

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME  
D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Comportements sexuels problématiques des mineurs : place de la  
pédopsychiatrie et éléments de prise en charge**

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2020 à 13 heures  
au Pôle Formation  
**Par Solal STORA**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur *Guillaume VAÏVA***

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur *Olivier COTTENCIN***

**Monsieur le Professeur *Renaud JARDRI***

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Professeur *François MEDJKANE***

---

## **AVERTISSEMENT**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## **LISTE DES ABREVIATIONS :**

**ACSP** : Adolescents présentant des CSP

**AICS** : Adolescent auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**AMP** : Acétate de Medroxyprogesterone

**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

**ATSA** : Association for the Treatment of Sexual Abusers

**CRIAVS** : Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violence Sexuelle

**CSBCL** : Child Sexual Behavior Check List

**CSBI** : Child Sexual Behavior Inventory

**CSP** : Comportements Sexuels Problématiques

**DI** : Déficience intellectuelle

**ECSP** : Enfant présentant des CSP

**ERASOR** : Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism

**TSPT** : Trouble de Stress Post-Traumatique

**ISRS** : Inhibiteur Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

**CPA** : Acétate de Cyprotérone

**J-SOAP-II** : Juvenile Sex Offender Assessment Protocol - II

**J-SORRAT-II** : Juvenile Sexual Offense Recidivism Risk Assessment Tool - II

**MAICS** : Mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuelle

**MCSP** : Mineurs présentant des CSP

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OND** : Observatoire National de la Délinquance

**PCL-YV** : Psychopathy Check List - Youth Version

**SAVRY** : Structured Assessment of Violence Risk in Youth

**SDP** : Schizophrénie à début précoce

**SORAG** : The Sex Offender Risk Appraisal Guide

**TC** : Trouble des Conduites

**TCC** : Thérapie cognitivo-comportementale

**TDM** : Thérapie de Désactivation du Mode

**TMS** : Thérapie multi-systémique

**TOP** : Trouble Oppositionnel avec Provocation

**TSA** : Trouble du Spectre Autistique

**URSAVS** : Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violence Sexuelle

**VRAG** : Violence Risk Assessment Guide

# TABLE DES MATIERES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>LES MINEURS PRESENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLEMATIQUES</b> .....	<b>5</b>
2.1	Méthodologie bibliographique .....	5
2.2	Définitions.....	5
2.2.1	Comportements Sexuels Problématiques .....	6
2.2.2	Adolescents .....	8
2.2.3	Concept de santé sexuelle.....	10
2.3	Expression comportementale des CSP .....	11
2.3.1	Caractérisation médico-légale .....	11
2.3.2	Caractérisation développementale .....	13
2.4	Caractéristiques de ces mineurs.....	19
2.4.1	Épidémiologie .....	19
2.4.2	Caractéristiques sociodémographiques .....	21
2.4.2.1	Âge .....	21
2.4.2.2	Sexe .....	21
2.4.3	Caractéristiques environnementales.....	22
2.4.4	Comorbidités psychiatriques .....	24
<b>3</b>	<b>PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DE CES MINEURS</b> .....	<b>26</b>
3.1	Objectifs de la prise en charge .....	26
3.2	Exemples de programmes de soins spécifiques des CSP .....	28
3.2.1	Sexual Abuse: Family Education and Treatment Program (SAFE-T) .....	30
3.2.1.1	Population cible .....	30
3.2.1.2	Modalités d'organisation .....	31
3.2.1.3	Objectifs .....	31
3.2.1.4	Dans la littérature .....	32
3.2.2	Multisystemic Therapy for Youth With Problem Sexual Behaviors (MST-PSB).....	33
3.2.2.1	Population cible .....	33
3.2.2.2	Objectifs .....	34
3.2.2.3	Modalités d'organisation .....	34
3.2.2.4	Dans la littérature .....	35
3.2.3	Programme d'Intervention auprès des Enfants présentant des CSP (PI-ECSP) .....	36
3.2.3.1	Population cible .....	36
3.2.3.2	Objectifs du programme .....	36
3.2.3.3	Approche thérapeutique.....	37
3.2.3.4	Modalités d'organisation .....	38
3.2.3.5	Dans la littérature .....	40
3.2.4	Conclusion .....	40
3.3	Place de la pédopsychiatrie .....	44
3.3.1	Méthodologie bibliographique : .....	44
3.3.2	Évaluation clinique initiale.....	45
3.3.2.1	Place du premier entretien .....	46
3.3.2.2	Évaluation du contexte, de l'écologie sociale et de la famille .....	47
3.3.2.3	Évaluation psychologique et comportementale générale .....	48
3.3.2.4	Évaluation du comportement sexuel et des facteurs contributifs.....	49
3.3.2.5	Place de l'évaluation standardisée.....	50
3.3.2.6	Conclusion.....	51
3.3.3	Évaluation des risques .....	51
3.3.3.1	Concept du risque de récurrence.....	52

3.3.3.2	Principes des facteurs de risques de récurrence .....	54
3.3.3.3	Méthodes d'évaluation du risque de récurrence concernant les mineurs .....	55
3.3.3.3.1	Évaluation clinique non structurée .....	56
3.3.3.3.2	Échelles actuarielles .....	57
3.3.3.3.3	Échelles de jugement clinique structuré .....	58
3.3.3.4	Principales échelles .....	59
3.3.3.4.1	J-SOAP-II .....	59
3.3.3.4.2	J-SORRAT-II .....	61
3.3.3.4.3	SAVRY .....	63
3.3.3.4.4	ERASOR.....	64
3.3.3.5	Données de la littérature et conclusion .....	65
<b>3.4</b>	<b>Approche thérapeutique .....</b>	<b>69</b>
3.4.1	Méthodologie bibliographique .....	70
3.4.2	Psychothérapie .....	71
3.4.2.1	Thérapie de groupe.....	72
3.4.2.1.1	Intérêt chez les MCSP .....	72
3.4.2.1.2	Données de la littérature .....	74
3.4.2.1.3	Conclusion .....	75
3.4.2.2	Thérapie cognitivo-comportementale .....	76
3.4.2.2.1	Définition.....	76
3.4.2.2.2	Principes théoriques.....	77
3.4.2.2.3	Principes cliniques .....	77
3.4.2.2.4	Modalités d'organisation .....	80
3.4.2.2.5	Données de la littérature .....	81
3.4.2.2.6	Exemple de deux thérapies adaptées de la TCC.....	86
3.4.2.2.7	Conclusion : .....	89
3.4.2.3	Thérapie multi-systémique .....	91
3.4.2.3.1	Définition : .....	91
3.4.2.3.2	Principes théoriques de la TMS-CSP .....	92
3.4.2.3.3	Principes cliniques de la TMS-CSP .....	93
3.4.2.3.4	Principes généraux du traitement TMS-CSP.....	94
3.4.2.3.5	Modalités d'organisation .....	98
3.4.2.3.6	Données de la littérature .....	99
3.4.2.3.7	Conclusion .....	102
3.4.2.4	Psychoéducation .....	103
3.4.2.4.1	Principes dans les CSP .....	103
3.4.2.4.2	Données de la littérature .....	104
3.4.2.4.3	Conclusion .....	108
3.4.2.5	Thérapie individuelle.....	109
3.4.2.5.1	Principes dans les CSP .....	109
3.4.2.5.2	Données de la littérature .....	110
3.4.2.5.3	Conclusion .....	111
3.4.3	Place des traitements médicamenteux .....	112
3.4.3.1	Traitements antidépresseurs .....	113
3.4.3.1.1	Principes théoriques.....	113
3.4.3.1.2	Dans la littérature.....	114
3.4.3.2	Traitements hormonaux .....	117
3.4.3.2.1	Principes théoriques.....	117
3.4.3.2.2	Dans la littérature.....	119
3.4.3.3	Autres traitements .....	121
3.4.3.3.1	Autres psychotropes : .....	121
3.4.3.3.2	L'utilisation de la NALTEXONE.....	122
3.4.3.3.3	L'utilisation du PROPRANOLOL.....	123
3.4.3.4	Algorithme de prise en charge.....	124
3.4.3.5	Conclusion.....	127
<b>4</b>	<b>SYNTHESE ET PROPOSITION D'AXES DE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE .....</b>	<b>130</b>

<b>5</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>137</b>
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>139</b>
<b>7</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>162</b>

# 1 INTRODUCTION

La proportion de mineurs présentant des Comportements Sexuels Problématiques (CSP) ou auteurs d'infractions à caractère sexuel paraît être de plus en plus importante (1). Nous constatons que cette problématique n'est pas l'apanage des adultes et loin de l'idée que l'on se fait de l'abuseur sexuel, sa prévalence est élevée au sein de populations de mineurs. En France, des auteurs rapportent une augmentation de 104% des condamnations des mineurs pour faits de violence sexuelle entre 1996 et 2006 (2). En 2003, une personne sur quatre mis en cause pour un fait de violence sexuelle est un mineur (1).

Cette question taboue engendre souvent malaise et incompréhension chez l'adulte (3).

Si Freud a pu développer le concept de sexualité infantile comme une des notions phare du développement psycho-affectif, ce dernier tient une place particulière dans notre société (4) (5).

L'imaginaire collectif a tendance à percevoir l'enfance comme détachée de toute sexualité (3).

Il est difficile d'appréhender cette dernière en dehors du spectre de l'adulte, or la question de la sexualité, présente tout au long du développement, prend des significations différentes chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte.

Une première prise de conscience a permis d'aborder dans un premier temps les caractéristiques de ces mineurs. La littérature s'est attachée à décrire cette population, notamment leurs aspects sociaux, environnementaux ou psychologiques (6,7). Cependant, la majorité des populations étudiées était des Mineurs Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuelle (MAICS), s'attachant au versant médico-légal (8).

Même si les termes et les définitions employés dans cette problématique sont nombreux et ne font pas toujours consensus, cette phase de caractérisation de ces mineurs a permis de préciser des sous-groupes et de se détacher de l'aspect judiciaire pour certains patients, notamment ceux présentant des comportements problématiques sur le plan sexuel mais qui n'auraient pas posé d'acte répréhensible par la loi. On a pu voir émerger une dissociation fréquemment retrouvée en pédopsychiatrie entre les mineurs âgés de 12 ans et moins, souvent étudiés sous le prisme des CSP et les adolescents âgés de plus de 13 ans, où la dimension médico-légale semble prédominer. Nous avons choisi de nommer respectivement ces deux populations Enfants CSP (ECSP) et Adolescents CSP (ACSP).

Pour plus de clarté, nous choisissons d'employer dans ce travail le terme de Mineurs CSP (MCSP) pour parler de l'ensemble de la population des mineurs présentant des CSP ou auteurs d'infractions à caractère sexuel, quel que soit leur âge. Ce dernier inclus les ECSP et les ACSP.

La question de la prise en charge spécifique de ces mineurs a rapidement été posée. À mesure que la littérature sur les délinquants sexuels adultes a progressé, il est devenu évident que l'efficacité du traitement et la gestion des risques dépendent des caractéristiques des délinquants (9). Historiquement, les ACSP étaient pour la plupart orientés vers des programmes de soins ciblant l'adulte et ne tenant pas compte des spécificités liées à l'âge. Mais la complexité des processus développementaux des enfants et des adolescents, notamment sur le plan de la construction de la personnalité et des troubles mentaux, remet en cause la pertinence pour les mineurs des caractéristiques décrites chez les délinquants sexuels adultes. Ainsi l'adaptation et la mise en œuvre de ces stratégies thérapeutiques basées sur l'adulte chez les mineurs sont difficiles (8).

D'autre part, les réactions des professionnels quant aux programmes de traitements spécifiques de ces enfants, notamment en Amérique du Nord, étaient partagées comme l'a rappelé McKinnen (2006) (Jacob, McKibben et Proulx, 1993). Si certains estiment que ces comportements ne sont qu'un épiphénomène qu'il ne faudrait pas stigmatiser et « psychiatriser », d'autres soutiennent l'idée d'une intervention rapide, permettant d'éviter que les comportements problématiques ne s'enkystent, s'appuyant ainsi sur la littérature concernant la population adulte (10).

Dès la fin des années 1970, des cliniciens américains ont donc attiré l'attention sur l'importance de ne pas banaliser trop rapidement les agressions sexuelles commises par des adolescents. Ainsi dès les années 1980, des programmes ciblant les mineurs CSP se sont développés, incluant progressivement les particularités liées aux enfants et aux adolescents, comme par exemple l'Institut Philipe au Canada dès 1979 ([www.pinel.qc.ca](http://www.pinel.qc.ca)).

La pédopsychiatrie est ainsi de plus en plus sollicitée et les thérapeutiques sont encore très peu codifiées. Or cette problématique tient une place particulière dans le soin, elle est souvent à l'origine de situations de crise pour les familles conduisant à des prises en charge en urgence et complexes. De même, les équipes restent confrontées aux différentes représentations véhiculées par la société.

Aucune réponse universelle n'existe pour ces mineurs et les dimensions éthiques autour de l'intervention en terme de santé sexuelle des enfant et adolescent compliquent cette prise en charge (10).

Elle devrait être sous-tendue par deux aspects en termes de santé mentale et publique. D'abord dans une optique d'aide, de soin et de réhabilitation du jeune dans son environnement. Une

autre dimension serait axée sur les préventions primaires, secondaire et tertiaire, soulignant qu'un accompagnement adapté diminue les risques de passage à l'acte ou de récurrence (10).

En 2018, Émeline Ollitrault a réalisé sa thèse d'exercice sur la question de la place de la pédopsychiatrie concernant les CSP chez les enfants âgés de 12 ans et moins. Dans la lignée de ce travail, il nous a paru intéressant d'étendre cette question à la prise en charge de tous les mineurs présentant des CSP ou auteurs d'agressions sexuelles.

L'objectif de ce travail est d'étayer la place de la pédopsychiatrie dans la prise en charge de ces mineurs. Il s'agit d'une synthèse des options thérapeutiques décrites par la littérature.

Dans une première partie, nous reviendrons sur les différents termes et définitions employés concernant cette question et tenterons de mieux définir cette population au regard des données de la littérature. Dans un second temps nous tenterons de recenser les possibilités de prise en charge sur le plan pédopsychiatrique, notamment psychothérapeutiques, au travers d'exemples de programmes de soin existants dans le monde.

Enfin nous synthétiserons ces différents éléments afin de clarifier les moyens d'évaluation et de prise en charge de ces mineurs.

Ce travail a été réalisé dans une perspective d'optimisation de la prise en charge de ces mineurs, notamment à travers l'établissement de protocole d'évaluation et de soins adaptés, validés et en adéquation avec les nouvelles données de la littérature.

Il permet également de recentrer la place de la psychiatrie dans cette question, en éclaircissant les missions qui incombent au champ sanitaire et en évitant une « psychiatisation » de certaines situations.

## **2 LES MINEURS PRESENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLEMATIQUES**

### **2.1 Méthodologie bibliographique**

Concernant cette première partie, la recherche bibliographique a été menée dans les bases de données informatiques Pubmed, GoogleScholar, Science Direct et Cairn, PsycArticles, PsycInfo et Declic (base de données de l'Université Lille 2). Les mots-clés et termes Mesh suivant ont été utilisés :

- Comportements sexuels problématiques (*problematic sexual behavior*)
- Adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel (*juvenile sex offender*)
- Mineurs auteurs d'abus sexuels (*sexually transgressive juveniles*)

Parmi les articles retrouvés, ceux répondant directement à la problématique étudiée et ayant un intérêt et une pertinence suffisante ont été sélectionnés. Les articles étaient en langue anglaise et française.

### **2.2 Définitions**

De nombreux termes et définitions sont associés à la problématique des violences sexuelles et des troubles du comportement sexuel. Il existe peu de consensus et ces derniers concernent essentiellement la population adulte.

Pour les mineurs associés à cette problématique le champ sanitaire opère fréquemment une dissociation entre les enfants et les adolescents avec un âge charnière qui se situe souvent à 12 ans. Les termes employés varient fortement.

Cette problématique s'aborde également sous un angle judiciaire et donc médico-légal. On parle de mineurs auteurs d'abus ou de violences sexuelles (ou MAICS), parfois d'Adolescents

auteurs d'Infraction à Caractère Sexuel (AICS) ou de mineurs délinquants sexuels (« Juvenile Sex Offender »). Ces termes tendent à associer les enfants aux adultes or les processus cognitifs en jeu dans ces situations sont très différents de ceux retrouvés chez les auteurs adultes.

L'application à la population d'enfants et d'adolescents nécessite un travail de remise en contexte développemental. A cette fin, nous utiliserons les points de césure les plus fréquemment repris en pédopsychiatrie : les enfants jusqu'à 12 ans puis les adolescents âgés de plus de 12 ans.

### **2.2.1 Comportements Sexuels Problématiques**

Si la plupart des enfants vivent les différentes étapes de leur développement psychosexuel de manière saine, il se peut que certains manifestent des comportements sexuels qui sortent de ceux attendus dans le cadre de leur développement. Ces comportements sont qualifiés de Comportements Sexuels Problématiques (CSP) (11).

La frontière entre les comportements sexuels dits normaux et ceux qui s'inscrivent dans un registre problématique est délicate à entrevoir pour les parents comme pour les professionnels (12).

Afin d'évaluer ces comportements, il est donc intéressant de se baser sur le développement psycho-sexuel normal de l'enfant, bien connu à ce jour (13) même s'il n'existe pas de définition officielle de la normalité des comportements sexuels.

Les experts s'accordent donc pour situer les comportements sexuels des enfants sur un continuum, allant des comportements sains aux comportements fortement problématiques, selon différents indicateurs en lien avec le comportement sexuel décrit (14).

Une définition a pu être proposée dans un rapport de l'Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA)(15). Les CSP chez les enfants sont définis comme : « *des comportements impliquant des parties sexuelles du corps, adopté par des enfants âgés de 12 ans et moins, qui sont inappropriés du point de vue du développement de ceux-ci ou qui sont potentiellement néfastes pour eux-mêmes ou pour les autres* » (15), traduction proposée par Clements et al. (2011)). Cette définition prend en compte les CSP dirigés vers l'enfant lui-même.

Cette notion de continuum entre les comportements sexuels normaux et les comportements sexuels agressifs (Becker et Kaplan dès 1988 ; Vizard, Monck, et Misch 1995 ; Bonner, Walker, et Berliner 2001 ; Johnson 2002) semble essentielle pour comprendre la difficulté liée à l'évaluation de ces comportements. On retrouve une vaste gamme de comportements sexuels, parfois complexes entre ceux dits normaux et ceux considérés comme problématiques (14).

Il est également important de prendre en compte l'incapacité des enfants à entrer dans des processus cognitifs complexes de planification de ces comportements ou encore à rationaliser leurs gestes (16). Ainsi on ne peut les considérer systématiquement comme des agresseurs sexuel (15), ces comportements peuvent être sous-tendus par une recherche d'apaisement ou de stimulation sexuelle impulsive en lien avec la curiosité ou l'imitation (Jones 2011).

L'essentiel de la littérature semble donc préférer le terme de Comportement Sexuel Problématique (CSP) concernant les mineurs de moins de 12 ans. Cependant il n'existe pas de définition qui fasse consensus.

Dans ce travail il nous paraît intéressant de nous référer à cette population sous le terme « Enfants CSP » (ECSP).

### **2.2.2 Adolescents**

Les mécanismes qui sous-tendent ces comportements sont en général différents chez l'adolescent et les capacités de réflexion de ces derniers font qu'ils sont plus souvent assimilés aux adultes (17).

Les comportements symptomatiques paraissent plus actifs à l'adolescence qu'à d'autres périodes de la vie, se situant davantage dans le champ des agirs, dirigés contre soi-même ou vers autrui. (Forget, 2008 ; Tyrode et Bourcet, 2000).

Cette propension à l'agir facile les conduit fréquemment du côté de la transgression sexuelle (17).

L'abord est donc plus fréquemment judiciaire, on parle de mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel (MAICS) ou d'adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) (18), souvent rattachés aux patients âgés de 12 à 18 ans.

De plus, certains auteurs utilisent le terme de CSP chez l'adolescent voir chez l'adulte (19) (20) ce qui peut paraître intéressant pour les adolescents qui seraient encore dans des processus comportementaux proches de ceux des enfants.

Les mineurs agresseurs sexuels sont donc définis comme des jeunes âgés de 12 à 18 ans qui ont déjà été condamnés pour une infraction à caractère sexuel, qui ont déjà posé un acte pour lequel ils pourraient être condamnés, ou qui ont eu un geste à caractère sexuel sans le consentement de la personne visée ou par une manipulation affective ou par du chantage (21) (22) (23).

Le terme mineur est utilisé au sens légal du terme, désignant donc toute personne âgée de 12 à 18 ans pouvant être accusée ou déclarée coupable d'avoir commis un acte criminel (24)

Des auteurs (Awad et Saunders 1984 ; Barudy 1997 ; Vizarrd et al 1995) précisent que ces adolescents forment un groupe relativement hétérogène contrairement aux autres formes de délinquance juvénile (10).

En France, rappelons qu'un mineur ne peut être pénalement condamné qu'à partir de 13 ans même si le Code Pénal ne fixe pas d'âge pour une mise en examen.

La notion de condamnation est ici liée aux normes judiciaires propres à chaque pays ou région ainsi qu'aux différents aspects socio-culturelle dans le monde. Cependant, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence sexuelle comme suit : « *Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail* » (World Health Organization. Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010).

Pour ce travail, nous choisissons d'employer le terme d'Adolescents CSP (CSP) pour qualifier les mineurs âgés de plus de 12 ans présentant des CSP ou auteurs d'infraction à caractère sexuel. Même si la dimension judiciaire est beaucoup plus marquée chez les adolescents, le terme de Mineurs Auteurs semble réduire la problématique aux seuls passages à l'acte judiciairisés ou de nature à l'être.

La difficulté en lien avec l'absence de définition faisant consensus est l'amalgame possible entre les CSP tels que définis par l'ATSA, soit pour les enfants de moins de 12 ans et la notion

de CSP incluant également les adolescents indépendamment de la présence ou non d'une condamnation judiciaire.

Pour ce travail, il nous paraît intéressant d'utiliser le terme de CSP au sens le plus large. Les CSP incluent ainsi ceux décrits par l'ATSA mais également les comportements présentés par les adolescents qu'ils fassent l'objet d'une judiciarisation ou non.

Le terme de Mineur CSP (MCSP) sera donc employé, il inclut la population des ECSP et des ACSP. Il permet d'éviter la stigmatisation de certains comportements sans pour autant effacer l'importance du cadre juridique quand cela est nécessaire.

### **2.2.3 Concept de santé sexuelle**

Ces définitions sont à mettre en lien avec le concept de santé sexuelle décrit par l'OMS en 1974. Il est défini comme « *L'intégration d'aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine* » (OMS, 1974).

Cette définition a évolué à plusieurs reprises, d'abord en ajoutant à ce concept « *la variété et le caractère unique de l'expérience sexuelle et des besoins sexuels individuels* ». (OMS, 1987)

Puis en insistant sur la dimension positive et agréable de la sexualité, sans contrainte ni violence : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social concernant la sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles constituées de*

*plaisir, d'expériences sexuelles sans contraintes, ni discriminations ni violences* ». (OMS, 2006).

Concernant plus spécifiquement les mineurs, en 1989 la Convention relative aux droits de l'enfant souligne que « *le droit fondamental de l'enfant à être protégé par les états contre toute forme d'exploitation sexuelle, contre les abus sexuels, qui se doivent de promouvoir la réadaptation physique et psychologique ainsi que la réinsertion sociale des enfants qui en ont été victimes* » (25).

En dehors d'une perspective pathologisante, le concept de santé sexuelle permet de recentrer la santé sexuelle de manière positive, autour de l'éducation, de la prévention et du soin, et d'impulser une dynamique de formation en éducation sexuelle et en médecine sexuelle des professionnels soignants et non-soignants.

## **2.3 Expression comportementale des CSP**

### **2.3.1 Caractérisation médico-légale**

Concernant les mineurs au sens large, on rappelle que l'essentiel de la littérature est anglo-saxonne et revêt un abord médico-légal (8) (26).

Dans le Code Pénal, les infractions « à caractère sexuel » relèvent de délits ou de crimes.

On retrouve les propositions sexuelles, le harcèlement sexuel, l'exhibition sexuelle, les atteintes sexuelles et les agressions sexuelles (27).

Les agressions sexuelles apparaissent dans son livre II « des crimes et des délits contre les personnes, titre II « des atteintes à la personne humaine » section III « des agressions sexuelles ».

L'agression sexuelle est définie par l'article 222-22 comme « atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». Le délit d'agression sexuelle suppose donc l'usage par l'auteur de violence, contrainte, menace ou surprise. Quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, l'agression sexuelle est constituée lorsqu'elle est imposée à une personne.

