

Rapport d'expert [22]

Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficacité de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ?

Thierry PHAM

Professeur de psychologie forensic criminelle, Université de Mons (Belgique), Directeur du Centre de recherche en défense sociale de Tournai (Belgique), professeur associé à l'Université des Trois Rivières, Québec, Canada.

Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante : Pham, T. (2018). Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficacité de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

Sommaire

Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficacité de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ?	1
Sommaire	1
La récidive.....	2
L'efficacité du traitement.....	2
Les instruments d'évaluation du risque de récidive	3
Etape 1. Les échelles statiques de risque	3
Etape 2. L'évaluation dynamique	4
Étape 3. Critères complémentaires additionnels	5
Bibliographie.....	11

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

La récidive

Compte tenu de la demande des sociétés à accroître la sécurité de leurs concitoyens, nous assistons, depuis près de trois décennies, à un important développement de recherches dans le domaine de l'évaluation du risque de récidive. Trois points principaux seront traités dans cette partie. Dans un premier temps, nous aborderons la récidive sexuelle. Nous développerons ensuite le domaine de l'évaluation du risque en abordant trois types de méthodes différentes, mais complémentaires. Enfin, nous clôturerons sur la question de l'efficacité du traitement.

Les délinquants sexuels récidivent-ils toujours ? D'entrée de jeu, la réponse est clairement négative. Les chiffres les plus importants ont été dégagés par Hanson et Buissière dans le cadre d'une synthèse ayant intégré une soixantaine d'études couvrant plus de 20.000 agresseurs sexuels (voir Pham et Ducro, 2006). Par conséquent, contrairement à une idée répandue, les taux de récidive officielle n'augmentent pas de manière exponentielle au fur et à mesure du temps. Parmi les études couvrant de très longues périodes de suivi, les taux de récidive n'excèdent presque jamais 40%. Même parmi les praticiens travaillant dans le champ de la délinquance, on ignore parfois que le taux de récidive générale des agresseurs sexuels est plus faible que celui d'autres délinquants. On ignore parfois que les agresseurs sexuels commettent aussi des délits non sexuels tels que le vol. Rappelons que la récidive sexuelle officielle s'appuie sur l'inculpation, l'arrestation ou la condamnation de nouvelles infractions. Par conséquent, les pourcentages rapportés concernant la récidive sexuelle officielle sous-estiment la récidive sexuelle réelle. Il existe ainsi un important fossé entre la perception de l'opinion publique et les données issues de la recherche. Ce fossé s'explique notamment par la surmédiatisation des agresseurs sexuels et plus particulièrement celle des meurtriers sexuels qui constituent, de nos jours, un prototype de la dangerosité.

2

L'efficacité du traitement

L'évolution des modèles de traitement spécifiques aux AICS, depuis les modèles explicatifs du passage à l'acte jusqu'aux modèles de réhabilitation, suscite des débats sur la manière de traiter efficacement les AICS (Ducro, Pham & Cortoni, 2017). Marshall et Marshall (2017) ont souligné que, si à l'origine les programmes étaient basés sur des idées et non des faits vérifiés, les récents programmes identifient des critères dynamiques de risque de récidive et le travail clinique correspondant.

Il existe des principes reconnus dans le traitement correctionnel permettant de réduire le risque futur de récidive auprès des délinquants en général. Ceux-ci sont connus sous le nom des principes du risque-besoin-réceptivité. Le principe du risque détermine quel degré d'intervention le délinquant doit recevoir. En général, un délinquant à haut risque exige un traitement plus intense qu'un délinquant à faible risque. Obliger un délinquant à faible risque à participer à un traitement intensif peut même augmenter son risque de récidive. De façon similaire, le taux de récidive d'un délinquant à haut risque ne sera pas réduit s'il ne reçoit pas un traitement suffisamment intensif. On suggère qu'un minimum de 300 heures de thérapie est exigé pour traiter efficacement les délinquants à haut risque.

