

RECHERCHE SUR L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT CHEZ LES DÉLINQUANTS SEXUELS

Franca Cortoni¹, Kevin Nunes²

Introduction

L'intervention thérapeutique auprès des délinquants sexuels vise à réduire la probabilité de nouvelles agressions sexuelles. Des études méta-analytiques récentes démontrent que les interventions cognitivo-comportementales diminuent la récidive chez les délinquants sexuels (Gallagher, Wilson, Hirschfield, Coggeshall, & MacKenzie, 1999; Hanson et al., 2002). Malgré ces résultats encourageants, les aspects de l'intervention liés à cette réduction n'ont pas été identifiés avec précision. Autrement dit, nous devons vérifier si l'intervention thérapeutique auprès des délinquants sexuels entraîne des changements en lien avec les objectifs du traitement. En étudiant en particulier le changement associé aux effets de traitement, il est possible de déterminer les aspects du programme de traitement associés à la réduction de la récidive, et ainsi valider que le traitement a un impact sur la réduction de la récidive (Beech, Fisher, & Bishopp, 2004). Le but de la présente étude était de vérifier si la participation au programme national pour délinquants sexuels (PNDS) du Service correctionnel du Canada (SCC) a entraîné les changements visés par le traitement, ainsi qu'une réduction de la récidive criminelle.

Le PNDS est un programme d'intervention thérapeutique de groupe pour les délinquants sexuels de sexe masculin. Il s'appuie sur les principes du risque et des besoins criminogènes (Andrews & Bonta, 2003), et est offert à intensité faible et modérée. Selon le principe du risque, les délinquants à risque élevé doivent recevoir des interventions plus intensives, alors que le principe des besoins stipule que le

traitement doit viser les facteurs directement liés au comportement déviant. Le PNDS à intensité modérée n'est offert qu'aux détenus et comporte des séances de groupe de 10 à 14 heures par semaine, échelonnées sur une période de quatre à cinq mois, pour un total de 160 à 280 heures. Le PNDS à faible intensité est offert dans les pénitenciers fédéraux et dans la collectivité. Il propose des séances de groupe de trois à cinq heures par semaine, échelonnées sur une période de deux à trois mois, pour un total de 24 à 60 heures. Ces programmes sont habituellement suivis d'un programme de maintien des acquis, destiné à aider les participants à maintenir leurs progrès thérapeutiques lorsqu'ils font face à des situations réelles.

Le programme repose sur une intervention de type cognitivo-comportementale et semi-structurée afin de réduire le risque de récurrence des délinquants sexuels en visant les facteurs de risque dynamiques (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Le programme touche alors les distorsions cognitives, les fantasmes et le comportement sexuel déviant, l'acquisition d'habiletés sociales, la gestion de la colère et des émotions, l'empathie, ainsi que la sensibilisation au traumatisme des victimes. Ces objectifs visent à permettre au délinquant de mieux comprendre sa vulnérabilité aux facteurs de risque qui le concernent, d'élaborer des stratégies pour éliminer ou contrôler les facteurs visés et d'accroître sa sensibilité aux répercussions des agressions sexuelles sur les victimes; le programme aide enfin le délinquant à établir un plan d'autogestion pour l'aider à gérer ses facteurs de risque.

Méthode

Participants

La présente étude a porté sur 347 délinquants sexuels ayant participé au programme entre 2000 et 2004. De ce nombre, 182 délinquants (47,6%) ont participé au programme à intensité modérée et 165 (52,4%), au programme à faible intensité. Vingt-six délinquants (7,5%) n'ont pas terminé le programme.

L'étude comptait aussi un groupe témoin composé de 137 délinquants sexuels qui n'ont pas eu de traitement. Ces délinquants provenaient d'une base de données déjà existante au SCC (; Motiuk & Brown, 1996; Motiuk & Porporino, 1993). Motiuk et Porporino (1993) ont recueilli un vaste éventail de renseignements sur les délinquants sexuels constituant leur échantillon, notamment en ce qui a trait à leur participation à un traitement pour délinquants sexuels. Afin d'établir un groupe de référence approprié, seuls les délinquants qui, d'après les informations contenues dans la banque de données, n'ont jamais eu accès à un programme de traitement ont été sélectionnés pour étudier l'influence du traitement sur la récidive.