Le Code Pénal distingue plusieurs types d'agressions sexuelles regroupées dans le livre II (2) :

- Le viol
- L'attentat à la pudeur, l'exhibition sexuelle
- Le harcèlement sexuel

Le Code Pénal distingue le viol, considéré comme un crime, des autres agressions sexuelles, considérées comme délits impliquant des faits dépourvus de pénétration.

L'élément matériel du viol consiste en la réalisation d'un acte de pénétration qualifiée de sexuelle quel que soit la qualité de l'objet insertif et de l'orifice naturel.

La question du consentement est primordiale dans le viol et constitue l'élément moral de l'infraction. Il implique que l'acte de pénétration soit accompli « *contre la volonté de celle-ci, soit que le défaut de consentement résulte de violence physique ou morale, soit qu'il résulte de tout autre moyen de contrainte ou de surprise* ».

Il est précisé qu'un consentement obtenu sous l'emprise de la contrainte n'aucune valeur juridique selon l'article 222-23.

De fait, l'intentionnalité de l'acte est également nécessaire à la qualification de viol.

Enfin, l'article 222-24 reconnaît des circonstances aggravantes de viol.

Les autres types d'agressions sexuelles sont définis par le livre II, titre II, section III (2).

Elles consistent en « *une atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* ».

Les articles 222-27 et suivants du Code Pénal définissent les autres types d'agressions sexuelles.

Dans une étude rétrospective de 110 dossiers de mineurs auteurs de violence sexuelle (28), on retrouvait parmi les infractions commises 62% de crimes (viols) et 38% de délits (agression sexuelle).

### **2.3.2 Caractérisation développementale**

Si la limite reste floue entre le normal et le pathologique et que le consensus entre les auteurs et équipes n'est pas constant dans les comportements sexuels, les chercheurs ont pu mettre en évidence des critères évaluant le caractère problématique de ces comportements (15) (29) (30) :

- Fréquence ou intensité s'éloignant de la norme
- Persistance dans le temps et selon les situations
- Incapacité d'interrompre le comportement sexuel même après intervention de l'adulte
- Interférence avec le développement naturel de l'enfant de fait d'une préoccupation importante.
- Usage de contrainte (force, agressivité)
- Différence de niveau développemental entre les enfants impliqués

Au travers des différentes classifications proposées par la littérature, certains chercheurs ont pu décrire un continuum allant des comportements les moins inquiétants aux plus critiques (7) :

- Comportements sexuellement inappropriés : sans contacts interpersonnels, dirigés vers soi-même ou autrui
- Comportements sexuellement intrusifs, avec contacts interpersonnels non planifiés, impulsifs et non agressifs
- Comportements sexuellement agressifs, comprenant des contacts sexuels caractérisés par un recours aux menaces, à la force, à la coercition ou à l'agression.

Même si la définition de l'ATSA exclue les mineurs âgés de 13 ans et plus, il apparaît intéressant de garder la notion de CSP pour certains de ces derniers qui sont encore dans des processus cognitifs éloignés de ceux de l'adolescence et justifie en partie l'utilisation du terme de MCSP dans ce travail.

Devant la grande hétérogénéité de ces comportements, plusieurs études ont tenté de documenter les comportements sexuels observés chez les enfants. L'abord du développement sexuel normal a permis de mieux définir ceux considérés comme sains et ceux pouvant être source d'inquiétude. Cependant, ces études présentent de nombreuses limites devant les difficultés en lien avec l'évaluation de cette problématique (31) (32).

Ces comportements sont donc à mettre en perspective avec l'aspect développemental.

Certains auteurs ont pu proposer des éléments cliniques d'orientation selon l'âge des enfants

#### Entre 0 et 2 ans

Quelques descriptions cliniques existent même si la littérature sur ce sujet est très rare concernant les très jeunes enfants. Des auteurs ont pu rapporter des stimulations génitales, parfois rythmiques qui seraient accompagnées d'expression faciales de plaisir et d'autres signes cliniques (33).

Enfin, la curiosité des enfants à l'égard des parties génitales de leurs parents a pu être décrite par ces derniers (31).

### De 2 à 12 ans

Concernant cette tranche d'âge, le Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) revêt une grande utilité clinique (13) (34) (35) (36) . Il s'agit d'un questionnaire proposé par William N. Friedrich, concernant les comportements sexuels chez l'enfant qui permet d'apprécier 38 comportements sexuels fréquemment retrouvés chez les enfants âgés de 2 à 12 ans. Ce questionnaire s'adresse aux parents qui renseignent la fréquence de chacun des comportements décrits chez leurs enfants.

Les résultats sont à mettre en regard de l'âge avec 3 tranches définies par le questionnaire : 2 à 5 ans, 6 à 9 ans et 10 à 12 ans.

Dans la dernière version du CSBI on retrouve 38 éléments, permettant d'établir 9 catégories de comportements :

- « Boundary Problems » ou Distance interpersonnelle inappropriée
- « Exhibitionism » : l'exposition délibérée de parties intimes
- « Gender role Behavior » : les comportements associés à un genre spécifique (masculin ou féminin)
- « Self stimulation » : se masturber, se toucher ou se frotter pour avoir du plaisir
- « Sexual Anxiety » : anxiété devant les marques d'affections entre les parents et d'autres personnes

- « Sexual Interest » : intérêt, curiosité pour la sexualité
- « Sexual Intrusiveness » : toucher les organes génitaux d'un autre enfant par exemple
- « Sexual Knowledge » : connaissances concernant la sexualité
- « Voyeuristic Behavior » : comportements « voyeurs »

Une échelle totale estime un niveau global de comportement sexuel de l'enfant, sur la base des 38 éléments.

Cette échelle est scindée entre des comportements pouvant être considérés comme normaux en fonction de l'âge et du genre (Developmentally Related Sexual Behavior Scale) et des comportements plus particuliers, toujours selon l'âge et le genre (Sexual Abuse Specific Scale) (13).

Le score final permet d'évaluer la fréquence des comportements sexuels présentés par l'enfant. Afin d'établir ce questionnaire Friedrich et son équipe se sont basés sur une population multiculturelle de 1114 enfants issue de la population générale américaine (13) (35) (36).

Les auteurs ont pu ainsi préciser les comportements sexuels en fonction de leur fréquence dans les catégories d'âges définies et selon le genre (13).

Les tableaux suivants regroupent les comportements par fréquence en fonction du genre et de l'âge (*Figure 2 et Figure 3*) :

<b>Garçons</b>	<b>Fréquence &gt; 20%</b>	<b>Fréquence entre 10 et 20%</b>
<b>2 à 5 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se toucher les parties génitales à domicile et en public</li> <li>- Toucher ou essayer de toucher les seins de leur mère ou d'une autre femme</li> <li>- Essayer de regarder des gens se déshabiller ou nus</li> <li>- Se tenir trop proche des autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se masturber manuellement</li> <li>- Montrer ses parties génitales aux adultes</li> <li>- Faire des câlins à des adultes peu connus</li> <li>- Être attristé devant les adultes qui s'embrassent</li> <li>- S'habiller comme le sexe opposé</li> <li>- Être très intéressé par le sexe opposé</li> </ul>
<b>6 à 9 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se toucher les organes génitaux à la maison</li> <li>- Essayer de regarder des gens nus ou en train de se déshabiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toucher ou essayer de toucher les seins de leur mère ou d'une autre femme</li> <li>- Se toucher les parties génitales en public</li> <li>- Se masturber manuellement</li> <li>- Se tenir trop proche des autres</li> <li>- Être très intéressé par le sexe opposé</li> <li>- Essayer de regarder des photos de personnes nus</li> <li>- Avoir de meilleures connaissances concernant la sexualité</li> </ul>
<b>10 à 12 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Être très intéressé par le sexe opposé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus grandes connaissances sur la sexualité</li> <li>- Essayer de regarder des photos de personnes nues</li> <li>- Parler plus d'actes sexuels</li> <li>- Souhaiter regarder des films à contenu explicite à la TV</li> </ul>

Figure 2 – Fréquence des comportements sexuels chez les garçons par tranches d'âge

<b>Fille</b>	<b>Fréquence &gt; 20%</b>	<b>Fréquence entre 10 et 20%</b>
<b>2 à 5 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se toucher les parties génitales à domicile et en public</li> <li>- Toucher ou essayer de toucher les seins de leur mère ou d'une autre femme</li> <li>- Essayer de regarder des gens se déshabiller ou nus</li> <li>- Se tenir trop proche des autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se masturber manuellement</li> <li>- Toucher ses parties génitales en public</li> <li>- Montrer ses parties génitales aux adultes</li> <li>- Faire des câlins à des adultes peu connus</li> <li>- Être attristé devant les adultes qui s'embrassent</li> <li>- S'habiller comme le sexe opposé</li> <li>- Être très intéressé par le sexe opposé</li> </ul>
<b>6 à 9 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se toucher les organes génitaux à la maison</li> <li>- Essayer de regarder des gens nus ou en train de se déshabiller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toucher ou essayer de toucher les seins de leur mère ou d'une autre femme</li> <li>- Se tenir trop proche des autres</li> <li>- Être très intéressée par le sexe opposé</li> <li>- Essayer de regarder des photos de personnes nus</li> <li>- Meilleures connaissances concernant la sexualité</li> </ul>
<b>10 à 12 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Être très intéressée par le sexe opposé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus grandes connaissances sur la sexualité</li> <li>- Souhaiter regarder des films à contenu explicite à la TV</li> <li>- Se tenir trop proche des autres</li> </ul>

Figure 3 – Fréquence des comportements sexuels chez les filles par tranches d'âge

Friedrich et son équipe ont considéré les comportements sexuels dont la fréquence était supérieur à 20% comme normaux dans le développement de l'enfant (13).

Plusieurs études se basant sur les travaux de Friedrich ont pu obtenir des résultats similaires (37) (38).

On remarque comparativement aux adolescents, que ces comportements chez les enfants âgés de 12 ans et moins, sont perçus d'une manière plus détachée du versant légal, en Amérique du Nord comme en Europe. L'abord développemental peut paraître plus évident chez ces enfants mais doit également s'intégrer à la clinique des adolescents concernant cette question.

## **2.4 Caractéristiques de ces mineurs**

### **2.4.1 Épidémiologie**

Les données épidémiologiques concernant les violences sexuelles des mineurs sont essentiellement de nature judiciaire. Elles sont révélatrices de la forte proportion de mineurs parmi les délinquants sexuels.

Les chiffres de cette délinquance sont en augmentation pour les majeurs comme pour les mineurs. De 1974 à 2001, le nombre d'infractions sexuelles enregistrées par les services de police et de gendarmerie est multiplié par 3,5. Entre 1995 et 2001, les faits de criminalité sexuelle des mineurs enregistrés se sont multipliés par 2 environ, de même qu'entre 1984 et 2001, les condamnations de mineurs dans ce contexte se sont multipliées par 4 environ (39).

Aux USA, en 2014, 21% des personnes arrêtées pour des infractions à caractère sexuel avaient 18 ans ou moins (40) (41)

Aux USA en 201, 14 % des viols avaient été commis par des adolescents (dont 65% âgés de 15 à 17 ans) et  $\leq 2$  % des crimes et délits sexuels avaient été commis par des enfants de moins de 13 ans (41)v'

De même aux USA en 2005, on retrouve une prévalence de 20 à 35% de mineurs parmi les auteurs de l'ensemble des abus commis selon la majorité des études (42)

En Suisse, plus de la moitié des auteurs d'acte d'ordre sexuel avaient entre 14 et 18 ans (43)

En France, des auteurs rapportent une augmentation de 104% des condamnations des mineurs pour faits de violence sexuelle entre 1996 et 2006 (2).

Selon le tableau de bord de l'Observatoire National de la Délinquance (OND), entre 2013 et 2014 sur Paris, sur 90 viols sur mineurs, 44% ont été commis par des mineurs et 52 % avaient entre 10 et 14 ans au moment des faits.

Concernant plus spécifiquement les ECSP, il n'existe pas d'étude permettant d'établir la prévalence des enfants qui les manifestent (44).

Aux USA, à New-York, on estime parmi les enfants bénéficiant des services de protections de l'enfance que 10 à 30% d'entre eux présentent des CSP (45).

Au Canada, cette proportion est estimée à 10 % (45). Une autre étude Québécoise retrouve qu'un enfant sur six âgé de 6 à 11 ans parmi ceux pris en charge par la protection de l'enfance manifeste des CSP(46).

En France il est complexe d'évaluer l'ampleur de cette problématique car aucune étude épidémiologique n'a récemment été réalisée. L'essentiel des données concerne des populations d'Amérique du Nord.

Cependant, les changements de politique pénale à l'égard des mineurs délinquants datant du début des années 1990, la meilleure connaissance de cette problématique et l'accroissement généralisé du référencement des mineurs mis en cause dans les statistiques judiciaires ont probablement influencé cette prévalence en augmentation (1).

## **2.4.2 Caractéristiques sociodémographiques**

### **2.4.2.1 Âge**

Entre 2007 et 2016, parmi les condamnations prononcées pour viol, 2,4% des condamnés avaient moins de 13 ans, 9,2% étaient âgés de 13 ans, 5,2% avaient 14 ans, 4,4% avaient 15 ans et 7,2% avaient entre 16 et 17 ans (47).

Dans la même période, pour les condamnations pour agression ou atteinte sexuelle, 4,56% des condamnés avait moins de 13 ans, 6,13% étaient âgés de 13 ans, 4,7% avaient 14 ans, 3,75% avaient 15 ans et 4,59% avaient entre 16 et 17 ans (47).

La moyenne d'âge des mineurs auteurs d'infractions à caractère sexuel est de 14 ans au moment des faits.

Concernant les ECSP, certaines études soulignent une distribution qui diminuerait avec l'âge, ainsi les enfants plus jeunes présenteraient plus de CSP (16) (29) (38). D'autres auteurs n'ont mis en évidence aucune différence significative en fonction de l'âge (16).

S'il s'agit souvent d'adolescents, on retrouve parfois des enfants pré-pubères essentiellement pour des faits d'attouchement (1).

### **2.4.2.2 Sexe**

La tendance générale observée dans la pratique professionnelle auprès des adolescents auteurs et les données de la littérature semblent montrer une prédominance pour le sexe masculin (une

filles pour 100 garçons d'après Kail B., Le Caisne L. 2002). Dans l'étude de P. Roman (28), 100% des dossiers concernent des adolescents de sexe masculin.

Concernant plus spécifiquement les Enfants CSP, le sex-ratio est difficile à évaluer. Plusieurs études ont montré des résultats hétérogènes. Une majorité d'études ont suggéré une prédominance masculine (38,48–50), mais d'autres auteurs ne retrouvent pas de différences significatives (13,51,52) voir une prédominance féminine dans leurs échantillons (6).

### **2.4.3 Caractéristiques environnementales**

Des caractéristiques environnementales de ces jeunes ont pu être décrites dans la littérature, mais il est difficile de généraliser ces dernières à l'ensemble des mineurs. Même si une partie de ces éléments se retrouve aussi bien chez les ECSP que chez les ACSP, il reste important de pondérer selon l'âge ces caractéristiques et leur lien avec les CSP.

#### Antécédents traumatiques

Dans les antécédents des adolescents agresseurs sexuels, on retrouve une fréquence plus importante de traumatismes sexuels (50%) comparativement à une fréquence de 20% chez les délinquants non sexuels (8). Ces antécédents varient fortement selon les études pour les adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel, oscillant entre 19% et 54% (18) (22) et semblent même augmenter après une prise en charge faisant suite au délit sexuel (53).

Cependant le rôle étiologique des antécédents de traumatisme sexuel dans la délinquance sexuelle juvénile demeure imprécis (54) même si l'abus paraît conduire à des problèmes de comportement sexuel.

Chez les ECSP, un lien fort a pu être montré entre la manifestation de ces comportements et les antécédents de maltraitance sexuelle (16) (6) (38) (51) (52) (46).

D'une part, certains auteurs ont souligné que les enfants victimes d'abus sexuels sont plus à même de présenter des comportements sexualisés, dont des comportements problématiques (16) (35). D'autre part, des études ont décrit de manière rétrospective des fréquences importantes d'antécédents d'abus sexuels parmi des populations d'ECSP (16) (38) (48).

#### Placements et antécédents de maltraitance

Pour les ECSP les antécédents d'adversités sont fréquents sur le plan familial (16) et il seraient plus susceptibles d'avoir fait l'objet de placements ou de mesures socio-éducatives. Ils seraient plus susceptibles d'avoir subi des maltraitances physiques (16) (6) (51) (55).

De plus, on retrouve souvent de multiples changements de lieux de placements (foyer et famille d'accueil). Ces changements répétés sont identifiés comme facteurs de risques de troubles internalisés et externalisés (56).

#### Environnement familial

A l'opposé de l'imaginaire collectif de la population, tous les milieux socio-culturels sont représentés parmi les jeunes concernés par cette problématique.

Chez les AICS, on retrouve fréquemment un environnement familial dysfonctionnel, un parcours de vie marqué par des placements et/ou de l'abandon parental (18). La littérature décrit souvent des parents ayant des pathologies psychiatriques et des antécédents de comportement addictifs, impulsif, voire criminel (57).

Il en est de même pour les enfants CSP en terme de structure familiale (16). Les relations familiales seraient plus chargées d'affects négatifs que positifs, surtout dans le cas de la

maltraitance, de la négligence et des violences intrafamiliales (18). De plus ces familles présentent souvent un faible niveau socio-économique (16) (35) (51) et les familles monoparentales ou les parents divorcés (16) (35) sont plus fréquemment représentés.

Ces comportements sont donc fortement impactés par le système dans lequel évolue le jeune. Cette constatation a permis de cibler certaines psychothérapies sur ce dernier, notamment la Thérapie Multisystémique (TMS), même si la plupart intègre l'écologie sociale du jeune aux soins.

#### Exposition à la sexualité

En outre, une exposition précoce et inappropriée à la sexualité, à la pornographie ou à la violence sexuelle jouerait un rôle favorisant sur les CSP chez les enfants (16) (38) (51) (35). Il en serait de même concernant les passages à l'acte d'ordre sexuel chez les adolescents (58).

#### **2.4.4 Comorbidités psychiatriques**

L'évaluation de ces comorbidités dans la population des MCSP reste délicate mais fondamentale pour mieux définir la place de la pédopsychiatrie dans cette problématique.

Selon plusieurs auteurs, les ECSP auraient plus de comorbidités psychiatriques que les mineurs n'en présentant pas (16) (55) (59) (35) (38) (51). Rappelons que certaines études suggèrent que dans certains cas ces comportements problématiques ne sont qu'un symptôme d'un trouble pédopsychiatrique caractérisé (60).

Il n'existe pas d'étude de prévalence concernant les comorbidités psychiatriques dans cette population. A titre d'exemple, Gray et al (1997) retrouve une incidence de 93% de diagnostics psychiatriques selon le DSM-IV parmi une population de 59 enfants présentant des CSP. Les

diagnostics les plus fréquemment retrouvés sont : le trouble des conduites (73%), TDAH (41%), TOP 27%, TSPT 17% (61). De même, Edwards et al (2012) retrouvait dans une population de 34 adolescents placés en centre spécialisé pour délinquants sexuels juvéniles 35% de troubles des apprentissages, 5,9% de trouble hyperkinétique, 5,9% de TSA et 52,9% atteignant les critères diagnostiques du trouble des conduites (62).

De même, les ACSP souffriraient plus fréquemment de symptômes psychiatriques (18) (63) (64). Les troubles essentiellement représentés seraient les troubles de l'attention, l'hyperactivité, les troubles d'opposition, les syndromes post-traumatiques, les troubles du comportement, la déficience intellectuelle (65).

Il n'existe pas d'étude de prévalence concernant les comorbidités psychiatriques la population des MCSP. Les quelques études qui tentent d'évaluer cette prévalence s'attachent à la population des ECSP ou des ACSP.

Cette tendance à la plus forte prévalence de comorbidités psychiatriques parmi cette population est un point central de la prise en charge pédopsychiatrique. La mission du champ médical est avant tout l'évaluation de ces comorbidités et leur prise en charge. Il est important que la clinique des CSP ou d'un passage à l'acte délictueux ne viennent pas masquer les éléments psychiatriques. D'autant plus, on le rappelle, qu'il est probable que certains de ces comportements ne soient que l'expression clinique d'un trouble caractérisé.

### **3 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DE CES MINEURS**

Il est très difficile de définir des missions précises concernant l'intervention de la pédopsychiatrie dans la question du soin des MCSP.

Plusieurs axes sont à différencier : la prévention, l'évaluation et la prise en charge.

Une meilleure caractérisation de la population ainsi que l'identification de facteurs de risques permettent une meilleure compréhension de cette problématique et tendent à recentrer la place de la pédopsychiatrie vers la prévention. La prise en charge précoce de certaines pathologies peut permettre d'éviter certains comportements problématiques tels que les CSP.

L'évaluation clinique est une mission fondamentale. Outre la recherche des comorbidités psychiatriques une évaluation spécifique des CSP portée par le psychiatre pourrait avoir du sens.

Enfin, la prise en charge est d'abord celle des comorbidités psychiatriques. Dans une seconde mesure, on peut se poser la question du soin spécifique des CSP sur un plan pédopsychiatrique. Il faut par contre se méfier de la tendance à la « psychiatisation » de certains comportements.

#### **3.1 Objectifs de la prise en charge**

L'abord de la prise en charge des MCSP était initialement médico-légal et concernait de fait majoritairement des adolescents qualifiés de délinquants sexuels juvéniles. Il ne tenait pas compte des spécificités des mineurs, notamment concernant les aspects développementaux, et les propositions thérapeutiques étaient fondées sur des adaptations de celles des auteurs adultes. Cependant, certains travaux récents (66) ont montré le développement et l'intérêt de thérapies centrées sur les facteurs spécifiques des jeunes présentant des CSP et intégrant une dimension familiale importante.

Cette prise en charge se fait essentiellement au travers de programmes de soins, notamment en Amérique du Nord. Leur nombre et leur type a considérablement augmenté, mais peu nombreux sont ceux qui bénéficient d'études évaluant leur efficacité.

Il paraît évident que la démarche pédopsychiatrique débute par l'évaluation clinique première du jeune, notamment la recherche de pathologies psychiatriques et leur prise en charge. Cet aspect est détaché de toute connaissances approfondies de la question des CSP et doit être réalisé par tout praticien qui se retrouve face à cette problématique. Comme dans d'autres domaines du soin pédopsychiatrique, l'intérêt pour tout praticien de connaître les CSP est d'appréhender les éléments associés qui pourraient être un frein à une évaluation psychiatrique de qualité.

Dans un deuxième temps, si l'on évoque la prise en charge spécifique de ces jeunes, le thérapeute concerné va définir des objectifs thérapeutiques précis qui varient selon l'âge développemental de l'enfant et l'approche thérapeutique du praticien.

De manière générale, les objectifs des programmes destinés à ces mineurs sont l'amélioration du fonctionnement psychosocial de l'enfant et la réduction du risque de passage à l'acte sur le plan des CSP.

La responsabilité face à l'acte, l'empathie envers les victimes, l'amélioration des relations familiales ou la réduction de l'impact d'un potentiel vécu traumatique sont autant de thématiques connexes fréquemment abordées au travers de divers outils thérapeutiques dans ces programmes.

Ces derniers reposent essentiellement sur des thérapies psychologiques et comportementales, préconisées en première intention chez les MCSP. Certains auteurs évoquent l'utilisation de traitements pharmacologiques pour les cas les plus graves (21).

Il est important de revenir à la distinction entre enfant et adolescent même s'il n'existe pas d'âge charnière précis et défini.

Chez les adolescents, le traitement psychologique est fondé sur la notion que le comportement sexuel problématique peut-être contrôlé par le jeune à travers l'apprentissage de nouveaux comportements plus adaptés (Weinrott 1996).

Chez les enfants la dimension systémique avec l'intégration des familles ou de l'écosystème tout entier du jeune prédomine, même si on la retrouve dans toutes les thérapies destinées aux MCSP.

### **3.2 Exemples de programmes de soins spécifiques des CSP**

En Amérique du Nord, il existe une grande variété de programmes à destination des MCSP. Ils dépendent d'organismes généralement rattachés aux services sociaux ou judiciaires et diffèrent selon les états aux USA et les régions au Canada. Certains de ces programmes ont pu être évalués dans d'autres pays, notamment au Royaume-Unis (67) et dans certains pays scandinaves (68)(69)(70).

La plupart de ces programmes opèrent la dissociation entre enfants et adolescents, avec un âge charnière se situant aux alentours de 12 ans, en corrélation avec les données de la littérature. Ainsi les interventions ciblent rarement la population des MCSP, mais plus spécifiquement les ACSP ou les ECSP (71).