Le principe du besoin stipule que les besoins criminogènes, ou les facteurs dynamiques, constituent des cibles de traitement appropriées. Ainsi, le fait de cibler les troubles psychologiques généraux ou d'autres facteurs qui ne sont pas directement liés aux comportements criminels, telle que l'estime de soi, ne permet pas une diminution significative de la récidive. Le traitement doit, par conséquent, s'intéresser aux éléments qui sont directement liés aux comportements criminels, comme par exemple

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

les facteurs de prévention de la récidive telle que la consommation d'alcool qui désinhibe le passage à l'acte. Le traitement doit aussi s'intéresser aux facteurs évolutifs de risque tels que les attitudes ou les croyances qui encouragent le délit sexuel (« les enfants s'épanouissent et ont besoin de relations sexuelles », « les femmes ne disent jamais réellement non »).

Finalement, le principe de la réceptivité identifie le type de traitement qui devrait être mené. Il est reconnu que les thérapies structurées de type cognitif et comportemental sont plus efficaces pour aider les délinquants à réduire leurs risques de récidive en comparaison aux thérapies non structurées, non directives, psycho-dynamiques et trop axées sur l'introspection. Ces principes s'appliquent à tous les types de délinquants, incluant les agresseurs sexuels.

Un traitement approprié peut réduire le risque de récidive sexuelle de moitié. Ainsi, les délinquants ayant reçu un traitement basé sur leur risque de récidive, leurs facteurs de changement ainsi qu'une thérapie cognitive et comportementale présentent 10% de récidive comparativement à 19 % pour ceux n'ayant pas reçu ce type de traitement. Cette efficacité s'appliquant tant pour les délinquants traités en prison que pour ceux ayant été traités au sein de la communauté, via un traitement ambulatoire.

Une évaluation de l'efficacité thérapeutique des programmes se fait via une évaluation du risque de récidive dynamique des AICS à différents moments de la prise en charge, en fin de prise en charge, voire même après la prise en charge. A ce jour, certains auteurs soulignent que la littérature n'établit pas, de manière définitive, l'efficacité thérapeutique des différentes approches de prise en charge des AICS (Rice & Harris, 2013). Selon ces auteurs, seul un essai randomisé peut fournir une réponse univoque à la question de l'efficacité. D'autres auteurs, comme Marshall, soulignent que ce type de recherche n'est pas réaliste dans la mesure où les environnements médico-légaux ne permettent pas de placer les délinquants sexuels dangereux dans des groupes « non traité ». Par ailleurs, certains programmes sont évalués démontrant une réduction de la récidive après traitement (Marshall, Marshall, & Burton, 2013). Néanmoins, une limite de ces programmes (Marshall & Marshall, 2017) ne permet pas d'affirmer, après une approche comparative, si une approche spécifique (exemple : Good live) est plus efficace qu'une autre (exemple : prévention de la rechute). Par ailleurs, des méta-analyses à grande échelle (Lösel & Schmucker, 2005, 2014) impliquant plus de 20.000 participants ont rapporté des résultats relatifs aux taux de récidive et à leur évolution, ceux-ci suggèrent un effet significatif du traitement sur la récidive des AICS afin d'orienter les professionnels dans le choix de leurs cibles thérapeutiques.

3

Les instruments d'évaluation du risque de récidive

Etape 1. Les échelles statiques de risque

Ces échelles sont essentielles afin de mesurer un ordre de grandeur de risque avant de définir ou d'assigner l'AICS. En effet, une échelle actuarielle, comme la Statique-99, permet de mesurer un niveau de risque de récidive à long terme. Il est indispensable d'évaluer tant les antécédents que les facteurs de changement liés au risque de récidive. Une évaluation statique du risque paraît indispensable avant une évaluation dynamique.

Insérer la table 1.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Etape 2. L'évaluation dynamique

2a. Les échelles de jugement structuré

Une des critiques les plus fréquemment adressées à l'encontre des instruments actuariels est leur fonctionnement mécanique. En effet, ces instruments débouchent sur un score total qui résulte de l'addition de scores à chacun des critères. Ces instruments évaluent le risque de récurrence à long terme, mais n'identifient pas les besoins, les changements thérapeutiques. Ces limites ont amené au développement des échelles de jugement structuré. D'une part, la fixité des aspects évalués ne permet pas de tenir compte des changements survenant dans la vie du délinquant. Il n'est pas évident pour un évaluateur de comprendre la dynamique psychologique d'un patient (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017).