Mesures

Évaluation du risque

Statique-99. Le *Statique-99* (Hanson & Thornton, 1999) est un instrument actuariel conçu pour évaluer le risque de récidive sexuelle. Il est composé de 10 éléments statiques; le score total de l'échelle peut varier de 0 à 12. Plus le score est élevé, plus le risque de récidive est important. La validité prédictive de *Statique-99* a été établie par plusieurs études (Hanson & Morton-Bourgon, 2004).

Mesures du changement associé au traitement

Échelles des distorsions cognitives de Bumby (1996). Il s'agit de deux échelles mesurant le niveau de distorsions cognitives des idées qui sous-tendent la violence sexuelle à l'endroit des enfants pour l'une, ou des agressions sexuelles à l'endroit des femmes pour l'autre. Sur l'échelle des distorsions cognitives de l'agression sexuelle envers les enfants (38 éléments), les scores peuvent varier de 38 à 152. Sur l'échelle des distorsions cognitives portant sur les viols (36 éléments), les scores peuvent varier de 36 à 144. Plus les scores sont élevés, plus on dénombre de cognitions qui nourrissent les agressions sexuelles.

Échelle de l'intimité sociale de Miller (MSIS). La MSIS (Miller et Lefcourt, 1982) a été conçue pour évaluer le degré d'intimité dans une relation romantique. L'échelle comporte 17 éléments, et les scores varient de 17 à 170. Plus les scores sont élevés, plus le degré d'intimité est élevé.

Échelle révisée de la solitude d'UCLA. L'échelle révisée de la solitude d'UCLA (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980) compte 20 éléments. Les scores varient de 20 à 80; plus les scores sont élevés, plus le sentiment de solitude social est important.

Mesure de l'empathie des agresseurs d'enfants (CMEM). La CMEM (Fernandez, Marshall, Lightbody, & O'Sullivan, 1999) évalue dans quelle mesure le délinquant éprouve de l'empathie à l'endroit : a) des enfants en général; b) d'un enfant qui a été victime de violence sexuelle; c) de son ou ses enfants victimes. Les scores varient de 0 à 500 pour chaque sous-échelle.

Mesure de l'empathie des violeurs (REM). La REM (Fernandez & Marshall, 2003) évalue dans quelle mesure le délinquant éprouve de l'empathie à l'endroit : a) des femmes en général; b) d'une femme victime d'agression sexuelle; c) de sa ou ses victimes adultes. Les scores varient de 0 à 500 pour chaque sous-échelle.

Questionnaire sur les agressions (AQ). L'AQ (Buss & Perry, 1992) consiste en quatre sous-échelles. Les scores varient de 9 à 45 à la sous-échelle de la Violence physique (9 éléments); de 5 à 25 à la sous-échelle de la Violence verbale (5 éléments); de 7 à 35 à la sous-échelle de la Colère (7 éléments); et de 8 à 40 à la sous-échelle de l'Hostilité (8 éléments). Plus les scores sont élevés, plus le niveau d'agression, de colère et d'hostilité est important.

Échelle de l'acceptation de la responsabilité du délinquant sexuel (SOARS). La SOARS (Peacock, 2000) vise à évaluer l'acceptation par le délinquant de la responsabilité de ses infractions sexuelles. Les scores varient de 0 à 32 à la sous-échelle

de l'Acceptation de l'infraction sexuelle (8 éléments), de 0 à 24 à la sous-échelle des Justifications de l'infraction sexuelle (6 éléments), de 0 à 32 à la sous-échelle de l'Acceptation de la planification de l'infraction (8 éléments), de 0 à 32 à la sous-échelle de l'Acceptation des intérêts sexuels (8 éléments), de 0 à 32 à la sous-échelle de l'Acceptation de la souffrance provoquée sur la victime (8 éléments) et de 0 à 32 à la sous-échelle de la Motivation à changer (8 éléments). Plus les scores sont élevés, plus le délinquant accepte la responsabilité de ses actes.

