than non-sexual violent offenders in the LS/CMI. Among the sexual offenders, most of recidivists are those with a more antisocial profile resulting in them committing more varied offences. Alcohol and drug use is a factor closely linked to general antisocial behaviour (Derivois, 2002). Our sample was composed mainly of child sexual offenders who characteristically display less antisocial profiles than sexual offenders of adults (Martorell, 2001). This may explain the negative links between the total LS/CMI score, the subdomain "Alcohol and drug problems" and the sexual assault offence.

The factor analysis performed on the 8 LS/CMI domains of our sample showed a one-factor solution explaining 37.74% of the variance with an acceptable internal consistency. The Canadian work, using the French version of the LS/CMI on a sample of both male and female prisoners monitored in the community, showed a one-factor structure explaining 48% of the variance. Studies of the LS/CMI show a one-factor structure explaining 38.80% of the variance in a sample of 150 female prisoners in England (Palmer & Hollin, 2007). However, a study of a sample of 294 male prisoners showed a two-factor structure explaining 61.2% of the variance (Hollin et al., 2003). According to Andrews and Bonta (1995), it is preferable to keep only one factor as the other factors are often very small. In our study, the areas which best represent the factor are “Antisocial pattern”, “Criminal history” and “Education and employment”. The first two domains are also the most representative of the factor in Guay's study (2016) and correspond to two of the "big four" factors of recidivism (Bonta, 2002;

Gotch & Hanson, 2016). In addiction, “Antisocial pattern” domain is partially scored using items already included in others domains, which gives it greater weight.

Although it is an essential index in the validation of psychometric properties, the predictive validity of the LS/CMI could not be tested in our study. The data collection was carried out until February 2020. Assessing whether or not new convictions of our participants eventually take place requires a longer follow-up time (e.g. 2 years for the study by Wormith et al., 2012). The observation of new convictions, which makes it possible to assess the predictive validity of the LS/CMI, is better optimised outside of the detention, setting, as probability of recidivism will not be very high whilst the subject is still detained. At the time of data collection, our sample, who was sentenced to a heavy sentence, had served just over half of their sentences (45.6%). Participants will be released from detention on average 69.7 months following our evaluation. In this context, it was not possible to assess our participants at the time of their release from detention in order to assess whether or not they had indeed been re-convicted.

This study does have other limitations. It was carried out in the context of detention, which is not a major risk environment for recidivism. According to a developmental approach, the risk of recidivism is the result of developmental factors that induce psychological risk factors of vulnerability which in turn in specific contexts lead to recidivism (Beech & Ward, 2004). However, prison is an environment that *(i)* limits exposure to certain contextual risk factors (such as the presence of potential minor victims) and exposed to others factors (such as antisocial companions). The rating of the LS/CMI, Static-2002, RSVP and HCR-20 scales is optimal where multiple sources of information are readily available (participants’ statement, medical records, criminal record, prison report, etc.; Guay, 2012; Webster et al., 1997). In this study, scoring may have been more difficult for some participants (n=85, 67.2%) because the contents of the files were heterogeneous in terms of *(i)*

quantity of information (some files only contained current information while others gave details of the offender's past) and *(ii)* quality of information (some files only contained medical information while others contained criminal records). The current sample size of 128 participants leads to the use of non-parametric psychometric measures and requires caution in generalizing the results.

This study made it possible to show the good psychometric properties of the LS/CMI on a sample of violent French offenders. The lack of French data available on these scales leads to reluctance among those French professionals likely to use them (Crampagne, 2013). These results also show that the psychometric properties of the LS/CMI are consistent with data from the international literature. Future studies should focus on *(i)* further validating the psychometric properties of the LS/CMI on other populations (e.g. non-prisoners, psychiatric, more varied in terms of offences committed, etc.) and *(ii)* using other analyses (e.g. predictive validity, etc.).

Using these tools correctly is a critical factor of their effectiveness. Several studies have proven that the LS/CMI is most effective in predicting and managing general recidivism risk, but less successful in predicting violent or sexual risk (Andrews et al., 2006; Hanson & Morton-Bourgon, 2009). The LS/CMI could constitute a basis for assessment that could be completed with other tools in order to obtain a personalised and optimal assessment of an offender. In order to choose the appropriate tools, it appears necessary to consider *(i)* the objectives (e.g. quantitative and qualitative risk assessment, therapeutic management, etc.), *(ii)* the type of recidivism targeted (e.g. general, violent and/or sexual), *(iii)* the population concerned (e.g. sexual offenders, violent offenders, psychiatric patients, etc.) and *(iv)* the type of assessor and his/her background skill set (e.g. therapist, probation officer, etc.) (Gentry et al., 2005; Guay & Lafortune, 2015; Hanson & Morton-Bourgon, 2005, 2009).

4.1.4. *De la bonne utilisation des échelles de risque*

## Article 5 : Le dossier médical est-il nécessaire pour l'évaluation du risque de récidive ?

***Is the medical record necessary to assess the risk of recidivism?***

**Article publié dans L'encéphale,** pour la cohérence de ce manuscrit de thèse l'article suivant a été mis aux normes APA (initialement Vancouver)

[1,2,4] Ingrid Bertsch, [1,2] Robert Courtois, [1] Christian Réveillère et [3,4] Thierry H. Pham

[1] Université de Tours, département de psychologie, EE 1901 Qualipsy (Qualité de vie et santé psychologique), 37000 Tours, France.

[2] Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles Centre Val-de-Loire, CHRU de Tours, 37000 Tours, France

[3] Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, 7500 Tournai, Belgique.

[4] Université de Mons-Hainaut, département de psychologie légale, 7000 Mons, Belgique

Résumé :

Introduction : La diversité des sources d'informations recueillies lors des évaluations du risque de récidive sexuelle, violente ou générale d'infracteurs sexuels et/ou violents est primordiale. En France, un accès limité aux informations contenues dans les dossiers médicaux et pénaux pourrait entrainer une utilisation erronée de ces échelles. L'objectif de l'étude est de tester l'utilité du recours au dossier médical pour la cotation d'échelles de risque de récidive sexuelle, violente et générale.

Matériel et Méthode : 128 auteurs de violences ont été évalués à l'aide de 3 échelles de risque de récidive sexuelle, violente et générale. Les scores et les items des échelles ont été comparés selon *(a)* qu'ils aient été cotés avec les dossiers médicaux et un entretien ou *(b)* seulement avec un entretien.

Résultats et discussion : Des différences ont été observées uniquement chez les agresseurs sexuels et pour les échelles RSVP et LS/CMI. L'utilisation de dossiers médicaux atténue le poids des facteurs présents et futurs, majore le poids des facteurs passés et de facteurs qui peuvent entrainer plus d'émotions négatives chez l'évaluateur. Le fonctionnement psychique des personnes évaluées, l'attitude de l'infracteur et la nature de certaines informations sont discutés afin d'éclairer ces résultats.

Conclusion : L'accès aux informations des dossiers des personnes évaluées devrait être questionné en France pour une utilisation éthique des échelles d'évaluation de risque de récidive.

*Mots-clefs* : Dossier de soins ; Évaluation ; Risque de récidive ; RSVP ; LS/CMI.

Summary:

Introduction: Sexual, violent and general recidivism risk scales are widely used in a number of countries. Their psychometric qualities are generally considered to be good. However, in practice they may vary in the quality of prediction of risk of sexual, violent and general recidivism, in particular because of the sources of the information collected. In France, the medical records of incarcerated patients are kept by health-care professionals. Although regulated, the content and quality of these records vary widely from one patient to another. The criminal justice system holds the criminal records of convicted and imprisoned persons. There is no set list of documents contained in these records. For carers and researchers, access to criminal records is difficult because of the confidentiality to which legal professionals are subject. The aim of our study was to investigate whether using medical files in addition to structured interviews can improve the assessment and management of the risks of sexual, violent and general recidivism.

Material and Method: 128 perpetrators of violence were assessed using 3 scales of risk of sexual, violent and general recidivism. Scores for the items of the scales were compared between (a) those that were based on medical records and an interview, and (b) those based only on an interview.

Results and discussion: First, differences in scores between the two groups (assessed through interview only, and assessed through interview and use of medical records) were observed on the RSVP, HCR-20 and LS/CMI scales. Secondly, most of the results indicate that the overall level of risk was perceived as lower when medical records were used, which would, indirectly, lead to a reduction in false positives when evaluating perpetrators of sexual violence. Thirdly, the point-by-point analysis shows that the use of information contained in the medical records reduces the weight of present and future factors (e.g. the physical and psychological stress of recent events), increases the weight of past factors (e.g. history of

sexual violence), and can increase the weight of certain factors that can lead to more negative emotions in the assessor (e.g. deviance). These results can be explained by *(i)* the emotional functioning of the persons assessed (particularly defensive processes or memory difficulties), *(ii)* the attitude of the aggressor (particularly the presence of emotional and cognitive biases), *(iii)* the nature of the information (particularly "hot" cognitions or those leading to greater social desirability). The limitations of the study concern the relatively small number of participants, the environment in which the file was transmitted and the very heterogeneous and sometimes relatively incomplete composition of the files.

Conclusion: The use of information contained in medical files impacts the results of recidivism risk scales and restores a balance to the factors. In France, risk scales are currently being introduced, although their use is still limited in the health field. However, ethical use of these scales raises the issue of the homogenisation of the content of medical records and access to criminal records, in order to enable future research to confirm whether the use of information provided in medical and criminal records can improve the quality of assessment and treatment of offenders.

*Key-words*: Medical record; Assessment; Recidivism risk; RSVP; LS/CMI

## 1. Introduction

L'évaluation du risque de récidive sexuel, violent et général chez les infracteurs violents est une préoccupation majeure depuis plusieurs décennies. Le jugement clinique non structuré a été, et est encore dans certains pays comme la France, la méthode la plus couramment utilisée. Elle consiste à donner son avis sur le risque de récidive d'un patient uniquement à partir d'informations internes c'est-à-dire de l'expérience personnelle de l'évaluateur. Cette méthode d'évaluation s'est avérée peu efficace car l'évaluation du risque fait intervenir de nombreux biais. L'état du patient évalué, le contexte et les enjeux de l'évaluation, le lieu et le temps consacré à celle-ci ou encore la crainte des conséquences d'une mauvaise évaluation sur une institution impactent la qualité de la prédiction (Elbogen & Huss, 2000). A ces difficultés, il semble primordial d'ajouter toutes les caractéristiques de l'évaluateur qui influencent l'évaluation (Neal & Grisso, 2014) et notamment ses biais cognitifs. Par exemple, le biais de disponibilité conduirait l'évaluateur à penser que ce qui est saillant est plus fréquent et donc plus lié à la récidive (Quinsey, 1995). L'ensemble de ces biais amènent l'évaluateur à prédire un risque de récidive plus élevé qu'il ne l'est en réalité (ex, Melton et al., 2007).

Pour contrer ces difficultés et permettre une évaluation plus juste du risque de récidive, des échelles structurées ont été développées. Elles s'appuient sur des informations externes que sont les facteurs empiriquement liés au risque. Ces facteurs de risque sont multiples et peuvent être judiciaires (comme les antécédents d'infractions ; ex, Wormith et al., 2012) ou cliniques (comme la présence d'un trouble de la personnalité ; ex, Webster et al., 1997). Les échelles de risque de récidive de jugement professionnel structuré (dites de dernière génération) sont devenues pratique courante dans le monde et notamment en Amérique du nord et en Belgique (Pham et al., 2016; Singh et al., 2011, 2014). Elles ont pour objectif *(i)* de prédire le risque d'une personne de commettre une infraction sexuelle et/ou

violente (ex, Hanson & Thornton, 2000) et ou *(ii)* de mettre en place une prise en charge sanitaire et judiciaire adaptée pour les infracteurs (ex, Hogan & Olver, 2016). Elles présentent souvent de bonnes qualités psychométriques qui les rendent supérieures au jugement clinique non structuré (Hanson & Morton-Bourgon, 2009). Toutefois, leur simple usage ne garantit pas une évaluation précise du risque.

Ainsi, le risque est évalué avec plus de précisions lorsque des professionnels sont formés aux échelles (Flores et al., 2006; Hart, 2003), qu'ils se montrent plus consciencieux (en menant des évaluations plus détaillées et précises) (Hanson, 2007) et qu'ils procèdent à l'évaluation dans un contexte favorable (notamment lorsqu'un lien de confiance est possible entre les deux protagonistes de l'évaluation) (Guay, 2012). L'évaluation présentera plus de rigueur lorsqu'elle est réalisée de manière consensuelle avec plusieurs évaluateurs (Moulin, et al., 2020). La validité de l'évaluation est également conditionnée par la qualité des informations recueillies. D'une manière générale, l'information recueillie influence la prise de décision (Drevon et al., 2018). En ayant accès à des sources d'informations multiples, l'évaluateur aura davantage de facilité à coter les items pour lesquels les informations convergent (O'Donell, 2018). Des informations identiques provenant de sources multiples vont avoir pour but de donner à l'évaluateur plus de confiance dans sa cotation qui a son tour entrainera une prédiction plus précise du risque de récidive (Douglas & Ogloff, 2003). Selon Guay (2012), une bonne qualité d'informations recueillies comprend la qualité de l'entretien clinique mené auprès de l'évalué mais aussi l'accès à son dossier pénal.

En France, les personnes condamnées et incarcérées sont encadrées par l'Administration Pénitentiaire (chargée du bon déroulement de la détention), les magistrats (chargés de faire appliquer la loi) et le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) (chargé de faire exécuter les mesures de justice). L'ensemble des professionnels judiciaires sont employés par le Ministère de la Justice. Les dossiers pénaux constitués par ces

professionnels regroupent l'intégralité des pièces de procédure liées à une affaire. Bien qu'aucune liste fixe n'existe concernant les documents contenus dans les dossiers pénaux, les informations doivent permettre *(i)* la représentation des évènements de l'affaire et *(ii)* l'attestation de ces évènements (Herpin, 1981). Il peut donc contenir : des procès-verbaux d'interpellation, de condamnation, de constatation, d'audition, les expertises psychologique et psychiatrique, … Pour les soignants et les chercheurs, l'accès aux dossiers pénaux est rendu difficile par le secret auquel sont soumis les professionnels judiciaires (Décret N°99-276, 1999).

Mais, c'est surtout les dossiers médicaux qui peuvent être accessibles aux chercheurs français provenant de milieux de soin. Sur le plan médical, les personnes condamnées et incarcérées sont prises en charge par des professionnels du Ministère de la Santé. La constitution et la tenue d'un dossier médical est obligatoire pour le médecin et les professionnels paramédicaux qui sont, avec le patient, les seuls à pouvoir accéder à ces informations (Décret N° 2002-637, 2002). Ce dossier peut contenir *(i)* les documents établis au moment de l'admission et durant le séjour médical (ex, les prescriptions initiales, le type de prise en charge reçue, la nature des soins dispensés, l'état clinique, …), *(ii)* les documents établis à la fin de chaque séjour hospitalier (ex, le compte rendu d'hospitalisation, les prescriptions établies à la sortie du patient, la fiche de synthèse des soins infirmiers, …) et *(iii)* les informations recueillies auprès d'un tiers (Article R1112-2, 2016; Montet, 2008). Cependant dans la pratique quotidienne, le contenu des dossiers médicaux est très hétérogène selon les patients et les établissements.

Cet article a pour objectif de questionner les différences de cotation et d'interprétation des échelles de risque de récidive (a) à l'aide d'un entretien semi-structuré ou (b) avec un entretien semi-structuré et l'exploitation des dossiers médicaux. Nous formulons l'hypothèse que l'accès à des sources variées d'informations (c'est-à-dire au dossier médical en plus de

l'entretien) limitera les biais liés à l'évaluation. Il semble difficile de prédire plus en amont les résultats d'une telle recherche qui constitue à notre connaissance l'unique étude sur la question.

## 2. Méthode

### 2.1. Population

L'échantillon est composé de 128 détenus majeurs, de sexe masculin, ayant commis des faits de violence. Les participants de cet échantillon ont en moyenne 44,2 ans (SD : 12,3). Leur niveau d'étude moyen correspondant au Brevet d'Etudes Professionnelles (moyenne : 10,3 (SD : 2,5), valeurs minimale et maximale : 1-15). Ils ont été condamnés à une peine moyenne de 128 mois de détention (SD : 84,2) et ont effectué au moment du recueil de données en moyenne 58,9 mois de détention (SD : 53,1).

La population est répartie en deux groupes : un groupe d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS, n=86, 67,2%) et un groupe d'auteurs de Violence Non-Sexuelle (VNS, n=41, 32,8%). Pour chaque groupe, deux conditions expérimentales ont été proposées : une condition « Entretien avec Dossier » (ED) (n=43, 33,6%) composée des participants pour lesquels la cotation des échelles de risque s'est faite à l'aide d'un entretien semi-structuré et de la consultation des dossiers médicaux. Les dossiers médicaux de ce groupe comprenaient en moyenne 2,53 documents (1-5). Et une condition « Entretien » (E) (n=85, 66,4%) composée des participants pour lesquels la cotation des échelles de risque est limitée à un seul entretien semi-structuré. Le groupe « ED » présente significativement moins d'AICS (n=37 pour le groupe « ED » et n=49 pour le groupe « E », $p < 0,001$).

2.2. Instruments

Afin de coter les échelles de risque, deux sources d'informations ont été utilisées. Un entretien clinique semi-structuré, créé pour cette étude, abordait : *(i)* les antécédents judiciaires (dans l'enfance et à l'âge adulte), *(ii)* les faits en lien avec la condamnation actuelle (nombre et la nature de l'infraction, reconnaissance des faits, …), *(iii)* les éléments psychopathologiques et somatiques (état mental actuel, antécédents de troubles, …), *(iv)* les éléments sociaux et familiaux personnels (l'emploi, les relations amoureuses, …), *(v)* les loisirs et activités (loisirs actuels, loisirs passés) et *(vi)* les projets d'avenir des participants (projets à venir, les personnes ressources, …). L'autorisation d'accès au dossier pénal étant impossible, seul le dossier médical a été utilisé comme source d'informations secondaires. Les dossiers médicaux contenaient tous au minimum des informations relatives à la prise en charge psychiatrique et/ou psychologique actuelle (fiche de traitement et attestations de suivi actuel).

Le Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP ; Hart et al., 2003) est une échelle d'évaluation et de gestion du risque de récidive sexuelle. Elle évalue 5 domaines liés à la récidive. La version française a été traduite par Pham et Michaux (UMons). La cotation en trois possibilités est répétée pour le passé, le présent et l'avenir du participant et permet un score par domaine, ainsi qu'un score total. Elle présente de bonnes qualités psychométriques (Hart & Boer, 2010).

Le Historical, Clinical and Risk Management Scale-20 (HCR-20 ; Webster et al., 1995) est une échelle d'évaluation et de gestion du risque de récidive violente. Elle évalue 3 domaines liés à la récidive. La version française a été traduite et validée par Claix et Pham (Claix & Pham, 2004). La cotation en trois possibilités permet le calcul d'un score dans chaque domaine, ainsi qu'un score total. Il présente de bonnes qualités psychométriques (Douglas et al., 2014).

Le Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI ; Andrews et al., 2004) permet d'évaluer le risque de récidive générale et la capacité de réinsertion des infracteurs. Il est composé de 11 sections. La version française a été traduite et validée par Guay (2016). La section 1 (seule utilisée dans cette étude) évalue 8 domaines liés à la récidive. Il est possible de scorer chaque domaine et un score total. L'échelle présente de bonnes qualités psychométriques (Wormith et al., 2015).

La Social desirability Scale (SDS-17 ; Crowne & Marlowe, 1960; Stöber, 1999), en auto-questionnaire, permet d'évaluer la tendance à la désirabilité sociale. La version française de la SDS-17 permet l'obtention d'un score total (Blais et al., 1991). Cet échelle présente de bonnes qualités psychométriques (Stöber, 2001).

Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI ; Sheehan et al., 1998), en entretien semi-structuré, évalue la présence de troubles psychiatriques de l'axe 1 (troubles de l'humeur, anxieux, phobiques, obsessionnels, dépendance et abus de substances, troubles alimentaires, psychotiques) et du trouble de la personnalité antisociale (axe 2) selon les critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). La version française a été traduite par Lecrubier et al (1997).

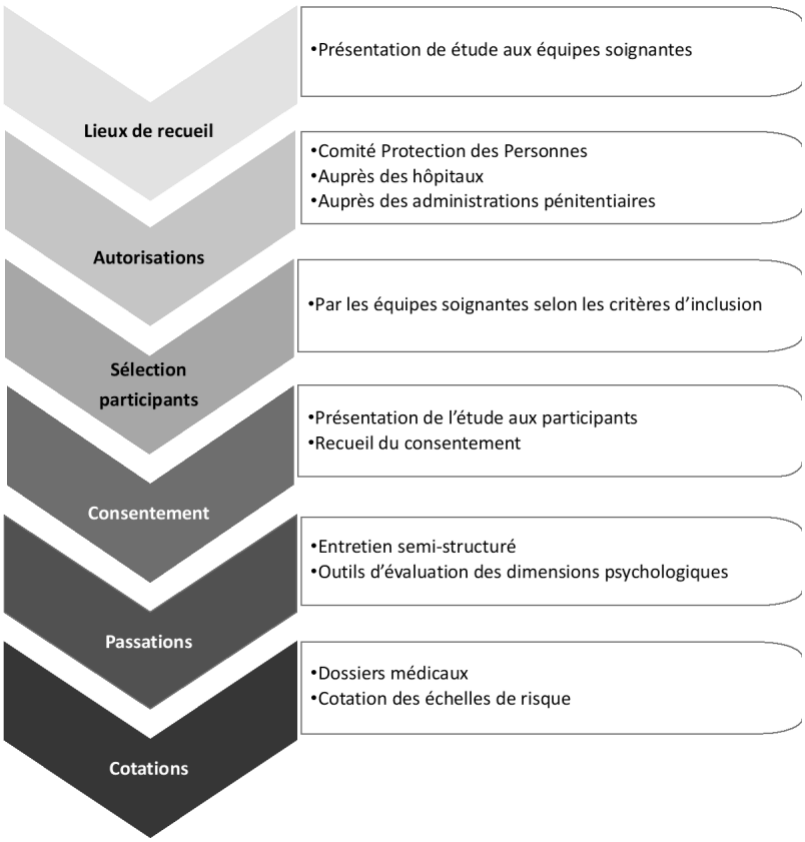
2.3. Procédure

L'ensemble de la procédure est présenté en figure 6. Cette étude a reçu un avis favorable (n° 2017-077) du groupe éthique d'aide à la recherche clinique pour les protocoles de recherche non soumis au comité de protection des personnes (ERERC). Les passations ont été réalisées au sein de services sanitaires de quatre établissements pénitentiaires de régions françaises différentes entre mars 2018 et février 2020. L'ensemble des entretiens semi-structurés ont été réalisés par un évaluateur, psychologue clinicien, formé à l'utilisation des échelles de risque proposées dans cette étude. Les informations collectées lors des entretiens semi-structurés ont permis la cotation des trois échelles de risque. La RSVP, qui permet

l'appréciation d'un risque de récidive uniquement sexuel, n'a été cotée que pour les AICS. Une fois l'entretien semi-structuré proposé au participant, les dossiers médicaux pouvaient être consultés par le même expérimentateur. Les participants du groupe « E » avaient dans leur dossier les informations médicales générales dégagées à partir de l'ensemble des dossiers. Les participants du groupe « ED » avaient dans leur dossier des informations supplémentaires (expertises psychiatriques et psychologiques, comptes rendus d'hospitalisations en psychiatrie, ordonnances de condamnations définitives, fiches pénales). Le contexte des soins médicaux et psychiatriques dans des milieux pénitentiaires (donc judiciaires) peut amener les soignants à accéder à des informations judiciaires (comme notamment l'expertise psychiatrique) qui sont alors parfois contenues dans les dossiers médicaux des patients.

Afin de s'assurer de la bonne fidélité interjuge des scores au RSVP, HCR-20 et LS/CMI, une double cotation à l'aveugle a été réalisée pour 10 participants (7,81%), sélectionnés au hasard, par un second chercheur formé à la cotation des échelles de risque et exerçant dans un service médico-légal belge. La fidélité interjuge est satisfaisante pour les scores totaux aux échelles (score total de la RSVP : $\rho$=0,96 ; $p < 0,01$ ; score total au HCR-20 : $\rho$=0,93 ; $p < 0,01$ ; score total au LS/CMI : $\rho$=0,86 ; $p < 0,01$).

*Figure 6 : Déroulée de la procédure*




2.4. Analyses statistiques

L'ensemble des analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM© SPSS© version 25. La distribution de notre population ne suit pas une loi normale, c'est pourquoi les analyses réalisées sont non paramétriques. Des comparaisons de moyennes non paramétriques (Test de Mann Whitney) ont été réalisées pour l'ensemble des résultats. Seules les comparaisons de présence de pathologies psychiatriques passées, actuelles et vie entière au sein des groupes « E » et « ED » des AICS et des VNS ont été analysées à l'aide de $Chi^2$. Les résultats sont présentés sous la forme : moyenne [écart-type] et par défaut la significativité est considérée à $p < 0,05$. Nous avons fait le choix de scinder notre population selon le motif actuel de condamnation pour obtenir un groupe d'AICS et un groupe de VNS. Ainsi, le risque d'une population trop hétérogène est écarté.

## 3. Résultats

### 3.1. Comparaisons des scores totaux aux échelles de risque des groupes « ED » et « E » chez les AICS et les VNS

Que ce soit pour les AICS comme les VNS, les groupes « ED » et « E » sont équivalents au niveau de l'âge, le niveau d'études, la durée de condamnation, la durée de détention effectuée, la désirabilité sociale évaluée à l'aide de la SDS-17 et la présence de troubles psychiatriques passés, actuels et vie entière, évalués à l'aide du MINI.

Le tableau 19 présente les résultats aux trois échelles RSVP, HCR-20 et RSVP chez les VNS et AICS. On observe des résultats significatifs seulement pour les échelles RSVP et LS/CMI et parmi le groupe des AICS. Aucune différence significative n'est observée pour la HCR-20 et chez les VNS. Les résultats suivants se concentreront uniquement sur les AICS et les échelles RSVP et LS/CMI.

*Tableau 19 : Comparaisons des scores aux échelles de risque entre les groupes « Entretien avec dossier » et « Entretien » chez les AICS et les VNS*

| | **AICS** | | | **VNS** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Entretien avec Dossier** (n=37) Moy. [ET] | **Entretien** (n=49) Moy. [ET] | **Test U** | **Entretien avec Dossier** (n=36) Moy. [ET] | **Entretien** (n=6) Moy. [ET] | **Test U** |
| Age | 47,43 [10,41] | 44,43 [11,36] | *ns* | 39,78 [14,61] | 48,17 [8,47] | *ns* |
| Niveau étude | 10,51 [2,57] | 9,82 [2,65] | *ns* | 10,03 [2,31] | 8,83 [2,64] | *ns* |
| Durée condamnation | 137,35 [79,86] | 127,96 [59,75] | *ns* | 108,14 [107,55] | 191,00 [107,76] | *ns* |
| Durée peine effectuée | 75,73 [70,28] | 49,81 [31,32] | *ns* | 46,00 [46,07] | 94,33 [76,84] | *ns* |
| Nombre de délits dans condamnation actuelle | 1,49 [0,65] | 1,51 [0,65] | *ns* | 1,28 [0,74] | 1, 17 [0,41] | *ns* |
| Désirabilité sociale | 10,87 [2,80] | 9,75 [3,10] | *ns* | 10,76 [3,42] | 11,75 [1,26] | *ns* |
| **RSVP- TOTAL** | **46,4 [15,5]** | **50,2 [15,9]** | *ns* | - | - | - |
| Antérieur Total | 20,4 [6,2] | 18,2 [6,46] | *ns* | - | - | - |
| Récent Total | 11,9 [5,2] | 16,2 [6,3] | 0,02* | - | - | - |
| Futur Total | 14,1 [5,3] | 15,8 [5,1] | *ns* | - | - | - |
| **HCR- TOTAL** | **12,7 [6,8]** | **14,0 [6,6]** | ***ns*** | **14,8 [6,1]** | **16,0 [6,9]** | ***ns*** |
| Historique | 6,1 [4,3] | 6,9 [4,4] | *ns* | 7,0 [3,6] | 8,6 [4,9] | *ns* |
| Clinique | 2,8 [1,9] | 3,0 [2,1] | *ns* | 4,0 [1,7] | 3,6 [2,0] | *ns* |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Risque | 3,7 [1,9] | 4 [2,1] | *ns* | 3,83 [2,1] | 3,8 [1,6] | *ns* |
| **LS/CMI- TOTAL** | **14,2 [6,4]** | **16,7 [6,3]** | *ns* | **16,7 [6,1]** | **19,4 [8,5]** | *ns* |
| Antécédents criminels | 3,6 [1,8] | 3,4 [2,0] | *ns* | 3,8 [1,5] | 4,3 [2,2] | *ns* |
| Éducation & emploi | 2,0 [1,9] | 3,8 [2,4] | 0,01** | 3,3 [1,9] | 4,4 [2,8] | *ns* |
| Famille & couple | 2,2 [2,1] | 2,3 [1,2] | *ns* | 1,5 [0,8] | 2,0 [1,2] | *ns* |
| Loisirs & activités récréatives | 2,7 [0,8] | 2,8 [0,8] | *ns* | 3,2 [0,4] | 3,0 [0,7] | *ns* |
| Fréquentations | 0,6 [0,7] | 0,9 [0,8] | *ns* | 0,7 [0,8] | 0,9 [0,7] | *ns* |
| Alcool & drogues | 1,3 [1,9] | 1,1 [1,5] | *ns* | 1,8 [1,7] | 2,0 [1,9] | *ns* |
| Attitudes. & orientation criminelles | 1,1 [1,0] | 1,2 [0,9] | *ns* | 1,0 [0,9] | 1,4 [1,2] | *ns* |
| Comportement antisocial | 0,7 [1,0] | 1,2 [1,0] | 0,01** | 1,3 [1,8] | 1,4 [1,2] | *ns* |

*ns* : non significatif ; *$p < 0,05$ ; **$p < 0,01$

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol; HCR: Historical, Clinical and Risk Management Scale – 20 ; LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory

3.2. Comparaisons des scores aux items de risque des groupes « ED » et « E » chez les AICS seuls

La suite des résultats se focalise sur les différences entre les items de la RSVP et du LS/CMI pour les groupes « ED » et « E » chez les AICS. Seules les différences significatives sont rapportées Tableau 20. On observe que le groupe « ED » présente des scores significativement plus faibles aux items « Antécédents Violences Sexuelles », « Coercition physique-Récent (4R) », « Coercition psychique-Récent (5R) », « Coercition psychique-Futur (5F) », « Ajustement social-Récent », « Ajustement social-Futur », « Emploi-Futur (18F) », « Gestion-Récent », « Gestion-Futur » de la RSVP et « Actuellement sans emploi (item 9) », « Pas emploi pendant 1 an (item 11) », « Participation au rendement (item 15) », « Rapports aux pairs (item 16) », « Rapports à l'autorité (item 17) », « Tendance à vivre des problèmes (item 43) » du LS/CMI. Le groupe « ED » présente des scores significativement plus élevés aux items « Antécédents VS-Antérieur », « Chronicité-Antérieur (1A) », « Déviance-Antérieur (11A) », « Déviance-Récent (11R) » et « Déviance-Futur (11F) » de la RSVP et « Nombre d'infractions actuelles (item 4) » du LS/CMI.

*Tableau 20 : Comparaisons des items de la RSVP et du LS/CMI entre les groupes « Entretien avec dossier » et « Entretien » chez les AICS*

| | **Entretien avec Dossier** (n=37) Moy. [ET] | **Entretien** (n=49) Moy. [ET] | **Test U** |
|---|---|---|---|
| **RSVP** | | | |
| Antécédents VS - Antérieur | 3,6 [2,5] | 1,8 [2,2] | 0,01** |
| Antécédents VS - Récent | 0,4 [0,9] | 2,0 [1,6] | 0,01** |
| Chronicité Antérieur (1A) | 1,1 [0,9] | 0,6 [0,8] | 0,01** |
| Escalade Antérieur (3A) | 0,5 [0,8] | 0,1 [0,5] | 0,01** |
| Coercition physique Récent (4R) | 0,1 [0,4] | 0,6 [0,9] | 0,01** |
| Coercition psychologique Récent (5R) | 0,2 [0,6] | 1,2 [1,0] | 0,01** |
| Coercition psychologique Futur (5F) | 0,5 [0,6] | 0,8 [0,7] | 0,04* |
| Déviance Antérieur (11A) | 0,9 [0,8] | 0,5 [0,8] | 0,01** |
| Déviance Récent (11R) | 0,8 [0,8] | 0,4 [0,7] | 0,01** |
| Déviance Futur (11F) | 0,8 [0,8] | 0,4 [0,7] | 0,01** |
| Ajustement social - Récent | 3,2 [1,9] | 4,2 [2,1] | 0,02* |
| Ajustement social - Futur | 3,3 [1,8] | 4,2 [1,9] | 0,03* |
| Emploi Futur (18F) | 0,6 [0,8] | 1,0 [0,8] | 0,04* |
| Gestion - Récent | 1,2 [1,3] | 2,1 [1,9] | 0,02* |
| Gestion - Futur | 1,4 [1,2] | 2,3 [1,7] | 0,03* |
| Planification Récent (20R) | 0,5 [0,8] | 1,1 [0,9] | 0,01** |
| Planification Futur (20F) | 0,5 [0,7] | 1,2 [0,8] | 0,01** |
| **LS/CMI** | | | |
| Nombre d'infractions actuelles (Item 4) | 0,5 [0,5] | 0,2 [0,4] | 0,02* |
| Actuellement sans emploi (Item 9) | 0,2 [0,4] | 0,5 [0,5] | 0,03* |
| Pas emploi pendant 1an (Item 11) | 0,1 [0,2] | 0,2 0,4] | 0,02* |
| Participation ou rendement (Item 15) | 0,2 [0,4] | 0,5 [0,5] | 0,01** |
| Rapports aux pairs (Item 16) | 0,2 [0,4] | 0,5 [0,5] | 0,01** |
| Rapports à l'autorité (Item 17) | 0,1 [0,5] | 0,5 [0,5] | 0,01** |
| Tendance à vivre des problèmes (Item 43) | 0,3 [0,5] | 0,6 [0,5] | 0,01** |

*ns* : non significatif ; *$p < 0,05$ ; **$p < 0,01$

*Notes.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol; LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory

## 4. Discussion

Les résultats aux échelles de risque montrent que *(i)* les scores totaux ne diffèrent pas selon l'analyse des dossiers en plus d'un entretien semi-structuré et *(ii)* que lorsque des résultats sont significatifs, ils vont majoritairement dans le sens d'une évaluation plus faible du score de risque. Ce résultat est cohérent avec l'étude de Quesada et al. (Quesada et al., 2014) qui a montré une diminution des scores de risque lorsque l'évaluation était réalisée par des praticiens ayant eu accès à des entretiens avec les évalués en plus de la lecture du dossier en comparaison aux chercheurs ayant côtés les échelles uniquement sur dossier. En France, l'utilisation d'échelles de risque, et en particulier des échelles qui permettant de catégoriser les infracteurs selon leur niveau de risque, entraine chez les professionnels la crainte d'une potentielle stigmatisation des infracteurs (Moulin et al., 2012). Leur perception des outils est souvent réduite aux échelles actuarielles ne comprenant que des items passés et irréversibles (Gravier, et al., 2012). Ces échelles stigmatiseraient les infracteurs car *(i)* elles les placeraient dans une catégorie type (à risque ou non) et *(ii)* leur caractère statique ne permettrait pas aux infracteurs d'évoluer et majorerait ainsi la perception du risque (Moulin et al., 2012). Notre étude s'appuie premièrement sur des échelles de jugement professionnel structuré et de jugement clinique intégré, basés sur des facteurs statiques mais également dynamiques, qui ont la capacité de considérer les évolutions positives de l'infracteur. De plus, les scores totaux de notre étude suggèrent que l'utilisation des dossiers médicaux n'amène pas à une évaluation plus élevée du risque de récidive. Ainsi, l'utilisation des dossiers médicaux en plus de l'entretien engendrerait une évaluation plus faible du risque de récidive. Ceci est cohérent avec *(i)* les travaux de la littérature soulignant que l'utilisation d'échelles structurées limite les faux positifs plus prévalant avec le jugement clinique non structuré (Melton et al., 2007) et confirme ainsi *(ii)* les recommandations de bonnes pratiques des échelles préconisant

l'utilisation de différentes sources d'informations pour une meilleure objectivité (Guay et al., 2015).

Deuxièmement, nous observons que suite à la consultation des dossiers, les scores de facteurs présents et futurs sont plus faibles. Sans doute la détention est un environnement particulier qui incite à développer certains mécanismes de défense notamment chez les infracteurs ayant commis des faits graves (comme des violences sexuelles) (Van Marle, 2005). La culture de la « méfiance » va entrainer une modification de la relation aux autres qui peut passer par le fait de se montrer plus « dangereux » (Van Marle, 2005). Ceci a pu amener la personne évaluée à se montrer sous un jour plus négatif qu'il ne l'est en réalité, majorant certains facteurs comme la coercition physique et psychique utilisée lors des faits récents. Par ailleurs, des biais cognitifs peuvent impacter la compréhension de la situation par l'évaluateur. Le biais de saillance entraine l'évaluateur à considérer ce qui est saillant comme plus fréquent (Guay et al., 2015). Les événements présents peuvent ainsi devenir plus saillants pour l'évaluateur (ex, les faits récents) car plus manifestes et nombreux dans la mémoire et le discours des personnes évaluées. Les évènements futurs peuvent être perçus comme plus saillants selon l'évaluateur car ils constituent sa préoccupation première dans l'appréciation du risque de violence.

Troisièmement, la consultation des dossiers semble augmenter les scores des facteurs passés. L'évaluateur peut avoir tendance, en étant tributaire des données auto rapportés, toujours à cause du biais cognitif de saillance, à sous-estimer le poids des éléments du passé (Guay, 2012). De plus, la détention peut atténuer les fonctions cognitives des AICS et cet impact augmente avec la durée de détention (Combalbert & Pennequin, 2020). Ainsi, des problèmes mnésiques chez les infracteurs pourraient engendrer des difficultés à relater des informations passées (comme les antécédents de violences sexuelles).

Enfin, à la différence d'items « factuels » (comme l'emploi ou les loisirs) la consultation des dossiers semble augmenter les scores de certains items « plus impliquant » car chargés émotionnellement comme par exemple le nombre d'infractions actuelles et la déviance (antérieure, récente, future). La déviance est définie par la présence d'intérêts, de préférences, d'activation ou de comportements sexuels qui impliquent une focalisation sur un objet ou une personne inappropriée. L'évaluation de ces informations pourrait être plus difficile car elle nécessite de poser des questions relatives à la sexualité déviante. La situation d'évaluation renforce la désirabilité sociale c'est-à-dire la tendance à se présenter soi-même d'une manière qui sera valorisée par autrui (Aebi & Jaquier, 2008). Les infracteurs vont alors être réticents à révéler certains faits qui pourraient soit contrecarrer cette recherche d'approbation soit générer du rejet chez l'autre (Aebi & Jaquier, 2008). D'autant que le présent échantillon est composé d'AICS, des infracteurs particulièrement sensibles aux regards d'autrui (Tierney & McCabe, 2001). Enfin, les cognitions « chaudes » (Benbouriche et al., 2013) comme la déviance, ne peuvent survenir que dans des contextes précis. L'examen de documents reflétant l'historique des délits sexuels ou l'utilisation d'instruments psychométriques, qui pourraient être mentionnés dans les dossiers des AICS, sont nécessaires afin d'évaluer ces cognitions chaudes (Benbouriche et al., 2013; Cortoni & Longpré, 2018).

Cette étude a tenté de montrer que la consultation de sources d'informations variées comme l'apport des dossiers médicaux contenant des informations médicales mais aussi parfois judiciaires rééquilibre le poids de plusieurs facteurs en limitant les effets subjectifs de la personne évaluée, de l'évaluateur, de la rencontre entre les deux et de la nature de certaines informations et en fournissant à l'évaluateur des données plus solides, car probablement convergentes pour la cotation des items. L'étude présente des limites. Notre échantillon est composé de VNS et d'AICS. Aucune différence n'a été observé entre le groupe « ED » et le groupe « E » chez les VNS. Des différences ont été observées entre le groupe « ED » et le

groupe « E » uniquement chez les AICS. L'échantillon considéré pour l'étude des résultats a, donc, été réduit aux AICS uniquement. Ceci peut être dû à la présence plus importante chez les AICS de troubles personnels (Chantry & Craig, 1994) (impactant la rencontre avec l'autre et rendant l'évaluation sans donnée objective plus difficile). De plus, parmi diverses infractions, les faits de violences sexuelles génèrent souvent chez les interlocuteurs davantage de représentations négatives, qui induisent une perception spontanée plus négative des AICS (Soldati & Eytan, 2014). Ceci concerne plus particulièrement les agresseurs sexuels d'enfants (Ferguson & Ireland, 2006), qui composent une partie importante de notre population. Bien que ces représentations négatives soient moins présentes chez les soignants (Ferguson & Ireland, 2006), elles impacteraient néanmoins l'évaluation des AICS et de leur risque. Des sources d'informations plus variées permettraient de nuancer contrebalancer ces perceptions négatives, pour une évaluation plus objective. De plus, la taille de l'échantillon des AICS dans les groupes « Dossier » et « Entretien » demeure limitée. D'autres études identiques sur des échantillons plus importants faciliteraient la généralisation des résultats. Par ailleurs, la formation des groupes « E » et « ED » a été réalisée en fonction du contenu des dossiers médicaux des participants. A l'avenir, une assignation aléatoire pourrait définir ces groupes et limiterait ainsi les biais. Cette étude a été réalisée dans un contexte particulier qu'est la détention. Selon une approche développementale, le risque de récidive serait le fruit de facteurs développementaux qui induiraient des facteurs de risque psychologiques de vulnérabilité qui à leur tour dans des contextes spécifiques entraineraient la récidive (Beech & Ward, 2004). Or la prison est un environnement qui limite l'exposition à certains facteurs contextuels de risque, comme par exemple la présence de potentielles victimes mineures. De plus, l'absence de données de récidive est une limite supplémentaire à l'étude. Elles permettraient de vérifier si l'utilisation de sources d'informations variées améliorent ou non la prédiction des échelles de risque. Mais leur recueil n'a pas été possible dans la mesure où

l'évaluation de la récidive est possible sur une période d'observation longue après la sortie de détention (ex, 2ans pour l'étude de Wormith et al., 2012). Au moment de la collecte des données, qui s'est achevée en 2020, notre échantillon, qui a été condamné à de lourdes peines, avait purgé un peu plus de la moitié des peines (45,60%). Les participants seront libérés de détention en moyenne 69,66 mois après notre évaluation. Il n'a donc pas été possible d'évaluer nos participants au moment de leur libération afin de déterminer s'ils avaient effectivement été condamnés à nouveau. La principale limite est la composition des dossiers médicaux. En effet, nous avons pu constater une hétérogénéité importante du contenu des dossiers en matière de *(i)* quantité d'informations (certains dossiers ne contiennent que des informations actuelles tandis que d'autres retracent le passé de l'infracteur) et *(ii)* qualité des informations (certains dossiers ne contiennent uniquement que les éléments médicaux tandis que d'autres contiennent des documents pénaux). Les informations sociales sont souvent inexistantes. Ce constat avait déjà été partagé dans une étude montrant *(i)* le caractère hétérogène des contenus de 69 expertises françaises de pédopornographes et *(ii)* l'absence de certaines données notamment en matière d'évaluation du risque de récidive (Prat & Jonas, 2015). Pourtant certaines informations sont indispensables pour la cotation des échelles de risque : les évaluations passées, les rapports psychologiques et psychiatriques ou encore le casier judiciaire (Guay et al., 2015). Dans d'autres pays, comme au Canada, il est même possible de s'entretenir avec des proches de la personne évaluée (comme des membres de la famille, des professionnels… (Guay, 2012) ce qui ne constitue pas une pratique courante en France.

