

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

FACULTÉ DES SCIENCES

POLITIQUES ET SOCIALESSESSION DE JUIN 2015

**Spécificités de l'évaluation et des prises en charge
thérapeutiques pour les adolescents ayant commis des
violences sexuelles.**

Mémoire en Psychologie Clinique

Présenté par Rachel Hauser

Directeur : Prof. Bruno Gravier

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	3
1.1 Bases de données consultées	3
1.2 Stratégie de recherche documentaire	3
1.3 Équations de recherches, résultats et critères de sélection	4
2. RISQUES DE RÉCIDIVE ET ÉVALUATION CHEZ LES ADOLESCENTS AUTEURS D'AGRESSION SEXUELLE :	5
2.1 Continuité d'une violence sexuelle à l'âge adulte	6
2.1.1. Évaluation globale du risque de récurrence	7
a) Dangereux et risque de récurrence	7
b) Évaluations cliniques classiques	8
c) Évaluations actuarielles	9
d) Jugements cliniques structurés	10
2.1.2. Évaluation spécifique du risque de récurrence chez les adolescents	11
a) Facteurs de risque et facteurs de protection	12
b) Typologies	14
c) Échelles d'évaluation pour les jeunes auteurs d'agression sexuelle	16
2.2 Discontinuité d'une violence sexuelle à l'âge adulte	18
2.2.1. Mécanismes et enjeux spécifiques à l'adolescence	20
2.2.2. Violences sexuelles à l'adolescence	23
2.1.3. Évaluation clinique	31
a) Tests projectifs	32
b) Autres tests utilisés pour les adolescents	34
c) Environnement social et familial	34
3. PRISES EN CHARGE ET SOINS DES ADOLESCENTS AUTEURS D'AGRESSION SEXUELLE	37
3.1 Prises en charge thérapeutiques dans les pays anglo-saxons	37
3.1.1. Programmes cognitivo-comportementaux	38
3.1.2. Thérapies axées sur la famille	40
3.1.3. Pharmacothérapies	41
3.2 Prises en charge thérapeutiques dans les pays francophones	42
3.2.1. Thérapies psychodynamiques	43
a) Rencontre clinique, transfert et contre-transfert	43

b)	Aménageur de la relation clinique.....	47
c)	Objectifs thérapeutiques.....	52
d)	Dispositif thérapeutique groupal.....	53
3.2.2.	Thérapies systémiques.....	56
3.2.3.	Thérapies basées sur la mentalisation (TBM).....	57
3.3	<i>Suivi sexologique.....</i>	<i>57</i>
3.4	<i>Prises en charge interdisciplinaire et interinstitutionnelle.....</i>	<i>58</i>
4.	DISCUSSION.....	61
4.1	<i>Apports et limites des évaluations du risque de récurrence.....</i>	<i>61</i>
4.2	<i>Apports et limites des traitements préconisés.....</i>	<i>68</i>
a)	Programmes cognitivo-comportementaux.....	68
b)	Thérapies familiales.....	72
c)	Thérapies psychodynamiques.....	73
	CONCLUSION.....	75
	BIBLIOGRAPHIE.....	79

INTRODUCTION

L'évaluation de la probabilité de récidive adulte reflète trop souvent une perspective fataliste qui sous-estime les changements de risque personnels et fige les sujets ayant commis des agressions sexuelles dans leur acte. Ce déterminisme stigmatisant conduit fréquemment à réduire la marge de manœuvre des prises en charge thérapeutiques offertes à ce type de patients et, par là même, leurs chances d'évoluer vers une amélioration et une non-récidive. Qu'en est-il des adolescents auteurs de violences sexuelles ? Leurs abus sexuels apparaissent en effet aujourd'hui comme un véritable phénomène de société en expansion, reflet d'une humanité qui va mal et devient toujours plus violente, si l'on en croit les médias. Sont-ils évalués de la même manière que les adultes ? Leurs prises en charge sont-elles également globalement gouvernées et limitées par une perspective fataliste ? Ces questions s'imposent d'autant plus pour ces jeunes puisque leur vie entière d'adulte en devenir est à risque. Sur la base de l'hypothèse qu'une approche évolutive et thérapeutique réductrice domine également le champ de l'agression sexuelle juvénile, ce présent travail se propose d'explorer les spécificités de l'évaluation ainsi que les modalités de soins pour ces adolescents engagés dans des abus sexuels.

Une première partie détaillera la méthodologie de recherche mise en place qui a permis d'analyser et de sélectionner les articles, revues et ouvrages pertinents à la thématique de ce travail. Le choix des bases de données utilisées sera d'abord explicité suivi de la stratégie de recherche documentaire adoptée.

Une seconde partie sera consacrée à une revue de littérature traitant de l'évaluation de la récidive chez les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel, en lien avec les évaluations pour adultes. Les mêmes critères peuvent-ils être appliqués à cette population particulière que sont les adolescents ? En quoi l'adolescence, temps de bouleversements psychiques et de restructuration identitaire, doit-elle être abordée différemment ? L'absence de cadre théorique consensuel par rapport aux délits sexuels juvéniles sera détaillée, de même que les différentes interprétations de ce phénomène, qui ont contribué à creuser un véritable fossé conceptuel et pragmatique de part et d'autre de l'Atlantique : prémisses d'une trajectoire de délinquance sexuelle continue se poursuivant à

Introduction

l'âge adulte qu'il s'agit d'éradiquer à tout prix ou manifestation bien différenciée de la violence sexuelle adulte, attestant de processus de remaniement propres à l'âge adolescent. L'impact de ces perspectives différentes sur les modes d'évaluation préconisés sera également analysé : application d'échelles de risque initialement conçues pour les adultes et développement d'outils nouveaux pour la population juvénile ou évaluation clinique et psychopathologique se centrant sur la singularité du sujet, son fonctionnement psychique, les caractéristiques et circonstance de son acte ?

Quant à la troisième partie, elle s'intéressera aux prises en charge thérapeutiques prônées pour les adolescents auteurs d'agression sexuelle. Découlant directement des conceptions du risque et des méthodes d'évaluation, ces dernières s'articulent principalement autour de deux orientations majeures. L'approche cognitivo-comportementale, plutôt anglo-saxonne et nord-américaine, vise à travers des programmes de traitement spécifiques à prévenir la récurrence et à gérer le risque, pour protéger la société. L'approche clinique francophone, pour sa part fondée sur les théories psychanalytiques, s'intéresse à comprendre ce que le passage à l'acte vient signifier des processus psychiques du sujet pour l'aider à développer une réflexion introspective sur lui-même et ses fonctionnements tant psychiques que quotidiens. Par ailleurs, l'inclusion active du milieu familial à la thérapie sera également développée.

Une quatrième partie sera consacrée à une discussion critique, mettant en perspective les divers éléments abordés. Les apports et limites des différentes méthodes d'évaluation appliquées actuellement seront analysés, suivis par les apports et limites des prises en charge implémentées. Cette discussion permettra de vérifier l'hypothèse de départ, en identifiant les aspects potentiellement réducteurs et déterministes dans l'évaluation et la prise en charge juvénile, puis de proposer des solutions afin de pouvoir les dépasser.

Enfin, la conclusion synthétisera le processus réflexif ayant guidé ce travail, à travers notamment le rappel de la question de départ, les principaux aspects mis à jour et les enseignements à en tirer. Puis les apports que peut apporter ce travail de même que ses limitations seront approfondis suivis de l'implication des résultats pour les domaines de la pratique clinique et la recherche.

1. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Cette première partie présente la méthodologie de la revue de littérature ayant permis de rechercher des articles, publications et ouvrages de source primaire afin de sélectionner les plus pertinents qui soient, eu égard aux différentes sous-thématiques de ce présent travail, à savoir : l'évaluation de la récurrence chez les sujets adultes et adolescents ayant commis des agressions sexuelles ainsi que leurs prises en charge thérapeutiques. Les bases de données consultées seront d'abord exposées. Puis la stratégie de recherche documentaire mise en œuvre sera détaillée.

1.1 Bases de données consultées

Deux banques de données bibliographiques, qui semblaient tout à fait adaptées à l'exploration de la thématique, ont été sélectionnées : l'une en anglais *PsycINFO* et l'autre en français *Cairn.info*. Il était essentiel, pour analyser les divergences de perspectives de part et d'autre de l'Atlantique, d'étayer cette recherche en référence à la littérature anglo-saxonne et à la littérature francophone. Selon le site internet de l'Association Américaine Psychologique (APA)¹, *PsycINFO* est une base de données, regroupant plus de 3,7 millions de publications relatives aux sciences comportementales et à la santé publique, soigneusement sélectionnées et indexées par un panel d'experts dans le domaine. Quant à *Cairn.info*, il s'agit d'une plateforme proposant la diffusion et la commercialisation de publications de sciences humaines francophones, créée par quatre maisons d'édition (Belin, De Boeck, La Découverte et Erès).

1.2 Stratégie de recherche documentaire

Afin d'initier la recherche documentaire, des mots-clés correspondant aux concepts essentiels des thématiques analysées ont été définis selon le modèle *P.I.C.O* (*Population, Intervention, Comparison, Outcome*) de la recherche

¹ <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>

fondée sur la pratique (evidence-based). Dans un deuxième temps, ces mots-clés ont été traduits en anglais puis convertis en *descripteurs vedette-matière* pour *PsycINFO* et associés automatiquement à des termes proches pour *Cairn.info*. Devant le nombre conséquent de travaux concernant les adultes auteurs d'abus sexuels, il a été nécessaire de procéder à deux recherches distinctes pour cette population, l'une basée sur l'évaluation et l'autre sur la prise en charge. Pour les adolescents en revanche, moins présents dans la littérature, une seule recherche est apparue suffisante. L'ANNEXE I présente le modèle de concepts final adopté pour chacune des trois recherches.

1.3 Équations de recherches, résultats et critères de sélection

Les mots-clés, descripteurs et termes associés ont été coordonnés à l'aide des opérateurs booléens (ET), (OU) et (NON). Après avoir essayé différentes combinaisons, des équations de recherche jugées optimales ont finalement été formulées et insérées dans chacune des banques de données. Elles ont généré des premiers résultats (ceux-ci ont été limités aux publications des cinq et trois dernières années pour *PsycINFO* à cause de leur grand nombre).

À partir des résultats obtenus, une lecture préliminaire des titres a permis de retenir les articles semblant pertinents et correspondant aux critères d'inclusion suivants : (a) en anglais ou français, (b) se référant à une population d'hommes adultes pour les deux premières recherches et à une population d'adolescents garçons pour la troisième. Dans un second temps, une analyse plus détaillée des résumés et des articles a permis d'en extraire un certain nombre par recherche. L'ANNEXE II propose une description exhaustive des équations de recherche implémentées et des résultats générés étape par étape, par recherche.

L'ensemble de ces publications a été lu de manière approfondie. En cours de lecture, d'autres sources utilisées comme références par les auteurs ont été ajoutées parce qu'elles semblaient pouvoir contribuer à enrichir ce travail. Ces derniers ouvrages ont été choisis sur la base de leur pertinence ou de leur intérêt et n'ont ainsi pas été limités à une période de temps récent.

2. RISQUES DE RÉCIDIVE ET ÉVALUATION CHEZ LES ADOLESCENTS AUTEURS D'AGRESSION SEXUELLE :

Depuis quelques années, les adolescents sont de plus en plus impliqués dans des délits d'ordre sexuel. Selon Barbaree et Marshall (2006, cités par Keelan & Fremouw, 2013), 20% des agressions sexuelles seraient perpétrées par des mineurs en dessous de l'âge de 18 ans et la moitié des violences sexuelles seraient commises sur des enfants. En France, la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (citée par Botbol & Choquet, 2011) relève que les condamnations de mineurs pour agressions sexuelles et atteintes aux personnes ont respectivement augmenté de 104% et 148% entre 1996 et 2006. Rabaux (2007) recommande cependant de rester prudent face aux chiffres officiels. Même si l'auteure reconnaît que la délinquance juvénile en matière sexuelle est en augmentation depuis une quinzaine d'années, il est difficile de savoir si la hausse des chiffres traduit une réelle expansion du phénomène ou si elle est plutôt due aux comportements des instances judiciaires et des victimes qui oseraient à présent plus briser l'omerta qui s'était installée depuis longtemps.

À partir de la littérature scientifique et de sa pratique clinique, de Becker (2009) présente quelques caractéristiques relatives aux jeunes engagés dans des violences sexuelles. Ils commettraient leurs acte majoritairement vers l'âge de 14 ans, au sein de cercles familiaux ou sociaux, vivraient dans leur famille nucléaire, présenteraient pour deux-tiers d'entre eux des retards scolaires, auraient agressé plus d'une victime pour un tiers d'entre eux avec une moyenne de quatre victimes par sujet et rapporteraient pour la plupart des évènements traumatiques conséquents et prolongés durant l'enfance.

Les abus sexuels juvéniles ne font pas l'objet d'un cadre théorique consensuel parmi les experts. Ce chapitre rendra d'abord compte de la vision nord-américaine/anglo-saxonne qui a longtemps considéré les délits sexuels précoces comme les prémises d'une trajectoire de délinquance sexuelle continue se poursuivant à l'âge adulte. Les répercussions d'une telle perspective sur l'application et le développement d'échelles de risque pour les adolescents, en lien avec les évaluations prédictives adultes seront également explicitées. Un second volet sera consacré aux experts actuels qui considèrent

plutôt que ce type de violence juvénile ne s'inscrit pas systématiquement dans une continuité adulte mais peut relever de manifestations particulières, voire transitoires. À cet égard, les processus de remaniements psychiques et l'agir sexuel violent adolescents seront détaillés selon une perspective psychodynamique. Puis l'importance d'une évaluation clinique et psychopathologique multiaxiale sera soulignée pour évaluer le sujet, son fonctionnement psychique et les caractéristiques de son acte avec l'objectif de l'orienter vers un suivi thérapeutique approprié.

2.1 Continuité d'une violence sexuelle à l'âge adulte

Selon cette conception, les jeunes ayant perpétré des violences sexuelles hier seront les agresseurs sexuels de demain (Lussier, Van Den Berg, Bijleveld, & Hendriks, 2012) : agresseur sexuel un jour, agresseur sexuel toujours. Ce postulat se fonde sur les études scientifiques nord-américaines qui révèlent que près de la moitié des abuseurs adultes ont commis leur premier crime sexuel entre 8 et 18 ans, et que la majorité d'entre eux a commencé à ressentir des intérêts sexuels déviants avant 18 ans (Abel, Mittelman, & Becker, 1982, cités par Christiansen & Vincent, 2013). D'après Dejonghe *et al.* (2007, p. 348), ces recherches ont mis en exergue un phénomène d'aggravation des délits chez plusieurs sujets qui ont passé « d'infractions comme l'exhibitionnisme ou des attouchements à des abus plus sérieux et plus violents ». Becker, Cunningham-Rathner et Kaplan (1986, cités par Haesevoets, 2001) soulignent quatre facteurs pouvant motiver la répétition des délits sexuels à l'âge adulte : (1) l'expérience s'est révélée agréable, (2) la première agression n'a pas entraîné de conséquences négatives significatives pour le sujet, (3) la déviance a été renforcée par la masturbation ou des fantasmes relatifs à l'acte, et (4) l'isolement social demeure marqué en raison d'habiletés sociales défailtantes.

Les défenseurs de l'hypothèse de continuité considèrent que les jeunes auteurs d'abus sexuels présentent des risques élevés de récidiver et de persister dans leurs comportements transgressifs à l'âge adulte. Ils préconisent de les prendre en charge le plus tôt possible afin de les rééduquer et d'éradiquer les traits déviants présents en eux, avant que ces derniers ne s'ancrent durablement ou

ne s'aggravent (Haesevoets, 2001). Pour ce faire, les chercheurs se sont attelés à l'étude de cette population particulière en s'appuyant sur le paradigme psychométrique et les modèles de prédiction du risque pour adultes. Leurs recherches ont porté sur l'identification de facteurs de risque et de protection, la définition de typologies et la conception d'outils prédictifs de la récidive juvénile. Avant de se pencher sur le récidivisme de ces adolescents, les notions de risque de récidive et de dangerosité ainsi que leur évaluation globale chez les adultes seront explicitées, afin de mieux cerner leur évolution dans le temps de même que leur application et leur influence dans le domaine juvénile.

2.1.1. Évaluation globale du risque de récidive

Dans les représentations populaires, les sujets ayant commis des agressions sexuelles présentent des risques élevés de récidive. Qu'en est-il réellement ? La méta-analyse d'Hanson et Buisson (1998), qui figure comme l'une des références principales sur le récidivisme en matière sexuelle, remet en question cette perception. Sur la base d'une soixantaine d'études et de plus de 23'000 sujets, elle met en effet en avant un taux de récidive sexuelle de 13,4% pour les adultes auteurs de violences sexuelles. Bien que ce chiffre doive être revu à la hausse selon les auteurs, car les pourcentages officiels de récidives sexuelles rapportées sous-estiment les données véritables, il n'en demeure pas moins largement en dessous des idées que se fait le public sur la question. Cette disparité pourrait être expliquée par la surmédiation des affaires sexuelles qui, jouant sur le sensationnel et cherchant à susciter ou réveiller de l'émotionnel, conduit les gens à surestimer les risques réels.

a) Dangerosité et risque de récidive

Évaluer le risque de récidive consiste à se prononcer sur la *dangerosité criminologique* d'un individu ne souffrant pas de troubles psychiatriques particuliers et ayant déjà commis une agression sexuelle, c'est-à-dire à statuer sur le risque que cet individu réitère et passe une nouvelle fois à l'acte (Coutanceau, 2012). Le risque de récidive, qui existe de manière virtuelle chez tous les sujets ayant perpétré une première infraction, peut être quantifié de

faible, moyen ou élevé (Baratta, 2011), selon des temporalités *immédiate, à court terme et à long terme* (Gravier & Lustenberger, 2005). Chez ces sujets, le risque de récidive peut être de nature sexuelle ou non-sexuelle.

Un grand nombre d'auteurs recommandent d'utiliser le concept de dangerosité avec précaution, car il reste marqué par une forte subjectivité (Gravier & Lustenberger, 2005). De plus, cette notion renvoie également à une pluralité de dimensions et de champs (Moulin & al., 2012) puisqu'elle fait tour à tour référence à un *état dangereux*, permanent, centré sur une personnalité criminelle, à une *situation dangereuse* rendant compte d'un danger lié à un contexte ou bien encore aux dommages individuels ou sociaux résultant de l'infraction (Moulin & Gasser, 2012). Par ailleurs, les idées de *dangerosité criminologique* et de *dangerosité psychiatrique* demeurent inéluctablement confondues à tort puisque l'une et l'autre représentent des notions bien différentes, à savoir la « probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens » pour la première et la « manifestation symptomatologique liée à l'expression directe de la maladie mentale » pour la seconde (Burgelin, 2005, cité par Voyer & al., 2009, p. 746).

Selon Bonta (1996, cité par Harris & Hanson, 2010), trois générations de techniques fondées sur des orientations théoriques différentes se sont successivement intéressées à la question de l'évaluation globale de la dangerosité et du risque de récidive : les évaluations cliniques traditionnelles, les approches actuarielles et les jugements cliniques structurés.

b) Évaluations cliniques classiques

Longtemps, la dangerosité reste considérée comme une caractéristique stable et est appréciée par un clinicien, qui se prononce sur les risques représentés par un individu en se centrant essentiellement sur la personnalité de celui-ci. Ce type d'évaluation qui dépend essentiellement de l'expérience et des connaissances du professionnel s'est progressivement avéré largement subjectif et non valide sur un plan empirique (Harris & Hanson, 2010).

Dans les années quatre-vingts, de nombreuses recherches viennent en effet remettre en question la fiabilité et la validité de l'approche clinique classique. Les travaux américains de Monahan révèlent notamment l'imprécision des évaluations cliniques de la dangerosité, la surestimation du risque individuel et le risque de faux positifs (Barnett, Wakeling, Mandeville-Norden, & Rakestrow, 2012). La confirmation que les prédictions cliniques sont à peine plus fiables que le pur hasard amène une véritable volonté de mettre en place des évaluations qui soient plus scrupuleuses et reproductibles. Une seconde génération d'outils voit alors le jour, les évaluations actuarielles.

c) Évaluations actuarielles

Poursuivant l'objectif de pallier les imperfections du diagnostic clinique traditionnel, les chercheurs tentent d'identifier des critères plus scientifiques et empiriquement validables. Ils s'intéressent aux facteurs de risque associés de manière répétitive à la récidive sexuelle, en se basant sur les délais de récidive, les infractions commises et les types de victimes (Tully, Chou, & Browne, 2013). Les facteurs sont par la suite combinés pour former une échelle, d'abord cross-validée sur d'autres groupes de sujets auteurs d'agression sexuelle, puis utilisée sur plusieurs échantillons afin que les scores dérivés de l'échelle puissent être exprimés en tant qu'« estimations de la probabilité que les individus ayant obtenu ce score récidivent dans une période de temps donnée » (Janus & Prentky, 2003, p. 12). Ces taux de base, ou en d'autres termes les taux de récidive attendus d'un membre typique d'une classe, sont ensuite répertoriés dans des tables statistiques de risque en fonction de différents délais de récidive (Helmus, Hanson, Thornton, Babchishin, & Harris, 2012). Ainsi, l'accent est mis sur « la catégorisation des individus classés en groupes taxonomiques » (Pratt, 2001, cité par Senon, 2012, p. 411) qui établissent une hiérarchie en termes de niveau de risque : « ceux qui se voient assignés au groupe à faible risque (...) présentent un taux de récidive moindre que ceux qui présentent un score moyen ou élevé à la même échelle » (Dailliet, 2008, p. 38).

Puisqu'ils répondent à un besoin de critères plus objectifs, les outils actuariels se multiplient rapidement dans les pays anglo-saxons. La « **VRAG** » (*Violence*

Risk Appraisal Guide) de Quinsey, Harris, Rice, & Cormier (1998) et la « **PCL-R** » (*Psychopathy Checklist-Revised*) de Hare représentent les échelles actuarielles estimant le risque de récidive violente les plus utilisées. En ce qui concerne l'évaluation du risque de récidive sexuelle, la « **RRASOR** » (*Rapid Risk Assessment for Sex Offence Recidivism*) de Hanson (1997) et la « **Statique-2002** » de Hanson & Thornton (2003) sont couramment utilisés en Amérique du Nord, tandis que la « **RM-2000** » (*Risk Matrix*) de Thornton, Mann, Webster, Blud, Travers, Friendship & Erickson (2003) et la « **SORAG** » (*Sex Offender Risk Appraisal Guide*) de Quinsey, Rice, & Harris (1995) sont usuelles en Europe (Babchishin, Hanson, & Helmus, 2012).

Les instruments actuariels se centrent essentiellement sur des facteurs de risque statiques, en référence à des variables qui ne peuvent être modifiées (Barnett *et al.*, 2012). Ils comprennent ainsi des items relatifs à la violence passée du sujet, aux renforçateurs des comportements violents et aux stimuli déclencheurs des passages à l'acte. En ce qui concerne plus spécifiquement la récidive sexuelle, les facteurs de risque les plus fréquents incluent les antécédents criminels et d'agression sexuelle, les caractéristiques de la victime et les décisions légales antérieures (Lussier & Davies, 2011). En revanche, puisqu'aucun facteur de risque n'est suffisamment corrélé à la récidive sexuelle pour en être un unique prédicteur, les scores obtenus aux items doivent être additionnés pour former un score unique, global, de risque (Harris & Hanson, 2010).

d) Jugements cliniques structurés

Pour faire écho aux nombreuses critiques émises à l'encontre des échelles actuarielles évaluant uniquement des facteurs de risque statiques, une troisième génération de pratiques évaluatives est développée, les jugements cliniques structurés. Ces méthodes allient quantitatif et qualitatif pour tenter de « combler le fossé entre l'approche scientifique (actuarielle) et la pratique clinique de l'évaluation du risque » (Doyle & Dolan, 2002, p. 652). Des guides d'évaluation, basés sur les connaissances empiriquement fondées de la violence, proposent des lignes directrices au clinicien de manière à promouvoir

une certaine systématisation tout lui en offrant une flexibilité par rapport à son appréciation clinique (Hart, 1998, cité par Doyle & Dolan, 2002).

Au-delà des facteurs de risque statiques, ces évaluations prennent également en compte les facteurs dynamiques, associés à des variables susceptibles de changer et pouvant constituer des indicateurs précieux pour la prise en charge (Harris & Hanson, 2010). Une réévaluation périodique est d'ailleurs conseillée pour suivre au mieux l'évolution du risque (Doyle & Dolan, 2002). Les facteurs dynamiques relatifs à la récidive sexuelle relèvent d'aspects tels que le fonctionnement psychologique, les traits ou troubles de la personnalité (personnalité antisociale, psychopathie), les préférences sexuelles déviantes (pédophilie, sadisme) et les distorsions cognitives renforçant les crimes sexuels (Lussier & Davies, 2011). Barnett *et al.* (2012) regroupent ces facteurs en 4 catégories : (1) préférences sexuelles liées à l'acte sexuel violent, (2) attitudes propices à l'abus sexuel, (3) fonctionnement socio-affectif, et (4) autogestion.

La « **HCR-20** » (*Historical Clinical Risk Assessment*) de Webster *et al.* (1997) et la « **VRS-2** » (*Violence Risk Scale*) de Wong & Gordon (2001) représentent les jugements structurés les plus utilisés pour le risque de récidive violente. Quant au risque de récidive sexuelle, les « **SVR-20** » (*Sexual Violence Risk*) de Boer *et al.* (1997), « **VRS : SO** » (*Violence Risk Scale*) d'Olver (2003), « **SONAR** » (*Sexual Offender Need Assessment Rating*, 2001), et « **STABLE/ACUTE 2000, 2007** » de Hanson & Harris sont les plus courantes.

2.1.2. Évaluation spécifique du risque de récidive chez les adolescents

Bien que globalement moins élevés, les chiffres illustrant la récidive sexuelle juvénile suivent les mêmes tendances que chez les adultes. La méta-analyse de McCann et Lussier (2008, cités par Van der Put, Van Vugt, Dekovic, & Van der Laan, 2013, p. 1375) montre des taux de récidive sexuelle relativement bas (1,6% à 29,9% avec 12,2% de moyenne), en comparaison de taux de récidive violente non-sexuelle (5,2% à 66,3% avec 41,7% de moyenne). D'autres méta-analyses confirment que les auteurs mineurs d'agression sexuelle seraient plus enclins à la récidive non-sexuelle que sexuelle comme celles de Caldwell

(2010) (7,08% de récidive sexuelle et 43,4% non-sexuelle) ou Chu & Thomas (2010, cités par Spice, Viljoen, Latzman, Scalora, & Ullman, 2013) (9,09% à 14,3% de récidive sexuelle et 16,9% à 37,7% non-sexuelle).

Les évaluations du risque de récidive pour les jeunes sont fondées sur les mêmes conceptions théoriques, épistémologiques et méthodologiques que les évaluations pour les adultes. Elles visent le même objectif global, que Rich (2014) décrit comme « l'estimation des risques futurs de délinquance sexuelle qui sert à implémenter les mesures nécessaires pour réduire, contenir ou éliminer ce risque ». L'auteur rappelle cependant qu'à la différence de l'âge adulte, le temps de l'adolescence est en mouvance, caractérisé par des processus dynamiques de maturation physique, psychoaffective, neurologique, cognitive et de la personnalité. Les modèles et outils d'évaluation du risque qui se veulent fiables et précis doivent donc impérativement tenir compte de ces facteurs développementaux, particuliers à la période adolescente.

Dans les pays anglo-saxons, bien que les recherches sur les jeunes auteurs d'agression sexuelle aient pris du retard par rapport aux études sur les adultes (Christiansen & Vincent, 2013), la prolifération actuelle des travaux ciblant le jeune public fait de ce domaine un « pôle dominant de recherche » pour Adam (2006, p. 234). Durant ces dernières années, un nombre croissant de chercheurs s'est intéressé aux facteurs de risque prédictifs de la récidive juvénile (Klein *et al.*, 2012) et aux facteurs de protection susceptibles d'atténuer ces risques.

a) Facteurs de risque et facteurs de protection

Diverses études ont essayé, sans grand succès, d'isoler des facteurs de risque individuels qui soient consistants, en comparant des adolescents ayant commis des agressions sexuelles à des adolescents engagés dans une délinquance non-sexuelle. Christiansen et Vincent (2013) s'inspirent des résultats de quelques travaux pour conclure que des différences pourraient exister entre ces deux populations sur plusieurs facteurs : âge lors de la première arrestation, ethnicité, niveau intellectuel, psychopathologie, taux d'abus physiques et sexuels subis, violence intrafamiliale, statut parental. Comme l'expliquent Van der Put *et al.*

(2013) qui reprennent la méta-analyse de Seto et Lalumière (2010) portant sur 59 études, les facteurs de risque pour la délinquance générale (tendances antisociales, antécédents criminels et consommation de substances) sembleraient beaucoup moins répandus chez les jeunes ayant passé à l'acte sexuellement que chez leurs comparses impliqués dans une délinquance non-sexuelle. En revanche, les facteurs de risque spécifiques à la violence sexuelle (intérêts sexuels atypiques, abus sexuels subis, piètre estime de soi, exposition précoce à la pornographie ou la sexualité, isolation sociale) seraient plus fréquents chez les jeunes auteurs de délinquance sexuelle. Sur la base de ces résultats, Seto et Lalumière concluent que les intérêts, fantaisies et comportements sexuellement déviants, ainsi que l'isolation sociale représenteraient des facteurs de risque particulièrement probants chez les jeunes auteurs d'agressions sexuelles.