Procédure

Les données de cette étude proviennent du Système de gestion des détenus et de l'étude des dossiers des délinquants. Dans le PNDS, les délinquants doivent compléter les questionnaires énumérés ci-haut pour évaluer leurs progrès en traitement. Cette batterie de tests est d'abord complétée au début du programme, puis de nouveau à la fin (à l'exception de *Statique-99*). Toutefois, puisque de nombreuses données étaient manquantes, le nombre de participants inclus dans les analyses du changement avant et après le traitement varie grandement.

La période de suivi après le traitement s'est étendue entre la date de mise en liberté et la date d'une première nouvelle condamnation ou, en l'absence de nouvelle condamnation, juillet 2005, soit la fin de l'étude. Les renseignements sur la récidive concernant les arrestations et les condamnations criminelles proviennent de la base nationale de données du Centre d'information de la police canadienne (CIPC). Dans la présente étude, la récidive est définie comme la perpétration d'une nouvelle infraction par le délinquant après sa mise en liberté dans la collectivité. Cette infraction peut être violente ou non, à caractère sexuel ou non. Par récidive sexuelle on entend une nouvelle accusation ou condamnation pour une infraction sexuelle. La récidive violente consiste quant à elle en une nouvelle infraction violente, à caractère sexuel ou non. Les catégories ne sont pas absolument exclusives.

Résultats

Comme le montre le tableau 1, les participants au programme étaient légèrement plus âgés et purgeaient en moyenne une peine légèrement plus courte que le groupe de référence. La proportion des délinquants autochtones et des délinquants purgeant une peine d'une durée indéterminée était semblable dans les deux groupes. Le risque de récidive sexuelle, tel que mesuré par le *Statique-99*, était significativement inférieur chez les participants au programme. De plus, la période de suivi en collectivité était beaucoup plus courte pour les délinquants qui avaient participé au PNDS.

Les changements avant et après le traitement

Le niveau de cohérence interne d'une échelle indique dans quelle mesure les éléments de l'échelle sont interreliés ou en harmonie les uns avec les autres. Pour évaluer la cohérence interne des mesures d'auto-évaluation dans l'ensemble des tests du programme, nous avons calculé les coefficients alpha de Cronbach (α). Les mesures comportant des éléments manquants ont été exclues de toutes les analyses. La plupart des mesures avaient une cohérence interne acceptable ($\alpha = 0,63$ à $0,95$), à l'exception de la sous-échelle des Justifications du SOARS, dont la cohérence interne était faible avant et après le traitement ($\alpha = 0,57$ et $0,54$).

Des analyses de variance intrasujets ont été utilisées pour vérifier si le programme avait entraîné les changements attendus. Comme le montre le tableau 2, les résultats de ces analyses ont indiqué une amélioration statistiquement significative après le traitement pour presque toutes les mesures. Par contre, nous n'avons observé aucun changement à l'*Échelle de l'Intimité Sociale* de Miller, ni aux sous-échelles de la Violence verbale et de la Colère du *Questionnaire sur les Agressions*.

Effet du traitement sur la récidive

Le tableau 3 présente les taux de récidive non corrigés des participants au programme et du groupe de référence. Ces taux non corrigés ne tiennent pas compte des

différences entre les participants au programme et le groupe de référence en ce qui concerne la période de récurrence possible et le risque. Afin d'obtenir une analyse plus exacte des taux de récurrence, nous avons procédé à une série d'analyses de régression Cox pour comparer les taux de récurrence des délinquants traités et des groupes de référence, tout en tenant compte de la période de récurrence possible et en contrôlant statistiquement les niveaux de risque. Les analyses de régression de type Cox ont permis d'obtenir des taux de risque. Le taux de risque indique l'augmentation du taux de récurrence dans un groupe comparativement à l'autre. Si le taux de risque est de 1,00, il n'y a pas de lien entre la variable explicative et le taux de récurrence. Si les valeurs sont supérieures à 1,00, le taux de récurrence est élevé, tandis que si les valeurs sont inférieures à 1,00, le taux est faible.