**Conclusion**

Cette étude a tenté de mesurer l'impact de l'utilisation, sur les scores aux échelles de risque, des informations contenues ou non dans les dossiers médicaux de 128 détenus violents. Les résultats ont montré que l'utilisation des informations contenues dans les

dossiers médicaux associée à un entretien entrainait *(i)* des variations de scores de risque uniquement pour les AICS et uniquement pour les échelles RSVP et LS/CMI, *(ii)* des scores totaux plus faibles de risque de récidive, *(ii)* des scores plus faibles à certains facteurs de risque présents et futurs, *(iii)* des scores plus élevés à certains facteurs de risque passés et enfin, *(iv)* des scores plus élevés à certains facteurs « plus impliquant » et chargés émotionnellement. En France, l'utilisation des échelles de risque génère une grande réticence de la part des professionnels mais son implantation est en cours. Une utilisation optimale de ces échelles n'est rendue possible qu'avec l'accès aux données qui permettent de coter l'ensemble des facteurs de risque composant les échelles. Mais dans le contexte français, le secret professionnel (par ailleurs indispensable à la pratique), l'hétérogénéité qualitative et quantitative complique l'utilisation des échelles. Les résultats montrent que l'utilisation de certaines données impacte les scores des échelles destinées à apprécier le risque de récidive ainsi que l'instauration de la prise en charge.

*4.2. Les facteurs de risque*

Cette partie empirique (répondant à l'objectif 2) s'intéressera aux liens entre certaines vulnérabilités psychologiques et les risques de récidive. Un premier article se penchera sur les liens entre personnalité (modèle Big 5) et les risques de récidive sexuelle, violente et générale. Un second article se penchera sur les liens entre impulsivité, distorsions cognitives, empathie et le risque de récidive sexuelle chez les AICS d'enfants. Enfin, un résumé d'article sera proposé pour traiter des liens entre impulsivité, distorsions cognitives, empathie et le risque de récidive sexuelle, violente et générale des AICS d'adultes.

4.2.1. *La personnalité et le risque de récidive*

## Article 6: Are the Big Five personality traits related to the risk of recidivism by sexual offenders?

**Soumis dans la revue Personality and individual differences**

Ingrid Bertsch[1,2,4], Thierry H. Pham[3,4], Christian Réveillère[1], Audrey Vincenzutto[3,4] et Robert Courtois[1,2]

[1] University of Tours, Department of Psychology, EE 1901 Qualipsy (Quality of life and psychological health), 37000 Tours, France.

[2] Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles Centre Val-de-Loire, University hospital of Tours, 37000 Tours, France

[3] Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, 7500 Tournai, Belgium.

[4] University of Mons-Hainaut, Department of Forensic Psychology, 7000 Mons, Belgium

Abstract:

A dimensional approach using the five-factor model of personality can be an efficient way of studying recidivism risk of sexual offenders.

Aim: The aim of this study was to investigate the links between the five main personality traits and risk of recidivism in a population of sexual offenders.

Material and Method: 86 incarcerated sexual offenders completed the Big Five Inventory (BFI-Fr), the Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP), the Historical, Clinical and Risk Management Scale-20 (HCR-20), and the Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI).

Results and discussion: All the sexual offenders showed significant links between their risk levels and Conscientiousness, Neuroticism and Openness. Conscientiousness and Openness were low among offenders against adults with a high risk of recidivism, while Neuroticism was high among child molesters. Intrafamilial high risk of recidivism sexual offenders also showed high levels of Neuroticism and low levels of Conscientiousness. A PLS-SEM shows that Neuroticism is the only domain that explains the risk of recidivism. Explanations have developed to understand these results.

*Key-words*: personality, risk, recidivism, sexual offenders, Big Five personality traits

## 1. Introduction

Recidivism of sexual offenders is a major societal concern due to the significant consequences for victims (e.g. Adams et al., 2018; Basile et al., 2020). The recidivism of sexual offenders can take several forms. Sexual recidivism, which is often studied, is defined as the act of committing new acts of sexual violence. On average, this concerns 13.7% of sexual offenders over a period of 5 to 6 years (Hanson & Morton-Bourgon, 2005) (13% of child sex offenders vs. 21.2% sexual offenders of adults, over a 5-year follow-up period ; Proulx et al., 1997). However, recidivism can also involve acts of violence (e.g. beatings, threats) associated or not with sexual violence, depending on the study. This concerns an average of 14.3% of sexual offenders over a period of 5 to 6 years (Hanson & Morton-Bourgon, 2005) (9.9% of children sex offenders vs. 22.1% of sexual offenders of adults, over a 4- to 5-year follow-up period ; Hanson & Bussiere, 1998). Finally, recidivism can be general and refer to any new offence (e.g. theft, drug trafficking), which concerns an average of 36.2% of sexual offenders over a period of 5 to 6 years (Hanson & Morton-Bourgon, 2005) (36.9% of children sex offenders vs. 46.2% sexual offenders of adults, over the same period ; Hanson & Bussiere, 1998).

The assessment of recidivism has always been a matter of concern, and faced with the lack of effective tools (named unstructured clinical judgment) (Meehl, 1954), structured risk-assessment scales have been developed. There have been several generations of scales: the first generation, actuarial scales, assign points to static factors providing a numerical score of the risk of recidivism (Heilbrun et al., 2010); the second generation is composed of scales based on several dynamic factors (Harris & Hanson, 2010); and the third generation is composed of tools that systematically integrate data from the intervention and monitoring process into a comprehensive and continuously updated assessment (Andrews et al., 2006). These are very frequently used in some countries (R. Archer et al., 2006; Pham et al., 2016).

Recidivism risk scales have some disadvantages: people have to be trained to use them, they are sometimes costly in terms of administration and scoring time, and some require clinical and interviewing knowledge (Pham & Ducro, 2006). However, the main criticism is their moderate predictive capacity (Hanson & Morton-Bourgon, 2009), although this is better than unstructured clinical judgment. Above all, these scales offer many real advantages. They are an aid to decision-making for professionals (Hanson, 2009), first because they are based on the evaluation of risk factors empirically and scientifically linked to recidivism, providing a framework for judging risk (Hart, Laws et al., 2003), and secondly, structured judgment scales rely on the opinion of the evaluator, who weighs up the impact of the risk factors based on observation (Hanson, 2009). This assessment framework thus avoids some of the biases of unstructured assessment (e.g. illusory correlation bias; Neal & Grisso, 2014), and can help professionals set up suitable intervention plans (Andrews et al., 2004). Finally, structured risk assessment can provide common ground for professionals dealing with the same sexual offender.

Links have often been demonstrated between antisocial personality disorders (e.g. Sturup et al., 2016) mood disorders or relational disorders (Ellsworth, 2014; Hanson & Morton-Bourgon, 2004) and sexual, violent and general recidivism. This opens up additional etiological avenues for exploring recidivism. As personality generally remains stable over time (Roberts & DelVecchio, 2000) and underpins our thoughts, emotions and behaviours (G. Michel & Purper-Ouakil, 2006), it can explain the maintenance of behaviours (Roberts & DelVecchio, 2000) and therefore potentially the repetition of sexually aggressive acts. Nevertheless, some personality traits can change through therapeutic interventions (e.g. Krasner et al., 2009). This suggests that models of “normal” personality traits could offer additional therapeutic avenues for sexual offenders with a high risk of recidivism. Taking a “normal” and dimensional approach to personality also has the advantage of avoiding the risk

of diagnosing personality disorder on the basis of symptoms that may co-occur (Shiner, 2009) in sexual offenders.

The "Big Five" personality model (Goldberg, 1990) is widely used to assess personality from a dimensional perspective, and defines five traits to conceptualise personality: Extraversion (as opposed to introversion) refers to positive emotions and assertiveness in social relationships, Agreeableness (as opposed to antagonism) refers to pro-social behaviour, Conscientiousness (as opposed to impulsiveness) refers to control and achievement of a set goal, Neuroticism (also called negative emotions or emotional instability, as opposed to emotional stability) is characterised by negative and unstable emotions, and Openness (also referred to as open-mindedness or openness to experience, as opposed to conformism) refers to openness to new ideas and experiences (John et al., 1991). This model thus provides a framework for measuring personality using five major traits that are present in all human beings but which vary quantitatively from one person to another. This model is considered fundamental to the study of personality (McCrae & Costa, 2006). Links between risk and personality can be made. High level of Extraversion refers to a proactive attitude in social relationships, while a low-level lead to social withdrawal. Although the sociability of extroverts appears to be positive, a high level of Extraversion can lead to excitability, which decreases self-awareness and leads to less internal resistance to antisocial and violent behaviour (Eysenck, 1996). According to Hare et al. (1992), non-sexual violent recidivism is associated with a high level of Extraversion, but to the best of our knowledge, no study has shown a link between sexual recidivism and Extraversion. A person with a high level of Agreeableness is cooperative, compliant and trusting in interpersonal relationships. Therefore, the presence of Agreeableness will be negatively associated with factors that may be linked to the risk of sexual and violent recidivism, such as the presence of psychopathic (Decuyper et al., 2009; O'Boyle et al., 2015), Machiavellian (Kessler et al.,

2010; O'Boyle et al., 2015) and antisocial (Miller et al., 2008) traits, and a variety of substance abuse behaviours (Miller et al., 2008). Neuroticism involves a tendency to experience negative emotions, which are in turn linked to recidivism. In particular, negative feelings (non-pathological) are likely to be heightened at the time of acting out (Hudson et al., 1993). For example, anger, which is strongly linked to Neuroticism (Widiger & Costa, 2013), is one of the negative emotions most often associated with sexual aggression. Thus, regular outbursts of anger could explain the repeated aggression of some sex offenders. Conscientiousness is primarily concerned with self-control and planning skills. Low Conscientiousness is associated with high levels of impulsivity (Dennison et al., 2001), short-term profit-seeking and an inability to consider the consequences of one's actions (Lange et al., 2017). Impulsivity is an etiological factor in the development of various externalised behaviours (Krueger et al., 2007), including aggressive behaviour (Krueger et al., 2007), antisocial behaviour (Miller & Lynam, 2001), and psychopathic behaviour (Lynam & Derefinko, 2006). These have been shown to be important factors in violent and general recidivism (Hanson et al., 2007). The links between impulsivity, antisocial behaviour and sexual recidivism are also well known (Prentky & Knight, 1991). Finally, a personality marked by a lack of Openness is synonymous with conformity and could be a marker of adherence to dysfunctional implicit schemas (grids for reading the surrounding world) often observed in sexual offenders (Vanderstukken et al., 2015). These dysfunctional implicit schemas underlie cognitive distortions, which impact the perpetrator's perception of the surrounding world and the aggressions. Cognitive distortions can in some cases be the cause of recidivism (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017).

The aim of this study is thus to investigate the links between the five main personality traits and level of risk of sexual, violent and general recidivism in a population of sexual

offenders. We expected a high risk of recidivism to be associated with high Extraversion and Neuroticism traits and low levels of Agreeableness, Openness and Conscientiousness traits.

## 2. Method

### 2.1. Participants

Data were collected in the psychiatric care facilities of four French prisons. Three of these sites were detention centres (i.e., for people sentenced to more than two years of imprisonment) and one was a penitentiary centre (i.e., a detention centre and a remand centre for pre-trial detainees and people serving a prison sentence of less than two years). Caregivers working in these institutions referred patients meeting the inclusion criteria (person detained for sexual violence, adult, convicted, and fluent in French) after informing them. The sample was composed of 86 male prisoners, over the age of 18, convicted of acts of sexual violence. Their average age was 45.7 years (SD: 11.0; range: 19-76), and they had an average of 10.1 years of education (SD 2.6; range 1-15), which corresponds to a *Brevet d'Etudes Professionnelles* (secondary school vocational diploma). They had been sentenced to an average of 132 months of detention (SD 68.8; range 1-360), of which they had completed an average of 61.1 months at the time of the study (SD 53.2; range 1-384). The sample included 27 sexual offenders (31%) who had assaulted adults and 59 (69%) who had assaulted children. Among the latter, 51 (75%) had assaulted family members.

### 2.2. Materials

The Big Five Inventory (BFI; John et al., 1991) a self-report questionnaire, assesses five traits of 'normal' personality: Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness, Neuroticism and Openness. The French version developed by Plaisant et al. (2010) has 45 items, rated on a 5-point Likert scale (ranging from strongly disagree to strongly agree). The internal consistency and concurrent validity of the French version (assessed using the NEO-

PI-R; Costa & McCrae, 1992) were evaluated on a population of 2,490 French students (Plaisant et al., 2010).

Three tools were used to assess the risk of recidivism, one focusing on sexual recidivism, one on violent recidivism, and one on general recidivism. As described above, the evaluator rated each of the risk factors in the scales on the basis of information obtained during the clinical interviews with the participants and from their clinical records.

The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP; Hart et al., 2003) predicts the risk of sexual recidivism. The French version was developed by Pham and Michaux (UMONS). The RSVP assesses five areas, with 22 risk factors related to recidivism: *(i)* history of sexual violence (5 factors, e.g. *Chronicity of sexual violence*), *(ii)* psychological adjustment (5 factors, e.g. *Minimization*), *(iii)* mental disorders (5 factors, e.g. *Sexual deviance*), *(iv)* social adjustment (4 factors, e.g. *Intimate relationship problems*), and *(v)* management (3 factors, e.g. *Problems with treatment*). While the goal of the RSVP is not to assess the risk quantitatively (Hart, Kropp et al., 2003), it is possible to rate each item for research purposes (Claix & Pham, 2004). For this study, we used a three-tier scoring system (0: no evidence, 1: partial evidence, 2: definite evidence) for the participant's past, present and future, yielding a score per domain and a total score. Therefore, each risk factor of the RSVP can be given a score between 0 and 9, yielding a total score between 0 and 66; the higher the score, the greater the risk of recurrence. The RSVP has good psychometric qualities (Sea & Hart, 2020; Vargen et al., 2020; Watt et al., 2006).

The Historical, Clinical and Risk Management Scale-20 Version 2 (HCR-20; Webster et al., 1995) is used to predict and manage the risk of violent recidivism. The French version was translated and validated by Claix and Pham (2004) and Webster et al. (2007). The HCR-20 assesses three domains, with 20 risk factors: *(i)* historical (10 factors, e.g. *Previous violence*), *(ii)* clinical (5 factors, e.g. *Introspection*), and *(iii)* risk management (5 factors, e.g.

*Unrealistic plans*). As with the RSVP, we used a three-tier scoring system (0: no evidence, 1: partial evidence, 2: definite evidence), giving a score in each domain and a total score between 0 and 60; higher scores indicate greater risk of recurrence. The HCR-20 has good psychometric qualities (Claix & Pham, 2004; Cooke et al., 2001; Guy, 2008).

The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI; Andrews et al., 2004) assesses the risk of violent recidivism of offenders and their rehabilitation potential. The French version was translated and validated by Guay (2016). The LS/CMI has 11 sections. Section 1 (the only one used in this study) assesses 8 areas, with 43 risk factors: "Criminal history" (e.g., *Has a history of convictions*), "Education and employment" (e.g., *Is currently unemployed*), "Family/marital" (e.g., *Dissatisfaction with marital situation*), "Leisure and recreational activities" (e.g., *Has not recently participated in an organised activity*), "Companions" (e.g., *Has some criminal acquaintances*), "Drug or alcohol problems" (e.g., *Has had problems with alcohol*), "Pro-criminal attitude or orientation" (e.g., *Supportive of crime*), and "Type of antisocial behaviour" (e.g., *Various early antisocial behaviours*). A two-tier scoring system yielded a score per domain and a total score between 0 and 86; higher scores indicate greater risk of recurrence. The LS/CMI has good psychometric qualities (Guay, 2016; Labrecque et al., 2018; Wormith et al., 2012).

### 2.3. Procedure

This study was approved by a French centre for ethics in health care. Data were collected between March 2018 and February 2020. First, the evaluator conducted semi-structured interviews with the participants, designed to enable each risk scale to be scored in line with the tool's guidelines. The interview had 4 sections: Section 1 focused on the participant's childhood and adult criminal history (e.g. types of past offences, description of victims); Section 2 concerned the offences for which the participant had been convicted (e.g.

nature of the offence, description of the victim), Section 3 concerned the participant's psychopathological and medical history (e.g. history of mental illness, alcohol/drug use). Finally, section 4 concerned elements of the participant's social history (e.g. education, employment, family relationships). The evaluator then consulted the participants' medical records in order to complete or modify the knowledge obtained through the semi-structured interviews. The evaluator had been trained to use all these tools. Secondly, participants completed the self-report personality questionnaire. To ensure the accuracy of the RSVP, HCR-20 and LS/CMI scores, the questionnaires of 10 participants (7.81%) were also scored by a researcher familiar with the scales who worked in a Belgian forensic department. The inter-rater reliability was satisfactory for the total scores (total RSVP score: $\rho$=.96; $p < .01$; total HCR-20 score: $\rho$=.93; $p < .01$; total LS/CMI score: $\rho$=.86; $p < .01$).

2.4. Data analysis

As the sample was small and not normally distributed, the use of classic regression analysis was not possible, and we thus carried out non-parametric analyses. Moreover, as this was an exploratory study, it focused only on the total results of the risk scales. First, we performed Spearman's Rho correlations to assess the links between personality traits and recidivism risks. To investigate in more depth the correlations between the five personality traits and risk of recidivism, we than conducted Partial Least Squares Structural Equation Modeling using SmartPLS (PLS-SEM) software. This is part of the second generation of structural equations, which make it possible to create models of the relations between the dependent and independent variables, especially for small and not normally distributed data (Hair et al., 2012; Rigdon, 2012). This model is then tested by bootstrapping with 300 iterations (Hair et al., 2017). In the present study, this involved three steps. First, three structural equation models were created, each including the five dimensions of the BFI-Fr and risk of recidivism (RSVP then HCR-20 then LS/CMI). Secondly, each structural equation

model was redesigned to contain only significant relationships in order to clarify their impact. The first indicators of model reliability are the Outer loadings, which indicate that items with scores below .40 should be dropped (Hulland, 1999). Hence, item 24 (related to Neuroticism) was removed. Finally, we calculated the Average Variance Extracted (AVE) (considered good at .50 and above), the composite reliability (considered reliable between .60 and .80) and Cronbach's alpha (with the following thresholds: questionable at <.60, acceptable at <.70, good at <.80, and excellent at <.90 (George & Mallery, 2003).

## 3. Results

### 3.1. Descriptive results

The overall scores for the RSVP, HCR-20, LS/CMI and BFI are shown in Table 21. The average scores of our sample were 48.6 (SD: 15.8) for the RSVP, 14.2 (SD: 6.8) for the HCR-20, and 18.8 (SD: 7.2) for the LS/CMI. Average scores on the BFI were 3.0 (SD: .8) for Extraversion, 3.9 (SD: .5) for Agreeableness, 3.9 (SD: .9) for Conscientiousness, 2.9 (SD: .8) for Neuroticism, and 3.4 (SD: .6) for Openness.

*Table 21: Scores of BFI, RSVP, HCR-20 and LS/CMI*

| | **n=** | **Average** | **SD** | **Minimum** | **Maximum** | **Cronbach's Alpha** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **RSVP** | 86 | 48.6 | 15.8 | 15.0 | 80.0 | - |
| **HCR** | 86 | 14.2 | 6.8 | 2.0 | 28.0 | - |
| **LS/CMI** | 86 | 18.8 | 7.2 | 3.0 | 34.0 | - |
| **BFI** | | | | | | |
| Extraversion | 86 | 3.02 | .76 | 1.38 | 4.75 | .75 |
| Agreeableness | 86 | 3.85 | .45 | 2.50 | 4.90 | .39 |
| Conscientiousness | 86 | 3.91 | .57 | 2.22 | 5.0 | .65 |
| Neuroticism | 86 | 2.94 | .83 | 1.13 | 4.50 | .76 |
| Openness | 86 | 3.43 | .59 | 1.80 | 4.60 | .67 |

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol; HCR: Historical, Clinical and Risk

Management Scale – 20; LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory; BFI: Big Five Inventory.

3.2. Correlations between recidivism risks, and between recidivism risks and personality traits

Table 22 shows the correlations between: *(i)* RSVP, HCR-20 and LS/CMI; and *(ii)* RSVP, HCR-20, LS/CMI and BFI. Correlations were observed between Conscientiousness and violent recidivism risk (HCR-20) ($\rho$=-.23, $p < .05$) on the one hand, and Conscientiousness and general recidivism risk (LS/CMI) ($\rho$=-.33, $p < .05$) on the other hand. Correlations were observed between Neuroticism and sexual recidivism risk (RSVP) ($\rho$=.38, $p < .05$), between Neuroticism and violent recidivism risk (HCR-20) ($\rho$=.30, $p < .05$), and between Neuroticism and general recidivism risk (LS/CMI) ($\rho$=.30, $p < .05$). Correlations were observed between Openness and general recidivism risk (LS/CMI) ($\rho$=-.23, $p < .05$).

*Table 22: Correlations between personality traits and total scores of RSVP, HCR-20, and LS/CMI*

| | **RSVP-TOTAL** | **HCR-TOTAL** | **LS/CMI-TOTAL** |
|---|---|---|---|
| n= | 86 | 86 | 86 |
| **BFI** | | | |
| Extraversion | -.09 | -.11 | -.07 |
| Agreeableness | .08 | .06 | .04 |
| Conscientiousness | -.15 | -.23∗ | -.33∗ |
| Neuroticism | .38∗ | .30∗ | .30∗ |
| Openness | -.14 | -.16 | -.23∗ |

∗$p < .05$; ∗∗$p < .01$

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol; HCR: Historical, Clinical and Risk Management Scale – 20; LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory

3.3. Correlations between recidivism risk and personality traits in sexual offenders with child and adult victims

Table 23 presents the set of correlations between: *(i)* sexual, violent and general recidivism risks (RSVP, HCR-20 and LS/CMI), and *(ii)* sexual, violent and general recidivism risks (RSVP, HCR-20 and LS/CMI) and personality traits (BFI) for sexual offenders with child and adult victims. For sexual offenders against adults, Conscientiousness and Openness were correlated with sexual recidivism risk (RSVP) (respectively, ρ=-.41, $p < .05$ and ρ=-.41, $p < .05$). For child sexual offenders, Neuroticism was correlated with sexual recidivism risk (RSVP) (ρ=-.29, $p < .05$), and for intrafamilial child sexual offenders, Conscientiousness and Neuroticism were correlated with general recidivism risk (LS/CMI) (ρ=.31, $p < .05$ and ρ=.30, $p < .05$, respectively).

*Table 23: Correlations between BFI scores and total RSVP, HCR-20 and LS/CMI scores for sexual offenders' sub-categories*

| **Sexual offenders of adults** | | | |
|---|---|---|---|
| | **RSVP-TOTAL** | **HCR-TOTAL** | **LS/CMI-TOTAL** |
| n=27 | | | |
| Extraversion | -.20 | -.26 | -.17 |
| Agreeableness | .01 | -.15 | -.14 |
| Conscientiousness | -.41* | -.33 | -.34 |
| Neuroticism | .19 | .10 | .08 |
| Openness | -.41* | -.35 | -.30 |
| **Sexual offenders of children** | | | |
| | **RSVP-TOTAL** | **HCR-TOTAL** | **LS/CMI-TOTAL** |
| n=59 | | | |
| Extraversion | -.14 | -.13 | -.05 |
| Agreeableness | -.01 | .01 | .05 |
| Conscientiousness | .02 | .04 | -.19 |
| Neuroticism | .29* | .17 | .24 |
| Openness | -.12 | -.04 | -.20 |
| **Sexual offenders of intrafamilial children** | | | |

| | RSVP-TOTAL | HCR-TOTAL | LS/CMI-TOTAL |
|---|---|---|---|
| n=44 | | | |
| Extraversion | -.15 | -.21 | -.03 |
| Agreeableness | .04 | -.01 | .09 |
| Conscientiousness | -.01 | -.06 | -.31* |
| Neuroticism | .20 | .25 | .30* |
| Openness | -.01 | -.07 | -.09 |

∗$p < .05$; ∗∗$p < .01$

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol; HCR: Historical. Clinical and Risk Management Scale – 20; LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory

3.4. Partial Least Squares Structural Equation Modelling (PLS-SEM) with all personality traits and recidivism risks

The model including the five personality dimensions and the risk of sexual recidivism explained 38% of the explained variance. However, only the relationships between the Neuroticism dimension and sexual risk were significant (3.02, $p$=.003). The model including the five personality dimensions and the risk of violent recidivism explained 36% of the variance. However, only the links between the Neuroticism dimension and the risk of sexual recidivism were significant (2.45, $p$=.02). The model including the five personality dimensions and the risk of general recidivism explained 37% of the variance. However, no personality dimension was significantly associated with overall risk (Extraversion: .77, *ns*; Agreeableness: 1.02, *ns*; Conscientiousness: 1.25, *ns*; Neuroticism: 1.74, *ns*; Openness: 1.67, *ns*). All these results are presented in Table 24.

*Table 24: Path coefficient of Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) for five personality traits and sexual recidivism risk*

| | Sexual recidivism risk - RSVP | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Variables** | **Original sample mean** | **Bootstrap Sample mean** | **Standard deviation** | **P Values** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Extraversion | -.08 | -.04 | .65 | .52 |
| Agreeableness | .37 | .20 | 1.22 | .22 |
| Conscientiousness | -.13 | -.16 | .81 | .41 |
| Neuroticism | .35 | .31 | .11 | .002* |
| Openness | -.19 | .16 | 1.32 | .19 |
| **Violent recidivism risk - HCR-20** | | | | |
| **Variables** | **Original sample** | **Sample mean** | **Standard deviation** | **P Values** |
| Extraversion | -.16 | -.14 | .21 | .44 |
| Agreeableness | .36 | .04 | .36 | .31 |
| Conscientiousness | -.08 | -.16 | .14 | .54 |
| Neuroticism | .28 | .20 | .13 | .03* |
| Openness | -.18 | -.17 | .19 | .34 |
| **General recidivism risk - HCR-20** | | | | |
| **Variables** | **Original sample** | **Sample mean** | **Standard deviation** | **P Values** |
| Extraversion | -.11 | -.06 | .14 | .31 |
| Agreeableness | .41 | .07 | .40 | .21 |
| Conscientiousness | -.15 | -.17 | .12 | .45 |
| Neuroticism | .20 | .19 | .11 | .08 |
| Openness | -.22 | -.20 | .13 | .10 |

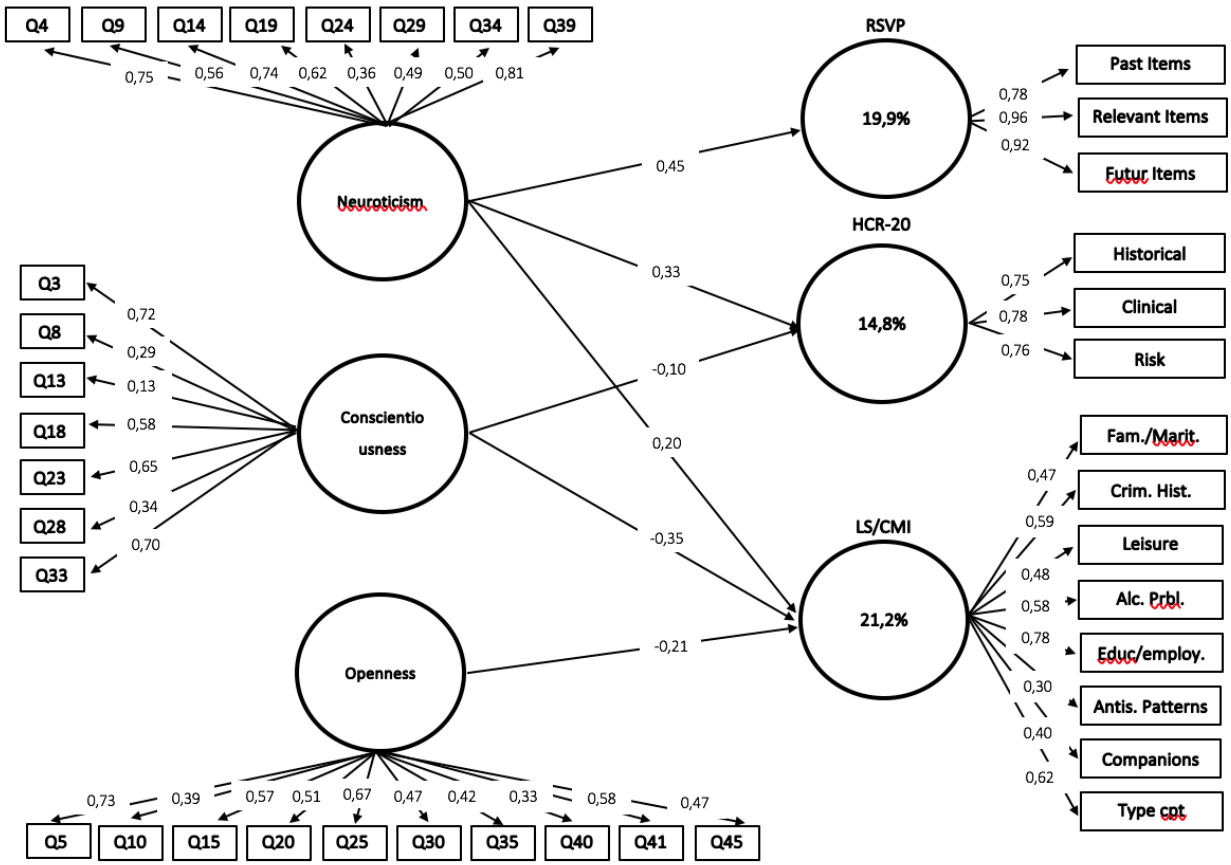
*$p < .05$; **$p < .01$

*Note.* HCR: Historical. Clinical and Risk Management Scale – 20

3.5. Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) with Neuroticism, Conscientiousness, Openness and sexual, violent and general recidivism risks

The model including Neuroticism and sexual recidivism explained only 19,9% of the variance (0,32/0,62 $p$ <0,001). The model including Neuroticism and the risk of violent recidivism explained only 14,8% of the variance (0,15/0,54; $p$ <0,001). And, the model including Conscientiousness and the risk of general recidivism explained only 21,2% (-0,59/-0,07; $p$ <0,01) of the variance only when Neuroticim is deleted. All results are shown in Figure 7.

*Figure 7: Visual representation of PLS-SEM with neuroticism, conscientiousness, openness and RSVP, HCR-20 and LS/CMI*



## 4. Discussion

The aim of this study was to investigate the links between the main personality traits and the risks of recidivism. Results show that: *(i)* Neuroticism was positively correlated with sexual, violent and general risk, *(ii)* Conscientiousness was negatively correlated with violent and general risk, and *(iii)* Openness was negatively correlated with general risk. Conversely, Extraversion and Agreeableness were not associated with scores on the recidivism risk scales. For offenders against adults, Conscientiousness and Openness were negatively correlated with sexual recidivism risk. For child sexual offenders, Neuroticism was positively correlated with the risk of sexual recidivism. Finally, for intrafamilial child sexual offenders, the risk of general recidivism was negatively correlated with Conscientiousness, and positively correlated with Neuroticism. The PLS-SEM analyses show that only the Neuroticism dimension explained the risk of sexual and violent recidivism.

Neuroticism is the trait most frequently associated with the risk of recidivism (RSVP, HCR-20 and LS/CMI). It is defined as a tendency to feel negative emotions and variations of these emotions, which can be linked to anger and even shame (Widiger & Costa, 2013). Negative emotions are considered to be an indicator of lack of self-control (Hanson et al., 2007) and therefore an indicator of delinquency, a factor common to the risks of sexual, violent and general recidivism (Brouillette-Alarie et al., 2018). Moreover, there are clearly established links between sexual recidivism and negative emotions, the latter being a risk factor in some sexual risk scales such as the Stable-2007 (Hanson et al., 2007). More specifically, it is the negative emotions aroused in relational situations that are more likely to trigger sexual fantasies involving aggression (Proulx et al., 1996). Neuroticism is particularly common in high-risk child sexual offenders, but is not found in intrafamilial (incestuous) sexual offenders. Extrafamilial sexual offenders tend to show more deviant sexual interest in children and emotional identification with children (Seto et al., 2015). A study with four

groups of sexual offenders (fixated paedophiles, regressed paedophiles, exhibitionists and rapists) found that fixated paedophiles scored highest on Neuroticism (Gingrich & Campbell, 1995). Finally, Neuroticism is strongly related to personality disorders (De Fruyt et al., 2008), but is found more among extrafamilial than intrafamilial sexual offenders (Beauregard & Proulx, 2013).

Conscientiousness mainly concerns self-control and planning skills, and was correlated with violent and general risk (HCR-20 and LS/CMI). As discussed above, low Conscientiousness is associated with high levels of impulsivity (Dennison et al., 2001), which is a known risk factor for violent and general recidivism (Hanson et al., 2007). The correlation between Conscientiousness and the risk of sexual recidivism only among offenders against adults is not surprising, given that these individuals show more impulsive and externalized behaviours (Martorell, 2001). Finally, when the victims are minors, only intrafamilial sexual offenders with high general recidivism scores show high levels of Conscientiousness, and their profile is less paedophilic than extra-familial sexual offenders. They have more antisocial tendencies, antisocial peers and self-regulatory difficulties (Seto et al., 2015).

Regarding Openness, we observed a negative correlation with general recidivism (LS/CMI) for all sexual offenders, and with sexual recidivism only for those offending against adults. As described above, low openness could be a sign of dysfunctional thought processes, and hence cognitive distortions. These cognitive distortions can occur after the assault to justify the aggression, and/or before the aggression as a general thought process. It would be mainly pre-aggression cognitive distortions that are linked to the aggression (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017). In adult aggressors, this mainly concerns adherence to the rape myth (i.e., prejudicial beliefs about women and violence as a means of solving personal problems and justifying sexual violence) (Malamuth, 1998). It is not so much the deviant nature of the cognitive distortions that is important, but rather the simplistic, negative, and rigid worldview

(i.e., implicit schemas) that are linked to recidivism (Hanson & Harris, 2000). In the study by Hanson and Harris (2000), the negative correlations between Openness and recidivism were mainly observed in sexual offenders with adult victims. In these individuals, cognitive distortions, which are often more general and relate to affective and sexual relationships between men and women, are frequent throughout life. These distortions can also be found among non-offenders (Overholser & Beck, 1986).

Surprisingly, Agreeableness and Extraversion were not found to be related to the risk of recidivism. Agreeableness concerns interpersonal relationships, and the fact that no link was observed can be explained by social desirability (Becerra-García et al., 2013). Social desirability (i.e. the tendency to present oneself in a way that will be valued by others; Aebi & Jaquier, 2008) would be reinforced by the assessment situation, as participants may avoid revealing any relationship difficulties. A high level of Extraversion refers to a proactive attitude in social relations. The absence of a link between the risk of recidivism and Extraversion in this study could be explained by the prison environment. Incarcerated offenders display higher Extraversion than those who are not incarcerated (Shimotsukasa et al., 2019), which can be explained by the fact that detention forces people to live in the community on a daily basis, sharing group activities, which can lead to self-expansion and therefore probably to the development and maintenance of a certain level of Extraversion.

The PLS-SEM analyses show that the Neuroticism dimension explains the risks of sexual and violent recidivism, albeit weakly and the Conscientiousness (in the absence of Neuroticim) explain general risk recidivism. This Neuroticism dimension seems to be at the heart of many factors explaining the occurrence of violent behaviour, as well as the risk of sexual and violent behaviour. It could develop as a result of negative childhood relationships, such as an insecure parental attachment style (Simane-Vigante et al., 2018) and/or childhood experiences of abuse (physical and sexual) (Boillat et al., 2017). Neuroticism is linked to a

lack of resilience, which has a strong psychological impact on people who have been victims (Collishaw et al., 2007). Neuroticism is therefore likely to lead to recurrent negative emotions, such as guilt, anxiety and anger (Widiger, 2009). People with high Neuroticism will tend to cope poorly with environmental stress, to perceive ordinary situations as threatening and to feel helpless in the face of minor frustrations (Widiger, 2009). According to Ormel and Wohlfarth (1991), the increased sensitivity to minor failures, frustrations and irritations in everyday life in people with high Neuroticism leads to a greater experience of distress. Finally, Neuroticism may facilitate the development of other factors known to be related to recidivism. It is linked to the presence of cognitive distortions, particularly in children (Boillat et al., 2017; Egan et al., 2005), non-sexual delinquency (Krueger et al., 1994), antisociality, (Miller & Lynam, 2001), the presence of a personality disorder (De Fruyt et al., 2008), psychological disorders (such as anxiety or somatisation) (Boillat et al., 2017), and notably a paedophile disorder (Gingrich & Campbell, 1995). The observed links between Conscientiousness and general risk in the absence of Neuroticism suggest the possibility of a moderating or mediating effect between personality traits in explaining risk. Future work could clarify these links.

It should be stressed that a risk of recidivism is the result of a combination of factors and not just a single factor. Moreover, links between personality and risk remain moderate, and the variance explained by Neuroticism is limited; caution should therefore be exercised when generalizing these findings. Personality traits are considered as explanatory, in other words, as internal structures that organise behaviour pro-actively in interaction with other individual characteristics and the environment (LeCorff, 2011). Thus, personality could be an indirect risk factor. The risk factors for recidivism could vary over time, depending on factors in the sexual offenders' past and which could lead to the development of psychological

vulnerability factors (e.g. repeated negative emotions) leading to aggression in specific situations (Seto et al., 2015).

Knowledge of the links between personality traits and the risk of recidivism seems to be essential, particularly in the management of patients with a high risk of recidivism. The impact of therapy could be twofold: direct (i.e. modifying personality traits could contribute to decrease risk) and indirect (i.e. focusing on personality traits could impact the organisation and adherence to treatment, which is an important factor in non-recidivism; e.g. Schmucker & Lösel, 2017). Specific traits are not entirely fixed (Morizot & Miranda, 2007) and could change as a result of therapeutic interventions (e.g. emotional stability; Roberts et al., 2017).

**Limitations and conclusion**

This study has a number of limitations. First, the sample was composed of 86 sexual offenders, limiting the size of the sub-groups. The participants were mainly intrafamilial child sexual offenders, who have a specific profile (Seto et al., 2015). Secondly, the study was carried out in a prison environment, which is not a major situation of risk of recidivism. From a developmental perspective, the risk of recidivism is the result of factors that induce psychological factors of vulnerability, which in turn may lead to recidivism in specific situations. However, prison is an environment that limits exposure to certain contextual risk factors (e.g. potential under-age victims), while exposing offenders to other factors (e.g. antisocial companions). Thirdly, personality traits were assessed using a self-report questionnaire, which is common when taking a dimensional approach to personality. However, social desirability bias may have affected the participants' answers, and unfortunately this could not be controlled. Future studies could limit this effect by administering a social desirability questionnaire, possibly using partial correlation analysis. The participants' medical records were consulted in addition to a structured clinical interview,

and the quality and quantity of information varied widely, which may have had an impact on the risk scores. Finally, the statistical analyses have limitations, notably the use of correlations, and some of the indicators in our PLS-SEM analyses, such as the AVE, are somewhat weak. As our study is exploratory, the results should be generalised with caution. Further analyses are needed with a larger sample.

In conclusion, despite these limitations, our study shows that the five-pronged personality trait approach can be used to identify links between normal personality traits and risk of recidivism in sexual offenders with and without personality disorders. These moderate relationships raise questions about the dynamics between risk factors, which should be addressed in future research.

### 4.2.2. *L'impulsivité et les distorsions cognitives, l'empathie et le risque de récidive*

Les AICS d'enfants et d'adultes présentent des différences *(i)* de fonctionnement psychologique (Arkowitz & Vess, 2003; Cailleau et al., 2016; T. J. Ryan et al., 2017) et *(ii)* de nature de risque de récidive (Proulx et al., 1997). C'est pourquoi, dans un premier temps nous traiterons des liens entre risque de récidive sexuelle, impulsivité, distorsions cognitives envers les enfants et empathie générale des AICS d'enfants. Dans un second temps, nous traiterons des liens entre risque de récidive sexuelle, violente, générale, impulsivité, distorsions cognitives sur adultes, empathie d'AICS d'adultes. La faiblesse de l'échantillon des AICS d'adultes ayant passé les évaluations d'impulsivité, de distorsions cognitives et d'empathie, oblige à concevoir cette étude comme une étude préliminaire. Elle sera donc, proposée dans ce travail de thèse sous forme d'une synthèse. L'article complet est consultable en annexe.

### 4.2.2.1. *L'impulsivité, les distorsions cognitives sur enfant, l'empathie et le risque de récidive sexuelle des AICS d'enfants*

## Article 7 : Quels liens existent-ils entre l'impulsivité, les distorsions cognitives, l'empathie et le risque de récidive sexuelle chez les agresseurs sexuels d'enfants ?

**Cet article, actuellement non soumis, fera l'objet d'un poster lors des journées de la Société Médico-Psychologique (octobre 2021)**

[1,2,4] Ingrid Bertsch, [1,2] Robert Courtois, [1] Christian Réveillère et [3,4] Thierry H. Pham

[1] Université de Tours, département de psychologie, EE 1901 Qualipsy (Qualité de vie et santé psychologique), 37000 Tours, France.

[2] Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles Centre Val-de-Loire, CHRU de Tours, 37000 Tours, France

[3] Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, 7500 Tournai, Belgique.

[4] Université de Mons-Hainaut, département de psychologie légale, 7000 Mons, Belgique

Résumé :

L'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie sont des facteurs psychologiques souvent considérés comme des cibles de traitement pour prévenir la récidive chez les AICS d'enfants. Mais leurs liens avec la récidive sexuelle sont souvent contradictoires ou peu détaillés, rendant difficile la compréhension de leur impact dans le risque de récidive. Cette étude tente d'observer les liens entre le risque de récidive sexuelle et l'impulsivité, les distorsions cognitives sur enfant et l'empathie générale d'une population d'AICS d'enfants.

Méthode : 59 AICS d'enfants, masculins et incarcérés, ont été évalués à l'aide de la Static-2002, de la RSVP, de l'UPPS, de la Molest Scale et de la BES. Des analyses de corrélations non paramétriques ont été réalisées.

Résultats et discussion : l'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie montrent des corrélations faibles avec le risque sexuel. Plus spécifiquement, l'« Urgence » et la « Recherche de sensation » présentent des liens respectivement positifs et négatifs avec le risque de récidive sexuelle. La présence de distorsions cognitives envers les enfants est corrélée positivement avec la présence de déviance sexuelle ou de minimisation des faits et négativement avec la présence d'un parcours de criminalité générale. Enfin, l'empathie affective est associée positivement à la persistance de violence sexuelle.