Concernant les ECSP, Boisvert et al. (2016) ont recensé les différents types de programmes existants, ils en comptent dix-neuf, la quasi-totalité venant des États-Unis (16).

En France, il semble que les soins spécifiques nécessaires dans ce contexte sont dispensés par des centres spécialisés tels que les CRIAVS (Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles). Ils assurent également une mission de formation et de soutien aux secteurs qui restent la première ligne de soin y compris dans cette problématique. La prise en charge se fait rarement sous forme de programmes au sens où l'entendent les anglo-saxons, même si certains jeunes sont soumis à des mesures socio-judiciaires qui paraissent imposer un « programme de soin ».

Au regard des principales méta-analyses et de la recension d'études (72) (21) (73) il paraît intéressant de décrire certains d'entre eux, notamment ceux ayant fait l'objet d'évaluations en termes d'efficacité, plus ou moins pertinentes. La plupart de ces programmes sont en langue anglaise, un seul est en français.

Ces programmes multimodaux intègrent tous différents éléments thérapeutiques, nous avons choisi de décrire :

- Le programme de type SAFE-T (Sexual Abuse : Family Education and Treatment Program), il s'agit d'une TCC adaptée aux CSP
- Le programme type TMS-CSP pour Thérapie Multi-Systémique (TMS) adaptée aux CSP
- Le Programme d'Intervention auprès des Enfants présentant des CSP (PI-ECSP)

### **3.2.1 Sexual Abuse: Family Education and Treatment Program (SAFE-T)**

Tous les programmes étiquetés SAFE-T ont une structure commune. Nous avons choisi de décrire à titre d'exemple, celui proposé par la California Evidence-Based Clearinghouse (CEBC) qui dépend des services sociaux californiens (California Department of Social Services). Ce programme a été développé en juin 2011 et sa dernière modification date de juin 2019 (<https://www.cebc4cw.org/program/sexual-abuse-family-education-and-treatment-program/>).

Le programme SAFE-T est un programme communautaire spécialisé qui fournit une évaluation, une prise en charge thérapeutique et un soutien à long terme spécifiques aux abus sexuels. Dans ce programme, la famille du jeune et son environnement sont au centre de la prise en charge.

#### **3.2.1.1 Population cible**

La population visée par ce programme comprend :

- Les enfants ayant des problèmes de comportement sexuel et leurs familles
- Les adolescents délinquants sexuels et leurs familles.
- Les enfants victimes d'inceste et leurs familles (y compris les délinquants adultes incestueux)

Le programme est destiné aux mineurs âgés de 12 à 19 ans.

### **3.2.1.2 Modalités d'organisation**

Le programme propose une évaluation clinique initiale accompagnée d'évaluations psychométriques dont l'objectif est l'élaboration d'un plan de prise en charge individualisé pour l'enfant et sa famille.

Ce programme a également développé un outil spécifique d'évaluation du risque, l'échelle *ERASOR (Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism)*.

Son organisation dépend des besoins cliniques du jeune mais aussi de la disponibilité et de la volonté de ce dernier ainsi que des membres de sa famille.

Les patients bénéficient d'une thérapie de groupe ainsi que d'une thérapie individuelle et familiale. Ce programme est basé sur l'intégration pleine de la famille au soin, les praticiens travaillent donc en collaboration avec les enfants et leur entourage afin de cibler au mieux les besoins du jeune mais également de prévenir les éventuels passages à l'acte ou récidives. Cela permet aux intervenants de s'appuyer sur les forces individuelles et familiales.

### **3.2.1.3 Objectifs**

Les stratégies thérapeutiques utilisées sont essentiellement d'orientation cognitivo-comportementales. Si la prise en charge reste individualisée, des thématiques communes sont évoquées durant le traitement, notamment au travers de groupes thérapeutiques :

- L'élaboration de plan de prévention d'un passage à l'acte
- La réduction de l'impact des événements traumatiques passés
- L'Amélioration de la communication et des relation familiales
- Le déni
- La responsabilité
- L'empathie envers les victimes

- Les éventuelles excitations sexuelles déviantes

Ainsi les objectifs de traitement connexes comprennent : l'amélioration des compétences sociales, l'estime de soi, l'image corporelle, l'expression appropriée de la colère, la confiance et l'intimité.

Les objectifs du traitement sont en général réévalués tous les 6 mois.

Au cours des deux dernières décennies, le programme a subi quelques changements. Par exemple, la durée moyenne du traitement est désormais d'environ 16 mois (contre 24 mois initialement) car l'intensité du traitement individualisé correspond mieux au niveau estimé du risque de récurrence d'un adolescent. De plus, les discussions sur les détails des infractions sexuelles et des intérêts sexuels passés d'un adolescent sont désormais principalement réservées aux séances de traitement individuelles. Les séances de groupe se concentrent davantage sur le développement des compétences et des attitudes nécessaires à des relations interpersonnelles et sexuelles saines.

#### **3.2.1.4 Dans la littérature**

Ce traitement a bénéficié d'études avec un bon niveau de preuve.

Worling et Curwen (2000) (74) ont réalisé une étude comparative du programme SAFE-T. Sur une cohorte de 148 délinquants sexuels âgés de 12 à 19 ans (dont 9 femmes). Un groupe de 58 patients a bénéficié d'un programme de traitement ambulatoire communautaire incluant une psychothérapie individuelle, de groupe et familiale, de l'éducation sexuelle ainsi qu'une TCC orientée sur la prévention des rechutes pour une durée de 16 à 24 mois (programme SAFE-T). L'autre groupe comprenait les patients ayant refusé le traitement ou ne l'ayant pas complété.

La mesure des résultats s'est faite au travers des taux de récidives, en utilisant les condamnations pénales sur une période de suivi de 7 ans.

Les résultats ont montré un taux de récidive d'infraction à caractère sexuel inférieur dans le groupe SAFE-T et des taux de condamnation significativement plus élevés dans le groupe témoin.

En 2010, Worling et al. (75) ont publié les résultats concernant la même cohorte mais avec une durée moyenne de suivi de 16 ans.

Les résultats ont montré que 9% des adolescents du groupe traité ont été accusés d'une nouvelle infraction contre 21% dans le groupe témoin.

### **3.2.2 Multisystemic Therapy for Youth With Problem Sexual Behaviors (MST–PSB)**

Les programmes de soins de type TMS sont nombreux. Une adaptation spécifique aux CSP que l'on retrouve sous le terme de Multisystemic Therapy for Youth With Problem Sexual Behaviors (MST–PSB) est très développée en Amérique du Nord. Nous avons également choisi de décrire celui proposé par la California Evidence-Based Clearinghouse (CEBC) car ce dernier fait l'objet de mises à jour régulières, la dernière datant de juin 2019 (<https://www.cebc4cw.org/program/multisystemic-therapy-for-youth-with-problem-sexual-behaviors/>).

#### **3.2.2.1 Population cible**

La TMS-CSP est une adaptation de TMS à destination des jeunes ayant des comportements sexuels problématiques ou ayant commis des infractions sexuelles. La judiciarisation n'est pas un critère d'inclusion nécessaire.

Elle s'adresse aux jeunes âgés de 10 à 17 ans.

### **3.2.2.2 Objectifs**

Son objectif est la réduction des comportements problématiques, des comportements antisociaux et des placements en dehors du domicile.

A travers l'abord des relations interpersonnelles et de la socialisation des jeunes, ce programme cible les facteurs sous-jacents des CSP.

Ce travail avec la famille a également pour objectif de responsabiliser ces derniers, notamment les parents, en leur fournissant des compétences ainsi que des ressources adaptées à la problématique.

### **3.2.2.3 Modalités d'organisation**

La prise en charge ne se fait pas en institution mais au sein même de l'environnement du jeune, là où il vit. Le personnel du programme collabore directement avec la famille du jeune et plus ou moins directement avec les autres membres de son entourage, tels que les pairs, les enseignants ou les intervenants judiciaires.

Une évaluation fonctionnelle du jeune, de sa famille et du réseau social guidée par 9 principes de traitement permet d'élaborer un plan de prise en charge adapté (ces 9 principes sont détaillés dans la partie « approches psychothérapeutiques »).

La plupart des services sont dispensés à domicile ou dans un cadre communautaire.

Le jeune bénéficie d'un suivi individuel auquel s'ajoute un travail avec la famille dont les objectifs sont :

- Réduire le déni de l'enfant et des parents concernant les comportements problématiques
- Améliorer les connaissances parentales sur la problématique

- Promouvoir des modes d'interaction sains dans la famille

Les parents jouent donc un rôle actif dans la prise en charge (encouragement des relations avec les pairs sains, surveillance des comportements, soutien scolaire...).

L'intégration au soin de l'écologie du jeune aide à la réduction des risques et à renforcer la prévention des rechutes. L'enfant a la possibilité de développer des compétences sociales et peut recevoir des éléments modifiant les systèmes de croyances et les comportements relatifs à la délinquance sexuelle.

Le jeune et sa famille sont vus par différents intervenants, en moyenne 3 heures par semaine.

Les thérapeutes sont disponibles en permanence (24h/24) pour d'éventuels problèmes cliniques.

Les stratégies thérapeutiques s'inspirent des thérapies familiales, de la thérapie cognitivo-comportementale et comportent des éléments de psychoéducation.

#### **3.2.2.4 Dans la littérature**

Ce programme a également fait l'objet d'études avec un niveau de preuve élevé.

Plusieurs essais contrôlés et randomisés ont évalué cette modalité thérapeutique (76)(77)(78)(79)(80) sur des cohortes allant de 16 à 127 MCSP. Les tranches d'âges se situent selon les études entre 11 et 19 ans.

Une étude qui n'incluait pas de groupe de comparaison a été menée sur une cohorte de 166 patients âgés de 5 à 19 ans.

Quasiment toutes les études utilisaient le taux de récurrence comme mesure des résultats. Les études comparatives ont montré des taux de récurrence significativement plus élevés pour les groupes témoins.

### **3.2.3 Programme d'Intervention auprès des Enfants présentant des CSP (PI-ECSP)**

Parmi les programmes francophones on retrouve le Programme d'Intervention auprès des Enfants présentant des CSP (PI-ECSP) qui est centré sur les ECSP.

#### **3.2.3.1 Population cible**

Ce programme s'adresse aux enfants âgés de 6 à 12 ans manifestant des CSP et à leurs parents. L'intégration des parents est essentielle à la prise en charge (81) (Bonnet, Walker Berliner, 1999 ; Cunningham MacFarlane, 1996 ; Friedrich, 1995).

#### **3.2.3.2 Objectifs du programme**

L'objectif principal du programme est la prévention des CSP, notamment ceux à l'endroit d'autres enfants.

Il vise à sensibiliser les enfants et les parents à la question des CSP, leur permettant d'évaluer si un comportement est sain ou problématique et renforçant les habilités sociales et personnelles capables d'atténuer ces comportements.

Une liste plus spécifique des objectifs concernant les enfants est décrite par les auteurs :

- Reconnaître son CSP
- Identifier les facteurs et mécanismes à l'origine du comportement, ainsi que ses conséquences
- Développer des connaissances en matière d'éducation sexuelle
- Avoir conscience de ses limites personnelles et de celles d'autrui
- Favoriser le contrôle de soi
- Renforcer l'estime de soi

- Améliorer ses compétences sociales

De même, on retrouve pour les parents :

- Reconnaître des CSP chez leur enfant
- Comprendre les mécanismes déclencheurs menant aux CSP
- Établir une supervision adéquate limitant les conditions propices à un passage à l'acte
- Acquérir des connaissances en matière d'éducation à la sexualité
- Développer des habiletés parentales, essentiellement au travers d'une communication ouverte, d'une attention positive et d'un renforcement de l'estime de soi de l'enfant.

### **3.2.3.3 Approche thérapeutique**

L'approche thérapeutique du programme est essentiellement cognitivo-comportementale. Elle intègre également la théorie des systèmes devant l'influence majeure du milieu familial de l'enfant.

Le programme est composé de deux volets, enfants et parents, comprenant chacun deux niveaux, les modules séquentiels et les modules linéaires.

Les modules séquentiels sont les objectifs nécessitant un travail successif selon un ordre précis.

Pour les deux volets on retrouve : les CSP, l'éducation sexuelle et les limites personnelles.

Les modules dits linéaires réfèrent à un travail se faisant un continu sur la période de prise en charge. Ces derniers sont évolutifs dans le temps. On retrouve trois modules du volet enfants : habiletés sociales, contrôle de soi et estime de soi, et un module pour le volet parent : habiletés parentales (Fig.4).

ENFANTS		PARENTS	
Séquentiels	Linéaires	Séquentiels	Linéaires
CSP	Habiletés sociales	CSP	Habiletés parentales
Éducation sexuelle	Contrôle de soi	Éducation sexuelle	
Limites personnelles	Estime de soi	Limites personnelles	

Fig. 4 – Modules et items du PI-ECSP

### 3.2.3.4 Modalités d'organisation

Les rencontres sont cadrées par une grille horaire afin d'assurer une certaine stabilité dans le suivi et comportent une ou deux thématiques. Une prise en charge moyenne comprend environ 23 séances.

On peut résumer ici le déroulement type d'une rencontre :

- Température du groupe : échanges entre les participants de quelques mots à propos des événements importants récents de leur vie depuis la dernière séance. L'objectif est de créer une ambiance propice à la participation des enfants.
- Un petit retour : bref retour des notions évoquées lors de la précédente rencontre.
- Activités thématiques : il s'agit de l'exploration des thèmes de chaque module, fondement du programme. Ces explorations prennent diverses formes (discussion, jeu, dessin...).
- Collation : moment décrit comme propice au renforcement positif et à la valorisation des enfants
- Activités développementales : ces activités sont uniquement proposées dans le groupe d'enfants et visent à travailler un thème spécifique (estime de soi, éducation sexuelle, pointage émotionnel...).
- Visualisation du cheminement : les participants sont invités à prendre du recul sur les acquis et les difficultés au sein du groupe

- Conclusion : il s'agit d'un court temps dont le but est de synthétiser les notions évoquées durant la séance

L'intervention de groupe est une modalité privilégiée concernant ces enfants. Elle rompt l'isolement de l'enfant face à cette question et suscite un sentiment d'appartenance stable, qui renforce le changement des participants (82) (Cunningham MacFarlane, 1991; Hindman, 1994; Hoyle, 2000).

Concernant la taille du groupe dans le PI-ECSP, les cliniciens ont pensé les groupes comme étant constitués de 5 enfants minimum et 7 au maximum. Le groupe parent doit être lui constitué d'un minimum de 5 participants et d'un maximum de 14 parents.

Les enfants sont répartis en fonction de leur genre et de leur âge développemental, avec en moyenne des groupes allant de 6 à 9 ans et de 10 à 12 ans alors que les parents sont eux regroupés au sein d'un même groupe.

Le programme s'étale sur 23 rencontres à raison d'une séance de 90 minutes par semaine, les groupes parents et enfants ont lieu en même temps. Les rencontres peuvent se tenir le matin comme l'après-midi, même si les auteurs soulignent que les enfants ont un meilleur niveau d'éveil et de concentration le matin.

Le PI-ECSP privilégie la co-animation avec des intervenants psychosociaux.

Il s'est également attaché à réfléchir aux questions relatives à l'occupation de l'espace lors des réunions, la qualité des locaux d'accueil ainsi que la distance géographique entre lieu de rencontre et lieu de résidence des patients.

### **3.2.3.5 Dans la littérature**

Ce programme a fait l'objet d'une étude exploratoire sur 43 enfants présentant des CSP (29). Les résultats montraient une évolution positive des enfants sur les différentes dimensions rattachées aux CSP et sur les CSP en eux-mêmes à la suite de l'intervention de groupe.

Ces résultats sont en corrélation avec ceux d'autres études qui suggèrent une réduction des CSP en lien avec la participation à un programme d'intervention (82) (30).

### **3.2.4 Conclusion**

Ces programmes semblent représentatifs des interventions existantes avec un bon niveau de preuve concernant la prise en charge des MCSP.

Dans un premier temps on remarque qu'ils tiennent compte de la dissociation opérée dans la littérature quant à l'âge des MCSP. Même si les tranches d'âges varient légèrement selon les programmes, ces derniers s'adressent soit aux ECSP soit aux ACSP.

Aucun programme récent ne cible la population des MCSP dans son entièreté. Ils renforcent donc l'importance de tenir compte de l'aspect développemental dans le soin des CSP et d'adapter les programmes aux différentes tranches d'âge. Le PI-ECSP utilise des groupes allant de 6 à 9 ans et de 10 à 12 ans afin de répondre le plus spécifiquement possible aux besoins des jeunes.

L'intégration pleine de la famille et de l'environnement du jeune au soin semble également indispensable. Certains programmes s'articulent principalement autour de cette dimension systémique, comme le TMS-CSP ou ceux de type SAFE-T. De même, concernant la TCC-CSP en général et le PI-ECSP, une partie de la prise en charge est à destination des parents. Certains programmes de type PI-ECSP insistent même sur cette coopération en incluant la présence d'un parent ou d'un adulte significatif dans la prise en charge aux critères d'admission (29).

Il apparaît que non seulement l'analyse de l'écologie sociale du jeune est indispensable à la compréhension de sa problématique, mais son intégration pleine au soin semble nécessaire car elle renforce fortement les bénéfices thérapeutiques.

Ces programmes intègrent diverses orientations thérapeutiques, cependant on retrouve certaines prédominances. La TCC est présente dans quasiment tous les programmes spécialisés à divers degrés. Ils empruntent également des éléments de psychoéducation.

Il paraît important de noter que les éléments de TCC, de TMS, de psychoéducation, de thérapie familiale, ainsi que les modalités groupales et individuelles sont fortement intriqués dans la plupart de ces programmes et s'articulent en permanence autour de thématiques communes.

Les modalités de prises en charge de ces programmes prennent donc la forme de thérapie individuelle, de thérapie familiale et dans une plus forte proportion en thérapie de groupe.

Ces prises en charge s'étalent sur plusieurs mois. La durée de suivi varie selon les programmes, elle se situe entre 23 semaines et 24 mois. La fréquence des séances est en général hebdomadaire pour chacune des modalités thérapeutiques. L'intérêt d'une intervention rapprochée en fréquence permet un étayage important de ces jeunes et de leurs parents. Une durée de prise en charge étalée sur plusieurs mois renforce le maintien des compétences acquises durant le soin,

permet l'extension de ces dernières à d'autres champs de la vie du jeune et diminuent la récurrence.

On note également l'aspect contenant des équipes thérapeutiques dans ces programmes, notamment au travers de leur grande disponibilité auprès des familles. Une partie de ces programmes assurent une permanence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

On retrouve des éléments communs aux différents programmes, pour une partie issue de ceux destinés aux adultes :

- Le travail sur le déni
- Le travail sur la responsabilité
- La reconnaissance des CSP et l'identification des facteurs de risque et des mécanismes qui sous-tendent le passage à l'acte par les enfants et leurs parents
- L'empathie envers les victimes
- L'éducation sexuelle
- Amélioration des compétences sociales

Les programmes à destination des MCSP ont pu intégrer des éléments spécifiques en lien avec les aspects développementaux et comportementaux de cette population d'enfants et des adolescents.

Le travail sur les éventuels événements traumatiques vécus prend une place de plus en plus importante dans le soin. On sait que les antécédents du registre traumatique sont 4 à 8 fois plus élevés les populations de mineurs délinquants comparativement à la population de mineurs générale (83) (84). Certains programmes au travers d'abord de l'évaluation clinique initiale, permettant le dépistage, puis des thérapies individuelles rendent possible un travail sur le traumatisme. D'autres programmes incluent cette dimension dans un soin de forme groupale.

On retrouve enfin des programmes à destination des MCSP axés essentiellement sur le traumatisme comme la TCC centrée sur le traumatisme (Trauma-focus CBT) (85).

L'intégration des parents amène également le développement d'axes de travail spécifiques. Dans une majorité de programmes la famille est la principale ressource des thérapeutes et s'intègre au soin comme un élément moteur essentiel de la bonne évolution du jeune. En général, les axes de travail sont :

- La reconnaissance des CSP chez leur enfant
- La compréhension des mécanismes déclencheurs menant aux CSP
- La mise en place d'une supervision adéquate qui limite les conditions propices à un passage à l'acte
- L'acquisition de connaissances en matière d'éducation à la sexualité
- Le développement d'habiletés parentales

On remarque enfin que la supervision des thérapeutes retrouvée dans certains programmes semble largement bénéfique en termes d'efficacité.

Il nous paraît donc intéressant de centrer nos recherches sur la TCC et ses diverses adaptations aux MCSP ainsi que sur la TMS et les différentes modalités thérapeutiques retrouvées dans ces différents programmes. Dans notre travail, la partie concernant les « approches thérapeutiques » précise les grandes lignes de ces modalités de soins ainsi que les données de la littérature les concernant.

### **3.3 Place de la pédopsychiatrie**

La place de la pédopsychiatrie dans le soin des MCSP est délicate à définir. Au regard des données de la littérature, il semble que le pédopsychiatre a avant tout une mission d'évaluation clinique initiale que nous allons tenter de préciser. Nous nous attarderons ensuite sur la notion d'évaluation du risque dans laquelle la pédopsychiatrie peut également avoir un rôle à jouer.

#### **3.3.1 Méthodologie bibliographique :**

Concernant le soin des MCSP, la recherche bibliographique a été menée dans les bases de données informatiques Pubmed, Science Direct et Cairn, PsycArticles, PsycInfo et Declic (base de données de l'Université Lille 2). Les mots-clés et termes Mesh concernant les MCSP ainsi que leurs abréviations ont été utilisés en langue anglaise et combinés aux termes suivants :

- Traitement
- Évaluation du risque (Risk assessment)

Des recherches spécifiques utilisant les différentes échelles d'évaluation du risque ont également été réalisées :

- J-SOAP-II
- J-SORRAT-II
- SAVRY
- ERASOR

Les articles répondant directement à la problématique étudiée et ayant un intérêt et une pertinence suffisante ont été sélectionnés.

### **3.3.2 Évaluation clinique initiale**

Concernant la place de la pédopsychiatrie dans le soin des MCSP, une des missions principales est l'évaluation clinique de ces mineurs. Cette évaluation est essentielle afin d'adapter au mieux les interventions et les traitements.

Il n'existe pas de recommandations officielles concernant l'évaluation clinique initiale de ces mineurs. Cependant plusieurs groupes de travail et certains auteurs au travers d'études (15) ont précisé les aspects principaux de l'évaluation clinique des mineurs présentant des CSP.

Cette évaluation clinique individuelle doit jouer un rôle fondamental dans la prise en charge de ces enfants. Elle doit être réalisée par des équipes professionnelles de santé mentale formées et inclue l'évaluation des CSP et des comorbidités.

Elle doit être adaptée à l'âge du mineur et certains éléments doivent être précisés selon qu'il s'agisse d'ECSP ou d'ACSP.

Il est ainsi recommandé d'explorer plusieurs domaines spécifiques :

- Évaluation du développement de l'enfant, y compris le développement sexuel
- Évaluation des diagnostics différentiels de santé mentale et des problèmes de comportement chez l'enfant
- Évaluation des problématiques fréquemment observées chez les MCSP. Cela inclut les problèmes de comportements problématiques non sexuels, les troubles des apprentissages et les problèmes de développement, le TDAH, la maltraitance des enfants, les abus sexuels sur les enfants, les traumatismes autres et la symptomatologie liée au stress post-traumatique.

- Évaluation des facteurs environnementaux, familiaux, et sociaux liés au comportement de l'enfant, y compris les facteurs liés au développement de problèmes de comportement sexuel et non sexuel.
- Évaluation des variations culturelles des normes, des attitudes et des croyances concernant l'éducation et les comportements sexuels des enfants.

Les auteurs rappellent également l'importance d'une bonne connaissance de la littérature et des recherches actuelles sur les approches d'intervention et de traitement. Mais l'évaluation pédopsychiatrique classique peut et doit être réalisée par tout psychiatre indépendamment de ses connaissances sur la problématique.

En somme, cette dernière requiert à la fois des compétences générales en pédopsychiatrie mais également une évaluation plus spécifique des CSP, de leur contexte et des indications de prise en charge.

Le groupe de travail de la TASK FORCE, qui a travaillé sur la question des ECSP, insiste sur l'importance d'examiner les documents de base concernant le patient et de reprendre l'histoire développementale, comportementale et psychosociale de l'enfant en se basant sur des entretiens incluant les parents et les travailleurs sociaux concernés ainsi qu'en se basant sur quelques instruments d'évaluation simples.

Il rappelle qu'une évaluation de grande envergure, sur de nombreuses sessions ne semble pas nécessaire sauf lorsqu'il s'agit de diagnostics complexes nécessitant des évaluations approfondies. Ces principes s'appliquent également chez l'adolescent.