En ce qui a trait à la récurrence sexuelle, les résultats indiquent un taux de risque de 0,32 ($p < 0,06$), ce qui signifie que les participants au programme avaient un taux de récurrence sexuelle inférieur de 68% à celui du groupe de référence ($((0,32-1)*100 = -0,68)$). Le taux de risque de récurrence violente était de 0,17 ($p < 0,05$), ce qui montre que le taux de récurrence violente des participants au programme était inférieur de 83% ($((0,17-1) = -0,83)$). Enfin, le taux de risque pour toute forme de récurrence s'établissait à 0,23 ($p < 0,05$), ce qui indique que le taux global de toute forme de récurrence était 77% plus faible pour les participants au programme ($((0,23-1) = -0,77)$) comparativement aux délinquants non traités.

Discussion

Le but de cette étude était de mesurer, valider ou vérifier l'efficacité du programme pour diminuer la récurrence. De plus, nous avons vérifié si le programme a engendré des améliorations relativement aux cibles du traitement. Les résultats démontrent que le taux de récurrence des délinquants sexuels qui ont participé au programme était nettement inférieur à celui des délinquants qui n'avaient reçu aucun traitement. Des réductions statistiquement significatives du taux de récurrence violente et du taux de toute forme de récurrence ont été notées. En effet, chez les participants au programme,

le taux de récidive violente était inférieur de 83% et le taux de toute forme de récidive était inférieur de 77%. Bien que l'on ait aussi observé des réductions du taux de récidive sexuelle, il ne s'agissait que d'une constatation qui tendait à être statistiquement significative. Ce manque de signification statistique est probablement attribuable à la courte période de suivi et au taux de base de récidive sexuelle très faible, deux facteurs qui affectent la vraisemblance ou la probabilité d'obtenir des résultats statistiquement significatifs (Barbaree, 1997). Néanmoins, le taux de récidive sexuelle était 68% inférieur chez les participants au programme.

Les réductions de la récidive associées à la participation au programme sont encourageantes. Ces constatations correspondent aux résultats des études précédentes (Hanson et al., 2002), qui ont montré que les interventions cognitivo-comportementales ciblant les facteurs liés aux infractions sexuelles réduisent la probabilité de commettre de nouvelles infractions. Les résultats de cette étude nous permettent d'établir que le PNDS est une intervention efficace pour les délinquants sexuels incarcérés.

Dans le même ordre d'idées, nous avons observé, comme plusieurs autres études (Beech, Fisher, & Beckett, 1999; Eastman, 2004; Hudson, Wales, Bakker, & Ward, 2002), une amélioration à l'égard d'un certain nombre d'éléments ciblés par le traitement. Les changements positifs constatés dans les mesures d'auto-évaluation suggèrent que le traitement est parvenu à améliorer bon nombre des facteurs de risque dynamiques associés à la délinquance sexuelle. Il reste toutefois à déterminer si ces changements entraînent de réelles réductions de la récidive. En effet, les liens entre l'importance des changements associés au traitement et la récidive n'ont pu être vérifiés en raison des faibles taux de base de récidive.

Limites

Les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison des limites de la présente étude. Les données recueillies à partir des différents tests ne provenaient que de 33 à 75% des délinquants ayant participé au programme. Nous ignorons si les

participants qui n'ont pas fait partie de la présente étude diffèrent de ceux qui ont été inclus. De plus, nous n'avons pu prendre en compte quelques-unes des mesures utilisées dans l'évaluation du programme parce que l'échantillon était nettement trop petit. Par conséquent, il est impossible de déterminer dans quelle mesure les résultats de la présente étude peuvent être appliqués à l'ensemble des participants au programme.

L'absence de groupe de référence pour analyser les changements associés au traitement pourrait mettre en doute la validité des résultats de la présente étude. Afin d'obtenir un test plus rigoureux de l'efficacité du programme à produire un changement, il aurait fallu disposer d'un groupe témoin de délinquants (p. ex., des délinquants sur une liste d'attente), qui auraient effectué les mêmes tests aux mêmes intervalles de temps, mais sans avoir participé au programme. L'ajout d'un tel groupe aurait permis de vérifier si l'on observait une plus grande amélioration chez les participants au programme que chez les délinquants en attente de traitement. Nous aurions ainsi pu affirmer avec plus de certitude que l'amélioration était réellement attribuable au programme. Par ailleurs, la nature même de l'étude peut aussi mener à d'autres interprétations. Par exemple, il est possible que l'amélioration observée soit attribuable au temps écoulé ou à l'effet de la répétition de tests. Les prochaines études devraient donc pallier cette limite méthodologique en incluant des groupes de référence.