Discussion-conclusion : la sensibilité émotionnelle ou de détresse personnelle dans des situations sociales, la gravité des faits commis, le type de distorsions cognitives auxquelles les AICS d'enfants adhèrent, sont des pistes de réflexion développées dans le but de comprendre, d'approfondir et de prendre en charge le risque de récidive des agresseurs d'enfants.

*Mots-clefs* : risque de récidive, violence sexuelle, impulsivité, distorsions cognitives, empathie

Summary :

The risk assessment of sexual recidivism for sexual offenders has gradually evolved towards the use of structured tools. These risk scales are based on factors known to be linked to recidivism. Impulsivity, cognitive distortions onto children and empathy are psychological factors that are often considered as treatment targets to prevent recidivism in sexual offenders of children. But the links between these psychological factors and sexual recidivism are, in the literature, contradictory or poorly detailed, leading to difficulties understanding their impact on recidivism risk. This study aims to examine the relationship between risk of recidivism (assessed using two risk scales: a static scale and a structured clinical judgment scale) and impulsivity, child cognitive distortions and general empathy in a population of sexual offenders of children.

Method: 59 incarcerated, male, sexual offenders of children were assessed using the Static-2002, RSVP, UPPS, Molest and BES Scales. Non-parametric correlation analyses (Spearman's Rho) were performed.

Results and discussion: Impulsivity, cognitive distortions and empathy showed weak correlations with static and dynamic sexual risk. More specifically, "Urgency" showed positive relationships with dynamic sexual risk, referring to the emotional sensitivity of sexual offenders in social situations. Surprisingly, 'Sensation seeking' was negatively related to static and dynamic sexual risk, which could be explained by the seriousness of the offences committed. The presence of cognitive distortions towards children is positively correlated with the presence of risk factors such as sexual deviance or the presence of minimisation. The type of cognitive distortions to which the sexual offenders adheres is a pathway of understanding that is raised to explain these links. The presence of cognitive distortions towards children is also negatively correlated with the presence of a general crime history.

Finally, affective empathy is positively associated with "persistence of sexual abuse", probably referring to a particular sensitivity of sexual offenders of children in the "personal distress" stage of empathy. These results, sometimes surprising, are discussed in the light of current knowledge in the literature and in view of the limitations of this study.

Conclusion: This study attempts to show that the links between the risk of sexual recidivism and certain psychological factors such as impulsivity, cognitive distortions in children and empathy provide additional avenues for reflection in the desire to understand and deal with sexual recidivism in child molesters.

*Key-words*: recidivism risk, sexual violence, impulsivity, cognitive distortions, empathy

## 1. Introduction

La récidive des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) est une préoccupation sérieuse car elle entraine des conséquences importantes pour les victimes. Comparés aux infracteurs non-sexuels, les AICS d'enfants récidivent peu. Leur récidive est principalement sexuelle (35% de récidive sexuelle pour les AICS d'enfants contre 1,5% pour les infracteurs non-sexuels ; Hanson et al., 1995). Comparés aux AICS de femmes adultes, les AICS d'enfants ont tendance à moins récidiver (respectivement 21,2% vs 13% ; Proulx et al., 1997). Mais, ils récidiveraient plus rapidement après leur sortie de détention (3,64 ans pour les AICS d'enfants vs 4,55 ans pour les AICS d'adultes ; Prentky et al., 1997) et serait à risque durant une période plus longue (Proulx et al., 1999).

L'évaluation du risque de récidive sexuelle des AICS a progressivement évolué vers l'utilisation d'échelles structurées (Olver et al., 2018) qui s'appuient sur des facteurs de risque, reconnus comme liés à la récidive. Ces échelles offrent la possibilité de comprendre les facteurs historiques, psychologiques et contextuels impliqués dans la possible récidive. Adapter la prise en charge thérapeutique aux facteurs de risque des AICS permettrait une diminution importante de la récidive (Andrews & Bonta, 2006; Hanson, 2009).

L'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie sont des facteurs psychologiques souvent considérés comme des cibles de traitement dans les prises en charge thérapeutiques des AICS visant à prévenir le risque de récidive (R. E. Mann & Barnett, 2013; Miner & Dwyer, 1995; Ó Ciardha & Gannon, 2011; Thornton, 2013). Malgré ceci, leurs liens avec la récidive restent dans la littérature peu connus ou contradictoires.

Actuellement, il n'existe pas de consensus dans la littérature quant à la définition de l'impulsivité (Chamberland, 2017). Elle agirait sur la capacité réduite à retarder la gratification, à agir sans réfléchir ou sans prévoir les conséquences de ses actes, à se désinhiber ou à manquer d'autodiscipline, à se déclarer moins apte à s'autoréguler et à avoir

tendance à la recherche de sensations (MacKillop et al., 2016; Weafer et al., 2013). Selon le modèle développé par Whiteside & Lynam (2001), l'impulsivité serait composée de plusieurs aspects : *(i)* l'urgence négative renvoie à la possibilité d'agir impulsivement dans des contextes émotionnels négatifs ; *(ii)* le manque de préméditation renvoie à la difficulté de prendre en compte les conséquences d'un acte avant de l'accomplir ; *(iii)* le manque de persévérance renvoie à la difficulté à rester concentré sur une tâche qui peut être ennuyeuse et/ou difficile et *(iv)* la recherche de sensations renvoie à la recherche d'activités stimulantes ou excitantes et d'expériences nouvelles et non conventionnelles (Billieux et al., 2012). L'utilisation de ce modèle, qui apporte une vision clinique de l'impulsivité, est associé à la présence de troubles psychopathologiques externalisés (Mansell et al., 2008).

Les études s'intéressant aux liens entre impulsivité et récidive sexuelle dans des populations d'AICS sont contradictoires (Miner, 2002; Worling, 2002). Lorsqu'ils sont avérés, c'est toujours par l'intermédiaire d'autres facteurs comme la consommation d'alcool, la masculinité hostile (Abbey et al., 2011) ou encore la psychopathie et le style de vie antisocial. La psychopathie selon la définition de Hare (1991) est composée de deux facteurs. Le facteur 1 comprend huit traits interpersonnels et affectifs (ex, l'absence de remords et d'empathie). Le facteur 2 comprend dix traits comportementaux d'antisocialité dont l'impulsivité. Ainsi, la psychopathie, comme le style de vie antisocial, sont liés à l'impulsivité (Brouillette-Alarie & Hanson, 2015, 2017) et sont des facteurs prédicteurs connus de la récidive sexuelle (Brouillette-Alarie & Proulx, 2016; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Soulet et al., 2018). Parce que l'adoption d'un style de vie antisocial est plus présent chez les AICS d'adultes (Quinsey, Rice, et al., 1995), la question des liens entre l'impulsivité et la récidive sexuelle chez les AICS d'enfants reste peu étudiée. En 1997, Prentky, Knight, et al. n'ont pas montré de liens existants entre la présence d'une récidive sexuelle et l'impulsivité dans un échantillon

d'AICS d'enfants extrafamiliaux. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les études portant sur les AICS d'enfants ne prennent pas en compte le caractère multifacette de l'impulsivité.

Les distorsions cognitives des AICS sont définies comme « des croyances/attitudes spécifiques ou générales qui violent les normes de rationalité communément acceptées, et dont il a été démontré qu'elles sont associées à l'apparition et au maintien de la délinquance sexuelle » (p.6 ; Ó Ciardha & Ward, 2013). Ce concept, longtemps considéré comme flou, renvoie à une réalité multifacette (Szumski et al., 2018; Vanderstukken et al., 2015). Les distorsions cognitives peuvent survenir après l'agression sexuelle pour faire face aux réactions négatives de l'environnement. Elles s'apparentent, alors, à des attitudes de justifications, minimisations voire de déni. Les distorsions cognitives peuvent, également, être présentes avant le passage à l'acte (Szumski et al., 2018). Elles se développeraient dès l'adolescence. Chez les AICS d'enfants, elles seraient conséquentes à l'association d'une excitation déviante avec une pratique de masturbation (Abel et al., 1984). Sur le long terme, des croyances erronées s'installeraient modifiant la perception de l'environnement et de la sexualité de l'AICS. Cette perception erronée entrainerait une tolérance au passage à l'acte sexuel sur les enfants. Ces distorsions cognitives pré-agression portent sur la croyance que les rapports sexuels avec des enfants sont inoffensifs et que certains enfants sont sexuellement provocateurs (Mann et al., 2007). Ils s'expriment par des phrases telles que « *Je crois que les enfants qui ont des rapports sexuels peuvent se sentir plus près des adultes* » ou encore « *Les enfants qui sont agressés par plus d'une personne font probablement quelque chose pour séduire les adultes* » (Bumby, 1996).

Chez les professionnels, la présence de distorsions cognitives fait craindre la possibilité d'une récidive. Pourtant les recherches sont contradictoires dans le domaine (Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Mann et al., 2010). Plus précisément, les liens entre distorsions cognitives et récidive semblent être expliqués uniquement par les distorsions cognitives pré-agression

(Brouillette-Alarie & Hanson, 2017). De plus, il est possible que les liens entre distorsions cognitives et récidive s'expliquent par l'association de certaines distorsions cognitives avec certains facteurs de risque, qu'il conviendrait d'approfondir.

Il est possible de définir l'empathie comme la « procédure par laquelle une personne imagine de manière centrale les pensées, les sentiments et les émotions d'une autre personne » (Wastell et al., 2009) et qui « permet à un individu d'anticiper, de comprendre et de partager les points de vue des autres » (Blatier et al., 2016). Sa décomposition en deux composantes fait consensus actuellement (Lawrence et al., 2004). L'empathie cognitive renvoie à la notion de prise de perspective et est présente dans la majorité des définitions de l'empathie car elle serait un aspect central et déterminant (R. Hogan, 1969). L'empathie affective correspond à la notion de congruence émotionnelle (Jolliffe & Farrington, 2006). Enfin, bien qu'il soit souvent question d'empathie envers la victime, l'empathie générale est également une mesure prise en compte dans l'évaluation des AICS (Marshall et al., 1995).

Les recherches dans le domaine de la récidive sont très ambivalentes quant au rôle de l'empathie. Pour certains, des liens peuvent être observés (Hanson & Harris, 2001; Barnett et al., 2013). Par exemple, Barnett et al. (2010) a montré que lorsque l'empathie pour la victime était associée à une échelle de risque (dans cette étude la Matrix2000), avant le traitement, elle majorait les capacités prédictives de l'instrument. Tandis que pour d'autres, l'empathie ne constitue pas un facteur prédicteur de la récidive (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). L'empathie générale (pas uniquement centrée sur la victime) serait, elle, conservée chez les AICS et notamment les AICS d'enfants (Beckett et al., 1994). L'empathie, serait donc, une mesure sensible aux situations et personnes concernées (Fernandez & Marshall, 2003). Si elle peut être conservée d'une manière générale mais absente dans la situation d'agression c'est qu'elle a une fonction d'autoprotection. Ainsi, les mesures évaluant l'empathie envers la victime seraient plus en capacité de mesurer la réaction à une situation précise, souvent dans

l’après coup et non la mesure de l’empathie comme éventuel facteur de passage à l’acte. Ainsi l’étude de l'empathie dans des situations non-sexuelles, c’est-à-dire générale, serait plus pertinente pour identifier les délinquants qui sont généralement incapables de faire preuve d'empathie de ceux qui peuvent tenter d'éviter la culpabilité et la honte (McGrath et al., 1998). Dans l’explication de la récidive, il semblerait plus pertinent de travailler sur le développement de l’empathie générale (Thornton, 2013).

Les études s’intéressant aux liens entre impulsivité, distorsions cognitives, empathie et la récidive ont montré des résultats contradictoires et se sont souvent concentrés sur des mesures globales. Cette étude a donc pour objectif général *(i)* d’observer les liens entre l’impulsivité, les distorsions cognitives, l’empathie avec le risque de récidive sexuelle d’une population d’AICS d’enfants français détenus et *(ii)* d’apprécier plus précisément les facteurs de risque associés aux sous domaines de l’impulsivité, des distorsions cognitives et de l’empathie.

## 2. Méthode

### 2.1. Population

La population est composée de 59 AICS ayant été condamnés pour au moins un fait de violence sexuelle sur mineur. La majorité de l’échantillon a commis uniquement des faits sexuels (n=52 ; 88,1%) (62%,7 de viol et 64,4% d’agression sexuelle). Une minorité a commis également des faits de violence non-sexuels (coups et blessures et homicides) associés à la violence sexuelle (n=6 ; 10,2%) et des faits non-violents et non-sexuels (infraction à la loi des stupéfiants et port d’arme) associés à la violence sexuelle (n=1 ; 1,7%). Ils ont en moyenne commis 1,41 infraction lors de la présente condamnation. La majorité a agressé sexuellement des mineurs de leur famille (n=46, 78%) et de sexe féminin (n=46, 78%).

Ils sont en moyenne âgés de 47,36 ans [11,38 ; min-max : 19-71] et ont un niveau moyen d'étude de 10,12, [2,84 ; 1-15] qui correspond à un niveau Brevet d'Études Professionnelles. Ils ont en moyenne été condamnés à 126,92 mois de détention [63,47 ; 1-360] et ont effectué au moment des passations en moyenne 59,09 mois de détention [57,04 ; 1-384].

2.2. Outils

La Static-2002 (Hanson & Thornton, 2003a) est une échelle actuarielle d'évaluation du risque de récidive sexuelle des agresseurs sexuels masculins adultes. La version française, composée de 14 items, a été traduite et validée par Ducro (CRDS). Elle permet d'évaluer un score total de risque, des niveaux de risque et 5 domaines de risque : *(i)* l'âge, *(ii)* la persistance de la violence sexuelle, *(iii)* les intérêts déviants, *(iv)* les relations avec les victimes et *(v)* la criminalité générale. La Static-2002 présente de bonnes qualités psychométriques (Helmus et al., 2012; Langton et al., 2007).

La Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP ; Hart & Boer, 2010) est un guide d'évaluation et de gestion du risque de récidive sexuelle. La version française a été traduite par Pham et Michaux (UMons). La RSVP est composée de 22 items répartis en 5 domaines : *(i)* antécédents de violences sexuelles (ex, *chronicité de la violence sexuelle*), *(ii)* ajustement psychologique (ex, *attitude qui justifie la violence sexuelle*), *(iii)* trouble mental (ex, *déviance sexuelle*), *(iv)* ajustement social (ex, *problèmes d'emploi*) et *(v)* gestion (ex, *problèmes de traitement*). Ces 5 domaines sont évalués selon leur présence *(i)* antérieure, *(ii)* récente et *(iii)* future. Pour cette étude, une méthode quantitative de cotation a été appliquée à chaque item : 0 (aucune preuve), 1 (preuve partielle), 2 (preuve certaine) afin d'obtenir un score total et un score pour chaque sous échelle (Jones et al., 2016 ; Vargen et al., 2020). L'item 12 « trouble de la personnalité psychopathique » a été omis dans cette étude. Il nécessite d'être coté à l'aide de données objectives (comme la passation d'une Psychopathy Checklist—Revised

(PCL-R ; Hare, 2003), outil permettant d'évaluer la psychopathie) non présentes dans les dossiers des participants de cette étude. La RSVP présente de bonnes qualités psychométriques (Sea & Hart, 2020; Vargen et al., 2020; Watt et al., 2006).

L'Impulsive Behavior Scale (UPPS ; Whiteside et al., 2005), en auto-questionnaire, permet d'évaluer l'impulsivité à l'aide de quatre dimensions : *(i)* l'urgence négative, *(ii)* le manque de préméditation, *(iii)* le manque de persévérance et *(iv)* la recherche de sensations. La version française, traduite par Van der Linden et al. (2006), est composée de 45 items. Les réponses sont cotées selon une échelle de Lickert en 4 points (allant de 1 « Tout à fait d'accord » à 4 « Tout à fait en désaccord »). Le score total est la somme des points obtenus aux items, après recodage des items inversés. L'UPPS présente de bonnes qualités psychométriques (Whiteside et al., 2005).

La Molest Scale (Bumby, 1996) est un auto-questionnaire qui évalue les distorsions cognitives à propos des relations et agressions sexuelles entre adultes et enfants. Plus précisément, il évalue les attitudes générales des AICS relatives à l'agression sexuelle sur enfant et n'évalue pas les distorsions cognitives post-agression (les justifications de leurs passages à l'acte) (Navathe et al., 2008). La version française traduite par Barsetti (1999) comportent respectivement 38 items. Les réponses sont cotées selon une échelle de Lickert en 4 points (allant de 1 « fortement en désaccord » à 4 « fortement en accord »). Le score total est la somme des points aux réponses. La Molest Scale présente de bonnes qualités psychométriques (Bumby, 1996).

La Basic Empathy Scale (BES ; Jolliffe & Farrington, 2006), en auto-questionnaire, mesure l'empathie cognitive et émotionnelle. La version française traduite par D'Ambrosio et al. (2009) est composée de 20 items. Les réponses sont cotées sur une échelle de Lickert en 5 points (allant de 1 « pas du tout d'accord » à 5 « Tout à fait d'accord »). Le score total est la

somme des points obtenus aux items, après recodage des items inversés. La BES présente de bonnes qualités psychométriques (D'Ambrosio et al., 2009).

2.3. Procédure

Cette étude a reçu un avis favorable (n° 2017-077) du groupe éthique d'aide à la recherche clinique pour les protocoles de recherche non soumis au comité de protection des personnes (ERERC). L'étude s'est déroulée entre mars 2018 et février 2020. Le recueil a eu lieu au sein des dispositifs de soins psychiatriques de quatre prisons françaises. Chaque participant a passé un entretien semi-structuré auprès de l'évaluateur puis a rempli la Molest scale. La passation des auto-questionnaires UPPS et BES n'a pu être possible que pour une partie des participants (n=26 pour l'UPPS et n=28 pour la BES). L'évaluateur a ensuite consulté les dossiers médicaux de chaque participant afin de pouvoir coter les échelles de risque.

2.4. Analyses statistiques

L'ensemble des résultats a été analysé sous SPSS© IBM© version 25. La distribution de notre échantillon ne suivant pas une courbe normale, l'ensemble des tests utilisés est non paramétrique. L'ensemble des corrélations ont été réalisées à l'aide de Rho de Spearman, qui sont considérées comme inexistantes en dessous de .10, faibles entre .10 et .39, modérées entre .40 et .69, fortes entre .70 et .89 et très fortes entre .90 et 1 (Schober et al., 2018).

## 3. Résultats

3.1. Résultats descriptifs

Aux échelles de risque de récidive sexuelle, notre population a obtenu un score total moyen à la Static-2002 de 2,59 [1,88 ; 0-7] et à la RSVP de 44,20 [14,92 ; 15-80]. Aux échelles psychologiques, notre population a obtenu un score total moyen à l'UPPS de 93,85

[13,93 ; 72-123], à la Molest Scale de 64,89 [15,64 ; 38-111] et à la BES de 68,36 [21 ; 0-90]. Le tableau 25 présente l'ensemble de ces résultats.

*Tableau 25 : Scores aux échelles Static-2002, RSVP, UPPS, Molest Scale et BES*

| n=23 | **Moyenne** | **Écart-Type** | **Min-Max** |
|---|---|---|---|
| **Static-2002 Total** | 2,59 | 1,88 | 0-7 |
| Age | 0,71 | 1,00 | 0-3 |
| Violence sexuelle persistante | 0,40 | 0,70 | 0-2 |
| Intérêts sexuels déviants | 0,43 | 0,73 | 0-2 |
| Relation avec les victimes | 0,41 | 0,53 | 0-2 |
| Criminalité générale | 0,95 | 0,91 | 0-3 |
| **RSVP- Total** | 44,20 | 14,92 | 15-80 |
| Total - Antérieur | 17,69 | 6,16 | 5-32 |
| Total - Récent | 12,64 | 5,65 | 2-27 |
| Total - Futur | 13,86 | 5,10 | 2-25 |
| Antécédents violences sexuelles | 5,88 | 3,54 | 0-15 |
| Ajustement psychologique | 14,71 | 5,43 | 3-30 |
| Trouble mental | 9,24 | 4,44 | 1-22 |
| Ajustement social | 9,58 | 4,67 | 0-21 |
| Gestion | 4,80 | 4,10 | 0-17 |
| **UPPS Total** | 93,85 | 13,93 | 72-123 |
| Manque de préméditation | 20,77 | 6,67 | 11-38 |
| Manque de persévérance | 17,65 | 4,30 | 10-26 |
| Urgence | 27,88 | 6,72 | 15-42 |
| Recherche de sensations | 27,54 | 5,16 | 15-39 |
| **Molest Scale Total** | 64,89 | 15,64 | 38-111 |
| **BES Total** | 68,36 | 21,00 | 0-90 |
| BES cognitive | 32,54 | 9,85 | 0-41 |
| BES affective | 35,82 | 11,81 | 0-53 |

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol; UPPS: Impulsive Behavior Scale; BES: Basic Empathy Scale

3.2. Corrélations entre les échelles psychologiques et le risque de récidive sexuelle

*3.2.1. Impulsivité et risque de récidive sexuelle*

L'ensemble des résultats sont présentés tableau 26.

*Tableau 26 : Corrélations entre les scores de la Static 2002, de la RSVP et de l'UPPS*

| n=26 | **UPPS Total** | **UPPS Manque de préméditation** | **UPPS Manque de persévérance** | **UPPS Urgence** | **UPPS Recherche de sensations** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Static-2002 - Total** | -0,03 | 0,23 | 0,33 | -0,06 | -0,31 |
| Age | 0,24 | 0,16 | 0,21 | -0,09 | -0,34 |
| Violence sexuelle persistante | -0,16 | 0,16 | 0,08 | 0,03 | -0,56** |
| Intérêts sexuels déviants | 0,06 | 0,05 | 0,21 | 0,13 | -0,15 |
| Relation avec les victimes | -0,02 | 0,20 | 0,44* | -0,03 | -0,41* |
| Criminalité générale | -0,18 | 0,05 | 0,08 | 0,04 | -0,42* |
| **RSVP - Total** | 0,06 | -0,04 | 0,15 | 0,52** | -0,41* |
| Total - Antérieur | -0,05 | -0,09 | 0,19 | 0,34 | -0,47* |
| Total - Récent | 0,10 | -0,05 | 0,03 | 0,58** | -0,33 |
| Total - Futur | -0,01 | -0,11 | 0,01 | 0,45* | -0,28 |
| Antécédents violences sexuelles | 0,26 | -0,10 | -0,13 | 0,04 | -0,46* |
| Ajustement psychologique | -0,26 | 0,09 | 0,18 | 0,42* | 0,01 |
| Trouble mental | 0,00 | -0,16 | 0,01 | 0,47* | -0,31 |
| Ajustement social | -0,08 | -0,17 | 0,12 | 0,35 | -0,45* |
| Gestion | 0,02 | -0,05 | -0,05 | 0,45* | 0,30 |

*$p < 0,05$; **$p < 0,01$

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol; UPPS: Impulsive Behavior Scale

*3.2.2. Distorsions cognitives et risque de récidive sexuelle*

L'ensemble des résultats sont présentés tableau 27.

*Tableau 27 : Corrélations entre les scores aux échelles Static 2002, RSVP et Molest Scale*

| n=59 | **Molest Scale Total** |
|---|---|
| **Static-2002 - Score Total** | 0,01 |
| Age | 0,04 |
| Violence sexuelle persistante | 0,02 |
| Intérêts sexuels déviants | 0,28* |
| Relation avec les victimes | 0,07 |
| Criminalité générale | -0,28* |
| **RSVP - Total** | -0,04 |
| Total - Antérieur | -0,16 |
| Total - Récent | 0,05 |
| Total - Futur | -0,00 |
| Antécédents violences sexuelles | -0,03 |
| Ajustement psychologique | 0,20 |
| Minimisation ou déni de la violence sexuelle | -0,05 |
| Attitudes qui supportent ou justifient la violence sexuelle | 0,30* |
| Problème de conscience de soi | -0,14 |
| Stress et coping | 0,31* |
| Problèmes résultant d'abus dans enfance | 0,11 |
| Trouble mental | -0,19 |
| Ajustement social | -0,11 |
| Gestion | -0,00 |

*$p < 0,05$; **$p < 0,01$

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol

*3.2.3. Empathie et risque de récidive sexuelle*

Aucune corrélation n'est observée entre la BES total et le score total à la Static 2002 (ρ=0,15 ; *ns*) et le score total à la RSVP (ρ=0,13 ; *ns*). Aucune corrélation n'est observée entre la BES cognitive et le score total à la Static 2002 (ρ=0,10 ; *ns*) et le score total à la RSVP (ρ=-

0,15 ; *ns*). Aucune corrélation n'est observée entre le score à la BES affective et le score total à la Static 2002 (ρ=0,18 ; *ns*) et le score total à la RSVP (ρ=0,28 ; *ns*).

Seul le score total à la BES affective est positivement corrélé au sous domaine « Persistance de la violence sexuelle » de la Static-2002 (ρ=0,44 ; $p < 0,05$). Plus précisément, les items 5 « Je m'imprègne facilement des émotions des autres » et 17 « Je suis souvent happé par le sentiment des autres » de la BES sont positivement corrélés avec le sous domaine « Persistance de la violence sexuelle » de la Static-2002 (respectivement, ρ=0,45 ; $p < 0,05$ ; ρ=0,48 ; $p < 0,05$).

**4. Discussion**

L'étude actuelle avait pour objectif de préciser les liens entre l'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie d'agresseurs sexuels d'enfants incarcérés avec le risque de récidive sexuelle statique et dynamique. Les résultats ont montré des liens modérés entre les risques de récidive sexuelle statique et dynamique et *(i)* l'impulsivité, *(ii)* la présence de distorsions cognitives envers les enfants et *(iii)* l'empathie affective.

Les résultats montrent des liens positifs entre « l'Urgence » de l'impulsivité et le risque. L'urgence renvoie au déclenchement de comportements impulsifs dans des contextes chargés d'émotions négatives. Elle pourrait intervenir de deux façons dans la présence du risque. Premièrement, elle peut induire une impulsion plus forte d'agression dans des situations chargées émotionnellement. Dans ce cas, c'est la forte réaction aux émotions qui entrainera la réponse impulsive. Cyders & Smith (2008) ont montré des liens importants entre l'Urgence et la dimension de personnalité Névrosisme (qui est définit comme une tendance au ressenti d'émotions négatives ; John et al., 2008). Deuxièmement, l'urgence peut également être un désinhibiteur, ce qui facilite les réactions agressives lorsqu'elle est provoquée. Dans ce sens, des études ont trouvé des associations positives significatives entre l'urgence négative et

l'agressivité (Derefinko et al., 2011; Leone et al., 2016). La « Recherche de sensations » est négativement associée au risque de récidive sexuelle statique et dynamique. La recherche de sensations, évaluée à l'aide de l'UPPS, renvoie à la recherche d'excitation et d'aventures et à l'ouverture aux expériences nouvelles qui peuvent être dangereuses (Whiteside et al., 2005). Ce résultat est surprenant car la recherche de sensation est prédictive de certains facteurs de risque de récidive comme le trouble de la personnalité antisociale (Fossati et al., 2016) ou la consommation d'alcool ou de substances (Cyders & Smith, 2008a). Il est possible d'envisager deux pistes explicatives mais qui utilisent des modèles de recherche de sensation différents et qui devront être vérifiées à l'aide du modèle UPPS. Selon Skovran et al. (2010), ce serait surtout l'association recherche de sensation et psychopathie qui entrainement plus d'agressions répétées. Enfin, selon Ljubin-Golub et al. (2017), la recherche de sensations explique surtout des comportements « normatifs » de délinquance et moins les agressions violentes et graves, comme le sont les violences sexuelles.

Les distorsions cognitives, attitudes et croyances pré-agressions (Vanderstukken et al., 2015), montrent des corrélations uniquement avec certains sous-domaines ou groupe d'items de la Static-2002 et de la RSVP. La présence d'un « Intérêt sexuel déviant » est positivement et modérément corrélé avec la présence de distorsions cognitives sur enfants. L'intérêt sexuel déviant pour les enfants et les distorsions cognitives sont des concepts très proches voir qui se chevauchent (Ó Ciardha, 2011). Ils sont, probablement, étiologiquement liés et proviendraient de schémas cognitifs appris au cours d'expériences infantiles. Par exemple, un enfant abusé sexuellement peut avoir intégré, d'une part, dans sa sexualité des schémas dysfonctionnels le conduisant au développement d'une sexualité déviante envers les enfants (intérêt sexuel déviant) et d'autre part, avoir développé la croyance que les enfants sont des objets sexuels (distorsions cognitives) (Ó Ciardha, 2011). De plus, l'intérêt sexuel déviant et les distorsions cognitives pourraient s'alimenter. La théorie intégrée de l'agression sexuelle (Ward & Beech,

2006), explique que tout comportement humain (dont le passage à l'acte sexuel) est le fruit d'une motivation. Si la motivation pour un pédophile est la sexualité avec un enfant, alors les distorsions cognitives peuvent survenir un peu en amont du passage à l'acte, comme une forme de pensée simplifiée, pour permettre cognitivement l'accès à l'agression. Ainsi, penser que les enfants peuvent être demandeurs de relations sexuelles avec les adultes entrera en résonnance avec l'intérêt sexuel pour favoriser l'agression (Ward et al., 2006). Ces liens entre intérêt sexuel déviant et distorsions cognitives avaient déjà été observés grâce à des mesures variées : la phallométrie (Muschang, 2007) ou encore le nombre de victimes enfants (Bumby, 1996; Muschang, 2007). Les distorsions cognitives pourraient également être un indicateur de risque de passage à l'acte. Par exemple, l'étude de Merdian et al. (2014) a montré que les Child Pornographic Offenders (CPO) (présentant une attirance sexuelle envers les enfants, sans passer à l'acte) n'avaient pas moins de distorsions cognitives que les AICS mais qu'ils n'adhéraient pas aux mêmes distorsions cognitives (Merdian et al., 2014). Face au CPO, les AICS adhéraient de manière plus importante aux distorsions cognitives concernant : le « Droit » (sorte de pouvoir de soi sur les autres), les « Justifications » (aspects sans conséquences voire positifs pour l'enfant du sexe avec l'adulte) et les « Enfants comme acteurs sexuels » (idée que les enfants sont sexuellement actifs). L'étude actuelle a montré que des liens privilégiés existaient entre certains items de la Molest Scale et l'intérêt sexuel déviant comme facteur de risque de récidive sexuel. Les items 6 « *Lorsque les enfants ne disent pas qu'ils ont participé à un acte sexuel en compagnie d'adultes, c'est qu'ils ont probablement aimé ça* », 18 « *dans bon nombre d'agressions sexuelles sur enfants, il n'y a pas vraiment de manipulation ou de menaces* », items 22 « *Au cours d'agressions sexuelles sur enfants, certains hommes demandent aux enfants s'ils aiment ça car ils veulent leur donner du plaisir* » pourraient s'apparenter aux distorsions cognitives « Justifications ». Les items 31 « *Dans certains cas se sont les enfants qui initient les contacts* » et 34 « *Les enfants*

*qui entrent dans la salle de bain sont probablement intéressés pour voir les organes génitaux de l'adulte* » pourraient s'apparenter aux distorsions cognitives « Enfants comme acteurs sexuels ». Des travaux futurs seront nécessaires pour consolider ces résultats.

L'absence de relation entre le sous domaine « Déviance sexuelle » de la RSVP et les distorsions cognitives peut sembler surprenant. La Static 2002, offre des indicateurs statiques c'est-à-dire factuels (ex, la présence d'une victime masculine) et a été cotée uniquement à partir de dossiers du participant. La RSVP, qui s'appuie sur des facteurs dynamiques donc évolutifs dans le temps, a été cotée à l'aide d'un entretien semi-structuré. La situation d'entretien, qui n'est pas le mode idéal d'évaluation des intérêts déviants (Nosek & Smyth, 2007), a pu entraver l'évaluation de l'intérêt sexuel déviant de la RSVP pour l'évaluation d'un sujet aussi intime (Goyette et al., 2017). Par exemple, Joyal & Carpentier (2017) ont montré que la révélation de ces intérêts était plus facile par internet (qui semble être un mode de communication plus anonyme) que par téléphone.

Des liens sont, également, observés entre le sous domaine « Attitudes qui supportent ou justifient la violence sexuelle » de la RSVP et les distorsions cognitives. Mais leur faiblesse laisse supposer que la définition dans la RSVP et la Molest Scale ne sont pas identiques. La RSVP propose d'évaluer une multitude de cognitions plus larges (attitudes socio-politiques, religieuses, culturelles et personnelles) justifiant ou supportant la violence sexuelle en générale et non uniquement centrée sur les enfants (Hart & Boer, 2010). Enfin, les liens entre le sous domaine « Stress et coping » n'est pas surprenant. Les distorsions cognitives qui supportent l'agression sexuelle sont reliées aux ressentis d'émotions négatives, à la mauvaise gestion du stress… Elles sont d'ailleurs, plus présentent chez les AICS présentant une forte dimension névrosisme de la personnalité (Boillat et al., 2017).

Le sous domaine « Criminalité générale » de la Static-2002 est négativement corrélé à la présence de distorsions cognitives sur enfants. Les AICS d'enfants présentant des

distorsions cognitives sur enfants semblent plus à même d'avoir un intérêt pédophilique (Muschang, 2007) et moins de conduites antisociales donc de criminalité générale (Gerwinn et al., 2018). Les agressions sexuelles des AICS d'enfants pédophiles sont probablement menées par leur intérêt sexuel déviant qui les conduisent à une criminalité principalement centrée sur les agressions sexuelles d'enfants et non généralisée.

L'empathie générale n'est pas corrélée aux scores totaux de risque de récidive sexuelle. Seule le sous domaine « Persistance de la violence sexuelle » de la Static-2002 est positivement et modérément corrélé avec l'empathie affective. Ce sous domaine renvoie à la présence de victimes et d'antécédents sexuels conséquents. Ce résultat est en contradiction avec les données de la littérature puis que l'empathie est souvent non corrélée ou négativement corrélée à la récidive (Hanson & Harris, 2001; Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Cependant, l'empathie ne serait pas un phénomène unidimensionnelle mais possèderait 4 facettes : *(i)* la prise de perspective (empathie cognitive) requiert la capacité à « se mettre » à la place de l'autre et à adopter son point de vue, *(ii)* la « fantaisie » (empathie cognitive) requiert la capacité de faire l'expérience par procuration des expériences émotionnelles d'un autre, *(iii)* la préoccupation empathique (empathie affective) requiert la capacité à porter attention et à reconnaitre les émotions des autres, enfin, *(iv*) la détresse personnelle (empathie affective) requiert la capacité à déterminer une réponse interpersonnelle appropriée à cette émotion (Davis, 1980). Bien que l'empathie soit une capacité socialement positive, elle peut également être source d'émotions négatives pour les personnes qui y trop sensibles. Certains AICS pourraient se sentir débordés par les émotions des victimes (Covell & Scalora, 2002) mais aussi plus généralement par les émotions des autres. Par exemple, la détresse personnelle (comme composante de l'empathie) est associée à de l'anxiété et du malaise qui résultent de l'observation de l'expérience négative d'une autre personne (Covell & Scalora, 2002; Pechorro et al., 2021). Il est possible qu'une forte détresse personnelle entraine des difficultés dans les

interactions sociales qui peuvent conduire à l'utilisation de l'agressivité pour réduire cette détresse. D'ailleurs, les délinquants ont des niveaux de détresse personnelle plus élevés que les non délinquants (Lindsey et al., 2001). Dans l'étude actuelle, les items positivement corrélés avec le risque sexuel semblent concernés une crainte d'envahissement des émotions des autres (item 5 « Je m'imprègne facilement des émotions des autres » et item 17 « Je suis souvent happé par le sentiment des autres »). Enfin, ce résultat pourrait, aussi, s'expliquer par le parcours des AICS. Un AICS ayant une tendance répétée à la violence sexuelle pourrait avoir eu de nombreuses condamnations et donc plus d'opportunités de soins. Les soins peuvent avoir développés les capacités empathiques des AICS (Barnett et al., 2013) ayant de nombreux antécédents de violences sexuelles.

Il est à noter que les liens présents restent très modérés. Il serait possible que d'autres facteurs fassent offices de médiateurs dans la relation entre le risque de récidive sexuelle et l'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie. Il est aussi possible que l'association de ces facteurs entre eux permettent une meilleure compréhension de la récidive. Par exemple, Wood & Riggs (2008) ont développé un modèle de régression logistique permettant d'expliquer l'association de certains facteurs psychologiques et son impact dans la survenue et le maintien des agressions sexuelles sur enfants. Ils ont mis en avant que l'anxiété d'attachement de l'adulte, les distorsions cognitives concernant le sexe adulte-enfant et les attitudes empathiques inconsistantes permettait de prédire le statut d'agresseur sexuel d'enfants.

Cette étude comporte des limites. Tout d'abord, la population n'est composée que de 59 AICS et les échelles auto rapportées n'ont pu être remplies que par un nombre très limité de participants, ne permettant pas d'approfondir les résultats (en proposant des analyses plus complexes comme des régressions logistiques), ni d'étendre les résultats (notamment à l'ensemble de la population d'AICS d'enfants). Notre population est majoritairement

composée d'AICS d'enfants intrafamiliaux qui présentent des profils psychopathologiques spécifiques face aux AICS d'enfants extrafamiliaux (Seto et al., 2015), comme par exemple, une plus faible présence de distorsions cognitives (Hayashino et al., 1995). Ceci est d'autant plus vrai que chez les AICS d'enfants intrafamiliaux détenus (Muschang, 2007). Les facteurs psychologiques évalués l'ont été à l'aide d'auto-questionnaires, reflétant ainsi ce que l'AICS pense de lui. L'évaluation auto-rapportée présente de nombreux biais. Le biais de compréhension aurait nécessité de vérifier les capacités intellectuelles des participants afin de s'assurer de la compréhension de l'ensemble des items. Les auto-questionnaires évaluent des pensées en dehors de leur contexte d'apparition. L'impulsivité, les distorsions cognitives ou l'empathie pourraient avoir une part de « cognitions chaudes ». C'est-à-dire des cognitions, associées à une mémoire implicite, qui ne sont conscientisées que dans le contexte de leur apparition (Spiering & Everaerd, 2007). De plus, l'ensemble des passations se sont déroulées en milieu carcéral. La prison ne constitue pas nécessairement un environnement optimal pour l'évaluation du risque de récidive. Le participant n'est pas soumis à un environnement présentant des facteurs contextuels de risque (Beech & Ward, 2004) (ex, un participant présentant une pédophilie ne se trouvera pas en contact avec des enfants au sein de la détention) ce qui a pu modifier l'évaluation du risque. Enfin, nous n'avons pas pu contrôler la présence de désirabilité sociale qui est une cognition potentiellement associée aux aveux d'impulsivité (Spaans et al., 2016), de distorsions cognitives (Arkowitz & Vess, 2003) et de manque d'empathie (Curwen, 2003).

**Conclusion**

Cette étude a tenté de montrer les liens existants entre l'impulsivité générale, les distorsions cognitives envers les enfants et l'empathie avec le risque de récidive sexuelle statique et dynamique d'agresseurs sexuels d'enfants. Ces liens ont été approfondis pour les

observer au-delà des scores totaux des échelles et auto-questionnaires. Les liens entre impulsivité et récidive ne doivent pas être laissés de côté chez les AICS d'enfants mais doivent être recherchés dans la présence de comportements impulsifs dans des situations sociales générant des émotions négatives. Dans la poursuite des liens observés grâce aux corrélations développées dans cette étude, les liens entre récidive et distorsions cognitives seraient à approfondir en termes d'adhésion à certains types de distorsions cognitives. Il pourrait, peut-être, être envisagé la factorisation de la Molest Scale qui permettrait d'apprécier plus finement des catégories de distorsions cognitives dans le but, éventuel, d'aider à discriminer les AICS d'enfants récidivistes des non récidivistes. Enfin, les liens entre récidive et empathie chez les AICS d'enfants ne seraient pas à approfondir en termes de déficit d'empathie général mais en termes d'une trop grande sensibilité aux émotions des autres. Enfin, les prochains travaux pourraient se concentrer à observer la dynamique de l'association de ces facteurs afin de mieux comprendre le risque de récidive sexuelle.

### 4.2.2.2. *L'impulsivité, les distorsions cognitives sur adulte, l'empathie et le risque de récidive sexuelle, violente et générale des AICS d'adultes* [8]

## Article 8 : L'impulsivité, les distorsions cognitives sur adulte, l'empathie et le risque de récidive sexuelle, violente et générale des AICS d'adultes

**Cet article, actuellement non soumis, fera l'objet d'un poster lors des journées de la Société Médico-Psychologique (octobre 2021)**

Introduction : Les Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) d'adultes récidivent sur le plan sexuel, violent ou général (Proulx et al., 1997). Malgré des liens avec la récidive décrits comme absents, flous ou peu détaillés, l'impulsivité, les distorsions cognitives (envers les femmes adultes) et l'empathie sont souvent considérés comme des cibles de traitement dans la prévention de la récidive. Cette étude tente d'examiner la relation entre le risque de récidive sexuelle, violente et générale et l'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie générale chez les délinquants sexuels d'adultes.

Méthode : 27 AICS d'adultes masculins, incarcérés, ont été évalués à l'aide du RSVP, HCR-20, LS/CMI, UPPS, Molest Scale et BES. Des analyses de corrélation non paramétriques (Rho de Spearman) ont été réalisées.

Résultats-Discussion : L'impulsivité (notamment « l'Urgence ») est liée positivement au risque de récidive sexuelle (notamment « l'ajustement psychologique »). L'urgence pourrait intervenir de deux façons. Premièrement, une forte réaction aux émotions entrainerait une réponse impulsive. Deuxièmement, l'urgence pourrait également être un désinhibiteur,

[8] Article présenté sous forme résumée. L'article en version complète est en annexe.

facilitant les réactions agressives en cas de provocation, comme l'attestent des associations positives significatives entre l'urgence négative et l'agressivité (Derefinko et al., 2011; Leone et al., 2016). La mauvaise gestion émotionnelle des situations sociales pourrait être à l'origine d'une tendance à « l'Urgence » dans les relations (Gaher et al., 2015) des AICS d'adultes. L'impulsivité (notamment « l'Urgence ») est, également, liée négativement au risque de récidive générale (notamment « Problèmes d'alcool et de drogues »). Ces résultats, surprenants, pourraient être liés *(i)* à l'attente par le patient de sa consommation (Ham et al., 2013) et/ou *(ii)* par le temps passé en détention qui conduit à un sevrage forcé. L'impulsivité (notamment « la Recherche de préméditation ») est associée positivement avec le risque général (notamment l'Éducation et l'Emploi »). Les personnes ayant un bas niveau de préméditation seraient plus enclines à agir sur un coup de tête et sans mesurer les conséquences de leurs actes entravant l'obtention mais surtout le maintien d'un emploi.

La présence de distorsions cognitives envers les femmes est positivement et uniquement corrélée avec le risque de récidive sexuelle. Ces résultats sont cohérents avec la littérature déjà existante (Brouillette-Alarie et al., 2018; Brouillette-Alarie & Hanson, 2015).

L'empathie (et notamment l'empathie affective) est négativement et uniquement liée au risque de récidive sexuelle marquant la présence de *(i)* difficultés relationnelles (Clark et al., 2019) (notamment dans les relations non intimes : amis et emploi) et *(ii)* de conduites antisociales (Langen et al., 2014) chez les AICS d'adultes à haut risque.