Il existe néanmoins deux catégories d'instruments d'évaluation pertinentes pour la prise en charge thérapeutique et la mesure de son efficacité via des mesures répétées, pré-pendant-post traitement.

Ces échelles sont constituées de facteurs de risque qui dérivent de la recherche sur les délits sexuels ou violents. Elles comprennent aussi des critères évolutifs dits « dynamiques » tels que le soutien social ou l'évolution de l'agresseur au cours de la thérapie. L'évaluation du niveau de risque s'effectue à partir de la combinaison de critères évalués. Il est recommandé de réévaluer le risque de manière périodique afin d'apprécier son évolution. Parmi ces instruments, on trouve la Sexual Violence Risk-20 items.

Insérer la table 2.

Cet instrument comprend 20 critères de « risque » qui sont regroupés en plusieurs catégories concernant l'adaptation psychosociale, les délits sexuels et les projets futurs. Elle n'a pas la prétention d'être exhaustive. L'évaluation de la SVR-20 repose sur plusieurs sources d'informations telles que les interviews, les tests standardisés relatifs au comportement sexuel, la mesure de la déviance sexuelle, l'évaluation des connaissances et des attitudes sexuelles, l'usage de substances ou la présence d'un diagnostic psychopathologique. Un développement récent de cette échelle consiste en la *Risk for Sexual Violence Protocol* (RSVP ; Hart et al., 2003b). Il s'agit d'une procédure d'évaluation du risque exhaustive basée sur la SVR-20. Il s'agit davantage d'un protocole évaluatif qui envisage aussi la possibilité de formuler des scénarios de risque.

2b. Les instruments dynamiques du risque de récurrence

Les instruments dynamiques d'évaluation du risque de récurrence sont constitués de deux catégories de facteurs. Les facteurs dynamiques « stables » peuvent évoluer sur de longues périodes de temps (par exemple, les déviances sexuelles, l'alcoolisme, les distorsions cognitives) alors que les facteurs dynamiques « aigus » reflètent des changements d'état rapide (par exemple, la perte de soutien social, un état aigu d'alcoolisme, un accès soudain de colère). Un exemple d'instrument est la « Stable Aigu » créée par Hanson. Cet instrument comprend deux parties. La première appelée « Stable » est constituée de cinq domaines répartis en 13 items telles que les influences sociales sur le comportement délinquant, les problèmes vécus au niveau de l'intimité ou de la maîtrise de soi. Il s'agit d'une échelle actuarielle validée ayant pour but d'évaluer les besoins criminogènes des délinquants sexuels adultes, à l'aide de facteurs de risque dynamiques stables (Hanson et al., 2007 ; Hanson, Helmus & Harris, 2015). Les facteurs évalués sont susceptibles d'être modifiés par une intervention soutenue mais, tendent à perdurer à travers les mois, voire les années (Hanson et al., 2007; Hanson et al., 2015). La

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

seconde partie appelée “Acute” comprend onze facteurs décrivant par exemple l'accès aux victimes, l'hostilité ou les préoccupations sexuelles. Cet instrument permet d'apprécier si les interventions thérapeutiques contribuent à réduire le risque de récurrence. Contrairement aux échelles actuarielles uniquement constituées de facteurs de risque statiques, la cotation de la STABLE-2007 requiert une entrevue avec le délinquant ou des dossiers cliniques très détaillés. Il est recommandé d'utiliser la STABLE-2007 en combinaison avec la Statique-99R (ou 2002R) et l'AIGU-2007 (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017).

Insérer les tables 3 et 4

Étape 3. Critères complémentaires additionnels

Cette troisième étape est plus facultative et complémentaire que la seconde. Elle vise à expliciter, valider et compléter des critères ou domaines précédemment évalués de manière plus sommaire au sein des échelles structurées et dynamiques. Ainsi des domaines tels que les intérêts sexuels déviants, la qualité des relations sociales ou intimes sont abordés comme critère unique au sein des échelles de jugement structuré ou dynamique.

3a. Les facteurs protecteurs.

