

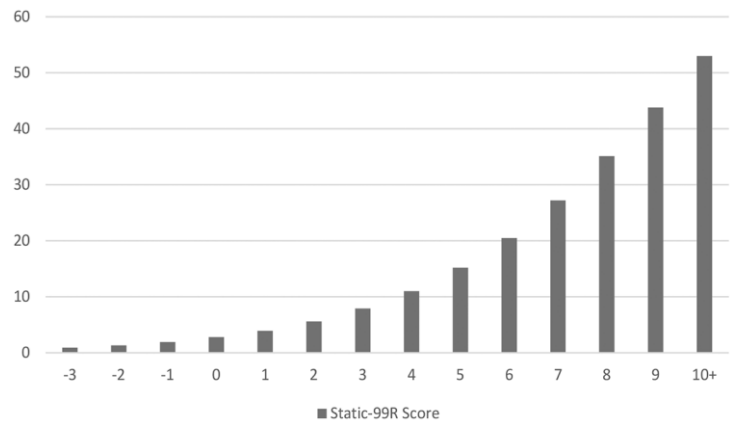


Le coin lecture s'intéresse à un article de Maaïke Helmus (2021)¹.

Dans cet article, Mme Helmus fait un résumé de la recherche en lien avec les meilleures pratiques d'évaluation du risque de récidive, s'inspirant aussi des questions posées par les Tribunaux.

QUEL EST LE TAUX DE RÉCIDIVE SEXUELLE GÉNÉRAL DES DÉLINQUANTS SEXUELS?

Il faut savoir d'abord qu'en général, les études sont susceptibles de surestimer les taux de récidive. En effet, elles s'intéressent surtout aux échantillons les plus à risque (pour des raisons logistiques essentiellement). Si on considère une population plus représentative des individus ayant été condamnés pour un délit sexuel, le taux de récidive sur 5 ans serait autour de 7 % (Lee & Hanson, 2021; 9 à 13 % était évoqué pour les études antérieures, dont la méta-analyse mythique de Hanson et Bussières, 1998). Il faut se rappeler toutefois que le taux de récidive dépend de plusieurs facteurs, dont la durée du suivi post-incarcération et le niveau de risque spécifique à l'individu. Voici les taux de récidive (%) sur 5 ans en fonction du score total à la Statique-99-R.



LES ESTIMATIONS DU RISQUE DE RÉCIDIVE DES ÉCHELLES ACTUARIELLES SONT-ELLES FIABLES?

Ce qui pourrait causer une sous-estimation du risque :

1. Le sous-dévoilement. Les délits sexuels sont peu dévoilés (environ 10 %). Mais ça ne veut pas dire qu'il y a dix fois plus de délits sexuels (voir l'argumentaire de Helmus dans son article, au besoin). Un taux élevé de délits non-dévoilés ne signifie pas nécessairement un haut taux de récidivistes non-détectés. Il est possible que plusieurs délits non-dévoilés soient attribuables à des récidivistes déjà détectés.

2. Le manque d'études de suivi longitudinal. Les taux de récidive sur 20 ans, par exemple, seraient possiblement plus élevés (logique cumulative), bien que le risque de récidive diminue en fonction du passage du temps sans nouveau délit. Les taux actuels sont donc valides sur leurs périodes respectives.

Ce qui pourrait causer une surestimation du risque :

1. Les types de délits sexuels inclus (p.ex., sans contact). Les résultats des échelles pourraient surestimer le risque lié à certains types de délits sexuels. Une étude australienne montre que le taux de récidive sur 5 ans diminue de 6 % à 4 % quand sont considérés seulement les délits sexuels avec contact (Retenberger et al., 2015).

2. Les taux de récidive diminuent avec le temps. Les recherches surestiment peut-être les taux de récidive. En effet, les études de récidive sur 10 ans incluent des cas libérés il y a 15 ans, en raison du temps requis afin de colliger les données. Il y a surestimation par accumulation de temps.

3. Certaines études suggèrent que la Statique-99-R surestime la récidive. Il existe des études crédibles avec de nouveaux échantillons estimant à la baisse les taux de risque de récidive à partir de la Statique-99-R (la moitié moindre selon certaines études). Les résultats doivent être nuancés, ce qui dépasse l'objectif du *Coin lecture*.

¹ Helmus, L. M. (2021). *Estimating the Probability of Sexual Recidivism Among Men Charged or Convicted of Sexual Offences: Evidence-Based Guidance for Applied Evaluators*. *Sexual Offending: Theory, Research, and Prevention*, 16, 1-24. <https://sotrap.psychopen.eu/index.php/sotrap/article/view/4283>

LES LIGNES DIRECTRICES EMPIRIQUES CONCERNANT L'ÉVALUATION DU RISQUE DE RÉCIDIVE

1. Plus c'est structuré, mieux c'est!

On l'a souvent entendu, et c'est toujours un peu dur pour l'orgueil, mais Helmus nous le répète: les algorithmes de décision actuariels performant mieux que les experts! Prenons-le avec humilité. Notre science est complexe. Les jugements professionnels performant bien chez les... médecins, les mathématiciens, les analystes en assurance. Par contre, ils ne performant pas bien chez les psychologues (*ouch!*), les psychiatres, les juges, les agents de probation, les psychothérapeutes, etc. Le comportement humain est difficile à prédire. Les environnements dans lequel évoluent les délinquants sexuels (libérés) sont peu contrôlés et les rétroactions que nous en avons sont trop peu nombreuses pour bien saisir toutes les complexités. Les algorithmes sont meilleurs que nous pour *jouer* avec des environnements volatiles et imprévisibles.