Rich (2014), pour sa part, recense les facteurs de risque présents dans les différentes grilles d'évaluation et les répartit en 10 catégories : (1) croyances, attitudes et désir sexuels, (2) antécédents de comportements sexuels délinquants, (3) antécédents de victimisation personnelle, (4) antécédents de comportement antisocial, (5) relations sociales, (6) caractéristiques personnelles, (7) fonctionnement psychosocial global, (8) relations et fonctionnement familiaux, (9) conditions environnementales générales, et (10) réponses au traitement passé ou actuel.

Quant à Worling et Langström (2003, cités par Christiansen & Vincent, 2013; Rich, 2014), ils examinent les 21 facteurs de risque les plus communément évoqués dans la littérature et les répertorient en quatre catégories selon leur validité potentielle : (1) *cinq facteurs empiriquement validés* (excitation sexuelle déviante, condamnations antérieures pour agressions sexuelles, victimes multiples, isolation sociale et traitement pour délinquance sexuelle non terminé), (2) *deux facteurs prometteurs* (relations problématiques avec les parents et attitudes validant les agressions sexuelles), (3) *neuf facteurs possibles*, car sous-tendus par la clinique (impulsivité, orientation antisociale, agression, association à des groupes de pairs négatifs, préoccupations sexuelles, agression sexuelle sur une victime de sexe masculin, agression sexuelle sur un

enfant, utilisation de la violence, force, menace ou armes lors d'une agression sexuelle et soutien de l'environnement à la récidive), et (4) *cinq facteurs impossibles*, car non validés empiriquement ou sujets à des contradictions empiriques (antécédents de victimisation sexuelle, antécédents de délinquance non-sexuelle, agressions incluant une pénétration, déni de l'agression et piètre empathie pour la victime). Rich précise néanmoins que cette classification de facteurs de risque n'a pas été reproduite et a été invalidée par d'autres études.

Bien que la recherche se soit plutôt focalisée sur les facteurs de risque comme chez les adultes, quelques travaux plus récents se sont également intéressés à l'évaluation des facteurs de protection dont pourraient disposer les jeunes auteurs de violences sexuelle, représentés par des « facteurs psychologiques ou sociaux pouvant réduire le risque de récidive » (Thornton, 2013, p. 64). Klein, Yoon, Briken, Turner, Spehr et Rettenberger (2012) se réfèrent notamment à plusieurs études qui ont établi la réduction effective du risque de récidive ainsi que les effets modérateurs des facteurs de protection sur les facteurs de risque. À cet égard, Rich (2014) met en évidence la relation complexe entre facteurs de protection et facteurs de risque. Ces deux catégories de facteurs peuvent en effet être considérées soit comme les opposés d'une même dimension soit comme deux dimensions indépendantes l'une de l'autre. Or ces conceptions varieraient énormément selon les auteurs. Malgré l'importance manifeste et reconnue des facteurs de protection, relativement peu d'instruments validés et conçus spécifiquement pour les jeunes incluent à ce jour ce type de mesures.

b) Typologies

Selon Przybylski (2002), « la diversité des comportements transgressifs des jeunes qui commettent des agressions sexuelles, [et] la diversité des risques qu'ils présentent pour la société » ne sont plus à prouver et ont été reconnues par les experts lors du forum de SOMAPI (Sex Offender Management Assessment and Planning Initiative). Devant l'hétérogénéité caractérisant la population adolescente, de nombreux chercheurs ont tenté de définir des classifications d'agresseurs comme pour les adultes. Hoing, Jonker et van Berlo (2010) résument deux raisons essentielles à cette démarche : (1)

permettre aux cliniciens et au système judiciaire de prendre des décisions pénales ou thérapeutiques qui soient adaptées aux caractéristiques et au risque de récidive spécifique du sujet, et (2) vérifier les hypothèses théoriques exposées dans la littérature qui postulent l'existence de trajectoires différentes pouvant conduire à l'agression sexuelle.

Selon Lussier *et al.* (2012, p. 1560), les critères typologiques de la recherche juvénile découlent des paradigmes adultes : profils de personnalité, antécédents de délinquance, caractéristiques relatives à l'agression, motivations sous-jacentes à l'agression sexuelle. Or, ces tentatives de catégorisation n'ont pas été validées pour les jeunes et demeurent intuitives sur la base des modèles adultes (Hempel, Buck, Cima, & Van Marle, 2013). En illustration, la classification centrée sur le type de victime, initialement conçue pour les hommes majeurs, discrimine les adolescents qui abusent d'enfants de ceux qui violent des pairs ou des adultes (Drew, 2013). Néanmoins, le manque de différences significatives entre ces deux groupes remet fortement en question les fondements d'une telle typologie (Kemper & Kistner, 2010). De surcroît, la manière de définir les catégories n'est pas consensuelle puisque les chercheurs se basent soit sur l'âge de la victime, soit sur la différence d'âge victime-agresseur, ou soit encore sur ces deux variables (Keelan & Fremouw, 2013).

De manière plus spécifique, l'une des typologies dont il est largement fait mention dans la littérature est celle des *généralistes* et *spécialistes*, sans validation empirique connue à ce jour (Christiansen & Vincent, 2013). Chez les *généralistes*, la délinquance sexuelle ferait partie intégrante d'une trajectoire générale antisociale comprenant d'autres délits tandis que chez les *spécialistes*, elle témoignerait d'une spécialisation dans la violence sexuelle, comme chez les adultes abuseurs (Wanklyn, Ward, Cormier, Day, & Newman, 2012). Pour certains auteurs, l'optique généraliste expliquerait le fait démontré par un grand nombre d'études que les adolescents engagés dans des agressions sexuelles récidivent plus fréquemment de manière non-sexuelle que sexuelle (Klein *et al.*, 2012). Par exemple, la recherche de Christiansen et Vincent (2013) sur un échantillon de 39'248 jeunes délinquants dont 695 condamnés pour agression sexuelle en Arizona confirme la thèse généraliste. Selon les

résultats obtenus, les jeunes ayant commis des violences sexuelles récidivent plus souvent de manière non-sexuelle (40,96%) que sexuelle (4,20%) et leur récurrence non-sexuelle est comparable à celle des jeunes délinquants non-sexuels (50,23%). Wanklyn *et al.* (2012), comparent les facteurs de risque de 28 sujets *sexuels purs*, 172 sujets *violents non-sexuels* et 24 sujets *mixtes*. Ils concluent au bien-fondé des catégories généralistes et spécialistes à partir de leurs résultats qui confirment l'hétérogénéité de l'échantillon. De plus, ils relèvent que les sujets *mixtes* se distinguent sur un plus grand nombre de facteurs de risque des sujets *violents non-sexuels*, ce qui suggérerait une trajectoire développementale plus semblable entre sujets *mixtes* et *sexuels purs*.

c) Échelles d'évaluation pour les jeunes auteurs d'agression sexuelle

Les grilles d'évaluation pour les jeunes ne se sont pas multipliées à la vitesse des protocoles évaluatifs adultes. Plusieurs échelles ont été conçues sous la forme de jugements cliniques structurés pour évaluer spécifiquement la probabilité de la récurrence sexuelle dans la population juvénile. Ces échelles incluent la « **J-SOAP-II** » (*Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II*) de Prentky & Righthand (2003), « l'**ERASOR** » (*Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offence Recidivism*) de Worling & Curwen (2001), la « **JRAS** » (*Juvenile Risk Assessment Scale*) de Hiscox *et al.* (2007), la « **SAVRY** » (*Structured Assessment of Violent Risk in Youth*) de Borum *et al.* (2002), ainsi que la « **PLC: YV** » (*Hare Psychopathy Checklist: Youth Version*) de Forth *et al.* (2003) (Hempel *et al.*, 2013). La seule échelle actuarielle qui prédit à ce jour le risque de récurrence sexuelle chez les adolescents est la « **J-SORRAT-II** » (*Juvenile Sexual Offence Recidivism Risk Assessment Tool-II*) d'Epperson *et al.* (2005). À souligner également qu'aux États-Unis, les départements de justice juvénile de la plupart des états ont mis au point leur propre mesure évaluative (comme le « **Texas State Juvenile Sex Offender Risk Assessment Instrument-2** ») et que ces dernières sont fréquemment utilisées malgré leur manque de validation empirique (Christiansen & Vincent, 2013).

En guise d'illustration, la « **J-SOAP-II** », l'échelle la plus utilisée aux États-Unis pour évaluer le risque de récurrence sexuelle chez les 12 à 18 ans, reprend

les différents facteurs de risque associés à la délinquance sexuelle et criminelle dans la littérature spécialisée. L'échelle est composée de 28 items répartis en 4 sous-échelles représentant les deux domaines statiques majeurs de l'évaluation du risque juvénile et les 2 domaines dynamiques pouvant refléter un changement de comportement (ANNEXE III). Chaque item est codé sur une échelle de 0 à 2 (0 = absence ; 1 = présence éventuelle ; 2 = présence confirmée). En ce qui concerne les propriétés psychométriques de l'outil, les 19 études figurant dans la méta-analyse de Hempel *et al.* (2013) font état de résultats mitigés et peu convaincants par rapport à la valeur prédictive de l'échelle totale ($AUC^2 = 0,44$ à $0,86$ pour le récidivisme sexuel, $0,46$ à $0,77$ pour le récidivisme violent non-sexuel, $0,50$ à $0,76$ pour le récidivisme général) et des différentes sous-échelles. La reproductibilité inter-juges semble, quant à elle, assurée de manière générale par la plupart des études (Rich, 2014).

Quant à la « **SAVRY** », elle ne vise pas à évaluer spécifiquement le risque de récidive sexuelle, mais peut être utilisée en complément d'autres outils. Basée sur des échelles pour adultes comme la « **HCR-20** », elle inclut 21 items de risque répartis en une échelle statique (historique) et deux échelles dynamiques (social/contextuel et individuel), cotés sur 3 niveaux (bas, modéré, élevé) de même que 6 items relatifs à des facteurs de protection, cotés sur une échelle dichotomique (absence ou présence) (ANNEXE IV). Cet instrument ne permet pas une précision du risque de récidive sexuelle aussi fine que les outils

² L'analyse **ROC** (*Receiver Operating Characteristic*) est l'index de prédilection pour mesurer la valeur prédictive d'un outil évaluatif du risque en se basant sur l'**AUC** (*Area Under the Curve*) (Craig, Browne, Beech, & Stringer, 2006): « l'analyse **ROC** n'est pas faussée par des variations dans le taux de base de récidive et peut être interprétée comme la probabilité qu'un récidiviste sélectionné de manière aléatoire ait un score qui varie plus qu'un non-récidiviste sélectionné de manière aléatoire » (p. 187). Ainsi un score **AUC** de .50 indiquerait une prédiction de l'outil équivalente au hasard et tout résultat situé au-dessus une augmentation des capacités prédictives.

spécialisés. Quelques auteurs se sont penchés sur sa valeur prédictive de la violence et font également état de résultats divergents. Lodewijks *et al.* (2008) concluent à partir d'un échantillon de 77 jeunes hollandais à une prédiction significative ($AUC = 0,71$) tandis que Elkovitch Viljoen, Scalora, et Ullman (2008) ou Viljoen Elkovitch, Viljoen, Scalora, et Ullman (2008) (cités par Klein, 2012) trouvent une valeur prédictive non significative. L'excellente reproductibilité inter-juges de l'échelle totale fait par contre l'unanimité (0,82 pour Lodewijks et 0,91 pour Viljoen).

Afin de clôturer cette section sur la continuité de la violence sexuelle adolescente à l'âge adulte, il est utile de préciser que cette hypothèse a été formulée à partir de données cliniques rétrospectives, provenant de populations d'adultes condamnés pour agression sexuelle. (Lussier & Blokland, 2014). Or, il a été prouvé que ce type de données « tendait à amplifier artificiellement l'importance de la continuité de la délinquance », en référence au paradoxe de Robin (1978) (p. 153). Celui-ci a notamment observé que la plupart des enfants antisociaux ne deviennent pas forcément des adultes antisociaux, mais que ces derniers ont été pour la plupart des enfants antisociaux. Cette constatation vient soutenir à la fois le modèle d'une continuité de la délinquance pour certains sujets spécifiques et celui d'une discontinuité de manière générale.

2.2 Discontinuité d'une violence sexuelle à l'âge adulte

Quand bien même certains adolescents continuent sur le chemin de la délinquance sexuelle à l'âge adulte, il a été cliniquement établi que la plupart d'entre eux ne poursuivent pas dans cette voie. La perspective développementale s'est notamment intéressée à confirmer la pluralité des trajectoires et la thèse de discontinuité, selon une *approche centrée sur la personne*. D'après Lussier et Davies (2011), cette dernière permet de sortir de la *perspective axée sur les variables* qui présume la linéarité du risque de récidive et préconise l'agrégation des facteurs de risque significatifs en un seul score. Ici, il s'agit plutôt de désagréger l'information et d'identifier des trajectoires personnelles pour mieux rendre compte de l'hétérogénéité du développement individuel. À titre illustratif, la recherche de Lussier *et al.*

(2012) porte sur un échantillon de 498 jeunes Hollandais condamnés pour agression sexuelle et suivis durant une vingtaine d'années. Elle révèle l'existence de cinq parcours délinquants non-sexuels et deux parcours délinquants sexuels (« limité à l'adolescence » et « fréquence élevée de désistements progressifs ») (p. 1569). Quant à Lussier et Blokland (2014), ils investiguent un échantillon de 87'528 Hollandais mineurs nés en 1984 qu'ils suivent de 12 à 23 ans. Leurs résultats corroborent l'existence de plusieurs trajectoires délinquantes pour les jeunes auteurs d'agression sexuelle et leur désistement majoritaire de ce type de violence à l'âge adulte.

Becker et Kaplan (1988, cités par Lussier & Blokland, 2011) identifient trois trajectoires possibles pour les auteurs juvéniles d'abus sexuels : (1) cessation complète de toute délinquance, (2) continuation d'une délinquance non-sexuelle, et (3) continuation d'une délinquance sexuelle avec risques de développer des intérêts sexuels déviants. Christiansen et Vincent (2013) y ajoutent la continuation d'une délinquance à la fois sexuelle et non-sexuelle. Les auteurs soulignent que, malgré son manque de validation empirique, cette typologie étaye les nombreux travaux confirmant l'hétérogénéité des trajectoires délinquante. Par exemple, sur un échantillon de 351 canadiens, Carpentier, Leclerc et Proulx (2011) mettent en évidence que certaines variables liées au développement infantile et adolescent permettent d'identifier des trajectoires délinquantes hétéroclites. Les comportements antisociaux précoces seraient associés à « l'activation prématurée d'un schéma de délinquance sexuelle de même qu'à un parcours criminel polymorphe durant l'adolescence » (p. 854). Pour les auteurs, « les analyses relatives à la carrière criminelle individuelle ne devraient pas se limiter aux corrélats du récidivisme, mais devraient s'élargir à des facteurs liés à d'autres paramètres tels que l'activation, le développement et l'abandon de la délinquance » (p. 854).

Ainsi, la conduite sexuelle déviante de ces jeunes relèverait davantage d'un « accident de parcours » (Chagnon, 2010, p. 304) ou d'un « épiphénomène de l'adolescence » (Dejonghe & al., 2007, p. 352). Afin d'acquérir une meilleure compréhension de cette période particulière, ses mécanismes et enjeux spécifiques seront explicités selon une perspective psychodynamique. Puis, les

processus sous-jacents à l'agir sexuel violent juvénile seront détaillés pour montrer que cet acte transgressif ne revêt pas forcément les mêmes significations que chez l'adulte et qu'il se distribue sur un continuum de significations de la normalité à la pathologie. Enfin seront passées en revue les évaluations cliniques et psychopathologiques qui permettent de mettre à jour les spécificités du fonctionnement du sujet, dans l'optique de lui proposer une aide thérapeutique qui puisse l'aider à avancer sur son chemin de vie.

2.2.1. Mécanismes et enjeux spécifiques à l'adolescence

L'adolescence, comme Ruszczynski (dans Keogh, 2012) l'explique, est un temps de bouleversements qui se jouent sur différentes scènes : tiraillements entre dépendance et indépendance, mouvements entre désir d'isolation et besoin de faire partie d'un groupe, transformations physiques et émergence de la sexualité, reconnaissance de la part des autres des réussites ou échecs intellectuels. L'auteur explique que, bien que ces changements contribuent au développement de manière positive s'ils sont fructueux, « ils sont accompagnés par des pertes et la douleur qui va de mise avec cette perte » (p. xv).

De nos jours, l'adolescence a tendance à être considérée comme une problématique psychopathologique. La sexualité juvénile devient de plus en plus problématisée : ce qui relevait avant d'un banal geste d'exploration sexuelle, normal à cet âge, devient aujourd'hui automatiquement suspect (Haesevoets, 2001). Même s'il est évident que certains jeunes commettent de véritables transgressions, la majorité des activités sexuelles entre mineurs resteraient des jeux sexuels ou des passions amoureuses partagées selon Hayez et de Becker (1997, cités par Haesevoets, 2001). Quels mécanismes cette période particulière qu'est l'adolescence suscite-t-elle précisément ?

Temps de développement à la fois psychoaffectif, physique, relationnel et de la personnalité, l'adolescence représente une étape cruciale pour l'enfant en devenir d'adulte. Elle est souvent vécue comme une crise majeure. Durant ce passage, des remaniements significatifs s'opèrent à différents niveaux, que présente de Becker (2008). Sur un plan cognitif, l'accès à des processus de

pensées complexifiées tels l'abstraction, l'introspection et l'analyse critique est rendu possible, ce qui donne lieu à une remise en question de soi et des autres ayant fonctionné comme repères structurateurs jusque-là. Au niveau affectif, l'attachement exclusif durant l'enfance peut être dépassé en faveur d'une ouverture vers les autres, notamment vers les pairs. Eu égard au plan sexuel, les changements somatiques permettent le développement de la génitalité et l'activation de la sexualité avec l'autre. La dimension psychique de la sexualité, quant à elle, offre la transformation de pulsions sexuelles en désirs faits « d'élan, d'excitations, d'affects, d'aspirations visant un objectif » (p. 679).

Les changements physiques de la puberté ainsi que la découverte de nouvelles sensations contribuent à créer un décalage entre la perception que le jeune avait de lui-même et la perception nouvellement acquise du corps, de ses potentialités, des émotions qu'il provoque à travers la génitalité (Haesevoets, 2001). Les modifications physiques et psychiques, parce qu'elles permettent une stimulation pulsionnelle, activent la sexualisation et la conflictualisation des liens (Jeammet, 2002). L'adolescent, qui avait consenti durant l'enfance à mettre de côté ses pulsions pour satisfaire les attentes et exigences de l'adulte, ne peut plus le faire avec le surgissement de la sexualité et remet en cause l'autorité adulte, à travers l'*acting-out* (de Becker, 2009).

D'après Jeammet (2002), un besoin naturel de distanciation des objets de la réalité externe (la famille) se fait ressentir et pousse à investir des processus réflexifs sur soi, sur ses propres assises narcissiques et intériorisations. La conjonction du registre sexuel et des mécanismes autoréflexifs est, pour l'auteur, intrinsèque au développement de la personnalité : « plus l'adolescent est confronté à des failles narcissiques, plus il est contraint de prendre une distance par rapport aux personnes investies et plus il perçoit ses "désirs" comme une dépendance à celles-ci, qui le confronte à un vécu de passivation difficile à tolérer » (p. 78). Cette situation paradoxale peut être vécue comme « une menace narcissique sur son autonomie, voire son identité, liée à l'intensité même de son désir et de ses attentes à l'égard des objets ».

Durant le processus adolescent, le sujet qui voit ses repères internes et externes remaniés avec peu ou prou de force devient vulnérable et peut réagir aux stimulations par des troubles plus intenses ou psychopathologiques (de Becker, 2009). Comme Raoult (2008) l'explique, les anciens conflits infantiles, narcissiques et objectaux peuvent se réactualiser et les acquis développementaux régresser. Les mineurs sont susceptibles de recourir, d'après l'auteur, à des mécanismes de défense archaïques tels la projection, le clivage, le déni et l'idéalisation pour lutter contre des angoisses d'anéantissement, de persécution ou de perte. En se basant sur les termes de Green (1982), Jeammet (2002) remarque notamment que la différenciation peut être vécue sur un mode régressif à l'adolescence dans le sens où des relations différenciées sont susceptibles de devenir plus *archaïques*, c'est-à-dire relevant d'une confusion entre le Moi, l'objet et le désir. Les objets internes du sujet représenteraient une source d'excitation insoutenable. La perte de différenciation pourrait le conduire à se raccrocher à la réalité externe sur le mode d'« une relation massive, excitante et indifférenciée » (p. 79).

En contrepoint, la position dépressive pourrait être réactivée par la rencontre avec un partenaire sexuel non imaginaire (Diatkine, 1985, cité par Chagnon, 2010). Cette rencontre impliquerait l'acceptation que l'autre soit différencié avec un corps, un psychisme, des désirs propres et qu'il ne soit pas l'objet d'un amour absolu et immédiatement disponible. Haesevoets (2001) évoque la réactivation des conflits œdipiens et des désirs de transgression de l'interdit à travers la violence et la passion inhérentes à la transition adolescente. Pour lui, « la violence du désir, la tentation incestueuse et la passion créatrice façonnent l'adolescence » et « la violence et l'agressivité, dans leur fonction créatrice ou destructrice, sont à la fois le moteur et l'épreuve de ce passage existentiel et vital » (p. 454). Le jeune éprouve une véritable ambivalence entre le désir d'un amour parental absolu et l'interdit de ce désir, ressentant tout à tour agressivité et culpabilité, des affects qui le prémunissent au final contre l'inceste sexuel. Alors, « soumis à cet interdit », il peut « aller désirer ailleurs » (p. 458).

Il est ici utile de s'attarder un instant sur la sexualité telle qu'elle est véhiculée dans les médias ou sur internet et à laquelle les jeunes ont un accès précoce et

illimité (de Becker, 2008). Cette sexualité est dénuée de toute dimension relationnelle, elle est déshumanisée, centrée sur une jouissance individuelle de par l'utilisation voire la possession ou la domination du corps de l'autre. Malheureusement, c'est ce type de sexualité qui est proposé en modèle comme une normalité à des jeunes en pleine construction identitaire. Lorsqu'ils se développent sur cette base et intériorisent des « distorsions de modalités interactionnelles » (p. 676), les conséquences peuvent se révéler désastreuses.

Ainsi le travail adolescent s'effectue sur un double axe narcissique et pulsionnel-objectal. Il permet d'« intégrer une nouvelle identité sexuée, de déplacer les investissements des objets primitifs vers des objets "adéquats", de rencontrer l'autre dans sa dimension d'altérité, complémentaire et différent » (Marty, 2009, cité par Chagnon, 2010, p. 306).

2.2.2. Violences sexuelles à l'adolescence

Avant de s'intéresser aux adolescents qui commettent des violences sexuelles, il est nécessaire de se pencher sur les contributions considérables du psychiatre et psychanalyste français Balier dans le domaine des agressions sexuelles. En 1993, il est commissionné par la Direction générale de la Santé, pour réaliser « une évaluation et des propositions sur les traitements des auteurs de délits ou crimes à caractère sexuel » (Ciavaldini, 2008, p. 78). Cette mission conduit à la création de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles (ARTAAS) en 1996 pour favoriser les échanges professionnels et promouvoir la recherche dans ce domaine (Gourmelo, 2012). Les travaux de Balier ont instillé une meilleure compréhension des mécanismes psychiques sous-jacents à la violence sexuelle et ont montré l'hétérogénéité de leurs formes d'expression (C. Balier, 1996, 2002). Ils vont notamment permettre de dépasser la vision centrée sur la perversion en tant que structure, en établissant une distinction entre *perversité sexuelle* (la destructivité est au premier plan, au service d'une relation d'objet basée sur le mode de l'emprise et le déni de l'autre réduit à un objet utilitaire que l'on vise à écraser) et *perversion sexuelle*. (forme plus érotisée des représentations où la violence est mise au service de la sexualité, ce qui témoigne d'un niveau de

développement plus avancé). Les abus sexuels ne relèvent dès lors plus uniquement d'une structure perverse, mais peuvent être sous-tendus par diverses organisations psychiques. Dans ce prolongement, Chagnon (2005, p. 664) situe les auteurs d'agression sexuelle « aux marges des grandes entités psychopathologiques habituelles, entre perversions, psychoses, et états-limites ». L'auteur opère une distinction entre deux cas : (1) l'agression occasionnelle représente un symptôme parmi d'autres au sein d'organisations variées et s'inscrit dans des troubles de la personnalité, et (2) l'agression se révèle essentielle à l'économie psychique du sujet (aménagement pervers).

Sur la base des travaux de Balier, Roman (2004, p. 119) résume les trois registres d'expression possibles de la violence sexuelle. Dans *le registre de l'originnaire*, la perversité sexuelle, proche de la psychose, renvoie à une lutte contre l'anéantissement psychique, sans représentations. Les agressions sexuelles extrêmement violentes visant l'anéantissement de l'autre relèvent d'enjeux agresseur/agressé et de la recherche de limites. Les actes transgressifs s'inscrivant dans *le registre primaire* témoignent d'une quête de plaisir qui dénie l'altérité de l'autre et incluent plus spécifiquement les attouchements sur des victimes enfants. Enfin, les violences sexuelles s'inscrivant dans *le registre du secondaire* dénotent un fonctionnement névrotique relatif à l'interdit tels les actes incestueux où l'attachement à la victime est de nature affective.

En ce qui concerne la clinique adolescente, la distinction de Balier (1996) entre le recours à l'acte et le passage à l'acte est intéressante puisque l'agir est symptomatique du temps adolescent. Le passage à l'acte met en jeu une « précipitation dans l'acte face au débordement de l'angoisse, soit sur le mode d'une décharge économique de la tension interne, soit comme réalisation du fantasme inélaborable » tandis que le recours à l'acte englobe les « moments de déréalisation pour se défendre d'un vécu d'anéantissement et pour tenter de sauvegarder un sentiment d'existence » (Raoult, 2008, p. 19).

Le recours à la violence pendant l'adolescence, et notamment sexuelle, pourrait être pensé selon Roman (2004, p. 117) comme « une rupture dans le processus d'élaboration de nouveaux repères ». Cette fracture soulignerait l'expérience

mal vécue, voire traumatique, des transformations/pubertaires pour le sujet. Dans un mouvement de retournement, il agirait sur l'autre pour échapper à « l'expérience d'être agi par les transformations liées à la puberté » (p. 117), qui déclenchent une passivation qu'il vit comme insoutenable. Pour l'auteur le lien agresseur/agressé témoigne d'ailleurs de ce mouvement de renversement. Afin de modifier en eux les effets des traumatismes subis, les individus ayant vécu des violences sont susceptibles de s'identifier graduellement à leur agresseur. La répétition du trauma qui a menacé leur intégrité psychique leur donne l'opportunité de sortir de la passivité subie et de donner un sens en agissant eux-mêmes sur l'autre (de Becker, 2004). Chagnon (2013) précise à ce propos que les mécanismes d'identification projective contribuent à dépersonnaliser, à désubjectiver l'adolescent et que la victime vient représenter « des parties de soi non subjectivées, à dominer, violer, écraser ou tuer » (p. 136).