### **3.3.2.1 Place du premier entretien**

De manière générale dans le soin, la première consultation est essentielle.

Ce temps est primordial pour plusieurs raisons, il permet d'abord de recueillir les données nécessaires à une évaluation de qualité et à la mise en place d'un soin adapté (86). Il permet également d'instaurer un climat de confiance avec le patient et sa famille, jouant un rôle primordial sur la suite du soin.

L'enfant est en générale reçu accompagné de ses parents puis seul selon la problématique (87). C'est un temps qui permet d'observer des interactions entre l'enfant et ses parents (86).

Il arrive que des éléments d'inquiétude amènent le pédopsychiatre à rédiger un signalement pour une information préoccupante dès la première consultation (15). De même, le pédopsychiatre doit examiner la situation socio-judiciaire de l'enfant et de sa famille ainsi que des diverses interventions réalisées.

A l'issue de cette première évaluation, le pédopsychiatre peut être amené à prescrire des examens complémentaires (86).

Ce premier contact qui a déjà une certaine valeur thérapeutique, permet d'apprécier l'adhésion au soin de l'enfant et de sa famille (87).

### **3.3.2.2 Évaluation du contexte, de l'écologie sociale et de la famille**

Il est important que l'évaluation s'attache à repérer les facteurs contextuels actuels et futurs qui dépendent de l'environnement de l'enfant et influencent les comportements problématiques.

Les principaux éléments contextuels à évaluer peuvent être regroupés selon les différents systèmes de l'écologie du jeune et ses relations à ces derniers tels que dans la *Figure 5*.

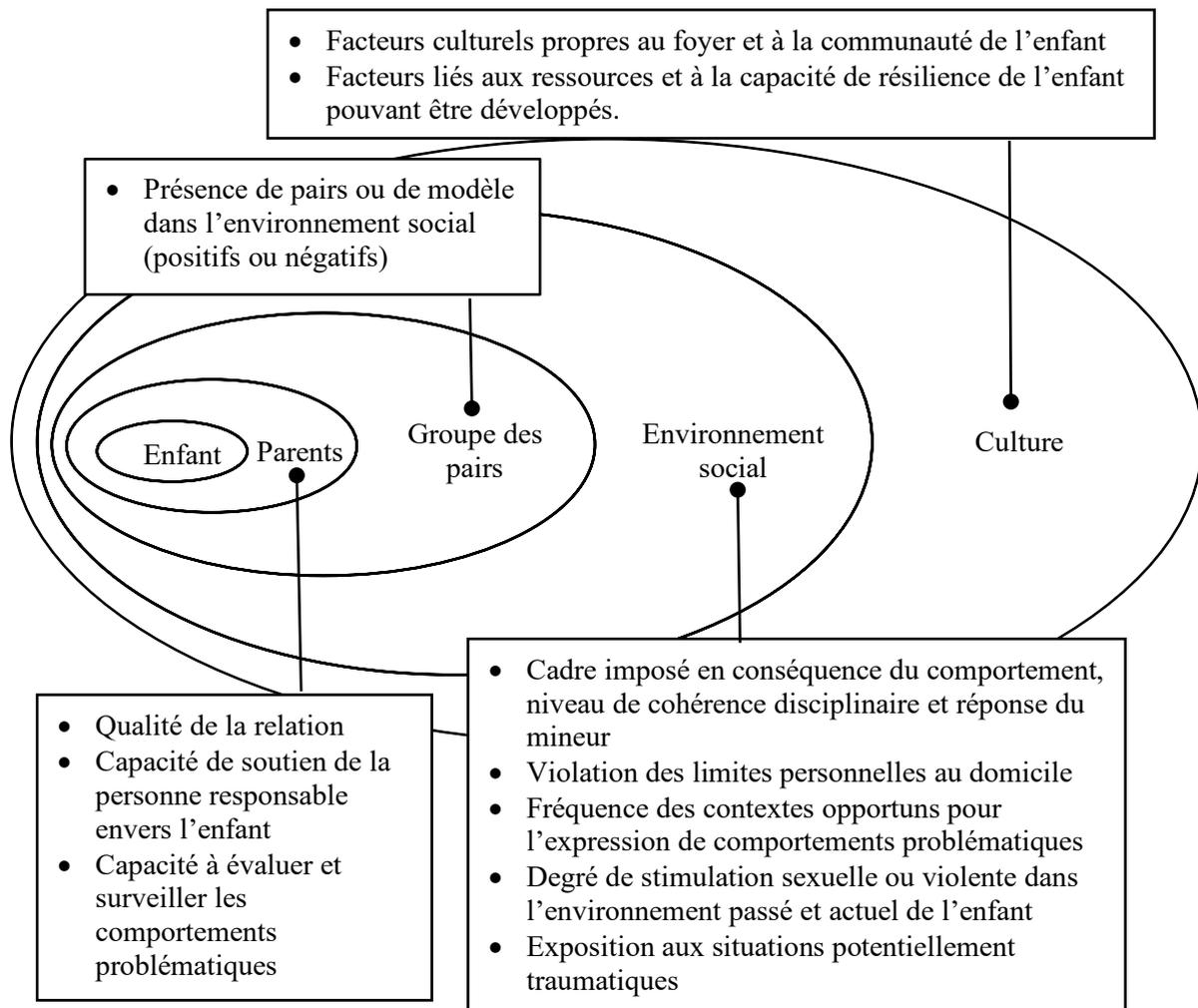


Figure 5 – Éléments d'évaluation de l'écologie sociale d'un MCSP

Il s'agit là d'un domaine clé de cette évaluation, les comportements problématiques sont souvent en lien avec l'environnement direct de l'enfant, ainsi des changements comportementaux durables passent par des changements au sein de cet environnement.

### 3.3.2.3 Évaluation psychologique et comportementale générale

L'évaluation du fonctionnement psychologique et comportemental de l'enfant est indispensable (87) (86) (15).

Dans certains cas les CSP sont au premier plan de la problématique et nécessitent une évaluation spécifique sur le plan comportemental.

Les comorbidités psychiatriques doivent être recherchées et évaluées tout au long de la prise en charge. Devant l'importance des antécédents traumatiques, il semble particulièrement important d'évaluer les conséquences de ces derniers, notamment le TSPT, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur.

De même, il peut s'avérer intéressant d'évaluer le fonctionnement intellectuel ou de rechercher des troubles des apprentissages chez un patient.

Plus rarement, la présence d'un trouble neuropsychiatrique grave impliquant une désinhibition comportementale peut justifier une prise en charge décentrée des CSP dans un premier temps. En effets, dans ce contexte, les CSP sont souvent secondaires aux troubles du comportement associés, la priorité est donc la prise en charge de la pathologie sous-jacente avant d'envisager une prise en charge spécifique des CSP.

#### **3.3.2.4 Évaluation du comportement sexuel et des facteurs contributifs**

Cette évaluation n'est pas la priorité du pédopsychiatre, elle incombe au praticien dont la pratique est orientée vers les CSP et dépasse l'évaluation clinique initiale dans une perspective de prise en charge adaptée des CSP. Le but n'est pas de réaliser une enquête concernant les CSP ni de se substituer aux différents intervenants sociaux, éducatifs ou judiciaires.

Il est nécessaire d'obtenir une description claire des CSP impliqués, de leur fréquence et de leur évolution. Cette évolution est à mettre en perspective des événements de vie clés de l'enfant et de son environnement. Il est donc important de prendre en compte les multiples informations disponibles, obtenues soit directement soit par l'intermédiaire d'évaluations, de documents ou de rapports disponibles.

Il faut ensuite déterminer le type de comportement problématique. La prise en charge va varier selon qu'il soit autocentré ou dirigé vers autrui, planifié ou non, agressif ou coercitif. Cela doit également inclure les efforts employés par l'environnement pour corriger le comportement et la réponse à ces efforts de l'enfant.

Cette évaluation doit tenter d'identifier les situations dans lesquelles ces comportements surviennent mais également les facteurs favorisant de ces derniers (notamment les périodes de stress, lorsqu'ils sont déprimés ou angoissés, les moments de colère ; ou bien en réponses à des stimuli environnementaux particuliers ; pour certains il s'agit de circonstances opportunistes).

Même si la recherche de l'étiologie des comportements est informative, il est important de se concentrer sur les facteurs actuels et futurs qui entretiennent ou restreignent les comportements problématiques.

De plus, l'environnement familial s'attache souvent à vouloir trouver un facteur déclenchant ou un événement causal précis. Il est important de les rassurer sur le fait que la recherche de facteurs pouvant aider est plus importante que l'identification d'une cause spécifique.

Dans le cas d'une réduction du CSP en lien avec un changement environnemental brutal (exemple un placement en urgence), il faut être particulièrement attentif quant à l'évolution de la symptomatologie lors d'un éventuel retour à l'environnement de base.

### **3.3.2.5 Place de l'évaluation standardisée**

Il existe différents outils d'évaluation des CSP ou du risque associé. Ces différents outils seront décrits plus tard dans notre travail. Ils sont notamment utilisés chez les ECSP.

Certains instruments tels que le *Child Sexual Behavior Inventory* (CSBI) (88) sont utiles pour sensibiliser les parents ou les autres intervenants auprès de l'enfant aux comportements qui sont courants ou plus préoccupants.

D'autres instruments comme le *Child Sexual Behavior CheckList* (CSBCL) revêtent un intérêt particulier pour l'évaluation des facteurs associés aux CSP et la définition de domaines d'interventions précis (14).

Enfin, on peut également utiliser ces échelles pour le suivi de l'évolution des comportements.

### **3.3.2.6 Conclusion**

En conclusion, cette évaluation initiale est primordiale. Elle ne diffère pas d'un entretien classique d'évaluation même si le motif de consultation est spécifique.

Elle permet d'évaluer le comportement problématique et de le replacer dans son contexte tout en tenant compte des autres symptômes et difficultés du jeune et de sa systémique familiale. Cette évaluation précise les hypothèses diagnostiques et psychopathologiques permettant d'adapter au mieux une prise en charge thérapeutique.

### **3.3.3 Évaluation des risques**

La question de l'évaluation du risque de passage à l'acte ou de récurrence occupe une place importante dans la problématique des MCSP. Elle est surtout prépondérante dans la vision anglo-saxonne où elle semble parfois transcender le bien être du jeune.

Depuis les années 1990, plusieurs outils ont été développés afin d'aider à la prédiction et la prévention des violences sexuelles (89). Cependant, concernant les MCSP, les outils d'évaluations sont arrivés plus tardivement, au début des années 2000 (90). Certains auteurs (Minner, 2002 ; Caldwell, 2002 ; Prescott, 2004 ; Worling et Långström, 2006), ont insisté

sur le fait que les facteurs de risques de délinquance sexuelle peuvent différer chez l'adolescent par rapport aux adultes, ce qui a conduit à la création d'outils spécifiques.

Les enjeux de cette évaluation sont souvent élevés que ce soit chez l'adulte ou le mineur délinquant sexuel. Il apparaît souvent comme un fardeau de responsabilité pour le thérapeute qui se prononce. Il est important de garder en tête l'impact profond de certaines évaluations que ce soit protéger la société de jeunes à très haut risque ou induire des conséquences graves chez un jeune à faible risque.

La question de l'évaluation du risque dans les populations délinquantes soulève également la question de la dangerosité. Cette dernière, qu'elle soit psychiatrique ou criminologique nous semble peu intéressante dans la problématique des MCSP. Seule l'évaluation du risque de récidive représente un intérêt dans l'adaptation de la prise en charge et dans une optique de prévention. Nous avons donc choisi de ne pas évoquer la dangerosité.

Nous allons d'abord aborder brièvement le concept de risque de récidive ainsi que les différentes modalités d'évaluation. Nous décrirons ensuite certaines échelles de manière plus spécifique

### **3.3.3.1 Concept du risque de récidive**

Le comportement humain n'est pas prédéterminé, il est lié à divers facteurs bio-psycho-sociaux. L'évaluation du risque de récidive revient à évaluer un comportement humain qui reste donc imprévisible. De plus, le comportement d'un individu n'est pas figé dans le temps, particulièrement concernant les mineurs dont la structure psychique est en construction.

Ces aspects complexifient l'évaluation psychiatrique de tels comportements et incitent à se reposer sur des facteurs issus d'études cliniques de qualité.

Il est important de rappeler que l'évaluation du risque de récidive n'est qu'un pronostic et garde une part importante d'imprévisibilité liée à de multiples facteurs. Le risque est par définition « un évènement dont l'occurrence ne peut être prédite avec exactitude ».

Pour autant cette évaluation doit s'attacher à tendre vers un degré d'exactitude le plus précis possible. Elle peut avoir des conséquences sur le plan pénal et la prise en charge repose en partie sur elle.

La notion de récidive a bien été étudiée dans la littérature. Des auteurs ont montré que le risque est nettement majoré au décours de l'agression et que la période de risque maximum se situe dans les 5 ans suivant l'acte avant de diminuer de manière progressive (91).

Ces études ont permis d'identifier un grand nombre de facteurs de risques de récidive ainsi que plusieurs variables impactant ce risque dans différentes populations d'agresseurs. Des types de récidive ont pu être ainsi déterminés (92) (91).

Cependant, dans le domaine de la psychiatrie légale particulièrement, le risque dépend de variables difficilement quantifiables (anxiété, impulsivité, thymie...) (93). De plus, la subjectivité de l'examineur, qui dépend de son expérience et de sa formation, impacte fortement cette évaluation (93).

Selon que l'on se situe dans le champ de la médecine, de la justice ou de la société, la récidive a des définitions différentes.

Sur le plan judiciaire, la récidive a une définition très stricte dictée par le Code Pénal et impacte la qualification de l'infraction ainsi que le quantum de peine. Selon le principe d'individualisation de la peine, la durée de celle-ci et la notion de récidive sont variables. Ainsi,

lors d'une première infraction pénale, la durée de la récidive pénale peut varier de 5 ans à une récidive générale et perpétuelle.

La question de la récidive dans le cadre d'une évaluation d'un MCSP fait référence à la question du risque de récidive tout comme dans l'expertise judiciaire et n'a donc pas de restriction de domaine ou de durée. La récidive inclut ici les actes délictueux connus de la justice ainsi que ceux reconnus par le sujet, inconnus du système judiciaire et qui n'ont pas fait l'objet de poursuite.

Cette notion est à dissocier de la réitération qui correspond sur le plan pénal, à un sujet qui commet la même infraction au-delà du délai de récidive légale retenu pour cette dernière.

### **3.3.3.2 Principes des facteurs de risques de récidive**

La recherche scientifique a permis d'établir différents profils criminologiques en lien avec les susceptibilités quant à la récidive. Plusieurs catégories de risques de récidives ont été décrites et réparties plusieurs types : général, violent et sexuel.

Il reste cependant difficile de parler d'un risque sexuel exclusif et la littérature préfère évoquer des risques de récidive sexuelle et non sexuelle (ce dernier correspond en général aux violences physiques).

La littérature a ensuite identifié des facteurs de risques spécifiques aux catégories de risque de récidive. A titre d'exemple, les antécédents de violence sexuelle, l'absence de vie en communauté, une qualité de vie sentimentale insuffisante, le choix de victime de sexe masculin sont fortement corrélés au risque de récidive sexuelle chez l'adulte. Des facteurs plus spécifiques aux mineurs ont ensuite été identifiés (94).

Ces facteurs ont pu être corrélés aux types de risques de récidive (95), et sont dit « statiques » ou « dynamiques ». Depuis quelques années, certains auteurs parlent aussi de facteurs dits protecteurs.

Un facteur de risque dit « statique » est un facteur qui n'est pas influencé par une intervention professionnelle extérieure, qu'elle soit thérapeutique, judiciaire ou socio-éducative.

Un facteur de risque dit « dynamique » est un facteur qui peut évoluer au travers d'actions intrinsèques ou extrinsèques au sujet.

Un facteur est dit « protecteur » lorsqu'il réduit ou limite le risque de récidive.

Les études cherchent donc à décrire les facteurs les plus fortement corrélés avec le risque de récidive sexuelle ou non sexuelle. Ainsi, un grand nombre d'entre eux ont pu être évalués.

Dans le cas d'une infraction à caractère sexuel, les études rapportent l'importance de chercher notamment : la nature et le nombre d'infractions commises ainsi que leur caractère sexuel ou non, l'évolution du degré de gravité des infractions dans le temps, le délai entre les passages à l'acte, la présence de contrainte, le contexte et le motif de l'agression sexuelle, la volonté de récidiver, les distorsions cognitives associées (96) (97) (98) (99) (100).

### **3.3.3.3 Méthodes d'évaluation du risque de récidive concernant les mineurs**

Différentes méthodes d'évaluation ont été étudiées dans la littérature. Elles font en général l'objet d'études comparatives entre groupe étudié et groupe témoin, ou parfois en analysant un même groupe dans le temps (101). Elles doivent répondre à différents critères de validité, de fidélité, de sensibilité et de qualité d'utilisation.

Afin que ces échelles soient comparables, une harmonisation des méthodes d'évaluation (procédure ROC) a permis leur validation de manière uniforme au début des années 1990 (102)

(92). Cette procédure permet de minimiser les effets liés au comportement criminel de la personne sur l'évaluation du risque (92) (103) et tend à mieux définir les instruments dont la capacité prédictive sur la récidive est la plus fiable.

Actuellement, on retrouve deux grandes catégories concernant les méthodes d'évaluation du risque : l'entretien clinique et les instruments de mesure spécifiques. Ces catégories sont complémentaires même si certains praticiens, notamment dans le domaine de l'expertise, jugent ces méthodes contradictoires.

Nous avons choisi de décrire les plus utilisées, à savoir l'évaluation clinique non structurée, les échelles actuarielles et les échelles de jugement clinique structurées.

#### **3.3.3.3.1 Évaluation clinique non structurée**

Une première génération de méthode d'évaluation du risque s'est concentrée sur l'évaluation clinique propre du MCSP.

Cette approche clinique non structurée place le patient au centre de l'évaluation en tant qu'individu unique, avec un vécu unique et un passage à l'acte unique.

Le terme de « non structuré » fait référence à la méthode utilisée sans aspect péjoratif, il s'agit d'une évaluation empirique non validée et fortement dépendante de l'examineur.

Il n'existe donc pas d'évaluation type, même si certains éléments sont indispensables à une évaluation du risque.

Il semblerait que ce soit la modalité la plus fréquente d'évaluation du risque de récidive en France.

### 3.3.3.3.2 Échelles actuarielles

Ces échelles se sont développées dans un second temps. L'intérêt d'avoir des échelles aussi objectives et reproductibles que possible est d'écarter au maximum la subjectivité reprochée à l'évaluation clinique non structurée (104).

Initialement, les chercheurs ont observé les taux de commission d'actes « de novo » et de récidives sur des périodes données dans de larges échantillons de population délinquantes (104). Cela a permis d'étudier le maximum de variables associées à la récidive et d'extraire plusieurs catégories de population. Des analyses par régression statistique ont aidé à déterminer les facteurs impliqués dans la récidive ainsi que le poids de leur impact.

De nombreuses échelles actuarielles ont été créés notamment aux États-Unis. On en compte actuellement plus de deux cents et elles sont spécifiques de certains types de récidive ou de certaines populations. Nous rappelons qu'une échelle actuarielle est uniquement utilisable dans la population où elle a été validée.

On retrouve par exemple la VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) qui concerne le risque de violence générale et la *SORAG* (Sex Offender Risk Appraisal Guide) qui concerne le risque de violence sexuelle.

D'autres concernent certains troubles, comme la *PCL-R* (*Psychopathy Checklist-Revisited*) qui concerne la psychopathie. Enfin certaines s'attachent à un type d'agression (92) (104).

Concernant le risque de récidive sexuelle, l'échelle la plus répandue au niveau mondial est la *Statique-99*. Cette échelle est validée chez les mineurs mais pas en France et voit son utilisation recommandée à partir de l'âge de 16 ans (104).

En France, leur utilisation reste assez rare et pose la question de la validité de ces échelles dans les populations françaises (104). De plus, concernant les mineurs, très peu d'échelles sont validées. Seule la PCL-R-YV qui recherche des traits psychopathiques est validée chez les mineurs (105) (106).

### **3.3.3.3 Échelles de jugement clinique structuré**

Ces échelles sont apparues dans les années 1990 afin de tenir compte de l'aspect dynamique de la personne évaluée (107).

La méthodologie diffère car l'évaluation du risque se compose de variables cliniques, historiques, statiques et dynamiques issues des données de la littérature et des connaissances cliniques validées ainsi que de variables en lien avec la gestion du risque futur.

Les items inclus dans ces échelles ne sont pas rattachés entre eux par des liens statistiques ou de proportionnalité, il appartient à l'examineur de les pondérer selon la clinique du sujet.

Le résultat de ces échelles n'est donc pas chiffré mais nominal (faible, moyen ou élevé).

De même que pour les échelles actuarielles, les échelles de jugement clinique structurées dépendent du risque de récurrence à évaluer ou d'un type de comportement ou de pathologie.

On retrouve parmi les plus connues la HCR-20 (Historical Clinical Risk Management Revised) qui concerne la violence générale et qui est recommandée par l'HAS.

La SRV (Sexual Violence Risk) qui concerne le risque de violence sexuelle.

La SONAR (Sex Offender Need Assessment Rating) qui étudie les risques de récurrence tardive de certains agresseurs sexuels.

Concernant les mineurs, la seule échelle de jugement clinique structurée valide et traduite est la SAVRY, (Structured Assessment of Violence Risk in Youth) (108). Elle évalue le risque de récidive violent.

Même si elle n'est pas validée en France, l'ERASOR (Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offence Recidivism) prend en compte de nombreux facteurs de risque de récidive sexuelle spécifiques des patients mineurs (95) et paraît donc intéressante chez les MCSP. Elle évalue le risque de récidive violent et sexuel.

#### **3.3.3.4 Principales échelles**

Nous avons choisi de décrire les échelles les plus courantes et les plus étudiées même si la plupart ne sont pas validées en France (d'après McGrath et al., 2010; Viljoen, McLachlan et Vincent, 2010). Il s'agit des suivantes :

- *Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II)*
- *Juvenile Sexual Offence Recidivism Risk Assessment Tool-II (J-SORRAT-II)*
- *Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*
- *The Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offence Recidivism (ERASOR)*

##### **3.3.3.4.1 J-SOAP-II**

*J-SOAP-II (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II ; Prentky et Righthand 2003)* est une échelle de jugement clinique structuré.

Elle permet la prédiction de la récidive sexuelle et non sexuelle chez les adolescents de sexe masculin ayant des antécédents d'infractions sexuelles ou de comportement sexuellement coercitif.

Il s'agit d'un examen systématique des facteurs de risques et des principales caractéristiques identifiées dans la littérature comme étant associés au MAICS qui présente un certain intérêt dans la prédiction de la récidive sexuelle.

La population cible est donc celle des garçons âgés de 12 à 18 ans ayant commis des infractions à caractère sexuel ou ayant des antécédents non judiciairisés de comportements sexuels coercitifs.

Dans le manuel d'utilisation de cette échelle, les auteurs insistent sur le fait que les décisions quant au risque ne doivent pas être basées exclusivement sur les résultats de la J-SOAP-II. Les patients doivent bénéficier d'une évaluation clinique globale que cet outil ne fera que compléter.

La version originale de cette échelle d'évaluation des risques des délinquants sexuels mineurs a été élaborée au Joseph J. Peters Institute (JJPI) de Philadelphie en 1994 (90). Un examen de la littérature couvrant différents domaines concernant cette question a permis d'élaborer des variables d'évaluation des risques.

Cette échelle comprend 28 items regroupés en 4 domaines (109) décrits dans la *Figure 6*.

<b>DOMAINES STATIQUES</b>		<b>DOMAINES DYNAMIQUES</b>	
<b>Échelle 1</b>	<b>Échelle 2</b>	<b>Échelle 3</b>	<b>Échelle 4</b>
Pulsions et préoccupations sexuelles	Comportements impulsifs et antisociaux	Clinique et traitement	Adaptation et stabilité dans l'environnement

*Figure 6 – Échelles de la J-SOAP-II*

Tous les 28 éléments sont cotés sur une échelle de 3 points où « 0 » indique une absence du facteur de risque, « 1 » suggère une certaine preuve de la présence du facteur et « 2 » indique une présence claire du facteur ou plus.

Les scores peuvent être additionnés pour obtenir le score total (109) (110).

Le J-SOAP bénéficie régulièrement d'une révision en lien avec les résultats des nouvelles études.

#### **3.3.3.4.2 J-SORRAT-II**

La J-SORRAT-II (Juvenile Sexual Offence Recidivism Risk Assessment Tool-II ; Epperson et al. 2006) est un outil dérivé des échelles actuarielles.