Il est à noter que ces liens restent modérés. La récidive est un processus dynamique qui fait appel à plusieurs types de facteurs (développementaux, de vulnérabilité et situationnels, Beech & Ward, 2004). Des facteurs intermédiaires pourraient agir entre les facteurs psychologiques actuellement étudiés et les facteurs de risque des échelles. Enfin, les facteurs psychologiques étudiés peuvent être considérés comme des facteurs « chauds »

(dépendante du contexte) (Roiser & Sahakian, 2013) et donc varier selon le moment de leur évaluation.

Cette étude comporte des limites en termes de faiblesse d'échantillon, de choix d'outils auto-rapportés, de contexte de carcéral de passation et l'absence de contrôle de la désirabilité sociale.

Conclusion : Cette étude a tenté de montrer que les liens entre les risques de récidive et certains facteurs psychologiques (tels que l'impulsivité, les distorsions cognitives infantiles et l'empathie) constituent des pistes supplémentaires de réflexion dans la volonté de comprendre et de prendre en charge la récidive sexuelle chez les délinquants adultes.

*4.3. Approche en cluster du risque de récidive des AICS*

Cette dernière partie empirique (répondant à l'objectif 3) se concentrera, sous forme d'un article unique, à développer des clusters d'AICS selon leur niveau de risque de récidive.

## Article 9: Contribution of a cluster approach to identify the profiles of sexual offenders according to their risk of reoffending

**Article soumis à la revue Journal of Interpersonal Violence**

Ingrid Bertsch[1,2,3], Catherine Potard[1,3,4], Christian Réveillère[1], Thierry H. Pham[2,5], Robert Courtois[1,3]

[1] University of Tours, Department of Psychology, EE 1901 Qualipsy (Quality of life and psychological health), 37000 Tours, France.

[2] University of Mons-Hainaut, Department of Forensic Psychology, 7000 Mons, Belgium

[3] Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles Centre Val-de-Loire, University hospital of Tours, 37000 Tours, France

[4] University of Angers, Department of Psychology, Psychology Laboratory of « Pays de la Loire », Angers, France

[5] Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, 7500 Tournai, Belgium.

Abstract

Introduction: The aim of this study is to propose a typology of recidivism risk profiles based on the criminogenic needs of a population of sexual offenders. Their socio-demographic, criminological, psychological and psychiatric factors and vulnerabilities will be compared. This classification will respond to the need for a better identification of the factors involved in the risk of recidivism of sexual offenders, in order to develop more effective management.

Method: Three recidivism risk scales, psychological and psychiatric scales (personality traits, impulsivity, cognitive distortions, empathy and psychiatric disorders) were completed by 86 detained sexual offenders, and their socio-demographic and criminological characteristics were also recorded. Results: Cluster analysis led to identification of two significantly different risk groups. In contrast to the "Low risk" profile (n = 54, 64%), the "High risk" profile (n = 32, 36%) is characterized by significantly younger, less educated sexual offenders, who more often have adult and extra-familial victims, score higher on Neuroticism and lower on Conscientiousness and Empathy, and present with more past and current psychiatric disorders.

Discussion: The overall findings of this study are consistent with the literature on the characteristics of high-risk sexual offenders. The assessment and management of sexual offenders must consider: criminogenic factors, which should be prioritized; past or present psychiatric disorders, which may act as acute risk factors; and non-criminogenic needs, which should not be prioritized, but which may (when linked to criminogenic needs) enhance the effectiveness of management.

*Key-words*: offenders, sexual assault, violent offenders, recidivism, sexual assault

## 1. Introduction

Recidivism of sexual offenders can take various forms: sexual recidivism (any new sexual offense), which concerns an average of 13.7% of sexual offenders over a period of 5 to 6 years; violent recidivism (any new act of violence) whether or not associated with sexual violence, which affects 14.3% of sexual offenders over a period of 5 to 6 years; and general recidivism (any new offence), which affects an average of 36.2% of sexual offenders over a period of 5 to 6 years (Hanson & Morton-Bourgon, 2005).

To reduce recidivism effectively, the Risk-Need-Responsivity (RNR) model (Bonta & Andrews, 2007) outlines three core principles on which management should be based. The "Risk" principle recommends that the intensity of management of sexual offenders should be adjusted according to their level of risk of recidivism; a reliable and robust assessment is possible through the use of structured recidivism risk scales. The "Needs" principle advocates focusing on the criminogenic needs of the offender, that is, on the dynamic risk factors of recidivism. Several risk factors for sexual and non-sexual (violent and general) recidivism have already been identified (Brouillette-Alarie & Proulx, 2016). However, other factors remain to be identified, particularly concerning the psychological functioning of high-risk sexual offenders. Finally, the "Responsivity" principle advocates on the one hand the use of cognitive and behavioral therapies or those based on social learning theories, and on the other hand, the individualization of management. This means that beyond the "typical" risk factors, it is important to understand the particular criminogenic needs of each individual in order to provide appropriate care.

Indeed, sexual offenders constitute a very heterogeneous population, including in terms of risk of recidivism, which makes management difficult. To improve understanding of this population, (Knight & Prentky, 1990) stressed the importance of classification in order to develop a taxonomic approach, and provide theoretical, research and management leads.

Currently, various typologies exist, based on theory-led, clinical or actuarial approaches (Martínez-Catena et al., 2016). More recently, a psychometric profiling approach has been developed, based on standardized instruments and using statistical methods such as clustering to identify new categories of sexual offenders (Martínez-Catena et al., 2016). This approach offers a promising avenue for evidence-based understanding of the recidivism of sexual offenders and their psychological functioning. In particular, a typology based on their criminogenic needs (dynamic risk factors) allows the complexity of recidivism risk to be understood beyond a "simple" score or risk level, making it possible, for example, to set up individualized management programs for two individuals presenting with an identical recidivism risk but different needs.

A few studies have already applied the clustering method to the criminogenic needs of sexual offenders. Seto & Fernandez' study (2011) of 419 incarcerated sexual offenders identified four clusters based on items of the Stable-2000 (dynamic recidivism risk assessment scale). Sexual offenders in the "low needs" cluster scored low on all Stable-2000 items, while the "typical" group scored close to average. The "sexually deviant" group comprised sexual offenders who scored higher than the other groups on emotional identification with children, deviant sexual interests, tolerant attitudes towards adult-child sex and sexual urges/preoccupations, social rejection and loneliness. Their scores on cognitive distortions were average. Finally, the "pervasive high-needs" profile characterized the sexual offenders with the highest scores on the Stable-2000. More recently, (Martínez-Catena et al., 2016), in a study of 94 incarcerated sexual offenders, used the clustering method with the Static-2002R variables, and identified 3 clusters based on psychological functioning and behaviors: the "high-needs" group comprised sexual offenders with high Static-2002R scores, more alcohol and aggression problems and less social self-confidence; the "moderate-needs" group included sexual offenders with intermediate Static-2002R scores but more alcohol

problems; and sexual offenders in the "low-needs/high-denial" group had the lowest risk scores but the highest level of social desirability. These studies using clustering, based on the criminogenic needs of sexual offenders, remain scarce and focus only on single and sexual recidivism risk scales. Using this approach with a broader range of personal factors and vulnerabilities would provide greater insight into the recidivism trajectories of sexual offenders, and enable personalized interventions to be set up in line with the specific needs of the offender (Beech & Mann, 2002; Seto & Fernandez, 2011). Indeed, the risk of recidivism is multifaceted and cannot be characterized by a single measure; a more accurate clinical picture could undoubtedly be obtained by examining how the different characteristics of recidivism overlap, limiting or catalyzing risk.

Furthermore, while the population of sexual offenders can be described by sociodemographic and criminological factors, certain psychological vulnerabilities, such as personality traits, trait impulsivity, cognitive distortions and empathy, may provide additional indicators of criminogenic needs (Barnett et al., 2013; Mann et al., 2010). In addition, some sexual offenders may suffer from psychiatric disorders, which may constitute a form of "psychiatric dangerousness", increasing the risk of reoffending through their influence on criminogenic needs (Lee & Hanson, 2016).

The aims of this study were thus: (1) to identify and compare the profiles of sexual offenders according to three types of recidivism risk: sexual with the RSVP, violent using the HCR-20, and general using the LS/CMI; (2) to identify sociodemographic features (age, level of education) and criminological factors (length of sentence and time served, victim characteristics); (3) to identify psychological vulnerabilities (personality traits - Big five, impulsivity - cognitive distortions, general empathy) and psychiatric symptomatology (past and current psychiatric disorders, antisocial personality disorder). We hypothesized that several clusters would be observed based on the scores obtained on the risk variables (H1),

that clusters with higher scores on the risk variables would be younger, less educated, and have longer sentences (H2), and would show greater Neuroticism, less Conscientiousness and Openness, more impulsivity, more cognitive distortions, less empathy, and evidence of past and present psychiatric disorders and of antisocial personality disorder (H3).

## 2. Method

### 2.1. Participants

The sample included 86 French detainee sexual offenders. Their average age was 45.72 ± 11 years (min: 19 - max: 71 years) and their average level of education was 10.1 ± 2.62 years (1-15), which corresponds to a Brevet d'Etudes Professionnelles (vocational high school diploma, 10th grade). They were sentenced to an average of 132 ± 68.84 months in prison (1-360) and had spent an average of 61.09 ± 53.22 months (1-384) in prison at the time of the interviews. Among the participants, 68.6% (n = 59) were child molesters, 62.8% (n = 54) abused intra-family members, and 88.8% (n = 71) had female victims.

### 2.2. Instruments

#### *2.2.1. Recidivism risk assessment scales*

The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP; Hart & Boer, 2010) is a structured professional judgment protocol, used to assess and manage sexual recidivism risk. The French version was translated by Pham and Michaux (UMons) and has good psychometric properties (Hart & Boer, 2010). It has 22 items covering 5 domains: History of sexual violence, Psychological adjustment, Mental disorder, Social adjustment, and Manageability. These 5 domains are assessed according to their *(i)* past, *(ii)* recent *and (iii)* future presence. For this study, a quantitative scoring method was applied to each item (0 no evidence, 1 partial evidence, 2 definite evidence) in order to obtain a total score and a score for each subscale (Jones et al., 2016; Vargen et al., 2020).

The Historical, Clinical and Risk Management Scale 20 - version 2 (HCR-20; Webster et al., 1997) is used to predict and manage the risk of violent recidivism. The French version was translated by Claix and Pham (2004) and the Philippe Pinel Institute. It is composed of 20 items divided into 3 sub-scales: “Historical items”, “Clinical items”, and “Risk management items”. Like the RSVP, it is possible to rate each item for research purposes (Jones et al., 2016); hence, each item was scored quantitatively (0 no evidence, 1 partial evidence, 2 definite evidence) in order to obtain a total score and a score for each subscale (Claix & Pham, 2004).

The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI; Andrews et al., 2004) assesses the risk of recidivism of offenders and is designed to assist professionals in management and treatment planning. The French version was translated and validated by Guay (2016). It is divided into 11 sections. Section 1 (the only one used in this study) assesses 8 domains related to recidivism (e.g., “Family/marital” and “Education and Employment”). Each item was rated quantitatively, either 0 (no evidence) or 1 (presence of evidence), yielding a score for each of the 8 domains and a total score.

It should be noted that items 12 and 7 (“psychopathy”) of the RSVP and HCR-20, respectively, were omitted in this study, as they require objective assessment data for this disorder (e.g., Hare's Psychopathy Checklist-Revised, Hare, 2003) that were not available in the participants' records.

*2.2.2. Socio-demographic and criminological data*

Participants provided information about their age and education level. They also provided information about the length of their current sentence, how long they had been in prison, whether their victim(s) was/were adult(s) or minor(s), their relationship to the victim(s), and the gender of their victim(s).

*2.2.3. Psychological scales*

The Big Five Inventory (BFI; John et al., 1991), a self-report questionnaire, assesses five traits of 'normal' personality: Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness, Neuroticism and Openness. The French version developed by Plaisant et al. (2010) has 45 items, rated on a 5-point Likert scale (ranging from strongly disagree to strongly agree). The BFI has good psychometric properties.

The Impulsive Behavior Scale (UPPS; Whiteside et al., 2005) is a self-administered questionnaire that assesses impulsivity through four dimensions: negative urgency, lack of premeditation, lack of perseverance, and sensation seeking. The French version has 45 items (Van der Linden et al., 2006). Responses are rated on a 4-point Likert scale, from strongly agree (1) to strongly disagree (4). The total score is the sum of the points obtained for the items, after recoding the inverted items. The UPPS has good psychometric properties.

The Rape and Molest Scales (Bumby, 1996) are self-administered questionnaires that assess the cognitive distortions of rapists and child molesters, respectively. There are 36 items in the Rape Scale and 38 in the Molest Scale, scored on a 4-point Likert scale, from strongly disagree (1) to strongly agree (4). The total score is the sum of the item scores. The scales have good psychometric qualities.

The Basic Empathy Scale (BES; Jolliffe & Farrington, 2006) is a self-report measure of empathy in its two dimensions, cognitive and emotional. The French version has 20 items (D'Ambrosio et al., 2009). Responses are rated on a 5-point Likert scale, from strongly disagree (1) to strongly agree (5). The total score is the sum of the points obtained for each item, after recoding the reversed items. The BES has good psychometric properties.

The Social Desirability Scale (SDS-17; Crowne & Marlowe, 1960; Stöber, 1999) is a self-administered questionnaire assessing social desirability tendencies. The French version provides a total score (Blais et al., 1991). This scale has good psychometric properties.

*2.2.4. Psychiatric scale*

The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1997), a semi-structured interview, assesses the presence of psychiatric disorders (axis 1: mood disorders, anxiety disorders, phobic disorders, obsessive compulsive disorder, substance abuse and dependence disorders, eating disorders, psychotic disorders) and antisocial personality disorder (axis 2) according to DSM-IV criteria (American Psychiatric Association, 1994). The French version was translated by Lecrubier et al., 1997). For this study, only the most relevant disorders with regard to the psychiatric profiles of sexual offenders were retained, namely, mood, anxiety, phobic, and obsessional disorders, alcohol and cannabis dependence, psychotic disorder and antisocial personality disorder.

2.3. Procedure

This study was approved by an ethical group for clinical research. Assessments were conducted in the medical departments of four prisons in different French regions between March 2018 and February 2020. First, the evaluator conducted semi-structured interviews with the participants and consulted their medical records to rate the three recidivism risk scales. To ensure inter-rater fidelity of the RSVP, HCR-20 and LS/CMI scores, a double-blind scoring was performed for 7 randomly selected participants (8.14%) by a second researcher trained in scoring risk scales. Inter-rater reliability was satisfactory for total scale scores (RSVP total score: $\rho = .93$; $p < .01$; HCR-20 total score: $\rho = .92$; $p < .01$; LS/CMI total score: $\rho = .85$; $p < .05$). Next, participants completed the self-report psychological scales. The Rape Scale was only completed by participants who assaulted adults, and the Molest Scale by those whose victims were children. Finally, the MINI was administered to all participants in the form of a structured interview. The protocol lasted an average of 2.5 hours.

2.4. Data analysis

All statistical analyses were performed with SPSS© IBM© version 25. A cluster analysis was performed. Clustering is an exploratory statistical method that divides individuals into groups according to their common characteristics. Respondents in one cluster are more similar to each other (through the selected characteristics) than they are to respondents in other clusters. To identify the clusters, a z-normalization of the variables (all variables of the three scales: RSVP, HCR-20 and LS/CMI) was performed and then the two-step cluster method determined the optimal number of clusters. Once the clusters were created, the differences between the risk variables, socio-demographic, criminological, psychological and psychiatric factors/vulnerabilities were analyzed. For this purpose, Chi2 tests between the two clusters were performed for categorical variables (e.g. age of the victim: minor vs. adult), and Mann-Whitney U tests were performed for continuous variables (e.g. participants' age) that did not follow a normal distribution. The significance level used was $p < .05$.

## 3. Results

3.1. Descriptive results

*3.1.1. Descriptive results of the risk scales*

All the descriptive results of the scales are presented in Table 28.

*Table 28: Descriptive results of the RSVP, HCR-20 and LS/CMI risk scales*

| **Risk scales** (n=86) | **Mean** | **SD** | **Median** | **Max** |
|---|---|---|---|---|
| **RSVP Total Score** | 48.57 | 15.77 | 15 | 80 |
| Total-Past items | 19.13 | 6.39 | 5 | 34 |
| Total-Recent items | 14.37 | 6.19 | 2 | 29 |
| Total- Relevant items | 15.07 | 5.25 | 2 | 25 |
| History of sexual violence | 5.76 | 3.44 | 0 | 15 |
| Psychological adjustment | 15.48 | 5.52 | 3 | 30 |
| Mental disorder | 9.81 | 4.61 | 1 | 23 |
| Social adjustment | 11.57 | 5.56 | 0 | 23 |
| Manageability | 5.95 | 4.23 | 0 | 17 |
| **HCR-20 Total Score** | 13.41 | 6.66 | 2 | 27 |
| Historical | 6.57 | 4.38 | 0 | 16 |
| Clinical | 2.94 | 2.00 | 0 | 8 |
| Risk | 3.87 | 2.03 | 0 | 9 |
| **LS/CMI Total Score** | 15.64 | 6.41 | 4 | 33 |
| Criminal history | 3.49 | 1.91 | 0 | 8 |
| Education and Employment | 3.05 | 2.38 | 0 | 9 |
| Family/marital | 2.26 | 1.62 | 0 | 13 |
| Leisure and Recreational Activities | .73 | .76 | 0 | 4 |
| Companions | 2.76 | .83 | 0 | 2 |
| Drug or alcohol problems | 1.19 | 1.68 | 0 | 8 |
| Pro-criminal attitude or orientation | 1.16 | .94 | 0 | 4 |
| Antisocial pattern | 1.01 | .99 | 0 | 3 |

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol; HCR-20: Historical Clinical Risk-20; LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory

### *3.1.2. Descriptive results of psychological and psychiatric scale scores*

Mean scores on the psychological scales, and specifically the BFI-fr scale, were 3.02 ± .76 (1.37-4.75) for Extraversion, 3.85 ± .45 (2.50-4.90) for Agreeableness, 3.91 ± .57 (2.22-5.00) for Conscientiousness, 2.94 ± .83 (1.13-4.50) for Neuroticism, and 3.43 ± .59 (1.80-4.60) for Openness. A mean score of 94.85 ± 13.94 (72-123) was obtained for the total UPPS.

On the Bumby scales, mean scores were 57.33 ± 12.83 (36-81) for the Rape Scale and 64.89 ± 15.64 (38-111) for the Molest Scale. On the BES, mean scores were 65.03 [26.75] (0-95). Finally, a mean score of 10.74 ± 2.81 (6-16) was obtained on the SDS-17. A majority of the sample had experienced a past (n=72; 86.7%) and/or current (n=64; 77.1%) psychiatric disorder.

*3.1.3. Cluster composition*

Using the scores obtained on the subscales of the three risk scales, two clusters were identified. Participants in the "High risk" cluster, comprising 36% (n=32) of the sample, had significantly higher risk scores on all three scales, and those in the "Low risk" cluster, comprising 64% (n=54) of the sample, had the lowest risk scores. Only the "History of sexual violence" (RSVP) and "Companions" sub-domains showed no significant differences between the two groups. The overall results are presented in Table 29.

*Table 29: Cluster composition according to risk scales*

| | **Cluster 1** | **Cluster 2** | | |
|---|---|---|---|---|
| | **36%** | **64%** | | |
| **Risk Scales** | n = 32 | n = 54 | **U** | ***p*** |
| **RSVP Total Score** | 65.16 [7.71] | 38.74 [10.00] | 17.00 | *** |
| Total-Past items | 24.38 [4.57] | 16.02 [5.17] | 183.50 | *** |
| Total-Recent items | 20.78 [3.80] | 10.57 [3.67] | 31.00 | *** |
| Total- Relevant items | 20.00 [3.31] | 12.15 [3.80] | 100.50 | *** |
| History of sexual violence | 6.25 [3.80] | 5.46 [3.24] | 789.00 | *ns* |
| Psychological adjustment | 10.09 [4.60] | 13.33 [4.90] | 345.00 | *** |
| Mental disorder | 13.38 [4.77] | 7.70 [2.92] | 273.00 | *** |
| Social adjustment | 16.84 [3.64] | 8.44 [3.80] | 94.50 | *** |
| Manageability | 9.59 [3.23] | 3.80 [3.15] | 174.50 | *** |
| **HCR-20 Total Score** | 20.31 [4.22] | 9.31 [3.84] | 58.00 | *** |
| Historical | 10.88 [3.38] | 4.02 [4.02] | 101.00 | *** |
| Clinical | 4.66 [1.62] | 1.93 [1.44] | 190.00 | *** |
| Risk | 4.75 [1,61] | 3.35 [2.10] | 504.00 | ** |
| **LS/CMI Total Score** | 21.88 [4.18] | 11.94 [4.28] | 82.50 | *** |
| Criminal history | 5.00 [1.57] | 2.59 [1.49] | 247.00 | *** |
| Education and Employment | 4.56 [1.92] | 2.15 [2.17] | 327.00 | *** |
| Family/marital | 2.66 [.83] | 2.02 [1.91] | 534.00 | ** |
| Leisure and Recreational Activities | 2.97 [.54] | 2.63 [.94] | 634.50 | * |
| Companions | 0.97 [.78] | .59 [.71] | 714.00 | *ns* |
| Drug or alcohol problems | 2.22 [1.81] | .57 [1.25] | 347.50 | *** |
| Pro-criminal attitude or orientation | 1.72 [.99] | .83 [.75] | 416.00 | *** |
| Antisocial pattern | 1.78 [.94] | .56 [.70] | 288.00 | *** |

*ns*: non-significant; *$p < .05$ ; ** $p < .01$ ; *** $p < .001$

*Note.* RSVP: Risk for Sexual Violence Protocol; HCR-20: Historical Clinical Risk-20; LS/CMI: Level of Service/Case Management Inventory.

### *3.1.4. Socio-demographic and criminological factors of clusters*

The two clusters differed in age and education. Participants in the “High Risk” cluster were significantly younger than those in the “Low Risk” cluster (respectively, 42.66 ± 10.64

vs. 47.54 ± 10.90; U=646.50; $p < .05$) and less educated (respectively, 9.19 ± 2.82 vs. 10.67 ± 2.36; U=576.00; $p < .01$).

No significant difference was observed between the "High Risk" and "Low Risk" clusters with regard to length of sentence (137.63 ± 70.62 vs. 128.67 ± 68.22, respectively; U=814.00; ns) and length of sentence served (62.13 ± 45.14 vs. 60.50 ± 57.75, respectively; U=791.00; ns). The sexual offenders in the "High risk" cluster had assaulted significantly more adults than those in the "Low risk" cluster (respectively, n=20, [62.5%] vs. n=7 [13%]; $\chi2=22.89$; $p < .001$) and extra-familial members (respectively, n=19 [59.4%] vs. n=12, [24.1%]; $\chi2=10.72$; $p < .001$). In contrast to the "High risk" cluster, the victims of the "Low risk" cluster were more frequently minors (respectively, n=2 [6.3%] vs n=47, [87%]; $\chi2=22.89$; $p < .001$) and intra-family members (respectively, n=13 [40.6%] vs n=41, [75.9%]; $\chi2=10.72$; $p < .001$). No significant differences were observed between High and Low Risk clusters regarding the gender of the victims: male victims (respectively, n=2 [6.7%] vs n=7 [13%]; $\chi2=1.01$; ns) and female victims (respectively, n=28 [87.5%] vs n=43 [86%]; $\chi2=1.01$; ns).

### *3.1.5. Psychological and psychiatric vulnerabilities of clusters*

Regarding personality, the sexual offenders in the "High risk" cluster had lower Conscientiousness scores and higher Neuroticism scores than those in the "Low risk" cluster. The sexual offenders in the "High risk" cluster also had lower scores for general empathy, and particularly cognitive empathy (BES). On the other hand, no difference was observed between the two clusters concerning impulsivity (UPPS Total), cognitive distortions about adult women (Rape scale), cognitive distortions about children (Molest scale), or social desirability (SDS-17). All the results are presented in Table 30.

*Table 30: Comparison of the two clusters according to psychological characteristics*

| | **High recidivism risk** | **Low recidivism risk** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Psychological characteristics** | Moy [ET] | Moy [ET] | **U** | ***p*** | **Ranking** |
| **Extraversion** | 2.98 [.74] | 3.05 [.78] | 816.00 | *ns* | - |
| **Agreeableness** | 3.91 [.50] | 3.82 [.43] | 759.00 | *ns* | - |
| **Conscientiousness** | 3.73 [.63] | 4.01 [.51] | 642.00 | * | Cl.1 < Cl.2 |
| **Neuroticism** | 3.22 [.74] | 2.77 [.84] | 597.50 | * | Cl.2 < Cl.1 |
| **Openness** | 3.31 [.61] | 3.50 [.57] | 719.00 | *ns* | - |
| **UPPS-Total** | 98.00 [12.37] | 94.04 [14.42] | 74.50 | *ns* | - |
| Lack of premeditation | 20.14 [6.99] | 20.93 [6.06] | 89.00 | *ns* | - |
| Lack of perseverance | 18.14 [5.34] | 17.41 [3.84] | 87.50 | *ns* | - |
| Urgency | 31.57 [5.44] | 27.74 [7.54] | 55.00 | *ns* | - |
| Sensation seeking | 28.14 [5.05] | 27.96 [5.94] | 94.00 | *ns* | - |
| **Bumby Rape (total)** | 60.65 [14.00] | 52.23 [9.05] | 84.50 | *ns* | - |
| **Bumby Molest (total)** | 62.67 [15.84] | 65.33 [15.74] | 172.00 | *ns* | - |
| **BES total** | 50.10 [34.97] | 70.17 [21.71] | 81.00 | * | Cl.1 < Cl.2 |
| Emotional empathy | 26.50 [18.53] | 36.83 [12.24] | 89.50 | *ns* (0,07) | - |
| Cognitive empathy | 23.60 [16.62] | 33.34 [10.07] | 82.50 | * | Cl.1 < Cl.2 |
| **SDS-17** | 10.71 [2.50] | 10.74 [2.93] | 92.50 | ns | - |

*ns*: non-significant; *$p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

*Note.* Cl.: Cluster; BFI: Big Five Inventory; UPPS: Impulsive Behavior Scale; BES: Basic Empathy Scale; SDS-17: Social Desirability Scale-17

The sexual offenders in the “High risk” cluster had a more frequent history of past and present psychiatric disorders than those in the “Low risk” cluster. All the psychiatric disorders concerned are presented in Table 31.

*Table 31: Comparison of the two clusters according to psychiatric characteristics*

| | | **High recidivism risk** | **Low recidivism risk** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Psychiatric characteristics** | | % (n) | % (n) | **$\chi 2$** | ***p*** | **Ranking** |
| Presence of past psychiatric pathology | | 96.9% (31) | 78.8% (41) | 7.56 | ** | Cl.2 < Cl.1 |
| Presence of current psychiatric pathology | | 96.8% (30) | 65.4% (34) | 10.84 | *** | Cl.2 < Cl.1 |
| Presence of past depressive episode | | 75% (24) | 50% (27) | 5.33 | ** | Cl.2 < Cl.1 |
| Presence of current depressive episode | | 45.2% (14) | 17.3% (9) | 7.52 | ** | Cl.2 < Cl.1 |
| Suicidal risk | Low | 22.6% (7) | 15.4% (8) | 21.10 | *** | - |
| | Medium | 12.9% (4) | 0% (0) | | | Cl.2 < Cl. |
| | High | 35.5% (11) | 9.6% (5) | | | Cl.2 < Cl. |
| Presence of past manic episode | | 25.8% (8) | 9.6% (5) | 3.85 | * | Cl.2 < Cl.1 |
| Presence of current manic episode | | 9.7% (3) | 3.7% (2) | 5.22 | * | Cl.2 < Cl.1 |
| Presence of past hypomanic episode | | 3.2% (1) | 9.6% (5) | 1.18 | *ns* | - |
| Presence of current hypomanic episode | | 3.1% (1) | 3.8% (2) | 1.22 | *ns* | - |
| Presence of current panic disorder | | 12.9% (4) | 11.5% (6) | .34 | *ns* | - |
| Presence of lifetime panic disorder | | 38.7% (12) | 34.6% (18) | .14 | *ns* | - |
| Presence of past agoraphobia | | 27.6% (8) | 15.4% (8) | 5.48 | * | Cl.2 < Cl.1 |
| Presence of current agoraphobia | | 16.1% (5) | 7.7% (4) | 1.26 | *ns* | - |
| Presence of past social phobia | | 27.6% (8) | 15.4% (8) | 1.75 | *ns* | - |
| Presence of current social phobia | | 16.1% (5) | 7.7% (4) | 1.43 | *ns* | - |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Presence of past obsessive-compulsive disorder | 16.1% (5) | 3.8% (2) | 5.36 | * | Cl.2 < Cl.1 |
| Presence of current obsessive-compulsive disorder | 19.4% (6) | 3.8% (2) | 3.79 | *ns* (.06) | - |
| Presence of past PTSD | 32.3% (10) | 1.9% (1) | 15.54 | *** | Cl.2 < Cl.1 |
| Presence of current PTSD | 16.1% (5) | 3.7% (2) | 8.93 | ** | Cl.2 < Cl.1 |
| Presence of past alcohol dependence | 45.2% (14) | 25% (13) | 3.60 | * | Cl.2 < Cl.1 |
| Presence of current alcohol dependence | 45.2% (14) | 3.7% (2) | 1.70 | *ns* | - |
| Presence of past cannabis dependence | 60% (18) | 5.8% (3) | 29.37 | *** | Cl.2 < Cl.1 |
| Presence of current cannabis dependence | 20% (6) | 3.7% (2) | 11.22 | ** | Cl.2 < Cl.1 |
| Presence of current psychosis | 3.1% (1) | 3.7% (2) | 1.70 | *ns* | - |
| Presence of lifetime psychosis | 6.3% (2) | 1.9% (1) | 1.14 | *ns* | - |
| Presence of past generalized anxiety disorder | 34.4% (11) | 26.9% (14) | 0.68 | *ns* | - |
| Presence of current generalized anxiety disorder | 29% (9) | 13.5% (7) | 3.03 | *ns* | - |
| Presence of antisocial personality disorder | 58.1 (18) | 13.7% (7) | 17.89 | *** | Cl.2 < Cl.1 |

*ns*: non-significant; *$p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

*Note.* PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder

## 4. Discussion

The aim of this study was to identify recidivism risk profiles of sexual offenders based on their criminological needs, and to study their differences in terms of sociodemographic and criminological factors on the one hand, and psychological and psychiatric vulnerabilities on the other. Two profiles emerged, with a “high risk” group representing approximately a third of the participants, and a "low risk" group representing 2/3 of the sample, differing significantly on almost all the risk factors for recidivism; the sexual offenders in the “High Risk” group were younger and less educated, had lower levels of Conscientiousness, more Neuroticism, less general (and particularly cognitive) empathy, and more past and present psychiatric disorders.

This study yielded a dichotomous classification of sexual offenders, unlike the previously mentioned studies. In the present study, we used three risk scales, increasing the number of risk indicator variables, which may explain the more clear-cut nature of our results. Participants in the “high risk” cluster represented one third of our sample, which is similar to generally reported recidivism rates (Hanson & Morton-Bourgon, 2005).

Participants in the two clusters differed significantly in terms of their general violent and criminal history, but not in terms of their history of sexual violence. The 'Sexual violence history' subdomain of the RSVP has 5 items that describe past, present and future sexual offences. In our study, this factor does not differentiate the “High risk” from the “Low risk” group, indicating that the participants’ past and present sexual offences were relatively similar. Although the history of sexual violence and the form of the current act are strong risk factors (Hanson & Bussiere, 1998), they alone do not indicate whether or not there is a risk. It is rather the concomitance of specific and general risk factors that seems to potentiate the risk, which underlines the need to assess all the risk factors with precision, with the help of the latest generation of structured tools, and to adapt the choice of tools to the type of recidivism

that one wishes to assess, understand and prevent. No difference was observed in the "Companions" sub-domain of the LS/CMI either, which can be explained by the fact that all the participants were incarcerated at the time of the tests, and consequently they all only associate with other incarcerated persons.

Participants in the "high risk" cluster were younger, less educated, and they had more adult and extra-familial victims. These results are consistent with established data on risk variables. Age and education are a known risk factors for both sexual and non-sexual recidivism among sexual offenders (Eisenberg, 1997; Hanson, 2002).

Finally, sexual offenders who have aggressed against adult and extra-familial victims more often belong to the "high risk" cluster. This result is consistent with certain epidemiological studies that show higher sexual, violent and general recidivism rates for sexual offenders against adults (e.g. for sexual recidivism: 13% of child sexual offenders vs. 21.2% of offenders against adults over a 5-year period (Proulx et al., 1997). Finally, intra-familial child molesters, which composed the major part of the sample, often have low levels of recidivism risk (Hanson, 2002).

Psychologically, certain personality dimensions and the presence of empathy seem to distinguish the two profiles. Participants in the "High Risk" cluster had higher scores on Neuroticism and lower scores on Conscientiousness. Neuroticism involves a tendency to experience negative emotions, such as anxiety and depression (John et al., 1991), which in turn are linked to recidivism. In particular, negative feelings over time (non-pathological) are likely to be heightened at the time of offending (Hudson et al., 1993). Experiencing negative emotions is considered an indicator of lack of self-control (Hanson et al., 2007) and therefore an indicator of delinquency, a factor common to sexual, violent and general recidivism risks (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017). Although Neuroticism is more common in child molesters because it is linked to pedophilic disorder (Gingrich & Campbell, 1995), it is also

linked to personality disorders (De Fruyt et al., 2008), which are mostly found in sexual offenders against adults (Eher et al., 2019), who often have few ties with their victims. The Conscientiousness trait refers to control and achievement of a set goal, and attachment to ethical or moral principles (John et al., 1991). Lack of Conscientiousness therefore refers to a tendency towards impulsivity (Dennison et al., 2001), short-term goal-seeking and an inability to consider the consequences of one's actions (Lange et al., 2017). There are well-established links between impulsivity and sexual (Prentky & Knight, 1991), violent (Hanson et al., 2007) and general anti-social behavior (Miller & Lynam, 2001). Furthermore, impulsivity is more often found in sexual offenders with extra-familial adult victims, who show more antisocial and externalizing behaviors (Martorell, 2001). The lower level of Conscientiousness (which reflects a higher level of impulsivity) differentiates the two groups, but not impulsivity as assessed by the UPPS. This result may be explained by the fact that Conscientiousness is a personality dimension that results from a general and lasting functioning, whereas impulsivity as assessed by the UPPS reflects primarily a behavioral reaction to experiences (see its "Sensation seeking" and "Urgency" subscales). Mao et al. (2018) showed that self-control was an important mediator between low Conscientiousness and impulsivity. High-risk participants have lower Conscientiousness but probably more self-control at the behavioural level, which induces less impulsivity and thus no difference in the impulsivity scale. The prison setting could reinforce self-control through fear of the consequences of impulsivity (placement in the disciplinary ward, reduction in sentence remission, etc.).

Finally, participants in the "high risk" cluster showed a lack of general empathy and particularly cognitive empathy. Although the links between empathy and recidivism are unclear, a study with a population of male students found that high empathy skills were linked to lower frequency of sexual assault of adult women (Hudson-Flege & Thompson, 2017). Lack of cognitive empathy is thought to be linked to a 'disconnection' with others, in other

words, a feeling of non-support from others, or even persecution (Koegl, 2021). The meta-analysis by Jolliffe & Farrington (2004) showed that cognitive empathy in particular is more strongly and negatively related to delinquency. Furthermore, moral judgment (the basis of empathy), and in particular its cognitive valence, is correlated with the recidivism of violent offenders (Van Vugt et al., 2011).

Psychiatrically, participants in the "high risk" cluster had a more frequent history of psychiatric disorders and they also presented more often with current mood disorders. The links between psychiatric disorders and the risk of recidivism remain poorly understood. Some studies report no association (e.g. Langström et al., 2004), others show a moderate association (e.g. Mann et al., 2010), and still others a highly significant association (e.g. (Singer et al., 2013). More specifically, some disorders are more directly related to risk, like alcohol and drug-related disorders, personality disorders (especially cluster B) and psychosis increased the risk of sexual recidivism (Langström et al., 2004). These results vary according to *(i)* the age of the perpetrator (the younger the sexual offender, the stronger the link between the disorder and recidivism), and *(ii)* the age of the victim (Langström et al., 2004). Contrary to some research findings (Singer et al., 2013), severe psychiatric disorders (such as psychotic disorders) did not differ between groups in the present study, which may be explained by their under-representation in our sample. However, this also means that a significant proportion of the high-risk sexual offenders in our study did not have psychotic disorders, contrary to certain preconceived ideas (Corrigan & Watson, 2005). Here, other disorders, considered less severe, were associated with a high risk of recidivism, such as past and present mood and anxiety disorders. Depression, anxiety and suicidal risk are not in themselves a criminological need but rather an acute risk factor, in other words, a factor or state activated by specific situations (Craissati & Beech, 2003). These factors precipitate a pre-existing risk. These disorders may be reinforced by the presence of higher Neuroticism (trait), which constitutes a

pre-existing base of sensitivity to negative emotions, which potentiates the development of mood and anxiety disorders. The lack of a significant difference between risk and current alcohol dependence may be directly related to the prison environment, in which alcohol consumption is made more difficult and therefore fosters more systematic withdrawal.

Several limitations of this study should be noted. First, the small sample size, due to difficult access to the prison population, may have limited the analyses and their statistical power. The participants were all detainees and represent only the proportion of sexual offenders who have been sent for trial (e.g. Bajos et al., 2008). They were all assessed in a prison setting, which *(i)* limits the assessment of recidivism risk (as certain risk factors cannot be observed; Beech & Ward, 2004), and *(ii)* may have an impact on the participant's current state by increasing the presence of psychiatric disorders (Kumar & Daria, 2013). In addition, psychological factors were assessed with self-report questionnaires, reflecting the offenders' subjective perception of themselves. Self-report assessments may have some biases, due for example to poor comprehension of the items, which would have required checking the participants' intellectual abilities. Finally, as with any study of a cross-sectional nature, inferences of direction of effect and causality are limited and therefore restrict our ability to understand the mechanisms underlying the pathway from psychological factors and vulnerabilities to recidivism risk.

**Clinical implications**

The results of this study show the importance of addressing three types of elements in the management of recidivism. First, criminogenic needs should be assessed using risk scales and should be a priority and an essential area of work (Bonta & Andrews, 2007). Secondly, past and present psychiatric disorders should be considered as they can be acute risk factors, increasing risk (through their catalytic effect on criminogenic needs; Langström et al., 2004),

hindering or enhancing management (e.g. non-compliance with treatment or, on the contrary, confidence in therapy due to effective previous management; Lee & Hanson, 2016). Finally, non-criminogenic needs should not be a priority or constitute the sole lead for treatment, but can influence criminogenic needs, promoting effective treatment (Barnett et al., 2013). For example, consideration of personality traits can make it possible to individualize therapy, which is particularly important for sexual offenders with a high risk of reoffending and who are often not motivated to attend therapy (Cortoni, 2013). These traits will influence the type of intervention (e.g., preference for cognitive and behavioral interventions for people with high Neuroticism; Center & Kemp, 2003), the individual's ability to adhere to treatment (e.g., better adherence by people with high Openness; Canuto et al., 2008), and the therapist's attitude (e.g., more positive attitudes of therapists towards clients with high Neuroticism; Rossberg et al., 2008).

# PARTIE 3 : DISCUSSION GENERALE

## Chapitre 5 : Résumé et discussion des principaux résultats

Ce travail de thèse s'est intéressé à l'évaluation, aux facteurs de compréhension et aux profils psychologiques et psychopathologiques des AICS selon leurs risques de récidive sexuelle, violente et générale.

Le premier objectif de cette étude était de tester les qualités psychométriques de trois échelles de risque de récidive couramment utilisées à l'étranger. Plus précisément, elle a montré que la RSVP (risque de récidive sexuelle), la HCR-20 (risque de récidive violente) et le LS/CMI (risque de récidive générale) présentaient une bonne validité interne (consistance interne et fidélité interjuge) et une bonne validité convergente, ceci sur une population d'auteurs de violence français détenus. La RSVP était corrélée avec le fait d'avoir commis *(i)* des faits uniquement sexuels et *(ii)* des faits sexuels associés à des faits non violents-non sexuels. La HCR-20 et le LS/CMI étaient associés aux faits sexuels, aux faits de coup et blessure et de vols simple et aggravés. Enfin, des analyses factorielles ont montré une solution à trois facteurs pour la RSVP (« délinquance générale », « délinquance sexuelle » et « vulnérabilités psychologiques »), une solution à trois facteurs pour la HCR-20 (« sous domaine historique », « sous domaine clinique » et « sous domaine social ») et une solution à un facteur pour le LS/CMI. Nous avons également pointé l'impact de la diversité des sources d'informations sur la qualité de cotation des échelles de risque uniquement pour les participants AICS.

Les résultats de cette étude sont cohérents avec la littérature internationale (ex, Vargen et al., 2020; Watt et al., 2006 pour la RSVP ; Claix & Pham, 2004; Cooke et al., 2001; Guay, 2016 pour la HCR-20 ; Labrecque et al., 2018 pour le LS/CMI). Dans l'étude actuelles, certaines mesures de consistance interne et de fidélité interjuge montrent plus de faiblesse. Ces résultats s'expliquent par le nombre et la qualité des items cotés. La faible quantité

d'items composant un sous-domaine impacte la sensibilité du coefficient Alpha mesurant la consistance interne. C'est le cas des sous-domaines « Loisirs et activités récréatives » (2 items) et « Famille et couple » (4 items) du LS/CMI (Belfrage, 1998; Cortina, 1993). A l'inverse, une quantité d'items trop important pourrait impacter la fidélité interjuge de certains sous-domaines. De nombreux items amèneraient à plus de possibilités de réponses non concordantes entre les évaluateurs. C'est le cas du sous-domaine « Antécédents de Violence Sexuelle » (15 items) de la RSVP. Par ailleurs, sur le plan qualitatif, les items futurs (s'appuyant sur des données plus subjectives et disparates à l'aide de la parole de l'évalué) présentent une consistance interne plus faible (Claix & Pham, 2004). C'est le cas des items « Risque » de la HCR-20 ou des items futurs du sous-domaine « Antécédents de Violence Sexuelle » de la RSVP. Enfin, une divergence de cotation a pu s'observer entre les évaluateurs sur des sous-domaines composés d'items plus difficiles à évaluer dans le contexte carcéral. C'est le cas pour les sous domaines « Trouble mental » de la RSVP, « Loisirs et activités récréatives » et « Fréquentations » du LS/CMI. La nécessité de s'appuyer sur des sources d'informations variées pour coter les échelles (O'Donell, 2018) permettrait de diminuer cet impact. La validité concourante est bonne entre les trois échelles de risque. Elle est sensiblement identique entre les trois échelles bien que légèrement supérieure entre la HCR-20 et le LS/CMI. La récidive sexuelle, présentant des facteurs communs avec la récidive violente et générale, possède également ses propres facteurs qui peuvent expliquer cette légère différence (Brouillette-Alarie, 2016). Les corrélations entre la nature des faits actuellement commis par les participants et les résultats aux échelles de risque montrent un lien inattendu. Les échelles de risque sont toutes négativement corrélées avec les faits de nature uniquement sexuelle et en particulier les agressions sexuelles. La population de cette étude comprend principalement des AICS d'enfants intrafamiliaux qui présentent majoritairement des profils moins antisociaux (Seto et al., 2015). Or, la place donnée aux

facteurs de risque d'antisocialité est importante dans les échelles et ne semble pas caractérisée la population des participants ayant commis uniquement des faits d'agressions sexuelles. De plus, certaines des mesures de risque utilisées sont plus enclines à prédire les faits « graves » de récidive (comme des viols) (ex, Darjee et al., 2016). Enfin, cette étude propose des analyses factorielles pour les trois échelles de risque. Bien que celles-ci apportent une validité supplémentaire de la structuration des échelles, elles restent à prendre avec beaucoup de précaution car elles s'appuient sur des échantillons faibles (Bourque et al., 2007). De futures études pourront proposer ces analyses sur des échantillons plus importants.