Enfin, même si la présente étude avait disposé d'un groupe de référence pour vérifier l'influence du traitement sur la récidive, il ne s'agissait pas d'une véritable étude expérimentale, puisque les délinquants appariés n'avaient pas a priori été choisis au hasard pour faire partie du groupe de traitement ou d'un groupe témoin. Par conséquent, ces constatations n'établissent pas sans équivoque que le traitement a entraîné la réduction observée de la récidive. Comme le Service correctionnel du Canada a l'obligation légale d'offrir un traitement à tous les délinquants, il lui est impossible d'opter pour un tel modèle d'étude. Malgré tout, les résultats de la

présente étude contribuent à démontrer l'efficacité de ce type d'interventions auprès des délinquants sexuels. Des résultats comparables proviennent de plusieurs études quasi expérimentales. Les résultats obtenus ont également démontré que les interventions cognitivo-comportementales qui ont ciblé des facteurs reconnus empiriquement comme étant liés à la délinquance sexuelle (Hanson & Morton-Bourgon, 2004) et qui sont dispensées à un degré d'intensité correspondant au niveau du risque de récidive (Andrew & Bonta, 2003) réduisent la probabilité de nouvelles agressions sexuelles (Hanson et al., 2002).

- 1 Franca Cortoni
Professeure adjointe, École de criminologie, Université de Montréal
franca.cortoni@umontreal.ca
- 2 Kevin Nunes
Professeur adjoint, Département de psychologie, Université Carleton

Références

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2003). *The Psychology of Criminal Conduct* (3^e éd.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Barbaree, H. E. (1997). Evaluating treatment efficacy with sexual offenders: The insensitivity of recidivism studies to treatment effects. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 111-128.
- Beech, A. R., Fisher, D., & Beckett, R. C. (1999). *STEP 3: An evaluation of The Prison Sex Offender Treatment Programme*. U.K. Home Office Occasional Report. Consulté le 20 mars 2006 de <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf>.
- Beech, A., Fisher, D., & Bishopp, D. (2004, octobre). Pre-post change designs. In A. J. R. Harris (Président), *The future of sex offender treatment outcome research II: The Collaborative Outcome Data committee*. Symposium tenu à l'Annual Research and Treatment Conference de l'Association for the Treatment of Sexual Abusers, Albuquerque, NM, octobre 2004.
- 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, 37-54.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Eastman, B. (2004). Assessing the efficacy of treatment for adolescent sex offenders: A cross-over longitudinal study. *The Prison Journal*, 84, 472-485.
- 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, 11-26.
- Fernandez, Y. M., Marshall, W. L., Lightbody, S., & O'Sullivan, C. (1999). The Child Molester Empathy Measure: Description and examination of its reliability and validity. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 17-31.
- Gallagher, C. A., Wilson, D. B., Hirschfield, P., Coggeshall, M. B., & Mackenzie, D. L. (1999). A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly*, 3(4), 19-29.

- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., & Seto, M. D. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 14*, 169-194.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2004). Les prédicteurs de la récidive sexuelle : Une méta-analyse à jour. Ottawa : Sécurité publique et Protection civile Canada.
- Hanson, R. K., & Thornton, D. (1999). Statique-99 : une amélioration des évaluations actuarielles du risque chez les délinquants sexuels. Ottawa : Solliciteur général Canada.
- Hudson, S. M., Wales, D. S., Bakker, L., & Ward, T. (2002). Dynamic risk factors: The Kia Marama evaluation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 14*, 103-119.
- Miller, R. S., & Lefcourt, H. M. (1982). The assessment of social intimacy. *Journal of Personality Assessment, 46*, 514-518.
- Motiuk, L. L., & Brown, S. L. 1996. Facteurs liés à la récidive chez les délinquants sexuels sous responsabilité fédérale en liberté sous condition (Rapport de recherche No. R-49). Ottawa, Ontario : Service correctionnel du Canada.
- Motiuk, L. L., & Porporino, F. (1993). Examen des antécédents des délinquants sexuels dans le système correctionnel fédéral (Rapport de recherche n^o R-30). Ottawa, Ontario: Service correctionnel du Canada.
- Peacock, E. J. (2000, novembre). Measuring readiness for sex offender treatment. Document présenté à l'Annual Research and Treatment Conference de l'Association for the Treatment of Sexual Abusers, San Diego, CA.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 472-480.