Chagnon (2010) souligne la fonction de l'activité sensori-motrice qui permet, par la décharge de l'excitation pulsionnelle n'ayant pu être représentée, de sortir de la passivation. À partir d'une étude menée sur une vingtaine d'adolescents ayant perpétré des violences sexuelles, l'auteur associe hyperactivité et agression sexuelle, après avoir constaté que les trois-quarts de son échantillon avaient souffert de mouvements hyperactifs durant l'enfance, que les crimes aient été commis en groupe ou individuellement. Il propose le terme « hypopassivité » pour rendre compte « du refus ou de l'incapacité de ces jeunes à accéder à une position passive secondaire (liée à l'œdipe négative sollicitant l'angoisse de castration), mais surtout à une passivité primaire qui renverrait trop chez eux à une menace de passivation néantisante dans le contact avec l'objet maternel, du fait de la massivité des traumatismes primaires » (p. 306). Pour l'auteur, ces sujets chercheraient à faire subir à l'autre (et parfois lors de pénétration à faire entrer de force dans le corps de l'autre) la terreur qu'ils éprouvent face à la passivité et à la dépression associées à l'adolescence. Assimilant par ailleurs passivité et dépression au féminin et actif ou mouvement au masculin, ils sont incapables d'intégrer la bisexualité psychique et investissent massivement leur identité masculine. Le pénis n'est pas considéré comme un organe érotique masculin, « pont d'une

jonction émotionnelle partagée avec l'autre différent » (p. 307), mais est plutôt au service de l'affirmation de la toute-puissance phallique.

D'après Roman et Dumet (2009), il est cependant essentiel de dépasser une compréhension de l'agir adolescent basée uniquement sur une fonction soit défensive (l'agir protégerait du vécu de passivation) soit de déliaison (l'agir interviendrait pour s'abstenir de penser). En référence à Winnicott (1957) (le tout-petit doit agir pour contrôler ce qui est à l'extérieur) et à Marty et Fain (1955) (l'éloignement de la motricité pulsionnelle infantile contribuerait à développer les fantasmes), les auteurs proposent d'investir une vision plurivoque de ce qu'ils nomment le « corps en acte » à l'adolescence. L'engagement dans l'agir témoignerait de « la mise en jeu d'une nouvelle *consistance* identitaire » à travers la subjectivation du corps. En effet, en garantissant un certain contrôle au sujet, l'acte permettrait l'établissement des frontières internes/externes et par conséquent l'étayage des processus de pensée. L'acte se situerait donc « au cœur du travail de symbolisation/désymbolisation ouvert par la crise pubertaire » et pourrait constituer « une modalité de prolongement du corps, prolongement de l'expérience subjective d'un corps transformé/transformable » (p. 209).

À cet égard, Roman et Ravit (2010) soulignent un « accès problématique à la subjectivité » chez ces jeunes et un « accès problématique à la subjectivation » de leurs agirs (§ 4). Ces difficultés, qui se manifestent à travers la non-reconnaissance de l'altérité, les difficultés à évaluer ou nommer les affects ainsi que les distorsions dans l'évaluation du consentement de la victime témoignent d'« un défaut de symbolisation (dans le processus de mise en sens) de ce qui *agit* l'adolescent » (§ 6). Ils précisent que ce défaut se retrouve dans d'autres cliniques, mais qu'il est ici intensifié en raison des remaniements propres au temps adolescent. Dans le même ordre d'idées, Raoult (2008) évoque l'urgence créée par l'activation pubertaire à symboliser la pulsion ou à l'évacuer psychiquement. L'agir s'impose devant cet impératif, et participe « au travail de subjectivation, appropriation subjective de son activité représentative, de l'image de soi et de celle de son corps » (p. 19).

Plusieurs auteurs insistent sur les carences fondamentales de l'environnement primaire durant la petite enfance, par excès ou défaut. Bessoles (2005b) évoque les interactions primitives défectueuses avec la mère telles « les distorsions d'accordage mère-enfant, les défaillances de la fonction maternelle de pare-excitation ou les caducités de réponses maternelles aux signes de l'enfant », qui provoquent des traumatismes précoces (p. 1035). Chagnon (2013) parle de défauts de maternage qui empêchent l'introjection d'identifications stables à des objets clairement différenciés, garantant des limites sujet/objet et permettant « une réappropriation subjectivante » (p. 138). Selon Roussel & Savin (2008), ces sujets ont en effet souvent assimilé « une imago maternelle phallique toute-puissante », voire castratrice, l'imago paternelle étant mal différenciée et ne pouvant être intériorisée » (p. 101). Ils n'ont ainsi pu se construire sur la base de relations et d'introjections primaires de qualité leur permettant une différenciation entre sujet et objet. Bessoles (2005b), qui se réfère à Gutton (1991) et au « syndrome de la mère morte » de Green (1973, 1982), décrit la position pubertaire comme une seconde chance de compenser les déficits primaires. En effet, la réactivation de l'Œdipe vient réveiller les angoisses dépressives de séparation et par là même « les excitations traumatiques mal surmontées, car insuffisamment symbolisées et subjectivées » (p. 1035). Pour l'auteur, le crime adolescent, notamment sexuel, signerait l'échec de cette deuxième chance ou « l'échec de l'accession à l'angoisse de castration et ses enjeux oedipifiés pour réactualiser les angoisses archaïques du processus individuation/séparation » (p. 1022). Le crime adolescent constituerait une conduite autocalmante en réponse aux débordements d'excitabilité, un peu à l'image d'une mère aimante berçant et consolant son enfant, l'acte transgressif venant se substituer à cette expérience que le sujet n'a pu vivre (2005a).

Botbol et Choquet (2011) distinguent trois pôles relativement intriqués et sous-jacents aux comportements sexuels transgressifs. Le premier s'articule autour d'une démarche d'exploration sexuelle mal régulée « sous l'effet conjugué de l'importance de l'enjeu narcissique, de l'activation pulsionnelle et de l'affaiblissement des interdits infantiles du fait du processus adolescent normal » (p. 120). Pour les auteurs, les faibles taux de récidive sexuelle

seraient indicatifs de ces sujets nombreux. L'altérité serait conservée et les sanctions judiciaires contribueraient à la régulation pulsionnelle en renforçant les interdits. Le second axe, dont les effets désintriés sont plus difficiles à évaluer, souligne une incapacité à discerner les transgressions et limites. Cette inaptitude serait due à l'intégration de valeurs sociales et familiales faussées ne laissant pas de place à l'interdit, à une défaillance morale ou à l'accumulation de déficits personnels, familiaux et sociaux (Chevalier et Descamps, 1997, cités par Haesevoets, 2001). Enfin, le troisième pôle relève d'un déséquilibre narcissique-objectal précoce, réactivé par les effets pubertaires et la sexualisation des liens venant questionner le narcissisme et la relation à l'autre. L'individu, pour parer à la menace que l'objet représente pour son identité et au risque possible de dépendance, refuserait tout ce qui vient de lui et ce d'autant plus que ses propres assises narcissiques sont fragiles. Dans ce contexte, la violence sexuelle représenterait une possibilité de résoudre le paradoxe d'aller vers l'autre en ne se mettant pas en danger puisque ce dernier est déshumanisé et chosifié. D'après les auteurs, bien que les risques de récidive semblent très élevés avec ce type de jeunes, aucun diagnostic définitif ne peut être établi au vu des processus développementaux à l'œuvre.

Selon des critères semblables mais une classification différente, Hayez (2008, cité par Califice, 2009, p. 45) établit trois profils de jeunes auteurs d'infraction à caractère sexuel. Le groupe le plus répandu inclut des adolescents dominants, peu scrupuleux et avides de plaisirs sexuels. Ils auraient introjecté des valeurs faussées sur les limites et l'altérité qui les conduisent à instrumentaliser et chosifier leur victime. Le second groupe comprend des sujets qui, ayant eux-mêmes évolué dans des contextes de violence directement ou indirectement subie (physique, sexuelle ou psychologique), en viendraient à s'identifier à leur agresseur. Dans ces cas, l'agression témoignerait plus d'une tentative de restauration narcissique et d'un moyen d'assujettir sa vengeance, plutôt que de sexualité ou de plaisir à l'état brut. Cependant, comme l'auteur l'explique, si une jouissance physique ou un plaisir de l'emprise est ressenti, ces comportements peuvent se fixer et se reproduire. De plus, ces sujets seraient potentiellement dangereux dans la mesure où ils pourraient à chaque instant

décharger une agressivité ou une violence inouïe face à des circonstances leur remémorant leur passé, même de façon inconsciente. Enfin, les derniers individus s'apparenteraient à des pédophiles, qui idéalisent dès un âge précoce la pureté et la fusion avec des enfants. Ce type de relation rendrait plus compte d'un amour immature que de la recherche d'emprise ou de jouissance.

Quant à la classification de de Becker (2008), elle permet de différencier les comportements normaux de ceux qui sont pathologiques selon cinq catégories. La première se réfère aux jeunes sans limites, hyper-sexualisés et poussés par le plaisir plutôt que l'abus ou l'emprise. Les transgressions s'inscriraient dans des rapports de force lors d'activités sexuelles ou dans des contextes psychopathiques. Une excitabilité accentuée des zones génitales ainsi qu'un milieu familial laxiste, promiscue ou trop ouvert sur le sexe pourraient représenter des facteurs prédisposants. Le second profil regroupe les jeunes manifestant une angoisse suite à des traumatismes ou des conflits psychiques, articulés principalement autour de la sexualité. Une dynamique de compulsion pourrait engendrer la répétition des comportements transgressifs. La troisième catégorie rassemble les mineurs en mal d'amour profond et en quête de reconnaissance qui peuvent se retrouver dans des situations d'inceste, où ils rechercheraient la fusion totale avec l'autre pour « tenter de retrouver la mère toute bonne, toute aimante » (p. 681). Ils pourraient verser dans la prostitution ou des relations abusives où ils nient la réticence, voire le refus de l'autre et se bercent d'illusions en croyant développer de véritables liens d'amour. La quatrième catégorie inclut les jeunes qui commettent des abus sexuels dans le but d'assouvir une pulsion envahissante ou une envie soudaine d'agresser, voire de transgresser. Les niveaux de culpabilité et remord ressentis après l'acte permettraient de situer ces sujets sur un continuum normalité/pathologie. Ce type de comportements pourrait être unique ou se répéter si une dépendance à l'excitation érotique s'installait, fréquemment associée à une recherche d'emprise sur autrui. Enfin, les jeunes qui présentent des bizarreries sexuelles, voire des perversions constituent le dernier groupe, qui se situerait davantage dans la psychopathologie selon l'auteur. La signification ne serait pas vraiment à rechercher dans l'acte lui-même puisqu'il pourrait s'agir d'un comportement

pervers exploratoire non poursuivi, mais plutôt dans la manière dont la sexualité s'inscrit dans le fonctionnement psychique global de ces sujets et la place chronique qu'elle pourrait y occuper. Dans les cas les plus graves, l'autre n'existerait qu'à « l'état d'instrument, source de jouissance ».

À partir d'une recherche-action portant sur l'étude de 110 dossiers et la rencontre clinique d'une vingtaine de sujets, Roman (2009, 2011) différencie les préadolescents et les adolescents selon la manière dont les agirs sexuels transgressifs s'inscrivent dans leur fonctionnement psychique. Chez les premiers, la violence sexuelle est investie pour « mettre à l'épreuve leur place comme sujet à la fois différencié au plan sexué et inscrit dans une histoire des générations », une mise à l'épreuve se traduisant par le fait de choisir une victime fille ou garçon (2009, p. 42). Quant aux adolescents, ils chercheraient plutôt à « mettre à l'épreuve leur identité », lors de viols majoritairement collectifs sur des jeunes filles qu'ils connaissent, en confrontant leur corps à celui des autres pour rechercher des similitudes ou des différences.

Dans cette continuité, Chagnon (2010) situe également les abus sexuels individuels et collectifs dans des dynamiques différentes. Les viols collectifs s'inscriraient dans des contextes « de dysfonctionnement parental, de carences identificatoires et de discontinuités biographiques » (p. 304). Les sujets fragiles sur le plan narcissique et en recherche d'identité sexuelle agiraient cette quête pour conforter une identification sexuelle masculine en passant à l'acte devant le groupe. Ce dernier, outre son effet désinhibant, permettrait de s'affirmer sur un mode transgressif de domination de la victime. Quant aux violences individuelles, elles relèveraient d'une pluralité de comportements et mettraient en exergue les déséquilibres majeurs du développement adolescent. Les processus de « séparation-individuation » et de « désidentification d'avec les objets primaires » seraient affectés et les passages à l'acte viendraient soulager les « angoisses dépressives ou de néantisation proches de la psychose » déclenchées par ces perturbations (p. 305).

2.1.3. Évaluation clinique

Il est primordial « de ne pas juger trop tôt ou trop vite toute conduite “déviant” afin de ne pas prendre le risque de stigmatiser l’adolescent, de “pathologiser” à l’extrême sa “déviance” peut-être passagère ou de “psychiatriser” un problème qui exige des réponses psychosociales et/ou éducatives plus adaptées » (Dejonghe & al., 2007, p. 348). Puisque la délimitation entre normal et pathologique se révèle parfois incertaine chez les adolescents, le professionnel doit « suspendre son jugement pronostic » et faire place au doute, tout en prenant garde de ne pas banaliser leurs conduites sexuellement violentes (Botbol & Choquet, 2011, p. 121).

D'emblée, l'évaluation clinique implique une intention thérapeutique puisqu'elle vise à « attribuer un sens au passage à l'acte et à établir des liens éventuels entre différents aspects évoqués par le jeune » dans l'optique de proposer un accompagnement approprié (de Becker, 2009, p. 323). De nombreux auteurs préconisent une évaluation clinique détaillée et multiaxiale. Haesevoets (2001) parle notamment d'explorer tous les aspects du fonctionnement psychique du sujet, les éléments contextuels de sa vie, les circonstances du passage à l'acte, les caractéristiques de la victime et la nature de l'infraction sexuelle afin d'apporter une compréhension clinique de la problématique sous-jacente. Roman (2004), pour sa part, conçoit l'évaluation comme devant aller interroger « la “qualité” de l'acte violent (...) et du rapport entretenu avec celui-ci » (culpabilité), « l'écho de l'acte » sur la vie intrapsychique (plans narcissique-identitaire et objectal-identificatoire) et les liens intersubjectifs (enjeux transgénérationnels) de même que les « réponses et/ou postures institutionnelles ou familiales (limite et protection) (p. 143).

Les outils d'évaluation doivent être considérés dans leur diversité. En dehors des échelles prédictives mentionnées précédemment, qui se focalisent essentiellement sur les facteurs de risques, d'autres épreuves permettent de parfaire une évaluation clinique pluridimensionnelle. Les méthodes projectives, certains tests spécifiques ainsi qu'une évaluation socio-familiale permettent d'aborder des facettes différentes pour compléter l'anamnèse de l'adolescent.

a) Tests projectifs

Les méthodes projectives telles que le « **Rorschach** » et le « **TAT** » (*Thematic Apperception Test*) permettent d'évaluer au cours d'une investigation brève les spécificités du fonctionnement psychique, en explorant la nature des angoisses, les registres défensifs, les types de relation d'objet ainsi que les investissements objectaux et narcissiques. Elles sont utilisées au-delà du simple diagnostic de manière dynamique, c'est-à-dire en mettant à jour les fragilités du sujet et les assises psychiques dont il pourrait disposer, aussi menues soient-elles, qui témoignent de ses potentialités ré-adaptatives (Chagnon, 2004).

Pour plusieurs auteurs (Chagnon, 2004; Neau, 2002, 2013), les bénéfices de l'utilisation des tests projectifs avec les sujets engagés dans la délinquance sexuelle ne sont plus à démontrer. Ces outils permettent de médiatiser une relation souvent rendue difficile par les projections massives et le contexte, le sujet non-demandeur pouvant se montrer méfiant, voire peu prolix. En proposant un déplacement de la scène de l'acte à la scène projective, ce matériel permet au clinicien de se dégager suffisamment du risque de séduction traumatique et/ou de sidération face aux motions violentes (Roman, 2004). De plus, l'appui sur la réalité externe des tâches et des images favorise la verbalisation généralement peu investie et notamment la verbalisation des éprouvés. Les méthodes projectives facilitent également une analyse discriminatoire fine des processus de symbolisation déficitaires, de la fragilité des assises narcissiques et de la faiblesse des investissements objectaux.

Dejonghe et al (2007) recensent seulement trois recherches qui s'intéressent à la population juvénile au moyen de données extraites de leur protocole de « **Rorschach** ». Sur la base de la méthode française pour l'interprétation des discours. Dembri *et al.* (2004) mettent en évidence des pulsions partielles mal représentées de type oral, anal et exhibitionniste-voyeuriste, associées à un fort potentiel agressif. La construction de l'identité est primitive ou inachevée et les identifications sont primaires de type héroïque, malveillant et tout-puissant. Le déni, le clivage du Moi et la projection figurent parmi les mécanismes de défense mis en œuvre chez ce type de sujets.

Roman (2004), pour sa part, analyse les protocoles de dix jeunes de 13 à 17 ans à partir de la méthode française. Il relève des caractéristiques significativement différentes entre ceux qui ont commis des agressions sans pénétration et avec pénétration (vaginale, anale ou buccale). Les premiers manifestent « une atteinte des assises narcissiques associée à une difficulté d'élaboration du lien à l'objet », des engagements identificatoires caractérisés par « un effacement de la différence des sexes » (p. 126) ainsi qu'un lien générationnel fragile. Les seconds viennent confirmer la « continuité des aménagements psychotiques et pervers » (p. 132) à l'adolescence selon le mode d'investissement de l'objet externe. Les mouvements effractants du processus adolescent sont solutionnés dans « le désengagement narcissique et objectal » si l'investissement de l'objet ne suffit pas à maintenir la continuité de soi ou dans « la construction d'un lien à l'objet qui vient conforter (de manière fragile) les assises narcissiques, sur fond de clivage » (p. 132). Roman souligne le caractère traumatique de la violence qui sidère « les potentiels symbolisants de l'adolescent » (p. 139). À ce propos, il émet l'hypothèse en référence à Janin (1996) d'un besoin de traumatisme à l'adolescence : le trauma aiderait à élaborer une représentation pour « se saisir de l'expérience de vécus primitifs en défaut de sens dans la construction de la sexualité infantile » (p. 141).

Enfin, l'étude de Lemitre (2005) est basée sur la méthode en système intégré d'Exner. Elle identifie 20% de cas psychotiques et 80% de cas ne présentant pas de pathologies franches, mais des troubles liés au développement (grande immaturité psychoaffective, gestion difficile de l'agressivité et forte contention émotionnelle). De fréquentes angoisses corporelles et un style relationnel plutôt organisé autour de l'axe abandon-intrusion seraient également présents.

Devant le peu de données relatives aux protocoles projectifs d'adolescents ayant commis des violences sexuelles, Dejonghe *et al.* (2007) mènent une recherche sur sept sujets et répartissent les abus en trois catégories. (1) « manifestation inadéquate transitoire dans le cadre du processus de l'adolescence » (p. 365) où la violence sexuelle permet d'éviter de se rapprocher de l'autre, vécu comme étranger, (2) indices présents dans le fonctionnement, susceptibles de se cristalliser en comportements déviants,

voire psychopathiques, et (3) pathologie grave non décelable lors d'entretiens classiques où « l'agir sexuel témoigne de la confusion entre le soi et l'autre, avec absence des limites et défaillance dans les fonctions du moi-peau qui ne s'est pas constitué » (p. 366). Les auteurs identifient également une inhibition manifeste globale, qui recouvrirait, selon eux, une angoisse de castration, un vide dépressif, ou encore un fonctionnement psychotique.

Un autre test projectif, celui de « *la frustration de Rosenzweig* », permet d'évaluer la personnalité d'un sujet à partir de ses modes de réaction à des images qui mettent en scène des personnages dans des situations frustrantes du quotidien (de Becker, 2009). Cette approche est intéressante, car elle apporte un éclairage sur la manière dont le jeune réagit et utilise ses ressources lorsqu'il se retrouve confronté à un état de frustration ou d'humiliation, un état qui pourrait en effet être en lien avec l'acte sexuel délictueux.

b) Autres tests utilisés pour les adolescents

D'autres tests servent à compléter l'évaluation des jeunes auteurs d'abus sexuel. Par exemple, le « *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* » est l'outil de la personnalité le plus répandu en Europe. L'« *Inventaire de Dépression de Beck* » permet d'évaluer l'intensité des symptômes dépressifs, caractéristiques du fonctionnement psychique adolescent (Haesevoets, 2001). D'autres outils peuvent mesurer le degré d'adaptation sociale, personnelle et psychologique du jeune face à sa vie actuelle. Enfin, une évaluation de l'intelligence peut se révéler utile pour déterminer le stade de développement de la pensée, puisque comme de Becker (2009) le rappelle, certains de ces jeunes n'atteignent pas le stade de raisonnement hypothético-déductif mais restent bloqués au stade opératoire précédent. Pour ce faire, des échelles standards telles la « *WISC* » et la « *WAIS* » peuvent être utilisées, respectivement avant et après seize ans.

c) Environnement social et familial

Se référer uniquement à la structure, au fonctionnement psychique ou aux symptômes psychopathologiques ne suffit pas à une analyse exhaustive du

passage à l'acte. La trame conjoncturelle se révèle en effet toujours fondamentale (Chagnon, 2004). Comme le souligne Moulin (2010), les dysrégulations narcissiques et objectales liées à des capacités d'élaboration mentale fragilisées sont susceptibles d'être révélées ou accentuées par les situations de la réalité externe : les « contextes vulnérants » peuvent entrer « en résonance avec la dynamique psychique du sujet » (p. 58) . Pour l'auteure, il s'agit d'appréhender la complexité de ces « articulations multiples et réciproques » selon une perspective psycho-criminologique intégrative centrée sur trois axes différents complémentaires : (1) position subjective du sujet (histoire, dynamique psychique, traits psychopathologiques), (2) scène de crime (période précriminelle, mode opératoire et période post-criminelle), et (3) contexte social, environnemental et psychosocial ayant conduit à l'acte.

L'environnement familial ne constitue pas systématiquement un facteur précipitant vu la diversité des constellations familiales dans lesquelles ces jeunes s'insèrent (de Becker, 2006, 2009). Néanmoins une investigation complète doit explorer ce contexte pour mettre à jour la dynamique familiale globale et le positionnement individuel de chacun de ses membres. Le clinicien peut ainsi acquérir des éléments de compréhension sur la distribution des rôles et les modalités fonctionnelles « en termes de valeur, limite, communication d'expression des émotions, réciprocité et échange » (Haesevoets, 2001, p. 476). Le génogramme libre est un outil particulièrement bien adapté, qui permet « d'entrevoir sous des formes diverses ce qui “fait symptôme” dans la généalogie familiale » (Tuil, 2005, p. 118). Les instructions délibérément ouvertes et le moins directives possibles (représenter toutes les personnes qui font ou ont fait partie de la famille) visent à promouvoir les mouvements projectifs et à favoriser les libertés de temps, contenu et forme graphique.

Haesevoets (2001) rappelle que l'environnement familial peut être empreint de dysfonctionnements majeurs (déresponsabilisation parentale, parentification des enfants, discordes conjugales, carences affectives, violences). Certaines constellations familiales sont susceptibles de favoriser l'abus intrafamilial, notamment au sein de la fratrie. L'auteur déplore le peu d'informations cliniques disponibles et évoque les quelques caractéristiques mises à jour :

« parents distants, absents, inaccessibles ou ayant désinvesti leurs enfants, lesquels se rapprochent sexuellement, érotisent leur agressivité refoulée ou passent à l'acte ; existence d'un climat ambivalent et de transactions familiales floues ou sexuellement connotées ; présence de secrets relatifs à des liaisons extraconjugales ou à une situation incestueuse ancienne vécue par l'un des parents, souvent la mère ; isolement social des enfants » (p. 469). Pour l'auteur, il est important de bien décortiquer les comportements qui posent question puisqu'ils peuvent également relever de jeux sexuels normaux entre frères et sœurs. L'évaluation doit permettre la discrimination entre les abus et les jeux sexuels exploratoires en incluant une « approche critique et respectueuse des intérêts de chacun des protagonistes » (p. 471). Ainsi des aspects tels que la différence d'âge, le niveau de coercition exercé, l'expression de complaisance voire de complicité doivent être investigués en profondeur.

Il peut s'avérer difficile pour un clinicien de se prononcer sur le caractère normatif des pratiques sexuelles. La frontière entre les abus et les jeux sexuels exploratoires n'est en effet pas toujours clairement perçue et demeure malgré tout subjective. Haesevoets (2001) remarque notamment que l'expérience personnelle et professionnelle ainsi que le sexe de l'évaluateur jouent un rôle déterminant sur la perception des comportements sexuels. En outre, De Becker (2006) note à juste titre que les relations humaines sont parfois caractérisées par des rapports de dominance et qu'une sexualité *dominante* n'est pas forcément abusive en soi. L'auteur préconise d'évaluer les activités sexuelles en les situant sur une échelle de consentement/non-consentement qui représente le spectre du consentement mutuel à l'abus confirmé.

Dans ce chapitre, les conceptions divergentes du risque de récidive et du passage à l'acte sexuel violent chez les adolescents ont été détaillées, de même que les diverses manières d'évaluer ces sujets dont la littérature fait état. Ces perspectives dissemblables sur le risque de récidive et l'évaluation de ces sujets retentissent inévitablement sur les différentes prises en charge préconisées à leur égard, qui seront à présent abordées.

3. PRISES EN CHARGE ET SOINS DES ADOLESCENTS AUTEURS D'AGRESSION SEXUELLE

L'accompagnement spécialisé de jeunes ayant commis des violences de nature sexuelle relève de deux modalités de santé publique et mentale (de Becker, 2009). La première comporte une dimension de prévention de la récurrence dans l'intérêt des victimes et de la société en général. Quant à la seconde, elle se focalise sur les soins devant être apportés à un jeune patient pour l'aider à aller mieux et le réhabiliter. Malgré le manque de consensus par rapport au meilleur traitement devant être prodigué à ces adolescents, la plupart des cliniciens reconnaissent actuellement la nécessité de « développer des modèles de compréhension et de traitement intégrant les diverses épistémologies » (p. 311). Comme l'auteur l'explique, les niveaux conscient, cognitif, neurologique et inconscient sont pris en considération par les thérapies actuelles qui se déclinent selon des accompagnements individuels, groupaux et familiaux.

En dépit d'un mouvement global intégratif, les postulats théoriques de base et les axes de pensée majoritairement influents demeurent différents de part et d'autre de l'Atlantique. Ces tendances principales ont une influence directe sur les types de traitements préconisés. En effet, dans les pays nord-américains et anglo-saxons, ils sont en majorité axés sur les théories cognitivo-comportementales et multisystémiques. En revanche, dans les pays européens et plus particulièrement francophones, ils demeurent plutôt centrés sur une clinique psychodynamique et une approche familiale systémique. Au-delà des différences entre pays, les jeunes auteurs de violences sexuelles, en manque de repères se rapportant à une sexualité saine et épanouie, ont tout à bénéficier d'un suivi sexologique. Par ailleurs, une prise en charge multidisciplinaire doit être favorisée pour allier thérapie, suivi éducationnel et mesures légales.

3.1 Prises en charge thérapeutiques dans les pays anglo-saxons

En Amérique du Nord, le courant de la *nouvelle pénologie* ou *justice actuarielle*, qui vise à protéger la société et à lutter contre la délinquance à l'aide des échelles actuarielles, s'est largement répandu. Aux États-Unis, les magistrats se basent souvent sur ce type d'approche pour déterminer une

sanction pénale, alors qu'au Canada, une véritable volonté pragmatique de gérer le risque est dominante (Moulin & al., 2012). Ce désir de gestion du risque s'appuie notamment sur le développement de programmes de traitement obligatoires, la restriction, la surveillance, le rallongement démesuré des peines, le bracelet électronique et la pharmacothérapie pour les adultes (Cowburn, 2015). Quant aux adolescents, « tant qu'ils ne sont pas encore trop "confirmés" dans leur déviance sexuelle ou contaminés par leurs pulsions, ils doivent bénéficier d'une intervention plus précoce et préventive que certains adultes qui sont déjà trop perturbés, voire incurables » (Haesevoets, 2001, p. 453).

3.1.1. Programmes cognitivo-comportementaux

Fondés sur la constatation de Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey & Seto (2002) que les auteurs d'agression sexuelle qui reçoivent un traitement dans des environnements carcéraux témoignent d'un taux de récidive moins élevé que ceux qui n'en reçoivent aucun, les programmes cognitivo-comportementalistes se sont multipliés dans les pays anglophones. Ils visent à responsabiliser les sujets engagés dans la délinquance sexuelle et à les rendre véritablement « autonomes, gestionnaires de leur potentialité de récidive » (Gravier & al., 2012, p. 602). Ces derniers doivent supposément être capables de prendre conscience de leurs propres déficiences et apprendre à mieux gérer leur vie, en adoptant des comportements socialement acceptables.