Elle permet la prédiction de la récidive sexuelle chez les délinquants sexuels juvéniles, en particulier de la récidive sexuelle chez les mineurs.

Son développement répond à plusieurs objectifs. D'abord, la nécessité d'une mesure fiable et précise du risque applicable au plus grand éventail de MAICS. Ensuite, les auteurs ont pensé cet outil afin qu'il éclaire les décisions thérapeutiques (Epperson et al 2006). Enfin, ces derniers espèrent, avec un outil précis, limiter la portée et l'application de lois restrictive sur des jeunes à faible risque (111) (110).

Cette échelle évalue la récidive sexuelle dans la population des MAICS, sans limite d'âge inférieure (111), à travers 12 items statiques :

1. Nombre de jugements pour infractions sexuelles, y compris le jugement actuel
2. Nombre de victimes différentes dans les infractions sexuelles jugées
3. La durée des antécédents d'infraction sexuelle (qui correspond au temps écoulé entre la date d'accusation de la première infraction sexuelle et la date d'accusation de la dernière infraction sexuelle).

4. Le délinquant sexuel juvénile était-il soumis à une forme quelconque de surveillance judiciaire lorsqu'il a commis une infraction sexuelle pour laquelle il a par la suite été inculqué ?
5. A-t-on commis une infraction dans un lieu publique ?
6. Le MAICS a-t-il manipulé la ou les victimes ?
7. Le MAICS a-t-il déjà bénéficié d'un traitement spécifique concernant les CSP et quel en a été le bilan ?
8. Nombre d'incidents d'abus sexuels officiellement enregistrés dont le MAICS a été victime
9. Nombre d'incidents de violence physique officiellement documentés dont le MAICS a été la victime
10. Le JSO a-t-il des antécédents de placement en milieu spécialisé ?
11. Nombre et durées des périodes d'enseignement et problèmes de discipline associés (école primaire, collège, lycée)
12. Nombre de jugement pour des infractions non sexuelles avant l'infraction à caractère sexuel la plus récente

Le score total permet de définir différents niveaux de risque :

- 0 : risque faible
- 1 à 3 : risque faible à modéré
- 4 à 7 : risque modéré
- > 8 : risque modéré à élevé

### 3.3.3.4.3 SAVRY

La SAVRY (*Structured Assessment of Violence Risk in Youth* ; Borum, Bartel, et Forth, 2006) est une échelle de jugement clinique structurée.

Il s'agit d'une des premières échelles d'évaluation du risque de récidive adaptée à la population mineur. Même si elle évalue le risque de récidive violente, les items qui la constituent sont également intéressant dans le contexte du risque de récidive générale et sexuelle.

Elle peut aider à l'évaluation et à la prise en charge des mineurs âgés de 12 à 18 ans ayant commis des infractions à caractère sexuel ou considérés comme à risque de passage à l'acte (112).

Il s'agit d'une échelle d'évaluation Nord-Américaine datant du début des années 2000, qui se base sur certains facteurs issus de recherches épidémiologiques (108)(113).

Elle comprend 24 items regroupés en trois domaines de risque : historique (10 items), social/contextuel (6 items) et individuel/clinique (8 items).

La notation se fait sur trois niveaux allant de 0 à 2 : « 0 » (= faible) à « 1 » (= modéré) à « 2 » (= élevé).

La SAVRY contient également des six items qualifiés de protecteurs, cotés comme « 0 » (absent) ou « 1 » (présent). Il s'agit de : l'engagement pro-social, un soutien extrinsèque fort, un attachement et des liens solides, une attitude positive envers l'intervention et l'autorité, un engagement fort sur le plan scolaire et des traits de personnalité résilients.

Le score total SAVRY s'obtient en additionnant les différents scores de chaque item ainsi que ceux des items de protection individuels.

Le score total de risque SAVRY s'obtient en excluant les scores des items de protection.

Le score total de protection SAVRY se calcule en additionnant les scores des éléments de protection uniquement.

Les évaluateurs établissent ensuite un rapport de risque récapitulatif indiquant le niveau de risque de violence : faible, modéré ou élevé.

#### **3.3.3.4.4 ERASOR**

L'*ERASOR* (*The Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism* ; Worling et Curwen 2001) est également une échelle de jugement clinique structuré permettant d'aider les évaluateurs à estimer le risque de récurrence sexuelle chez les personnes âgées de 12 à 18 ans (95) (110) ayant commis une infraction à caractère sexuel.

Cet outil ne permet pas de répondre à la question de la susceptibilité d'un passage à l'acte en premier lieu chez un adolescent. De plus l'estimation finale du risque est à court terme (environ 1 an) et ERASOR ne doit pas être utilisé pour prédire le risque à plus long terme (95). D'abord sur le plan développemental, ces jeunes de 12 à 18 ans poursuivent encore leur développement sexuel, cognitif, familial et social. Les données concernant la récurrence dans la littérature sont généralement basées sur des durées de suivi moyennes (souvent inférieur à 3 ans). Enfin, la plupart des facteurs de risques utilisés dans l'échelle sont dynamique et tendent à être régulièrement réévalués.

Cette échelle comprend 25 items regroupés en 5 sections :

- Intérêts et comportements sexuels
- Historique des agressions sexuelles
- Fonctionnement psychosocial
- Fonctionnement familial et environnemental

## - Traitement

Chaque item est coté comme Inconnu (« 0 »), Non présent (« 1 ») et Possiblement / Partiellement présent (« 2 ») et Présent (« 3 »).

Le résultat est rendu sous forme de note clinique globale appréciant un niveau de risque : faible, modéré ou élevé (95) (114).

### **3.3.3.5 Données de la littérature et conclusion**

Ces différentes échelles ont bien été étudiée dans la littérature scientifique.

Viljoen et al. (2012) (110) ont réalisé une méta-analyse concernant les échelles d'évaluation du risque chez les AICS incluant 33 études dont 15 concernaient la J-SOAP-II, 11 l'ERASOR, 7 la J-SORRAT-II et 8 la Static-99. Parmi ces études, environ un quart traitaient plusieurs échelles simultanément. La cohorte totale de patient de l'ensemble des études comprenait 6 196 AICS dont l'âge moyen était de 16 ans.

Les scores totaux des échelles J-SOAP-II, ERASOR et J-SORRAT-II prédisent la récurrence sexuelle de manière significative. Bien que les résultats diffèrent légèrement selon les échelles, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les scores totaux de ces outils.

Concernant l'échelle J-SOAP-II, certains auteurs obtiennent des résultats significatifs en termes de prédiction de la récurrence sexuelle (115) (116) (117) quand d'autres n'ont pas mis en évidence des résultats significatifs (118) (119) (Viljoen et al., 2008).

La SAVRY a bien été étudiée en Amérique du Nord avec des résultats significatifs concernant la prédiction du risque de récurrence sexuelle (108) (112). De plus, cette échelle a été également étudiée dans d'autres parties du monde.

Zhou et al. (2017) (120) ont mené une étude en Chine pour déterminer l'efficacité de l'échelle SAVRY en termes de capacité de prédiction du risque de récurrence sexuelle chez les AICS. Ils

ont utilisé une cohorte de 246 adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel qu'ils ont suivi durant 5 ans. Les résultats suggèrent que l'échelle SAVRY peut être utilisée de manière significative en Chine dans l'approche des délinquants sexuels juvéniles masculins.

De même en Espagne, Ortega (2017) (121) a obtenu des résultats prometteurs concernant la validation de l'échelle SAVRY et son efficacité sur une cohorte de 594 adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Toujours en Espagne, Hilterman et al. (2014) (122) ont comparé l'échelle SAVRY et d'autres à des échelles cliniques non structurées sur une cohorte de 105 adolescents. Ils ont montré que le SAVRY avait une validité prédictive significativement plus élevée par rapport aux deux autres échelles de jugement clinique non structuré. Par ailleurs les sous-scores de SAVRY ne semblent pas présenter d'intérêt supérieur au score total.

Les données de la littérature semblent montrer une efficacité significative de l'échelle ERASOR (110) (95). Cependant, cette efficacité paraît être centrée sur la récurrence à court terme, Barra et al. (2018) (123) ont montré une supériorité significative en termes d'efficacité de l'ERASOR sur la J-SOAP II concernant le risque de récurrence dans les 0,5 à 3 ans.

La plupart de ces échelles ont donc bénéficié d'études d'efficacité avec un bon niveau de preuve et certaines d'entre elles ont également été validées dans d'autres pays. L'harmonisation de la méthode d'évaluation de ces échelles a permis de les comparer et de décrire leurs points forts et leurs points faibles.

L'évaluation clinique non structurée présente l'avantage d'être facile d'utilisation et adaptable aux différents contextes, situations cliniques et types de passages à l'acte.

Son principal inconvénient est sa grande subjectivité qui dépend de la rigueur du thérapeute. De nombreux auteurs critiquent sa faible spécificité quant au risque et surtout sa faible reproductibilité (Monahan et Steadman 1994, Borum 1996 et Webster et al. 1997). Paradoxalement certaines études ont montré un risque élevé de sur-estimation du risque de récidive (92).

Concernant les échelles actuarielles, l'amélioration de la fiabilité inter-juge de l'évaluation est un des bénéfices de ces outils. Les études tendent à montrer une prédiction du risque de récidive supérieur par rapport à l'évaluation clinique non structurée.

En revanche il existe plusieurs points faibles. D'abord on peut questionner la perte d'individualisation de cette méthode qui ne s'attache qu'aux variables inter-individus. Les facteurs de risques statiques limitent fortement la flexibilité de l'évaluation et soulèvent un questionnement éthique quant à ce type d'outil.

De plus, ces outils sont plus complexes à mettre en place, ils nécessitent une formation spécialisée et doivent avoir fait l'objet d'une validation selon les pays. En France, la plupart des échelles ne sont pas validées et les formations ne sont donc pas disponibles. Seule *la PCL-R-YV* est validée en France mais elle ne concerne pas les risques de récidive sexuelle (124) (105).

Les échelles cliniques structurées ont comme point fort une meilleure prise en compte globale du jeune. Certaines incluent des facteurs dynamiques et des facteurs protecteurs qui sont intéressants pour une prise en charge spécifique, les facteurs dynamiques peuvent être des cibles de traitement efficaces (110). De plus le résultat est moins stigmatisant et plus facilement pondérable par l'examineur car non chiffré.

Les dernières générations de méthode d'évaluation du risque semblent prometteuses.

On retrouve les outils informatiques, qui ont été développés dès les années 1990. Ils permettent d'inclure de très nombreuses données issues de sources de tous types (médicales, administratives, judiciaires...) et d'établir des algorithmes de prédiction les plus précis possibles. Cependant, aucune pondération par l'évaluateur n'est possible. On peut citer l'outil le plus connu qui est le *Risk Matrix 2000* ainsi que *VRS-SO (Violence Risk Scale-Sexual Offender Version)* qui est spécialisé pour le risque de récidive sexuelle mais concerne l'adulte (92). Si certains de ces outils sont disponibles en français, aucun n'est à ce jour validé.

Un autre modèle intéressant est celui du RBR (Risque-Besoin-Réceptivité) sur l'évaluation et la réadaptation des délinquants, crée par J.Bonta au Canada (125). Ce modèle repose sur sept facteurs principaux de risque et de besoins, il est plus centré sur le patient permettant une évaluation globale. Il semble de plus facilement adaptable aux mineurs. Cet outil reste peu utilisé en France malgré certaines recommandations de l'HAS (126).

Le choix de l'échelle est donc crucial dans l'évaluation du risque. En France, il serait nécessaire dans un premier temps de mieux définir la population des MCSP afin de choisir une ou des échelles adaptées. Ces échelles doivent ensuite être validées dans notre pays.

On peut questionner l'intérêt de l'évaluation du risque de récidive en lui-même. Il semble important de se détacher de la vision judiciaire car le pédopsychiatre ne peut prédire objectivement de tels comportements comme il ne peut se prononcer sur une éventuelle dangerosité. Cela revient souligner l'importance d'une articulation claire entre le champ sanitaire et judiciaires, avec des missions définies, précises et réalisables pour chacun. Du point de vue du pédopsychiatre, l'évaluation du risque par des échelles chez les MCSP présente

surtout un intérêt en termes d'adaptation de la prise en charge et de prévention de par les différents facteurs de risques qu'elles prennent en compte.

Il apparaît important pour le pédopsychiatre de ne pas se reposer uniquement sur ces échelles en termes d'évaluation du risque chez les mineurs.

L'intérêt de tels outils est la prédiction la plus fiable et la plus reproductible possible du risque de récidive. Cependant, de nombreux auteurs insistent sur la difficulté d'une telle prédiction chez les adolescents en raison des changements développementaux fréquents se produisant durant cette période (Caldwell et al., 2008; Viljoen, Scalora, Caudra, Bader, Chavez, Ullman, & Lawrence, 2008).

Il est impératif que les cliniciens qui évaluent ce risque chez les adolescents maîtrisent les défis liés à l'évaluation de cette population, notamment les particularités développementales et environnementale des jeunes. Avant d'utiliser cette échelle, les praticiens doivent donc avoir une formation et une expérience dans l'évaluation de ces mineurs. Ce qui limite en partie leur utilisation.

En définitive, même si leur utilisation fait toujours débat, notamment concernant les MCSP, ces différentes méthodes d'évaluation du risque de récidive ont permis d'identifier différents facteurs de risque et peuvent revêtir un intérêt dans la prise en charge de ces mineurs. Elles doivent cependant pour la plupart, être validées, bien étudiées et adaptée à la population des MCSP visée.

### **3.4 Approche thérapeutique**

### **3.4.1 Méthodologie bibliographique**

La recherche bibliographique a été menée dans les bases de données informatiques Pubmed, Science Direct et Cairn, PsycArticles, PsycInfo et Declic (base de données de l'Université Lille 2). Les mots-clés et termes Mesh suivant ainsi que leurs abréviations ont été utilisés en langue anglaise et concernaient la population des MCSP :

- Comportements sexuels problématiques
- Adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel
- Mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel

Concernant spécifiquement la psychothérapie ces mots-clés ont été combinés au terme :

- Traitement psychothérapeutique

Des recherches spécifiques ont également été réalisées avec les mots clés suivant :

- PSB-MST
- PSB-CBT
- Mode deactivation thérapie

Concernant les traitements pharmacologiques, les mots-clés et termes Mesh concernant les MCSP ont été combinés aux suivants :

- Traitement pharmacologique
- ISRS
- Traitement hormonal

Parmi les articles retrouvés, ceux répondant directement à la problématique étudiée et ayant un intérêt et une pertinence suffisante ont été sélectionnés. Les articles étaient en langue anglaise et française.

### **3.4.2 Psychothérapie**

Il est difficile de citer toutes les approches thérapeutiques ou encore d'évoquer tous les programmes de soin spécifiques utilisés dans la prise en charge des MCSP. Il paraît intéressant de préciser les grands courants psychothérapeutiques utilisés, ainsi que les principales modalités de soin retrouvées dans les programmes.

On remarque dans la littérature, l'utilisation intégrative de plusieurs courants psychothérapeutiques. La forme la plus fréquente de traitement est la Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC). On retrouve ensuite la Thérapie Multi-Systemique (TMS), les thérapies incluant la famille et la psycho-éducation. Elles comportent toutes les trois des éléments de TCC.

On peut également citer la thérapie de groupe, qui reste une modalité prépondérante dans ces prises en charge et vient se greffer à toutes les autres approches. Dans une moindre mesure, mais de manière toute aussi fréquente on retrouve la thérapie individuelle.

Ces thérapies étaient initialement centrées sur l'approche adulte de la question des auteurs de violence sexuelle. La meilleure connaissance des particularités des mineurs présentant cette problématique a permis d'adapter ces traitements aux populations d'enfants, intégrant notamment des aspects développementaux (127) (128).

Mc Grath et al, en 2009, ont retrouvé, parmi les programmes communautaires et résidentiels existants en Amérique du Nord, 90% de thérapies basées sur la TCC, 35% d'approches psychoéducatives et 22% de TMS.

Toutes ces thérapies se sont vues adaptées pour les MCSP, donnant lieu à des programmes spécifiques comme la TMS-CSP, la TCC-CSP ou la PI-ECSP.

Un autre axe majeur de cette prise en charge chez l'enfant est le travail concernant les antécédents d'abus sexuels, qui a permis d'employer une TCC centrée sur le traumatisme chez ces MCSP.

En revanche, l'entretien motivationnel reste peu utilisé malgré l'importance reconnue de la participation au traitement, de la motivation et de l'alliance thérapeutique, moins de la moitié des programmes y ont recours en Amérique du Nord (Hall et al. 1999 et Mann 2000).

Nous allons dans premier temps rappeler brièvement l'intérêt de la prise en charge groupale dans la question du soin des MCSP avant de définir et préciser les axes centraux des principales psychothérapies utilisées dans cette problématique.

### **3.4.2.1 Thérapie de groupe**

#### **3.4.2.1.1 Intérêt chez les MCSP**

La modalité du groupe dans la prise en charge de ces mineurs semble adaptée à la problématique des CSP à plusieurs égards et certains auteurs la préconisent fortement (11). Concernant les MCSP, il s'agit d'un des traitements le plus souvent utilisé mais il n'a pas fait l'objet d'études comparatives (72).

La prise en charge groupale stimule d'abord les expériences de socialisation positive, et favorise ainsi l'acquisition de comportements plus appropriés (Johnson, 1993). Le groupe réduit la sensation d'isolement des enfants (72), il aide à la confrontation de leur ressenti et de la perceptions d'eux-mêmes et des autres, permet l'apprentissage de nouvelles stratégies d'adaptations et entraîne des modifications sur le plan cognitif (129).

Le partage d'expériences similaires entre les membres du groupe permet l'échange et l'entraide (130), et renforce les changements positifs aux plans émotionnel et comportemental. Il offre une certaine qualité de support affectif.

Enfin, cette problématique présente un avantage économique car peu coûteuse pour les services (15) mais cependant complexe à mettre en place pour de petites structures.

La constitution d'un groupe reste délicate, la taille doit être adaptée aux objectifs et aux caractéristiques des participants ainsi qu'au contexte organisationnel de ces derniers et des intervenants (131) (132). En général, les cliniciens préconisent des groupes constitués de quatre à six enfants (133)(29)

De même, les groupes sont constitués en tenant compte de l'âge développemental des enfants, et on retrouve fréquemment les tranches suivantes : préscolaire 3 à 5 ans, scolaire 6 à 9 ans, préadolescents 10 à 12 ans et adolescents âgés de plus de 12 ans fréquemment dissociés en 13 à 14 ans et 15 à 18 ans (30) (127) (Burton, Rasmussen, Bradshaw, Christopherson Huke, 1998; Gray Pithers, 1993; Johnson, 1993; Lane, 1991; Pithers 1998).

Des techniques appropriées peuvent ainsi être utilisées de part cette division par l'âge et permet également d'éviter une exposition de certains enfants à des concepts qu'ils ne sont pas prêts à intégrer.

Certains auteurs comme Cunningham MacFarlane (1996) ou Johnson (1993) insistent sur la constitution de groupes avec des enfants du même genre afin de favoriser l'échange et le soutien entre pairs.

### **3.4.2.1.2 Données de la littérature**

Dans l'ensemble des programmes de soin des MCSP, on retrouve la thérapie de groupe au centre des modalités de prise en charge.

Hunter et Santos (1990) (134) ont utilisé de la thérapie de groupe centrée sur l'insight.

Hunter et Goodwin (1992) (135) ont inclus dans leur programme de la thérapie de groupe centrée sur l'insight et la résolution de problèmes pour une durée de traitement de 6 mois.

Knox (1994) a étudié une thérapie de groupe basée sur la TCC chez 25 délinquants sexuels adolescents.

Weinrott et al. (1997) (136) ont utilisé des thérapies de groupe entre pairs chez des MCSP.

Ces différentes études utilisent le taux de récidive comme mesure des résultats. Si ces derniers restent peu convaincants, ils montrent une tendance à la diminution de ce taux chez les MCSP ayant bénéficié de tels programmes.

Worling and Curwen (2000) (74), Worling et al. (2010) (75), Waite et al. (2005) (137), Thoder and Cautilli (2011) (138), Edwards et al. (2012) (62) utilisent également dans leur approche d'orientation cognitivo-comportementale de la prise en charge groupale.

Bustnay (2019) rapporte un modèle de traitement de groupe psychoéducatif à destination des parents de mineurs CSP consistant en 14 réunions bihebdomadaires de 90 minutes. Les résultats montrent que la combinaison du soutien émotionnel et du renforcement des compétences parentales leur donne la possibilité d'être un soutien majeur pour leurs enfants, contribuant ainsi à prévenir leur récidive face à un comportement inapproprié.

St Amand et al. (72) dans leur méta-analyse sur 11 études concernant le traitement des ECSP n'ont pas rapporté de supériorité en termes d'efficacité de la thérapie de groupe par rapport à des thérapies familiales ou individuelles.

### **3.4.2.1.3 Conclusion**

La thérapie de groupe semble occuper une place essentielle dans les programmes de soin à destination des MCSP.

Si quelques rares programmes sont uniquement centrés sur la thérapie groupale (29) (133) (139) dans la plupart des cas elle se surajoute à d'autres modalités thérapeutiques.

Les thérapies utilisées sont essentiellement d'orientation cognitivo-comportementales. Elles utilisent différents outils issus de la TCC standard mais également des adaptations incluant des thématiques spécifiques aux MCSP.

Les thématiques abordées de manière groupale concernent en général :

- Les règles sur les comportements sexuels
- L'identification des stimuli et des contextes du passage à l'acte
- Le cycle d'abus / CSP
- Les limites physiques
- Les compétences de régulation émotionnelle
- Les compétences d'adaptation cognitive
- L'éducation sexuelle
- La capacité à savoir reconnaître les CSP
- La compréhension de l'impact des CSP
- L'acquisition de compétences de maîtrise de soi et de prévention des comportements problématiques

- Le travail sur un éventuel traumatisme (et exposition progressive)
- Les compétences sociales, compétences relationnelles

Cependant ces traitements n'ont pas fait l'objet d'études d'efficacité concernant spécifiquement la population des MCSP.

Certains auteurs dans une méta-analyse concernant les ECSP (72), n'ont pas démontré de supériorité en terme d'efficacité de la thérapie de groupe par rapport aux autres modalités thérapeutiques.

On remarque dans la littérature qu'il s'agit plus d'un mode de soin s'intégrant à une prise en charge multimodale que d'une thérapie de groupe à part entière. De fait, il semble intéressant d'étudier spécifiquement cette modalité.

La prise en charge groupale devrait donc s'intégrer au soin des MCSP et représenter une part importante des modalités thérapeutiques utilisées.

### **3.4.2.2 Thérapie cognitivo-comportementale**

#### **3.4.2.2.1 Définition**

La TCC reste la psychothérapie de prédilection concernant cette problématique, chez l'adulte comme chez l'enfant.

Il s'agit de la modalité de traitement la plus couramment utilisée par les programmes de traitement spécialisés en Amérique du Nord, notamment aux États-Unis (140). Mc Grath et al. (2010) (141) rapportaient que 80,1% des programmes destinés aux adolescents étaient d'orientation TCC de même que 42,7% de ceux destinés aux enfants.

#### **3.4.2.2.2 Principes théoriques**

La TCC est perçue comme une thérapie de choix pour les MCSP, enfants comme adolescents, que ce soit lors de séances de groupe ou individuelles (142) (143).

Dans la TCC, le traitement cible les pensées et croyances participant aux distorsions cognitives qui renforcent les comportements problématiques. L'aspect comportemental s'intéresse au comportement problématique en lui-même et permet son exploration fine. Ainsi l'objectif pour l'adolescent est l'acquisition de la capacité à identifier et modifier ces distorsions cognitives, les émotions associées et les CSP (20) (144) (143). Le contrôle des comportements problématiques, le renforcement de l'estime de soi et des habiletés sociales ainsi que l'autorégulation émotionnelle permettent de diminuer les comportements problématiques et les perturbations cognitives associées (Rich 2011).

La TCC est également intéressante concernant le travail de responsabilisation face aux comportements problématiques, le développement de l'empathie envers les victimes, le développement de nouvelles habiletés sociales, l'éducation sexuelle, la restructuration cognitive, l'exploration de sa propre victimisation sexuelle s'il y a lieu et la diminution d'éventuels intérêts sexuels déviants (*Center for Sex Offender Management, 2006*). L'une des interventions centrales est la restructuration cognitive.

Elle permet également de soutenir les parents à travers un travail visant à renforcer leurs compétences en termes de gestion et de prévention des comportements problématiques.