Le second objectif de cette étude était de tenter de montrer les liens existants entre certains facteurs psychologiques comme la personnalité (modèle Big Five), l'impulsivité, les distorsions cognitives sur enfants et sur adultes, l'empathie générale et les risques de récidive sexuelle, violente et générale.

Chez les AICS d'enfants, la récidive sexuelle est caractérisée par une élévation modérée du Névrosisme, une élévation modérée de la sous-dimension d'impulsivité « Urgence » et une diminution modérée de la sous-dimension d'impulsivité « Recherche de Sensation ». Les liens entre Névrosisme et Urgence sont connus Cyders et Smith (2008). Ce lien met en avant la question de la gestion émotionnelle des AICS d'enfants. Les émotions vont orienter l'individu dans son traitement d'une situation en lui permettant de se concentrer sur ses besoins et ses intérêts (Davidson, 2003). Ce fonctionnement émotionnel peut être adaptatif (ex, permettre une gestion différée de menaces) mais il peut aussi être délétère lorsqu'il impacte la prise de décision rationnelle (Dolan, 2007). Lorsque le vécu d'émotions est trop intense, il peut entrainer la perte de ressources cognitives disponibles et conduire à une prise de décision irrationnelle. Enfin, ces comportements peuvent être renforcés (positivement comme négativement, Davidson, 2003). Ainsi, le sous domaine « Urgence » de

l'impulsivité (qui renvoie à la renvoie à la possibilité d'agir impulsivement dans des contextes émotionnels négatifs) peut expliquer la gestion impulsive et négative des situations chargées émotionnellement chez les AICS d'enfants. D'une manière générale, cette explication est soutenable pour une partie des agressions d'AICS d'enfants, même non récidiviste. Mais, l'association avec un Névrosisme élevé peut entrainer une tendance générale à mal vivre émotionnellement les situations du quotidien et donc à une répétition importante du vécu de situations émotionnellement chargées négativement, entrainant à son tour la récidive. Comme vu précédemment, le Névrosisme est plus important chez les AICS pédophiles. Ce trouble peut conduire à expliquer le caractère sexuel des répétitions. Le renfoncement du comportement peut survenir positivement, par exemple, par la satisfaction de ce désir pédophile ou négativement, par exemple, par l'action de la Justice. Dans ce contexte il semblerait important de pouvoir approfondir ces liens entre émotions et récidive à l'aide de patients pédophiles pour lesquels les passages à l'acte répétés n'ont pas été nécessairement judiciarisés. Enfin, comme le besoin ne peut pas toujours être immédiatement satisfait, Larsen (2000) rappelle que les individus peuvent trouver des comportements substitutifs. Chez les AICS d'enfants, il serait intéressant de questionner la place des consommations d'images pédopornographiques souvent expliquées par les patients comme des tentatives substitutives pour éviter le passage à l'acte.

Chez les AICS d'adultes, le risque de récidive sexuelle est lié à une Conscience et une Ouverture faible, à la présence de distorsions cognitives sur les femmes adultes et au manque d'empathie notamment affectif. C'est donc la question de la considération de l'Autre qui est au premier plan. Des travaux mettent en avant un lien attendu entre distorsions cognitives et manque d'empathie. Cette association pourrait être le fruit d'un double mouvement défensif. D'une part, face à la détresse de l'autre et par risque de contagion émotionnelle, une coupure des émotions et une majoration des distorsions cognitives pourraient survenir. D'autre part,

cette coupure pourrait être conséquente à une dévalorisation de soi et en réation avec un sentiment de honte provoqué par la situation vécue (Marshall et al., 2011). Mais, lorsque la littérature internationale récente est observée, rares sont les travaux sur l'empathie générale, car beaucoup de travaux portent sur l'empathie envers la victime. Chez les AICS à haut risque, la présence dans la personnalité d'une Ouverture faible pourrait être lié à la présence d'une pensée rigide. Cette pensée rigide pourrait s'exprimer par le développement de distorsions cognitives sur les femmes en générale (Vanderstukken et al., 2015) et être en lien dynamique avec un manque d'empathie générale envers les individus, développés tous les deux dans un but d'autoprotection.

Le risque de récidive générale est lié, quant à lui, aux éléments d'impulsivité. Comme vu précédemment, ces liens sont déjà connus dans des populations de délinquants (ex, Martin et al., 2019).

Enfin, le dernier objectif de cette étude était de mettre en avant des profils d'AICS à partir des variables de risque à l'aide de la méthode du « Clustering ». En comparaison aux AICS composant le cluster « faible risque », les AICS composant le cluster « haut risque » de récidive sont plus jeunes, moins éduqués, présentent plus de victimes majeures et extrafamiliales, une personnalité marquée par plus de Névrosisme, moins de Conscience, moins d'empathie générale et plus de troubles psychiatriques passés (troubles de l'humeur, anxieux, dépendance et trouble de la personnalité antisociale) et actuels (dépression, manie, dépendance au cannabis et trouble de la personnalité antisociale).

L'ensemble de ces résultats sont cohérents avec la littérature (Hanson, 2002; Hudson et al., 1993; Jolliffe & Farrington, 2004; Lange et al., 2017; Proulx et al., 1997; Singer et al., 2013). Toutefois, cette étude s'est concentrée à développer des clusters à partir de trois mesures de risque : sexuelle, violente et générale. Ainsi, les personnes appartenant au profil

haut risque présentent des scores plus élevés pour la très grande majorité des variables de risque. Ces résultats, sous forme de clusters, sont relativement cohérents avec les résultats observés à l'aide de corrélations de Spearman (seconde partie de l'étude). Par exemple, la personnalité et notamment les dimensions Névrosisme, Conscience et Ouverture discriminent les niveaux de risque. Ces résultats devront être approfondis et notamment en utilisant les sous-facettes des dimensions de personnalité afin d'avoir une lecture plus fine de ces relations. Entre les résultats actuels obtenus à l'aide de clusters et ceux des corrélations de Spearman, une seule différence est observée : celle de l'empathie. Les clusters mettent avant l'empathie cognitive comme liée au risque. Tandis que, les corrélations de Spearman mettent en avant l'empathie affective comme liée au risque. Ainsi, la question de l'importance des émotions pour le risque de récidive sexuelle et celle des cognitions pour le risque général sont à nouveau présentes. Ces questions devront également être approfondies.

Cette étude française qui amorce le développement de résultats significatifs sur les qualités psychométriques des échelles RSVP, HCR-20 et LSCMI, des liens entre personnalité, impulsivité, distorsions cognitives et empathie et risques de récidive sexuelle, violente et général et le développement de profils d'AICS selon leur risque, comporte des limites certaines.

# Chapitre 6 : Limites de l'étude

## *6.1. Auteurs d'infractions violentes et sexuelles : spécificité de la population et contexte de la recherche*

Toute recherche en psychologie se confronte à l'impact de la rencontre humaine sur les résultats de la recherche. Bien que les infracteurs ne soient pas les seuls à se montrer sous un jour différent de ce qu'ils sont (Rogers et al., 1998), notre étude a pu souffrir de deux biais,

fruits de facteurs personnels mais aussi situationnels liés aux évalués. Le biais de simulation amène la personne, dans une optique défensive, à se montrer sous un jour plus négatif c'est-à-dire à l'exagération ou la fabrication de symptômes (Wasyliw et al., 1988). Le contexte de la détention, et la « culture de la méfiance » qui y règne, a pu favoriser, chez certains infracteurs (notamment chez les infracteurs ayant commis des faits graves comme des violences sexuelles), le développement de ce biais comme mécanisme de défense (Van Marle, 2005). Ce biais a pu s'exprimer, dans l'étude actuelle, par la surexpression de données faisant augmenter la cotation des facteurs de risque et l'expression plus massive des facteurs psychologiques étudiés. A l'inverse, le biais de dissimulation a pour impact de dissimuler certains éléments cliniques pour paraitre le plus normal possible (Dubois, 2015). La situation d'évaluation renforce la présence de désirabilité sociale (Aebi & Jaquier, 2008), surtout lorsque les sujets abordés sont intimes (ex, vie sexuelle, distorsions cognitives, …) ou source de honte (ex, faits actuels de condamnation, comportements lors de relations passées, …). Plus spécifiquement les AICS seraient particulièrement sensibles au regard d'autrui (Tierney & McCabe, 2001). Souvent considérée comme négative, car synonyme de manipulation ou de superficialité dans la relation, la désirabilité sociale pourrait également être comprise comme une prise en compte du regard de l'autre dans une population souvent en difficulté dans les habiletés sociales (Marshall, 2018). Des travaux ont montré que la désirabilité sociale ne constituerait pas juste une réaction déclenchée par une situation sociale mais pourrait être un véritable trait de personnalité (Paulhus, 2002). La désirabilité sociale est négativement liée à la récidive (Tan & Grace, 2008). Elle constitue surtout actuellement pour les chercheurs un facteur à contrôler car empêchant « l'honnête » des participants dans les études. De futures études pourraient s'intéresser, non pas à contrôler ce facteur, mais à en comprendre son rôle dans la survenue (facteur de risque) ou non de la récidive (facteur de protection).

### *6.2. Validation des qualités psychométriques des échelles de risque : cotation, contexte et absence de validité prédictive*

La cotation des échelles de risque s'est appuyée principalement sur un entretien semi-structuré, en l'absence des dossiers pénaux et avec la consultation des dossiers médicaux uniquement pour 32,81% des participants. Comme vu précédemment, la pluralité des sources d'informations pour la cotation des échelles est importante. Les futurs travaux français sur les échelles de risque devront s'appuyer sur des cotations développées à partir d'entretiens mais aussi des dossiers médicaux et pénaux des patients. Ceci sera développé plus amplement dans la partie perspective.

L'ensemble des passations de cette étude (entretien clinique ayant permis la cotation des échelles de risque, auto-questionnaires) se sont déroulées en milieu carcéral. La prison ne constitue pas nécessairement un environnement optimal pour l'évaluation du risque de récidive. En effet, la récidive serait le fruit de facteurs développementaux inducteurs de facteurs de vulnérabilités psychologiques, qui eux-mêmes seraient en interaction avec certains facteurs contextuels (Beech & Ward, 2004). Or la prison n'est, en général, pas un environnement présentant des facteurs contextuels de risque (ex, un participant présentant une pédophilie ne se trouvera pas en contact d'enfants au sein de la détention). De futures études pourront vérifier les qualités psychométriques de la RSVP, de la HCR-20 et du LS/CMI sur des populations d'infracteurs français détenus et non détenus.

Comme précisé précédemment et selon la théorie du RBR, les patients à haut risque de récidive doivent bénéficier d'une prise en charge plus fréquente et plus intense. Dans l'étude actuelle, peu de participants présentent des risques de récidive très élevés, ce qui constitue une réalité clinique. Il semblerait important d'évaluer ces populations d'infracteurs à haut risque pour mieux les connaitre et adapter la prise en charge à proposer.

Enfin, pour des questions de temps de recherche, certaines analyses statistiques n'ont pas pu être réalisées lors de notre travail comme la validité prédictive des échelles. Celle-ci aurait nécessité un temps de suivi après sortie de détention de plusieurs années, impossible au regard du temps du doctorat et de la longueur des peines des participants. Il semble primordial que des études complémentaires puissent vérifier la validité prédictive des échelles étudiées sur des populations françaises, véritable garantie de leur possibilité d'utilisation. Ceci sera développé plus amplement dans la partie perspective

### *6.3. Personnalité, impulsivité, distorsions cognitives et empathie : taille, composition de la population et limites de l'auto-évaluation*

Les auto-questionnaires utilisés pour évaluer les facteurs psychologiques n'ont été proposés qu'à un échantillon limité d'AICS (n=86 pour le BFI, n=34 pour l'UPPS, n=54 pour la Molest Scale, n=33 pour la Rape Scale et n=39 pour la BES), rendant difficile la généralisation des résultats.

L'échantillon actuel est, principalement, composé d'agresseurs d'enfants intrafamiliaux, qui possèdent des profils spécifiques sur le plan psychopathologique face à l'ensemble des AICS (Seto et al., 2015). Ces AICS d'enfants intrafamiliaux présentent des profils plus antisociaux et moins déviants que les AICS d'enfants extrafamiliaux (Seto et al., 2015). Le choix de cette population a pu impacter les analyses qui ont été réalisées sur l'échantillon d'AICS. Les travaux futurs pourraient se concentrer à vérifier, préciser et approfondir ces résultats préliminaires auprès de sous-groupes d'AICS spécifiques (AICS de victimes féminines/masculines ; intra/extrafamiliaux ; ayant un lien biologique/ou non avec la victime, pédophiles/hébéphiles, hand on/hand off …) afin d'apprécier leurs scores aux dimensions de personnalité, d'impulsivité, de distorsions cognitives et d'empathie.

Enfin, l'utilisation d'auto-questionnaires présente des biais (ex, impact des capacités de compréhension et d'introspection des évalués, perception du participant et non représentation des phénomènes dans leur entièreté). Un même phénomène psychologique pourrait comporter deux composantes : une composante explicite (la partie consciente du phénomène), évaluable à l'aide des auto-questionnaires, et une composante automatique (implicite, partie peu consciente du phénomène) pour laquelle les mesures indirectes sont plus efficaces (Bar-Anan & Vianello, 2018). De futurs travaux pourraient étudier les liens entre le risque de récidive et ces facteurs psychologiques à l'aide de doubles mesures : auto rapportées et indirectes (comme l'analyse de contenus de dossiers ou l'analyse de discours de l'évalué au cours d'entretiens cliniques).

# Chapitre 7 : Perspectives

## *7.1. Perspectives pratiques : l'implantation des échelles en France*

L'évaluation du risque est une pratique courante et constante dans le parcours médico-légal (Herzog-Evans, 2012). C'est la forme que celle-ci doit prendre et notamment la question de l'utilisation ou non des échelles de risque qui reste un sujet polémique en France (Coche, 2011). Elle a d'ailleurs suscité de nombreux débats et quelques expérimentations. Loin d'être en mesure d'apporter des réponses exhaustives à cette question épineuse, il semble important de comprendre les difficultés rencontrées et de résumer les points à retenir des expériences françaises passées et du recul des pratiques des pays étrangers. La question de l'utilisation des échelles structurées du risque en France génère des réactions ambivalentes. A ce jour des expérimentations ont vu le jour mais uniquement auprès de SPIP. Le Diagnostic A Visée Criminologique (DAVC), développé en France en 2011, était un outil permettant d'harmoniser les prises en charge sur le territoire dans une perspective de prévenir la récidive, qui n'est pas resté longtemps dans les pratiques. Par la suite, la recherche-action d'envergure

« PREVA », déroulée de 2014 à 2016 auprès de 6 SPIP, avait pour objectifs l'étude de l'accueil et de l'appropriation d'outils du risque de récidive basés sur les principes RBR dans la pratique des CPIPs. A ces expérimentations françaises récentes, nous pouvons ajouter les critiques apportées par les pays utilisant les échelles depuis plusieurs années et qui ont maintenant du recul. Les difficultés et critiques sont assez unanimes. L'évaluation structurée du risque suscite la crainte d'un bouleversement plus globale de la Justice et de la Santé à l'opposé du fonctionnement actuel par l'instauration d'une prise en charge en tout actuariel et donc d'une approche sécuritaire (Harcourt, 2011a, 2011b). Par exemple, Vacheret et Cousineau (2005) ont montré un regard critique sur le modèle canadien de gestion des sentences fédérales d'incarcération et notamment leur gestion par l'utilisation d'échelles actuarielles conduisant à *(i) le délit apparait comme la dimension prépondérante dans la prise de décision et que (ii) les outils mis en place utilisent des critères peu variés et redondants, augmentant d'autant leur influence (p.379;* Vacheret & Cousineau, 2005). L'évaluation du risque suscite, également, la crainte du développement d'une perception peu optimiste des patients (Moulin et al., 2012) et une hyper uniformisation des prises en charge sanitaires et judicaires proposées (Cartuyvels, 2017; Hannah-Moffat & Shaw, 2001). L'évaluation, si envisagée comme une mesure plus « fiable » face au jugement clinique non structuré, pourrait concentrer l'ensemble des budgets au détriment des soins (Cartuyvels, 2017; Quirion, 2019). De plus, une évaluation plus fiable est aussi une évaluation qui peut prendre plus d'importance lors d'un procès, faisant basculer l'expert au rang de professionnel de la Justice (Moulin et al., 2012). Enfin, l'évaluation structurée présente aussi des lacunes psychométriques (notamment en matière de validité prédictive) (Vacheret & Cousineau, 2005).

A notre connaissance, bien qu'ils partagent les mêmes craintes, les professionnels du soin et les experts sont très peu concernés par les tentatives d'implantation des échelles de

risque. Pourtant, les experts sont les garants de l'évaluation de la dangerosité et les soignants les garants de la prise en charge thérapeutique (à laquelle fait référence aux principes du RBR). En France, les soignants sont les seuls à assurer les soins thérapeutiques des patients AICS. Le SPIP peut assurer des missions éducatives de prévention de la récidive comme par exemple le développement des Programmes de Prévention de la Récidive (PPR) mais qui ne répondent pas aux exigences RBR et qui ne sont pas du soin (Vanderstukken & Benbouriche, 2014). De plus, la plupart des échelles de risque comprennent des items cliniques qui relèvent des compétences des soignants (ex, Douglas & Reeves, 2010). Ce débat sur l'utilisation française des échelles concerne donc directement les soignants. En réponse à ces craintes et expériences, trois éléments semblent indispensables pour l'implantation des échelles structurées dans le milieu sanitaire : *(i)* la destigmatisation, l'information et la formation aux échelles, *(ii)* la construction et le développement d'une nouvelle expérimentation et *(iii)* l'évaluation de cette implantation.

Premièrement, il semble urgent de déstigmatiser l'évaluation structurée du risque et ceci ne peut passer que par une information sur les échelles auprès des professionnels souhaitant ou non les utiliser. L'évaluation structurée du risque est apparue en France au travers des échelles actuarielles du risque. Le développement de la première génération d'échelles structurées s'est heurté à la culture clinique des français qui prône une clinique individualisée et non outillée. Ceci n'a pas conduit les professionnels à suivre l'évolution des échelles (Herzog-Evans, 2012). D'ailleurs, il n'est pas rare de rencontrer des professionnels qui connaissent la Static-99 mais qui finalement parlent peu des échelles de jugement professionnel structuré. Par ailleurs, comme toute nouvelle pratique, les échelles de risque viennent aussi faire craindre aux thérapeutes la remise en cause de leur pratique. Elles pourraient engendrer la prise de conscience que l'évaluation utilisée actuellement n'est pas efficiente et, donc, pas juste pour le patient. A ce ressenti deux positions sont observées : le

rejet en bloc (il est dur de remettre en cause des dizaines d'années de pratique) ou la fascination et la pensée d'une solution miracle des échelles (non souhaitable). L'information aux professionnels devrait comporter un volet sur la philosophie et les théories qui entourent cette évaluation et notamment son intérêt clinique (Hirschelmann et al., 2016), la diversité des outils utilisables, leurs avantages et inconvénients (pour le thérapeute comme pour le patient) en insistant sur ce que l'évaluation ne sera jamais une éradication de la récidive. Suite à cette information, les professionnels intéressés, pourront se former à l'utilisation concrète des échelles. Cette formation est indispensable pour une utilisation éthique et optimale des échelles. En France, peu nombreux sont les formateurs aux échelles de risque de récidive, ce qui implique souvent d'interpeler des collègues étrangers. Le développement de formateurs est crucial pour la pérennité de la formation et de sa diversité (Guay, 2012). L'ensemble de ces formations pourrait être porté par *(i)* les universités s'intéressant à la psychologie légale et *(ii)* des services sanitaires ayant un réseau national comme les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS).

Deuxièmement, à l'image de l'expérimentation PREVA, la construction d'un protocole d'utilisation d'une évaluation structurée du risque et de son application dans le cadre du soin pourraient être proposée aux soignants volontaires. D'ailleurs, au regard des expériences passées, le caractère volontaire des participants (Guay, 2012) et une recherche ascendante sont cruciaux. L'enjeu serait de proposer une recherche non rigide à l'image de ce qui pourrait se faire dans la pratique future. Pour ce faire, cette évaluation pourrait s'adosser à la pratique classique finalement pas si éloignée. En effet, l'évaluation non structurée se base en grande partie sur des informations similaires aux items des échelles de risque (ex, le parcours judiciaire, la personnalité, les émotions … du patient). Elle ne devra pas laisser de côté l'évaluation de besoins non criminogènes (ex, la présence d'un trouble psychiatrique) qui pourraient permettre de répondre au principe de réceptivité et donc d'adapter la prise en

charge du patient pour optimiser le travail des besoins criminogènes. De plus, cette évaluation pourrait être basée sur un panel d'outils solides pour ne pas être fragilisés par le contexte français (Guay, 2012), répondant à des besoins différents : la nature du risque évalué (sexuel et/ou violent et/ou général), le type de patient soigné (avec des difficultés cliniques, sociales, psychiatriques, …), le contexte d'évaluation (détention ou milieu ouvert) et les objectifs de l'évaluation (prise en charge thérapeutique ou expertale). Un accompagnement de cette recherche est nécessaire et ceci à toutes les étapes (Hirschelmann et al., 2016) : avant le début de recherche (elle se fera par la formation), durant la recherche (sous forme de cas cliniques développés en groupe pour soulever les questionnements, les doutes et rassurer les praticiens) et après la recherche (pour le recueil du vécu des soignants et des limites de l'évaluation).

Troisièmement, comme tout processus, l'implantation de cette nouvelle pratique nécessite d'être évaluée afin de l'améliorer et de vérifier ou d'infirmer sa pertinence. Cette évaluation devra porter sur l'efficacité de la pratique au travers *(i)* de la diminution du risque de récidive des patients et notamment des besoins criminogènes, mais aussi *(ii)* d'un mieux-être global du patient et de *(iii)* la satisfaction des soignants et des patients dans le vécu des soins.

L'ensemble de ces actions devront être à répéter dans le temps. Le changement des représentations sociales et des pratiques reste un processus long qui nécessite de la répétition (Renard et al., 2012). La recherche, même multi-site, reste tributaire du cadre et des personnes volontaires pour participer, la multiplication ainsi que la diversification des types de recherches (convergentes, discriminantes, prédictives, …) permettront une meilleure implémentation sur le terrain et donc un meilleur développement.

### *7.2. Perspectives de recherche : la poursuite des travaux*

De futurs travaux de recherche pourraient venir améliorer et compléter les résultats obtenus lors de ce travail de thèse : validité prédictive des échelles et évolution du risque, meilleure connaissance de certaines vulnérabilités psychologiques notamment autour des distorsions cognitives, approche en trajectoire de la dynamique des facteurs de risque entre eux et en lien avec les besoins non criminogènes. Plusieurs protocoles de recherche pourraient aider au développement de ces connaissances.

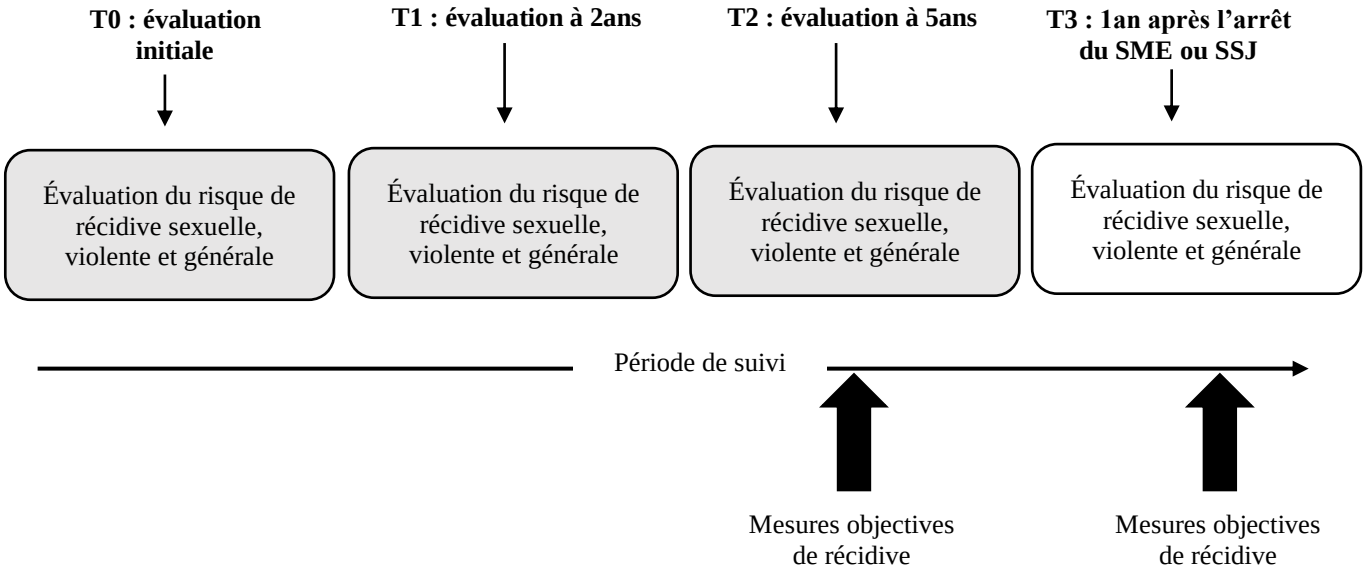
Premièrement, il semble indispensable de tester la validité prédictive des échelles. Certaines études utilisent plutôt des protocoles rétrospectifs (la période d'évaluation est la période passée et le temps de suivi est le temps écoulé entre cette période passée et maintenant). Cette méthode, ayant l'avantage de permettre une évaluation de la validité prédictive rapide, présente l'inconvénient d'être uniquement basée sur des données recueillies dans des dossiers. Or, pour l'utilisation des échelles de risque de troisième génération, il est indispensable de rencontrer les participants afin d'apprécier des éléments fins (comme les attitudes et croyances du participant, …). Données qui sont plus difficiles à apprécier dans les dossiers (Andrews et al., 2004; Hare, 1991).

L'approche prospective, bien que plus couteuse, semble donc plus appropriée pour répondre aux exigences d'évaluation de données sociales, criminologiques et cliniques fines. Pour cela, une première évaluation (T0 : évaluation initiale) devrait être réalisée avec la RSVP, la HCR-20 et le LS/CMI. La population d'AICS devra être plus variée : ne pas être détenue (pour éviter les limites du milieu carcéral déjà pointées) et présenter des niveaux de risque plus diversifiés pour s'assurer des qualités psychométriques des échelles sur des populations à haut/très haut risque. L'évaluation initiale demandera le recueil d'informations à la fois cliniques mais également judiciaires, entrainant le chercheur à se heurter rapidement aux questions de secret professionnel. Dans ce cas, soit un conventionnement partenarial est possible entre le SPIP et le soignant prenant en charge le participant, soit les participants

pourraient être recrutés au SPIP mais ce serait le chercheur-clinicien qui évaluerait les informations cliniques. Le temps de suivi doit être défini. Dans la littérature, le temps de suivi est variable : un an pour l'étude de Guay (2016), 5ans pour l'étude de Wormith et al. (2015) ou encore 10ans pour l'étude de Vargen et al. (2020). Ce temps de suivi doit tenir compte des capacités des outils testés et sera nécessairement sensible aux participants perdus de vus. Il semblerait pertinent d'apprécier l'évolution des facteurs de risque à travers le temps et aux moments clefs de leur parcours. Pour cela, une évaluation initiale (T0), pourra être suivie d'une évaluation à deux ans (T1) qui correspond à une période de récidive importante pour les personnes sortant de prison (Kensey & Benaouda, 2011) et à la durée moyenne d'un sursis avec mise à l'épreuve (SME, mesure judiciaire la plus utilisée en milieu ouvert) en France (Lemoussu, 2009). Une nouvelle évaluation pourra être proposée à cinq ans (T2 : évaluation à 5ans) qui correspond à la durée moyenne d'un SSJ pour agression sexuelle (Carrasco, 2007) et au temps de suivi les plus classiquement utilisés dans les études épidémiologiques de la récidive (Hanson & Bussiere, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Enfin, une dernière mesure pourrait avoir lieu à distance de la fin des prises en charge judiciaires et sanitaires (T3 : 1an après l'arrêt du SME ou SJJ) afin d'apprécier l'impact de l'arrêt de ces mesures judiciaires sur les facteurs de risque. Une définition et une mesure objective du risque sont indispensables pour apprécier la justesse ou non de l'estimation du risque par les échelles. La récidive, définie comme toute nouvelle condamnation, pourrait être mesurée grâce à plusieurs indicateurs : une mesure dichotomique de récidive sexuelle (Oui-Non), une mesure dichotomique de récidive violente (Oui-Non), une mesure dichotomique de récidive générale (Oui-Non), une mesure de gravité de la récidive et une mesure de délai de récidive (le nombre de jours entre la date de libération et la date de récidive pour les personnes sortant de détention ou le nombre de jour entre l'évaluation et la récidive pour les personnes n'ayant pas

été détenues). Pour respecter les temps de suivi, ces mesures de récidive objectives pourraient être relevées à T2 et T3. Le protocole proposé est illustré figure 8.

*Figure 8 : Illustration de la poursuite des travaux de validation psychométrique des échelles de risque*




Enfin, sur le plan statistique, deux méthodes pourraient être utilisées pour mesurer la validité prédictive. Premièrement, l'air sous la courbe (AUC ; Hanley & McNeil, 1983) permettrait d'analyser la relation entre les prédictions du risque et les mesures de récidive. Cette mesure, évaluant la qualité d'une prédiction faite par une échelle à l'aide des mesures de sensibilité et de spécificité d'un test (Delacour et al., 2005), est actuellement la mesure de référence (Rice & Harris, 2005). Cette méthode a l'avantage de ne pas être sensible aux taux de base faibles comme peut l'être la récidive (Barbaree et al., 2006). Deuxièmement, l'analyse des périodes de temps avant la récidive est un facteur révélateur du risque. Pour cela des analyses de survie pourraient compléter les résultats, en clarifiant les données relatives à la période précédant la récidive. Ces analyses sont utilisées dans le champ de l'étude de la récidive depuis longtemps (Hart et al., 1988).

Deuxièmement, la poursuite des travaux pourrait également se concentrer à améliorer la connaissance des besoins non criminogènes. Par exemple, les distorsions cognitives sont des concepts centraux dans la compréhension et la prise en charge des AICS (Vanderstukken et al., 2015). La poursuite des études pourrait observer si certains sous-types de distorsions cognitives sont davantage liés au risque de récidive et à quels facteurs de risque précisément. Les mesures Molest et Rape scales (Bumby, 1996) semblent des outils adéquats car ils présentent de bonnes qualités psychométriques (Bumby, 1996; Vanderstukken et al., 2015) et évaluent les distorsions cognitives pré agressions (liées au risque). De plus, ces outils ont déjà été utilisés pour évaluer les distorsions cognitives permettant de discriminer les Child Porno Offenders des AICS d'enfants avec contact (Merdian et al., 2014) ou les AICS d'adultes à haut et bas risque de récidive sexuelle (Hermann et al., 2012). Premièrement, une factorisation de ces deux échelles permettrait d'apprécier l'existence ou non des sous-catégories de distorsions cognitives solides. Deuxièmement, les liens entre ces sous-catégories et les risques de récidive sur des populations d'AICS pourront être testés. Cette étude nécessitera un effectif important pour respecter la méthodologie de l'analyse factorielle. Bien que la taille de l'échantillon minimum pour une analyse factorielle soit encore un débat, elle est une mesure qui nécessite de grands échantillons (M. W. Watkins, 2018), 300 participants minimum (Tabachnick & Fidell, 2007).

Par ailleurs, l'accueil des questionnaires, notamment de la Molest, par les participants AICS d'adultes pourra être une potentielle difficulté, car ils pourraient être réticents à répondre aux questions concernant les distorsions sur enfant. Enfin, il semble souhaitable que ces passations se déroulent en dehors du contexte carcéral qui *(i)* oblige a plus de déni des attirances pédophiliques et *(ii)* peut rendre plus difficile pour le participant la conscience des distorsions cognitives du fait de l'absence dans cet environnement de certains déclencheurs de ces distorsions (ex, la présence de femmes adultes et d'enfants) (Beech & Ward, 2004). Une

meilleure connaissance des liens entre distorsions cognitives et risque de récidive permettra une prise en charge plus adaptée, ciblée pour les cognitions réellement liées au risque.

Troisièmement, la plupart des variables, utilisées en psychologie pour étudier un phénomène, sont interdépendantes (ex, le modèle biopsychosocial ; Engel, 1980). L'évaluation du risque reste actuellement très centrée sur une accumulation de facteurs. L'étude de la dynamique des relations qui existe entre les facteurs criminogènes connus et les facteurs non criminogènes influençant tout de même les facteurs de risque serait une piste supplémentaire pour poursuivre la compréhension du risque de récidive. Il semblerait pertinent de *(i)* se rapprocher d'une théorie étiologique du risque et *(ii)* de comprendre la dynamique des besoins criminogènes et non criminogènes entre eux. A l'instar de certaines théories étiologiques de la survenue d'une agression sexuelle (Finkelhor, 1984; Marshall & Barbaree, 1990), des études abordent les facteurs de risque dans une approche en trajectoire (ex, Brouillette-Alarie et al., 2018). Le risque est le fruit de facteurs développementaux (passés) qui induisent des facteurs de vulnérabilité (actuels) qui dans des contextes précis entrainent des états de risque (facteurs aigus). Cette approche est intéressante car elle pense les facteurs de risque non pas comme *des corrélats statistiques sans signification clinique, mais plutôt comme des symptômes observables de propensions psychologiques latentes qui sont liées à la récidive* (p.3; Brouillette-Alarie & Proulx, 2018). De plus, certains montrent que des facteurs psychologiques peuvent avoir un poids différent selon les trajectoires de vie des AICS (Eloir et al., 2020). Ces approches dynamiques semblent plus parlantes et utiles pour les praticiens. Pour appliquer cette théorie étiologique aux données actuellement collectées, les facteurs de risque des trois échelles de risque pourraient être répartis selon la temporalité : facteurs survenus dans l'enfance et à l'adolescence (facteurs développementaux), facteurs survenus au cours de la vie d'adulte (facteurs de vulnérabilité). Pour les facteurs de risque aigus, considérés comme spécifiques et avec une évolution très

rapide, l'utilisation d'une échelle spécifique comme l'Acute-2007 (Hanson et al., 2007) semble indispensable. Une analyse factorielle confirmatoire (dont le type sera déterminé en fonction de la population et des échelles choisies) avec une rotation oblimin (recommandée pour les données corrélées entre elles) serait le garant d'une construction de ces trois dimensions. Puis, à l'aide une équation structurale, les liens éventuels entre les facteurs et la récidive pourront être testés (Schumacker & Lomax, 2016).

L'approche en réseau, très utilisée en psychiatrie et en psychologie clinique mais peu en psychologie légale, a pour but d'évaluer la manière dont les composantes des troubles (c'est-à-dire les "symptômes") sont liées les unes aux autres dans un réseau complexe, afin de permettre la compréhension des voies qui lient les symptômes (Borsboom et al., 2017). Un réseau est fait de différentes structures. Il comprend des variables (ex, facteurs de risque ou besoins non criminogènes), représentées par des *nœuds*, et des relations entre ces variables, appelées *arêtes* (qui montrent la force et le sens de la relation). La figure 9 présente un exemple de réseau extrait de l'article de Hevey (2018).

*Figure 9 : Exemple d'un réseau*

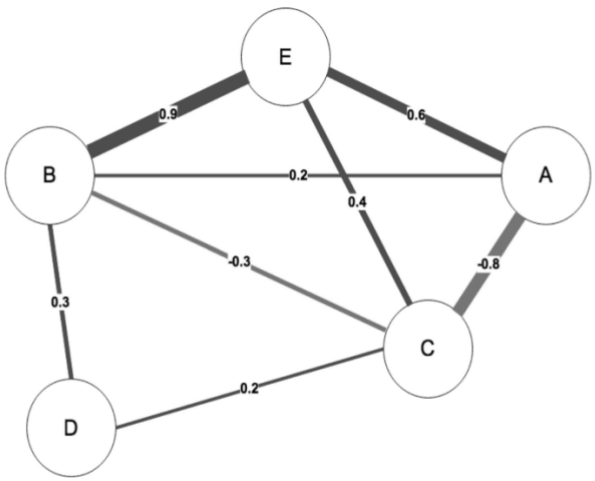



Figure 1. Sample network with 5 nodes and 8 edges. Postive edges are green and negative edges are red. The numbers represent the correlations between the variables.

Cette méthode diffère des équations structurales car elle est totalement exploratoire et s'applique aux données non paramétriques (souvent retrouvées en psychologie). Cette approche apporte une compréhension des réseaux complexes existants entre les variables et la nature de leurs liens (Hevey, 2018). Elle permettrait de dépasser l'approche catégorielle pure qui peut montrer ses limites, notamment pour les infracteurs dits « mixtes » qui se trouvent à la frontière entre deux catégories. Comme toutes les méthodes de modélisation, l'analyse en réseau est basée sur des estimations et la vérification d'un certain nombre d'indices qui posent la question de la généralisation des résultats et des indicateurs à utiliser (Hevey, 2018). Cette méthode reste sensible à la taille de l'échantillon (plus il sera important plus les réseaux seront précis et stables) et au caractère, pour le moment très exploratoire, des études réalisées qui de par leur multiplication permettront des indicateurs plus précis (Epskamp et al., 2018). L'étude de Van Den Berg et al. (2020) a appliqué cette méthode au domaine du risque de récidive afin de comprendre la dynamique entre les facteurs de risque qui composent l'échelle de risque Stable-2007 (Hanson et al., 2007) et leurs liens avec la récidive sexuelle et violente. Dans de futurs travaux, cette méthode pourrait être appliquée pour tenter de comprendre, d'une part, la dynamique de trois réseaux de facteurs de risque : *(i)* celui de la récidive sexuelle à l'aide de la RSVP, *(ii)* celui de la récidive violente à l'aide de la HCR-20 et *(iii)* celui de la récidive générale à l'aide du LS/CMI. D'autre part, l'ensemble de ces modèles pourraient être retestés en incluant les besoins non criminogènes afin de tenter de comprendre leur influence réelle. La méthode d'analyse en réseau pourrait également être appliquée auprès d'un sous-groupe spécifique d'AICS (ex, Rhemtulla et al., 2016). La compréhension plus fine et spécifique de ses sous-groupes semble utile pour l'accompagnement de certains patients, notamment ceux pouvant mettre les soignants plus en difficultés dans leur pratique (ex, des patients pédophiles ayant commis des agressions sur des enfants vs des pédophiles

abstinents ; des agresseurs d'enfants vs des pédopornographes ; les AICS de femmes adultes intrafamiliaux vs extrafamiliaux). Enfin, cette méthode permet aussi la compréhension des parcours de vie au niveau individuel (ex, Kroeze et al., 2017). Il semblerait intéressant de se pencher spécifiquement sur des patients à haut risque de récidive. Pour cela, des mesures (ici des facteurs de risque) sont collectées de manière répétées dans le temps afin de percevoir les variables ayant une influence directe sur les risques de récidive et évoluant peu dans le temps. Ces variables pourront être les pistes privilégiées de traitement. Cette approche pourrait, également, être intéressante pour l'étude des facteurs de risque aigus. Un repérage dans la littérature des facteurs aigus connus pourrait précéder la mise en place d'évaluations hebdomadaires de ces mesures sur une durée d'un mois. Ainsi, l'impact en termes de risque ou de protection de ces facteurs aigus pourrait être étudié.

Enfin, une fois développée ces connaissances pourraient alimenter les RDoc concernant les AICS. Cette démarche RDoc permettrait la diffusion à l'ensemble communauté scientifique.

### *7.3. Perspectives cliniques : vers une pratique thérapeutique éthique, partenariale et efficace du risque de récidive*

L'abord du risque de récidive dans la prise en charge des AICS en France reste marginale. La culture clinique et psychanalytique ancienne, amène toujours à penser que le « mieux-être psychique » est la priorité des objectifs thérapeutiques, ce qui est louable. La conception du risque de récidive reste très criminologique dans l'esprit des thérapeutes français c'est pourquoi le « mieux être psychologique » et la « prévention de la récidive » sont envisagés de manière plutôt distincte voire antagoniste. Le paradoxe réside dans le fait que la pratique actuelle des thérapeutes n'est pas si éloignée des principes qui régissent certaines thérapeutiques de la récidive comme les principes du RBR. Bon nombre de thérapeutes

modulent déjà la fréquence de leur rendez-vous selon l'état de santé psychique de leur patient. Quoi de plus normal que d'augmenter la fréquence des entretiens avec les patients qui ne vont pas bien et de la diminuer lorsque les patients vont mieux et investissent d'autres sphères de leurs vies (vie amoureuse, travail, loisirs, …). Par ailleurs, les besoins criminogènes et les éléments de mieux être psychiques sont probablement en partie les mêmes variables prises en compte par les thérapeutes. Il est probable qu'aucun thérapeute ne fasse l'impasse sur l'évaluation et la prise en compte de cibles thérapeutiques telles que les troubles psychiatriques ou encore le déni du patient… qui constituent des besoins criminogènes. De plus, la prévention de la rechute d'un trouble est également une préoccupation importante des soignants. Si on considère que les patients AICS présentent très peu de troubles psychiatriques et que la manifestation de leurs difficultés psychiques est similaire à leurs besoins criminogènes (évalués par les échelles) alors l'évaluation de la récidive est une sorte d'équivalent d'évaluation de la rechute tout comme leur prévention. Enfin, les thérapeutes tiennent certainement toujours compte des spécificités de leur patient. Mais « officialiser » la pratique de l'approche thérapeutique centrée sur le risque (en développant la connaissance de cette méthode et de son efficacité auprès des étudiants psychologues et psychiatres et des thérapeutes) pourrait permettre d'en appliquer avec plus de rigueur les principes, pour profiter de son efficience.

Le soignant devra toujours composer avec la crainte d'une récidive de son patient. Cette crainte, lorsqu'elle est évaluée non formellement, donne une perception plus dangereuse du patient, entrainant nécessairement un impact en matière de prise en charge (fascination vs rejet). La thérapie centrée sur les interventions comme le RBR, apporte la nécessité d'une évaluation objective qui pourra rassurer le soignant. Contrairement, à beaucoup de représentations, cette approche s'avèrera extrêmement éthique pour le patient aussi qui pourra

bénéficier d'une prise en charge individualisée (T. Cohen & Whetzel, 2014), respectueuse et fondée sur des théories psychologiques de l'être humain (Wormith & Zidenberg, 2018).