Tableau 1 - Caractéristiques de l'échantillon

Variable	Programme		Référence		<i>t</i> or χ^2
	<i>n</i>	% ou <i>M</i> (EQM)	<i>n</i>	% ou <i>M</i> (EQM)	
Âge à la mise en liberté	347	43,63 (12,60)	137	36,31 (12,03)	-5,83*
Peine totale (années)	344	3,40 (1,57)	135	4,58 (2,60)	6,04*
Peine d'une durée indéterminée	347	0,9 %	137	0	1,19
Autochtones	345	16,8 %	134	17,2 %	0,01
Enfants victimes	342	52,9 %	133	34,6 %	12,91*
Adolescents victimes	342	49,1 %	133	39,1 %	3,87*
Adultes victimes	342	32,7 %	133	54,1 %	18,46*
Statique-99	347	2,37 (1,74)	137	3,91 (1,88)	8,60*
Période de récidive possible (années)	347	2,25 (0,98)	137	6,61 (5,75)	13,36*

* $p < 0,05$.

Tableau 2 - Changements avant et après le traitement selon les mesures d'auto-évaluation

Mesure	N	Avant le programme		Après le programme		F
		M	EQM	M	EQM	
Échelle des agressions sexuelles de Bumby	198	64,81	17,53	53,87	14,83	125,20**
Échelle des viols de Bumby	214	60,14	15,23	49,22	13,99	174,39**
Échelle de l'intimité sociale de Miller	262	135,14	23,73	135,98	25,25	0,35
Échelle sur la solitude d'UCLA	257	41,57	10,13	37,51	9,54	50,77**
Mesure de l'empathie des agresseurs d'enfants						
Enfants en général	139	319,55	59,03	340,86	64,09	19,78**
Enfant victime d'une agression sexuelle	139	374,83	71,45	407,35	55,46	42,48**
Enfant victime du délinquant	139	356,88	89,25	405,91	64,97	71,12**
Mesure de l'empathie des violeurs						
Femmes en général	69	321,46	72,57	334,54	78,66	2,00
Femme victime d'une agression sexuelle	69	378,88	60,28	409,14	48,84	24,80**
Femme victime du délinquant	69	362,30	83,11	403,99	72,42	32,38**
Questionnaire sur les agressions						
Violence physique	212	17,78	6,72	16,45	6,23	13,81**
Violence verbale	212	12,66	3,87	12,84	3,83	0,40
Colère	212	14,27	5,55	13,83	5,23	1,85
Hostilité	212	18,67	6,49	17,03	6,39	15,31**
SOARS						
Acceptation de l'infraction sexuelle	118	25,83	6,00	28,43	4,52	33,04**
Justifications	118	7,42	4,72	8,31	4,43	3,97*
Acceptation de la planification criminelle	118	10,64	8,15	17,79	8,96	101,64**
Acceptation de ses intérêts sexuels	118	17,80	6,18	19,95	6,98	18,57**
Acceptation de la souffrance de la victime	118	26,00	7,00	29,32	4,33	45,46**
Motivation à changer	118	18,84	6,86	20,09	6,67	5,40*

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

Tableau 3 - Taux de récidive non corrigés - période de suivi de trois ans

Récidive	NPDS	Référence
Récidive sexuelle	1,7 %	6,9 %
Récidive violente/sexuelle	3,6 %	24,7 %
Toute forme de récidive	10,3 %	46,0 %