#### **3.4.2.2.3 Principes cliniques**

Ces programmes sont extrêmement hétérogènes dans leurs spécificités et de nombreux outils d'orientation TCC sont utilisés dans les divers thérapies spécialisées.

Certaines thérapies spécifiques sont utilisées dans la population des MCSP, on peut citer la TCC centrée sur le traumatisme, la Thérapie de Désactivation du Mode (TDM) ou encore l'éducation sexuelle qui emprunte parfois des éléments de TCC.

Aux États-Unis, une thérapie d'orientation TCC a été spécifiquement développée dans une optique de prise en charge de ces mineurs, il s'agit de la Problematic Sexual Behavior-Cognitive-Behavioral Therapy (PSB-CBT) qui correspond à une TCC adaptée aux CSP (TCC-CSP) (20).

On retrouve néanmoins des axes de prise en charge communs à tous ces programmes, notamment (141) :

- Reconnaissance et acceptation de la responsabilité quant aux infractions
- Réduction des cognitions déviantes sur le plan des comportements sexuels
- Acquisition de nouvelles compétences sociales positives
- Développement de la sensibilité et de l'empathie pour les victimes
- Gestion des rechutes
- Développement du réseau de soutien dans l'écologie du jeune
- Réduction et contrôle de l'excitation sexuelle

Dans le rapport de l'ATSA *Task Force on Children with Sexual Behavior Problems* (15), les auteurs ont précisé les axes de travail concernant les enfants et les parents. Il s'agit cependant d'un rapport concernant les ECSP même si la plupart des items se retrouvent dans les programmes pour adolescents également.

Pour les enfants :

- Identifier et reconnaître le caractère inapproprié d'un comportement. Pouvoir présenter des excuses pour ces comportements (souvent omis avec les enfants de moins de 7 ans)
- Apprendre et appliquer des règles simples et basiques sur le comportement sexuel ainsi que ses limites physiques et celles d'autrui. Il est important de souligner les comportements acceptables et de les distinguer de ceux problématiques
- Éducation sexuelle adaptée à l'âge
- Développer des stratégies d'adaptation et de maîtrise de soi
- Acquérir des compétences de base en matière de prévention et de sécurité des abus sexuels
- Renforcer les compétences sociales

Pour les parents :

- Élaborer un plan de sécurité comprenant :
  - Un plan de supervision et de suivi, notamment des interactions avec les autres enfants
  - La communication avec d'autres adultes au sujet des besoins de supervision
  - L'évolution de ce plan au fil de la prise en charge et de l'amélioration du comportement de l'enfant
- Connaissances du développement sexuel normal, du jeu et de l'exploration sexuelle et en quoi certains comportements peuvent être problématiques
- Établir des stratégies pour encourager les enfants à respecter les limites de chacun
- Renforcer les facteurs qui contribuent au bon développement et au maintien d'un environnement sain et non propice aux CSP
- Acquérir des principes d'éducation sexuelle et pouvoir échanger avec les enfants de ces questions

- Définir les stratégies pour développer des relations positives entre parents et enfants, résolution des problèmes de comportement
- Encourager les enfants à mettre en œuvre les stratégies de contrôle apprises
- Renforcer les relations et signes d'affections physiques adaptés avec les autres enfants
- Stimuler les interactions avec des groupes de pairs positifs.

Les auteurs soulignent l'importance de la qualité émotionnelle de la relation parent-enfant, qui peut s'aborder en mettant l'accent sur l'amélioration d'interactions positives (15).

De plus, les parents font souvent état d'un niveau de stress élevé en lien avec cette problématique et les structures adaptées sont souvent limitées (145). L'approche de TCC groupale permet un échange entre parents qui peuvent évoquer les problématiques de leurs enfants et se soutenir mutuellement.

#### **3.4.2.2.4 Modalités d'organisation**

Devant la grande hétérogénéité des programmes impliquant la TCC, il est difficile de définir des modalités d'organisation précises.

Comme la plupart des programmes visant les MCSP, ils sont dispensés soit en ambulatoire soit en milieu spécialisé qui est la plupart du temps une institution spécialisée, un lieu de soin ou un lieu de détention (146).

Les jeunes peuvent en général bénéficier de séances de groupe entre pairs mais aussi individuelles et familiales (75) (62).

Ces programmes s'étalent en moyenne sur 16 à 24 mois et leurs objectifs sont régulièrement réévalués (tous les 4 à 6 mois) (74) (75).

#### **3.4.2.2.5 Données de la littérature**

Ces thérapies basées sur une approche TCC ont pu être étudiées depuis de nombreuses années. Les travaux restent soumis à de nombreux biais, mais certaines études présentent des résultats prometteurs.

C'est avec Becker et al (1988) (147) que les premières études ont décrit une efficacité de la TCC chez les délinquants sexuels agressifs. Une population de 1 424 délinquants sexuels masculins a participé à un programme de traitement ambulatoire utilisant divers niveaux de TCC. Il s'agit d'un programme complet de TCC utilisé chez les délinquants adultes auquel était ajouté une évaluation détaillée du comportement sexuel (notamment des tests de préférences sexuels par pléthysmographie pénienne). Les résultats ont montré une diminution de l'excitation sexuelle déviante significative chez les délinquants ayant une préférence sexuelle pour les victimes masculines. Il n'a pas été montré de diminution significative chez les adolescents délinquants sexuels.

En 1989, McConaght et al, ont traité aléatoirement un échantillon de 6 délinquants adolescents et 39 délinquants adultes soit par TCC, soit par traitement pharmacologique (MPA) ou par « désensibilisation par l'image » avec ou sans MPA. Les résultats de cette étude suggèrent que les adolescents ont besoin d'un traitement plus étayé que les adultes, ils pourraient être plus résistants au traitement y compris au MPA.

Hunter et Santos (1990) (134) rapportent une étude sur 27 délinquants sexuels adolescents qualifiés de pédophiles inclus dans un programme de traitement spécialisé en établissement qui utilisait des TCC centrées sur cette problématique ainsi qu'une psychothérapie individuelle, de groupe et familiale. Dans cette étude également la pléthysmographie pénienne était utilisée pour

la mesure des résultats. Ces derniers ont montré une diminution significative de l'excitation sexuelle « déviante » chez les participants lorsque les niveaux étaient mesurés avant et après traitement.

Hunter et Goodwin (1992) (135) ont mené une étude sur 39 délinquants sexuels adolescents qui ont participé à un programme en établissement de satiété verbale d'une durée d'au moins 6 mois.

Ils bénéficiaient également d'une psychothérapie individuelle, de groupe et familiale. Cette dernière n'était pas d'orientation comportementale. La mesure des résultats incluait également la pléthysmographie pénienne. Les résultats ont montré que les délinquants sexuels adolescents les plus âgés auraient une meilleure capacité de réduction de l'excitation sexuelle déviante grâce à la thérapie de satiété comparativement aux délinquants les plus jeunes.

Kaplan et al. (1993) (148) ont étudié une population de 15 délinquants sexuels masculins adolescents qualifiés de pédophiles ayant bénéficié d'un traitement par satiété verbale sur une durée de 8 à 13 semaines. La mesure des résultats se faisait par pléthysmographie pénienne. Comme dans l'étude précédente, la réduction de l'excitation sexuelle déviante était plus difficile pour les jeunes adolescents et lorsque l'écart d'âge entre le délinquant et sa victime était faible.

Knox (1994) a étudié un traitement basé sur la TCC chez 25 délinquants sexuels adolescents. Il s'agissait d'une thérapie de groupe ambulatoire. L'étude était limitée mais des tendances et des recommandations pour les recherches futures ont émergées.

Weinrott et al. (1997) (136) ont évalué un traitement par désensibilisation d'une durée de 6 mois dans un échantillon de 69 délinquants sexuels dont quelques mineurs, répartis aléatoirement en deux groupes. La pléthysmographie pénienne ainsi que certains tests psychologiques ont été utilisés pour la mesure des résultats. Le groupe traité par désensibilisation a démontré une plus faible excitation sexuelle après traitement comparativement au groupe témoin. Concernant les délinquants sexuels adolescents aucune différence entre les deux groupes n'a été observée.

Worling et Curwen (2000) (74) ont décrit un échantillon de 58 délinquants sexuels adolescent (dont 5 femmes). Un groupe a bénéficié d'un programme de traitement ambulatoire incluant une psychothérapie individuelle, de groupe et familiale, de l'éducation sexuelle ainsi qu'une TCC orientée sur la prévention des rechutes pour une durée de 16 à 24 mois.

Une période de suivi de 7 ans a permis d'évaluer les données quant à la récidive en utilisant les condamnations pénales. Ainsi, les taux de condamnation pénales étaient significativement plus élevés pour les abandons de traitement par rapport au groupe traitement pour les mesures de récidives non sexuelles. Le groupe traitement présentait un taux de récidive d'infraction à caractère sexuel inférieur à celui des abandons de traitement.

Eastman (2004, 2005) a étudié 100 délinquants sexuels adolescents qui participaient à un programme d'orientation TCC en établissement spécialisé. Il s'agissait d'une étude ouverte non comparative. Eastman a examiné 3 échantillons : les patients qui venaient de commencer le programme, les patients en attente de libération et qui avaient terminé le programme et les patients vivant dans la communauté depuis au moins 6 mois et ayant terminé le programme. Les éléments d'évaluation incluaient les distorsions cognitives, les comportements sexuels problématiques, l'empathie et l'estime de soi.

Des différences significatives entre le groupe pré-traitement et les autres ont pu être observées, avec une nette amélioration des comportements dans les groupes traités.

Waite et al. (2005) (137) ont examiné la récurrence sur 10 ans chez 256 adolescents délinquants sexuels masculins ayant bénéficié de programmes spécifiques. Les deux programmes étudiés étaient d'orientation TCC mais très différents dans leur modalités d'organisation et en termes d'intensité de traitement. Le plus intensif était un programme ciblant des adolescents délinquants incarcérés dans des unités spécialisées pour la délinquance sexuelle juvénile. L'autre visait les délinquants sexuels adolescents se trouvant dans la population générale des délinquants juvéniles.

Les taux d'incarcération et d'arrestations dus à une condamnation marquaient la récurrence. Les résultats semblent montrer une diminution des nouvelles arrestations pour infraction à caractère sexuel dans les deux groupes.

Gagnon (2005) (29) a évalué l'efficacité d'un programme inspiré des TCC chez des enfants âgés de 6 à 12 ans présentant des CSP et leurs parents. Le programme d'une durée de 23 semaines a montré une diminution significative des CSP pour un tiers de l'échantillon associée à une baisse de la fréquence des troubles intériorisés et une amélioration des compétences sociales.

Silvosky et al. (2005) (129) ont comparé chez des ECSP un traitement par TCC et psychoéducation durant 12 semaines à un groupe non traité. Ils ont rapporté un impact positif de plus de 30% de l'échantillon concernant la diminution des CSP.

Carpentier et al. (2006) (146) ont rapporté une plus grande efficacité d'un traitement TCC dans une population d'ECSP comparativement à un traitement d'inspiration psychodynamique avec des taux de récurrence respectivement de 2% et 10%. Le taux de CSP a pu être comparé à un groupe clinique sans CSP. Le taux de récurrence serait fortement impacté par un traitement TCC bien conduit.

Worling et al. (2010) (75) ont publié les résultats concernant la même cohorte que l'étude menée en 2000 avec une durée moyenne de suivi de 16 ans. Au total, 9% des adolescents ayant bénéficié du traitement spécialisé pendant 10 mois ont été accusés d'une nouvelle infraction à caractère sexuelle sur la période de suivi, contre 21% des adolescents de l'autre groupe.

Thoder et Cautilli (2011) (138) ont étudié un programme TCC nommé Mode Deactivation Therapy (Thérapie de désactivation du mode) chez 39 délinquants sexuels adolescents. Les résultats indiquaient une diminution significative des comportements délinquants ainsi qu'un faible taux de récurrences d'infraction sexuelle après un an.

Edward et al. (2012) (62) ont évalué un programme de traitement basé sur des thérapies de groupe et individuelle en centre spécialisé chez 34 adolescents agresseurs sexuels. Le fonctionnement psychosexuel et les comportements liés à l'infraction étaient évalués par des questionnaires. Le résultat était mesuré par le taux de récurrence. Le groupe traitement avait nettement moins de récurrence pour des infractions sexuelles par rapport au groupe témoin composé de 90 adolescents.

### **3.4.2.2.6 Exemple de deux thérapies adaptées de la TCC**

Devant la grande diversité des TCC, certains auteurs ont développé des thérapies plus ciblées afin d'adapter au mieux les soins aux problématiques et aux populations étudiées. Concernant les MCSP, on peut citer la Thérapie de Désactivation du Mode (TDM) et la TCC centrée sur le traumatisme.

#### Thérapie de Désactivation du Mode

Certains auteurs ont souligné la présence de limites claires à l'efficacité des TCC chez certains patients (149). Apsche a pu constater que la TCC traditionnelle n'était pas efficace chez les adolescents présentant de graves troubles des conduites, de même, d'autres auteurs (150) ont décrit que les patients présentant des troubles de l'axe II continuent de ressentir une détresse émotionnelle importante après le traitement.

Une forme particulière de TCC a été développée par Apsche dénommée Thérapie de Désactivation du Mode (TDM) (151) afin répondre aux troubles des conduites chez les jeunes en tenant compte des structurations de personnalité.

Cette thérapie a été appliquée aux adolescents délinquants sexuels et aux adolescents présentant des troubles psychiatriques.

Elle est conçue pour « désactiver » les réponses cognitives, affectives, motivationnelles et comportementales inadaptées qui sont déclenchées automatiquement par l'occurrence d'une situation aboutissant à un passage à l'acte.

Apsche et d'autres auteurs ont combiné des modèles de traitements éprouvés pour constituer une forme avancée de TCC, la TDM.

Cette thérapie emprunte des éléments clés de la théorie de Beck (Beck, 1996) sur les modes ainsi que des outils de TCC traditionnels, de thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993) et analytique (Friedman et Haynes, 1998).

Apsche et al. (2005) (149) ont comparé sur une cohorte de 60 adolescents ayant commis des infractions à caractère sexuel ou non sexuel, un traitement par TDM à des traitements par TCC et par renforcement des habilités sociales. Les résultats sont supérieurs en termes d'efficacité pour le traitement par TDM, réduisant les taux d'agression physiques et sexuelles dans les troubles des conduites. Seule la TDM démontre une efficacité significative concernant la réduction des taux d'agression sexuelle.

Thoder and Cautilli (2011) (138) ont utilisé sur une cohorte de 39 patients, la TDM sous forme de séance individuelles ou groupales. Les résultats ont montré une réduction significative pour les comportements antisociaux.

Cette thérapie semble avoir sa place parmi les outils thérapeutiques à destination des MCSP. Elle paraît notamment intéressante chez les MCSP présentant des troubles sévères ou des traits de personnalités et modes de fonctionnements qui complexifient la prise en charge.

#### TCC centrée sur le traumatisme (Trauma focus CBT)

La place du traumatisme chez les mineurs CSP est prépondérante, son incidence est 4 à 8 fois plus élevée dans les populations de mineurs délinquants (83) (84) comparativement à la population de mineurs générale.

L'exposition à des facteurs de stress traumatiques chez les jeunes délinquants est associée à des taux accrus de comportements problématiques, y compris des problèmes de conduite sexuelle et des activités suicidaires (152).

De part ce constat, il paraît intéressant d'évoquer une thérapie basée sur la prise en charge de ce traumatisme, initialement développée pour les victimes de violence sexuelle (153) mais étendu aux auteurs, devant la forte prévalence de leurs antécédents traumatiques.

Ainsi, la TCC basée sur le traumatisme (TF-CBT; Cohen, Mannarino et Deblinger, 2006; Cohen, Berliner et Mannarino, 2010) semble intéressante pour les mineurs CSP, elle inclue des éléments de psychoéducation concernant les symptômes de le TSPT, de la relaxation, le renforcement de la reconnaissance des émotions, l'exposition progressive aux stimuli liés au traumatisme et le développement de compétences de sécurisation.

Everhart Newman et al. (2018) (85) ont montré des résultats intéressants dans une population de 83 jeunes délinquants adolescents, dont 82 avaient commis une infraction à caractère sexuelle, l'âge moyen était de 15,7 ans. Les résultats étaient mesurés à l'aide d'échelle et de score concernant le psycho-traumatisme, les difficultés et le fonctionnement psychosocial. Les données avant et après le traitement ont révélé des réductions significatives sur les échelles cliniques concernant l'affect dépressif, la tendance suicidaire, les risques d'abus de substances ainsi que les autres troubles internalisés et externalisés.

Allen et al. (2018) (154) ont précisé dans leur article, l'intérêt d'une prise en charge centrée sur le traumatisme chez les ECSP. Ils ont examiné la pertinence de l'adaptation de la TF-CBT sur

les enfants présentant des CSP. Devant l'importance des séquelles traumatiques chez les ECSP, l'intégration de la TF-CBT paraît intéressante.

Cette thérapie axée sur le traumatisme semble avoir un intérêt thérapeutique chez les MCSP. On peut supposer que cette thérapie est efficace concernant les CSP lorsque la dimension traumatique est fortement présente, notamment chez les ECSP.

#### **3.4.2.2.7 Conclusion :**

Quasiment tous les programmes à destination des MCSP ont une approche d'orientation cognitivo-comportementale.

On retrouve dans la littérature deux études randomisées (McConaghy et al. 1989 ; Weinrott et al. 1997) et la plupart des autres études ne sont pas comparatives. Certaines ont un groupe de comparaison qui est souvent constitué de patients ayant refusé ou abandonné le traitement et parfois de patients entrant dans le programme ou l'ayant terminé mais en attente d'être libérés.

L'essentiel des populations étudiées sont des délinquants sexuels adolescents. Quelques études ont évalué spécifiquement ce traitement chez les ECSP (29) (129) (146).

Une partie de la littérature est centrée sur les agresseurs sexuels présentant un trouble paraphilique. D'abord, ce diagnostic paraît difficile à évoquer chez un adolescent encore en développement. De plus, la vision anglo-saxonne basée essentiellement sur la prévention du risque impulse un intérêt pour l'étude des populations présentant un trouble paraphilique, notamment le trouble pédophilie. Cela entraîne un certain biais concernant ces études dont les populations ne semblent être qu'un sous-groupe des MCSP. Ces études concernant des mineurs qui présenteraient un trouble paraphilique mettent souvent en avant de graves comorbidités

psychiatriques associées (155) (156) (157) mais ces comorbidités n'ont pas été évaluées dans la plupart des cas.

La durée de suivi dans les études est très hétérogène, allant de quelques mois à environ 20 ans. Concernant la durée des programmes de soin, elle se situe en moyenne entre 16 et 24 mois.

La mesure des résultats se fait au travers d'échelles et d'instruments très différents ne permettant que peu de comparaison entre les études. D'autres études se basent sur les taux de récidive à travers les nouvelles arrestations.

Certaines études ont utilisé la pléthysmographie pénienne comme méthode de mesure (65) (134) (135) (148) (136). Cette technique concernait essentiellement des études publiées avant 1998 et incluaient souvent des populations présentant des troubles paraphiliques. Il s'agit d'une méthode non invasive mais qui revêt peu d'intérêt aujourd'hui.

Les approches TCC sont très différentes, on retrouve essentiellement :

- Sensibilisation couverte (pour les études les plus vieilles)
- Traitement par satiation verbale
- Thérapie par désactivation du mode
- Désensibilisation imaginaire (pour les études les plus vieilles)
- Éducation sexuelle
- Thérapie familiale
- Thérapie centrée sur la prévention des rechutes

Dans toutes les études, la TCC a impacté positivement les mesures de résultats considérées. Dans 2 études, l'efficacité est plus importante chez les adolescents les plus âgés comparativement aux plus jeunes.

Comme chez l'adulte, la TCC paraît incontournable dans la prise en charge des MCSP de par les multiples avantages qu'elle présente, notamment sur le plan comportemental. De plus, des thérapies d'orientation cognitivo-comportementales adaptées spécifiquement pour les MCSP voient le jour.

Cette modalité thérapeutique a fait l'objet de nombreuses études dont certaines ont permis de démontrer une efficacité significative concernant les ECSP et les ACSP. Elle apparaît donc centrale dans le soin de ces mineurs.

### **3.4.2.3 Thérapie multi-systémique**

#### **3.4.2.3.1 Définition :**

Il s'agit d'une approche thérapeutique très fréquente dans la question de la délinquance juvénile et des MCSP plus spécifiquement. Elle se situe au croisement de plusieurs courants théoriques qui placent la dimension systémique au cœur de la prise en charge (140).

La Thérapie Multi-Systémique (TMS) (76) (79) est un modèle de traitement qui vise à réduire le comportement antisocial des adolescents, elle intègre des thérapies familiales structurelles et stratégiques, une formation comportementale des familles et des interventions cognitivo-comportementales sur un mode communautaire.

Il existe une adaptation aux adolescents ayant des CSP, connue sous le nom de *Multisystemic Therapy for Youth with Problem Sexual Behaviors (MST-PSB)*, en français *Thérapie multisystémique adaptée aux CSP (TMS-CSP)* (77).

Comme toute TMS standard, la TMS-CSP suit un modèle de prestation de service plutôt qu'un traitement séquentiel guidé par un manuel. Son développement et les interventions qui en découlent sont basés sur 9 principes de traitement.

De plus, diverses interventions standardisées sont utilisées à chaque niveau de l'écologie sociale du jeune : individuel, familial, pairs et scolarité.

On peut résumer les objectifs primordiaux par l'idée d'apporter aux enfants et à leur parents les ressources et compétences nécessaires à la gestion des CSP et d'autres problèmes comportementaux (158).

#### **3.4.2.3.2 Principes théoriques de la TMS-CSP**

La TMS-CSP s'est construite sur la base de la théorie des systèmes familiaux (Hoffman, Minuchin, 1985) ainsi que la théorie de l'écologie sociale (Bronfenbrenner, 1979) (158).

Dans la théorie des systèmes familiaux, les schémas interactionnels des différents membres de la famille sont fortement liés aux symptômes et comportements problématiques individuels des patients. De fait, la plupart des écoles de thérapies familiales tentent donc de comprendre comment certaines problématiques s'inscrivent dans une dimension familiale.

La théorie de l'écologie sociale étend les principes de base de la théorie des systèmes familiaux en plaçant les jeunes au centre d'un complexe de différents systèmes imbriqués les uns aux autres. Le comportement du jeune est donc dépendant des relations de ce dernier avec ces différents systèmes ainsi que des interactions des systèmes entre eux. Les interactions entre le

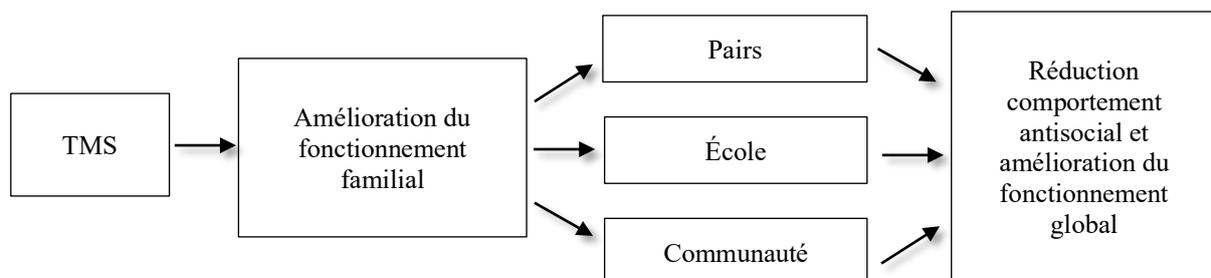
jeune et les différents systèmes extra-familiaux ainsi que le lien entre les différents systèmes, sont aussi importants que les interactions entre le jeune et sa famille. Cette théorie met l'accent sur l'importance du contexte naturel de l'enfant faisant l'hypothèse que le comportement ne peut être pleinement compris que dans ce dernier.

### 3.4.2.3.3 Principes cliniques de la TMS-CSP

La thérapie familiale, la formation comportementale des parents, ainsi que la TCC sont autant de stratégies thérapeutiques validées incluses dans la TMS.

Elle aborde directement le vécu personnel, les relations interpersonnelles (notamment familiales) et les facteurs environnementaux qui sont susceptibles d'influencer les comportements problématiques des jeunes. De même, l'évaluation médicale du jeune et de sa famille est indispensable et la prise en charge d'éventuelles comorbidités doit être intégrée au traitement psychosocial. Ces différents facteurs contributifs étant très hétérogènes d'un enfant à l'autre, l'interventions TMS doivent être individualisées (158).

L'approche TMS-CSP est guidée par les mêmes stratégies thérapeutiques que la TMS standard et lui emprunte bon nombre d'outils. Elle se concentre sur les aspects de l'écologie du jeune liés aux CSP (159) (160) (voir *Figure 7* d'après Henggeler (161)).