Le SAPROF est une échelle d'évaluation structurée utilisée en complémentarité avec les évaluations du risque comme le HCR-20 ou la SVR-20 (Douglas, Hart, Webster & Belfrage, 2013 ; de Vogel, de Ruiter, Bouman & de Vries Robbé, 2007 ; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997). Le SAPROF est composé de 17 facteurs protecteurs généraux regroupés en trois catégories

Insérer table 5.

Cependant, De Vries Robbé, Mann, Maruna et Thornton, (2015) ont développé des facteurs protecteurs relatifs aux AICS :

- a) Intérêts sexuels sains : Il s'agit d'un intérêt sexuel envers des adultes consentants avec une pulsion sexuelle d'intensité modérée et donc non pathologique. La médication est proposée comme facteur protecteur.
- b) Capacité d'intimité émotionnelle : Il s'agit de la capacité à maintenir des relations émotionnellement proches et satisfaisantes avec d'autres adultes. Mais, aussi des attitudes positives envers les femmes ainsi que la faculté à se soucier des autres. Les facteurs protecteurs sont l'empathie, un attachement sécurisé durant l'enfance et des relations intimes saines.
- c) Réseau de soutien social et professionnel constructif : Cela correspond à la capacité de développer des relations constructives avec d'autres adultes. Il peut s'agir de personnes avec un rôle de soutien et d'autorité professionnels. Les individus doivent accepter les règles et la supervision ainsi qu'être en présence d'un réseau social respectueux des lois. Les facteurs protecteurs sont la motivation au traitement, les attitudes positives envers l'autorité ainsi que des soins de la part de professionnels.
- d) Vie dirigée par un but : Il s'agit de la capacité d'établir des objectifs et de planifier les activités quotidiennes afin de réaliser ces objectifs. Les facteurs protecteurs sont la capacité à gérer ses finances, avoir des buts dans la vie ainsi qu'une bonne intelligence.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- e) Bonne résolution des problèmes : Il s'agit de l'efficacité à résoudre les problèmes quotidiens sans se laisser envahir ou avoir recours à des stratégies anti-sociales. Le facteur protecteur est la présence de capacités d'adaptation fonctionnelles.
- f) Être investi dans son emploi ou dans des activités de loisirs : Il s'agit d'avoir une activité constructive. Cette activité doit mener à l'établissement d'un sentiment de satisfaction et de réalisation intrinsèque. Le travail et les activités de loisirs en sont les facteurs protecteurs.
- g) Sobriété : Il s'agit de la capacité à ne pas consommer de l'alcool ou des drogues illicites. Le fait d'avoir un emploi se révèle être un facteur protecteur.
- h) Attitudes optimistes et motivées envers la désistance : Il s'agit de faire appel à des modèles cognitifs optimistes améliorant le changement. Pour ce faire, l'individu devra se focaliser sur le positif lorsque des événements négatifs surviendront. Les facteurs protecteurs sont la thérapie comme tournant dans la vie ainsi que la médication.

Sur base de ces facteurs, une version du SAPROF adaptée aux AICS est en cours de développement. Ainsi, l'utilisation complémentaire des « forces » dans la prise en charge permet de palier à plusieurs critiques liées à l'évaluation des « faiblesses » de l'individu (De Vries Robbé et al., 2015). D'abord, cela permet d'améliorer la validité prédictive des échelles de risque (De Vries Robbé, De vogel & Douglas, 2013). Ensuite, se focaliser sur une seule facette du risque peut amener à une surévaluation du risque. Cela appauvrit également la gestion du risque et la mise en place d'un traitement adéquat (Rogers, 2000). Enfin, La focalisation de l'évaluation sur le plan du déficit peut se révéler stigmatisant pour le justiciable (Attril & Liell, 2007).

3b. Les distorsions cognitives

Deux questionnaires, à partir de leurs qualités psychométriques sont utilisables, la *Molest Scale* (Bumby, 1996), composée de 38 items, pour évaluer les distorsions cognitives relatives à l'agression sexuelle d'enfants, et la *Rape Scale* (Bumby, 1996), regroupant 36 items, pour évaluer les distorsions cognitives relatives à l'agression sexuelle de femmes adultes (voir Vanderstukken et al., 2006). Les résultats à ces questionnaires ne permettent pas de déterminer la présence ou l'absence de distorsions cognitives, ou encore leur nombre, mais bien le positionnement de l'auteur d'agression sexuelle par rapport à ces distorsions (Cortoni & Vandertukken, 2017). Néanmoins, leur intérêt lors de la prise en charge a été souligné (Vanderstukken et al., 2015). Il importe de souligner que l'utilisation de questionnaires nécessitent de contrôler la désirabilité sociale via un des questionnaires existants.