Aux États-Unis, le modèle de prévention de la récidive, développé initialement par Marlatt et Gordon (1985) pour les addictions aux substances, est largement utilisé pour les auteurs d'abus sexuel (D'Orazio, 2013). Ce modèle postule que « l'abstinence est facilitée par l'identification de facteurs de risque pouvant conduire à la récidive et de stratégies personnelles permettant d'éviter ou gérer ces risques » (p. 3). Parallèlement, en Angleterre, selon Beech, Mandeville-Norden et Goodwill (2012), les programmes de traitement se focalisent sur l'empathie pour la victime, les compétences de base (adaptatives, relationnelles), la restructuration cognitive, la diminution des pulsions sexuelles déviantes ainsi que l'identification et la gestion des facteurs de risque. La restructuration des cognitions permet de corriger les distorsions qui

entretiennent les comportements transgressifs. Comme Bereiter et Mullen (2012) l'expliquent, le sujet apprend à verbaliser les pensées et les croyances qui justifient l'agression sexuelle, puis ces dernières sont contestées par le thérapeute et les membres du groupe. Quant à la diminution de l'excitation sexuelle déviante, différentes techniques aversives sont utilisées : *sensibilisation cachée, désensibilisation imaginaire, entraînement à la satiété.*

En ce qui concerne les jeunes auteurs d'agression sexuelle, le nombre de programmes de traitement à leur égard a sensiblement augmenté aux États-Unis selon Przybylski (2002). Celui-ci se réfère à Worling et Curwen (2000) qui estiment que ce chiffre est passé de 1 à 600 de 1975 à 1995 et qu'en 2008, 699 des 1300 programmes existant au niveau national étaient destinés aux adolescents. Les programmes juvéniles reflètent la forte tendance cognitivo-comportementale des programmes adultes (Aylwin *et al.*, 2000) et poursuivent les mêmes objectifs, c'est-à-dire «déconditionner les habitudes déviantes du jeune », « diminuer son intérêt sexuel pour les enfants » et réduire les risques de récurrence (Haesevoets, 2001, p. 476). Le jeune est amené à prendre conscience du caractère transgressif des actes commis et de l'impact destructeur sur la victime. Au cours de la thérapie, il évolue vers une compréhension et une identification de ses fantasmes sexuels et des situations ou circonstances déclenchantes afin de mettre en place des comportements qui soient plus adaptés et respectueux de l'altérité. Les techniques aversives utilisées pour diminuer les comportements sexuels déviants chez les adultes sont rarement utilisées pour les jeunes en raison de questions éthiques et parce que « les préférences sexuelles ne sont pas encore fixées » à cet âge-là (Bereiter & Mullen, 2012, p. 391). Bien que les prises en charge des adolescents aient été modelées à partir des programmes adultes, elles évoluent d'après Przybylski (2002) pour mieux tenir compte des « différences développementales, motivationnelles et comportementales » des jeunes et de l'environnement socio-familial. En outre, un nombre grandissant de travaux montrent l'effet bénéfique des prises en charge prodiguées dans un environnement naturel par rapport à des thérapies en milieu contraint.

Plus spécifiquement, les troubles de stress post-traumatique (PTSD), dont souffrent un grand nombre de jeunes exposés à un âge précoce à la violence, ont été reconnus comme pouvant jouer un rôle complexe dans l'émergence de comportements sexuels violents. Hunter (2010) utilise *l'exposition prolongée* dans une recherche portant sur deux adolescents. Grâce à des exercices d'exposition en live et imaginaire, cette technique vise à « altérer les structures sous-jacentes de la peur qui maintiennent l'anxiété en ciblant les associations irréalistes stimulus-stimulus et stimulus-réponse ainsi que les croyances dysfonctionnelles qui la fondent » (p. 369). Après 16 à 19 séances, les symptômes de PTSD des sujets ont considérablement diminué et leur humeur s'est améliorée. Ces changements leur ont permis de mieux investir leur programme de traitement classique ainsi que la relation à leurs thérapeutes.

Selon Bereiter et Mullen (2012), en raison des similitudes entre jeunes auteurs de violences sexuelles et jeunes délinquants non-sexuels, les traitements anglo-saxons se réorientent dans une nouvelle direction depuis quelques années afin de tenir davantage compte de l'environnement socio-familial. En effet, ils mettent de plus en plus l'accent sur les prises en charge familiales, prodiguées dans des milieux communautaires, comme les thérapies multisystémiques ou familiales fonctionnelles. De manière générale, les programmes de traitement actuels associent plusieurs aspects des prises en charge cognitivo-comportementales et des thérapies basées sur l'environnement familial et social.

3.1.2. Thérapies axées sur la famille

Les thérapies multisystémiques connaissent aujourd'hui un grand succès. Fondées sur le postulat que chaque facteur individuel, familial ou environnemental contribue à façonner le comportement antisocial (Przybylski, 2014), elles ont été adaptées aux jeunes impliqués dans des violences sexuelles afin de tenir compte des systèmes dans lesquels ils évoluent (famille, pairs ou école) (Batastini, Hunt, Present-Koller, & DeMatteo, 2011). Selon Borduin, Letourneau, Henggeler, Schewe, McCart, Chapman et Saldana (2011), ces thérapies permettent d'adresser des facteurs interpersonnels, familiaux et extrafamiliaux de manière individualisée et flexible. Elles visent un double

objectif : (1) l'autonomisation des parents qui passe par l'apprentissage des compétences et le développement des ressources nécessaires à la gestion de l'enfant, et (2) l'autonomisation des adolescents pour qu'ils apprennent à mieux gérer les difficultés familiales et extrafamiliales à travers le renforcement des associations avec des pairs prosociaux ou le développement de capacités de résolution de problème (Bereiter & Mullen, 2012). Les thérapies familiales fonctionnelles sont également répandues. Elles sont nées de l'hypothèse que « le style coercitif de nombreuses interactions familiales contribuerait à la constitution de biais cognitifs stipulant que toutes les interactions sociales mènent forcément à des conflits » (p. 392).

3.1.3. Pharmacothérapies

Les traitements cognitivo-comportementaux semblent moins efficaces chez les patients adultes souffrant de déviances sexuelles ou d'hypersexualité, des traitements pharmacologiques leur sont typiquement proposés de manière complémentaire (Lievesley, Elliott, Winder, & Norman, 2012). Les médications qui visent à diminuer les fantasmes, les pulsions et les comportements sexuels déviants ou non désirés comprennent des *antidépresseurs de type inhibiteur de recapture de la sérotonine (SSRI)* et des hormones anti-androgènes (Delavenne, Frederico, Lamy, & Thibaut, 2014). Ces dernières, qui induisent une castration chimique, incluent notamment *l'acétate de cyprotérone (ACP)* ou *de médroxyprogestérone (AMP)* et des *analogues à l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (GnRH)*. Aux États-Unis, selon Turner, Basdekis-Jozsa et Briken. (2013), 15,3% des délinquants sexuels participant à des programmes résidentiels reçoivent des *analogues GnRH* et 17,6% de l'*AMP*. Au Canada, 50% d'entre eux reçoit un traitement à base d'*AMP*, 50% un traitement à base d'*ACP* et plus d'une médication est utilisée dans 75% de tous les programmes résidentiels.

Ces thérapies pharmacologiques ne sont pas usuellement administrées aux jeunes auteurs d'abus sexuels. Se pose en effet la question de l'effet potentiel que les substances pourraient avoir sur leur développement toujours en cours (Gibson & Vandiver, 2008). D'après Bereiter et Mullen (2012), les traitements

médicamenteux demeurent réservés aux sujets plus âgés présentant des paraphilies et un risque accru de récidiver. Dans ces cas, seuls des *SSRI* sont prescrits et les traitements hormonaux ne seraient « virtuellement jamais utilisés pour des adolescents » (p. 394). En cas d'administration, une véritable réflexion éthique s'impose. Il est primordial d'obtenir un consentement libre et éclairé des adolescents et leurs parents afin qu'ils puissent choisir cette voie de leur plein gré et en toute connaissance de cause. Il est également impératif d'inclure dans le processus décisionnel les effets secondaires potentiels de telles médications comme la prise de poids, l'hypertension, le diabète, la formation de caillots sanguins etc... (Gibson & Vandiver, 2008).

3.2 Prises en charge thérapeutiques dans les pays francophones

En Europe et principalement dans les pays francophones, les prises en charge des auteurs d'abus sexuels semblent actuellement plus imprégnées d'une tendance cognitivo-comportementale. Toutefois, cette orientation, qui s'inscrit dans une optique judiciaire et reste associée à une logique actuarielle, rencontre des difficultés à s'implanter véritablement au sein d'une culture traditionnellement clinique. De nombreux cliniciens réfutent en effet le côté trop pragmatique des programmes de traitement anglo-saxons qui ne considèrent pas les processus inconscients à l'œuvre (Keogh, 2012). Pour Balier (1988), qui prône une clinique centrée sur le patient et son histoire, s'arrêter au comportement et réduire l'individu à son délit seraient ne plus le reconnaître en tant que sujet, le réduire à « l'état de chose », le déshumaniser en quelque sorte. Comme il le dit, même si « tout comportement cache un sens en même temps qu'il le révèle (...) l'intérêt n'est pas le sens lui-même, mais la démarche pour y parvenir » (cité par Gourmelo, 2012, p. 366). Quant à Haesevoets (2001, p. 452), il parle de programmes « appliqués comme des remèdes infallibles », qui « font penser à du lavage de cerveau ou à du reconditionnement psychique ».

Ainsi les psychothérapies proposées restent le plus fréquemment basées sur une clinique d'inspiration psychodynamique et tentent, au-delà de l'enrayement des récidives, de rencontrer un jeune dans sa singularité et de

comprendre sa problématique. Le traitement est centré sur l'accompagnement du patient dans un travail de réflexion introspective afin de l'aider à mieux appréhender ses fonctionnements psychiques, à comprendre son histoire personnelle et sa vie relationnelle ainsi qu'à réaliser la portée de ses actes et à cheminer vers un mieux-être (Ritter, 2009). Les psychothérapies systémiques sont également largement préconisées pour travailler sur toute la famille en tant que système ainsi que sur la place et la fonction qu'y occupe l'adolescent.

3.2.1. Thérapies psychodynamiques

Les thérapies psychodynamiques visent à dégager « la nature de certaines pressions précipitantes se situant dans l'histoire du sujet » (de Becker, 2009, p. 329) et à explorer les mécanismes défensifs, les enjeux identificatoires et les liens d'attachement caractérisant la souffrance et la manière d'être au monde de l'individu. Les particularités de la rencontre seront tout d'abord abordées, de même que la manière dont les processus de transfert et contre-transfert viennent se nouer dans la relation clinique avec l'adolescent. Ensuite seront détaillées les difficultés à aborder le passage à l'acte et les bénéfices d'aménager la relation grâce à un outil médiateur. Enfin, les objectifs de la prise en charge et les spécificités du dispositif groupal seront analysés.

a) Rencontre clinique, transfert et contre-transfert

La rencontre clinique avec des auteurs de délinquance sexuelle est particulière, dans le sens où elle s'inscrit dans un cadre particulier, à l'interface entre un monde médical axé sur les soins et un monde judiciaire centré sur la sanction et la protection de la société. Située hors du dispositif thérapeutique classique, la consultation se joue le plus fréquemment dans un contexte d'obligation de soin dans lequel le « patient-détenu » n'est initialement pas demandeur et refuse toute aide extérieure. Un grand nombre de psychothérapeutes d'orientation psychanalytique estiment qu'un travail analytique traditionnel a peu de chances de réussir dans un environnement contraint (Marx, 2010), car c'est la demande, dont le moteur est la souffrance engendrée par la passivation, qui permet d'instaurer le transfert et de débiter le travail thérapeutique (Ciavaldini, 2008).

L'entrée en soins semble toujours difficile avec ce type de patients. Selon Ciavaldini (2008), ces derniers ne peuvent être demandeurs pour plusieurs raisons. Ils ne réussissent en effet ni à identifier leur souffrance psychique ni à se confronter au traumatisme vécu. La demande viendrait encore fragiliser leur narcissisme défaillant. En outre, toute passivation est vécue comme une menace à leur intégrité et leur est insupportable (c'est d'ailleurs cette passivation qui les a poussés à commettre l'acte transgressif comme expliqué précédemment). Le fait d'attendre de la part de ces patients une demande d'aide les place, selon l'auteur, dans un contexte rigide, qui exige d'eux « ce qu'ils n'ont pas (ou pas encore) les moyens de donner » (p. 84).

Comme Lemitre (2009) l'explique, le travail du thérapeute consiste à poser un cadre qui puisse faire émerger la demande de manière progressive selon ce qu'il appelle « un processus continu sensible à l'expérience du lien » (p. 158) à travers le maniement du transfert. Pour ce faire, l'auteur propose de rencontrer l'adolescent selon trois temps. Il préconise une entrée en lien avec le patient basée sur l'interpellation à l'aide de techniques humanistes rogériennes (compréhension empathique, authenticité et considération positive inconditionnelle) pour favoriser la levée des défenses du sujet. Il s'agit ici d'interpeller, c'est-à-dire « de provoquer un “cogito”, une forme soudaine “d'insight” ou de “prise de conscience” qui doit théoriquement permettre d'accéder à un mouvement interne » (p. 159). Le deuxième temps représente une phase d'aide consistant à orienter le patient de telle sorte à ce qu'il commence à conférer lui-même un sens à la démarche. Enfin le troisième et dernier temps s'inscrit dans la mise en œuvre d'un projet thérapeutique initié par la restitution des observations et l'élaboration d'une stratégie de soins.

Les rencontres avec l'extérieur sont déterminantes pour ces jeunes construits sur des bases psychiques fragiles, dans le sens où elles peuvent influencer les modalités de leur organisation (Jeammet, 2002). La rencontre clinique n'échappe pas à cette règle et les processus sous-jacents qu'elle actionne, loin d'être anodins, doivent être abordés prudemment. Selon Mâle (1964, cité par Houssier, 2003, p. 42), le lien avec l'extérieur vient dire quelque chose du

monde interne et en conséquence, « ce qui est travaillé au-dehors avec le thérapeute à partir du matériel clinique l'est au-dedans pour l'adolescent ».

Le mode de relation à l'autre est caractérisé par la « passivation et le désinvestissement de soi, au profit d'investissements massifs d'objets externes » (Roussel & Savin, 2008, p. 101). À ce propos, l'une des difficultés que Jeammet (2002) relève pour le thérapeute est de ne pas se laisser entraîner dans une relation caractérisée par un investissement massif et indifférencié. La rencontre peut revêtir un caractère traumatique pour le jeune, car le thérapeute en tant qu'objet d'investissement présente « un risque de séduction susceptible d'être vécu comme une menace d'effraction pour le narcissisme » et risque de réactiver le paradoxe rapprochement/éloignement (p. 82). Pour l'auteur, le clinicien doit « savoir surprendre et se surprendre » (p. 81 lorsqu'il fait des interprétations afin de permettre la mobilisation des investissements dans la relation et l'induction potentielle de changements. Cependant, « cet effet de surprise ne doit pas être trop brutal pour ne pas paraître trop étranger au Moi et le sidérer, mais être suffisamment mobilisateur pour qu'il y ait une prime de plaisir à la découverte », ce qui favorise un travail de liaison (p. 81).

Dans ce prolongement, Aichhorn (1948, cité par Houssier, 2003), l'un des premiers psychanalystes à avoir développé des soins pour les adolescents engagés dans la délinquance, fait du transfert l'élément central de sa méthode thérapeutique. En faisant preuve d'une attitude compatissante et empathique, le psychanalyste favorise l'entrée du jeune dans le transfert positif, car ce dernier qui s'attendait à des sanctions est pris à contrepied. Son idée est de créer au début de la relation « une relation de dépendance totale comparable à la dépendance qui existe entre le Moi du jeune et son Idéal du Moi », afin que le thérapeute se substitue à son Idéal du Moi (p. 38). L'image parentale défaillante peut ainsi être remplacée par une image parentale suffisamment bonne, de par l'identification inconsciente au thérapeute. C'est alors qu'« un nouveau modèle intérieur » peut s'imposer, « créant une possibilité de répondre d'une autre façon aux conflits internes » (p. 37). En somme, le projet thérapeutique d'Aichhorn consiste, selon les propos de Houssier, à « venir du dehors pour prendre une place au-dedans », « soutenir le Moi fragilisé » et

« mobiliser les capacités identificatoires en relayant les idéaux et les interdits » (p. 40). L'auteur soulève néanmoins que le maintien de la modification du Moi n'est pas forcément assurée dans la durée et pourrait être remise en question.

Certains s'interrogent cependant sur les effets pouvant découler du cadre analytique. Jeammet (2002) se demande notamment si le placement volontaire du jeune dans une relation très proche suscitant de l'excitation ne contribue pas au final à le pousser à régresser et à investir massivement la relation avec le thérapeute. En particulier, l'auteur se questionne sur l'éventualité que la situation analytique ne favorise d'une certaine manière le développement de décompensations psychotiques qui ne se seraient pas manifestées autrement. Il évoque le terme de « régressions malines » pour caractériser des régressions devenant « organisatrices de la personnalité sur un mode essentiellement psychotiques » (p. 82). L'auteur précise que même si le sujet se remet de ces mouvements décompensatoires, ces derniers joueront assurément un rôle déterminant dans la manière dont le psychisme se réorganisera.

Il est temps d'aborder les mouvements contre-transférentiels. Le thérapeute se retrouve souvent face à des patients qui dénie toute expression pulsionnelle, éprouvent des difficultés à accéder aux affects et pensées et agissent une certaine emprise sur lui (Roussel & Savin, 2008). Ce mode relationnel a « pour effet de faire vivre à l'autre par le mécanisme d'identification projective le vide, le chaos et les sensations qui y sont liées et que lui ne peut éprouver » (p. 101). Le risque pour le clinicien est de se retrouver dans une position où il lui devient pénible de parler ou de se représenter les faits, parce que cela lui fait revivre l'agression difficilement supportable. Il peut ressentir des effets de complicité des dénis ou de sidération susceptibles de créer « des éprouvés de peur, voire de paralysie » (Ciavaldini, 2008, p. 17). Il s'agit pour lui de « restaurer un contenant de pensée dans le déroulement de la thérapie (...) pour traiter la réalité de la violence, celle qui détruit le fantasme et toute vie psychique » (Roussel & Savin, 2008, p. 100). Il doit adopter une position telle qu'elle lui permette d'accueillir l'agir sexuel violent (Roman, 2011). Cette posture le place « dans un lien d'inconfort dans la rencontre de l'adolescent, qui implique un mouvement de transformation de l'excitation, en acceptant

d'une certaine manière d'y prendre part » (p. 95). Il s'agit d'accueillir de manière active la passivité vécue comme impossible afin de permettre sa transformation en quelque chose de plus acceptable. Ce travail thérapeutique porte ses fruits dans la mesure où il est « dégagé des mouvements de séduction, de rétorsion, de banalisation et/ou de déni qui peuvent accompagner la rencontre de ces situations » (p. 95). La stabilité nouvelle de l'environnement thérapeutique fournit au jeune « la possibilité de redécouvrir des soins infantiles qu'il pourra mettre à l'épreuve et au sein desquels il pourra revivre les pulsions instinctuelles » (1956, cité par Houssier, 2003, p. 42).

Les mouvements de contre-transfert entraînés par la rencontre avec l'acte sexuel transgressif et son auteur divergeraient en fonction du type d'adolescents pris en charge (Roman, 2011). La sidération ainsi que le désir de protéger, voire de soigner domineraient plutôt face aux actes de préadolescents sur des victimes enfants. En revanche, une certaine ambivalence prévaudrait envers les sujets ayant abusé de jeunes filles, marquée par « l'insupportable des violences en groupe infligée à une victime adolescente et la conception d'une forme "d'initiation à la sexualité" » (p. 94). De surcroît, la confrontation à l'intime du sexuel et à l'ambiguïté de l'acte transgressif, à situer entre une sexualité infantile et génitale, peuvent venir mobiliser des mouvements contre-transférentiels particuliers, en lien avec les propres fantasmes sexuels des thérapeutes (Roman & Ravit, 2010). Il est important que le thérapeute ne tombe pas dans le leurre d'interpréter les comportements sexuels de ces jeunes comme relevant d'une sexualité adulte supposément « construite sur un investissement affectif et relationnel » où l'altérité est perçue puisqu'il s'agit ici plutôt d'un registre sur un versant infantile où l'autre est investi comme le « prolongement de soi ou à titre de pulsion partielle » (Roman, 2011, p. 93).

b) Aménageur de la relation clinique

Même si les adolescents reconnaissent les faits transgressifs et les circonstances qui les ont poussés à passer à l'acte, ils éprouvent de réelles difficultés à les mettre en mots, et ce d'autant plus pour exprimer une émotion (Roman, 2009) : « tout se passe comme s'ils se considéraient soit absents de la

scène des violences sexuelles commises soit spectateur sans voix de ce qui s'y passe » (p. 41). Cependant, l'évocation du passage à l'acte est nécessaire, aussi difficile soit-elle pour l'adolescent et le thérapeute pouvant lui-même être pris de sidération devant l'impensable. Ne pas aborder l'acte revient pour le professionnel à participer implicitement au processus de désaveu des faits commis et de la victime. Ces adolescents se sont souvent retrouvés face à des adultes désemparés qui, ne sachant comment aborder les faits, se muriaient par défaut dans le silence, et le clinicien doit briser ce silence tabou, sans être toutefois trop intrusif pour ne pas se heurter à des défenses massives (Lemitre, 2009). La reconnaissance et l'expression par le thérapeute des difficultés de chacun par rapport à cette situation peuvent encourager la congruence préconisée par Rogers (1966) et produire un effet libérateur : « *Je sais que c'est difficile pour toi d'en parler, d'autant que l'on ne se connaît pas. Mais imagine que, parce que c'est difficile, nous fassions toi et moi comme si nous voulions parler d'autre chose ? Imagine que pour être plus tranquille, je fasse comme si nous étions là pour parler de foot ou de voitures ? Penses-tu que ce serait pour moi la meilleure façon de faire mon travail ? Penses-tu qu'une relation de confiance pourrait vraiment s'installer entre nous ? ...* » (p. 161).

Face aux difficultés que semblent éprouver professionnels et adolescents à évoquer les abus sexuels, face à des mouvements de contre-transfert difficiles à gérer, Roman et Ravit (2010) préconisent le recours à un outil de médiation. En s'inspirant du « **QICPAAS** » (*Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Agression Sexuelles*) élaboré par Balier, Ciavaldini et Girard-Khayat (1996), les auteurs développent le « **QICAAICS** » (*Questionnaire d'Investigation Clinique à destination des Adolescents Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel*), dans le cadre d'une recherche-action menée entre 2005 et 2008 avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse du Ministère Français de la Justice. L'idée derrière la conception de ces outils est de favoriser l'entrée en soins du patient et de lui offrir la possibilité de contrôler la rencontre en utilisant « des techniques actives, questionnantes et de media, soumettant les uns et les autres à une règle partagée » (Claude Balier *et al.*, 1996, p. 94). Il a été démontré que l'utilisation du « **QICPAAS** » permettrait par exemple

d'accroître les demandes spontanées de soins psychiques en incarcération de 12% à 54% chez les adultes (Ciavaldini, 2008).

Pour Balier *et al.* (1996), ces aménageurs de la relation fonctionneraient en tant que « pragmatique de la mentalisation », en aidant le sujet à « placer des mots sur des pans entiers de sa propre histoire » (p. 242), afin qu'il puisse la percevoir et se l'approprier. La mise en mots « participe à un travail de perception psychique des éprouvés internes (...) et de passage de la perception à la prise de conscience » (p. 242), ce qui nécessite des capacités à traiter la disparition de l'objet du champ de perception. En raison de processus de représentation défailants et du vécu insupportable face à la disparition de l'objet chez le sujet abuseur, lui demander de nommer le confronte à ce vécu qu'il n'a pu traiter et a évacué en passant à l'acte. Pour les auteurs, « questionner représente certes un forçage, voire une violence, mais une violence symbolique nécessaire sans laquelle ces sujets ne pourraient se confronter au travail de la représentance » (p. 247). En parlant de l'abus agi, le sujet, plus réduit à cet acte, devient un sujet souffrant, dont l'agir vient dire quelque chose d'une indicible souffrance en attente de représentation. Il peut s'approprier son acte pour autant que le thérapeute ne se laisse pas envahir par l'horreur et que « l'impensable de l'acte » ne se transforme pas en « impensé ». L'acte peut alors se substituer en « blessure à penser » (p. 251). Au demeurant, la rencontre doit ainsi permettre à l'acte impensable d'être pensé, une condition inéluctable pour la mise en œuvre de tout travail thérapeutique.

Comme le « *QICPAAS* », le « *QICAAICS* » se présente sous la forme d'un guide d'entretien clinique, qui possède une fonction structurante, repérable à travers plusieurs aspects (Roman & Ravit, 2010). Sa structure permet en effet de se décentrer de l'acte transgressif et d'investiguer les autres domaines investis, de manière exhaustive et systématique. Ceci « actualise l'expression d'une préoccupation du professionnel à l'égard de l'adolescent » (p. §14) et encourage « un changement de regard (...) en autorisant la rencontre d'un sujet singulier, suffisamment dégagée de l'imaginaire du *monstre* ou du *pervers* » (p. §33). Par ailleurs, le professionnel qui suit le questionnaire se retrouve dégagé de mouvements transférentiels liés aux questions ou domaines qu'il aurait pu

choisir d'explorer spontanément. Enfin, la forme et le contenu viennent dire quelque chose de la position du groupe face à l'agir sexuel violent du jeune, représentant ainsi la position de tiers. Pour les auteurs, le questionnaire favoriserait une articulation entre des positions maternelles d'accueil bienveillant et paternelles de limite structurante.

Grâce à une alternance de questions ouvertes et fermées, le « **QICAAICS** » permet à la fois de recueillir des informations précises sur le jeune et ses investissements et de favoriser une réflexion sur l'acte « suffisamment conflictualisée qui ne se résume pas à la production de réponses binaires, en “oui” ou “non”, en tout ou rien » (§ 17). De plus, le questionnaire encourage le développement de la subjectivité et de la symbolisation, qui viennent s'emboîter dans le processus de subjectivation du clinicien : « c'est en effet en appui sur la capacité de ce dernier d'accueillir les mouvements psychiques de l'adolescent, y compris dans leur inhibition, leur pauvreté et/ou leur débordement, que le processus de subjectivation de l'adolescent sera en mesure de se déployer » (§ 11). Quant au thérapeute, cet outil lui permet de se dégager « des enjeux de séduction traumatique » (§ 12) et de mettre à distance l'excitation liée à la transgression sexuelle » (Roman, 2011, p. 95).

Plus spécifiquement, le « **QICAAICS** » est composé de douze domaines différents (ANNEXE V). La première partie du questionnaire permet de faire connaissance avec le jeune et d'instaurer une relation de confiance suffisante afin que des aspects plus intimes puissent être abordés par la suite (Roman & Ravit, 2010). Les domaines sollicitant l'agir sexuel violent sont les plus sensibles, car ils viennent toucher à l'intimité du jeune. En ce qui concerne la reconnaissance de l'acte par exemple, le jeune est invité à prendre position sur son « engagement dans l'agir », « l'exploration de ses vécus affectifs » et « sa capacité à s'identifier à la victime » (§ 26). Quant à la description de l'acte, elle est accompagnée de questions permettant de contextualiser l'acte sexuel violent et d'élaborer les ressentis de l'adolescent et de la victime, avec un double objectif : (1) identifier ce « qui se trouve *en panne* dans la subjectivation », et (2) soutenir ce processus en invitant à inscrire l'agir dans

une chronologie (§ 30). Durant la partie « terminaison de l'entretien », le jeune peut disposer, s'il le souhaite, d'un espace d'expression ouvert et libre.

Dans le cadre d'une recherche de validation du « *QICAAICS* » sur une vingtaine de sujets, Roman et Ravit (2011) établissent une distinction entre deux groupes d'adolescents en fonction du niveau de reconnaissance de l'acte et de l'identification des ressentis. Les jeunes ayant commis des violences sexuelles sur des enfants feraient plutôt preuve d'une reconnaissance totale. Leur discours, même marqué par l'inhibition, permettrait de rendre compte de leur position émotionnelle et de celle de la victime. D'un autre côté, les sujets engagés dans des abus en groupe à l'encontre d'adolescentes montreraient plutôt une reconnaissance partielle des faits et une dissolution des responsabilités, marquées par « une forme d'incompréhension quant à leur participation subjective, [due] à la précarité des ancrages subjectifs » (§ 27).