*Figure 7.* Principes du changement dans la TMS <sup>(161)</sup>

Au niveau de la famille, les objectifs sont :

- Réduire le déni des jeunes et des proches aidants quant aux infractions à caractère sexuel
- Éliminer les obstacles à une parentalité efficace
- Soutenir l'enfant et sa famille dans l'élaboration de plan de réduction des risques et de prévention des rechutes
- Promouvoir la communication et l'affection entre les membres de la famille.

Au niveau des pairs, les interventions sont menées par le jeune et sa famille, avec les conseils des thérapeutes et consistent souvent en un soutien des compétences relationnelles et un renforcement des associations avec des pairs sains, de même qu'une mise à distance de pairs avec influence négative.

Au niveau de l'école, le thérapeute soutient le développement de stratégies de suivi et de promotion du rendement scolaire des jeunes.

L'intervention TMS-CSP a été décrite sur le plan clinique et possède un manuel de traitement détaillé (76) (79) (77).

#### **3.4.2.3.4 Principes généraux du traitement TMS-CSP**

La TMS-CSP est essentiellement utilisée dans des cas complexes présentant une grande variété de comportements graves, elle ne suit donc pas de protocole rigide. Cependant, l'intervention MST PSB reste basée sur 9 principes de traitements. Ils ont été décrits par Henggeler (76) (79) et sont précisés dans le manuel TMS-CSP (77) :

*Principe 1* : L'évaluation TMS-CSP doit permettre de « donner un sens » aux CSP en fonction de leur contexte systémique.

Cette évaluation se concentre donc sur les caractéristiques du jeune et ses interactions au sein des multiples systèmes auxquels il est intégré.

Les cibles d'interventions sont développées à partir des données de l'évaluation conformément aux éléments de la littérature quant aux délinquants sexuels juvéniles. Si l'équipe ne parvient pas à établir des cibles claires, l'équipe TMS-CSP cherche à mettre en évidence les obstacles au succès et remodèle des interventions en conséquence. Ce processus est suivi jusqu'à ce que les objectifs thérapeutiques soient atteints ou que de nouveaux bénéfices paraissent peu probables.

*Principe 2* : Les forces systémiques représentent les principaux leviers de changement.

L'identification de ces forces commence dès le début de la prise en charge en se concentrant sur l'écologie générale des enfants. Les thérapeutes s'attachent à évaluer la capacité des membres de la famille à mobiliser différentes ressources pour répondre à la problématique tout en travaillant le développement de nouvelles forces en lien avec les objectifs. De plus, le renforcement positif et la promotion d'attitudes et de comportements axés sur ces forces sont essentiels pour le soin et l'alliance entre le thérapeute et sa famille.

*Principe 3* : Les interventions visent à renforcer le comportement responsable et réduire le comportement irresponsable des membres de la famille.

La responsabilisation des jeunes renforce chez eux des comportements qui les aident à devenir des membres compétents de leur famille et de leur communauté. La responsabilité du reste de la famille prépare également les jeunes à devenir des membres compétents de ces systèmes.

Cette responsabilisation des parents est presque toujours associée à une amélioration comportementale des jeunes.

*Principe 4* : Les interventions se concentrent sur les comportements actuels, ciblant des problèmes bien définis.

Elles cherchent à activer des changements positifs, multiples et observables dans la famille et leur écologie sociale. Devant la faible temporalité du traitement TMS-CSP, cibler des problèmes bien définis et définir des objectifs concrets est nécessaire à la réalisation et au maintien de tels changements.

*Principe 5* : Les interventions ciblent les éléments qui entretiennent les comportements identifiés comme problématiques au sein et entre les différents systèmes.

Comme suggéré par les théories de l'écologie sociale, les comportements des jeunes sont considérés comme le produit de schémas d'interactions réciproques au sein de leur environnement. Ainsi le thérapeute se concentre sur la modification des interactions dans l'ensemble des systèmes comme mécanisme pour atteindre les objectifs de traitement.

*Principe 6* : les interventions sont adaptées à l'âge développemental de l'enfant et répondent à ses besoins développementaux.

La MST-PSB tient compte de l'aspect développemental et des besoins différents des jeunes et de leurs parents selon les périodes de vie de chacun. A titre d'exemple, les enfants et jeunes adolescents voient les interventions généralement centrées sur le soutien et la formation des parents à cette problématique. Les adolescents plus âgés bénéficient d'avantage d'un travail accès sur l'entrée dans le monde adulte.

*Principe 7* : Les interventions sont conçues pour demander des efforts quotidiens ou hebdomadaire aux jeunes et à leur famille.

Une des hypothèses de base de ce programme est que le travail intégrant toutes les personnes impliquées dans l'écologie du système permet aux familles de résoudre les problèmes plus rapidement. La famille collabore avec l'équipe pour convenir des objectifs de soin et ainsi mieux accepter de surmonter les obstacles à la réalisation des objectifs. Le thérapeute renforce positivement les membres de la famille dans leur progression afin de favoriser la motivation et le maintien du changement. Cette autonomisation est d'autant plus gratifiante pour les familles qu'elle leur permet d'apprendre qu'elles sont responsables et capables de progresser vers les objectifs.

*Principe 8* : L'efficacité des interventions est en permanence évaluée sous de multiples aspects, les prestataires étant garants du fait de surmonter les obstacles à la réussite.

Une analyse continue et précise des progrès est donc exigée afin que l'équipe réadapte le plus précocement possible ses interventions selon leur efficacité. Cette rétroaction rapide permet au thérapeute et à la famille d'envisager des solutions alternatives et ce d'autant que les problèmes peuvent généralement être résolus de plusieurs manières.

*Principe 9* : Les interventions sont conçues pour promouvoir la généralisation et le maintien à long terme du traitement et permettent à la famille de répondre aux besoins de ses membres dans de multiples contextes. Afin d'assurer cela, les thérapeutes :

- Travaillent les compétences comportementales dans les conditions et l'environnement dans lesquels les jeunes et leur famille évoluent ou évolueront
- Encouragent et renforcent le développement des compétences de résolutions de problèmes de la famille

- Trouvent des tiers dans l'écologie de la famille qui renforceront les nouveaux comportements et compétences de cette dernière
- Échangent avec tous les intervenants (sociaux, judiciaires...) quant aux nouveaux comportements de la famille
- Renforcent la généralisation des comportements positifs
- Permettent aux jeunes et aux familles de développer au maximum les compétences et comportements positifs

L'importance attachée à l'autonomisation de la famille et à la mobilisation de ressources propres à l'adolescent tend à renforcer le caractère durable du changement.

#### **3.4.2.3.5 Modalités d'organisation**

Une grande partie du traitement se fait au travers de séances de groupes et familiales. Les jeunes bénéficient également d'une prise en charge individuelle.

Les thérapeutes peuvent être amenés à effectuer un suivi individuel rapproché, notamment dans un contexte de comportements agressifs graves se poursuivant même après l'instauration d'interventions systémiques. Dans ces cas, les distorsions cognitives à l'origine des comportements problématiques sont ciblées par des interventions cognitivo-comportementales individuelles.

En plus de la prise en charge groupale, des visites régulières afin de rencontrer le jeune et/ou ses parents au domicile durant environ 1 heure sont organisées. Elles ont lieu initialement 3 fois par semaines puis diminuent en fréquence au fil de la prise en charge.

La durée moyenne de l'intervention est de 5 à 7 mois (160).

Les équipes comptent en moyenne trois cliniciens (160) et les thérapeutes s'occupent en général de 4 ou 5 familles.

Ils doivent être formés à ces thérapies et sont également encadrés par un superviseur TMS qui échange avec eux de manière hebdomadaire. Il est en général convenu que les cliniciens puissent se coordonner avec les dispositifs de santé locaux pour un meilleur soutien des jeunes (160).

Ces éléments sont soutenus par une évaluation régulière de l'adhésion de l'équipe de soin aux neuf principes du modèle de TMS. Cette évaluation se fait toutes les trois semaines avec un chercheur indépendant (162).

Le dispositif prévoit également une assistance téléphonique aux familles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec un thérapeute informé des difficultés de la famille (160).

Bien que le thérapeute soit à disposition de la famille en permanence, cette disponibilité doit être ajustée aux besoins cliniques de l'enfant et est susceptible de varier considérablement (160). Les thérapeutes sont tenus de faire part d'une certaine flexibilité quant aux horaires de rencontre, de même, ces dernières doivent se faire dans des lieux appropriés et pratiques pour la famille.

#### **3.4.2.3.6 Données de la littérature**

Si certains auteurs ont montré des preuves limitées concernant la TMS-CSP (77), d'autres ont précisé les avantages concernant la réduction des CSP chez les adolescents et ont souligné qu'il s'agissait d'un des rares exemples d'interventions conforme aux besoins des délinquants pour une réadaptation efficace et conforme au principe de prévention du risque (89).

Les études concernant les délinquants sexuels adultes ont montré que ces derniers étaient moins susceptibles de récidiver s'ils avaient suivi un programme de soin que ceux ayant refusé les interventions (163).

Ce traitement a fait ses preuves pour traiter des jeunes présentant un comportement antisocial grave et persistant (164).

Le processus de développement de la TMS adaptée à des populations cliniques particulière est long et très encadré (79), de ce fait le développement du TMS-CSP s'est accompagné de trois essais cliniques randomisés comprenant une étude pilote (76) et deux études d'efficacité (77) (78).

Même si le traitement n'était pas dénommé TMS-CSP, les essais impliquaient des adaptations ciblant les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel. (140).

Il a également été évalué dans d'autres pays, avec des résultats prometteurs en Norvège (68) (165) (166) mais plus mitigés en Suède (69) et au Canada. Au Royaume-Unis, un vaste essai multicentrique est toujours en cour (essai START) (159).

Borduin et al. (1990) (76) ont décrit une approche systémique des adolescents et de leur famille concernant cette problématique. Il s'agit d'une TMS structurée qui comprenait :

- Autonomisation des parents et des adolescents face au déni des comportements
- Amélioration des relations avec les pairs sociaux
- Prévention de nouveaux comportements problématiques.

Cette étude randomisée a rapporté l'efficacité de cette thérapie chez 16 adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel pour une durée moyenne de traitement de 4 mois. Les résultats reposaient sur le taux de récidive pour les infractions à caractère sexuel.

Borduin et al. (2009) (77) ont réalisé une étude comparative randomisée dans une population de délinquants sexuels mineurs masculins. Un groupe de 24 patients était traité par TMS pour une durée moyenne de 31 semaines et un autre groupe de 24 mineurs recevait les traitements communautaires habituels. La moyenne du suivi était de 9 ans. Les participants ayant reçu une prise en charge TMS avaient un taux de nouvelles arrestations pour délits sexuels nettement inférieur à celui du groupe témoin.

Henggeler et al. (2009) et Letourneau et al. (2009) (78) ont rapporté l'efficacité chez 67 adolescents d'un traitement TMS dans le même hôpital. Il s'agit d'une étude randomisée, la durée moyenne du traitement était de 7 mois et la récidive sexuelle n'a pas été étudiée.

Après un an de suivi, les mineurs et leurs familles ont rapporté des réductions significativement plus importantes en termes de comportement sexuel, de comportement antisocial, de toxicomanie et de placements hors domicile dans le groupe traité par TMS. Seulement 6 jeunes de chaque groupe n'ont pas réussi à terminer le traitement dont l'achèvement était obligatoire pour l'inclusion dans l'étude.

Après deux ans de suivi (Letourneau et al. 2013) les nouvelles arrestations pour infraction à caractère sexuelle ont été examinées contrairement à la première partie de l'étude. Les bénéfices du traitement par TMS ont été maintenus lorsque qu'on prenait en compte le comportement sexuel, les comportements antisociaux et les placements à l'extérieur du domicile.

Johnides et al. (2017) (167) a même étudié l'effet d'une prise en charge TMS sur les parents d'enfants ayant des comportements antisociaux avec une durée moyenne de suivi de 20,7 ans. Il se sont pour cela basé sur la population ayant participé à l'étude de Borduin et al. (1995). Sur 276 participants les résultats montrés un taux significativement moins élevé dans le groupe ayant bénéficié d'un traitement TMS que dans le groupe témoin qui n'avait qu'un suivi individuel. Cette étude montre les bénéfices d'une prise en charge MST sur le long terme.

### **3.4.2.3.7 Conclusion**

Cette combinaison entre TCC et thérapie familiale paraît très prometteuse dans le contexte des mineurs CSP (78).

Les développeurs du TMS-CSP ont mené un petit essai qui a montré que les MCSP ayant bénéficié de cette thérapie étaient moins susceptibles d'être arrêtés pour de nouvelles infractions à caractère sexuel à 8,9 ans après le traitement (77). Un essai plus large sur l'efficacité du TMS-CSP comparé aux services habituels des MCSP a montré que les mineurs ayant bénéficié du traitement avaient moins de CSP et étaient moins susceptibles d'être placés en dehors de leur domicile (78).

Le TMS-CSP est une des seules interventions concernant les MCSP qui a bénéficié d'essais cliniques randomisés.

Malgré certains aspects prometteurs, elle n'a été étudiée que dans certains pays et la question de sa reproductibilité vers des systèmes de santé et des systèmes judiciaires autres est complexe. D'abord les essais initiés par les développeurs de cette thérapie semblent obtenir des résultats plus importants que les autres études, suggérant un possible « effet développeur » (168). Des essais sont donc nécessaires pour permettre de transposer cette thérapie à d'autres pays.

De plus, devant la stigmatisation importante de cette population dans les différentes régions du monde, il paraît nécessaire de prendre en compte les variations ethniques et culturelles quant à ces questions lors de l'adaptation de la TMS-CSP.

L'intégration pleine de l'ensemble de l'écologie sociale de l'enfant au soin est donc la force de cette thérapie. La prise en charge globale des systèmes dans lesquels interagit l'enfant permet d'étendre les bénéfices thérapeutiques au-delà des CSP. Cela renforce également la dimension de prévention des comportements, qui ne doit pas devenir l'objectif principal du traitement mais qui reste essentielle dans ces questions et s'articule d'autant plus facilement que les différents acteurs prennent part à la prise en charge.

#### **3.4.2.4 Psychoéducation**

##### **3.4.2.4.1 Principes dans les CSP**

La psychoéducation semble également tenir une place fondamentale dans le soin des mineurs CSP. On retrouve des éléments de psychoéducation dans quasiment tous les programmes de soin à destination de ces mineurs.

Elle peut être définie comme une intervention psychothérapeutique revêtant un caractère didactique dont le but est d'éduquer les patients et leurs proches sur un trouble psychiatrique tout en renforçant les ressources permettant d'y faire face (169). Dans le cas des CSP, il s'agit essentiellement d'apporter les éléments de connaissance en lien avec le comportement problématique en lui-même.

Les principaux axes de travail chez les MCSP concernent les points suivants :

- Éducation sexuelle (139) (170) (171) (172)

- Résolution de problèmes (139)
- Responsabilité personnelle (173) (172) (174) (175)
- Capacités d'empathie (173) (172)(174)(175)
- Victimisation personnelle (173)
- Prévention des rechutes (171) (172) (175)
- Compétences sociales (176) (170)(174)
- Gestion émotionnelle (172)
- Compréhension et gestion des facteurs déclencheurs (174)

De même, l'éducation des parents permet de les décentrer du symptôme présenté par leur enfant et de mieux le comprendre. La psychoéducation offre ainsi des alternatives acceptables pour remplacer des comportements problématiques, elle permet parfois aux familles de mieux tolérer le comportement tandis qu'une prise en charge spécifique se met en place (177).

#### **3.4.2.4.2 Données de la littérature**

Hains et coll. (1986) (139) ont étudié un groupe d'adolescents délinquants âgés de 16 à 18 ans qui ont bénéficié d'un traitement sous forme de séances de groupes axées sur l'éducation sexuelle, l'amélioration des « attitudes psychologiques », la résolution de problèmes et la formation au jugement moral. Neufs patients ont bénéficié de ce traitement et huit autres faisaient partie d'un groupe témoin sur liste d'attente. Les résultats comprenaient des scores évaluant les différents axes du traitement. Une différence significative mais légère a été retrouvée dans le groupe traité concernant la compétence sociale et les attitudes sexuelles.

Kaplan et al. (1991) (170) ont étudié une population de 213 hommes âgés de 12 à 19 ans. Seuls 19 ont été inclus dans l'analyse finale, ils ont bénéficié d'un programme de 40 semaines

comprenant de la TCC et un petit nombre de séances d'éducation sexuelle. Les résultats, dont la mesure se basait sur des tests éducatifs, ont montré une amélioration des scores pour les patients ayant terminé le traitement.

Bremer (1992) (173) a analysé un échantillon de 193 patients délinquants sexuels, âgés de 14 à 16 ans et qui ont bénéficié d'un programme spécifique psychoéducatif. Ce dernier abordait des questions relatives à la responsabilité personnelle, les antécédents personnels, la victimisation personnelle, le cycle des agressions sexuelles et l'empathie des victimes. Un suivi à long terme après le traitement été également dispensé et se centrait sur la récidive. Les résultats ont montré des taux de récidive inférieurs chez les patients ayant participé au programme.

Mazur et Michael (1992) (171) ont étudié un programme ambulatoire à destination des adolescents ayant des CSP. Ce programme centré sur la famille consistait en un protocole de 16 semaines avec des interventions axées sur la sexualité, l'éducation et la prévention des rechutes. Aucun comportement sexuel problématique n'a été révélé durant les 6 mois de suivi après le programme.

Graves et al. (1992) (176) ont analysé une population de 18 patients âgés de 12 à 19 ans qui ont été adressés vers un centre spécialisé. Ils ont bénéficié d'un programme centré sur les compétences sociales des adolescents. Un groupe témoin était constitué d'hommes de 13 à 18 ans, assignés au hasard. Les mesures des résultats se faisaient par des échelles d'évaluation des compétences sociales et d'autres échelles psychométriques. Le groupe traitement a montré une utilisation plus fréquente des compétences sociales enseignées par rapport au groupe témoin. Les auteurs ont également rapporté des améliorations dans d'autres domaines pour le groupe traitement, notamment la communication entre parents et adolescents.

Lab et al. (1993) (172) ont évalué dans un échantillon de 46 patients, dont la moyenne d'âge était de 14,2 ans, un programme psychoéducatif centré sur l'éducation sexuelle, l'empathie envers les victimes, la prévention des rechutes, la gestion de la colère et la responsabilité personnelle. Un groupe témoin était constitué de mineurs ayant reçu un traitement non spécifique. La mesure des résultats comprenait la récidive sur le plan sexuel. On retrouvait des faibles niveaux de récidive sexuelle dans les deux groupes et aucune différence significative n'a été constatée entre les groupes.

Dorfman (1993) décrit un programme de formation à l'emploi pour délinquants sexuels adultes et adolescents. Des scores d'empathies ont été réalisés avant et après les deux mois de traitement. Une tendance dans le sens d'une empathie accrue pour ces patients a été trouvée mais aucune différence significative n'a été rapportée. D'autres mesures physiologiques ont rapporté une diminution de la fréquence cardiaque, documentée comme réponse empathique dans la littérature.

Hagan et al. (1994) (174) ont mené une étude sur le taux de récidive de 50 adolescents délinquants sexuels placés en établissement correctionnel pour mineur. Ces taux ont été évalués sur 2 ans après la fin du programme. Ce programme portait sur l'acceptation de la responsabilité de l'infraction, la compréhension des facteurs déclencheurs, l'apprentissage des signes avant-coureurs d'un CSP, le renforcement de l'empathie et le développement de comportements pro-sociaux adaptés. A la fin du suivi, 40% avaient eu de nouveaux comportements criminels, dont 8% seulement étaient des infractions à caractère sexuel.

Hagan et Gust-Brey (2000) (175) sur une population de 50 patients âgés de 12 à 19 ans ont évalué l'efficacité en établissement sécurisé d'un programme de groupe centré sur la responsabilité, la prévention des rechutes et l'empathie des victimes. La mesure des résultats considérait la récurrence, 20% des patients avaient commis une autre infraction à caractère sexuel sur une période de suivi de 10 ans.

Heran (2005) a étudié 40 patients âgés de 14 à 20 ans ayant bénéficié d'un traitement spécifique pour adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel. Il s'agit d'un programme expérimental de thérapie de groupe conçu pour améliorer les capacités d'empathie. 31 patients ont complété le programme et le reste de l'échantillon a permis de constituer un groupe témoin pour lequel la prise en charge s'est poursuivie avec les thérapies habituelles. Des scores ont été utilisés pour les résultats. Le groupe recevant le traitement expérimental a montré des scores d'empathie supérieurs à ceux du groupe témoin.

Becker et al. (1988), Hunter and Santos (1990), Borduin et al. (2009), Henggeler et al. (2009) Letourneau et al. (2009, 2013) et Edwards et al. (2012) incluent tous dans leur programme de la psychoéducation concernant les CSP (139).

La plupart des études ci-dessus se retrouvent dans la méta-analyse de Thibaut et al. (2016) (21) où 11 études comprenaient une composante majeure d'éducation psychosociale. Cependant, cette analyse concernait les adolescents agresseurs sexuels avec un trouble paraphilique. Les résultats n'ont pas montré de supériorité en termes d'efficacité de la psychoéducation sur les taux de récurrence.

#### **3.4.2.4.3 Conclusion**

La psychoéducation est généralement une combinaison de TCC et d'éducation centrée sur la sexualité et l'amélioration de l'empathie envers les victimes.

Certaines études ont des groupes de comparaison ou des groupes témoins (basés sur les patients sur liste d'attente) (139) (176) (172) et présentent des résultats intéressants en terme d'efficacité thérapeutique.

L'éducation psychosociale se fait essentiellement au travers de séances de groupe entre pairs.

La mesure des résultats incluait les taux de récurrence dans une partie des études (175) (174) (172) (173), un taux de 8 à 20% de récurrence était observé selon la durée de suivi. D'autres études utilisaient des scores permettant de suivre et d'évaluer les compétences développées par les enfants au cours des séances de psychoéducation (Heran, 2005) (171) (176). Une étude (Dorfmann, 1993) a utilisé des mesures physiologiques associées au degré d'empathie.

Pour les autres études, l'hétérogénéité des éléments de mesure des résultats ne permettait pas de comparaison, excepté pour l'empathie envers les victimes qui était améliorée dans la plupart des cas.

Même si ces diverses études, pour la plupart non contrôlées, restent peu convaincantes en termes d'efficacité, la psychoéducation semble tenir une place indispensable dans le soin des MCSP. Il s'agit d'un outil supplémentaire, qui doit s'articuler avec d'autres modalités thérapeutiques. La psychoéducation serait intéressante en termes d'éducation sexuelle, de compétences sociales, de gestion émotionnelle, de compréhension et de gestion des facteurs déclencheurs et de développement de l'empathie.

### **3.4.2.5 Thérapie individuelle**

#### **3.4.2.5.1 Principes dans les CSP**

La thérapie individuelle s'intègre généralement à un programme de traitement multimodal. Il paraît peu intéressant d'envisager une prise en charge individuelle unique concernant les MCSP.

Elle permet d'adapter individuellement les outils thérapeutiques selon les besoins du jeune, notamment sur le plan cognitif et émotionnel (Rich, 2011). Le développement des capacités d'introspections, l'exploration et la consolidation d'acquis issus des autres modes de traitement sont autant d'éléments renforcés par la thérapie individuelle.

Elle soutient également l'adhésion au soin de manière générale et peut permettre de préparer un jeune aux autres modalités thérapeutiques.

Cependant les auteurs rappellent que la relation duelle présente certains inconvénients en permettant plus facilement les mécanismes de manipulation ou de séduction chez l'adolescent. Le thérapeute doit faire preuve de prudence et les auteurs recommandent une prise en charge par des cliniciens expérimentés associés à des équipes pluridisciplinaires faisant office de tiers avec les autres intervenants concernés par le jeune (Tardif et al., 2012).

On retrouve la modalité de soin individuelle dans une grande partie des programmes de soins à destination des MCSP même si l'essentiel du traitement semble reposer souvent sur de la thérapie de groupe avec les pairs et la famille.

Certains programmes incluent cette modalité de manière systématique quand d'autres se réservent la possibilité d'associer une thérapie individuelle selon les besoins des jeunes.

### 3.4.2.5.2 Données de la littérature

Il n'existe pas d'étude d'efficacité concernant spécifiquement la thérapie individuelle chez les MCSP dans la littérature. En revanche, de nombreux programmes de prise en charge étudiés incluent cette modalité ou sont comparés à des traitements dits « habituels » qui comportent souvent de la thérapie individuelle.