Table 1. Feuille de cotation de la Statique-99R

Question n°	Facteur de risque	Codes	Score
1	Âge au moment de la libération	18 à 34,9 ans	1
		35 à 39,9 ans	0
		40 à 59,9 ans	-1
		60 ans et plus	-3
2	Cohabitation	Ce délinquant a-t-il cohabité avec un amant (homme ou femme) pendant au moins deux ans?	
		Oui Non	0 1

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

3	Infractions répertoriées avec violence non sexuelle	Non Oui	0 1
	Condamnations?		
4	Infractions antérieures avec violence non sexuelle	Non Oui	0 1
	Condamnations?		
5	Infractions sexuelles antérieures	Accusations Aucune 1-2 3-5 6+	Condamnations Aucune 1 2-3 4+ 0 1 2 3
6	Prononcés de peine antérieurs (sauf l'infraction répertoriée)	Non Oui	0 1
7	Condamnations pour infractions sexuelles sans contact	Non Oui	0 1
8	Au moins une victime sans lien de parenté avec le délinquant	Non Oui	0 1
9	Au moins une victime qui était un inconnu	Non Oui	0 1
10	Au moins une victime de sexe masculin	Non Oui	0 1
	Score total	Faire la somme des scores obtenus pour les différents facteurs de risque	

7

Table 2. Items de la SVR-20

Sous-échelles et items

Nom des items

Ajustements Psychosocial

1. Déviation sexuelle
2. Victime d'abus pendant l'enfance
3. Psychopathie
4. Troubles mentaux majeurs
5. Usage de substances
6. Idées suicidaires – de meurtre

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- 7. Problèmes relationnels
- 8. Problèmes d'emploi
- 9. Antécédents de délits violents non sexuels
- 10. Antécédents de délits non violents non sexuels
- 11. Echech de supervision passée

Délits Sexuels

- 12. Haute densité des délits sexuels
- 13. Multiplicité des délits sexuels
- 14. Séquelles physiques aux victimes d'abus sexuels
- 15. Usage d'armes ou de menaces de mort lors de l'abus sexuel
- 16. Escalade dans la fréquence ou la gravité des délits sexuels
- 17. Minimisation extrême ou déni des délits sexuels
- 18. Attitudes qui supportent ou qui justifient les délits sexuels

Projets Futurs

- 19. Manque de projets réalistes
- 20. Attitude négative envers l'intervention

Table 3. Feuille de cotation de la STABLE-2007

Élément coté	Total Section
Influences sociales importantes	
Capacité de stabilité dans ses relations	
Identification émotionnelle aux enfants	
Hostilité à l'égard des femmes	
Rejet social en général	
Absence d'empathie à l'égard d'autrui	
Gestes impulsifs	

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Faibles aptitudes cognitives pour la résolution de problèmes	
Émotions	négatives
Libido	
Préoccupations sexuelles	
Recours au sexe comme mécanisme d'adaptation	
Intérêts sexuels déviants	
Coopération dans le cadre de la surveillance	
Additionnez les cases pour obtenir le score total (Score sur 24 pour ceux qui n'ont pas agressé d'enfant)	_____ / 26

Table 4. Feuille de cotation de l'AIGU-2007

Cote « Récidive sexuelle/avec violence » (additionner les cotes des quatre facteurs)	Cote	Cote « Récidive générale » (additionner les cotes des sept facteurs)	Cote
▪ Accès aux victimes		→ Reporter dans la col. de droite →	
▪ Hostilité		→ Reporter dans la col. de droite →	
▪ Préoccupations sexuelles		→ Reporter dans la col. de droite →	
▪ Rejet de la surveillance		→ Reporter dans la col. de droite →	
		▪ Effondrement émotionnel	
		▪ Effondrement des supports sociaux	
		▪ Toxicomanie	
Risque de récidive sexuelle ou avec violence – Total (somme des cotes des quatre facteurs)		Risque de récidive générale – Total (somme des cotes des sept facteurs)	