En France, comme vu précédemment, les soins aux AICS sont souvent proposés dans un cadre d'incitation ou de contrainte judiciaire, mettant à mal la motivation des patients (des soignants) et la mise en place d'une l'alliance thérapeutique. Les patients se montrent alors réticents et passifs dans leur prise en charge. Les AICS sont des patients dont le fonctionnement les conduit à une tendance à l'externalisation (le comportement, l'agression, l'agir) au détriment de l'internalisation (l'intellect, les cognitions, la remise en question). Les approches plus « actives » semblent préférables. De plus, ces patients ont souvent un parcours de suivi psychologique depuis l'enfance, qui les poussent à manifester une certaine lassitude face aux prises en charge proposées (souvent centrées sur les faits passés, non modifiables).

Les principes du RBR ont montré leur efficacité. L'étude de Wormith & Zidenberg (2018) rassemble 14 méta-analyses depuis les années 2000 qui soutiennent en grande partie cette approche thérapeutique, notamment chez les AICS (Hanson et al., 2009). Le respect des trois principes entraine une diminution de la récidive plus importante (Bonta & Andrews, 2007). Ces principes ne sont pas sans limites (Herzog-Evans, 2017). Leur intégration en France présente un frein majeur : l'accès aux données. Les échanges d'informations entre professionnels de champs différents (notamment santé et justice) peuvent se heurter aux questions de secret professionnel et médical qui rend l'accès aux informations judiciaires difficiles. Le respect du secret médical est indispensable pour la possibilité d'une prise en charge basée sur la confiance avec le patient. S'il est vrai que l'accès aux professionnels judicaires d'informations sanitaires est très difficile, l'accès aux informations judiciaires est peut-être plus aisé pour les soignants. Dans le cadre de l'injonction de soins, ces informations

peuvent être transmises par le médecin coordonnateur[9] qui a le droit de transmettre des documents judiciaires comme : les procès-verbaux d'auditions, de mise en accusation, de jugement, les différentes expertises psychiatriques et psychologiques et l'enquête de personnalité (Goumilloux, 2014). Dans le cadre d'obligation de soins, le soignant peut alors adresser une demande au magistrat en charge du suivi judicaire sur les informations qu'il juge utiles. Comme pour tout contact avec la Justice, cette demande doit être explicitée par le soignant au patient. Dans le contexte carcéral, la difficulté est plus importante et source de tensions.

Comme vu précédemment, faire de la diminution du risque de récidive le premier objectif de soin est compliqué pour les soignants français. Si tel était le cas alors les soignants auraient l'impression de devoir passer à coter de la notion de bien être qu'ils pensent comme plus vaste. Ces préoccupations ont été déjà été soulevées. Herzog-Evans (2017) rappelle que les auteurs du RBR ont tenté d'élargir ces principes en intégrant d'autres notions clefs des théories du Good Lives Model ou encore de la Desistance. Cet élargissement concerne surtout la *Réceptivité*. Ainsi, la prise en charge centrée sur la diminution du risque de récidive devrait contenir les préoccupations suivantes :

Un versant *Risque* et *Besoins* : une évaluation du niveau de risque et des besoins criminogènes du patient permettraient de doser l'intensité de la prise en charge et d'observer des pistes thérapeutiques. Bien sûr, les échelles de dernière génération semblent les plus appropriées, non pas pour leur efficacité en matière de prédiction (qui reste inférieure aux échelles actuarielles, Hanson & Morton-Bourgon, 2009) mais pour *(i)* l'accent portée sur les facteurs dynamiques et aigus, *(ii)* le rôle laissé aux soignants et *(iii)* la dynamique que

[9] **Le médecin coordonnateur** est « *situé à l'interface de la santé (médecin ou psychologue traitant) et de la justice (juge de l'application des peines ou référent du SPIP). Il garantit le cadre thérapeutique et le respect du secret professionnel par le médecin traitant et le psychologue traitant, il évalue l'évolution du sujet tout au long de la prise en charge médico-psychologique et psychiatrique et il conseille le médecin traitant ou le psychologue traitant si ceux-ci lui en font la demande* » (Ciavaldini et al., 2009)

l'évaluation peut apporter dans l'alliance thérapeutique. Le choix des échelles devra se faire en fonction du type de récidive évalué, du contexte de l'évaluation et de la sensibilité clinique du soignant.

Un versant *Réceptivité Spécifique* : par l'évaluation *(i)* des facteurs intrinsèques au patient pouvant impacter le déroulé de la thérapie (comme la personnalité ou encore la santé mentale) (Robinson, 2009) ; *(ii)* les objectifs et priorités de vie ; *(iii)* la motivation au changement ; *(iv)* le niveau d'autonomie du patient et *(v)* les facteurs de protection qui pourraient moduler la part accordée dans la thérapie aux facteurs de risque et majorer l'alliance thérapeutique (Woldgabreal et al., 2013).

Un versant de *Réceptivité Générale* : un ensemble de facteurs extrinsèques pouvant impacter la thérapie comme l'environnement social, familial, économique du patient, le cadre de la prise en charge proposée, les professionnels soignants, la politique judiciaire (Herzog-Evans, 2017) ou encore les actions de la communauté (ex, justice restaurative). Certains de ces facteurs vont concerner le thérapeute et devenir des pistes de travail. Mais d'autres facteurs ne concerneront pas directement le thérapeute. Par exemple, un thérapeute ne sera pas en mesure d'aider directement son patient à trouver un emploi. Il semble néanmoins pertinent que ces facteurs soient connus comme de potentiels leviers, freins ou priorités du patient dans son processus de changement, qui pourront impacter la motivation et l'implication dans la prise en charge.

Des *Principes* : d'ajustement c'est-à-dire la possibilité de modifications les objectifs thérapeutiques et la forme de la thérapie selon l'évolution du patient, de collaboration c'est-à-dire de co-construction avec le patient qui sera probablement plus à l'aise dans une position active en thérapie et d'alliance thérapeutique qui passe, entre autres, par le respect du secret professionnel.

# CONCLUSION GENERALE

Ce travail de thèse a tenté d'apporter une réflexion, non exhaustive, sur le risque de récidive des AICS au travers de son évaluation, des facteurs de risque qui le composent et des profils de patients. Il s'inscrit dans un contexte français car la réflexion autour de l'implantation de l'évaluation structurée est une priorité clinique mais aussi une crainte majeure des professionnels. Nous avons tenté d'amorcer un début de réponse à ces craintes en montrant que sur le plan psychométrique, certaines échelles de risque actuelles sont utilisables auprès de patients français. Nous avons, également, montré que leur utilisation nécessite des conditions spécifiques, et notamment l'accès à des informations variées, afin d'être optimale. Ce travail s'inscrite, également, dans une perspective internationale car la connaissance des facteurs de risque et des patients présentant des niveaux de risques élevés doit se poursuivre dans le but d'améliorer les prises en charge sociétales, judiciaires et sanitaires. Nous avons tenté d'amorcer une réflexion sur l'impact de la personnalité comme facteur influençant les facteurs de risque et de poursuivre la réflexion sur l'impact de l'impulsivité, des distorsions cognitives et de l'empathie sur le risque de récidive, au travers des liens entre ces facteurs mais aussi de clusters.

Bien sûr, ce travail n'apporte qu'une petite pierre à un édifice plus important. En France, il sera nécessaire, dans les années à venir, de faire connaitre, de mettre en œuvre et d'évaluer les prises en charge centrées sur la récidive. Les travaux internationaux pourraient, quant à eux, se concentrer à développer une approche plus dynamique de la compréhension de la survenue du risque de récidive.

## REFERENCES


Abbey, A., Jacques-Tiura, A. J., & LeBreton, J. M. (2011). Risk factors for sexual aggression in young men: An expansion of the con uence model. *Aggressive Behavior*, *37*(5), 450–464.

Abbey, A., & McAuslan, P. (2004). A Longitudinal Examination of Male College Students' Perpetration of Sexual Assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(5), 747–756. https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.747

Abel, G. G., Becker, J. V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, *7*(1), 89–103. https://doi.org/10.1016/0160-2527(84)90008-6

Abou-Sinna, R., & Luebbers, S. (2012). Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the Camberwell Assessment of Need–Forensic and Health of the Nation Outcome Scales–Secure. *International Journal of Mental Health Nursing*, *21*(5), 462–470. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00811.x

Adams, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, *86*, 167–177. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019

Aebi, M. F., & Jaquier, V. (2008). Les sondages de délinquance autoreportée: Origines, fiabilité et validité. *Déviance et Société*, *32*(2), 205–227. https://doi.org/10.3917/ds.322.0205

Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., Cohen, G., & Rush, J. D. (2006). The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project: Fifty-Six Years of Accumulated Research on Clinical Versus Statistical Prediction. *The Counseling Psychologist*, *34*(3), 341–382. https://doi.org/10.1177/0011000005285875

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. (DSM IV).* American Psychiatric Association. Washington DC.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (1995). *LSI-R: The Level of Service Inventory–Revised.* Multi-Health Systems.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct (4th ed.)*. Anderson publishing.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct (5th ed.)*. Anderson publishing.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2015). *Le comportement délinquant: Analyse et modalités d'intervention (5e éd.)*. Les Presses de l'Énap.

Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, *17*(1), 19–52. https://doi.org/10.1177/0093854890017001004

Andrews, D. A., Bonta, J. L., & Wormith, J. S. (2004). The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI). *Crime & Delinquency*, 7–27. https://doi.org/10.1037/t05029-000

Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2006). The Recent Past and near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime & Delinquency*, *52*(1), 7–27. https://doi.org/10.1177/0011128705281756

Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2010). The Level of Service (LS) Assessment of Adults and Older Adolescents. In R. K. Otto & K. S. Douglas, *Handbook of violent risk assessment*. Simon Fraser University.

Andrews, D. A., & Dowden, C. (2007). The Risk–Need–Responsivity Model of Assessment and Human Service in Prevention and Corrections: Crime-Prevention Jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, *49*, 439–464. https://doi.org/10.3138/cjccj.49.4.439

Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does Correctional Treatment Work? A Clinically Relevant and Psychologically Informed Meta-Analysis. *Criminology*, *28*(3), 369–404. https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x

Archer, R. P., Buffington-Vollum, J. K., Stredny, R. V., & Handel, R. W. (2006). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personality Assessment, 87*(1), 84–94. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8701_07

Arkowitz, S., & Vess, J. (2003). An Evaluation of the Bumby Rape and Molest Scales as Measures of Cognitive Distortions With Civilly Committed Sexual Offenders. *Sexual Abuse*, *15*(4), 237–249. https://doi.org/10.1177/107906320301500402

Article R1112-2, R1112-2 Code de la santé publique (2016).

Babchishin, K. M. (2013). *Sex offenders do change on risk-relevant propensities: Evidence from a longitudinal study of the ACUTE-2007* [Thèse de doctorat]. Carleton University.

Babchishin, K. M., Hanson, R. K., & Blais, J. (2016). Less Is More: Using Static-2002R Subscales to Predict Violent and General Recidivism Among Sexual Offenders. *Sexual Abuse*, *28*(3), 187–217. https://doi.org/10.1177/1079063215569544

Bajos, N., Bozon, M., & Beltzer, N. (2008). *Enquête sur la sexualité en France*. Broché. https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm%22%22

Bar-Anan, Y., & Vianello, M. (2018). A multi-method multi-trait test of the dual-attitude perspective. *Journal of Experimental Psychology: General*, *147*, 1264–1272. https://doi.org/10.1037/xge0000383

Barbaree, H. E., Langton, C. M., & Peacock, E. J. (2006). Different actuarial risk measures produce different risk rankings for sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *18*(4), 423–440. https://doi.org/10.1177/107906320601800408

Barnett, G. D., Wakeling, H. C., & Howard, P. D. (2010). An Examination of the Predictive Validity of the Risk Matrix 2000 in England and Wales: *Sexual Abuse*, *22*(4), 443–470. https://doi.org/10.1177/1079063210384274

Barnett, G. D., Wakeling, H., Mandeville-Norden, R., & Rakestrow, J. (2013). Does change in psychometric test scores tell us anything about risk of reconviction in sexual offenders? *Psychology, Crime & Law*, *19*(1), 85–110. https://doi.org/10.1080/1068316X.2011.607820

Barsetti, Y. (1999). *Molest and Rape scales (Bumby 1996). Traduction française*.

Basile, K. C., Smith, S. G., Chen, J., & Zwald, M. (2020). Chronic Diseases, Health Conditions, and Other Impacts Associated With Rape Victimization of U.S. Women. *Journal of Interpersonal Violence*. https://doi.org/10.1177/0886260519900335

Batson, C. D., Ahmad, N., Lishner, D. A., & Tsang, J.-A. (2002). Empathy and altruism. In C. R. Snyder & S. J. Lopez, *Handbook of positive psychology* (pp. 485–498). Oxford University Press.

Beauregard, E., & Proulx, J. (2013). Les processus de passage à l'acte des agresseurs sexuels de d'enfants extrafamiliaux. In M. Cusson, S. Guay, J. Proulx, & F. Cortoni, *Traité des violences criminelles, les questions posées par la violence, les réponses de la science*

(pp. 187–214). Hurtubise.

Becerra-García, J. A., García-León, A., & Egan, V. (2013). A Cross-Cultural Comparison of Criminological Characteristics and Personality Traits in Sexual Offenders Against Children: Study in Spain and the United Kingdom. *Psychiatry, Psychology and Law*, *20*(3), 344–352. https://doi.org/10.1080/13218719.2012.677758

Beckett, R., Beech, A. R., Fisher, D., & Fordham, A. S. (1994). *Community-based treatment for sex offenders: An evaluation of seven treatment programmes*. Home Office Publications Unit.

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

Beech, A. R., & Ward, T. (2004). The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior*, *10*(1), 31–63. https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.08.002

Belfrage, H. (1998). Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital: Integrating research and clinical practice. *The Journal of Forensic Psychiatry*, *9*(2), 328–338. https://doi.org/10.1080/09585189808402200

Benbouriche, M., Vanderstukken, O., & Guay, J.-P. (2015). Les principes d'une prévention de la récidive efficace: Le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Pratiques Psychologiques*, *21*(3), 219–234. https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.05.002

Benbouriche, M., Vanderstukken, O., Guay, J.-P., Testé, B., & Renaud, P. (2013). Quelle pertinence pour l'évaluation standardisée des distorsions cognitives en délinquance sexuelle? Présentation, Illustrations, Limites, et Perspectives. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, *1*(66), 29–46.

Benbouriche, M., Ventejoux, A., Lebougault, M., & Hirschelmann, A. (2012). L'évaluation du risque de récidive en France: Expérience et Attitudes des Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, *65*(3), 305–318.

Bertsch, I., Cochez, F., Moulden, H., Prat, S., Lambert, H., Lassagne, G., Lamballais, C., Defache, L., Pelletier, M., & Courtois, R. (2019). Comparaison franco-canadienne du développement des Cercles de soutien et de responsabilité pour la prévention de la réitération des infractions à caractère sexuel. *International Journal of Risk and*

*Recovery*, *2*, 28–35. https://doi.org/10.15173/ijrr.v2i2.3901

Bertsch, I., Marcel, D., Larroque, I., Chouli, B., Prat, S., & Courtois, R. (2017). Prévenir la récidive de violence sexuelle en s'intéressant aux conditions de sortie de détention des auteurs d'infractions à caractère sexuel en France ? *La Presse Médicale*, *46*(5), 544–545. https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.03.016

Bertsch, I., Pham, T.-H., Reveillère, C., & Courtois, R. (2017). Evaluation du risque de récidive des auteurs d'infraction à caractère sexuel. *Annales Médico-Psychologiques*, *3*(175), 294–296. https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.01.015

Bessoles, P. (2004). Criminalité sexuelle et récidive. In *Victimologie et criminologie. Approches cliniques* (pp. 75–88). Champ social. https://www.cairn.info/victimologie-et-criminologie-approches-cliniques--2913376436-page-75.htm?contenu=resume

Billieux, J. (2012). Impulsivité et psychopathologie: Une approche transdiagnostique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, *17*, 42–65.

Billieux, J., Rochat, L., Ceschi, G., Carré, A., Offerlin-Meyer, I., Defeldre, A.-C., Khazaal, Y., Besche-Richard, C., & Van der Linden, M. (2012). Validation of a short French version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(5), 609–615. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.09.001

Blais, M. R., Lachance, L., & Riddle, A. (1991). *Validation de la version française de la mesure de la désirabilité sociale de Marlowe-Crowne*. Université de Montréal.

Blatier, C., Sellon, C., Gimenez, C., & Paulicand, M. (2016). The assessment of incarcerated sexual delinquents' risk of recidivism. *European Review of Applied Psychology*, *66*(4), 189–198. https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.03.001

Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing the risk of sexual violence.* British Columbia Institute on Family Violence and Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (2017). *Manual for the Sexual Violence Risk-20 Version 2: Professional guidelines for assessing the risk of sexual violence.* Protect International, Risk and Safety Services Inc.

Boillat, C., Deuring, G., Pflueger, M. O., Graf, M., & Rosburg, T. (2017). Neuroticism in child sex offenders and its association with sexual dysfunctions, cognitive distortions, and psychological complaints. *International Journal of Law and Psychiatry*, *54*, 83–89.

https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.05.010

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

Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*. Public Safety Canada.

Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H. A. (2013). *Prédiction du risque de récidive chez les délinquants atteints de troubles mentaux – Synthèse quantitative 2013-01*. Public Safety Canada.

Borsboom, D., Fried, E. I., Epskamp, S., Waldorp, L. J., van Borkulo, C. D., van der Maas, H. L. J., & Cramer, A. O. J. (2017). False alarm? A comprehensive reanalysis of "Evidence that psychopathology symptom networks have limited replicability" by Forbes, Wright, Markon, and Krueger (2017). *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(7), 989–999. https://doi.org/10.1037/abn0000306

Bourque, J., Poulin, N., & Cleaver, A. F. (2007). Évaluation de l'utilisation et de la présentation des résultats d'analyses factorielles et d'analyses en composantes principales en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, *32*(2), 325–344. https://doi.org/10.7202/014411ar

Brouillette-Alarie, S. (2016). *L'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels: Vers une approche centrée sur les construits psychologiques* [Thèse de doctorat]. Université de Montréal.

Brouillette-Alarie, S., & Hanson, R. K. (2015). Comparaison de deux mesures d'évaluation du risque de récidive des délinquants sexuels. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *47*(4), 292–304. https://doi.org/10.1037/cbs0000019

Brouillette-Alarie, S., & Hanson, R. K. (2017). Chapitre 5-L'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels. In F. Cortoni & T.-H. Pham, *Traité de l'agression sexuelle* (pp. 95–128). Mardaga.

Brouillette-Alarie, S., & Proulx, J. (2016, November 1). *The interaction between latent constructs, sexual offender type, and recidivism: Suggestions for the future of risk assessment* [Poster].

Brouillette-Alarie, S., & Proulx, J. (2018). The Etiology of Risk in Sexual Offenders: A Preliminary Model. *Sexual Abuse A Journal of Research and Treatment*, *31*(3), 1–25. https://doi.org/10.1177/1079063218759325

Brouillette-Alarie, S., & Proulx, J. (2019). The Etiology of Risk in Sexual Offenders: A Preliminary Model. *Sexual Abuse*, *31*(4), 431–455. https://doi.org/10.1177/1079063218759325

Brouillette-Alarie, S., Proulx, J., & Hanson, R. K. (2018). Three Central Dimensions of Sexual Recidivism Risk: Understanding the Latent Constructs of Static-99R and Static-2002R. *Sexual Abuse*, *30*(6), 676–704. https://doi.org/10.1177/1079063217691965

Bumby, K. M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE Scales. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, *8*(1), 37–54. https://doi.org/10.1007/BF02258015

Burgess, E. W. (1928). Factors determining success or failure on parole. In A. A. Bruce, *The workings of the indeterminate sentence law and the parole system in Illinois* (pp. 205–249). Illinois Committee on Indeterminate-Sentence Law and Parole.

Cailleau, V., Thirioux, B., Méry, B., Senon, J.-L., & Jaafari, N. (2016). Les altérations du processus empathique chez les agresseurs sexuels. *La Presse Médicale*, *45*(12), 1075–1083. https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.09.004

Campbell, M. A., French, S., & Gendreau, P. (2007). *Assessing the utility of risk assessment tools and personality measures in the prediction of violent recidivism for adult offenders*. Department of Public Safety and Emergency Preparedness.

Canuto, A., Meiler-Mititelu, C., Herrmann, F., Giannakopoulos, P., & Weber, K. (2008). Impact of personality on termination of short-term group psychotherapy in depressed elderly outpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*(1), 22–26. https://doi.org/10.1002/gps.1829

Carrasco, V. (2007). *Le suivi socio-judiciaire: Bilan de l'application de la loi du 17 juin 1998* (No. 94; Infostats Justice, pp. 1–4). Ministère de la Justice.

Cartuyvels, Y. (2017). L'internement de défense sociale en Belgique: Entre soin, dangerosité et sécurité. *L'information psychiatrique*, *93*(2), 93–101.

Casey, P. M., Warren, R. K., & Elek, J. K. (2011). *Using offender risk and needs assessment information at sentencing: Guidance for courts from a national working group*. National Center for State Courts.

Center, D., & Kemp, D. (2003). Temperament and Personality as Potential Factors in the Development and Treatment of Conduct Disorders. *Education and Treatment of Children*, *26*(1), 75–88.

Chamberland, J. (2017). *Comportements violents au regard de l'impulsivité et des troubles de la personnalité* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8023/

Chantry, K., & Craig, R. J. (1994). Psychological screening of sexually violent offenders with the MCMI. *Journal of Clinical Psychology*, *50*(3), 430–435. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199405)50:3<430::AID-JCLP2270500314>3.0.CO;2-W

Ciavaldini, A. (2018). *Prise en charge des auteurs de violences sexuelles: Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire)? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?* (pp. 1–42). Fédération Française des CRIAVS.

Ciavaldini, A., Cano, J. P., Delpla, A., Lehembre, O., & Lhuillier, J. P. (2009). *Guide de l'injonction de soins* (pp. 1–67). Ministère de la Santé et Ministère de la Justice.

Circulaire de la DAP n°113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation, (2008).

Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A n° 2008-356 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé, (2008). http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf2f3dss1a-n-2008-356-du-8-decembre-2008-relative-a-la-campagne-tarifaire-2008-des-etablissements-de-sante/

Circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, (2012). http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-interministerielle-n-dgosdsrdgsdgcsdssdapdpjj2012373-du-30-octobre-2012-relative-a-la-publication-du-guide-methodologique-sur-la-prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-placee/

Claix, A., & Pham, T.-H. (2004). Evaluation of the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme in a Belgian forensic population. *L'Encéphale*, *30*(5), 447–453. https://doi.org/10.1016/s0013-7006(04)95459-0

Clark, M. A., Robertson, M. M., & Young, S. (2019). "I feel your pain": A critical review of organizational research on empathy. *Journal of Organizational Behavior*, *40*(2), 166–192. https://doi.org/10.1002/job.2348

Coche, A. (2011). Faut-il supprimer les expertises de dangerosité ? *Revue de science*

*criminelle et de droit pénal compare*, *1*(1), 21–35.

Cochez, F. (2018). *Prise en charge des auteurs de violences sexuelles: Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire)? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?* [Audition publique]. Fédération Française de Psychiatrie.

Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, T., & Whetzel, J. (2014). The neglected "R"- Responsivity and the federal offender. *Federal Probation*, *78*(2), 11–18.

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, *31*(3), 211–229. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004

Combalbert, N., & Pennequin, V. (2020). L'effet de l'âge et de la durée d'incarcération sur la santé mentale des détenus âgés. *Annales Médico-psychologiques*, *178*(3), 264–270. https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.06.013

Cooke, D. J., Michie, C., & Ryan, J. (2001). *Evaluating risk for violence: A preliminary study of the HCR-20, PCL-R and VRAG in a Scottish Prison Sample*. Report prepared for the Scottish Prison Service.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2005). Mental Illness and Dangerousness: Fact or Misperception, and Implications for Stigma. In *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 165–179). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10887-007

Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, *78*(1), 98–104. https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98

Cortoni, F. (2009). Factors associated with sexual recidivism. In *Assessment and treatment of sex offenders: A handbook* (pp. 39–52). John Wiley & Sons Ltd.

Cortoni, F. (2013). *Prévenir la récidive: Les programmes correctionnels.* [Conférence de consensus]. Haute Autorité de Santé.

Cortoni, F., & Longpré, N. (2018). 9. Quelle est l'efficacité des traitements des agresseurs

sexuels pour prévenir la récidive ? In D. Lafortune, J. Poupart, & S. Tanner (Eds.), *Questions de criminologie* (pp. 107–115). Presses de l'Université de Montréal. http://books.openedition.org/pum/6604

Costa, J. P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.

Côté, G. (2001). Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents: Mise en perspective critique. *Criminologie*, *34*(1), 31–45. https://doi.org/10.7202/004752ar

Courtois, R., Schlegel, A., Bonhommet, J., Doineau, E., Bertsch, I., Potard, C., & Pham, T. (2019). Validation française de l'échelle de l'adhésion aux mythes modernes sur l'agression sexuelle (AMMSA) et attachement au partenaire auprès d'étudiants et d'auteurs de violence conjugale. *L'Encéphale*, *177*, 924–931.

Coutanceau, R. (2012). Dangerosité criminologique et prévention de la récidive: Évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme. *L'information Psychiatrique*, *8*, 641–646. https://doi.org/10.3917/inpsy.8808.0641

Covell, C. N., & Scalora, M. J. (2002). Empathic deficits in sexual offenders: An integration of affective, social, and cognitive constructs. *Aggression and Violent Behavior*, *7*(3), 251–270. https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00046-5

Craissati, J., & Beech, A. R. (2003). A review of dynamic variables and their relationship to risk prediction in sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, *9*(1), 41–55. https://doi.org/10.1080/355260031000137968

Crampagne, S. (2013). *L'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale* [Thèse de doctorat en médecine]. Faculté de médecine de Grenoble.

Crowne, D., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, *24*, 249–354. https://doi.org/10.1037/H0047358

Cruitt, P. J., Boudreaux, M. J., Jackson, J. J., & Oltmanns, T. F. (2018). Borderline personality pathology and physical health: The role of employment. *Personality Disorders*, *9*(1), 73–80. https://doi.org/10.1037/per0000211

Curwen, T. (2003). The Importance of Offense Characteristics, Victimization History, Hostility, and Social Desirability in Assessing Empathy of Male Adolescent Sex

Offenders. *Sexual Abuse*, *15*(4), 347–364. https://doi.org/10.1023/A:1025056312935

Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008a). Clarifying the role of personality dispositions in risk for increased gambling behavior. *Personality and Individual Differences*, *45*(6), 503–508.

Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008b). Emotion-based Dispositions to Rash Action: Positive and Negative Urgency. *Psychological Bulletin*, *134*(6), 807–828. https://doi.org/10.1037/a0013341

Dailliet, A. (2008). Approche expertale évolutive et comparative: Un point de vue de défense sociale ? *L'information psychiatrique*, *84*(1), 35–39. https://doi.org/10.3917/inpsy.8401.0035.

D'Ambrosio, F., Olivier, M., Didon, D., & Besche, C. (2009). The basic empathy scale: A French validation of a measure of empathy in youth. *Personality and Individual Differences*, *46*(2), 160–165. https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.09.020

Darjee, R., Russell, K., Forrest, L., Milton, E., Savoie, V., Baron, E., Kirkland, J., & Stobie, S. (2016). *Risk of Sexual Violence Protocol (RSVP): A real world study of the reliability, validity and utility of a structured professional judgement instrument in the assessment and management of sexual offenders in South East Scotland.* NHS Lothian Sex Offender Liaison Service.

Davidson, R. J. (2003). Darwin and the neural bases of emotion and affective style. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1000*, 316–336. https://doi.org/10.1196/annals.1280.014

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, *10*(85).

De Fruyt, F., Clercq, B., Miller, J. D., Rolland, J. P., & Lynam, D. R. (2008). Une approche des troubles de la personnalité par le modèle à cinq facteurs. *Annales Médico-Psychologiques*, *166*, 411–417. https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.04.006

de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbe, M. (2009). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk*. Forum Educatief.

Debuyst, C. (1977). Le concept de dangerosité et un de ses éléments constitutifs: La personnalité (criminelle). *Déviance et société*, *1*(4), 363–387. https://doi.org/10.3406/ds.1977.958

Décret n° 2002-637 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, 2002–637, Santé Publique 7790 (2002).

Décret n°99-276 relatif à la création des services pénitentiaires d'insertion et de probation, 99-276 (1999).

Decuyper, M., De Pauw, S., De Fruyt, F., De Bolle, M., & De Clercq, B. (2009). A Meta-Analysis of Psychopathy, Antisocial PD and FFM Associations. *European Journal of Personality*, *23*, 531–565. https://doi.org/10.1002/per.729

Deković, M. (1999). Risk and Protective Factors in the Development of Problem Behavior During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *28*(6), 667–685. https://doi.org/10.1023/A:1021635516758

Delacour, H., Servonnet, A., Perrot, A., Vigezzi, J. F., & Ramirez, J. M. (2005). La courbe ROC (receiver operating characteristic): Principes et principales applications en biologie clinique. *Annales de Biologie Clinique*, *63*(2), 145–154.

Delarue, J. M. (2018). *Auteurs de violences sexuelles: Prévention, évaluation, prise en charge* (pp. 1–100) [Audition publique]. Fédération française des FCRIAVS.

Dennison, S., Stough, C. K. K., & Bigden, A. (2001). The big 5 dimensional personality approach to understanding sex offenders. *Psychology Crime and Law*, *7*(1–4), 243–261. https://doi.org/10.1080/10683160108401796

Derefinko, K., DeWall, C. N., Metze, A. V., Walsh, E. C., & Lynam, D. R. (2011). Do Different Facets of Impulsivity Predict Different Types of Aggression? *Aggressive Behavior*, *37*(3), 223–233. https://doi.org/10.1002/ab.20387

Derivois, D. (2002). Les analyseurs d'un symptôme antisocial. *Psychotropes*, *8*(2), 29–46.

Diamond, L. B. (1974). The psychiatric prediction of dangerousness. *University of Pennsylvania Law Review*, *123*, 439–452.

Dickes, R., Simons, R. C., & Weisfogel, J. (1970). Difficulties in diagnosis introduced by unconscious factors present in the interviewer. *The Psychiatric Quarterly*, *44*(1), 55–90. https://doi.org/10.1007/BF01562960

Dolan, R. J. (2007). The human amygdala and orbital prefrontal cortex in behavioural regulation. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *362*(1481), 787–799. https://doi.org/10.1098/rstb.2007.2088

Doren, D. M. (2004). Toward a Multidimensional Model for Sexual Recidivism Risk. *Journal*

*of Interpersonal Violence*, *19*(8), 835–856. https://doi.org/10.1177/0886260504266882

Douglas, K. S., Guy, L., Reeves, K., & Weir, J. (2005). *HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme: Overview and Annotated Bibliography*. University of Massachusetts Medical School. https://escholarship.umassmed.edu/psych_cmhsr/335

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR- 20V3: Assessing risk for violence – User guide*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H., Guy, L. S., & Wilson, C. M. (2014). Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and overview. *The International Journal of Forensic Mental Health*, *13*(2), 93–108. https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906519

Douglas, K. S., Ogloff, J., & Hart, S. D. (2003). Evaluation of a Model of Violence Risk Assessment Among Forensic Psychiatric Patients. *Psychiatric Services*, *54*(10), 1372–1379. https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.10.1372

Douglas, K. S., & Ogloff, J. R. P. (2003). The Impact of Confidence on the Accuracy of Structured Professional and Actuarial Violence Risk Judgments in a Sample of Forensic Psychiatric Patients. *Law and Human Behavior*, *27*(6), 573–587. https://doi.org/10.1023/B:LAHU.0000004887.50905.f7

Douglas, K. S., & Reeves, K. A. (2010). Historical-Clinical-Risk Management-280 (HCR-20) Violence Risk Assessment Scheme Rationale, Application, and Empirical Overview. In *Handbook of violence risk assessment*. Simon Fraser University.

Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, *11*(3), 347–383. https://doi.org/10.1037/1076-8971.11.3.347

Douglas, K. S., & Webster, C. D. (1999). The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme: Concurrent Validity in a Sample of Incarcerated Offenders. *Criminal Justice and Behavior*, *26*(1), 3–19. https://doi.org/10.1177/0093854899026001001

Drevon, E., Maurel, D., & Dufour, C. (2018). Veille stratégique et prise de décision: Une revue de la littérature. *Documentation et bibliothèques*, *64*(1), 28–34. https://doi.org/10.7202/1043720ar

Dubois, S. (2015). *Demi-vérités et vrais mensonges: Une analyse des processus liés à la dissimulation dans les questionnaires informatisés* [Mémoire de master].

https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11470

Ducro, C. (2009). *Evaluation du Risque de Récidive des Agresseurs Sexuels au sein du système judiciaire Français* [Thèse de doctorat]. Université de Tours.

Ducro, C., & Pham, T.-H. (2014). Risque de récidive des auteurs d'agressions sexuelles. *La Lettre Du Psychiatre*, *5*, 91–94.

Ducro, C., Pham, T.-H., Saloppé, X., Chudzick, L., & Réveillère, C. (2012). Évaluation du risque de récidive d'agresseurs sexuels français: Statique-99 et Sorag. *Annales Médico-psychologiques*, *170*(2), 106–108. https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.01.001

D'Urso, G., Petruccelli, I., Grilli, S., & Pace, U. (2019). Risk Factors Related to Cognitive Distortions Toward Women and Moral Disengagement: A Study on Sex Offenders. *Sexuality & Culture*, *23*(2), 544–557. https://doi.org/10.1007/s12119-018-9572-9

Egan, V., Kavanagh, B., & Blair, M. (2005). Sexual Offenders Against Children: The Influence of Personality and Obsessionality on Cognitive Distortions. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *3*(17), 223–241. https://doi.org/10.1007/s11194-005-5053-4

Eher, R., Rettenberger, M., & Turner, D. (2019). The prevalence of mental disorders in incarcerated contact sexual offenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *139*(6), 572–581. https://doi.org/10.1111/acps.13024

Eisenberg, N. (1997). *Recidivism of Sex Offenders: Factors to Consider in Release Decisions*. Office of justice program.

Elbogen, E. B., & Huss, M. T. (2000). The role of serotonin in violence and schizophrenia: Implications for risk assessment. *Journal of Psychiatry & Law*, *28*(1), 19–48. https://doi.org/10.1177/009318530002800103

Ellsworth, P. (2014). *A Recidivism Prediction Study of the MMPI/MMPI-2 Scores of Catholic Clergy Sex Offenders: Identifying Personality-Based Risk Markers*. Fielding Graduate University.

Eloir, J., Ducro, C., & Nandrino, J. L. (2020). Determining Sexual Offender Profiles From Life Trajectories. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, *32*(5). https://doi.org/10.1177/1079063219828782

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, *137*(5), 535–544. https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535

Epskamp, S., Borsboom, D., & Fried, E. I. (2018). Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behavior Research Methods*, *50*(1), 195–212. https://doi.org/10.3758/s13428-017-0862-1

Erickson, W. D., Luxenberg, M. G., Walbek, N. H., & Seely, R. K. (1987). Frequency of MMPI two-point code types among sex offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*(4), 566–570. https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.4.566

Eysenck, H. J. (1996). Personality and Crime: Where Do We Stand. *Psychology, Crime and Law*, *3/2*, 143–152.

Ferguson, K., & Ireland, C. (2006). Attitudes towards sex offenders and the influence of offence type: A comparison of staff working in a forensic setting and students. *The British Journal of Forensic Practice*, *8*, 10–19. https://doi.org/10.1108/14636646200600009

Fernandez, Y. M., & Marshall, W. L. (2003). Victim empathy, social self-esteem, and psychopathy in rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *15*(1), 11–26. https://doi.org/10.1177/107906320301500102

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

Flores, A. W., Lowenkamp, C. T., Holsinger, A. M., & Latessa, E. J. (2006). Predicting outcome with the Level of Service Inventory-Revised: The importance of implementation integrity. *Journal of Criminal Justice*, *34*(5), 523–529. https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2006.09.007

Fossati, A., Somma, A., Karyadi, K. A., Cyders, M. A., Bortolla, R., & Borroni, S. (2016). Reliability and validity of the Italian translation of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale in a sample of consecutively admitted psychotherapy patients. *Personality and Individual Differences*, *91*, 1–6. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.020

Frijda, N., Mesquita, B., Sonnemans, J., & Goozen, S. (1991). The duration of affective phenomena or emotions, sentiments and passions. In K. T. Strongman, *International Review of Studies on Emotion* (Vol. 1, pp. 187–225). John & Wiley sons.

Gaher, R. M., Arens, A. M., & Shishido, H. (2015). Alexithymia as a mediator between childhood maltreatment and impulsivity. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *31*(4), 274–280. https://doi.org/10.1002/smi.2552

Garapon, A., Gros, F., & Pech, T. (2001). *Et ce sera justice. Punir en démocratie*. Odile Jacob.

Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A Meta-Analysis of the Predictors of Adult Offender Recidivism: What Works! *Criminology*, *34*(4), 575–608. https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1996.tb01220.x

Gentry, A., Dulmus, C., & Theriot, M. (2005). Comparing Sex Offender Risk Classification Using the Static-99 and LSI-R Assessment Instruments. *Research on Social Work Practice*, *15*, 557–563. https://doi.org/10.1177/1049731505275869

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Allyn & Bacon.

Gerwinn, H., Weiß, S., Tenbergen, G., Amelung, T., Födisch, C., Pohl, A., Massau, C., Kneer, J., Mohnke, S., Kärgel, C., Wittfoth, M., Jung, S., Drumkova, K., Schiltz, K., Walter, M., Beier, K. M., Walter, H., Ponseti, J., Schiffer, B., & Kruger, T. H. C. (2018). Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending—Differentiating sexual preference from offence status. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *51*, 74–85. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.02.002

Gingrich, T. N., & Campbell, J. B. (1995). Personality characteristics of sexual offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *2*(1), 54–61. https://doi.org/10.1080/10720169508400066

Girard, L. (1999). *The Level of Supervision Inventory–Ontario Revision: Risk/need assessment and recidivism* [Unpublished doctoral dissertation]. University of Ottawa.

Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Les éditions de minuit.

Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(6), 1216–1229. https://doi.org/10.1037//0022-3514.59.6.1216

Gordon, H., Kelty, S. F., & Julian, R. (2015). Psychometric evaluation of the Level of Service/Case Management Inventory among Australian offenders completing community-based sentences. *Criminal Justice and Behavior*, *42*(11), 1089–1109. https://doi.org/10.1177/0093854815596419

Gore, K. (2007). *Adjusted actuarial assessment of sex offenders: The impact of clinical overrides on predictive accuracy* [Dissertation, Iowa State University]. https://lib.dr.iastate.edu/rtd/15537

Gotch, K., & Hanson, R. K. (2016). *Risk assessment for males who have engaged in harmful of illegal sexual behavior* (pp. 1–25). Association for the treatment of sexual abusers.

Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford University Press.

Goumilloux, R. (2014). Médecin coordonnateur de suivis socio-judiciaires: Une nouvelle fonction. *L'information psychiatrique*, *90*(3), 213–219.

Goumilloux, R. (2016). Prédicteurs de risque de récidive dans le cadre de suivis socio-judiciaires avec injonction de soins. *L'information psychiatrique*, *92*(8), 641–648.

Goyette, M., Barsetti, Y., Cortoni, F., & Pham, T.-H. (2017). L'évaluation des intérêts sexuels. In *Traité de l'agression sexuelle* (pp. 145–162). Mardaga.

Gravier, B., Moulin, V., & Senon, J. L. (2012). L'évaluation actuarielle de la dangerosité: Impasses éthiques et dérives sociétales. *L'information Psychiatrique*, *8*, 599–604. https://doi.org/10.3917/inpsy.8808.0599

Green, B., Carroll, A., & Brett, A. (2010). Structured Risk Assessment in Community Forensic Mental Health Practice. *Australasian Psychiatry*, *18*(6), 538–541. https://doi.org/10.3109/10398562.2010.498513

Grégoire, J. (2009). *L'examen clinique de l'intelligence de l'enfant*. Mardaga. https://www.cairn.info/l-examen-clinique-de-l-intelligence-de-l-enfant--9782804700164.htm

Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, *12*(1), 19–30. https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.1.19

Guay, J.-P. (2012). *Évaluer le risque de récidive: Un état de la recherche et des principaux enjeux pratiques*. Conférence de consensus.

Guay, J.-P. (2016). L'évaluation du risque et des besoins criminogènes à la lumière des données probantes: Une étude de validation de la version Française de l'inventaire de niveau de service et de gestion des cas—LS/CMI. *European Review of Applied Psychology*, *66*(4), 199–210. https://doi.org/10.1016/j.erap.2016.04.003

Guay, J.-P., Benbouriche, M., & Parent, G. (2015). L'évaluation structurée du risque de récidive des personnes placées sous-main de justice: Méthodes et enjeux. *Pratiques Psychologiques*, *21*(3), 235–257. https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.05.005

Guay, J.-P., & de Vries Robbé, M. (2017). L'évaluation des facteurs de protection à l'aide de la SAPROF. *Annales médico-psychologiques*, *175*(10), 894–900.

Guay, J.-P., & Lafortune, D. (2015). L'évaluation du risque de récidive et l'intervention basée sur les données probantes: Les conditions nécessaires à l'implantation de méthodes structurées d'évaluation et d'intervention efficaces. *Pratiques Psychologiques*, *21*(3), 293–303. https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.05.004

Guay, J.-P., & Parent, G. (2014). L'expertise pénale psychologique et psychiatrique. In *Les échelles actuarielles* (pp. 109–125). Dunod. https://www.cairn.info/l-expertise-penale-psychologique-et-psychiatrique--9782100709489-page-109.htm

Guay, J.-P., & Parent, G. (2018). Broken legs, clinical overrides, and recidivism risk: An analysis of decisions to adjust risk levels with the LS/CMI. *Criminal Justice and Behavior*, *45*(1), 82–100. https://doi.org/10.1177/0093854817719482

Guay, J.-P., Parent, G., & Benbouriche, M. (2020). Disentangling Promotive and Buffering Protection: Exploring the Interface Between Risk and Protective Factors in Recidivism of Adult Convicted Males. *Criminal Justice and Behavior*, *47*(11), 1468–1486. https://doi.org/10.1177/0093854820945745

Guilbaud, F. (2018). Travailler quand on est détenu: Un support pour mieux vivre la détention ? *Rhizome*, *67*(1), 62–67.

Guy, L. S. (2008). *Performance Indicators of the Structured Professional Judgment Approach for Assessing Risk for Violence to Others: A Meta-Analytic Survey* [Unpublished manuscript].

Hair, J. F., Hult, J. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2017). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM). Second edition.* SAGE Publications Inc.

Hair, J. F., Sarstedt, M., Pieper, T. M., & Ringle, C. M. (2012). The Use of Partial Least Squares Structural Equation Modeling in Strategic Management Research: A Review of Past Practices and Recommendations for Future Applications. *Long Range Planning*, *45*(5), 320–340. https://doi.org/10.1016/j.lrp.2012.09.008

Halleck, S. L. (1967). *Psychiatry and the dilemmas of crime; a study of causes, punishment, and treatment*. Harper and Row.