Même avec un outil médiateur de la relation, le processus thérapeutique ne peut s'aménager sans que le clinicien n'ait les capacités de recevoir la confusion ou n'accepte « l'investissement de l' inanité et de l'insanité », (Bayle, 1988, cité par Ciavaldini, 2007, p. 19). Il est inévitablement confronté à ses propres émotions qui surgissent avec plus ou moins de force à l'évocation des violences, comme Ciavaldini (2004b) l'explique. L'auteur soulève les questions suivantes : est-il humainement possible de rester neutre et bienveillant face à une personne ayant commis un viol, adulte ou adolescent ? Comment ne pas laisser sa psyché être envahie et préserver des espaces de liberté internes qui permettent d'investir le soin et de conserver une position éthique ? Le thérapeute doit s'efforcer de transformer le sujet en patient et « ramener du côté des hommes et de l'humain ceux qui sont considérés comme des monstres par certains » (Arena & Marette, 2007, p. 26). Or, il ne peut affronter ces incommensurables challenges sans entreprendre un véritable travail sur lui-même, son identité psychique, ses émotions, ses valeurs éthiques et son approche professionnelle (Marx, 2010). Seul, le clinicien ne parvient que très difficilement à surmonter tout cela et il est nécessaire pour lui de s'insérer au sein d'une équipe qui collabore, se soutient et échange. Les co-thérapies se

révèlent notamment indispensables pour éviter les risques importants de clivage, de déni ou de manipulations psychiques.

c) Objectifs thérapeutiques

Le processus thérapeutique doit viser « à appréhender, sinon une souffrance, du moins les processus qui sous-tendent l'acte dans une perspective de permettre au jeune sujet de se positionner différemment entre autres dans le champ relationnel » (de Becker, 2009, p. 328). La première étape consiste à faire un travail sur les affects, en les nommant, en les reconnaissant, en aidant le sujet à mettre des mots sur ce qu'il ressent. Selon Thévenet (2005), ces jeunes, assaillis de sentiments opposés oscillant entre la haine et l'amour, sont habités par un conflit interne permanent qui se rejoue dans la réalité et y compris avec les professionnels pour leur faire éprouver cette lutte incessante. Le thérapeute doit aider ces sujets en souffrance à réconcilier les parties clivées d'eux-mêmes pour qu'ils trouvent « d'autres issues que celles de s'éprouver ou de mettre à l'épreuve les personnes avec lesquelles ils entretiennent des relations (p. 130).

Au-delà de l'acceptation du caractère transgressif de l'acte commis, le mouvement thérapeutique doit orienter le patient vers la compassion et l'empathie à l'égard de la victime, ce qui présuppose la reconnaissance de l'altérité et l'identification positive à l'autre. L'autre peut alors quitter son statut d'objet et devient un sujet à part entière, qui souffre et subit les conséquences de l'agression. Pour Haesevoets (2001, p. 477), la prise de conscience de la souffrance de la victime permet au jeune d'acquérir « une sensibilité particulière quant aux conséquences de ses actes sur la victime » et « d'humaniser quelque chose de fondamental ».

La démarche introspective peut néanmoins s'avérer difficile, comme le souligne de Becker (2009), particulièrement quand elle confronte le jeune à ses conflits intérieurs et inconscients ainsi qu'aux carences, frustrations et probables violences qu'il a pu vivre et subir. Cette réflexion tournée vers soi se révèle néanmoins nécessaire, car « rouvrir ses anciennes blessures, en parler, se sentir accueilli quand on les évoque, amène à une plus grande sérénité, et à ce

que les tensions qui en résultent s'atténuent » (p. 329). Selon l'auteur, elle permet de prendre conscience de sa propre histoire et de sa responsabilité puis de se les approprier, d'arriver à percevoir les conséquences d'un acte sur soi et sur l'autre, de développer une compréhension des mécanismes psychoaffectifs, autant d'éléments qui « participent à l'humanisation ».

Même si nombreux sont les jeunes qui acceptent et arrivent progressivement à aborder leurs failles, tous ne peuvent entreprendre une telle démarche et certains échouent. De Becker évoquent notamment les sujets trop « englués (...) dans des failles narcissiques anciennes, prisonniers de l'angoisse corollaire à la remise en question ou encore dépourvus des compétences cognitives nécessaires à ce travail » (2006, p. 146). L'auteur définit *trois cercles* qui interagissent dans tout processus thérapeutique et permettent de situer les possibilités d'un individu à bénéficier d'une prise en charge (2004). Le premier cercle est relatif aux capacités d'élaboration et d'abstraction du sujet, à ses aptitudes à effectuer un travail de liaison entre sa réalité et ses représentations. Quant au second, il est plutôt centré sur les limites psychoaffectives de même que l'ouverture à l'altérité et la remise en question. Enfin, le dernier cercle englobe le domaine de la motivation personnelle à mieux se comprendre et à poursuivre la thérapie. L'auteur remarque que les adolescents, lorsqu'ils ont le choix, abandonnent fréquemment le processus psychothérapeutique en cours de route, car cette solution leur paraît plus facile, moins confrontante et moins menaçante.

d) Dispositif thérapeutique groupal

Associé à un suivi individuel et encadré par plusieurs thérapeutes, le dispositif groupal offre un étayage riche aux patients auteurs de violences sexuelles et présente des avantages certains pour de nombreux auteurs.

Selon Marx (2010), le groupe représente un espace protecteur entre le monde extérieur et le monde interne qui garantit un soutien narcissique. Lieu d'expression privilégié, il rend la verbalisation possible, dans le sens où l'autre peut prononcer les mots qui manquent au sujet. Le groupe permet également de

se confronter de manière directe à l'altérité, de lutter contre l'égoïsme et de développer de l'intérêt pour autrui, ce qui favorise le renforcement des liens sociaux chez ces jeunes qui souffrent souvent de défauts d'habiletés sociales, se perçoivent comme inférieurs et vivent les autres comme agressifs, voire menaçants. Par ailleurs, le dispositif groupal aide à développer les prises de conscience en mettant en commun les capacités réflexives et introspectives, ce qui donne au sujet l'opportunité de « trouver un sens à sa propre histoire en prenant responsabilité de ses actes » (p. 58). Selon l'auteur, les interventions des autres membres du groupe produisent souvent un effet différent de celles du thérapeute et peuvent favoriser un certain transfert latéral.

Pour Rault (2006, p. 147), la confrontation à l'autre permet de rompre progressivement l'isolement du sujet « tout en jouant symboliquement sa place, notamment dans l'histoire familiale ». Comme Ciavaldini (2004a, p. 74) l'expose, le groupe en faisant référence à une « dimension familiale primaire » vise « à tisser ou à retisser l'espace groupal interne de chaque sujet, constituant le fond de la mentalisation qui autorisera des processus de subjectivation ». Roman (2011, p. 96), quant à lui, conçoit le groupe comme un espace où « la mobilisation transférentielle trouverait à se diffracter », qui permet de dégager l'adolescent d'un lien individuel avec un thérapeute, susceptible d'être séducteur-traumatique. Enfin, Aymonier et Bourg (2011) évoquent l'accès, à travers les thérapies groupales, aux fondements de l'humain, aux grandes questions philosophiques sur le sens de la vie, le bien, le mal, la vertu, la responsabilité, la liberté, l'altérité, le sens de la peine, le juste, l'injuste. Pour les auteurs, les deux principes suivants doivent guider ces rencontres : (1) « le slogan d'inspiration kantienne “tu vauds mieux que tes actes” », et (2) « la responsabilisation permet au sujet de se réinstaller dans sa singularité et d'éprouver à nouveau la consistance de l'individuation » (p. 100).

Au-delà du groupe de parole classique, le psychodrame est bien adapté pour les auteurs d'abus sexuels. Ce dispositif permet de mettre la parole en action dans le corps et de créer, par le jeu, « une réalité commune, qui devient ensuite source d'élaboration » (Djapo Yogwa, Forestier, & Ozbora, 2008, p. 42). Ciavaldini (2004a) en explique le fonctionnement et les avantages manifestes.

Typiquement le thérapeute propose de jouer une scène qui reprend ce qui a été évoqué par l'un des participants du groupe en utilisant le changement de rôle, le doublage ou le jeu du miroir. Il peut s'agir d'une situation du passé, d'un rêve ou d'une scène inventée. Après ces mises en scène, les patients sont incités à faire part au groupe de leurs observations, remarques et ressentis. Outre le fait que le jeu permette de traduire plus facilement ce que le discours peine parfois à dire, ce dispositif favorise des activités de mentalisation et garantit l'appui sur le perceptif, un appui nécessaire à ces sujets en carence représentative. Ainsi toute la sensorialité peut être investie à travers soi-même et à travers le groupe, qui fonctionne comme un miroir. De plus, le psychogramme permet de mobiliser les affects, dans le sens où « ce qui est évoqué par un membre du groupe affecte celui qui l'entend à certaines places dans sa mémoire, et ces places servent à mettre en forme ce qui l'a affecté » (p. 76) Pour l'auteur, cette mobilisation rendue possible par l'expression dramatique conduit à « ré-affecter l'affect » et à l'« intégrer dans une trame historique », dans un mouvement d'humanisation (p. 76).

Pour faire valoir le bon déroulement des séances et établir un cadre, il est nécessaire d'édicter certaines règles et de les communiquer à tous les participants qui doivent s'engager à les respecter. Voici quelques exemples de ces règles telles qu'elles ont été décrites par plusieurs auteurs (Ciavaldini, 2004a, p. 74; Roussel & Savin, 2008, p. 102) : *règle de la libre association* (le participant peut dire tout ce qui lui passe par la tête) qui permet de se centrer sur l'importance du dire et non du faire, *règle de la confidentialité* (ce qui est dit ou joué dans le groupe ne doit pas être divulgué à l'extérieur), *règle de l'abstinence* (il est interdit de toucher) afin de garantir l'intégrité corporelle et de faire valoir la parole; *règle de la régularité* (il est attendu du patient qu'il participe de manière régulière pour assurer un suivi). Par ailleurs, d'après Roussel et Savin (2008), associer la thérapie groupale à un suivi individuel permet d'« amener le patient à faire l'expérience nouvelle du sujet en lien » (p. 112) : le groupe est « le lieu d'expérience de l'intersubjectivité » et le temps individuel permet de reprendre ce qui a été pensé, vécu, ressenti du groupe,

afin d'entreprendre « un travail de liaison et de différenciation » entre ces deux espaces que sont le public et l'intime (p. 112).

3.2.2. Thérapies systémiques

Comme dans les pays anglo-saxons, les thérapies systémiques familiales sont usuellement utilisées pour les jeunes ayant commis des actes transgressifs sexuels. De Becker (2009, p. 334) définit l'approche systémique et les entretiens familiaux comme invitant « le jeune à communiquer avec ses proches, à replacer la transgression dans ses dimensions relationnelles, dans une perspective générationnelle ».

De par leur attitude face à la transgression, les proches de l'adolescent se situent souvent à des extrêmes (de Becker, 2004). Certains se montrent pleinement conscients de l'acte commis et se sentent impliqués voire coupables, alors que d'autres sont d'entrée démissionnaires, déresponsabilisés et/ou rejetants. Si les premiers sont facilement mobilisables dans la thérapie systémique et y participent activement, les seconds le sont beaucoup plus difficilement. De Becker (2006, p. 146) insiste sur le soutien devant être prodigué aux parents pour les aider à « rester “en sympathie” avec leur fils, à ne pas le réduire à la seule portée de ses comportements transgressifs » et à ne pas considérer les protagonistes concernés en termes de *faute*, au risque de verser eux-mêmes dans le clivage et la stigmatisation. La famille doit être mobilisée non pas dans une démarche culpabilisatrice, mais dans une visée de responsabilisation, « vers une reconnaissance de responsabilité partagée, au minimum dans la prise en charge ». Par ailleurs, l'auteur rappelle que les rencontres de parole individuelles aménagées parallèlement à la thérapie familiale doivent impérativement garantir au jeune le secret professionnel. Si tel n'était pas le cas, le risque serait « d'entretenir du chaos, de la confusion ainsi qu'une propension à l'intrusion de l'intimité de l'autre » (2004, p. 677).

3.2.3. Thérapies basées sur la mentalisation (TBM)

Les thérapies axées sur la mentalisation ont été initialement développées par Bateman et Fonagy (2013) pour les sujets souffrant de troubles de personnalité limite qui n'auraient pu, selon eux, développer des capacités de mentalisation suffisantes dans le contexte d'une relation d'attachement sécuritaire. Keogh (2012) est un fervent défenseur de ce type de thérapies pour les jeunes ayant commis des agressions sexuelles et présentant des probabilités de récidiver, car ces derniers affichent en majorité des défauts de mentalisation.

La mentalisation, « processus par lequel nous développons un sens des autres et de nous-mêmes, de manière implicite et explicite » (Bateman & Fonagy, 2013, p. 595) est sociale puisque les croyances que « nous formons généralement (et automatiquement) (...) sur les états mentaux des personnes avec lesquelles nous interagissons » influencent fortement nos propres états mentaux. Pour les auteurs, un attachement sécuritaire précoce permet de poser les bases d'une mentalisation mature et saine plus tard dans la vie. Dans cette visée, les TBM cherchent « à développer des représentations mentales de soi et des autres propices à un attachement sécuritaire, à accroître les capacités à construire des relations matures et réciproques ainsi qu'à cultiver un soi plus "agentif" ou "socio-émotionnel" » (Keogh, p. xxvii). La relation d'attachement avec le thérapeute permet de créer un espace relationnel sécurisant dans lequel le patient peut explorer et développer la mentalisation.

3.3 Suivi sexologique

Selon Gamet (2009), le suivi sexologique, bien que très répandu dans les pays anglo-saxons, est encore peu fréquent en France. Il s'agit d'une mesure centrée sur l'information et l'éducation de la sexualité, pouvant être associée à des suivis psychothérapeutiques et psychiatriques classiques. L'auteure préconise que cette prise en charge soit centrée sur la singularité de l'adolescent, en tenant compte de sa personnalité, son histoire individuelle, son efficience intellectuelle ainsi que son niveau de développement sexuel spécifique. Des éléments de compréhension et d'approfondissement sur la sexualité lui sont

apportés afin qu'il puisse développer « un travail de réflexion sur la construction de la sexualité humaine tenant compte du contrôle social formel, intériorisé et relationnel » (p. 12). Cette mobilisation est nécessaire pour qu'il puisse s'épanouir et développer une « sexualité partagée, réciproque entre partenaires de la même génération et consentants » (Haesevoets, 2001).

Comme Benoist (2014, p. 61) le souligne, l'allusion à la sexualité est difficile avec tous les adolescents, car ce sujet vient toucher à l'intime. Cette évocation se révèle d'autant plus complexe avec les jeunes qui ont commis des agressions sexuelles dans un contexte de face-à-face. Pour cette raison, l'auteur suggère d'utiliser des médias éducatifs afin d'appréhender la sexualité et de favoriser la relation. Le « *Qu'en dit-on* » propose par exemple des cartes avec un dessin et une courte phrase qui mettent en scène des situations relationnelles. Le jeune doit d'abord les commenter puis les évaluer comme acceptables, non acceptables, interdites par la loi ou discutables. Ce support à la verbalisation permet à l'adolescent de se sentir en sécurité, de parler plus aisément et librement de thèmes tabous (violence, sexualité, consommation de substances), de prendre conscience de la loi et de se construire en tant que sujet. Un autre média proposé par l'auteur est « *Cet autre que moi* ». En favorisant les échanges sur la sexualité et le sentiment amoureux, ce support vise à responsabiliser les jeunes, à les accompagner dans leur construction individuelle et à les aider à prendre conscience de l'autre en tant qu'être humain.

3.4 Prises en charge interdisciplinaire et interinstitutionnelle

Il est crucial de répondre de manière adéquate aux actes de violences sexuelles commis par des mineurs afin que ces derniers ne s'inscrivent pas dans un schéma de délinquance sexuelle adulte (Rabaux, 2007). La réponse doit articuler une prise en charge complète comprenant des mesures à la fois thérapeutiques, éducatives et pénales. La collaboration et la complémentarité entre les différentes disciplines et institutions sont garantes du cadre et de la réussite des prises en charge de ces adolescents.

Selon de Becker (2009), l'idée du cadre recouvre essentiellement deux notions distinctes : le cadre légal et ses applications pratiques ainsi que le cadre thérapeutique qui comprend toutes les interventions cliniques. Pour lui, ces deux dimensions structurantes doivent être activées ensemble, de manière concomitante ou successive. Elles doivent constituer l'entier des réponses apportées et participer à la construction de l'adolescent qui, à travers ses actes délinquants, « interpelle la société et demande, à tout le moins inconsciemment, que celle-ci se situe » (2008, p. 677). Une réponse uniquement basée sur la loi, la répression et la sanction cantonnerait le jeune dans une immobilité évolutive et dans des mécanismes défensifs en ne considérant aucunement ni sa souffrance ni sa subjectivité. Par ailleurs, une réponse seulement orientée vers une volonté d'aide, de compréhension et d'accompagnement sans autorité structurante ne servirait pas à recadrer ou à replacer les limites.

Dans ce prolongement, Ciavaldini (2004b, p. 29) évoque un espace collaboratif multidisciplinaire, comme un « réseau Santé-Justice », dont les différents acteurs représentent les maillons complémentaires d'un « processus civilisateur » qui « fonde l'humanité elle-même ». Selon l'auteur, le but de la loi est de contenir les mouvements pulsionnels tant sexuels que violents. La position psychique du thérapeute n'est rendue possible que s'il s'appuie sur le cadre institutionnel judiciaire, garant de la position du tiers (Ciavaldini, 2007). En établissant et en restaurant les limites, la sanction contribue à l'émergence d'un sens et constitue une sorte de « rite de passage » qui « autorise des sujets débordés par leurs excitations, en risque d'effondrement psychique, à changer de camps » (Ciavaldini, 2004b, p. 27). Le partenariat Santé-Justice reste possible, malgré les clivages qui existent de manière naturelle entre les intervenants de ces deux milieux (Parra, 2011). Pour cela, il est nécessaire que ces derniers ne se retranchent pas derrière les secrets professionnels inhérents à chacun et acceptent de collaborer pleinement au-delà de leurs différences et priorités respectives, en s'apportant mutuellement quelque chose. En outre, la temporalité est également une composante importante de la prise en charge globale à ne pas négliger (Benoist, 2014). Elle doit rester cohérente entre les

différents cadres de manière à travailler ensemble et à coordonner au mieux la prise en charge judicio-psycho-éducative.

Le cadre légal viendrait ainsi au service du cadre thérapeutique instaurer ce que Lemitre (p. 161) nomme « un référentiel qui ne fasse l'objet d'aucun compromis symbolique ». Ainsi seulement les conditions nécessaires à l'établissement d'un espace sécurisant pourraient être créées. Dès le début de la prise en charge, le thérapeute doit énoncer clairement les règles et le cadre qui devront être acceptés librement de sorte qu'ils ne puissent plus être négociés par la suite. À titre illustratif, le clinicien doit, au début de la thérapie, parler au jeune de son obligation de lever la confidentialité et de signaler toute situation de récidive ou de mise en danger d'autres mineurs.

Dans la réalité, il semblerait d'après Roman (2011), que les prises en charge varient selon le type de jeunes incriminés. Une démarche de compréhension et de soins serait davantage adoptée envers les adolescents ayant commis des abus sur des enfants. En revanche, pour les jeunes engagés dans des agressions sexuelles à l'encontre d'adolescentes, des mesures de contention (contrôle judiciaire, incarcération) seraient plutôt privilégiées. La focalisation sur des mesures essentiellement punitives au détriment d'approches plus thérapeutiques ou éducatives se révèle dommageable pour ce second groupe. Ceci est d'autant plus vrai que selon l'auteur, ils « pourraient être reconnus comme les plus souffrants, ou, en tous les cas, pris dans des risques d'effondrement ou de désorganisation psychiques majeurs » (p. 94).

Ce chapitre a permis de mettre en exergue les disparités existant entre les pays anglo-saxons/nord-américains et les pays francophones/européens, en termes de prises en charges thérapeutiques pour les auteurs juvéniles d'abus sexuels, dérivées de postulats théoriques différents et de priorités divergentes. La discussion critique développée lors du prochain chapitre permettra de mettre en perspective les divers éléments abordés, d'évoquer les apports et limites des évaluations et des prises en charges évoquées ainsi que d'élargir le débat.

4. DISCUSSION

4.1 Apports et limites des évaluations du risque de récidive

Les méthodes actuarielles ont été conçues dans un effort de répondre à un besoin de validation empirique et de transparence, pour dépasser les biais des approches cliniques traditionnelles centrées sur l'entretien et la subjectivité. Ces échelles présentent des avantages certains quant à leur rapidité de passation, leur facilité de cotation pour un évaluateur non-clinicien et l'excellente reproductibilité entre examinateurs qu'elles permettent grâce à leur standardisation. Cependant, elles ne font pas l'unanimité et ont suscité de multiples débats en raison d'écueils sur les plans méthodologique, épistémologique, éthique et moral, et ceci particulièrement en France et dans les pays francophones où la tradition clinique demeure profondément ancrée.

Les performances prédictives de ces évaluations ont été notamment fortement remises en question pour plusieurs raisons. La valeur prédictive d'un instrument est applicable à l'échantillon qui a permis sa conception et ne peut être garantie pour des sujets issus de populations différentes (Gravier & Lustenberger, 2005). Or, la majorité de ces outils a été élaborée dans des pays anglo-saxons et ils n'ont pour la plupart pas encore été à ce jour validés sur des populations francophones. De plus, plusieurs chercheurs ont conclu, après avoir démontré que les capacités prédictives varient en fonction des sous-types d'agresseurs, que ces instruments ne rendent pas compte de la grande hétérogénéité caractérisant la population des auteurs d'abus sexuels (Bartosh, Garby, Lewis, & Gray, 2003; Parent, Guay, & Knight, 2011; Rettenberger, Matthes, Boer, & Eher, 2010). Par ailleurs, les données recueillies sur des groupes (ici des groupes de délinquants récidivistes et non récidivistes) et utilisées pour faire des prédictions sur des individus génèrent forcément des biais statistiques (Judge, Quayle, O'Rourke, Russel, & Darje, 2012).

Appliquer un raisonnement généraliste à un sujet spécifique contribue à désavouer sa singularité et à négliger ce qui fonde son individualité. Chaque infraction sexuelle s'inscrit dans une histoire de vie spécifique, dans la

complexité d'un fonctionnement psychique individuel et dans un contexte particulier, autant d'éléments qui sont à dénouer et fondent l'essence-même de la clinique. Le risque individuel doit être compris et analysé au regard de l'intrication de ces différents aspects et ne peut en aucun cas être limité à la somme de plusieurs facteurs de risque jugés probants statistiquement. Ce faisant, l'approche actuarielle évacue toute forme de compréhension clinique du sujet, de son acte ou du contexte. En outre, en ne s'intéressant pas aux facteurs dynamiques, elle ne prend pas en considération les potentialités évolutives individuelles, pouvant être ciblées par les thérapies pour modifier de manière durable les risques de récurrence. De la sorte, elle participe à instaurer une vision fataliste de ces sujets auteurs d'infractions à caractère sexuel, en sous-estimant, voire déniaient leurs capacités au changement et en les figeant dans leur histoire de violences sexuelles agies. Au-delà de velléités punitives, cette logique déterministe contribue nécessairement, conformément aux prédictions de Gravier (2012) et Moulin & al. (2012) à une volonté de contrôler, de neutraliser, voire de traiter et normaliser ces individus, puisqu'ils sont jugés potentiellement dangereux pour la société. Dans les pays anglo-saxons, la nouvelle pénologie et la justice actuarielle illustrent parfaitement cette tendance basée sur la sanction, le confinement et la gestion du risque.

En France et dans les pays francophones, l'évaluation clinique traditionnelle reste l'approche préconisée par excellence et la plus utilisée pour apprécier le risque de violence. Basé sur l'expérience clinique du thérapeute, ce type de démarche est peu validé empiriquement et peut se révéler biaisé, comme les études américaines l'ont mis en évidence dans les années quatre-vingts. La seule intuition clinique ne semble ainsi ni suffisante ni satisfaisante pour appréhender la dangerosité qui reste « un concept flou et infiltré de subjectivité » (Moulin & Gasser, 2012, p. 1778). Il apparaît en conséquence nécessaire d'enrichir la clinique à l'aide de critères qui puissent instaurer une certaine rigueur et garantir plus de systématisation dans les évaluations.

Les jugements cliniques structurés permettent justement d'accomplir cela, en intégrant des instruments standardisés à la pratique clinique. Le clinicien décide de la pondération des facteurs de risque évalués sur la base de son

expérience clinique et c'est lui qui se prononce sur l'évaluation finale du risque. Sur un plan éthique, ces évaluations ne s'intéressent pas uniquement à la prédiction de la violence, mais mettent également en avant les capacités de remédiation des sujets, en prenant en compte les facteurs dynamiques. De ce fait, elles offrent la possibilité d'orienter le suivi thérapeutique et de jauger son efficacité (Côté, 2001), afin de dépasser une vision figée pour aller vers une perspective évolutive, plus humanisée. Par ailleurs, les jugements cliniques structurés semblent pouvoir constituer une base solide sur laquelle les équipes cliniques pluridisciplinaires peuvent échanger et confronter leurs points de vue (Gravier & Lustenberger, 2005). Ces instruments cliniques semblent donc tout à fait à même de dépasser les limites des autres approches évaluatives et sont dans ce sens, les plus pertinents pour évaluer le risque, pour autant qu'ils soient utilisés correctement. À cet égard, si l'évaluateur met l'évaluation clinique de côté et se contente simplement d'ajouter les scores des items de l'échelle standardisée, ce qui arrive malheureusement fréquemment (Hanson & Morton-Bourgon, 2009), l'instrument ne devient rien d'autre qu'une simple mesure mécanique qui perd de sa pertinence clinique.

En ce qui concerne plus particulièrement les évaluations du risque pour les adolescents ayant commis des violences sexuelles, les différents instruments développés spécifiquement pour eux ont vu le jour plus tardivement que ceux pour les adultes. Ces outils ont ainsi pu bénéficier de l'évolution évaluative du risque qui a permis aux jugements professionnels structurés de succéder aux évaluations actuarielles. Comme relevé précédemment, la plupart des échelles conçues à ce jour pour les adolescents relèvent d'un format clinique structuré. Élaborées essentiellement à partir des modèles adultes validés pour cette population-là, elles n'ont pas été validées de manière significative pour la population juvénile. La littérature se révèle en effet ambiguë, voire inconsistante, dans le sens où les recherches s'intéressant à la prédiction du risque de récidive juvénile qu'elle recense font état de résultats mitigés et contradictoires. La validation scientifique des facteurs de risque et des outils d'évaluation pour ces adolescents semble beaucoup plus ardue que chez leurs

comparses adultes, et ce pour différents écueils méthodologiques et autres limitations.

Au niveau méthodologique, la plupart de ces recherches sont basées sur des échantillons de petite taille de moins de cent sujets, ce qui motiverait la difficulté à dégager des effets significatifs. Elles incluent également des périodes de suivi relativement courtes, fréquemment en-dessous de trois années. Ce laps de temps pourrait ne pas être « assez long pour que les jeunes récidivent ou pour que la puissance statistique détecte des effets significatifs » (Spice *et al.*, 2013, p. 349). De surcroît, le récidivisme sexuel pourrait être plus difficile à prédire chez les adolescents que le récidivisme non-sexuel, en raison de taux de base modestes. Ceci expliquerait pourquoi les jeunes engagés dans la délinquance sexuelle semblent récidiver beaucoup plus fréquemment de manière non-sexuelle que sexuelle. Enfin, il est important de souligner que très peu d'études randomisées contrôlées ont été menées sur la population juvénile.

Par ailleurs, les facteurs de risque utilisés varient grandement d'une étude à l'autre et ne possèdent qu'une valeur prédictive relativement peu prouvée (Rich, 2014). Ils sont sélectionnés la plupart du temps par les chercheurs sur la base de leur propre expérience ou à partir de la recherche sur le récidivisme sexuel adulte. L'extrapolation de facteurs de risque juvéniles à partir de facteurs de risque validés sur adultes dénonce un manque de compréhension clinique évident des processus à l'œuvre dans la violence sexuelle adolescente. En effet, comme expliqué précédemment, ces processus viennent s'exprimer lors d'un temps spécifique de développement et ne sont pas nécessairement liés aux mécanismes décelables chez l'homme adulte. Cette approche fait ainsi fi des disparités essentielles existant notamment au regard de l'expérience de vie et de la maturation entre les populations juvénile et adulte. Les différences d'expérience de vie se manifestent par exemple au niveau du nombre de partenaires sexuel(le)s, du statut marital, du niveau d'éducation, des années de travail et du développement social (Aylwin *et al.*, 2000). Quant à la maturation, il est envisageable que les processus développementaux de l'enfance et de l'adolescence mettent en lien différents facteurs de risque qui viennent s'inscrire dans des interactions complexes, difficiles à dénouer (Rich, 2014).

Discussion

La recherche sur les jeunes s'est plutôt focalisée jusqu'à présent sur des facteurs de risque uniques, singuliers, à l'aide de données transversales qui ne peuvent apprécier par essence les processus dynamiques et les aspects développementaux. Force est de constater que ce type de recherches n'a guère apporté de résultats véritablement probants. Il s'avérerait innovateur et prometteur dans le futur de s'intéresser à l'analyse des interdépendances et imbrications potentielles entre les facteurs de risque, telles qu'elles viennent se nouer dans des moments clés du développement et interagir dans la durée.