Les méthodes actuarielles réduiront, sans éliminer, la variabilité dans les scores et elles augmenteront la valeur prédictive des évaluations d'un évaluateur à l'autre et d'un contexte d'évaluation à l'autre. Dans certains contextes, lorsque les méthodes actuarielles ne sont pas disponibles (p.ex., évaluation du risque auprès des femmes), le jugement professionnel demeure la meilleure option disponible.

2. Plus il y a d'outils, mieux c'est!

Aucune échelle actuarielle ne s'est montrée significativement différente à une autre, outre pour le RRASOR qui serait statistiquement inférieur. Certains auteurs (p.ex., Babchishin et al., 2012) suggèrent de combiner deux outils statiques (p.ex., Statique-99-R et Statique-2002-R) lorsque les décisions ont des retombées majeures, puisque chaque outil pris isolément ne pondère pas les mêmes informations de la même manière.

La meilleure manière de combiner les résultats à deux échelles équivalentes (en termes de pouvoir prédictif) serait d'en faire la moyenne. Il faut éviter d'utiliser cette méthode lorsqu'un des outils utilisés est moins bon que l'autre (p.ex., la Stable-2007 augmente *légèrement* le pouvoir prédictif de la Statique-99-R et est pondérée en conséquence).

3. Les ajustements professionnels réduisent la précision des outils

Les « *professional overrides* » consistent à utiliser le jugement clinique afin d'ajuster les résultats d'outils actuariels. Ces ajustements ont été reconnus comme étant délétères pour les prédictions d'un outil actuariel comme le LS/CMI, surtout pour les individus condamnés pour des délits sexuels.

Pourquoi sommes-nous si « poches »?! C'est simple : intégrer un facteur particulier dans une analyse de risque, comprendre comment il interagira avec tous les autres facteurs, puis lui donner un poids différentiel en saisissant son effet sur l'ensemble du processus de récidive, c'est une tâche de Titan! Par exemple : on peut penser qu'un facteur augmente le risque alors qu'il atténue peut-être paradoxalement l'effet d'un autre facteur de risque. Autre exemple : on peut croire que ce facteur ajoute à la compréhension du risque, alors qu'il était déjà implicitement considéré par d'autres facteurs similaires. Nous ne sommes pas « poches », voyons! La réalité avec laquelle nous jouons est extrêmement complexe.

4. Le jugement professionnel demeure paradoxalement nécessaire...

Parfois, le jugement est essentiel. Lorsqu'un individu ne correspond pas aux échantillons de validation d'un outil ou lorsqu'un construit significatif n'est pas pris en compte par une échelle, il peut être pertinent de donner un poids significatif à notre jugement.

Helmus recommande d'utiliser le jugement clinique lorsque c'est requis, de bien détailler les fondements de ce jugement et de le faire *indépendamment des résultats des outils actuariels* (ne pas incorporer le jugement en un ajustement des outils).

QUELLE INFLUENCE DONNER AUX FACTEURS EXTERNES À NOS CONCLUSIONS SUR LE RISQUE DE RÉCIDIVE?

Helmus répond, laconiquement : une petite, mais pas trop. Les outils considèrent entre 10 et 20 facteurs. Même si *un* facteur supplémentaire, prédisant assez bien le risque, doit être ajouté, il est peu probable qu'il contribue significativement à l'évaluation déjà faite. Une exception serait d'avoir entre les mains une « bombe clinique », par exemple, un individu évalué « faible risque » qui nous ferait état de son plan, étape par étape, vers sa récidive imminente.

Exemple de facteur supplémentaire : Le nombre de victimes de délits sexuels. Les évaluateurs ajustent souvent le risque en fonction de ce critère. C'est le cas lorsque les outils utilisés ne considèrent pas le nombre de victimes dans son entièreté. MAIS! Dans les faits : la plupart des individus considérés dans les échantillons de validation des outils ont plus de victimes que ce qui a été judiciairisé; le nombre de victimes n'est pas considéré par la plupart des outils (c'est le nombre d'occasions de sentences qui importe); et on ne sait donc pas quelle valeur prédictive a ce facteur, s'il en a une.

CONCLUSIONS

1. Les outils actuariels sont les meilleurs outils actuels.
2. Le jugement clinique concernant le risque absolu devrait être utilisé avec parcimonie et être accompagné d'une extrême humilité. L'ajustement des résultats devrait être réfléchi longtemps, être bien justifié, et être présenté indépendamment des cotes globales aux outils.
3. Le jugement clinique demeure essentiel. Il importe de considérer l'évaluation des facteurs dynamiques, dans le but principal d'orienter le traitement.
4. Une connaissance poussée des facteurs liés à la récidive et aux biais de l'évaluateur est indispensable (p.ex., la tendance à surestimer le risque dans le domaine de l'agression sexuel).