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Table 5. Fiche d'évaluation du Saprof (De Vogel, de Ruitter, Bouman @ de Vries Robbé, 2011)

Facteurs internes		Cote	Acquis	But
1.	Intelligence		<input type="checkbox"/>	
2.	Attachement sécurisant dans l'enfance		<input type="checkbox"/>	
3.	Empathie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Habilités d'adaptation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Maîtrise de soi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facteurs liés à la motivation		Cote	Acquis	But
6.	Travail		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Activités de loisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Gestion des finances		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Motivation au traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Attitudes envers l'autorité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Objectifs de vie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Médication <input type="checkbox"/> N.D.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facteurs externes		Cote	Acquis	But
13.	Réseau social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Relation intime		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Soins professionnels		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Conditions de vie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Contrôle externe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10

Bibliographie

- Attril, G., & Liell, G. (2007). Offenders views on risk assessment. In N. Padfield (Ed.), *Who to release? Parole, fairness and criminal justice* (pp.191-201). Cullompton: Willan.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, British Columbia: Institute Against Family Violence.
- Brouillette-Alarie, S., & Hanson, R. K. (2017). L'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels. In F. Cortoni & T.H. Pham (Eds.), *Traité de l'agression sexuelle* (pp. 97-128). Bruxelles : Mardaga.
- Bumby, K.M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8(1), 37-54.
- Cortoni, F., & Vandertukken, O. (2017). L'évaluation des besoins en matière de traitement. In F. Cortoni & T.H. Pham (Eds.), *Traité de l'agression sexuelle* (pp. 129-144). Bruxelles : Mardaga.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2011). *SAPROF. Guide d'évaluation des facteurs de protection pour le risque de violence* (J.-P. Guay & T. Costi : Trans). Utrecht: Forum Educatief.
- de Vries Robbé, M., Mann, R.E., Maruna, S., & Thornton, D. (2015). An Exploration of protective factors supporting desistance from sexual offending. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 27(1), 16-33.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., & Douglas, K.S. (2013). Risk factors and protective factors: A two-sided dynamic approach to violent risk assessment. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(4), 440-457.
- Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T., & Helmus, L. (2007). Évaluation du risque chez les délinquants soumis à une surveillance dans la collectivité : le Projet de surveillance dynamique (Publication no 2007-05). Ottawa: Sécurité publique Canada.
- Hanson, R.K., Helmus, L.M., & Harris, A.J.R. (2015). Assessing the risk and needs of supervised sexual offenders: A prospective study using STABLE-2007, Static-99R and Static-2002R. *Criminal Justice and Behavior*, 42(12), 1205-1224.
- 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*. Burnaby: Mental Health, Law and Policy Institute of Simon Fraser University.
- Hart, S.D., Webster, C.D., Douglas, K.S., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*. Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1(1), 117-146.
- Pham, T.H. (Ed.) (2006). *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*, Bruxelles : Mardaga, Collection psychodiagnostic (J. Grégoire, Dir.).
- Pham, T.H., & Ducro, C. (2006). L'évaluation du risque de récidive chez les agresseurs sexuels. In T.H. Pham (Ed.), *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Bruxelles : Mardaga, Collection psychodiagnostic (J. Grégoire, Dir.).
- Marshall, W.L. & Marshall, L.E. (2017). Le traitement des agresseurs sexuels adultes. In F. Cortoni & T.H. Pham (Eds.), *Traité de l'agression sexuelle* (pp. 163-178). Bruxelles : Mardaga.
- 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.
- Vanderstukken, O., Menghini, M., Willocq, L. & Pham, H.T. (2006). Evaluation du déni des distorsions cognitives et de l'empathie chez les agresseurs sexuels. In T.H. Pham (Ed.). *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*, Bruxelles : Mardaga, Collection psychodiagnostic (J. Grégoire, Dir.).
- Rice, M.E., & Harris, G.T. (2013). Treatment for adult sex offenders: May we reject the null hypotheses? In K. Harrison & B. Riley (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of legal and ethical aspects of sex offender treatment and management* (pp. 219-235). Chichester: John Wiley & Sons.
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24(5), 595-605.