Au-delà des facteurs de risques, les études menées sur les populations adolescentes ont récemment commencé à s'intéresser également aux facteurs de protection. Ces développements ont davantage progressé dans la recherche sur la délinquance sexuelle juvénile qu'adulte, ce qui peut être compréhensible au regard des enjeux à long terme pour les adolescents. S'intéresser aux forces personnelles permet de sortir d'une vision négative se focalisant uniquement sur le risque et les caractéristiques déficitaires. À titre illustratif, le modèle de Coco et Mormont (2006) est constitué d'items extraits de la littérature et de la pratique clinique (ANNEXE VI). Ce type de modèles, qui permet de dresser un bilan des vulnérabilités du sujet et des ressources dont il dispose, gagnerait à être encouragé.

Aux États-Unis et dans les pays anglo-saxons, une vision centrée sur la continuité de la violence sexuelle adolescente à l'âge adulte a prédominé durant une longue période et subsiste encore parfois actuellement. De ce fait, les processus de maturation propres au temps juvénile ont longtemps été négligés. Selon un raisonnement causal très linéaire, les adolescents ont longtemps été considérés comme des « abuseurs sexuels » comparables aux agresseurs sexuels adultes, avec des caractéristiques stables et difficilement remédiables. Adopter une telle approche conduit inéluctablement à minimiser, voire réfuter leur potentiel évolutif et à les figer dans une trajectoire délictueuse, selon une perspective déterministe et stigmatisante.

Cette optique fataliste et stigmatisante est illustrée à-travers la promulgation de mesures extrêmement punitives à l'encontre des *Juvenile Sexual Offenders*

(*JSO*). En 2006, l'adoption de l'Acte Adam Walsh édicte notamment le placement non-volontaire des *JSO* en institutions psychiatriques ainsi que leur inscription publique à vie en tant que délinquant sexuel suite à la commission d'un abus sexuel (Caldwell, 2007, cité par Spice *et al.*, 2013). À souligner qu'il existe également en France un fichage automatisé du même type, le Fichier Judiciaire pour les Auteurs d'Infractions Sexuelles ou Violentes (FIJAIS), fichage auquel n'échappent d'ailleurs pas les adolescents. Il est ici important de préciser que la stigmatisation commence déjà dans le langage utilisé à l'endroit de ces sujets. En effet, les appellations réductrices « *JSO* », « délinquant sexuel », « agresseur sexuel », « violeur » et autres, qui leur collent à la peau comme une étiquette indélébile, contribuent à les réduire à l'acte qu'ils ont commis. En d'autres termes, ce type de dénominations participe à attribuer les caractéristiques intrinsèques de cet acte à leur personne-même et à confondre qui ils sont avec ce qu'ils ont fait. Croire en leurs capacités de changer et à leur potentiel humain signifie dépasser ce langage réducteur et les considérer comme auteur d'une agression, d'un abus plutôt que comme agresseur ou abuseur.

Les différentes mesures restrictives à l'encontre de la population juvénile sont grandement questionnables d'un point de vue éthique. Elles ont été implémentées, et ce malgré les preuves apportées par la recherche clinique que la plupart des jeunes auteurs d'agression sexuelle ne poursuivent pas sur le chemin de la délinquance sexuelle adulte. Les nombreuses études, qui mettent en exergue des taux de récidive non-sexuelle largement supérieurs aux taux de récidive sexuelle relativement bas, viennent étayer la thèse de la discontinuité de l'activité sexuelle violente. Sur ces entrefaites, pour quelles raisons continuerait-on à édicter des sanctions et à spéculer qu'un adolescent auteur de violences sexuelles deviendra systématiquement un agresseur sexuel à l'âge adulte ?

La spéculation abusive et les conduites punitives qui en résultent ne seraient-elles pas en lien avec le besoin grandissant qu'éprouvent nos sociétés à se sentir toujours plus en sécurité et à mettre en place des mesures de protection, de contrôle, face à un danger impalpable et indéfinissable ? Ne traduiraient-

elles pas une certaine angoisse viscérale face à des peurs collectives irrationnelles ? À cet égard, les médias jouent un rôle non négligeable sur les représentations et les émotions du public. Ils visent en effet principalement à nourrir la psyché collective de sensationnel et ne s'en privent d'ailleurs pas lors de drames sexuels de ce type. Les bouleversements émotionnels suscités par de tels crimes entraînent une certaine incapacité à penser à l'agresseur, qui se traduit souvent par le fait de remettre en acte le délit à travers des mesures répressives, des réactions concrètes, qui au final empêchent le développement d'une réflexion sur soi et les autres (Ruszczynski dans Keogh, 2012).

Quel que soit l'instrument évaluatif utilisé et la prédiction de récidive pour un sujet donné, il est important de se rappeler que le risque de violence demeure un concept essentiellement probabiliste et statistique, qui « n'indique absolument aucun attribut véritable de l'individu » (Pratt, 2001, cité par Senon, 2012, p. 411). La notion de risque, de nature largement subjective, ne représente par conséquent jamais une vérité absolue ou scientifique et demeure toujours hypothétique par essence. En effet, un individu évalué avec un risque de récidive élevé peut très bien ne jamais passer à l'acte alors qu'un sujet jugé à faible risque de récidive peut tout à fait réitérer son acte délinquant (Coutanceau, 2012). L'évaluation permet d'obtenir une mesure relative de risque, devant être utilisée à titre indicatif et non une prédictivité absolue, sans failles. En conséquences, l'évaluateur se doit de rester prudent lorsqu'il évalue, interprète et se prononce sur le risque de récidive, en faisant appel à ses valeurs éthiques et son jugement moral, faute de quoi il risquera d'adopter une perspective stigmatisante et réductrice face à l'individu humain se trouvant en face de lui. Quand ce sujet se trouve être un adolescent, le questionnement éthique et la prudence sont encore plus de rigueur au vu des décisions importantes et des répercussions désastreuses pouvant être induites sur le long court pour cette population en devenir d'adulte, par des évaluations qui demeurent au final largement controversées et empreintes d'incertitude.

En raison de l'hétérogénéité des profils cliniques et psychopathologiques ainsi que des trajectoires développementales, l'évaluation clinique revêt une importance toute particulière à l'adolescence, moment décisif de structuration

de la personnalité adulte. Malheureusement, à l'heure actuelle encore, sur le continent nord-américain, cette importance n'est pas reconnue, ou tout du moins, non mise en avant. En effet, les auteurs mineurs de transgressions sexuelles sont le plus fréquemment examinés par des fonctionnaires de justice dont les compétences et la formation en matière d'utilisation des échelles de risque s'avèrent plus que douteuse, plutôt que d'être soumis à une évaluation approfondie par des cliniciens expérimentés. Or, se limiter à une pure évaluation de risque à l'aide de « check-lists stériles, stéréotypées et systématiques » (Haesevoets, 2001, p. 464), ne permet en rien d'évaluer « l'étiologie d'une conduite sexuelle déviante (...) à la fois complexe, hétérogène et multivariée » et entretient une vision réductrice du sujet. Afin de dépasser une telle vision, il s'agit pour le clinicien d'adopter une approche multidimensionnelle, qui puisse intégrer tous les aspects du fonctionnement psychique et social du patient venant s'intriquer dans l'acte.

4.2 Apports et limites des traitements préconisés

a) Programmes cognitivo-comportementaux

Les programmes cognitivo-comportementaux ont été pour la plupart validés uniquement pour des adultes auteurs d'agressions sexuelles avant d'être appliqués à des adolescents, malgré des disparités notoires entre ces deux populations, explicitées précédemment. Cette constatation permet donc de remettre fortement en question leur validité et le bien-fondé de leur utilisation sur des populations juvéniles, malgré leur développement massif dans les pays-anglo-saxons, et plus particulièrement nord-américains.

En ce qui concerne l'efficacité globale des programmes comportementaux, la littérature fait état d'une multitude d'études qui aboutissent à des résultats contradictoires et dont la méthodologie est sujette à controverses. Il est honnêtement difficile de ne pas se perdre face à autant de divergences et de contradictions. Lorsqu'une étude conclut à des effets de traitement significatifs sur la récurrence, d'autres experts s'attèlent à démontrer le contraire, en remettant en question la méthodologie et les critères utilisés par la première étude, puis

leurs résultats sont eux-mêmes invalidés par d'autres recherches, et ainsi de suite. À noter que même la recherche de Hanson *et al.* (2002), faisant figure de pilier dans le domaine puisque les programmes cognitivo-comportementaux s'étaient développés de manière extensive sur la base des conclusions de cette étude, a été remise en question. En effet, Rice et Harris (2003) ont depuis invalidé les critères scientifiques, la méthodologie utilisée et en conséquence, les résultats obtenus (cités par Ho & Ross, 2012), ce qui vient fortement questionner les fondements-mêmes de tels programmes.

Pour certains, ces traitements ont démontré leur efficacité à réduire le risque de récidive de manière empirique. Leur degré de succès est d'autant plus élevé qu'ils adhèrent aux principes *Risque, Besoin, Réceptivité (RNR)* formalisés par Andrews, Bonta & Hoge (1990) et stipulant que: (1) l'intensité et la durée du traitement doivent être proportionnelles au degré de risque représenté, (2) la thérapie doit cibler au mieux les caractéristiques du sujet qui contribuent à son niveau de risque, et (3) le traitement doit être administré de manière à impliquer les participants à un niveau personnel et à faciliter leur apprentissage (Wakeling, Mann, & Carter, 2012). Deux remarques s'imposent ici, eu égard à ces critères de validation. Tout d'abord, la présomption, selon laquelle les délinquants à risque élevé doivent bénéficier d'une thérapie hautement intensive alors que les sujets présentant un risque plus bas nécessitent un traitement moins exhaustif, est bien hasardeuse et arbitraire, n'ayant d'ailleurs jamais été validée empiriquement (Studer, Aylwin, Sribney, & Reddon, 2011). De plus, les principes *RNR* ont été extrapolés à partir d'études correctionnelles sur le récidivisme général et n'ont pas encore été évalués à ce jour sur des thérapies pour les sujets ayant commis des agressions sexuelles (Ho & Ross, 2012).

Force est de constater que l'efficacité des traitements cognitivo-comportementaux sur la récidive des auteurs de délinquance sexuelle reste globalement invalidée par la plupart des études s'intéressant à ce domaine. Mis à part le fait que ces traitements peuvent effectivement se révéler inefficaces sur les risques de récidive (puisque qu'il s'agit de cette variable qui est mesurée), d'autres raisons peuvent être mises en avant pour expliquer le

manque d'effets significatifs relevés. Les paradigmes de recherche se restreignent à une période de temps très limitée (Levenson & Prescott, 2014), et encore plus pour les programmes adolescents puisque les données disponibles sont beaucoup plus restreintes que pour les adultes. Or un traitement jugé inefficace durant ce laps de temps prédéterminé pourrait possiblement se révéler plus efficace s'il était évalué sur une plus longue durée. De plus, ces études se limitent à une évaluation dichotomique mesurant un risque de récurrence absolu. Elles n'incluent pas d'autres mesures dont l'évaluation est relative, telles que « la réduction dans la fréquence, durée et intensité des symptômes pénibles, ou l'augmentation des comportements désirables » (Levenson & Prescott, 2014, p. 259) . Ne serait-il pas plus réaliste de considérer que les rechutes font partie intégrante d'une certaine disposition à la déviance sexuelle et de viser, plutôt qu'à les éradiquer, à en réduire l'intensité et la fréquence, telle l'approche de réduction du danger (Laws, 1996) ? Même si cette perspective peut paraître plus réaliste et attrayante, elle serait bien difficile à défendre face aux énormes pressions sociales et politiques qui réclament la sanction sans appel et l'éradication du danger.

Par ailleurs, peu d'études portant sur l'efficacité des programmes cognitivo-comportementaux sont randomisées contrôlées, en raison des défis pratiques et éthiques, intrinsèques à la conception et l'implémentation de telles recherches (Langström *et al.*, 2013). En effet, par exemple pour créer un groupe contrôle, il faudrait refuser l'accès au traitement à certains sujets, ce qui ne serait pas sans poser des problèmes éthiques. Sur quelles bases cette décision se prendrait-elle ? Quels risques inconnus les sujets relâchés pourraient-ils potentiellement représenter pour une communauté ? Ou encore dans quelle mesure le fait d'utiliser des participants volontaires pour les groupes traitement et des individus ayant refusé le traitement pour les groupes contrôle ne tendrait-il pas à créer un biais de sélection dû à la motivation (Grady, Edwards, Pettus-Davis, & Abramson, 2013)

Malgré toute la confusion régnant dans le domaine, un nouveau type de modèles a vu le jour récemment sous l'impulsion de Ward (2002) et semble faire l'unanimité parmi les cognitivo-comportementalistes. Pour sortir d'une

vision basée uniquement sur la prévention de la récidive et la gestion du risque, ces modèles proposent d'approcher le traitement de manière plus positive en se focalisant, plutôt que sur des termes négatifs ou d'évitement, sur les forces individuelles du sujet criminel et sur sa motivation intrinsèque à changer (Harkins, Flak, Beech, & Woodhams, 2012; Jennings & Deming, 2013; Yates, 2013). À titre d'illustration, le modèle *Self Regulation* met en évidence des parcours qui comportent plusieurs infractions et des styles correspondants d'autorégulation. Le modèle *Good Lives*, pour sa part, préconise le développement de compétences et de connaissances pour mener une vie réussie et satisfaisante. Ces modèles représentent certes une évolution par rapport à ceux qui se centrent uniquement sur la prévention de la récidive. Cependant, ils affichent également une dimension réductrice et moralisatrice. Le modèle *Good Lives* par exemple se prononce sur les qualités souhaitables à développer pour mener une vie définie comme satisfaisante ou réussie. Or, sur quelles bases objectives peut-on juger de tels critères qui demeurent empreints de subjectivité ? En définitive, même si ces modèles affichent une évolution positive, ils ont encore tendance à enfermer les individus dans des caractéristiques toutes faites et un certain modèle de vie désirable vers lequel tendre.

Raisonnement en termes de facteurs de protection n'est cependant pas négatif en soi. Cela permet de réorienter entièrement les objectifs et la perspective du traitement (Thornton, 2013). Les ressources personnelles peuvent en effet être mobilisées et développées pour dépasser une vision centrée sur la seule gestion ou contenance des facteurs de risque. Cette approche est plus motivante pour le patient et facilite grandement son implication dans le processus tant évaluatif que thérapeutique. De plus, elle permettrait de dépasser deux des limitations fréquemment formulées à l'encontre des programmes de traitement cognitivo-comportementaux classiques, à savoir le peu d'intérêt à développer et maintenir une relation thérapeutique collaborative (Sandhu & Rose, 2012) et le manque de motivation à participer aux programmes, lié à un taux d'abandon élevé en cours de traitement (Grady, Sheard Howe, & Beneke, 2013).

b) Thérapies familiales

Les thérapies se focalisant sur des interventions familiales ont démontré leur performance pour traiter la violence juvénile. En 2001, les trois types de traitements que le Ministère de la Santé américain estime efficaces pour les comportements antisociaux généraux sont tous basés sur une approche familiale (Borduin *et al.*, 2011) : thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT), thérapie familiale fonctionnelle et thérapie multisystémique (MST).

En ce qui concerne les thérapies multisystémiques pour les adolescents ayant perpétré des transgressions sexuelles, largement répandues en Amérique du nord, elles semblent prometteuses puisque leur efficacité a été validée par quelques études randomisées contrôlées. Pour illustration, la plus récente d'entre elle, de Borduin, Schaeffer, & Heiblum. (2009, cités par Borduin *et al.*, 2011) porte sur 48 sujets suivis pendant 8,9 ans et assignés soit à une thérapie multisystémique (groupe expérimental) soit à une thérapie individuelle classique (groupe contrôle). Dans le groupe expérimental, les taux de récurrence sexuelle et non-sexuelle sont respectivement de 8% et 29% alors que dans le groupe contrôle, ils sont de 46% et 58%. À noter cependant que la taille des échantillons est très petite et que ces études randomisées ont été élaborées par les mêmes auteurs. Des recherches de validation indépendantes et incluant des échantillons plus larges seraient bénéfiques et contribueraient à pleinement valider ce type de prise en charge.

Nonobstant leur validation relative, les thérapies multisystémiques présentent un avantage certain, de par l'environnement communautaire dans lequel elles se déroulent. Ce contexte est de loin préférable à un milieu résidentiel fermé, et ce d'autant plus pour des adolescents. En effet, l'enfermement précoce, qui relève plus de modalités punitives qu'éducatives ou thérapeutiques, peut avoir des retentissements importants sur ces jeunes, encore plus dommageables que pour des adultes. L'isolement peut contribuer à les placer au ban de la société et à les stigmatiser, alors qu'ils sont toujours en phase de construction tant sur le plan personnel, social que scolaire et professionnel. N'ayant pas vraiment d'assises à leur disposition sur lesquelles s'appuyer, leur réinsertion et leur

réhabilitation futures dans la société pourraient être grandement affectées. Ils pourraient par exemple rester marginalisés, ce qui contribuerait à les maintenir dans un certain cercle vicieux. Les thérapies multisystémiques, en permettant à l'adolescent d'évoluer dans son contexte de vie normal, dans sa famille, dans son milieu social et scolaire accroissent ses chances à une vie future moins marginalisée et se réinscrivant plus dans la « normalité ».

Par ailleurs, les thérapies familiales, qu'elles soient multisystémiques ou fonctionnelles, permettent de se décentrer du sujet auteur de violences sexuelles en travaillant sur la famille en tant qu'unité et en le replaçant au sein du système familial. Le problème peut ainsi être externalisé et contextualisé, ce qui est bénéfique pour l'adolescent. Par contre, dans certains contextes de violences familiales, notamment au sein de la fratrie, la thérapie systémique est à proscrire car elle est peu adaptée et illusoire (de Becker, 2006).

c) Thérapies psychodynamiques

Les thérapies psychodynamiques doivent leur développement dans le domaine de l'agression sexuelle à Balier. Ces thérapies visent à comprendre la manière dont le psychisme du patient s'est construit et fonctionne. Elles dépassent une vision basée uniquement sur l'acte transgressif commis et enfermant le sujet dans celui-ci, mais le considèrent plutôt selon une certaine perspective. Elles s'intéressent en effet à ce que l'acte vient signifier des mécanismes psychiques sous-jacents et à la façon dont il s'inscrit dans le fonctionnement global. La compréhension fine de tels processus semble d'autant plus importante et bénéfique durant l'adolescence puisque ce temps particulier de développement psychique réactualise les enjeux identitaires et identificatoires développés durant la petite enfance, qui constitueront les bases de la personnalité adulte. Les méthodes projectives constituent un outil parfaitement bien adapté qui permet une discrimination approfondie des rouages psychiques en jeu.

Par ailleurs, ces thérapies présentent un avantage certain par rapport à la vision clinique qu'elles proposent : se focaliser sur le sujet en tant que sujet et s'intéresser à son individualité, sa singularité, sa complexité, dans l'optique

d'enrayer la généralisation et la stigmatisation. Dans cette visée, la prise en charge psychodynamique promeut également la responsabilisation du patient à travers son implication dans un processus de réflexion sur lui-même et ses actes. L'investissement dans un mouvement introspectif doit permettre au sujet de développer une meilleure compréhension de sa manière de fonctionner tant sur le plan psychique que social, en somme de développer une meilleure compréhension de lui-même. À l'évidence, même si cette démarche se révèle nécessaire, elle n'est pas aisée car elle requiert d'aller se confronter à soi, à ses démons, et à ses vieilles blessures qui n'ont pu être pansées. Si elle veut être poursuivie jusqu'au bout, elle demande beaucoup de courage, de volonté, d'assiduité et ces jeunes ne sont pas forcément tous en mesure de pouvoir s'y conformer.

L'une des critiques fréquemment avancée à l'égard des thérapies psychodynamiques issues de la psychanalyse freudienne est relative à leur manque de validation scientifique, par rapport aux thérapies cognitivo-comportementales. En outre, elles sont parfois plus considérées comme un processus de connaissance de soi plutôt qu'une thérapie. Un véritable travail thérapeutique ne peut être accompli en profondeur que sur une très longue durée, ce qui demande un engagement et une patience certains.

Au-delà des débats bouillonnants qui existent depuis toujours sur la suprématie des thérapies cognitivo-comportementales ou psychanalytiques, il est important de garder en tête que les jeunes sujets impliqués dans des abus sexuel ont tout à gagner d'une évaluation multiaxiale et d'une prise en charge qui intègre les divers aspects de leur fonctionnement en travaillant sur les différents niveaux que sont le cognitif, le comportemental, l'émotionnel, le conscient, l'inconscient, le social et le familial. Chacune des approches, qu'elle soit cognitivo-comportementale, psychodynamique ou systémique, amène sa propre pierre à l'édifice qu'est la thérapie et engendre des résultats fructueux, sous réserve qu'elle ne rejette ou n'exclue pas les apports spécifiques des autres approches.

CONCLUSION

Ce travail s'est intéressé aux adolescents ayant commis des agressions sexuelles, une population dont il est de plus en plus fait mention dans les médias au vu de la recrudescence apparente des transgressions de ce genre. À partir de la constatation que l'appréciation des risques de récurrence et les prises en charge des adultes auteurs d'abus sexuels reflètent encore trop souvent une perspective déterministe, ce travail s'est proposé de démontrer que l'évaluation et les soins des jeunes impliqués dans ce type de violences étaient infiltrés par les mêmes tendances stigmatisantes. Pour ce faire, il s'est d'abord penché sur les outils de même que les techniques préconisées pour évaluer les risques de récurrence et les spécificités du fonctionnement psycho-social de ces jeunes. Puis, il a présenté les diverses modalités thérapeutiques qui sont actuellement jugées bénéfiques et appliquées à la population juvénile.

Sur la base de tous les aspects abordés, cette recherche, a permis de montrer que de grandes disparités persistent entre les pays anglo-saxons et francophones eu égard à l'évaluation et la prise en charge d'adultes et d'adolescents ayant commis des abus sexuels. Les perspectives sur ces questions divergent en raison de l'ancrage de postulats théoriques différents, cognitivo-comportementaux pour les uns et psychanalytiques pour les autres.

D'une part, en Amérique du Nord et dans les pays anglo-saxons domine une vision qui prône l'action, l'efficacité, l'objectivité et la méthode scientifique. Cette optique, sous-tendue par une visée utilitaire de gestion du risque et de protection de la société, est axée sur le calcul probabiliste du risque de récurrence à l'aide d'échelles actuarielles, qui enferment le sujet dans des catégories de risque généralisées. La recherche anglo-saxonne portant plus particulièrement sur les adolescents auteurs d'actes sexuels délictueux a été fondée sur l'idée que ces jeunes s'ancrent nécessairement dans leur comportement déviant et deviendront systématiquement les agresseurs sexuels de demain. Même si cette perspective déterministe a par la suite quelque peu évolué, elle a largement contribué au développement massif de programmes cognitivo-comportementaux visant à traiter, voire « normaliser » les jeunes sujets afin

Conclusion

qu'ils ne poursuivent pas sur le chemin de la délinquance sexuelle à l'âge adulte. La majorité des outils évaluatifs utilisés actuellement n'a pas été validée spécifiquement pour eux mais est issue de modèles adultes. Or des différences majeures existent entre ces deux populations, tant au niveau du développement que de l'expérience de vie. Les adolescents en pleine maturation physique, psychique et sexuelle ne peuvent être évalués ou traités de la même manière que leurs comparses adultes, mais leurs caractéristiques propres doivent être prises en considération. Ainsi, au vu de ces résultats, force est de constater que l'évaluation du risque et la prise en charge anglo-saxonnes des adolescents auteurs de violences sexuelles demeurent encore grandement marquées par des tendances simplificatrices et stigmatisantes. Puisque ces dernières peuvent avoir des conséquences désastreuses sur la vie et les optiques futures de ces jeunes, il est primordial de sortir d'une telle perspective.

D'autre part, dans les pays francophones, la clinique psychodynamique, en appui sur les techniques projectives, vise à traiter un patient en souffrance. Elle cherche à comprendre l'origine de cette souffrance et la manière dont elle s'inscrit dans l'acte perpétré en vue d'aider le jeune en devenir d'adulte à cheminer vers le mieux-être et la guérison. Pour ce faire, elle se centre sur le sujet et s'intéresse à son histoire singulière et ses caractéristiques propres, son fonctionnement psychique, son environnement socio-familial. Elle permet de statuer sur la nature de l'inscription de la transgression sexuelle : comportement exploratoire ou accidentel, expression d'une psychopathologie franche, comportement transitoire sous l'effet des remaniements identitaires et objectaux mis en œuvre par le processus adolescent ou à risque de s'ancrer plus profondément dans le fonctionnement psychique. Loin du déterminisme stigmatisant qui fige l'adolescent auteur de violences sexuelles dans ses actes et son histoire criminelle, la clinique psychodynamique envisage le sujet selon un axe évolutif, en mettant en avant ses potentialités individuelles de remédiation et en visant le développement d'une véritable réflexion sur soi.

En ce qui concerne les contributions de ce travail, il a permis de dresser un bilan actuel des recherches effectuées à ce jour dans le domaine de la délinquance sexuelle juvénile. Il a également permis d'amener un regard

Conclusion

synthétique sur les considérations principales ayant émergé de ce champ. L'analyse fine des tenants et aboutissants des approches dégagées vise à favoriser un questionnement, à minima une prise de conscience, face à la réalité des pratiques évolutives et thérapeutiques des jeunes auteurs d'abus sexuels, qui restent globalement empreintes de raccourcis déterministes et simplistes.

Malgré ses apports, ce travail présente cependant des limites, notamment sur un plan méthodologique. Certaines d'entre elles sont inhérentes à la stratégie de recherche, comme le fait de s'être uniquement référé à deux bases de données. Bien que ces dernières aient été bien adaptées à la problématique traitée, élargir la revue de littérature en consultant des bases de données spécialisées dans d'autres disciplines telles que la criminologie ou la sociologie aurait permis d'obtenir un éclairage différent et enrichissant sur la même thématique. De plus, l'échantillon restreint des articles sélectionnés n'a pas permis de restituer l'évaluation et la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle de manière exhaustive et précise, mais a plutôt favorisé l'émergence d'une vision globale de la question, pouvant comporter des biais. Le fait de limiter par exemple la recherche aux publications des cinq ou trois dernières années relevait d'un choix purement arbitraire déterminé en fonction du nombre de résultats. Par ailleurs, la limitation aux publications écrites en français ou en anglais a aussi pu conduire à exclure des sources primaires informatives de langues étrangères. D'autres limites peuvent être associées aux bases de données elles-mêmes. En effet, *Cairn.info* n'a pas généré une recherche avancée qui soit aussi performante et concise que celle de *PsycINFO*. Deux recherches individuelles ne pouvant être combinées, plusieurs recherches incluant chacune deux descripteurs se sont révélées nécessaires. Ceci a sensiblement augmenté le nombre d'ouvrages à passer en revue et a même généré des résultats se recoupant parfois. En outre, le panel de publications consultables a également été restreint, en raison du coût de consultation de certains ouvrages semblant tout à fait intéressants. Enfin, il importe de rester prudent à l'égard des données quantitatives figurant dans la littérature, car ces dernières demeurent intrinsèquement dépendantes de la conception qu'une personne peut avoir de l'adolescence ou de la justice des mineurs : « tant le

Conclusion

juge qui reconnaît ou non le caractère sexuel de la transgression que le chercheur qui recueille et interprète les données, ne peuvent le faire sans être peu ou prou influencés par l'idée qu'ils se font de leur objet » (Botbol & Choquet, 2011, p. 118). Or, cette prise de recul et cette mise en perspective n'ont peut-être pas été suffisamment appliquées ici.

Les implications de ce travail sont de deux ordres, pour la recherche et la clinique. Si les chercheurs veulent développer des outils évaluatifs qui soient pertinents pour la population juvénile, ils doivent impérativement dépasser les tendances réductrices qui ont caractérisé la recherche anglo-saxonne jusqu'à présent et tenir plus compte des spécificités du temps adolescent. Les études qui portent sur les jeunes ayant commis des violences sexuelles demeurent encore largement incomplètes et gagneraient à être davantage approfondies. La recherche pourrait notamment placer l'accent sur les facteurs de protection et le développement d'outils s'y intéressant de près. Se pencher davantage sur les ressources individuelles permettrait de sortir d'une approche centrée uniquement sur les déficits, de considérer que ces sujets possèdent en eux des forces personnelles et d'embrasser une vision soulignant le potentiel humain de chacun.