Ham, L. S., Zamboanga, B. L., Bridges, A. J., Casner, H. G., & Bacon, A. K. (2013). Alcohol expectancies and alcohol use frequency: Does drinking context matter? *Cognitive*

*Therapy and Research*, *37*(3), 620–632. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9493-0

Hanley, J. A., & McNeil, B. J. (1983). A method of comparing the areas under receiver operating characteristic curves derived from the same cases. *Radiology*, *148*(3), 839–843. https://doi.org/10.1148/radiology.148.3.6878708

Hannah-Moffat, K., & Shaw, M. (2001). Situation risquée: Le risque et les services correctionnels au Canada. *Criminologie*, *34*(1), 47–72. https://doi.org/10.7202/004755ar

Hanson, R. K. (1998). What do we know about sex offender risk assessment? *Psychology, Public Policy, and Law*, *4*(1–2), 50–72. https://doi.org/10.1037/1076-8971.4.1-2.50

Hanson, R. K. (2000). *Risk assessment* (pp. 1–11). Association for the treatment of sexual abusers.

Hanson, R. K. (2002). Recidivism and age: Follow-up data from 4,673 sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, *17*(10), 1046–1062. https://doi.org/10.1177/088626002236659

Hanson, R. K. (2007, March). *How should risk assessments for sexual offenders be conducted?* Paper presented at the Fourth Annual Forensic Psychiatry Conference, Victoria, Canada.

Hanson, R. K. (2009). The psychological assessment of risk for crime and violence. *Canadian Psychology*, *50*(3), 172–182. https://doi.org/10.1037/a0015726

Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The Principles of Effective Correctional Treatment Also Apply To Sexual Offenders: A Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behavior*, *36*(9). https://doi.org/10.1177/0093854809338545

Hanson, R. K., & Bussiere, T. (1998). Predicting relapse: A meta analysis of sexual offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(2), 348–362. https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.348

Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2000). Where should we intervene?: Dynamic predictors of sexual assault recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, *27*(1), 6–35. https://doi.org/10.1177/0093854800027001002

Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2001). *A structured approach to evaluating change among sexual offenders*. *13*(2), 108–122. https://doi.org/10.1177/107906320101300204

Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project.* Public Safety

Canada.

Hanson, R. K., Morton, K. E., & Harris, A. J. R. (2003). Sexual Offender Recidivism Risk. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *989*(1), 154–166. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2003.tb07303.x

Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis* (2004:02). Public Safety Canada.

Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(6), 1154–1163. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1154

Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment*, *21*(1), 1–21. https://doi.org/10.1037/a0014421

Hanson, R. K., Scott, H., & Steffy, R. A. (1995). A Comparison of Child Molesters and Nonsexual Criminals: Risk Predictors and Long-Term Recidivism. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, *32*(3), 325–337. https://doi.org/10.1177/0022427895032003004

Hanson, R. K., & Thornton, D. (1999). *Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders*. Solicitor General Canada.

Hanson, R. K., & Thornton, D. (2000). Improving risk assessment for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior*, *24*(1), 119–136. https://doi.org/10.1023/A:1005482921333

Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003a). *Notes on the development of the Static−2002.* (2003−01). Solicitor General Canada.

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

Harcourt, B. E. (2011a). Surveiller et punir à l'âge actuariel. Généalogie et critique. Partie I. *Déviance et Société*, *35*(1), 5–33.

Harcourt, B. E. (2011b). Surveiller et punir à l'âge actuariel. Généalogie et critiques. Partie II. *Déviance et Société*, *35*(2), 163–194.

Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Multi-Health Systems.

Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist—Revised*. Multi-Health Systems.

Hare, R. D., Forth, A. E., & Strachan, K. E. (1992). Psychopathy and crime across the life span. In R. D. Peter, R. J. McMahon, & V. L. Quinsey, *Aggression and violence throughout the life span* (pp. 285–300). Sage Publications, Inc.

Harris, A. J. R., & Hanson, R. K. (2010). Clinical, actuarial and dynamic risk assessment of sexual offenders: Why do things keep changing? *Journal of Sexual Aggression*, *16*(3), 296–310. https://doi.org/10.1080/13552600.2010.494772

Hart, S. D. (2003, April). *Assessing risk for sexual violence: The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP)* [Paper presented at the annual meeting of the international association of forensic mental health services].

Hart, S. D., & Boer, D. P. (2010). Structured professional judgment guidelines for sexual violence risk assessment: The Sexual Violence Risk-20 (SVR-20) and Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP). In R. K. Otto & K. S. Douglas, *Handbook of violence risk assessment* (pp. 269–294). Routledge, Taylor & Francis Group.

Hart, S. D., & Jackson, K. (2008, July). *The predictive validity of the Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP).* [Paper presented at the annual meeting of the International Association of Forensic Mental Health Services].

Hart, S. D., Kropp, P. R., & Hare, R. D. (1988). Performance of male psychopaths following conditional release from prison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(2), 227–232. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.2.227

Hart, S. D., Kropp, P. R., Laws, D. R., Klaver, J., Logan, C., & Watt, K. A. (2003). *The risk for sexual violence protocol (RSVP): Structured professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Hart, S. D., Laws, D. R., & Kropp, P. R. (2003). The promise and the peril of sex offender risk assessment. In T. Ward, D. R. Laws, & S. M. Hudson, *Sexual deviance: Issues and Controversies* (pp. 207–225). SAGE Publications Inc.

Haute Autorité de Santé. (2013). *De la prévention de la récidive* [Conférence de consensus].

Hayashino, D. S., Wurtele, S. K., & Klebe, K. J. (1995). Child molesters: An examination cognitive factors. *Journal of Interpersonal Violence, 10*, 106–116. https://doi.org/10.1177/088626095010001007

Heilbrun, K., Yasuhara, K., & Shah, S. (2010). Violence Risk Assessment Too. Overview and Critical Analysis. In R. K. Otto & K. S. Douglas, *Handbook of violence risk assessment*.

Simon Fraser University.

Helmus, L., Thornton, D., Hanson, R. K., & Babchishin, K. M. (2012). Improving the Predictive Accuracy of Static-99 and Static-2002 With Older Sex Offenders: Revised Age Weights. *Sexual Abuse*, *24*(1), 64–101. https://doi.org/10.1177/1079063211409951

Henry, O., & Netto, L. (2018). *Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ?* [Audition publique]. Fédération française des FCRIAVS.

Hermann, C., Babchishin, K. M., Nunes, K., Leth-Steensen, C., & Cortoni, F. (2012). Factor Structure of the Bumby RAPE Scale: A Two-Factor Model. *Criminal Justice and Behavior*, *39*, 869–886. https://doi.org/10.1177/0093854812436802

Herpin, N. (1981). Le dossier pénal et son double. *Sociologie du travail*, *23*(1), 44–49. https://doi.org/10.3406/sotra.1981.1661

Herzog-Evans, M. (2012). Outils d'évaluation: Sortir des fantasmes et de l'aveuglément idéologique. *A J Pénal*, *2*, 75–79.

Herzog-Evans, M. (2017). The Risk-Need-Responsivity model: Evidencediversity and integrative theory. In P. Ugwudike, P. Raynor, & J. Annison, *EvidEncE-basEd skills in criminal justicE International research on supporting rehabilitation and desistance* (pp. 99–126). Policy Press.

Hevey, D. (2018). Network analysis: A brief overview and tutorial. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, *6*(1), 301–328. https://doi.org/10.1080/21642850.2018.1521283

Hirschelmann, A., Lafortune, D., & Guay, J.-P. (2016). *Un programme d'évaluation des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) fondé sur les principes du risque, besoins et receptivité (PREVA)*. Ministère Français de la Justice.

Hogan, N. R., & Olver, M. E. (2016). Assessing risk for aggression in forensic psychiatric inpatients: An examination of five measures. *Law and Human Behavior*, *40*(3), 233–243. https://doi.org/10.1037/lhb0000179

Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*(3), 307–316. https://doi.org/10.1037/h0027580

Hollin, C. R., Palmer, E. J., & Clark, D. (2003). The Level of Service Inventory-Revised profile of English prisoners: A needs analysis. *Criminal Justice and Behavior*, *30*(4), 422–440. https://doi.org/10.1177/0093854803253134

Homan, A. C., van Knippenberg, D., Van Kleef, G. A., & De Dreu, C. K. W. (2007). Interacting Dimensions of Diversity: Cross-Categorization and the Functioning of Diverse Work Groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, *11*(2), 79–94. https://doi.org/10.1037/1089-2699.11.2.79

Hudson, S. M., Marshall, W. L., Wales, D., McDonald, E., Bakker, L. W., & McLean, A. (1993). Emotional recognition skills of sex offenders. *Annals of Sex Research*, *6*(3), 199–211. https://doi.org/10.1007/BF00849561

Hudson-Flege, M., & Thompson, M. P. (2017). Empathy and Extracurricular Involvement in Emerging Adulthood: Findings from a Longitudinal Study of Undergraduate College Males. *Journal of College Student Development*, *58*(5), 674–684. https://doi.org/10.1353/csd.2017.0053

Hulland, J. (1999). Use of partial least squares (PLS) in strategic management research: A review of four recent studies. *Strategic Management Journal*, *20*(2), 195–204. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199902)20:2<195::AID-SMJ13>3.0.CO;2-7

Jackson, K., Read, J. D., & Hart, S. D. (2008, March). *The co-occurence of psychopathy and sexual violence deviance as risk factors for sexual violence* [Paper presented at the annual meeting of the American Psychology-Law Society].

Jackson, R. L., & Hess, D. T. (2007). Evaluation for Civil Commitment of Sex Offenders: A Survey of Experts. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *19*(4), 425–448. https://doi.org/10.1007/s11194-007-9062-3

Jewkes, Y. (2004). *Media and crime. Key Approaches to Criminology*. SAGE Publications Inc.

John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory-Versions 4a and 54*. APA PsycTests.

John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In *Handbook of personality: Theory and research, 3rd ed* (pp. 114–158). The Guilford Press.

Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, *9*, 441–476. https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.03.001

Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, *29*(4), 589–611.

https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.010

Jones, L., Milton, E., & Savoie, V. (2016). Risk of Sexual Violence Protocol (RSVP): A real world study of the reliability, validity and utility of a structured professional judgement instrument in the assessment and management of sexual offenders in South East Scotland. *NHS Lothian Sex Offender Liaison Service*.

Josnin, R. (2014). Une approche statistique de la récidive des personnes condamnées. *Infostats Justice, 127*.

Joyal, C. C., & Carpentier, J. (2017). The Prevalence of Paraphilic Interests and Behaviors in the General Population: A Provincial Survey. *Journal of Sex Research*, *54*(2), 161–171. https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1139034

Judge, J., Quayle, E., O'Rourke, S., Russell, K., & Darjee, R. (2014). Referrers' views of structured professional judgement risk assessment of sexual offenders: A qualitative study. *Journal of Sexual Aggression*, *20*(1), 94–109. https://doi.org/10.1080/13552600.2013.767948

Kahneman, D., Lovallo, D., & Sibony, O. (2011). Before you make that big decision. *Harvard Business Review*, *89*(6), 50–60, 137.

Kensey, A., & Benaouda, A. (2011). *Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation* (Cahier d'études Pénitentiaires et Criminologiques No. 36; pp. 1–8). Direction de l'Administration Pénitentiaire.

Kessler, S. R., Bandelli, A. C., Spector, P. E., Borman, W. C., Nelson, C. E., & Penney, L. M. (2010). Re-Examining Machiavelli: A Three-Dimensional Model of Machiavellianism in the Workplace. *Journal of Applied Social Psychology*, *40*(8), 1868–1896. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2010.00643.x

Klaver, J., Kropp, P. R., & Hart, S. D. (2002, August). *Actuarial assessment of risk for sexual violence* [Paper presented at the annual meeting of American Psychology Association].

Knight, R. A., & Prentky, R. A. (1990). Classifying Sexual Offenders. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender* (pp. 23–52). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0915-2_3

Koegl, C. J. (2021). The relationship between empathy, clinical problems, and reoffending in a sample of Canadian male offenders. In D. Jolliffe & D. P. Farrington, *Empathy versus offending, aggression and bullying* (pp. 149–164). Routledge.

Koerin, B. (1978). Violent crime: Prediction and control. *Crime and Delinquency*, *24*(1), 49–59. https://doi.org/10.1177/001112877802400105

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, *15*(2), 155–163. https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012

Kozol, H. L., Boucher, R. J., & Garofalo, R. F. (1972). The Diagnosis and Treatment of Dangerousness. *Crime & Delinquency*, *18*(4), 371–392. https://doi.org/10.1177/001112877201800407

Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, *302*(12), 1284–1293. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384

Kroeze, R., Van Der Veen, D. C., Servaas, M. N., Bastiaansen, J. A., Oude Voshaar, R. C., Borsboom, D., Ruhe, H. G., Schoevers, R. A., & Riese, H. (2017). Personalized Feedback on Symptom Dynamics of Psychopathology: A Proof-of-Principle Study. *Journal of Person-Oriented Research*, *3*(1), 1–10. https://doi.org/10.17505/jpor.2017.01

Kropp, P. R. (2001, April). *The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP)* [Paper presented at the founding conference of the International Association of Forensic Mental health Serices].

Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007). Linking Antisocial Behavior, Substance Use, and Personality: An Integrative Quantitative Model of the Adult Externalizing Spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(4), 645–666. https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.4.645

Krueger, R. F., Schmutte, P. S., Caspi, A., Moffitt, T. E., Campbell, K., & Silva, P. A. (1994). Personality traits are linked to crime among men and women: Evidence from a birth cohort. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(2), 328–338. https://doi.org/10.1037//0021-843x.103.2.328

Kumar, V., & Daria, U. (2013). Psychiatric morbidity in prisoners. *Indian Journal of Psychiatry*, *55*(4), 366–370. https://doi.org/10.4103/0019-5545.120562

Labrecque, R. M., Campbell, C. M., Elliott, J., King, M., Christmann, M., Page, K., McVay, J., & Roller, K. (2018). An Examination of the Inter-Rater Reliability and Rater Accuracy of the Level of Service/Case Management Inventory. *Corrections: Policy,*

*Practice and Research*, *3*(2), 105–118. https://doi.org/10.1080/23774657.2017.1323253

Lange, F., Wagner, A., Müller, A., & Eggert, F. (2017). Subscales of the Barratt Impulsiveness Scale differentially relate to the Big Five factors of personality. *Scandinavian Journal of Psychology*, *58*(3), 254–259. https://doi.org/10.1111/sjop.12359

Langen, M. A. M., Wissink, I. B., van vugt, E., Stouwe, T., & Stams, G. (2014). The Relation between Empathy and Offending: A Meta-Analysis. *Aggression and Violent Behavior*, *19*. https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.02.003

Langström, N., Sjöstedt, G., & Grann, M. (2004). Psychiatric Disorders and Recidivism in Sexual Offenders. *Sexual Abuse*, *16*(2), 139–150. https://doi.org/10.1177/107906320401600204

Langton, C., Barbaree, H., Seto, M. C., Peacock, E., Harkins, L., & Hansen, K. (2007). Actuarial Assessment of Risk for Reoffense Among Adult Sex Offenders. *Criminal Justice and Behavior*, *34*. https://doi.org/10.1177/0093854806291157

Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, *11*(3), 129–141. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1103_01

Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, A. S. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine*, *34*(5), 911–920. https://doi.org/10.1017/S0033291703001624

LeCorff, Y. (2011). Rôle des traits de la personnalité dans l'intervention psychologique. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, *45*(3), 262–279.

Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K., Janavs, J., & Dunbar, G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, *12*, 232–241. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8

Lee, S. C., & Hanson, R. K. (2016). Recidivism risk factors are correlated with a history of psychiatric hospitalization among sex offenders. *Psychological Services*, *13*(3), 261–271. https://doi.org/10.1037/ser0000081

Lemoussu, P. (2009). *La prise en charge des auteurs d'infractiosn à caractère sexuel du prononcé de la peine à son execution en France, Angleterre et au Pays de Galles* [Mémoire de master]. Université de Pau.

Leone, R., Crane, C., Parrott, D., & Eckhardt, C. (2016). Problematic Drinking, Impulsivity, and Physical IPV Perpetration: A Dyadic Analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, *30*(3), 356–366. https://doi.org/10.1037/adb0000159

Lindsey, R. E., Carlozzi, A. F., & Eells, G. T. (2001). Differences in the dispositional empathy of juvenile sex offenders, non-sex-offending delinquent juveniles, and nondelinquent juveniles. *Journal of Interpersonal Violence*, *16*(6), 510–522. https://doi.org/10.1177/088626001016006002

Ljubin-Golub, T., Vrselja, I., & Pandžić, M. (2017). The Contribution of Sensation Seeking and the Big Five Personality Factors to Different Types of Delinquency. *Criminal Justice and Behavior*, *44*(11), 1518–1536. https://doi.org/10.1177/0093854817730589

Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). A cumulative developmental model of risk and promotive factors. In *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions* (pp. 133–164). Taylor & Francis Groupe. https://research.vu.nl/en/publications/a-cumulative-developmental-model-of-risk-and-promotive-factors

Logan, C. (2014). The HCR-20 Version 3: A Case Study in Risk Formulation. *International Journal of Forensic Mental Health*, *13*(2), 172–180. https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906516

Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, Pub. L. No. 139 (1998).

Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, (2005).

Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007, art. 49, Code pénal (2007). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038313524/

Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, 2007-1198 (2007).

Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, 2014-896 (2014).

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

Loza, W., & Dhaliwal, G. K. (2005). Predicting violence among forensic-correctional populations: The past 2 decades of advancements and future endeavors. *Journal of Interpersonal Violence*, *20*(2), 188–194. https://doi.org/10.1177/0886260504268767

Lynam, D. R., & Derefinko, K. J. (2006). Psychopathy and Personality. In C. J. Patrick, *Handbook of psychopathy* (pp. 133–155). The Guilford Press.

MacKillop, J., Weafer, J., C Gray, J., Oshri, A., Palmer, A., & de Wit, H. (2016). The latent structure of impulsivity: Impulsive choice, impulsive action, and impulsive personality traits. *Psychopharmacology*, *233*(18), 3361–3370. https://doi.org/10.1007/s00213-016-4372-0

Malamuth, N. M. (1998). An evolutionary-based model integrating research on the characteristics of sexually coercive men. *Advances in Psychology Science*, *1*, 151–184.

Mann, R. E., & Barnett, G. D. (2013). Victim Empathy Intervention With Sexual Offenders: Rehabilitation, Punishment, or Correctional Quackery? *Sexual Abuse*, *25*(3), 282–301. https://doi.org/10.1177/1079063212455669

Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *22*(2), 191–217. https://doi.org/10.1177/1079063210366039

Mann, R. E., Webster, S., Wakeling, H., & Marshall, W. (2007). The measurement and influence of child sexual abuse supportive beliefs. *Psychology Crime & Law*, *13*. https://doi.org/10.1080/10683160601061141

Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. D., & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*(3), 181–191. https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.181

Mao, T., Pan, W., Zhu, Y., Yang, J., Dong, Q., & Zhou, G. (2018). Self-control mediates the relationship between personality trait and impulsivity. *Personality and Individual Differences*, *129*, 70–75. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.013

Marshall, W. L. (2018). A Brief History of Psychological Theory, Research, and Treatment With Adult Male Sex Offenders. *Current Psychiatry Reports*, *20*(8), 57. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0920-0

Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An Integrated Theory of the Etiology of Sexual

Offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender* (pp. 257–275). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0915-2_15

Marshall, W. L., Hudson, S. M., Jones, R., & Fernandez, Y. M. (1995). Empathy in sex offenders. *Clinical Psychology Review*, *15*(2), 99–113. https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00002-7

Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & O'Brien, M. D. (2011). *The rehabilitation of sexual offenders: A strength based approach.* American Psychological Association.

Martin, S., Zabala, C., Del-Monte, J., Graziani, P., Aizpurua, E., Barry, T., & Ricarte, J. (2019). Examining the relationships between impulsivity, aggression, and recidivism for prisoners with antisocial personality disorder. *Aggression and Violent Behavior*, *49*, 1–6. https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.07.009

Martínez-Catena, A., Redondo, S., Frerich, N., & Beech, A. R. (2016). A Dynamic Risk Factors-Based Typology of Sexual Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *61*(14), 1623–1647. https://doi.org/10.1177/0306624X16629399

Martorell, A. (2001). Existe-t-il une psychopathologie des auteurs d'agressions sexuelles à type viol sur adultes? P. In E. Archer, J. Aubut, M. Danan, P. Lamothe, & G. (du) Mesnil du Buisson, *Psychopathologie et traitement actuels des auteurs d'agression sexuelle* (pp. 113–124). John Libbey.

McCrae, R.-R., & Costa, P.-T. (2006). Perspectives de la théorie des cinq facteurs (TCF): Traits et culture. *Psychologie Française*, *51*(3), 227–244. https://doi.org/10.1016/j.psfr.2005.09.001

McGrath, M., Cann, S., & Konopasky, R. (1998). New Measures of Defensiveness, Empathy, and Cognitive Distortions for Sexual Offenders Against Children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *10*(1), 25–36. https://doi.org/10.1023/A:1022102530815

Mcgrath, R., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey*.

Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. University of Minnesota Press.

Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N., & Slobogin, C. (2007). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionnals and lawyers*. Guilford Press.

Merdian, H. L., Curtis, C., Thakker, J., Wilson, N., & Boer, D. P. (2014). The endorsement of cognitive distortions: Comparing child pornography offenders and contact sex offenders. *Psychology, Crime & Law*, *20*(10), 971–993. https://doi.org/10.1080/1068316X.2014.902454

Michel, G., & Purper-Ouakil, D. (2006). Les troubles de la personnalité. In G. Michel & D. Purper-Ouakil, *Personalité et développement. Du normal au pathologique.* (pp. 303–305). Dunod.

Michel, S. F., Riaz, M., Webster, C., Hart, S. D., Levander, S., Müller-Isberner, R., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Tuninger, E., & Hodgins, S. (2013). Using the HCR-20 to predict aggressive behavior among men with schizophrenia living in the community: Accuracy of prediction, general and forensic settings, and dynamic risk factors. *The International Journal of Forensic Mental Health*, *12*(1), 1–13. https://doi.org/10.1080/14999013.2012.760182

Miller, J. D., & Lynam, D. (2001). Structural Models of Personality and Their Relation to Antisocial Behaviour: A Meta-Analytic Review. *Criminology*, *39*, 765–798. http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-9125.2001.tb00940.x

Miller, J. D., Lynam, D. R., & Jones, S. (2008). Externalizing behavior through the lens of the five-factor model: A focus on agreeableness and conscientiousness. *Journal of Personality Assessment*, *90*(2), 158–164. https://doi.org/10.1080/00223890701845245

Miner, M. H. (2002). Factors Associated with Recidivism in Juveniles: An Analysis of Serious Juvenile Sex Offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, *39*(4), 421–436. https://doi.org/10.1177/002242702237287

Miner, M. H., & Dwyer, S. M. (1995). Analysis of Dropouts from Outpatient Sex Offender Treatment. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, *7*(3), 77–93. https://doi.org/10.1300/J056v07n03_06

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, *6*(7). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

Monahan, J. (1981). *Predicting Violent Behavior: An Assessment of Clinical Techniques*. SAGE Publications Inc.

Montet, I. (2008). Le dossier médical en psychiatrie ambulatoire. *L'information psychiatrique*, *84*(4), 354–360. https://doi.org/10.3917/inpsy.8404.0354

Morali, A., Baratta, A., Halleguen, O., & Lefevre, H. (2011). Étude sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle auprès d'une cohorte de psychiatres hospitaliers en France en 2011. *Annales Médico-psychologiques, 169*(9), 578–580. https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.08.003

Morizot, J., & Miranda, D. (2007). Approche des traits de personnalité: Postulats, controverses et progrès récents. *Revue de Psychoéducation*, *36*(2), 363–419.

Mouchet-Mages, S., Vittoz, A., Braq-Leca, H., Abderrahmane, N., Pariat, B., Debeaulieu, F., Damilleville, A., Meunier, F., Lamothe, P., & Pham, T.-H. (2018). Apport des outils de jugement clinique structuré pour la mise en place d'un programme de soins individualisé des auteurs de violences sexuelles. *Annales Médico-Psychologiques*, *176*(1), 100–102. https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.11.005

Moulin, M., Palaric, R., & Gravier, B. (2012). Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangerosités ? *L'information Psychiatrique, 8*, 617–629. https://doi.org/10.3917/inpsy.8808.0617

Moulin, V., Gholamrezaee, M. M., Grassier, J., & Abbiati, M. (2020). Le processus d'évaluation du risque de récidive en consensus: Intérêts et limites. *Annales Médico-Psychologiques*, *178*, 540–547. https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.01.012

Muschang, V. (2007). *Mesure de la présence de distorsions cognitives et des intérêts sexuels déviants chez divers types d'abuseurs d'enfants* [Thèse de doctorat]. Université de Montréal.

Navathe, S., Ward, T., & Gannon, T. (2008). Cognitive distortions in child sex offenders: An overview of theory, research & practice. *Journal of Forensic Nursing*, *4*(3), 111–122. https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2008.00019.x

Neal, T., & Grisso, T. (2014). Assessment Practices and Expert Judgment Methods in Forensic Psychology and Psychiatry: An International Snapshot. *Criminal Justice and Behavior*, *41*, 1406–1421. https://doi.org/10.1177/00093854814548449

Nezlek, J. B., Feist, G. J., Wilson, F. C., & Plesko, R. M. (2001). Day-to-day variability in empathy as a function of daily events and mood. *Journal of Research in Personality*, *35*(4), 401–423. https://doi.org/10.1006/jrpe.2001.2332

Niveau, G. (2011). *Évaluation de la dangerosité et du risque de récidive*. L'Harmattan.

Nordin, M., & Almén, D. (2017). Long-term unemployment and violent crime. *Empirical Economics*, *52*(1), 1–29. https://doi.org/10.1007/s00181-016-1068-6

Nosek, B. A., & Smyth, F. L. (2007). A multitrait-multimethod validation of the Implicit Association Test: Implicit and explicit attitudes are related but distinct constructs. *Experimental Psychology*, *54*(1), 14–29. https://doi.org/10.1027/1618-3169.54.1.14

Ó Ciardha, C. (2011). A theoretical framework for understanding deviant sexual interest and cognitive distortions as overlapping constructs contributing to sexual offending against children. *Aggression and Violent Behavior*, *16*(6), 493–502. https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.05.001

Ó Ciardha, C., & Gannon, T. A. (2011). The cognitive distortions of child molesters are in need of treatment. *Journal of Sexual Aggression*, *17*(2), 130–141. https://doi.org/10.1080/13552600.2011.580573

Ó Ciardha, C., & Ward, T. (2013). Theories of Cognitive Distortions in Sexual Offending: What the Current Research Tells Us. *Trauma, Violence, & Abuse*, *14*(1), 5–21. https://doi.org/10.1177/1524838012467856

O'Boyle, E. H., Forsyth, D. R., Banks, G. C., Story, P. A., & White, C. D. (2015). A Meta-Analytic Test of Redundancy and Relative Importance of the Dark Triad and Five-Factor Model of Personality. *Journal of Personality*, *83*(6), 644–664. https://doi.org/10.1111/jopy.12126

O'Donell, W. N. (2018). *Decision-Making Ability Beliefs: Determinants of Pre-experiential Choice Confidence and Resistance to Choice Change*. The Ohio State university.

Olver, M. E., Mundt, J. C., Thornton, D., Beggs Christofferson, S. M., Kingston, D. A., Sowden, J. N., Nicholaichuk, T. P., Gordon, A., & Wong, S. C. P. (2018). Using the Violence Risk Scale-Sexual Offense version in sexual violence risk assessments: Updated risk categories and recidivism estimates from a multisite sample of treated sexual offenders. *Psychological Assessment*, *30*(7), 941–955. https://doi.org/10.1037/pas0000538

Ormel, J., & Wohlfarth, T. (1991). How neuroticism, long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: A longitudinal model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(5), 744–755. https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.5.744

Otto, R. K., & Douglas, K. S. (2010). *Handbook of violence risk assessment*. Simon Fraser University.

Overholser, J. C., & Beck, S. (1986). Multi-method assessment of rapist, child molesters, and three control groups on behavioural and psychological measure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 682–687.

Palmer, E., & Hollin, C. (2007). The Level of Service Inventory—Revised With English Women Prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, *34*(8). https://doi.org/10.1177/0093854807300819

Paulhus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In H. I. Braun, D. N. Jackson, & D. E. Wiley, *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 49–69). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Pechorro, P., Jolliffe, D., & Nunes, C. (2021). *Correlates of affective and cognitive empathy among incarcered male and female youth offenders* (pp. 136–148). Routledge.

Perrien, J., Chéron, E. J., & Zins, M. (1983). *Recherche en marketing: Méthodes et décisions*. Gaëtan Morin Éditeur Ltée.

Pett, M. A., Lackey, N. R., & Sullivan, J. J. (2003). *Making Sense of Factor Analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research*. SAGE Publications Inc.

Pfohl, S. J. (1979). Deciding on dangerousness: Predictions of violence as social control. *Crime and Social Justice*, *11*, 28–40.

Pham, T.-H. (2018). *Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficience de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ?* [Audition publique]. Fédération Française des CRIAVS.

Pham, T.-H., Chevrier, I., Nioche, A., Ducro, C., & Réveillère, C. (2005). Psychopathie, évaluation du risque, prise en charge. *Annales Médico-Psychologiques*, *163*(10), 878–881.

Pham, T.-H., & Ducro, C. (2006). L'évaluation du risque de récidive. In T.-H. Pham, *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels* (pp. 111–136). Mardaga.

Pham, T.-H., Ducro, C., Desmarais, S. L., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C., Dean, K., Doyle, M., Folino, J. O., Godoy-Cervera, V., Grann, M., Ho, R. M. Y., Large, M. M., Nielsen, L. H., Louise, H., Rebocho, M. F., Reeves, K. A., Rettenberger, M., de Ruiter, C., … Singh, J. P. (2016). Enquête internationale sur les pratiques d'évaluation du risque de violence: Présentation des données belges. *Annales Médico-Psychologiques*, *7*(174), 539–543. https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.10.018

Pham, T.-H., Ducro, C., Marghem, B., & Reveillère, C. (2005). Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Annales Médico- Psychologiques*, *163*(10), 842–845. https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.09.013

Plaisant, O., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A., & John, O. P. (2010). Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory Français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales Médico-Psychologiques*, *168*(2), 97–106. https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.09.003

Pollak, J. M., & Kubrin, C. E. (2007). Crime in the News: How Crimes, Offenders and Victims are Portrayed in the Media. *Journal of Criminal Justice and Popular*, *14*(1), 59–83.

Poupart, J., Dozois, J., & Lalonde, M. (1982). L'expertise de la dangerosité. *Criminologie*, *15*(2), 7–25. https://doi.org/10.7202/017157ar

Prat, S., & Jonas, C. (2015). Analyse qualitative de rapports d'expertise psychiatrique concernant des faits de pornographie infantile. *Annales médico-psychologiques*, *173*(2), 148–152. https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.09.008

Prentky, R. A., Austin, E. S., Lee, R., Prentky, R. A., & Cerce, D. (1997). Recidivism Rates Among Child Molesters and Rapists: A Methodological Analysis. *Law and Human Behavior*, *21*(6), 635–659.

Prentky, R. A., & Knight, R. A. (1991). Identifying critical dimensions for discriminating among rapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(5), 643–661. https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.5.643

Prentky, R. A., Knight, R. A., & Lee, A. (1997). Risk factors associated with recidivism among extrafamilial child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 141–149. https://doi.org/10.1037//0022-006X.65.1.141

Proulx, J., McKibben, A., & Lusignan, R. (1996). Relationships between affective components and sexual behaviors in sexual aggressors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *8*(4), 279–289. https://doi.org/10.1007/BF02260164

Proulx, J., Pellerin, B., Paradis, Y., McKibben, A., Aubut, J., & Ouimet, M. (1997). Static and dynamic predictors of recidivism in sexual aggressors. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, *9*(1), 7–27. https://doi.org/10.1177/107906329700900102

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

extrafamilial sexual child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *11*(2), 117–129. https://doi.org/10.1007/BF02658842

Quesada, S., Calkins, C., & Jeglic, E. (2014). An Examination of the Interrater Reliability Between Practitioners and Researchers on the Static-99. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *58*(11), 1364–1375. https://doi.org/10.1177/0306624X13495504

Quinsey, V. L. (1995). The prediction and explanation of criminal violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, *18*(2), 117–127. https://doi.org/10.1016/0160-2527(95)00001-X

Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, L. A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. American Psychological Association Press.

Quinsey, V. L., Lalumière, M. L., Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Predicting Sexual Offenses. In J. C. Campbell, *Assessing Dangerousness: Violence by Sexual Offenders, Batterers, and Child Abusers* (pp. 114–137). SAGE Publications.

Quinsey, V. L., Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Actuarial Prediction of Sexual Recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, *10*(1), 85–105.

Quirion, B. (2019). Des réformes pénitentiaires au Canada: Uniformisation des pratiques et des programmes. *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, 239–252.

Raoult, S. (2014). L'évaluation du risque de récidive: L'expert, le politique et la production du « chiffre ». *Revue de science criminelle et de droit pénal compare*, *3*(3), 655–667. https://doi.org/10.3917/rsc.1403.0655

Renard, E., Roussiau, N., & Fleury-Bahi, G. (2012). Engagement de groupe, transformation des représentations sociales et modifications comportementales. *Bulletin de psychologie*, *521*(5), 467–477. https://doi.org/10.3917/bupsy.521.0467

Rettinger, J. (1998). *A recidivism follow-up study to investigate risk and need within a sample of provincially sentenced women.* [Unpublished doctoral dissertation]. Carleton University.

Rhemtulla, M., Fried, E. I., Aggen, S. H., Tuerlinckx, F., Kendler, K. S., & Borsboom, D. (2016). Network analysis of substance abuse and dependence symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, *161*, 230–237. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.005

Rice, M. E., & Harris, G. T. (2005). Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC Area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, *29*(5), 615–620. https://doi.org/10.1007/s10979-005-6832-7

Rigdon, E. E. (2012). Rethinking Partial Least Squares Path Modeling: In Praise of Simple Methods. *Long Range Planning*, *45*(5), 341–358. https://doi.org/10.1016/j.lrp.2012.09.010

Rio, M., Letto, N., & Butucea, C. (2017). Usage exploratoire d'outils d'évaluation structurée du risque de récidive en France. *Annales Médico-Psychologiques*, *175*(3), 287–289. https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.01.014

Roberts, B. W., & DelVecchio, W. (2000). The Rank-Order Consistency of Personality Traits from Childhood to Old Age: A Quantitative Review of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, *126*, 3–25. https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.3

Roberts, B. W., Luo, J., Briley, D. A., Chow, P. I., Su, R., & Hill, P. L. (2017). A systematic review of personality trait change through intervention. *Psychological Bulletin*, *143*(2), 117–141. https://doi.org/10.1037/bul0000088

Robinson, L. (2009). *Psychology for Social Workers: Black Perspectives on Human Development and Behaviour*. Routledge.

Rocque, M., & Plummer-Beale, J. (2014). In the eye of the beholder? An examination of the inter-rater reliability of the LSI-R and YLS/CMI in a correctional agency. *Journal of Criminal Justice*, *42*(6), 568–578. https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2014.09.011

Rogers, R., Salekin, R. T., Sewell, K. W., Goldstein, A., & Leonard, K. (1998). A comparison of forensic and nonforensic malingerers: A prototypical analysis of explanatory models. *Law and Human Behavior*, *22*(4), 353–367. https://doi.org/10.1023/a:1025714808591

Roiser, J. P., & Sahakian, B. J. (2013). Hot and cold cognition in depression. *CNS Spectrums*, *18*(3), 139–149. https://doi.org/10.1017/S1092852913000072

Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: An empirical study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(9), 702–708. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318186de80

Ryan, K. M. (2019). Rape Mythology and Victim Blaming as a Social Construct. In W. T. O'Donohue & P. A. Schewe, *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention* (pp. 151–174). Springer International Publishing.

Ryan, T. J., Huss, M. T., & Scalora, M. J. (2017). Differentiating Sexual Offender Type on Measures of Impulsivity and Compulsivity. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *24*(1–2), 108–125. https://doi.org/10.1080/10720162.2016.1189863

Schacter, D. L., Addis, D. R., & Buckner, R. L. (2007). Remembering the past to imagine the future: The prospective brain. *Nature Reviews Neuroscience*, *8*(9), 657–661. https://doi.org/10.1038/nrn2213

Scheff, T. J. (1999). *Being mentally ill. A sociological theory*. Adline Transaction.

Schmucker, M., & Lösel, F. (2017). Sexual offender treatment for reducing recidivism among convicted sex offenders: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, *13*(1), 1–75. https://doi.org/10.4073/csr.2017.8

Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, *126*(5), 1763–1768. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864

Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2016). *A beginner's guide to structural equation modeling (4th ed.)*. Routledge.

Sea, J., & Hart, S. D. (2020). Interrater Reliability and Concurrent Validity of the Risk for Sexual Violence Protocol for Korean Sexual Offenders: A Field Study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *1*(3). https://doi.org/10.1177/0306624X20967969

Seto, M. C., Babchishin, K. M., Pullman, L. E., & McPhail, I. V. (2015). The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: A meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. *Clinical Journal Review*, *39*, 42–57. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.001

Seto, M. C., & Fernandez, Y. M. (2011). Dynamic risk groups among adult male sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *23*, 494–507. https://doi.org/10.1177/1079063211403162

Shah, S. A. (1977). Dangerousness. Some Definitional, Conceptual, and Public Policy Issues. In S. A. Shah, *The Criminal Justice System* (pp. 91–119). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2562-8_3

Shapiro, D. L. (2006). Habeas Corpus, Suspension, and Detention: Another View. *Notre Dame Law Review*, *81*, 59.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M., & Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, *12*(5), 232–241. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry, 59 Suppl 20*, 22-33;quiz 34-57.

Shimotsukasa, T., Oshio, A., Tani, M., & Yamaki, M. (2019). Big Five personality traits in inmates and normal adults in Japan. *Personality and Individual Differences*, *141*, 81–85. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.018

Shiner, R. L. (2009). The development of personality disorders: Perspectives from normal personality development in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, *21*(3), 715–734. https://doi.org/10.1017/S0954579409000406

Shirtcliff, E. A., Vitacco, M. J., Graf, A. R., Gostisha, A. J., Merz, J. L., & Zahn-Waxler, C. (2009). Neurobiology of empathy and callousness: Implications for the development of antisocial behavior. *Behavioral Sciences & the Law*, *27*(2), 137–171. https://doi.org/10.1002/bsl.862

Simane-Vigante, L., Plotka, I., & Blumenau, N. (2018). Research of the Relationship of Criminal Violence, Adult Attachment Styles and Personality Traits of Violent Male Offenders. *Rural Envionment, Education, Personality*, *11*, 128–141.

Singer, J. K., Maguire, M., & Hurtz, G. M. (2013). The Prevalence of Mental Illness in California Sex Offenders on Parole: A Comparison of Those Who Recidivated with a New Sex Crime versus Those Who Did Not. *Victims & Offenders*, *8*(3), 253–277. https://doi.org/10.1080/15564886.2012.747458

Singh, J. P., Desmarais, S. L., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C., Dean, K., Doyle, M., Folino, J. O., Godoy-Cervera, V., Grann, M., Ho, R. M. Y., Large, M. M., Nielsen, L. H., Pham, T.-H., Rebocho, M. F., Reeves, K. A., Rettenberger, M., Ruiter, C. de, Seewald, K., & Otto, R. K. (2014). International Perspectives on the Practical Application of Violence Risk Assessment: A Global Survey of 44 Countries.

*International Journal of Forensic Mental Health, 13*(3), 193–206. https://doi.org/10.1080/14999013.2014.922141

Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and meta-regression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review*, *31*(3), 499–513. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.009

Skovran, L. C., Huss, M. T., & Scalora, M. J. (2010). Sexual fantasies and sensation seeking among psychopathic sexual offenders. *Psychology, Crime & Law*, *16*(7), 617–629. https://doi.org/10.1080/10683160902998025

Soldati, L., & Eytan, A. (2014). Traitement des agresseurs sexuels: Possibilités et limites. *Revue Médicale Suisse*, *10*, 647–650.

Soulet, E., Garcia, M., Rouchy, E., Delannoy, D., Cochez, F., Pham, T.-H., & Michel, G. (2018). Psychopathie et risque de récidive sexuelle: Analyse critique de la littérature scientifique. *Annales Médico-Psychologiques*, *176*(9), 928–935.

Spaans, M., Molendijk, M., de Beurs, E., Rinne, T., & Spinhoven, P. (2016). Self-reported personality traits in forensic populations: A meta-analysis. *Psychology, Crime & Law*, *23*, 1–47. https://doi.org/10.1080/1068316X.2016.1220555

Spanjaard, H. J. M., Knaap, L. M. van der, Put, C. E. van der, & Stams, G. J. J. M. (2012). Risk assessment and the impact of risk and protective factors. In *In R. Loeber, M. Hoeve, N. W. Slot, & P. H. van der Laan (Eds.), Persisters and desisters in crime from adolescence into adulthood: Explanation, prevention and punishment* (pp. 127–158). Ashgate. https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/risk-assessment-and-the-impact-of-risk-and-protective-factors

Spiering, M., & Everaerd, W. (2007). The sexual unconscious. In E. Janssen, *The psychophysiology of sex* (pp. 166–184). Indiana University Press.

Sreenivasan, S., Kirkish, P., Garrick, T., Weinberger, L. E., & Phenix, A. (2000). Actuarial risk assessment models: A review of critical issues related to violence and sex-offender recidivism assessments. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *28*(4), 438–448.

Steadman. (1973, March 16). *Implications from the Baxstrom's experience* [Oral communication]. APL/APA Committee on Psychiatry and Law meeting, Atlanta, Georgia, US.

Steadman, H. J., & Cocozza, J. J. (1974). *Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance* (pp. xix, 206). D C Heath & compagny.

Stevens, J. P. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences (2e éd.).* Lawrence Erlbaum Associates.

Stöber, J. (1999). The Social Desirability Scale-17 (SDS-17): Development and first findings on reliability and validity. *Diagnostica*, *45*(4), 173–177.

Stöber, J. (2001). The Social Desirability Scale-17 (SDS-17). *European Journal of Psychological Assessment*, *17*(3), 222–232. https://doi.org/10.1027//1015-5759.17.3.222

Storey, J., Kropp, P. R., Hart, S., Belfrage, H., & Strand, S. (2014). Assessment and Management of Risk for Intimate Partner Violence by Police Officers Using the Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk. *Criminal Justice and Behavior*, *41*, 256–271. https://doi.org/10.1177/0093854813503960

Storey, J., Watt, K., Jackson, K., & Hart, S. (2012). Utilization and Implications of the Static-99 in Practice. *Sexual Abuse*, *24*, 289–302. https://doi.org/10.1177/1079063211423943

Sturup, J., Karlberg, D., Fredriksson, B., Lihoff, T., & Kristiansson, M. (2016). Risk assessments and recidivism among a population-based group of Swedish offenders sentenced to life in prison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *26*(2), 124–135. https://doi.org/10.1002/cbm.1941

Sutherland, A. A., Johnstone, L., Davidson, K. M., Hart, S. D., Cooke, D. J., Kropp, P. R., Logan, C., Michie, C., & Stocks, R. (2012). Sexual violence risk assessment: An investigation of the interrater reliability of professional judgments made using the risk for sexual violence protocol. *The International Journal of Forensic Mental Health*, *11*(2), 119–133. https://doi.org/10.1080/14999013.2012.690020

Swogger, M. T., Walsh, Z., Christie, M., Priddy, B. M., & Conner, K. R. (2015). Impulsive versus Premeditated Aggression in the Prediction of Violent Criminal Recidivism. *Aggressive Behavior*, *41*(4), 346–352. https://doi.org/10.1002/ab.21549

Szumski, F., Bartels, R. M., Beech, A. R., & Fisher, D. (2018). Distorted cognition related to male sexual offending: The multi-mechanism theory of cognitive distortions (MMT-CD). *Aggression and Violent Behavior*, *39*, 139–151. https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.001

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Allyn & Bacon.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics, 5th ed* (pp. xxvii, 980). Allyn & Bacon.

Taherdoost, H., Sahibuddin, S., & Jalaliyoon, N. (2014). Exploratory Factor Analysis: Concepts and Theory. In J. Balicki, *Advances in Applied and Pure Mathematics* (Vol. 27, pp. 375–382). WSEAS. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02557344

Tan, L., & Grace, R. C. (2008). Social Desirability and Sexual Offenders: A Review. *Sexual Abuse*, *20*(1), 61–87. https://doi.org/10.1177/1079063208314820

Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., Shelton, R., & Schalet, B. (2009). Personality change during depression treatment: A placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, *66*(12), 1322–1330. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.166

Thompson, M. P., Kingree, J. B., Zinzow, H., & Swartout, K. (2015). Time-Varying Risk Factors and Sexual Aggression Perpetration Among Male College Students. *The Journal of Adolescent Health*, *57*(6), 637–642. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.08.015

Thornberry, T., & Jacoby, J. (1974). *The uses of discretion in a maximum security mental hospital: The Dixon case* [Communication]. Annual meeting of the reunion of the american criminology society, Chicago, US.

Thornton, D. (2013). Implications of our developing understanding of risk and protective factors in the treatment of adult male sexual offenders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *8*(3–4), 62–65.

Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2001). An evaluation of self-report measures of cognitive distortions and empathy among Australian sex offenders. *Archives of Sexual Behavior*, *30*(5), 495–519. https://doi.org/10.1023/A:1010239217517

Toomey, E., Rudolph, C., & Zacher, H. (2020). Age-Conditional Effects of Political Skill and Empathy on Emotional Labor: An Experience Sampling Study. *Work Aging and Retirement*. https://doi.org/10.1093/workar/waaa004

Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, *5*(2), 207–232. https://doi.org/10.1016/0010-0285(73)90033-9

Vacheret, M., & Cousineau, M.-M. (2005). L'évaluation du risque de récidive au sein du système correctionnel canadien: Regards sur les limites d'un système. *Déviance et*

*Société*, *29*(4), 379–397. https://doi.org/10.3917/ds.294.0379

Van Den Berg, J. W., Smid, W., Kossakowski, J. J., van Beek, D., Borsboom, D., Janssen, E., & Gijs, L. (2020). The Application of Network Analysis to Dynamic Risk Factors in Adult Male Sex Offenders. *Clinical Psychological Science*, *8*(3), 539–554. https://doi.org/10.1177/2167702620901720

Van der Linden, M., D'Acremont, M., Zermatten, A., Jermann, F., Larøi, F., Willems, S., Juillerat, A. C., & Bechara, A. (2006). A French Adaptation of the UPPS Impulsive Behavior Scale: Confirmatory Factor Analysis in a Sample of Undergraduate Students. *European Journal of Psychological Assessment*, *22*(1), 38–42. https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.1.38

Van Marle, H. (2005). Mental Health Care in Prison: How to manage our care? *International Journal of Prisoner Health*, *3*(2), 115–123. https://doi.org/10.1080/17449200701321530

Van Nieuwenhuizen, C. (2004). A treatment program for sexually violent forensic psychiatric patients: Development and first results. *Psychology, Crime and Law*, *11*(4), 467–477.

Van Vugt, E., Gibbs, J., Stams, G., Bijleveld, C., Hendriks, J., & Laan, P. (2011). Moral Development and Recidivism: A Meta-Analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *55*(8), 1234–1250. https://doi.org/10.1177/0306624X10396441

Vanderstukken, O., & Benbouriche, M. (2014). Principes de prévention de la récidive et principe de réalité en France: Les Programmes de Prévention de la Récidive à la lumière du modèle « Risque-Besoins-Réceptivité ». *Actualité juridique. Pénal*, *11*, 522–527.

Vanderstukken, O., Benbouriche, M., Pham, T.-H., & Lefebvre, L. (2015). Les distorsions cognitives des auteurs d'agression sexuelle d'enfant: Définitions, fonctions, et enjeux théoriques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *25*(1), 29–34. https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2014.11.001

Vanderstukken, O., & Lacambre, M. (2011). Dangerosité, prédictivité et échelles actuarielles: Confusion ou détournement ? *L'information psychiatrique*, *87*(7), 549–550.

Vargen, L. M., Jackson, K. J., & Hart, S. D. (2020). Interrater reliability, concurrent validity, and predictive validity of the risk for sexual violence protocol. *Law and Human Behavior*, *44*(1), 37–50. https://doi.org/10.1037/lhb0000353

Vincenzutto, A., Dujardin, J., Delannoy, D., & Pham, T.-H. (2019). Expertise psychiatrique

au pénal: Apports des canevas structurés d'expertise. *Annales Médico-Psychologiques, 177*(9), 892–895. https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.08.009

Voyer, M., & Senon, J.-L. (2012). Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. *L'information psychiatrique, 88*(6), 445–453. https://doi.org/10.3917/inpsy.8806.0445

Vrana, G. C., Sroga, M., & Guzzo, L. (2008). *Predictive validity of the LSI–OR among a sample of adult male sexual assaulters*. Unpublished manuscript.

Ward, T., & Beech, A. R. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior, 11*(1), 44–63. https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.05.002

Ward, T., Gannon, T. A., & Keown, K. (2006). Beliefs, values, and action: The judgment model of cognitive distortions in sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior, 11*(4), 323–340. https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.10.003

Wastell, C. A., Cairns, D., & Haywood, H. (2009). Empathy training, sex offenders and re-offending. *Journal of Sexual Aggression, 15*(2), 149–159. https://doi.org/10.1080/13552600902792599

Wasyliw, O. E., Grossman, L. S., Haywood, T. W., & Cavanaugh, J. L. (1988). The detection of malingering in criminal forensic groups: MMPI validity scales. *Journal of Personality Assessment, 52*(2), 321–333. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5202_13

Watkins, I. (2011). *The Utility of Level of Service Inventory –Revised (LSI-R) Assessments within NSW* (No. 28). Corporate Research, Evaluation & Statistics, Corrective Services NSW.

Watkins, M. W. (2018). Exploratory Factor Analysis: A Guide to Best Practice. *Journal of Black Psychology, 44*(5), 219–246. https://doi.org/10.1177/0095798418771807

Watt, K. A., Hart, S. D., Wilson, C., Guy, L., & Douglas, K. S. (2006, March). *An evaluation of Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP) in high risk offenders: Interrater reliability and concurrent validity.* [Paper presented at the annual meeting of the American Psychology-Law Society].

Watt, K. A., & Jackson, K. (2008, July). *Interrater and structural reliabilities of the Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP)* [Paper presented at the annual meeting of the International Association of Forensic mental health Services].

Weafer, J., Baggott, M. J., & de Wit, H. (2013). Test-retest reliability of behavioral measures

of impulsive choice, impulsive action, and inattention. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *21*(6), 475–481. https://doi.org/10.1037/a0033659

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence, version 2.* Simon Fraser University.

Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K. S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 Scheme: The Assessment of Dangerousness and Risk (Version 1)*. Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.

Webster, C. D., Grenier, M., & Crocker, A. G. (2007). *Évaluation du risque à court terme et traitabilité: Un guide d'évaluation et de planification*. Institut universitaire en santé mentale.

Webster, C. D., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C. A., & Quinsey, V. L. (1994). *Violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men*. University of Toronto, Centre of Criminology.

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, *30*(4), 669–689. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7

Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: A four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality*, *19*(7), 559–574. https://doi.org/10.1002/per.556

Widiger, T. A. (2009). Neuroticism. In *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 129–146). The Guilford Press.

Widiger, T. A., & Costa, J. P. T. (2013). *Personality disorders and the five-factor model of personality (3rd ed).* American Psychological Association.

Woldgabreal, Y., Day, A., & Ward, T. (2013). The Community-Based Supervision of Offenders from a Positive Psychology Perspective. *Aggression and Violent Behavior*, *19*(1), 32–41. https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.12.001

Wood, E., & Riggs, S. (2008). Predictors of Child Molestation: Adult Attachment, Cognitive Distortions, and Empathy. *Journal of Interpersonal Violence*, *23*(2), 259–275. https://doi.org/10.1177/0886260507309344

Worling, J. R. (2002). Assessing risk of sexual assault recidivism with adolescent sexual offenders. In M. C. Calder, *Young people who sexually abuse: Building the evidence*

*base for your practice* (pp. 365–375). Russell House.

Wormith, J. S. (2011). The legacy of D. A. Andrews in the field of criminal justice: How theory and research can change policy and practice. *The International Journal of Forensic Mental Health*, *10*(2), 78–82. https://doi.org/10.1080/14999013.2011.577138

Wormith, J. S., Hogg, S., & Guzzo, L. (2012). The Predictive Validity of a General Risk/Needs Assessment Inventory on Sexual Offender Recidivism and an Exploration of the Professional Override. *Criminal Justice and Behavior*, *39*(12), 1511–1538. https://doi.org/10.1177/0093854812455741

Wormith, J. S., Hogg, S. M., & Guzzo, L. (2015). The predictive validity of the LS/CMI with aboriginal offenders in Canada. *Criminal Justice and Behavior*, *42*(5), 481–508. https://doi.org/10.1177/0093854814552843

Wormith, J. S., & Zidenberg, A. (2018). The Historical Roots, Current Status, and Future Applications of the Risk-Need-Responsivity Model (RNR): The Translation of Evidence-Based Practices to Correctional Settings. In E. L. Jeglic & C. Calkins, *New Frontiers in Offender Treatment* (pp. 11–41). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-01030-0_2

Yang, M., Wong, S. C. P., & Coid, J. (2010). The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychological Bulletin*, *136*(5), 740–767. https://doi.org/10.1037/a0020473

# ANNEXES

## Article 8 en version complète

Quels liens existent-ils entre le risque de récidive sexuelle, violente et générale et certains facteurs psychologiques. L'exemple de l'impulsivité, des distorsions cognitives et de l'empathie chez les agresseurs sexuels d'adultes ?

[1,2,4] Ingrid Bertsch, [1,2] Robert Courtois, [1] Christian Réveillère et [3,4] Thierry H. Pham

[1] Université de Tours, département de psychologie, EE 1901 Qualipsy (Qualité de vie et santé psychologique), 37000 Tours, France.

[2] Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles Centre Val-de-Loire, CHRU de Tours, 37000 Tours, France

[3] Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, 7500 Tournai, Belgique.

[4] Université de Mons-Hainaut, département de psychologie légale, 7000 Mons, Belgique

Résumé

L'impulsivité, les distorsions cognitives sur les femmes adultes et l'empathie sont des facteurs psychologiques souvent considérés comme des cibles de traitement pour prévenir la récidive chez les AICS. Leurs liens avec la récidive sont, dans la littérature, peu connus, peu détaillés ou contradictoires, c'est pourquoi cette étude se propose d'observer les liens entre le risque de récidive sexuelle, violente et générale et l'impulsivité, les distorsions cognitives sur les femmes adultes et l'empathie générale d'une population d'AICS d'adultes

Méthode : 27 AICS d'adultes, masculins et incarcérés, ont été évalués à l'aide de la RSVP, de la HCR-20, du LS/CMI, de l'UPPS, de la Molest Scale et de la BES. Des analyses de corrélations non paramétriques (Rho de Spearman) ont été réalisées.

Résultats : Les résultats montrent que des liens existent entre *(i)* l'impulsivité et le risque de récidive générale et *(ii)* entre la présence de distorsions cognitives envers les femmes ou d'empathie et le risque de récidive sexuelle. Ces liens concernent surtout les facteurs de risque récents ou futurs c'est-à-dire ceux qui entrant en résonnance avec les facteurs de risque situationnels notamment émotionnels.

Discussion-Conclusion : La sensibilité aux situations sociales émotionnelles, la tendance à aller vers des activités nouvelles et excitantes, l'adhésion à certaines distorsions cognitives ou encore le manque de capacités à se mettre à la place des autres sont discutées afin de tenter d'approfondir la compréhension et la prise en charge de la récidive des AICS d'adultes.

*Mots-clefs :* risque de récidive, auteurs de violences sexuelle, impulsivité, distorsions cognitives, empathie

Summary:

Scales to assess an offender's risk of re-offending are based on risk factors. Impulsivity, cognitive distortions in adult women, and empathy are psychological factors that are often considered as treatment targets to prevent recidivism in sexual offenders. But the links between these psychological factors and recidivism are, in the literature, poorly known, barely detailed or contradictory, leading to difficulties understanding their impact on recidivism risk. This study tries to examine the relationship between sexual, violent and general recidivism risk and impulsivity, cognitive distortions and general empathy in sexual offenders of adults.

Method: 27 incarcerated adult male sexual offenders were assessed using the RSVP, HCR-20, LS/CMI, UPPS, Molest Scale and BES. Non-parametric correlation analyses (Spearman's Rho) were performed.

Results-Discussion: Impulsivity and in particular the sub-domains "Lack of premeditation", "Urgency" and "Sensation seeking" show strong links with the risk of general recidivism and in particular the factors associated with "Education and employment", "Leisure and recreational activities" and "Alcohol and drug problems". The presence of cognitive distortions towards women was positively and exclusively associated with sexual recidivism. Finally, empathy, especially affective empathy, was negatively and weakly correlated with the risk of sexual recidivism exclusively and particularly with the risk factor "Social adjustment". Sensitivity to emotional social situations, the tendency to seek new and exciting activities, awareness of the consequences of alcohol consumption, and the lack of ability to put oneself in the place of others are discussed in order to clarify these results. These links between sexual and general recidivism risk and impulsivity, cognitive distortions and empathy seem to relate mainly to recent or future risk factors. A reflection on the evaluation

of individual situational factors in interaction with psychological factors of high-risk sexual offenders is developed.

Conclusion: despite its limitations, our study attempts to show that the links between the risk of sexual, violent and general recidivism and certain psychological factors such as impulsivity, cognitive distortions in children and empathy provide additional avenues for reflection in the desire to understand and manage sexual recidivism in adult offenders.

*Key-words*: recidivism risk, sexual offenders, impulsivity, cognitive distortions, empathy

## 1. Introduction

L'évaluation du risque de récidive sexuelle, violente et générale des AICS a progressivement évolué vers l'utilisation d'échelles structurées (Olver et al., 2018). Les liens entre l'impulsivité et les récidives sexuelle, violente et générale seraient particulièrement vrais chez les AICS de femmes adultes (Quinsey, Rice, et al., 1995). Thompson et al. (2015) expliquaient l'association de comportements sexuels violents avec de forts taux d'impulsivité comportementale par des traits psychopathiques et un style de vie antisocial. Ces deux facteurs, liés à l'impulsivité (Brouillette-Alarie & Hanson, 2015, 2017) sont des facteurs prédicteurs connus de la récidive sexuelle (Brouillette-Alarie & Proulx, 2016; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Soulet et al., 2018) mais aussi de récidive violente et générale (Brouillette-Alarie & Proulx, 2016).

Les distorsions cognitives des AICS sont associées à l'apparition et au maintien de la délinquance sexuelle (p.6 ; Ó Ciardha & Ward, 2013). Elles peuvent précéder le passage à l'acte (Szumski et al., 2018), par l'adhésion aux « mythes du viol » (K. M. Ryan, 2019), ou après le passage à l'acte, s'apparentant alors à des attitudes de minimisation voire de déni. Les liens entre récidive exclusivement sexuelle et distorsions cognitives sont majoritairement établis en phase de pré-agression (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017), et sont de deux types (« excuse du viol » et « justification du viol » (Abbey & McAuslan, 2004).

Le manque d'empathie des AICS envers leurs victimes occasionnerait, lorsqu'elle est traitée en thérapie, une diminution de la récidive (Barnett et al., 2013). D'autres auteurs avancent que le manque d'empathie envers la victime ne constituerait pas un prédicteur de la récidive sexuelle, mais serait faiblement lié à la récidive violente non-sexuelle et à la récidive générale (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). L'empathie, générale (non centrée sur la victime) peut être, elle, conservée chez les AICS. Ceci signifie que l'empathie envers la victime est sensible aux situations et personnes (Fernandez & Marshall, 2003). Elle aurait,

donc, une fonction d'autoprotection réactionnelle. Ainsi, le risque de récidive semble davantage influencé par le niveau d'empathie générale que par l'empathie envers la victime (Thornton, 2013).

Cette étude a donc pour objectif d'observer les liens entre l'impulsivité, les distorsions cognitives et l'empathie avec les risques de récidive sexuelle, violente et générale d'une population d'AICS d'adultes français détenus, évalués par des échelles structurées.

## 2. Méthode

### 2.1. Population

Vingt-sept AICS ayant été condamnés pour au moins un fait de violence sexuelle sur une victime majeure ont été inclus. La majorité n'a commis uniquement que des faits sexuels (n=13 ; 48,1%), surtout dans un milieu extrafamilial (n=19, 70,4%) et de sexe féminin (n=25, 92,6%). Ils étaient âgés en moyenne de 42,15 ans [9,34 ; min-max : 21-61] et avaient un niveau moyen d'étude correspondant à un niveau Brevet d'Études Professionnelles. Ils avaient été condamnés en moyenne à 143,11 mois de détention [79,51 ; 12-360] et avaient effectué en moyenne au moment de leur inclusion 65,41 mois de détention [44,62 ; 8-216].

### 2.2. Outils

Le risque de récidive sexuelle a été évalué avec la Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP ; Hart & Boer, 2010) dans sa version française traduite par Pham et Michaux (UMons), à l'exclusion de son item 12 « trouble de la personnalité psychopathique, » ne pouvant être coté objectivement du fait de dossiers de participants incomplets. Le risque de récidive violent a été évalué avec la Historical, Clinical and Risk Management Scale 20 – version 2 (HCR-20; Webster et al., 1997) dans sa version française traduite par T.H. Pham avec la collaboration de l'institut Philippe Pinel et validée par Claix & Pham (2004). La sous-échelle « Risque dans une perspective future » a été cotée selon la modalité « out » i.e. à la

sortie de la détention. Le risque de récidive générale a été évalué par le Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI ; Andrews et al., 2004) dans sa version française traduite et validée par Guay et al (2016).

L'impulsivité a été évaluée avec l'Impulsive Behavior Scale (UPPS ; Whiteside et al., 2005), en auto-questionnaire, dans sa version française, traduite par Van der Linden et al. (2006). Les distorsions cognitives à propos des relations et agressions sexuelles entre les hommes et les femmes ont été évaluées par la Rape Scale (Bumby, 1996) dans sa version française traduite par Barsetti (1999). Cette échelle n'évalue pas les distorsions cognitives post-agression (Navathe et al., 2008). L'empathie cognitive et émotionnelle ont été mesurées avec la Basic Empathy Scale (BES ; Jolliffe & Farrington, 2006) dans sa version française traduite par D'Ambrosio et al. (2009).

2.3. Procédure

L'étude s'est déroulée entre mars 2018 et février 2020 au sein des dispositifs de soins psychiatriques de quatre prisons françaises. Chaque participant a passé un entretien semi-structuré auprès de l'évaluateur puis a rempli la Rape Scale. La passation des auto-questionnaires UPPS et BES n'a pu être possible que pour une partie des participants (n=8 pour l'UPPS et n=11 pour la BES). L'évaluateur a ensuite consulté les dossiers médicaux de chaque participant afin de pouvoir coter les échelles de risque, pour lesquelles l'évaluateur a été au préalable formé. Le protocole a été approuvé par le groupe éthique d'aide à la recherche clinique pour les protocoles de recherche via l'Espace de Réflexion Éthique en Région Centre-Val de Loire (ERERC) – avis favorable N° 2017-077.

2.4. Analyses statistiques

L'ensemble des résultats ont été analysés sous SPSS© IBM© version 25. La distribution de notre échantillon ne suivant pas une courbe normale, l'ensemble des tests utilisés est non paramétrique. Les corrélations ont été réalisées à l'aide de Rho de Spearman.

Elles sont considérées comme inexistantes en dessous de .10, faibles entre .10 et .39, modérées entre .40 et .69, fortes entre .70 et .89 et très fortes entre .90 et 1 (Schober et al., 2018).

## 3. Résultats

### 3.1. Résultats descriptifs

A la RSVP, notre population a obtenu un score total moyen de 58,11 [13,35 ; 31-78], à la HCR-20 de 18,81 [6,12 ; 5-27] et au LS/CMI de 20,22 [5,56 ; 6-29]. Aux échelles psychologiques, notre population a obtenu un score total moyen à l'UPPS de 98,13 [14,38 ; 80-121], à la Rape Scale de 57,77 [12,49 ; 36-81] et à la BES de 56,55 [37,66 ; 0-95].

### 3.2. Corrélations entre les échelles psychologiques et le risque de récidive sexuelle

#### *3.2.1. Impulsivité et risque de récidive*

Le score total de l'UPPS n'est pas corrélé avec le score total la RSVP ($\rho$=0,39 ; *ns*), le score total à la HCR-20 ($\rho$=0,001 ; *ns*) et au LS/CMI ($\rho$=0,14 ; *ns*).

Concernant les liens entre risque de récidive sexuelle et impulsivité, le sous domaine « Urgence » de l'UPPS est positivement et corrélé au sous domaine « Ajustement psychologique » de la RSVP ($\rho$=0,84 ; $p < 0,01$). Le sous domaine « Urgence » de l'UPPS est particulièrement corrélé positivement aux items « Minimisation-Récent » ($\rho$=0,91 ; $p < 0,01$), « Minimisation-Futur » ($\rho$=0,91 ; $p < 0,01$) et « Stress et coping-Récent » ($\rho$=0,76 ; $p < 0,05$) de la RSVP.

Concernant les liens entre risque de récidive générale et impulsivité, le score total à l'UPPS est positivement et lié au sous domaine « Loisirs et activité » ($\rho$=0,76 ; $p < 0,05$) et négativement et au sous domaine « Problème d'alcool et de drogues » ($\rho$=-0,83 ; $p < 0,05$) du LS/CMI. Le sous domaine « Manque de préméditation » de l'UPPS est positivement lié au

sous domaine « Éducation et emploi » du LS/CMI (ρ=0,71 ; $p < 0,05$). Plus spécifiquement, le domaine « Manque de préméditation » est lié aux items 15 « Participation ou rendement » (ρ=0,76 ; $p < 0,05$), 16 « Rapports avec les pairs » (ρ=0,76 ; $p < 0,05$) et 17 « Rapports avec l'autorité » (ρ=0,76 ; $p < 0,05$) du domaine « Éducation et emploi » du LS/CMI. Le sous domaine « Urgence » de l'UPPS est négativement au sous domaine « Problème d'alcool et de drogues » (ρ=-0,90 ; $p < 0,01$) du LS/CMI. Enfin, le sous domaine « Recherche de sensations » est positivement lié au sous domaine « Loisirs et activités » (ρ=0,76 ; $p < 0,05$) du LS/CMI.

*3.2.2. Distorsions cognitives et risque de récidive*

Le score total à la Rape Scale est positivement et modérément corrélé avec le score total à la RSVP (ρ=0,46 ; $p < 0,05$). Le score total à la Rape Scale est corrélé avec le sous domaine « Total-Récent » (ρ=0,48 ; $p < 0,05$) et « Total-Futur » (ρ=0,41 ; $p < 0,05$) de la RSVP. Plus particulièrement, le score total à la Rape Scale est positivement corrélé avec les sous domaines « Ajustement psychologique-Récent » (ρ=0,45 ; $p < 0,05$), « Ajustement psychologique-Futur » (ρ=0,39 ; $p < 0,05$) et « Ajustement social-Récent » (ρ=0,41 ; $p < 0,05$) de la RSVP.

En revanche, aucune corrélation n'est observée entre les scores totaux de la HCR-20 (ρ=0,26 ; *ns*) et du LS/CMI (ρ=0,09 ; *ns*).

*3.2.3. Empathie et risque de récidive*

Le score total à la RSVP est négativement corrélé avec le score total à la BES (ρ=-0,70 ; $p < 0,05$), le sous domaine « Empathie affective » de la BES (ρ=-0,70 ; $p < 0,05$). Le sous domaine « Total-Futur » de la RSVP est négativement corrélé avec le score total à la BES (ρ=-0,60 ; $p < 0,05$) et le sous domaine « Empathie affective » de la BES (ρ=-0,60 ; $p < 0,05$). Le sous domaine « Ajustement social » de la RSVP est négativement corrélé avec le score

total à la BES (ρ=-0,66 ; $p < 0,05$), le sous domaine « Empathie cognitive » de la BES (ρ=-0,66 ; $p < 0,05$) et le sous domaine « Empathie affective » de la BES (ρ=-0,66 ; $p < 0,05$).

Aucune corrélation n'est observée entre la BES et les scores totaux à la HCR-20 (ρ=0,09 ; *ns*) et au LS/CMI (ρ=0,09 ; *ns*).

## 4. Discussion

Cette étude a montré *(i)* des liens entre l'impulsivité et le risque de récidive général et particulièrement avec les domaines de risque « Éducation et emploi », « Loisirs et activités récréatives » et « Problèmes de drogues et d'alcool » ; *(ii)* des liens entre distorsions cognitives sur les femmes et le risque de récidive sexuelle uniquement et *(iii)* des liens entre empathie et risque de récidive sexuelle uniquement et particulièrement avec les domaines de risque « Total-Futur » et « Ajustement social ».

L'impulsivité présente un lien unique mais fort avec le risque de récidive sexuelle au travers du domaine de risque « Ajustement psychologique » qui est positivement corrélé avec « l'Urgence ». Plus spécifiquement, dans notre étude, l'Urgence est corrélée aux items « Minimisation-Récent », « Minimisation-Futur » et « Stress et coping-Récent ». L'urgence pourrait intervenir de deux façons. Premièrement, une forte réaction aux émotions entrainerait une réponse impulsive. Deuxièmement, l'urgence peut également être un désinhibiteur, ce qui facilite les réactions agressives lorsqu'elle est provoquée, comme l'attestent des associations positives significatives entre l'urgence négative et l'agressivité (Derefinko, DeWall, Metze, Walsh, & Lynam, 2011 ; Leone, Crane, Parrott, & Eckhardt, 2016 ; Miller et al., 2012). D'ailleurs la mauvaise gestion émotionnelle des situations sociales pourrait être à l'origine d'une tendance à l'urgence dans les relations (Gaher et al., 2015) des AICS d'adultes. L'impulsivité, et plus particulièrement le domaine « Urgence », est négativement corrélé au risque de récidive générale et spécifiquement au domaine « Problèmes d'alcool et de

drogues ». D'ordinaire, l'urgence négative est fortement associée à la consommation problématique d'alcool (Adams, Kaiser, Lynam, Charnigo, & Milich, 2012 ; Fischer et al., 2007 ; Smith et al., 2007 ; Verdejo-García et al., 2007). Dans notre étude ces liens sont étonnamment négatifs. Mais les attentes que le patient a de l'effet de l'alcool est un médiateur nouvellement exploré dans les liens entre urgence et alcool. Ainsi, si une personne pense que les effets de l'alcool vont être positifs (ex, lui permettre une meilleure confiance en ses capacités, de se sentir sexuellement attirant ou de s'amuser) sa consommation sera d'autant plus importante. En revanche, s'il pense que les effets de l'alcool seront négatifs (ex, des impacts physiologiques, des conduites violentes ou un endommagement de bien) alors la consommation sera moindre (Ham, Zamboanga, Bridges, Casner, & Bacon, 2013). Notre population était par ailleurs incarcérée depuis en moyenne 64,41 mois et a été recruté par le service de soins de la prison, ce qui signifie qu'ils bénéficient tous de soins au moment de la rencontre. Par ailleurs, la détention constitue un environnement où l'accès à l'alcool ou à la drogue est plus difficile. Enfin, le domaine de risque général « Éducation et Emploi » est positivement corrélé avec le domaine « Manque de préméditation » de l'impulsivité. D'ordinaire, la littérature met en évidence principalement des liens entre les difficultés d'emploi et le manque de persévérance (Billieux, 2012). Les personnes ayant un bas niveau de préméditation seraient plus enclines à agir sur un coup de tête et sans mesurer les conséquences de leurs actes. Cette notion fait appel aux capacités *(i)* exécutives (comme la mémoire de travail, la flexibilité mentale, l'inhibition et la planification) et *(ii)* à la mémoire épisodique (aux souvenirs anciens comme aide à la prise de décision) (Schacter et al., 2007). Aucun lien n'est retrouvé entre le risque de récidive violente et l'impulsivité. Swogger et al. (2015) ont constaté que l'impulsivité n'était pas prédictive de la récidive violente. Cependant, d'autres recherches ont trouvé des liens entre impulsivité et récidive violente. Mais ces liens sont toujours médiés soit par la présence d'une personnalité antisociale (Martin et al., 2019).

Malheureusement, dans notre étude, la présence d'une personnalité antisociale ou de psychopathie n'ont pas été évaluées.

La présence de distorsions cognitives envers les femmes est positivement et uniquement corrélée avec le risque de récidive sexuelle. Ces résultats sont cohérents avec la littérature déjà existante (Brouillette-Alarie et al., 2018; Brouillette-Alarie & Hanson, 2015).

Dans notre étude, le sous domaine « Ajustement social » et plus spécifiquement ses items « Relations non intimes », « Emploi » et « Criminalité non-sexuelle » sont associés négativement à l'empathie. Plus spécifiquement, l'association avec les items de risque centrés sur l'ajustement social semble cohérent avec le fait que moins une personne à d'empathie, moins elle montre de chaleur dans les relations interpersonnelles (Koegl, 2021). Le travail constitue une situation nécessitant de comprendre et/ou d'expérimenter les états mentaux des autres (Clark et al., 2019). Des associations positives ont été retrouvées entre la présence d'empathie et de bonnes relations professionnelles au travail (comme par exemple, l'aide aux collègues ; Batson et al., 2002) (Clark et al., 2019). Par ailleurs, le manque d'empathie est un facteur connu d'antisocialité, d'agressivité et de comportements infractionnels (Jolliffe & Farrington, 2004; Langen et al., 2014) ce qui explique ces liens avec la criminalité non-sexuelle. Dans notre étude c'est surtout l'empathie affective qui est liée au risque sexuel. Celle-ci serait plus liées aux difficultés à aller vers les autres, à un manque d'intérêt pour les autres et à plus de conduites antisociales. L'empathie cognitive serait, elle, plus liée à une « déconnection » avec les autres c'est-à-dire un sentiment de persécution, de non soutien des autres (Koegl, 2021).

Il est à noter que les liens présents entre les risques et les facteurs psychologiques restent pour certains très modérés. La récidive est un processus dynamique. Selon Beech & Ward (2004), elle est la rencontre de facteurs développementaux (ex, *victimisation sexuelle* dans l'enfance) qui amènent à des vulnérabilités psychologiques (ex, *la forte présence de trait*

*de Névrosisme*), qui dans des contextes propices (ex, *stress*) conduisent à la récidive. Des facteurs intermédiaires pourraient agir entre les facteurs psychologiques actuellement étudiés et les facteurs de risque des échelles. De plus, les facteurs psychologiques étudiés peuvent être considérés comme des facteurs « chauds » (Roiser & Sahakian, 2013), qui évoluent rapidement. L'empathie, par exemple, varie chez une même personne de manière hebdomadaire voir journalière car elle est sensible aux indices situationnels (Nezlek et al., 2001; Toomey et al., 2020). La plupart des corrélations de cette étude concernent des sous domaines du risque de récidive récents voire futurs. L'impulsivité, les distorsions cognitives ou encore le manque d'empathie pourraient se déclencher/se majorer et, même, s'influencer mutuellement dans *(i)* des contextes chargés émotionnellement et *(ii)* en fonction des interprétations des réactions de l'Autre (Frijda et al., 1991; Shirtcliff et al., 2009; Szumski et al., 2018).

L'évaluation du risque pourrait se développer dans le sens d'une perspective écologique (D'Urso et al., 2019) qui pourrait tenir compte particulièrement des facteurs contextuels de risque. Une double évaluation des facteurs psychologiques stables (comportement impulsif habituel, croyances erronées stables et manque d'empathie en général) seront à différencier des facteurs « situationnels » aigus (impulsivité, distorsions cognitives et empathie en lien avec la ou les situations de risque). Les échelles comme la RSVP qui proposent la mise en perspective de scenarii individualisés de risque pourront aider à développer les situations propices au risque qui seront à liées aux facteurs déclenchés par ces situations de risque.

Cette étude comporte des limites. La population n'est composée que de 27 AICS et les échelles auto rapportées n'ont pu être remplies que par un nombre très limité de participants. Les auto-questionnaires évaluent des pensées en dehors de leur contexte d'apparition. L'ensemble des passations se sont déroulées en milieu carcéral, ne constituant pas un

environnement présentant des facteurs contextuels de risque (Beech & Ward, 2004). Enfin, la présence de désirabilité sociale n'a pas été contrôlée. Elle pourrait avoir influencé les aveux d'impulsivité (Spaans et al., 2016), de distorsions cognitives (Arkowitz & Vess, 2003) et de manque d'empathie (Curwen, 2003).

**Conclusion**

L'impulsivité n'aurait d'impact sur le risque de récidive qu'au travers de l'urgence ou de la recherche de sensation. Les travaux sur les distorsions cognitives devraient approfondir l'impact de l'adhésion à certaines distorsions cognitives sur le risque de récidive sexuelle. L'empathie générale, bien que souvent conservée chez les AICS d'adultes et peu étudiée, pourrait avoir un impact faible mais direct sur certains aspects du risque de récidive sexuelle.

**Curriculum Vitae**

# CURRICULUM VITAE



## // PROFIL ----------

**ORCID**
0000-0002-7495-497X

**E-mail**
i.bertsch@chu-tours.fr

## // DOMAINES DE RECHERCHE ---------

- Psychologie clinique
- Psychologie légale
- Conduites externalisées
- Processus psychopathologiques et criminologiques individuels, facteurs de risque et de protection des troubles externalisés
- Violences
- Violences sexuelles
- Addictions

## Ingrid MARTIN née BERTSCH

## Psychologue clinicienne

## // ACTIVITES PROFESSIONNELLES ACTUELLES ----------

### Doctorat
*Cotutelle Université de Tours et Université de Mons*
*« Risque de récidive sexuelle, violente et générale des auteurs d'infractions à caractère sexuel : technique d'évaluation, facteurs de risque et profils cliniques »*
*Sous la direction du Dr R. Courtois, du Pr T. H. Pham et du Pr C. Réveillère*

### Unité Sanitaire - Maison d'arrêt de Tours
*CHRU de Tours*
*Accompagnements individuels et de groupe de patients détenus, travail en équipe pluridisciplinaire et au sein du réseau Santé-Justice*

### Centre Ressource auprès des Auteurs de Violences Sexuelles de la région Centre Val-de-Loire
*CHRU de Tours*
*Accompagnement et formations de professionnels, travail de réseau, mise en place d'actions de prévention, recherches autour du thème de la violence sexuelle*

## // AUTRES ACTIVITES ----------

### Référente nationale du Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention (STOP)
*Fédération Française des CRIAVS*
*Service téléphonique national de prévention pour les personnes sexuellement attirées par les enfants : développement, organisation et mise en œuvre du dispositif*

### Secrétaire élue de la Fédération française des CRIAVS
*Fédération Française des CRIAVS*
*Développement de projets nationaux et internationaux visant à promouvoir les CRIAVS et à développer leurs missions (formation, recherche, prévention, réseau et documentation)*

### Chargée de cours
*Université de Tours*
*Discipline : psychologie, TD & CM, Licence 1 au Master 2*
*Matières : Textes fondamentaux en psychologie clinique, introduction à la recherche, psychologie clinique, prises en charge des conduites externalisées*

## // PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES ----------

2021 **Bertsch I.,** Courtois R., Reveillère C. & Pham T. (In press) **Le recours aux dossiers des patients est-il nécessaire pour l'évaluation du risque de récidive sexuelle, violente et générale ?** *Encéphale*

**Bertsch I.,** Pham H.T.,Reveillère C. & Courtois R. (In press) ***Pourquoi l'évaluation structurée du risque de récidive violente et sexuelle est une pratique marginale en France ? Revue systématique de la littérature,*** *Annales Médico-psychologiques*

Courtois R., Schlegel A., Bonhommet J., Doineau E., **Bertsch I,** Potard C & Pham H. T. (In press). ***Validation française de l'échelle de l'adhésion aux mythes modernes sur l'agression sexuelle (AMMSA) et attachement au partenaire auprès d'étudiants et d'auteurs de violence conjugale,*** *L'encéphale*

2020 Prat S., **Bertsch I.**, Praud N., Huynh A. C. & Courtois R (2020). ***Child pornography: Characteristics of its depiction and use***. *Medico-Legal Journal*, 88(3),139-143

2019 **Bertsch I.**, Cochez F., Moulden H.M., Prat S., Lambert H., Lassagne G., Lamballais C, Defache L., Pelletier M. & Courtois R. (2019). ***Comparaison franco-canadienne du développement des Cercles de soutien et de responsabilité (CSR) pour la prévention du risque de récidive des délinquants sexuels.*** *International Journal of Risk and Recovery,*2(2),28-35.

Courtois R., Humeau H., **Bertsch I.,** Lamballais C., Baudin G. & Potard C. (2019). ***Élaboration d'une échelle des représentations sociales négatives concernant les auteurs de violences sexuelles***. *Annales médico-psychologiques*, 177(9), 924-931

2017 **Bertsch I.,** Marcel, D., Larroque, I., Chouli, B., Prat, S. & Courtois, R. (2017***). Prévenir la récidive de violence sexuelle en s'intéressant aux conditions de sortie de détention des auteurs d'infractions à caractère sexuel en France ?*** *La Presse Médicale*, 45(5), 544-545

**Bertsch I.,** Pham T.H. , Réveillère C., & Courtois R. (2017). ***Evaluation du risque de récidive des auteurs d'infraction à caractère sexuel.*** *Annales Médico-Psychologiques,* 175, 294-296

2016 Barrault S., Hegbe K. G., **Bertsch I.,** & Courtois R. (2016). ***Relation entre les évènements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques.*** *Psychotropes*, 22(3-4), 59-75

2015 **Bertsch I.** & Prat S. (2015). ***Les appels obscènes : quelle réalité clinique ?*** *European Psychiatry,* 30(8), S22 – Q1

**Bertsch I.** & Cano J.P. (2015). ***Approche motivationnelle auprès des auteurs de violences sexuelles: état de la littérature et aspects cliniques***. *Journal des Thérapies Comportementales et Cognitives*, 25(2), 48-57

2014 Prat S., **Bertsch I.**, Chudzik L., Réveillère C. (2014). ***Women convicted of a sexual offence, including child pornography production: two case reports.*** *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 23,22-24

2013 Prat S., **Bertsch I.**, Chudzik L. & Réveillère C. (2013). ***Developing software to estimate age in child pornography images for forensic purposes: Relevance and limitations in psychocriminology.*** *Journal of Forensic Sciences*, 58: 845–846

## // ACTIVITES DE RECHERCHE ----------

**Comité scientifique Congrès International Francophone sur la Violence Sexuelle (CIFAS)**
*Développement du programme scientifique du CIFAS*

**Studium Institut d'études avancées du Val-de-Loire (Consortium 2018) : ARSA (2019-2021)** " Évaluation du risque d'agression sexuelle : ajustement psychologique, déterminants neuropsychologiques et psychiatriques "
*Participation aux réunions, présentation de travaux, participation aux développement des projets de recherche à venir*

## // PRINCIPALES COMMUNICATIONS RECENTES ---------

**Bertsch I.** & Miele C. (2021, juin). ***Prévention du 1er passage à l'acte des AICS : l'exemple du dispositif « STOP ».*** *Journées Francophone de Sexologie et de Santé Sexuelle, Nantes (France)*

**Bertsch I.** (2020, février). ***Sexual addiction and violence: what links?*** American Academy of Forensic Sciences, Anaheim (USA)

**Bertsch I.**, Courtois R., Pham T. & Reveillère C. (2019, février). ***Personality dimensions of sexual offenders. A review of five-factor models***. American Academy of Forensic Sciences, Baltimore (USA)

**Bertsch I.** & Cano J.P. (2019, juillet). ***Sexual attraction for adolescents: a psychopathological category? About the concept of hebephilia.*** International Academy of Law and Mental Health, Rome (Italie)

Ingrid MARTIN-BERTSCH

# Risque de récidive sexuelle, violente et générale des auteurs d'infractions à caractère sexuel : technique d'évaluation, facteurs de risque et profils cliniques


## Résumé

La prise en charge du risque de récidive des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) doit s'appuyer sur une évaluation solide du risque de récidive (principe du risque), rendue possible grâce aux échelles structurées restant peu implantées en France (Article 1). La prise en charge doit se concentrer sur les besoins criminogènes du patient (principe des besoins), reposant sur des facteurs spécifiques de risque. Enfin, elle doit être personnalisée (principe de la réceptivité), prenant en compte la diversité des AICS.

Cette thèse a pour objectif *(i)* de valider les qualités psychométriques de 3 échelles de risque de récidive (sexuelle, violente, générale) auprès d'une population française, *(ii)* d'identifier le rôle et la dynamique de plusieurs facteurs de vulnérabilité psychologique liés au risque de récidive et *(iii)* de préciser les profils d'AICS en identifiant des « clusters » selon le risque de récidive.

Un échantillon de 128 auteurs de violence détenus, dont 86 AICS, a été interrogé. Les résultats sont détaillés dans 8 articles originaux : 4 articles traitent du processus de validation des échelles RSVP, HCR-20 et LS/CMI. Trois articles apprécient les liens entre *(i)* risques de récidive et *(ii)* personnalité, impulsivité, distorsions cognitives et empathie chez les AICS. Un article décrit des clusters d'AICS à partir de leurs niveaux de risque. La discussion générale souligne des perspectives pratiques, de recherche et cliniques.


*Mots-clefs :* Risque de récidive, évaluation, agresseurs, facteurs psychologiques, violence sexuelle


## Abstract

Management of the risk of reoffending by sexual offenders must be based on a sound assessment of the risk of reoffending (risk principle), allowed by structured scales that are still not widely used in France (Article 1). Management must focus on the criminogenic needs of the patient (needs principle), based on specific risk factors. Finally, it must be personalized (responsiveness principle), considering the diversity of sexual offenders.

This thesis aims to *(i)* validate the psychometric qualities of three recidivism risk scales (sexual, violent, general) in a French population, *(ii)* identify the role and dynamics of several psychological vulnerability factors related to recidivism risk, and *(iii)* specify sexual offenders' profiles by identifying "clusters" according to recidivism risk.

A sample of 128 detained perpetrators of violence, including 86 sexual offenders, was interviewed. The results are detailed in 8 original articles: 4 articles deal with the validation process of the RSVP, HCR-20 and LS/CMI scales. Three articles assessed the relationship between *(i)* recidivism risk and *(ii)* personality, impulsivity, cognitive distortions and empathy of sexual offenders. One paper describes clusters of sexual offenders based on their risk levels. The general discussion highlights practical, research and clinical perspectives.


*Keywords*: Risk of recidivism, assessment, perpetrators, psychological factors, sexual violence