Quant aux cliniciens, ils doivent se rappeler que les auteurs d'infractions à caractère sexuel, adultes ou adolescents, constituent un groupe au profil très hétérogène. Ils divergent de par leur histoire personnelle, leurs antécédents, le degré de violence qu'ils agissent sur l'autre, leur victime, leur organisation et leur fonctionnement psychique intrinsèque. En raison de cette hétérogénéité prononcée, les besoins de ces sujets en matière d'évaluation et d'indications thérapeutiques ne peuvent que s'exprimer sous une pluralité de formes différentes. Ainsi quel que soit le type d'approche préconisée, cognitivo-comportementale, systémique ou psychodynamique, les cliniciens doivent adopter une perspective intégrative qui soit à même d'intégrer les différents aspects qui fondent l'essence de la complexité humaine.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, C. (2006). Classifications psychologiques des agresseurs sexuels: une approche critique. *Deviance et Société, 30*(2), 233-261. doi: 10.3917/ds.302.0233
- Arena, G., & Marette, F. (2007). Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis EPS de Ville-Evrard. *L'information psychiatrique, 83*(1), 23-28. doi: 10.3917/inpsy.8301.0023
- Aylwin, A. S., Clelland, S. R., Kirkby, L., Reddon, J. R., Studer, L. H., & Johnston, J. (2000). Sexual Offense Severity and Victim Gender Preference: A Comparison of Adolescent and Adult Sex Offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 23*(2), 113-124. doi: 10.1016/S0160-2527(99)00038-2
- Aymonier, S., & Bourg, C. (2011). Construction de soi et thérapie de groupe - Auteurs mineurs de violences sexuelles en obligation de soins. *50*(1), 98-105. doi: 10.3917/lcd.050.0098
- Babchishin, K. M., Hanson, K., & Helmus, L. (2012). Even highly correlated measures can add incrementally to predicting recidivism among sex offenders. *Assessment, 19*(4), 442-461. doi: 10.1177/1073191112458312
- Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents: une pathologie de l'inachèvement*: Presses universitaires de France.
- Balier, C. (2002). *Psychanalyse des comportements violents*: Presses universitaires de France.
- Balier, C., Ciavaldini, M., & Girard-Khayat, M. (1996). Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. In D. G. d. I. Santé (Ed.), (pp. 291).
- Baratta, A. (2011). Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive. *L'information psychiatrique, 87*(8), 657-662. doi: 10.1684/ipe.2011.0842.
- Barnett, G. D., Wakeling, H. C., Mandeville-Norden, R., & Rakestrow, J. (2012). How useful are psychometric scores in predicting recidivism for treated sex offenders? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 56*(3), 420-446. doi: 10.1177/0306624X11403125
- Bartosh, D. L., Garby, T., Lewis, D., & Gray, S. (2003). Differences in the predictive validity of actuarial risk assessments in relation to sex offender type. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47*(4), 422-438. doi: 10.1177/0306624X03253850
- Batastini, A., Hunt, E., Present-Koller, J., & DeMatteo, D. (2011). Federal standards for community registration of juvenile sex offenders: An evaluation of risk prediction and future implications. *Psychology, Public Policy, and Law, 17*(3), 451-474. doi: 10.1037/a0023637
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry, 33*(6), 595-613. doi: 10.1080/07351690.2013.835170
- Beech, A. R., Mandeville-Norden, R., & Goodwill, A. (2012). Comparing recidivism rates of treatment responders/nonresponders in a sample of 413 child molesters who had completed community-based sex offender treatment in the United Kingdom. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 56*(1), 29-49. doi: 10.1177/0306624X10387811

Bibliographie

- Benoist, Y. (2014). Aborder la sexualité avec un adolescent dans un contexte de violences sexuelles agies et subies. *VST - Vie sociale et traitements*, 123(3), 57-63. doi: 10.3917/vst.123.0057
- Bereiter, J., & Mullen, D. (2012). Treating juvenile sex offenders. *Handbook of juvenile forensic psychology and psychiatry* (pp. 385-404). New York, NY: Springer Science + Business Media; US. doi: 10.1007/978-1-4614-0905-2_25
- Bessoles, P. (2005a). Aggression sexuelle et fonction autocalmante. *Topique*, 92(3), 127-140. doi: 10.3917/top.092.0127
- Bessoles, P. (2005b). Le crime adolescent - Criminogénèse et processus adolescents. *Adolescence*, 54(4), 1021-1040. doi: 10.3917/ado.054.1021
- Borduin, C. M., Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Schewe, P. A., McCart, M. R., Chapman, J. E., & Saldana, L. (2011). Multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Development, validation, and dissemination. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 89-102. doi: 10.1037/a0014352.
- Botbol, M., & Choquet, L.-H. (2011). Sous les comportements sexuels transgressifs des mineurs, la diversité de leur problématique - Approche psychopathologique des données chiffrées. *Les Cahiers Dynamiques*, 50(1), 113-121. doi: 10.3917/lcd.050.0113
- Caldwell, M. F. (2010). Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(2), 197-212. doi: 10.1177/0306624X08330016
- Califice, M. (2009). Une alternative au pénal pour des jeunes auteurs de violences et/ou d'agressions sexuelles. *Journal du droit des jeunes*, 284(4), 44-53. doi: 10.3917/jdj.284.0044
- Carpentier, J., Leclerc, B., & Proulx, J. (2011). Juvenile sexual offenders: Correlates of onset, variety, and desistance of criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior*, 38(8), 854-873. doi: 10.1177/0093854811407730
- Chagnon, J.-Y. (2004). À propos des aménagements narcissico-pervers chez certains auteurs d'agressions sexuelles. *Étude de deux protocoles de Rorschach*, 10(1), 147-186. doi: 10.3917/pcp.010.0147
- Chagnon, J.-Y. (2005). Aux marges de la psychose : la perversité sexuelle. *Bulletin de psychologie*, Numéro 480(6), 663. doi: 10.3917/bupsy.480.0663
- Chagnon, J.-Y. (2010). L'agression sexuelle à l'adolescence : un destin potentiel de l'hyperactivité ? *Perspectives Psy*, 49(4), 303-309. doi: 10.1051/ppsy/2010494303
- Chagnon, J.-Y. (2013). Qui est qui, qui agresse qui? Traumatisme, passage à l'acte et identification projective à l'adolescence. *Perspectives Psy*, 52(2), 134-139. doi: 10.1051/ppsy/2013522134
- Christiansen, A. K., & Vincent, J. P. (2013). Characterization and prediction of sexual and nonsexual recidivism among adjudicated juvenile sex offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, 31(4), 506-529. doi: 10.1002/bsl.2070

Bibliographie

- Ciavaldini, A. (2004a). Mobilisation des affects par le psychodrame de groupe dans le traitement des auteurs d'agressions sexuelles -. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 42(1), 69. doi: 10.3917/rppg.042.0069
- Ciavaldini, A. (2004b). Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 57(3), 23-30. doi: 10.3917/lett.057.0023
- Ciavaldini, A. (2007). Le travail psychanalytique avec le sujet auteur de violence sexuelle. *L'information psychiatrique*, 83(1), 13-21. doi: 10.1684/ipe.2007.0091.
- Ciavaldini, A. (2008). Conflictualité et Ethique du soin pénalement obligé avec les auteurs de violences sexuelles, in Marcel Sassolas , *Conflits et conflictualité dans le soin psychique* (pp. 77-92): ERES | Hors collection. doi: 10.3917/eres.sasso.2008.01.0220
- Coco, G., & Mormont, C. (2006). Évaluation et prise en charge de la dangerosité des délinquants sexuels en Belgique (région wallonne). *Bulletin de psychologie, Numéro 481*(1), 63-73. doi: 10.3917/bupsy.481.0063
- Coutanceau, R. (2012). Dangerosité criminologique et préventions de la récidive: évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme. *L'information psychiatrique*, 88(8), 641-646. doi: 10.1684/ipe.2012.0970.
- Cowburn, M. (2015). Review of The Wiley-Blackwell handbook of legal and ethical aspects of sex offender treatment and management. [Authors: Harrison, K & Rainey, B Title: The Wiley-Blackwell handbook of legal and ethical aspects of sex offender treatment and management Year: 2013. *Howard Journal of Criminal Justice*, 54(1), 97-98. doi: 10.1111/hojo.12106
- Craig, L. A., Browne, K. D., Beech, A., & Stringer, I. (2006). Differences in personality and risk characteristics in sex, violent and general offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16(3), 183-194. doi: 10.1002/cbm.618
- Côté, G. (2001). Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie*, 34(1), 31 - 45. doi: 10.7202/004752ar
- D'Orazio, D. M. (2013). Lessons learned from history and experience: Five simple ways to improve the efficacy of Sexual Offender Treatment. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3-4), 2-7. doi: 10.1037/h0100975
- Dailliet, A. (2008). Approche expertale évolutive et comparative - un point de vue de défense sociale. *L'information psychiatrique*, 84(1), 35-39. doi: 10.1684/ipe.2008.0277.
- de Becker, E. (2004). Agression sexuelle et homosexualité à l'adolescence. *Psychothérapies*, 24(2), 87-92. doi: 10.3917/psys.042.0087
- de Becker, E. (2006). L'approche systémique et la thérapie familiale des mineurs d'âge auteurs d'agression sexuelle intrafamiliale. *Psychothérapies*, 26(3), 143-153. doi: 10.3917/psys.063.0143
- de Becker, E. (2008). Quand la sexualité des adolescents devient "préoccupante". *L'information psychiatrique*, 84(7), 675-683. doi: 10.3917/inpsy.8407.0675

Bibliographie

- de Becker, E. (2009). L'adolescent transgresseur sexuel. *La psychiatrie de l'enfant*, 52(2), 309-338. doi: 10.3917/psy.522.0309
- Dejonghe, M., & al. (2007). Apport du test de Rorschach dans l'évaluation diagnostique et pronostique d'adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel. *Psychologie clinique et projective*, 13(1), 347-369. doi: 10.3917/pcp.013.0347
- Delavenne, H., Frederico, G., D., Lamy, S., & Thibaut, F. (2014). Quelle prise en charge thérapeutique pour les patients auteurs de violence sexuelle? *Psychiatrie - Sciences Humaines - Neurosciences*, 12(1), 15-29.
- Djapo Yogwa, S., Forestier, A., & Ozbora, R. (2008). Un modèle de groupe thérapeutique pour adolescents. *Psychothérapies*, 28(1), 37-47. doi: 10.3917/psys.081.0037
- Doyle, M., & Dolan, M. (2002). Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 649-657. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00535.x
- Drapeau, M., & Brunet, L. (2003). Réflexions suite à une recherche qualitative sur le traitement des agresseurs sexuels. *Psychothérapies*, 23(2), 89-95. doi: 10.3917/psys.032.0089.
- Drew, C. H. (2013). *Classification of juvenile sexual offenders by victim age based subgroups*. (Doctor of Philosophy), The Florida State University. (7359)
- Gamet, M.-L. (2009). Accompagner les mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuelle. *Les Cahiers Dynamiques*, 44(2), 10-12. doi: 10.3917/lcd.044.0010
- Gibson, C., & Vandiver, D. (2008). *Juvenile Sex Offenders: What the Public Needs to Know*. Westport, CT: Praeger.
- Gourmelo, N. (2012). Care in penal establishments for sex offenders: Under the rubric of risk management and preventing recidivism. *Deviance et Societe*, 36(4), 363-387. doi: 10.3917/ds.364.0363
- Grady, M. D., Edwards, D., Pettus-Davis, C., & Abramson, J. (2013). Does volunteering for sex offender treatment matter? Using propensity score analysis to understand the effects of volunteerism and treatment on recidivism. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 25(4), 319-346. doi: 10.1177/1079063212459085
- Grady, M. D., Sheard Howe, A. R., & Beneke, E. (2013). Increasing retention rates in sex offender treatment: Learning from expert clinicians. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(3), 171-191. doi: 10.1080/10720162.2013.786660
- Gravier, B., & al. (2012). L'évaluation actuarielle de la dangerosité: impasses éthiques et dérives sociales. *L'information psychiatrique*, 88(8), 599-604. doi: 10.1684/ipe.2012.0966.
- Gravier, B., & Lustenberger, Y. (2005). L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163(8), 668-680. doi: 10.1016/j.amp.2005.07.019.

Bibliographie

- Haesevoets, Y.-H. (2001). Evaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels: de la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive. *La psychiatrie de l'enfant*, 44(2), 447-483. doi: 10.3917/psy.442.0447
- Hanson, R., & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362. doi: 10.1037/0022-006X.66.2.348
- Hanson, R., Gordon, A., Harris, A., Marques, J., Murphy, W., Quinsey, V., & Seto, M. (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(2), 169-194. doi: 10.1177/107906320201400207
- Hanson, R., & 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. doi: 10.1037/a0014421
- Harkins, L., Flak, V., Beech, A., & Woodhams, J. (2012). Evaluation of a community-based sex offender treatment program using a good lives model approach. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 24(6), 519-543. doi: 10.1177/1079063211429469
- Harris, A. J. R., & Hanson, R. (2010). Clinical, actuarial and dynamic risk assessment of sexual offenders: Why do things keep changing? *Journal of Sexual Aggression*, 16(3), 296-310. doi: 10.1080/13552600.2010.494772
- Helmus, L., Hanson, R. K., Thornton, D., Babchishin, K. M., & Harris, A. (2012). Absolute recidivism rates predicted by Static-99R and Static-2002R sex offender risk assessment tools vary across samples: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 39(9), 1148-1171. doi: 10.1177/0093854812443648
- Hempel, I., Buck, N., Cima, M., & Van Marle, H. (2013). Review of risk assessment instruments for juvenile sex offenders: What is next? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(2), 208-228. doi: 10.1177/0306624X11428315
- Ho, D. K., & Ross, C. C. (2012). Cognitive behaviour therapy for sex offenders. Too good to be true? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 22(1), 1-6. doi: 10.1002/cbm.1818
- Hoing, M., Marianne, J., & van Berlo, W. (2010). Juvenile sex offenders in a Dutch mandatory educational programme: Subtypes and characteristics. *Journal of Sexual Aggression*, 16(3), 332-346. doi: 10.1080/13552600903350991
- Houssier, F. (2003). L'adolescent, un sujet récalcitrant dans l'histoire de la pratique psychanalytique. *L'originalité de l'approche d'August Aichhorn*, 162(4), 35-45. doi: 10.3917/dia.162.0035
- Hunter, J. A. (2010). Prolonged exposure treatment of chronic PTSD in juvenile sex offenders: Promising results from two case studies. *Child & Youth Care Forum*, 39(5), 367-384. doi: 10.1007/s10566-010-9108-4
- Janus, E. S., & Prentky, R. A. (2003). Forensic use of actuarial risk assessment with sex offenders: Accuracy, admissibility and accountability. *American Criminal Law Review*(40), 1443.

Bibliographie

- Jeammet, P. (2002). Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. *Psychothérapies*, 22(2), 77-87. doi: 10.3917/psys.022.0077
- Jennings, J. L., & Deming, A. (2013). Effectively utilizing the "behavioral" in cognitive-behavioral group therapy of sex offenders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(2), 7-13. doi: 10.1037/h0100968
- Judge, J., Quayle, E., O'Rourke, S., Russel, K., & Darje, R. (2012). Referrers' views of structured professional judgement risk assessment of sexual offenders: A qualitative study. *Criminal Justice and Behavior*, 39(12), 1647-1667. doi: 10.1177/0093854812451680
- Keelan, C. M., & Fremouw, W. J. (2013). Child versus peer/adult offenders: A critical review of the juvenile sex offender literature. *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 732-744. doi: 10.1016/j.avb.2013.07.026
- Kemper, T. S., & Kistner, J. A. (2010). An evaluation of classification criteria for juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 22(2), 172-190. doi: 10.1177/1079063210366270
- Keogh, T. (2012). *The internal world of the juvenile sex offender: Through a glass darkly then face to face*. London, England: Karnac Books; England.
- Klein, V., Yoon, D., Briken, P., Turner, D., Spehr, A., & Rettenberger, M. (2012). Assessment of accused juvenile sex offenders in Germany: A comparison of five different measures. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(2), 181-195. doi: 10.1002/bsl.2006
- Langström, N., Enebrink, P., Laurén, E.-M., Lindblom, J., Werkö, S., & Hanson, K. (2013). Preventing sexual abusers of children from reoffending: Systematic review of medical and psychological interventions. *British Medical Journal*, 347, 1-11. doi: 10.1136/bmj.f4630
- Laws, D. (1996). Relapse prevention or harm reduction? *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 8(3), 243-247. doi: 10.1177/107906329600800308
- Lemitre, S. (2009). Soins sous contrainte: Modélisation d'un dispositif clinique pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles. In d. Mardaga "PSY-Théories, synthèses" (Ed.), *La pratique du psychologue et de l'étiq*ue (pp. 157-168).
- Levenson, J., & Prescott, D. S. (2014). Deja vu: From Furby to Langstrom and the evaluation of sex offender treatment effectiveness. *Journal of Sexual Aggression*, 20(3), 257-266. doi: 10.1080/13552600.2013.867078
- Lievesley, R., Elliott, H. J., Winder, B., & Norman, C. (2012). Evaluation of a community-based sex offender treatment program using a good lives model approach. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 24(6), 519-543. doi: 10.1177/1079063211429469
- Lodewijks, H., Doreleijers, T., & De Ruiter, C. (2008). Savry Risk Assessment in Violent Dutch Adolescents: Relation to Sentencing and Recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 35(6), 696-709. doi: 10.1177/0093854808316146
- Lussier, P., & Blokland, A. (2011). Federal standards for community registration of juvenile sex offenders: An evaluation of risk prediction and future implications. *Psychology, Public Policy, and Law*, 17(3), 451-474. doi: 10.1037/a0023637

Bibliographie

- Lussier, P., & Blokland, A. (2014). The adolescence-adulthood transition and robins's continuity paradox: Criminal career patterns of juvenile and adult sex offenders in a prospective longitudinal birth cohort study. *Journal of Criminal Justice*, 42(2), 153-163. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2013.07.004
- Lussier, P., & Davies, G. (2011). A person-oriented perspective on sexual offenders, offending trajectories, and risk of recidivism: A new challenge for policymakers, risk assessors, and actuarial prediction? *Psychology, Public Policy, and Law*, 17(4), 530-561. doi: 10.1037/a0024388
- Lussier, P., Van Den Berg, C., Bijleveld, C., & Hendriks, J. (2012). A developmental taxonomy of juvenile sex offenders for theory, research, and prevention: The adolescent-limited and the high-rate slow desister. *Criminal Justice and Behavior*, 39(12), 1559-1581. doi: 10.1177/0093854812455739
- Marx, C. (2010). Soins psychologiques obligés des agresseurs sexuels: impasse ou défi réaliste. *Actualités en analyse transactionnelle*, 4(136), 50-63. doi: 10.3917/aatc.136.0050.
- Moulin, V. (2010). Evaluation des dysrégulations narcissiques et objectales et potentialités d'élaboration mentale chez les auteurs d'infractions sexuelles et violentes. *Psychologie clinique et projective*, 16(1), 51. doi: 10.3917/pcp.016.0051
- Moulin, V., & al. (2012). Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangers? *L'information psychiatrique*, 88(8), 617-629. doi: 10.1684/ipe.2012.0968.
- Moulin, V., & Gasser, J. (2012). Intérêt et limites de l'évaluation du risque de récurrence d'actes illégaux dans les expertises psychiatriques. *Revue médicale suisse*, 354(32), 1775-1780.
- Neau, F. (2002). L'exigence narrative du TAT dans des protocoles d'auteurs d'agressions sexuelles. *Psychologie clinique et projective*, 8(1), 157-181. doi: 10.3917/pcp.008.0157
- Neau, F. (2013). Épreuves projectives et agressions sexuelles : contribution à l'approche du fonctionnement psychique de leurs auteurs. *Le Carnet PSY*, 170(3), 42. doi: 10.3917/lcp.170.0042
- Parent, G., Guay, J.-P., & Knight, R. A. (2011). An assessment of long-term risk of recidivism by adult sex offenders: One size doesn't fit all. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59(4), 265-277. doi: 10.1016/j.erap.2009.08.001
- Parra, F. (2011). Un Partenariat constructif - Protection judiciaire de la jeunesse et service de Soins. *Les Cahiers Dynamiques*, 50(1), 106-112. doi: 10.3917/lcd.050.0106
- Przybylski, R. (2014). Chap. 5: Effectiveness of treatment for juveniles who sexually offend. Retrieved 3 mars, 2015, from http://www.smart.gov/SOMAPI/sec2/ch5_treatment.html
- Rabaux, J. (2007). Les mineurs délinquants sexuels. *Journal du droit des jeunes*, 265(5), 15-21. doi: 10.3917/dj.265.0015
- Raoult, P.-A. (2008). Violence et passage à l'acte. *Le Journal des psychologues*, 263(10), 18-22. doi: 10.3917/jdp.263.0018

Bibliographie

- Rault, A., & al. (2006). Soigner des agresseurs sexuels à l'hôpital. *L'information psychiatrique*, 82(2), 145-148. doi: 10.3917/inpsy.8202.0145
- Rettenberger, M., Matthes, A., Boer, D., & Eher, R. (2010). An assessment of long-term risk of recidivism by adult sex offenders: One size doesn't fit all. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(2), 169-186. doi: 10.1177/0306624X08328755
- Rich, P. (2014). Ch 4: Assessment of risk for sexual reoffense in juveniles who commit sexual offenses. Retrieved 28 février, 2015, from http://www.smart.gov/SOMAPI/sec2/ch4_risk.html
- Ritter, É. C. (2009). Psychothérapies sous contraintes. *L'information psychiatrique*, 85(8), 715-718. doi: 10.3917/inpsy.8508.0715
- Roman, P. (2004). La violence sexuelle et le processus adolescent. Dynamique des aménagements psychiques, des auteurs aux victimes de violence sexuelle. L'apport des méthodes projectives. *Psychologie clinique et projective*, 10(1), 113-146. doi: 10.3917/pcp.010.0113
- Roman, P. (2009). La violence sexuelle et le processus adolescent: clinique des adolescents engagés dans des "agirs sexuels violents". *Journal du droit des jeunes*, 284(4), 38-43. doi: 10.3917/dj.284.0038
- Roman, P. (2011). Une mise à l'épreuve du processus de subjectivation ? - Traumatisme, passage à l'acte et identification projective à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques*, 50(1), 88-97. doi: 10.3917/lcd.050.0088
- Roman, P., & Dumet, N. (2009). Des corps en acte. Désymbolisation/symbolisation à l'adolescence. *Cliniques méditerranéennes*, 79(1), 207-227. doi: 10.3917/cm.079.0207
- Roman, P., & Ravit, M. (2010). La subjectivation de l'agir sexuel violent à l'adolescence : les apports d'un questionnaire d'investigation clinique dans la rencontre de l'adolescent. *Sociétés et jeunesse en difficulté*, 10.
- Roussel, V., & Savin, B. (2008). Groupe de parole pour des auteurs d'agression sexuelle incarcérés. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 50(1), 97. doi: 10.3917/rppg.050.0097
- Sandhu, D. K., & Rose, J. (2012). How do therapists contribute to therapeutic change in sex offender treatment: An integration of the literature. *Journal of Sexual Aggression*, 18(3), 269-283. doi: 10.1080/13552600.2011.566633
- Senon, J.-L. (2012). La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale: la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. *L'information psychiatrique*, 88(6), 407- 414. doi: 10.1684/ipe.2012.0935.
- Spice, A., Viljoen, J. L., Latzman, N. E., Scalora, M. J., & Ullman, D. (2013). Risk and Protective Factors for Recidivism Among Juveniles Who Have Offended Sexually. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25(4), 347-369. doi: 10.1177/1079063212459086
- Studer, L. H., Aylwin, A. S., Sribney, C., & Reddon, J. (2011). Uses, misuses, and abuses of risk assessment with sexual offenders International perspectives on the assessment and

Bibliographie

treatment of sexual offenders: Theory, practice, and research (pp. 193-212): Wiley-Blackwell. doi: 10.1002/9781119990420.ch9

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. doi: 10.1037/h0100985

Thévenet, P. (2005). L'adolescent victime et auteur d'agressions sexuelles. Une approche thérapeutique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 34(1), 129-133. doi: 10.3917/ctf.034.0129

Tuil, S. (2005). De l'emploi du génogramme libre en entretiens familiaux à visée thérapeutique. *Dialogue*, 168(2), 115-133. doi: 10.3917/dia.168.0115

Tully, R. J., Chou, S., & Browne, K. D. (2013). A systematic review on the effectiveness of sex offender risk assessment tools in predicting sexual recidivism of adult male sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 287-316. doi: 10.1016/j.cpr.2012.12.002

Turner, D., Basdekis-Jozsa, R., & Briken, P. (2013). Prescription of testosterone-lowering medications for sex offender treatment in German forensic-psychiatric institutions. *Journal of Sexual Medicine*, 10(2), 570-578. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02958.x

Van der Put, C., Van Vugt, G., Dekovic, M., & Van der Laan, P. (2013). Short-term general recidivism risk of juvenile sex offenders: Validation of the Washington State Juvenile Court Prescreen Assessment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(11), 1374-1392. doi: 10.1177/0306624X12457775

Voyer, M., & al. (2009). Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique*, 85(8), 745-752. doi: 10.1684/ipe.2009.0539.

Wakeling, H. C., Mann, R., & Carter, A. (2012). Do low-risk sexual offenders need treatment? *Howard Journal of Criminal Justice*, 51(3), 286-299. doi: 10.1111/j.1468-2311.2012.00718.x

Wanklyn, S. G., Ward, A. K., Cormier, N. S., Day, D., & Newman, J. E. (2012). Can we distinguish juvenile violent sex offenders, violent non-sex offenders, and versatile violent sex offenders based on childhood risk factors? *Journal of Interpersonal Violence*, 27(11), 2128-2143. doi: 10.1177/0886260511432153

Yates, P. M. (2013). Treatment of sexual offenders: Research, best practices, and emerging models. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3-4), 89-95. doi: 10.1037/h0100989

TABLE DES MATIÈRES DES ANNEXES

ANNEXE I : Stratégie de recherche documentaire	I
ANNEXE II : Équations de recherche et résultats générés par recherche	II
ANNEXE III : Items de la « <i>JSOAP-II</i> »	III
ANNEXE IV : Items de la « <i>SAVRY</i> »	IV
ANNEXE V : « <i>QICAAICS</i> »	V
ANNEXE VI : Modèle Vulnérabilités-Ressources	XI

ANNEXE I : Stratégie de recherche documentaire

Mots clés et *descripteurs vedette-matière* utilisés par recherche

Dimensions PICO	Cairn.info (mots clés)	Keywords (mots clés en anglais)	PsycINFO (descripteurs vedette-matière)
1^{ère} Recherche			
Population <i>agresseur sexuel adulte</i>	agresseur sexuel	sexual offender sex offense	sexual offender sexual offenders sex offender sex offenders sexual abuses
Outcome <i>prédiction du risque de récidive</i>	Prédiction facteurs de risque récidive	predictor risk factor recidivism	predictor prediction predictability prognosis risk factor risk assessment risk analysis risk evaluation recidivism
2^{ème} Recherche			
Population <i>agresseur sexuel adulte</i>	agresseur sexuel	sexual offender sex offense	sexual offender sexual offenders sex offender sex offenders sexual abuses
Outcome <i>traitement</i>	traitement prise en charge thérapie	treatment	treatment therapy intervention
3^{ème} Recherche			
Population <i>adolescents</i>	adolescent s mineurs	teenagers	teenagers juvenile adolescents minors adolescent development
Outcome <i>agression sexuelle</i>	agresseur sexuel violence sexuelle infraction sexuelle	sexual offender	sexual offender sexual offenders sex offender sex offenders sexual abuses

ANNEXE II : Équations de recherche et résultats générés par recherche

PsycINFO

- **1^{ère} recherche** (29.09.14) : ((*sexual offender OR sexual offenders OR sex offender OR sex offenders OR sexual abuses*) not juvenile not adolescent not female).ti. AND (*predictor OR prediction OR predictability OR prognosis OR risk factor OR risk assessment OR risk analysis OR risk evaluation OR recidivism*).ti générant **242 résultats**, puis **85 résultats** après avoir sélectionné les publications des 5 dernières années et enfin **13 résultats** après avoir appliqué les critères de sélection.

- **2^{ème} recherche** (10.10.14): ((*sexual offender OR sexual offenders OR sex offender OR sex offenders OR sexual abuses*) not juvenile not adolescent not female).ti. AND (*treatment OR therapy OR intervention*) générant **732 résultats**, puis **89 résultats** pour les publications des 3 dernières années, et enfin **18 résultats** après avoir appliqué les critères de sélection.

- **3^{ème} recherche** (25.11.14) : (*teenagers or juvenile or adolescents or minors or adolescent development*).ti. AND (*sexual offenders or sexual offender or sex offender or sex offenders or sexual abuses*).ti. générant **328 résultats**, puis **70 résultats** pour les publications des 5 dernières années puis **19 résultats** après avoir appliqué les critères de sélection.

Cairn.info

- **1^{ère} recherche** (02.10.14) :
(« *agresseur sexuel* » ET « *récidive* ») générant **86 résultats**
(« *agresseur sexuel* » ET « *facteurs de risque* ») générant **16 résultats**
(« *agresseur sexuel* » ET « *prédiction* ») générant **12 résultats**
104 résultats puis **13 résultats** en appliquant les critères de sélection.

- **2^{ème} recherche** (16.10.14) :
(« *risque de récidive* » ET « *sexuel* ») générant **149 résultats**
(« *agresseur sexuel* » ET « *traitement* ») générant **109 résultats**
(« *agresseur sexuel* » ET « *prise en charge* ») générant **98 résultats**
356 résultats puis **19 résultats** en appliquant les critères de sélection.

- **3^{ème} recherche** (28.11.14)
(« *adolescent* » ET « *agresseur sexuel* ») générant **84 résultats**
(« *adolescent* » ET « *violence sexuelle* ») générant **285 résultats**
(« *mineur* » ET « *infraction sexuelle* ») générant **33 résultats**
402 résultats puis **24 résultats** en appliquant les critères de sélection.

Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II Scoring Form

1. Sexual Drive/Preoccupation Scale			
1.	Prior Legally Charged Sex Offenses	0	1 2
2.	Number of Sexual Abuse Victims	0	1 2
3.	Male Child Victim	0	1 2
4.	Duration of Sex Offense History	0	1 2
5.	Degree of Planning in Sexual Offense(s)	0	1 2
6.	Sexualized Aggression	0	1 2
7.	Sexual Drive and Preoccupation	0	1 2
8.	Sexual Victimization History	0	1 2
	<u>Sexual Drive/Preoccupation Scale Total</u>		
<hr/>			
2. Impulsive/Antisocial Behavior Scale			
9.	Caregiver Consistency	0	1 2
10.	Pervasive Anger	0	1 2
11.	School Behavior Problems	0	1 2
12.	History of Conduct Disorder	0	1 2
13.	Juvenile Antisocial Behavior	0	1 2
14.	Ever Charged or Arrested Before Age 16	0	1 2
15.	Multiple Types of Offenses	0	1 2
16.	History of Physical Assault and/or Exposure to Family Violence	0	1 2
	<u>Antisocial Behavior Scale Total</u>		
<hr/>			
3. Intervention Scale			
17.	Accepting Responsibility for Offense(s)	0	1 2
18.	Internal Motivation for Change	0	1 2
19.	Understands Risk Factors	0	1 2
20.	Empathy	0	1 2
21.	Remorse and Guilt	0	1 2
22.	Cognitive Distortions	0	1 2
23.	Quality of Peer Relationships	0	1 2
	<u>Intervention Scale Total</u>		
<hr/>			
4. Community Stability/Adjustment Scale			
24.	Management of Sexual Urges and Desire	0	1 2
25.	Management of Anger	0	1 2
26.	Stability of Current Living Situation	0	1 2
27.	Stability in School	0	1 2
28.	Evidence of Positive Support Systems	0	1 2
	<u>Community Stability Scale Total</u>		
<hr/>			

Source : Prentky et Righthand (2003, p. 28)

ANNEXE IV : Items de la « SAVRY »

Facteurs de Risque (I, II, III) et Facteurs de Protection

I Items Historiques

1. Antécédents de violence
2. Antécédents de délinquance non violente
3. Initiation à la violence précoce
4. Échecs de supervision/interventions passées
5. Antécédents auto-agression/tentatives de suicide
6. Exposition à la violence à la maison
7. Antécédents de mal-traitement pendant l'enfance
8. Criminalité des parents/personnes qui s'occupent
9. Perturbations précoces dans les soins
10. Résultats scolaires insuffisants

II Items Sociaux/Contextuels

11. Délinquance des pairs
12. Rejection des pairs
13. Stress et manque de capacité à gérer
14. Gestion parentale pauvre
15. Manque de soutien personnel/social
16. Désorganisation au sein de la communauté

III Items Personnels

17. Attitudes négatives
15. Prise de risques / Impulsivité
16. Problèmes de consommation de substances
17. Problèmes de maîtrise de la colère
18. Peu d'empathie / remords
19. Déficit d'attention / difficultés d'hyperactivité
20. Mauvaise observance
21. Peu d'intérêts ou d'engagement pour l'école ou travail

Items relatifs à des facteurs de protection

22. Engagement pro-social
23. Soutien social fort
24. Attachement et liens forts
25. Attitudes positives envers l'intervention et l'autorité
26. Engagement élevé pour l'école ou le travail
27. Personnalité résiliente

Source : http://savry.se/?page_id=12

ANNEXE V : « QICAAICS »

Date de proposition du questionnaire : ... / ... / ...

1 PRÉSENTATIONS

1-1 Genre :.....

1-2 Date de naissance : .../.../... âge :.....

1-3 Nationalité FRANÇAISE ÉTRANGÈRE laquelle :.....

1-3-1 Pays d'origine des parents :.....

1-4 Actualité de la mise en examen

1-4-1 Date des faits reprochés :

1-4-2 Date de la mise en examen

1-4-3 Date du début de la mesure :

1-5 Quel est votre niveau scolaire ? :

1-6 Pouvez-vous décrire votre parcours scolaire (changements d'écoles nombreux, exclusions éventuelles, école buissonnière, bagarres):

1-7 Avez-vous bénéficié d'aides rééducatives et/ou psychologiques ? (orthophonie, CMP...) : ...

1-8 Y a-t-il eu pour vous des interventions sociales et judiciaires antérieures ? (préciser AEA, AEMO...)

1-9 Situation familiale OUI NON

1-9-1 Connaissez-vous votre père Connaissez-vous votre mère 1-9-2 Vos parents sont-ils MARIÉS DIVORCÉS CONCUBINS REMARIES

1-9-2-1 Si DIVORCÉS, date ou votre âge au divorce :

1-9-2-2 Si REMARIES, date ou votre âge au remariage du père :

date ou votre âge au remariage de la mère:

1-9-3 Quel âge a votre père ?

1-9-3-1 Votre père travaille-t-il ? OUI NON

1-9-3-2 Quelle profession

1-9-3-3 Si NON, depuis quand ?.....

1-9-4 Quel âge a votre mère ?

1-9-4-1 Votre mère travaille-t-elle ? OUI NON

1-9-4-2 Quelle profession.....

1-9-4-3 Si NON, depuis quand ?.....

1-9-5 Combien de frères et sœurs avez-vous ?..... demi-frères et/ou demi-sœurs.....

1-9-5-1 Quelle place occupez-vous ? :

1-9-6 Fratrie même père même mère (âge profession/scolarité)

1-10 Place de l'adolescent : Où et avec qui vivez-vous ?

1-11 Avez-vous une chambre individuelle ? OUI NON

1-11-1 Si NON, avec qui la partagez-vous ?

1-12 Avez-vous été séparé de votre famille ? OUI NON

Si OUI, 1-12-1 âge :.....

durée

cause

où : Hospitalisation Combien de tempsMaison de repos Combien de temps

1-12-1-1 Comment l'avez-vous vécu ?

1-13 Avez-vous été placé ? OUI NON

Si OUI, 1-13-1 âge :

durée

cause

1-13-2 Comment l'avez-vous vécu ?

Annexes

- 1-14 Y a-t-il eu d'autres événements dans votre vie dont vous aimeriez parler ? OUI NON
- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Déménagement | <input type="checkbox"/> | Migration | <input type="checkbox"/> |
| Incarcération du père | <input type="checkbox"/> | Incarcération de la mère | <input type="checkbox"/> |
| Incarcération d'un frère | <input type="checkbox"/> | Incarcération d'une sœur | <input type="checkbox"/> |
| Séparation professionnelle | <input type="checkbox"/> | Départ du père | <input type="checkbox"/> |
| Départ de la mère | <input type="checkbox"/> | Un décès (qui) | <input type="checkbox"/> |
| Rupture amoureuse | <input type="checkbox"/> | Renvoi d'école | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> | | |
- 1-15 Connaissez-vous vos grands-parents maternels ? OUI NON
- 1-15-1 Avez-vous de bons rapports avec eux ? OUI NON
- 1-16 Connaissez-vous vos grands-parents paternels ? OUI NON
- 1-16-1 Avez-vous de bons rapports avec eux ? OUI NON
- 1-16-2 Souhaitez-vous dire quelque chose de particulier sur vos grands parents ?
- 1-17 Souhaitez-vous ajouter quelque chose au sujet de votre famille ?

2 RENCONTRE AVEC LA JUSTICE

- 2-1 Quel est le motif de votre mise en examen ? :
- 2-2 Comment la justice est-elle intervenue ? :

	Circonstances	Date
Arrestation	<input type="checkbox"/>
Interrogatoire	<input type="checkbox"/>
Garde à vue	<input type="checkbox"/>
Service éducatif judiciaire	<input type="checkbox"/>
Mesure éducative	<input type="checkbox"/>
Mesures probatoires	<input type="checkbox"/>
Retour en famille	<input type="checkbox"/>
Placement	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>
Si jugement	<input type="checkbox"/>
Nature des condamnations		
Obligations éventuelles		

- 2-3 Avez-vous été incarcéré au cours de cette mise en examen ? OUI NON
- 2-3-1 Si OUI, Combien de temps ?
- Dans quelles conditions ? (seul en cellule, quartier, visites, éloignement domicile....)
- 2-3-2 Pouvez-vous préciser tous vos antécédents judiciaires éventuels :
- | | | | |
|----------------------|------|--------------------------|---------------------------------|
| Mise en examen/motif | Date | incarcération | infraction à caractère sexuel : |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 2-4 Reconnaissez-vous avoir commis l'acte (ou actes) pour lequel vous êtes mis en examen ? :
- OUI, totalement** : reconnaît le délit, est conscient que cette problématique est associée à un ensemble de facteurs (intérieurs et extérieurs)
 - OUI partiellement, niveau 1** : reconnaît le délit, mais en fait porter la responsabilité uniquement sur des facteurs extérieurs (alcool...) / soutient que problématique est entièrement résorbée et ne réapparaîtra pas.
 - OUI partiellement niveau 2** : reconnaît avoir eu des contacts avec la victime mais n'en reconnaît pas le caractère délictueux (par exemple il perçoit la victime comme consentante).
 - NON** : se perçoit comme non responsable des faits qui lui sont reprochés
- 2-4-1 Si OUI partiel, qu'est-ce que vous ne reconnaissez pas ?
- 2-4-2 Si OUI (total ou partiel)
- 2-4-2-1 Date du délit
- 2-4-2-2 Age de la victime
- 2-4-2-3 Lors du délit étiez-vous seul ? plusieurs ?
- 2-4-2-4 La victime était-elle une fille ? un garçon ?
- 2-4-2-5 Connaissez-vous la victime ? OUI NON
- 2-4-2-5-1 Si OUI, comment ? (position d'autorité ? / vulnérabilité de la victime ?)
- 2-4-2-6 Avez-vous un lien de parenté avec la victime ? : OUI NON

Annexes

- 2-4-2-6-1 Si OUI lequel ?
- 2-4-3 Si NON pourquoi avez-vous été mis en examen ?
- 2-5 Souhaitez-vous préciser quelque chose à propos de l'acte qui vous est reproché

3 NATURE DES FAITS REPROCHES

- 3-1 L'acte qui vous est reproché s'est-il produit une seule fois ?
OUI Si OUI, passer à la question 3-2 NON
Si et seulement si le sujet ne semble pas pouvoir le préciser, on cochera la réponse ci-dessous
NE SAIT PAS
- 3-1-1 Si NON, est-ce Un acte répété avec la même personne
Un acte répété avec des personnes différentes
(Il s'agit ici de pouvoir faire figurer l'inceste, qui peut être décrit comme un acte unique)
- 3-1-2 Si NON, est-ce un acte Régulier Occasionnel

Circonstance particulière du passage à l'acte

Période de vie

- 3-2 A cette époque, y a-t-il eu un événement particulier dans votre vie ou celle de votre famille ?.....
- 3-3 Présence de toxique
- 3-3-1 Avant l'acte avez-vous pris de l'alcool ? OUI NON
- 3-3-2 Avant l'acte avez-vous pris de la drogue ? OUI NON
- 3-4 Avant l'acte étiez-vous en groupe ? OUI NON
- 3-4-1 Pendant l'acte étiez-vous en groupe ? OUI NON
- 3-5 Pensez-vous que quelque chose ou quelqu'un aurait pu empêcher que cela arrive ?
OUI NON
- 3-5-1 Si OUI, quoi ou qui ? :
- 3-5-2 Si NON, pourquoi ? :
- 3-6 Y a-t-il des choses qui ont changé depuis votre mise en examen ?
- 3-7 Est-ce que votre famille est au courant (famille proche et élargie) ?
- 3-8 Comment vos parents ont réagi ?
- 3-8-1 Comment auriez-vous aimé qu'ils réagissent ?
- 3-9 Comment vos frères et sœurs ont réagi ?
- 3-9-1 Comment auriez-vous aimé qu'ils réagissent ?
- 3-10 Vos amis sont-ils au courant de ce qui vous arrive ? OUI NON
Si OUI, Comment ont-ils réagi ?
- 3-10-1 Comment auriez-vous aimé qu'ils réagissent ?
- 3-11 Vous comprenez tout ce qui se passe pour vous en ce moment ? OUI NON
Préciser
- 3-12 Vous trouvez que ce qu'il se passe est :
- | | | | |
|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Normal | <input type="checkbox"/> | anormal | <input type="checkbox"/> |
| Logique | <input type="checkbox"/> | illogique | <input type="checkbox"/> |
| Justifié | <input type="checkbox"/> | injuste | <input type="checkbox"/> |
| Simple | <input type="checkbox"/> | compliqué | <input type="checkbox"/> |
- 3-13 Souhaitez-vous rajouter quelque chose à propos de votre mise en examen ?

4 DESCRIPTION DE L'ACTE

- 4-1 A votre avis, qu'est-ce qui vous a conduit à commettre cet acte ?
- 4-2 Comment pourriez-vous décrire avec vos mots les faits qui vous sont reprochés ?
- 4-3 Avez-vous éprouvé quelque chose de particulier avant l'acte ?
- 4-4 Pendant l'acte, pouvez-vous dire ce que vous avez éprouvé ?
- 4-5 Après l'acte comment vous sentiez-vous ?
- 4-6 À votre avis, comment la victime a-t-elle vécu l'acte ? :

5 PERCEPTION DE L'ACTE PAR LE SUJET

- 5-1 Étude de la perception des conséquences et de l'après coup.
Pensez-vous que votre acte peut avoir des conséquences ? :
- 5-1-1 Pour vous-même OUI NON

Annexes

- 5-1-1-2 Décrire les conséquences :
- 5-1-2 Pour la victime OUI NON
- 5-1-2-1 Si OUI, quelles en seront les conséquences :
- 5-1-3 Pendant l'acte, que représentait pour vous la victime ? :
- 5-2 Place de l'acte dans la vie du sujet
- 5-2-1 Estimez-vous votre acte ? : normal pas normal
- 5-2-2 Vous estimez-vous au moment de l'acte ? : normal pas normal
- 5-2-3 Avez-vous le désir de changer ? OUI NON (ne pas donner d'explications pour cette question, si sollicitation, répondre « comme vous imaginez »)
- 5-3 Avez-vous déjà fait quelque chose pour changer ? OUI NON
- 5-3-1 Si OUI, quoi ?
- 5-3-2 Quand ?
- 5-4 Vous sentez-vous victime des événements ? OUI NON
- 5-4-1 Si OUI, décrire lesquels :
- 5-4-2 Pensez-vous que l'acte devait fatalement arriver à un moment ou à un autre de votre vie ? OUI NON
- 5-5 Y a-t-il une chose que vous auriez aimé changer en vous qui aurait permis que l'acte ne se passe pas : OUI NON
- 5-5-1 Si OUI, quoi :
- 5-6 Quand vous avez été mis en examen, qu'avez-vous ressenti ?
- Si le sujet ne parvient pas à exprimer son ressenti, proposer les items suivants :
- Vous sentiez-vous soulagé d'être mis en examen ?
- | | | | |
|-------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| En colère ? | <input type="checkbox"/> | Triste ? | <input type="checkbox"/> |
| Surpris ? | <input type="checkbox"/> | Gêné ? | <input type="checkbox"/> |
- 5-6-1 Pourquoi ? :

6. INVESTIGATION FAMILIALE

- 6-1 Pouvez-vous parler de votre famille ?
- 6-2 Relations affectives familiales
- Dans votre famille
- 6-2-1 Y a-t-il une bonne entente entre vos parents ? OUI NON
- 6-2-1-1 Si NON, pouvez-vous dire pourquoi ?
- 6-2-2 Y a-t-il une bonne entente entre vous et vos frères et sœurs ? OUI NON
- 6-2-2-1 Si NON, pouvez-vous dire pourquoi ?
- 6-2-3 Par votre père vous sentiez-vous :
- AIME
- CHOUCHOU
- PROTÈGE
- ÉTOUFFE
- SANS IMPORTANCE
- REJETÉ
- MAL TRAITE
- AUTRES
- 6-2-4 Par votre mère vous sentiez vous :
- AIME
- CHOUCHOU
- PROTÈGE
- ÉTOUFFE
- SANS IMPORTANCE
- REJETÉ
- MAL TRAITE
- AUTRES
- 6-3 Actuellement avez-vous des contacts avec
- 6-3-1 Vos parents : OUI NON
- 6-3-1-1 Si NON, pouvez-vous dire pourquoi ?
- 6-3-2 L'un des deux parents : PÈRE MÈRE

Annexes

- 6-3-2-1 pouvez-vous dire pourquoi ?
- 6-3-3 Vos frères et sœurs ? OUI NON
- 6-3-3-1 Si NON, pouvez-vous dire pourquoi ?
- 6-4 En général la relation avec votre famille est-elle
SATISFAISANTE NON SATISFAISANTE NI L'UN NI L'AUTRE
- 6-4-1 En quoi est-elle ainsi ?.....
- 6-5 D'après vous quelle est la meilleure place dans votre famille ? :
- 6-5-1 Pourquoi ?.....
- 6-6 Y a-t-il dans votre famille des problèmes dont vous souhaiteriez parler ? (alcoolisation, toxicomanie, violence physique ou sexuelle).....

7. RELATIONS AMICALES

- 7-1 Avez-vous des amis ? beaucoup plutôt beaucoup peu un seul pas du tout
- 7-1-1 Si PAS DU TOUT, pouvez-vous dire pourquoi ?.....
- 7-1-2 Si OUI, pouvez-vous compter sur eux ? OUI NON
- 7-1-3 Vous retrouvez-vous souvent avec des copains ? OUI NON
- Où :
- Comment :
- 7-2 y a-t-il quelqu'un dans votre vie qui a particulièrement compté dans votre famille ou en dehors de celle-ci ? OUI NON
- 7-2-1 Si OUI, qui :
- 7-3 Avez-vous une activité extrascolaire régulière ?
- | | OUI | NON | lequel | fonctions |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------|-----------|
| Une association | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Un club | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Un groupe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

8. VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

- 8-1 Concernant les changements de votre corps à l'adolescence, diriez-vous qu'ils ont été ?
- | | | | |
|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Plaisants | <input type="checkbox"/> | Surprenants | <input type="checkbox"/> |
| Déplaisants | <input type="checkbox"/> | Inquiétants | <input type="checkbox"/> |
| Valorisants | <input type="checkbox"/> | Autre : | <input type="checkbox"/> |
- 8-1-1 Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose sur ces changements ?
- 8-2 Comment avez-vous découvert la sexualité ? (Question ouverte qui peut permettre d'aborder la question de la masturbation, de la découverte du corps...)
- 8-2-1 Avec qui avez-vous pu parler de sexualité ?
- | | | | | | |
|----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Personne | <input type="checkbox"/> | Ami | <input type="checkbox"/> | Amie | <input type="checkbox"/> |
| Père | <input type="checkbox"/> | Mère | <input type="checkbox"/> | Frère(s) | <input type="checkbox"/> |
| Sœur(s) | <input type="checkbox"/> | Famille | <input type="checkbox"/> | qui ? | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> | | | | |
- 8-4 Pour vous qu'est-ce que la sexualité ?
- 8-5 Pouvez-vous dire ce que signifie pour vous d'être amoureux ?
- 8-5-1 Avez-vous déjà eu une relation amoureuse ? OUI NON
- 8-5-2 (Comment) a-t-elle compté pour vous ?
- 8-6 Avez-vous déjà eu des relations sexuelles en dehors de l'acte pour lequel vous avez été mis en examen ? OUI NON
- 8-6-1 Ont-elles compté pour vous et de quelle façon ?
- 8-7 Est-ce que votre mise en examen a changé quelque chose au plan de votre vie sexuelle et amoureuse ?
- 8-8 Souhaitez-vous parler de quelque chose d'autre à propos de la sexualité ? (occasion pour le professionnel de questionner un éventuel vécu de victime d'agression sexuelle)

9. VIE RELATIONNELLE

- 9-1 Avez-vous en général des difficultés dans vos relations avec les autres ? OUI NON
- Si OUI, 9-1-1 Décrire les difficultés :
- 9-1-2 avec qui ? :

Annexes

9-2 Avez-vous des difficultés à l'école ? OUI NON

Si OUI, 9-2-1 décrire les difficultés :

9-2-2 avec qui ? :

9-3 Dans votre enfance avez-vous eu des difficultés avec les autres ? OUI NON

Si OUI, 9-3-1 décrire les difficultés :

9-3-2 avec qui ? :

9-4 Qu'aimez-vous faire pendant vos loisirs ?

9-5 Quand vous avez vraiment envie de décompresser, que faites-vous ?

9-6 Aviez-vous un animal ou un objet très important dans votre vie ? OUI NON

ANIMAL

OBJET

9-6-1 quel animal ou quel objet ?

9-7 De votre enfance, quel est votre meilleur souvenir ?

9-8 Quel est le souvenir le plus pénible ?

10 - INVESTIGATION SOMATIQUE

10-1 Est-ce que vous vous sentez en forme ? OUI NON

Si NON, Pourquoi ?

10-2 Avez-vous eu dans votre enfance des difficultés de santé ? : OUI NON

10-2-1 Si OUI, pouvez-vous préciser lesquelles et à quel âge cela vous est arrivé ?

10-3 Avez-vous actuellement des difficultés de santé ? : OUI NON

10-3-1 Si OUI, pouvez-vous préciser lesquelles ?

10-4 Avez-vous eu des accidents ? OUI NON

10-4-1 Si OUI, pouvez-vous préciser lesquels et à quel âge cela vous est-il arrivé ?

11- TERMINAISON DE L'ENTRETIEN

11-1 Avant de terminer l'entretien y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter ?

OUI NON

11-1-1 Si OUI, quoi :

FIN DU QUESTIONNAIRE AVEC L'ADOLESCENT

12 EVALUATION DU PROFESSIONNEL

12-1 Avez-vous des réflexions personnelles sur l'entretien ou sur l'adolescent ? (réaction de l'adolescent au questionnaire, ressenti du professionnel) :

Source : Roman, P. et Ravit, M. (2010). La subjectivation de l'agir sexuel violent à l'adolescence : les apports d'un questionnaire d'investigation clinique dans la rencontre de l'adolescent. *Sociétés et jeunesse en difficulté*, 10.

ANNEXE VI : Modèle Vulnérabilités-Ressources

Modèle vulnérabilités-ressources							
Catégories	Vulnérabilités	V ₁	P ₂	Ressources	V	P	
Co-morbidité psychiatrique	Psychose						
	Psychopathie						
	Déficit Intellectuel						
	Anxété trait/état						
	Facteurs dépressifs						
Éléments liés aux abus sexuels	Accusé d'abus non rec./non sanctionnés						
	Récidive sexuelle						
	Victime d'abus sexuel						
Capacités d'adaptation et de contrôle	Inadéquation du coping face à un trauma.			Efficacité du <i>coping</i> face à un trauma			
	Contrôle absent/imparfait de l'impulsivité			Capacités de décentration			
	Faible résistance à la frustration				Contrôle adéquat de l'impulsivité		
					Résistance adaptée à la frustration		
					Flexibilité psychologique		
			Autonomie affective				
Insertion sociale et style de vie	Faible support social			Support social			
	Immaturité/isolement relationnel			Loisirs structurants			
	Absence/manque de stabilité dans les rel.			Relations intimes stables			
	Absence/faiblesse de l'insertion profess.			Cap. de créer/de maintenir des liens aff.			
	Désaffiliation sociale			Ouverture relationnelle			
	Usage fréquent de désinhibiteurs			Insertion socioprofessionnelle			
Regard sur soi	Faibles capacités d'autocritique			Capacités d'autocritique			
	Faibles capacités d'autoanalyse			Capacités d'autoanalyse			
	Absence de rec. de la contrainte utilisée			Reconnaissance de la contrainte utilisée			
				Capacités d'introspection			
				Capacités de verbalisation			
				Estime de soi			
Cognitions et représentations	Négation/minimisation des faits			Reconnaissance des faits			
	Négation/minimis. de la responsabilité			Reconnaissance de la responsabilité			
	Attributions externes			Attributions internes			
	Distorsions cognitives			Empathie envers autrui			
	Manque d'empathie envers la victime			Empathie envers la victime			
	Manque d'empathie envers autrui			Représ. adéquates des relations à autrui			
	Fantasmes déviants			Représ. adéquates des rôles sexuels			
	Représ. inadéquates des rôles sexuels			Représ. adéquates des rôles familiaux			
	Représ. inadéquates des rôles familiaux			Représentations adéquates de la sexualité			
	Représ. inadéquates de la sexualité						

1 : Présence ; 2 : Pondération (de 1 à 5 selon l'importance du facteur).

Source : Coco et Mormont (2006, p. 72)

RÉSUMÉ

À partir de la constatation que l'appréciation des risques de récidive et les prises en charge des adultes auteurs d'abus sexuels reflètent encore trop souvent une perspective déterministe, ce présent travail se propose de démontrer que l'évaluation et les soins des jeunes impliqués dans ce type de violences restent infiltrés par les mêmes tendances stigmatisantes. Pour ce faire, il se penchera d'abord sur les outils et les techniques préconisées pour évaluer les risques de récidive et les spécificités du fonctionnement psycho-social de ces jeunes. Puis, il présentera les diverses modalités thérapeutiques actuellement appliquées à la population juvénile. Ce travail permettra notamment de mettre en évidence le fossé conceptuel et pragmatique existant de part et d'autre de l'Atlantique. D'un côté, les tendances anglo-saxonnes, dominées par une visée utilitaire de gestion du risque et de protection de la société, se dessinent autour de l'utilisation d'échelles de risque et de programmes cognitivo-comportementaux. De l'autre, les tendances francophones sont majoritairement centrées sur une perspective clinique et psychodynamique visant à comprendre ce que le passage à l'acte vient signifier des processus psychiques du patient. La singularité et les potentialités au changement des adolescents ayant commis des agressions sexuelles doivent être mises en avant afin de sortir d'une vision déterministe et stigmatisante, afin de les considérer comme des êtres humains à part entière qui peuvent évoluer et afin de les aider à cheminer vers un mieux-être, une guérison et une non-récidive.

Mots-clés : transgression sexuelle, abus sexuels, violence sexuelle adolescence, juvénile, sexualité, évaluation, récidive, prise en charge

SUMMARY

Stemming from the observation that reoffending prediction as well as therapies for adult sex offenders still reflect a deterministic perspective, this current work intends to demonstrate that the evaluation and therapeutic care for juvenile sex offenders remain infiltrated by the same stigmatizing tendencies. In order to achieve this, the tools and techniques used to evaluate reoffending risks and the specificities of these young people's psycho-social functioning will be first reviewed. Then the diverse therapeutic modalities currently applied to the juvenile population will be addressed. In particular, this work will underline the sharp conceptual and pragmatic gap existing on both sides of the Atlantic. On the one hand, Anglo-Saxon tendencies, dominated by a utilitarian vision of risk management and the goal of protecting society, are rather centered on risk assessment scales and specific cognitive behavioral treatment programs. On the other one, francophone tendencies are more inclined towards a clinical and psychodynamic perspective with the idea of understanding what the violent sexual act tells about the patient's psychological processes. The singularity and potentialities to change of these juvenile sex offenders must be stressed in order to evolve from a deterministic and stigmatizing vision, in order to regard them fully as human beings who can change and in order to support them in their evolution towards well-being, healing and non-reoffending.

Key words: juvenile sex offender, sexual abuse, risk factor, recidivism sexuality, evaluation, treatment, therapy