Borduin et al. (1990) (76) ont comparé un groupe traité par TMS à un groupe témoin bénéficiant d'une thérapie individuelle combinant TCC et thérapie d'approche psychodynamique. Il s'agissait pour la thérapie individuelle d'une prise en charge de 45 heures étalées sur 4 mois.

Hunter and Goodwin (1992) (135) utilisent la thérapie individuelle orientée sur l'insight et la résolution de problèmes.

Weintrot et al. 1997 (136) rapporte également l'utilisation d'une thérapie individuelle sans précision.

Concernant les études de Worling and Curwen (2000) (74) et Worling et al. (2010) (75), 100% des patients du groupe SAFE-T ont bénéficié d'une thérapie individuelle d'orientation cognitivo-comportementale.

Dans la population étudiée par Waite et al. (2005) (137) la thérapie individuelle est utilisée dans le groupe traité et dans le groupe témoin.

Offermann et al. (2008) (177) ont dans leur programme de traitement *Safety, Mentoring, Advocacy, Recovery, and Treatment (SMART)* des thérapies individuelles. Ces dernières sont utilisées pour répondre aux problèmes et besoins particuliers d'un enfant et pour soutenir la

famille, tandis que la thérapie de groupe est utilisée pour travailler des aspects plus spécifiques du CSP dans des contextes de groupe pertinents pour le bon développement des jeunes.

Borduïn et al. (2009) (77) ont comparé un groupe traité par TMS avec un groupe recevant les traitements résidentiels habituels. Ces derniers incluaient des thérapies d'orientation cognitivo-comportementale de groupe et une thérapie individuelle de 60 à 90 minutes par semaine durant 30 semaines.

Thoder et Cautilli (2011) (138) ont utilisé la TDM au moyen de séances individuelles et groupales.

Edwards et al. (2012) (62) ajoutent à leur programme TCC-CSP des séances de thérapie individuelle d'orientation cognitivo-comportementale.

Fogany et al. (2015) dans leur étude STEPS-B incluent de la thérapie individuelle avec psychiatre et psychologue en plus d'interventions de type TCC, et de thérapie groupale.

Parmi les 19 programmes recensés par Boisvert et al. (2016), venant pour la plupart des États-Unis, si la thérapie groupale semble fortement privilégiée, la majorité de ces derniers y associent des prises en charge individuelles.

### **3.4.2.5.3 Conclusion**

L'essentiel des études évoquées concerne des populations adolescentes cependant même si la l'investissement familial dans la prise en charge semble plus nécessaire chez le jeune enfant, la modalité de soin individuel doit être associée au traitement. De plus les essais contrôlés concernant les ECSP ont trouvés des bénéfices en termes d'efficacité en utilisant à la fois des formes groupales et individuelles de TCC à court terme.

Même si cette modalité thérapeutique n'a pas précisément été évaluée, on remarque sa quasi-omniprésence dans les programmes de soins décrits par la littérature.

### **3.4.3 Place des traitements médicamenteux**

La question de la place des traitements pharmacologiques chez les MCSP revêt deux dimensions.

Une première est celle des thérapeutiques en lien avec une comorbidité psychiatrique. Il est évident que tout patient doit bénéficier d'un éventuel traitement médicamenteux nécessaire à la prise en charge d'un trouble mental dépisté lors de l'évaluation pédopsychiatrique initiale. L'indication de traitement n'est pas directement en lien avec les CSP.

Nous nous attacherons dans ce travail à l'étude d'une deuxième dimension qui est celle des traitements pharmacologiques parfois utilisés spécifiquement chez les MCSP dans le contexte des CSP.

Cette question dans les cas d'agressions sexuelles demeure soumise à de nombreuses considérations éthiques.

La littérature concernant les traitements pharmacologique des MCSP reste marginale, elle se concentre essentiellement sur les prises en charge psychothérapeutiques. Il n'y a pas d'études contrôlées et on retrouve essentiellement des rapports de cas.

Cela s'explique par les nombreuses limites concernant ces études, la comparaison des populations est difficile devant la grande hétérogénéité des patients inclus ainsi que devant les durées de suivi et les mesures de résultats qui sont très différentes.

Les traitements essentiellement utilisés dans ce contexte sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les traitements dits « antihormonaux ».

A titre d'exemple, en Amérique du Nord en 2008, selon McGrath et al. (2009) (141) 20% des AICS étaient traités par ISRS et 25% avaient un traitement antiandrogène.

Aucun traitement ne bénéficie d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans cette indication chez l'enfant. Leur utilisation potentielle doit donc faire l'objet d'une évaluation pré-thérapeutique minutieuse et spécifique.

Les auteurs appellent à une prudence extrême quant à la prescription de tels traitements chez l'enfant et l'adolescent devant les effets de ces derniers sur le développement normal des jeunes qui restent peu connus.

L'académie américaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (AACAP) (178) a fortement recommandé de limiter leur utilisation aux cas les plus sévères et déconseille vivement leur utilisation chez les mineurs de moins de 17 ans.

### **3.4.3.1 Traitements antidépresseurs**

#### **3.4.3.1.1 Principes théoriques**

L'effet sur le comportement sexuel des antidépresseurs sérotoninergiques a conduit à leur utilisation dans les comportements sexuels dits déviants.

Parmi les troubles sexuels imputables aux traitements antidépresseurs, on retrouve une baisse de la libido et des capacités érectiles chez l'homme, une baisse du désir, de l'excitabilité et une anorgasmie chez la femme (179).

Certains auteurs émettent cependant des réserves quant à son utilisation dans les formes graves de paraphilies (180).

On retrouve de bonnes preuves de l'efficacité des Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine (ISRS) sur les CSP au travers de leur action sur la sérotonine et ce sans modification sur les niveaux hormonaux, point important chez l'enfant (183).

Il s'agit d'une classe pharmacologique déjà utilisée dans plusieurs troubles retrouvés chez l'enfant et l'adolescent, notamment les troubles obsessionnels-compulsifs et les troubles dépressifs (181) (182).

La Food and Drug Administration des États-Unis rappelle les mesures de bonne pratique concernant ces traitements, notamment la possible majoration du risque suicidaire chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes de moins de 24 ans pour les ISRS (<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM096273>).

Aux États-Unis, l'utilisation des ISRS chez les délinquants sexuels mineurs a été estimée dans les programmes communautaires à 30% chez les garçons et 21% chez les filles. De même, dans les programmes dits résidentiels, ces taux sont respectivement de 36% et 32%. Cette prévalence serait légèrement moins élevée au Canada, où elle est proche de 27%.

#### **3.4.3.1.2 Dans la littérature**

La littérature sur le sujet est essentiellement constituée de rapports de cas et d'études non contrôlées.

Bradford (1993) dans un rapport de cas décrit un traitement par CLOMIPRAMINE à une posologie de 150 mg/j chez un adolescent de 17 ans présentant des CSP sévères avec un trouble paraphilique associé.

Le patient présente également une anomalie du lobe temporal avec des perturbations à l'EEG. Il a bénéficié d'un traitement par acétate de médroxyprogestérone (MPA) arrêté en raison d'effets indésirables (hypertrophie mammaire) avant l'instauration du traitement par CLOMIPRAMINE.

La mesure des résultats s'est faite au moyen de tests phallométriques répétés. Ces derniers ont montré une suppression presque complète de l'excitation sexuelle en lien avec son trouble paraphilique.

Galli et al. (1998) (155) ont traité un patient de 17 ans répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV pour le trouble paraphilique par de la FLUOXETINE à une posologie de 40mg/j.

Il présente aussi un trouble bipolaire de type II et un trouble obsessionnel compulsif comorbides.

Il a bénéficié initialement d'un traitement psychothérapeutique en établissement durant 1 an et 5 mois qui n'a pas montré d'efficacité.

Les résultats ont montré une amélioration du trouble paraphilique ainsi que des troubles psychiatriques comorbides sous traitement médicamenteux.

Aguirre (1999) (184) a décrit dans un rapport de cas un traitement médicamenteux chez un adolescent de 16 ans répondant aux critères du trouble paraphilique selon le DSM-IV et présentant un TSPT comorbide. Il avait agressé sexuellement plusieurs de ses pairs.

Après un traitement par OLANZAPINE (5mg/j) associé à de la SERTRALINE (50mg/j) qui ne se sont pas montrés efficaces, il a reçu un traitement par FLUOXETINE jusqu'à une posologie

de 60 mg/j. Les auteurs ont décrit une diminution marquée des CSP après 17 jours de traitement. Cependant il n'y a pas eu de suivi après la sortie du patient.

Greenberg et al. (1996) (185) ont mené une étude rétrospective ouverte concernant l'efficacité de plusieurs molécules chez des patients présentant un trouble paraphilique. Certains des patients de la cohorte avaient 17 ans.

Les molécules étudiées étaient la FLUVOXAMINE, la FLUOXETINE et la SERTRALINE. Les résultats ont montré une diminution significative des fantasmes paraphiliques dans les trois groupes sans différence d'efficacité entre les molécules. Cependant, aucune analyse n'a concerné spécifiquement la population adolescente.

Bradford (1995) (186) a mené une étude ouverte durant 12 semaines concernant un traitement par SERTRALINE chez 18 patients présentant un trouble paraphilique de type pédophile âgés de 16 ans et plus. La mesure des résultats se faisait par des échelles d'auto-évaluation et de la pléthysmographie pénienne. Les résultats ont montré une amélioration des échelles d'auto-évaluation et des mesures de pléthysmographie mais le sous-groupe adolescent n'a pas bénéficié d'analyse spécifique.

Ces rapports de cas et études non contrôlées impliquent principalement des adultes. Ils rapportent une tendance à l'efficacité de la CLOMIPRAMINE (Bradford, 1993) ainsi que de certains ISRS (notamment la FLUOXETINE et la SERTRALINE) (155) (184) (185) (186) sur les troubles paraphiliques.

Ces études présentent un faible niveau de preuve et concernent quelques adolescents atteints de troubles paraphiliques, peu représentatifs de la population des MCSP.

### **3.4.3.2 Traitements hormonaux**

#### **3.4.3.2.1 Principes théoriques**

Le rôle des androgènes dans l'activité sexuelle apparaît complexe, ils interviennent notamment dans la production du liquide séminal et dans l'éjaculation. Certaines études démontrent par exemple que les androgènes agissent dans les phénomènes d'érection nocturne (187) lors de la phase de sommeil paradoxal mais ne semblent pas nécessaires à l'érection réactionnelle à des stimuli érotiques visuels.

Le rôle de la testostérone dans la libido est également flou. Il est montré qu'il n'existe pas de corrélation entre les taux de testostérone et les fantasmes sexuels ou la fréquence des érections (188).

Le lien entre la testostérone et l'agressivité suscite également beaucoup de questionnement chez les chercheurs. Si des liens ont pu être retrouvés dans le monde animal entre les taux de testostérone et les comportements agressifs, aucun lien significatif n'a été mis en évidence chez l'homme. Ces mêmes liens entre hormones sexuelles et comportements sexuels semblent encore plus complexes chez la femme.

Le mécanisme d'action de ces traitements hormonaux est souvent dénommé « castration chimique ». Cette dernière est réversible à l'arrêt du traitement.

A travers une diminution directe ou un rôle antagoniste sur l'action périphérique de la testostérone, ces traitements permettent, dans une certaine mesure, le contrôle des comportements sexuels déviants ou des pulsions sexuelles.

Parmi ces traitements antihormonaux, on retrouve principalement la CYPROTÉRONNE, qui est un stéroïde antiandrogène et antigonadotrope de synthèse. En France, elle est commercialisée sous forme acétylée, l'ACÉTATE DE CYPROTÉRONNE (CPA).

Il existe également les analogues de la GnRH qui bloquent l'action de la GnRH ou hormone libératrice de gonadotrophines, on retrouve par exemple le LEUPROLIDE ou LEUPRORELINE.

L'ACETATE DE MEDROXYPROGESTERONE (AMP) est une forme synthétique de progestérone utilisée par certains auteurs à visée de castration chimique.

Nous rappelons qu'aucun de ces traitements ne bénéficie d'une AMM dans l'indication des CSP, leur utilisation première en France étant la chimiothérapie du cancer de la prostate. De plus, la *Conférence de consensus de la prise en charge des auteurs d'agression sexuelles* (2001) contre-indique son utilisation chez les patients atteints d'épilepsie, de psychose et chez le sujet adolescent.

Concernant spécifiquement le traitement par *ANDROCUR*<sup>®</sup> et ses génériques (traitement CPA), l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé (ANSM) a rappelé en 2019 les précautions concernant le risque de développement de méningiome avec notamment une surveillance rapprochée par imagerie cérébrale (189) (190).

Les différentes propriétés pharmacologiques des traitements antiandrogènes ont été décrites dans la littérature, notamment leur utilité chez les agresseurs sexuels (183) (191).

Chez les MCSP, seuls quelques cas de traitements antihormonaux ont été rapportés.

Aux États-Unis, ces traitements ont été utilisés chez 3% des patients participants à des programmes communautaires et 5% des patients participants à des programmes résidentiels (141).

### 3.4.3.2.2 Dans la littérature

La littérature portant spécifiquement sur les traitements pharmacologiques des MCSP est assez rare, pour les traitements antihormonaux il s'agit essentiellement de rapports de cas. La plupart concernaient un traitement par CPA dans des populations de MCSP présentant un retard mental. Les autres traitements étaient l'AMP et les analogues de la GnRHa. Il n'existe pas d'étude contrôlée.

Bradford (1993) rapporte le cas d'un mineur âgé de 16 ans présentant des CSP et un retard mental léger. Ce dernier a été traité par CPA et la mesure des résultats s'est faite en prenant en compte des tests phallométriques ainsi que les taux de récurrence. Les résultats étaient encourageants, le suivi à 5 ans n'a montré aucune récurrence concernant des infractions à caractère sexuel.

Certains auteurs ont décrit (192) (193) l'efficacité de la CPA chez des patients atteints de retard mental et présentant des CSP. Une étude porte sur un échantillon de 26 délinquants, âgés de 14 à 74 ans, sans que l'accent soit mis sur les mineurs dans l'analyse des résultats. Davies (193) a obtenu des résultats intéressants avec la CPA chez des mineurs présentant une déficience intellectuelle sévère et des comportements agressifs associés aux CSP.

McConaghy et al. (1989, 1990) (194) (195) ont réalisé une étude randomisée qui a comparé l'utilisation de l'AMP seule ou associée à des traitements psychothérapeutiques chez 45 délinquants sexuels, dont 6 étaient mineurs.

Le traitement par AMP était instauré à une posologie de 150 mg par injection. Les patients recevaient d'abord 4 injections espacées de 15 jours puis 4 injections par mois pour une durée totale de traitement de 6 mois.

La mesure des résultats s'est faite à travers les taux de récurrence ainsi que des échelles d'auto-évaluation. La durée de suivi des jeunes était d'au moins 1 an après la fin du traitement.

Sur les 6 patients mineurs, 3 ont récidivé après 1 an.

Les résultats n'ont pas montré d'efficacité significative de l'AMP en association avec la TCC chez ces 3 adolescents. Dans un des cas, les auteurs soulignent que la récurrence a eu lieu 2 ans après l'arrêt du traitement par AMP et que ce dernier a été efficacement réintroduit pour 6 mois.

Il est important de noter que l'objectif principal de l'étude ne concernait pas les patients mineurs et les effets secondaires du traitement n'ont pas été documentés.

Thibaut et al. (1993) (196) ont décrit le cas d'un patient âgé de 15 ans qui présente un retard mental et des CSP. Ces derniers sont essentiellement une masturbation compulsive et un exhibitionnisme fréquent. Le patient et sa famille ont donné leur consentement pour un traitement par analogue de la GnRHa longue durée. Le patient a bénéficié d'un bilan pré-thérapeutique et avait complété son développement pubertaire. Un traitement par CYPROTÉRONNE a également été associé en début de prescription afin de contrôler l'effet de poussée initiale du taux de testostérone.

Après 5 semaines de traitement, les conduites d'exhibitionnisme ont complètement disparu et les activités masturbatoires ont fortement diminuées. Les auteurs ont été vigilants quant à d'éventuels effets indésirables, aucun n'a été signalé. Le patient a bénéficié d'un suivi de deux ans durant lequel l'amélioration s'est maintenue puis s'est retiré du programme pour des raisons non médicales.

Ces données issues de la littérature sont anciennes et ont un niveau de preuve scientifique faible. On remarque que ces thérapeutiques s'adressent à des patients présentant de lourdes comorbidités psychiatriques et des CSP graves. Même si certains cas très spécifiques pourraient

questionner leur intérêt, les effets délétères potentiels de ces traitements sur le développement des mineurs semblent contre-indiquer leur utilisation dans cette population dans la plupart des cas.

### **3.4.3.3 Autres traitements**

#### **3.4.3.3.1 Autres psychotropes :**

La MIRTAZAPINE est un traitement antidépresseur noradrénergique et sérotoninergique, il peut également être classé comme antidépresseur tétracyclique du fait de sa structure. Plusieurs rapports de cas évoquent l'utilisation de ce traitement dans une population de patients mineurs atteints d'un TSA.

Nguyen et Murphy (197) ont décrit un traitement par MIRTAZAPINE à une posologie de 45 mg par jour ayant réduit efficacement les CSP, notamment des comportements hypersexuels, chez un garçon de 13 ans.

Coskun et Mukaddes (198) ont rapporté chez un autre garçon de 13 ans atteint de TSA, un traitement par MIRTAZAPINE efficace sur les CSP à une posologie de 15 mg par jour.

Coskun et coll. (199) ont étudié une série de cas de 9 mineurs atteints de TSA. Un traitement par MIRTAZAPINE s'est montré efficace concernant les CSP, notamment pour la masturbation excessive.

Concernant les traitements neuroleptiques, il n'existe aucune étude d'efficacité chez les MCSP. Certaines molécules auraient des effets positifs chez les agresseurs sexuels adultes, il s'agit de la CLOZAPINE (200) et du LITHIUM (201). Cependant, les rapports de cas quant à leur utilisation dans ce contexte concernaient des patients adultes avec des comorbidités psychiatriques sévères.

### 3.4.3.3.2 L'utilisation de la NALTREXONE

La NALTREXONE est un opioïde à action prolongée, habituellement utilisé dans le traitement des addictions.

Cette molécule paraît intéressante notamment concernant « l'euphorie de l'usage compulsif ». De fait, son intérêt dans les cas d'addiction sexuelle a pu être étudié. Elle aurait par exemple un effet sur la compulsion à la consultation de sites pornographiques (202).

Ryback (2004) (203) a mené une étude prospective ouverte concernant l'efficacité de la NALTREXONE associée à une psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale dans une cohorte de 21 patients MCSP. Les mineurs étaient inclus s'ils répondaient, sur la base d'auto-déclarations, à l'un des critères suivants : se masturber excessivement, se sentir incapable de contrôler son excitation sexuelle, dépenser plus de 30% du temps d'éveil aux fantasmes sexuels ou avoir des comportements ou des fantasmes sexuels entravant fortement le fonctionnement habituel du jeune.

L'objectif de cette étude était de déterminer si la NALTREXONE peut diminuer l'excitation sexuelle chez les mineurs auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Il est à noter que les patients ont bénéficié d'un traitement durant 2 mois afin d'obtenir une vision avant, pendant et après le traitement ainsi qu'une éventuelle reprise de traitement.

La mesure des résultats s'est faite au travers du nombre de masturbations et des fantasmes sexuels quotidien selon des auto-déclarations.

Le résultat était considéré comme positif si le critère évalué avait diminué de plus de 30% pour au moins 4 mois. Un analogue de la GnRHA était ajouté en cas d'inefficacité thérapeutique de la NALTREXONE, ce qui peut constituer un biais d'interprétation.

Pour 15 patients, l'efficacité de la NALTREXONE a été jugée suffisante. La dose moyenne était de 160 mg/j. Les posologies supérieures à 200 mg/j ne paraissaient pas utiles.

L'arrêt après 2 mois de traitement par NALTEXONE a entraîné une réapparition des symptômes chez 13 patients dès lors que la posologie atteignait de 50 mg/j.

Sur les 6 patients n'ayant pas bénéficié de NALTREXONE, 5 ont répondu favorablement au LEUPROLIDE. La durée moyenne du traitement par LEUPROLIDE était de 1 an.

#### **3.4.3.3.3 L'utilisation du PROPRANOLOL**

Il s'agit d'un bêtabloquant sympatholytique et non cardio-sélectif qui bloque l'action de l'épinéphrine et de la noradrénaline sur les récepteurs  $\beta$ -adrénergiques 1 et 2.

Même si le mécanisme d'action n'est pas clair, on a signalé que les bêtabloquants étaient associés à des dysfonctionnements sur le plan sexuel chez l'homme (204).

Une étude (205) a montré qu'un traitement par PROPRANOLOL chez des hommes entraînait une diminution significative du taux de testostérone.

Le PROPRANOLOL agirait également comme un antagoniste des récepteurs à la sérotonine (5HT) dans le cerveau (206) (207).

Ces éléments suggèrent que son utilisation éventuelle dans les troubles du comportement sexuel, notamment de type hypersexuel, a un sens clinique.

Dans la littérature, il n'existe à notre connaissance qu'un seul cas d'utilisation de ce traitement ciblant les CSP chez l'enfant ou l'adolescent. Il s'agit d'un patient de 13 ans atteint d'un TSA (208), sans autres comorbidités psychiatriques. Les auteurs n'ont pas précisé s'il bénéficiait de traitements médicamenteux particuliers. Une amélioration significative des CSP (notamment les conduites hypersexuelles) a été constatée après un traitement par propranolol à une posologie de 0,3 mg/Kg/j. La durée du traitement était de trois mois.

Après 2 semaines de traitement les conduites hypersexuelles avaient fortement diminué au domicile et à l'école. Après trois mois, le patient n'a pas pris son traitement durant 2 semaines, les parents ont rapporté une recrudescence des comportements problématiques à ce moment.

#### **3.4.3.4 Algorithme de prise en charge**

Nous rappelons à nouveau qu'aucun de ces traitements pharmacologiques ne bénéficie d'AMM concernant les CSP chez l'enfant et l'adolescent. De même, au regard de la littérature, le traitement de première intention est toujours la psychothérapie.

La World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) (21) a édité en 2016 des guidelines concernant les traitements des adolescents agresseurs sexuels présentant un trouble paraphilique. Nous avons choisi d'illustrer le principe de prise en charge médicamenteux à travers l'algorithme présenté dans cet article. Nous insistons sur le fait qu'il concerne une infime partie des MCSP, ceux présentant un trouble paraphilique. Cependant, les axes décrits semblent intéressants pour envisager la prise en charge médicamenteuse d'une partie de cette population.

Ce modèle anglo-saxon est basé sur celui du Risk Need Responsivity décrit par *Andrews et Bonta 2010* (209). Les traitements antihormonaux restent vivement « déconseillés » avant 17 ans et la durée du traitement est difficile à définir.

Le choix d'un traitement médicamenteux dans ce contexte dépend essentiellement de l'âge développemental et du stade pubertaire du jeune. Il nécessite dans tous les cas un bilan pré-thérapeutique spécifique.

En fonction des risques associés aux comportements problématiques et des objectifs du traitement, les auteurs ont défini quatre niveaux de traitement (*Figure 9*) :

- Niveau 1 : ACSP sans comportement violent
- Niveau 2 : ACSP avec comportement violent léger ou modéré
- Niveau 3 : ACSP à haut risque de récurrence sexuelle, ayant atteint le stade 5 de la classification de Tanner
- Niveau 4 : idem au niveau 3 pour les adolescents âgés de 17 ans et plus.

Niveau de traitement	Risque associé	Objectif du traitement
NIVEAU 1	Pas de comportement sexuel violent	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés
NIVEAU 2	Risque faible ou modéré de violence sexuelle Paraphilie modérée Expositions sans gravité, contact corps, parties génitales...	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés, visant une <b>réduction importante</b> de l'activité et du désir sexuel
NIVEAU 3	Risque élevé de violence sexuelle Paraphilie sévère Fantaisies/comportements sexuels sadiques	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés, visant une <b>disparition quasi complète</b> de l'activité et du désir sexuel
NIVEAU 4	Idem niveau 3	Idem niveau 3

*Figure 9 - Niveaux de traitement. D'après Thibaut et al. (2016) <sup>(21)</sup>*

Le deuxième axe est celui du choix d'un traitement médicamenteux qui dépend dans ce contexte essentiellement de l'âge développemental et du stade pubertaire du jeune. Il nécessite dans tous les cas un bilan pré-thérapeutique spécifique. Les auteurs ont donc ainsi pu décrire un algorithme de prise en charge selon les niveaux de traitement qui prend en compte l'âge développemental ainsi que le stade de la puberté (*Figure 10*).

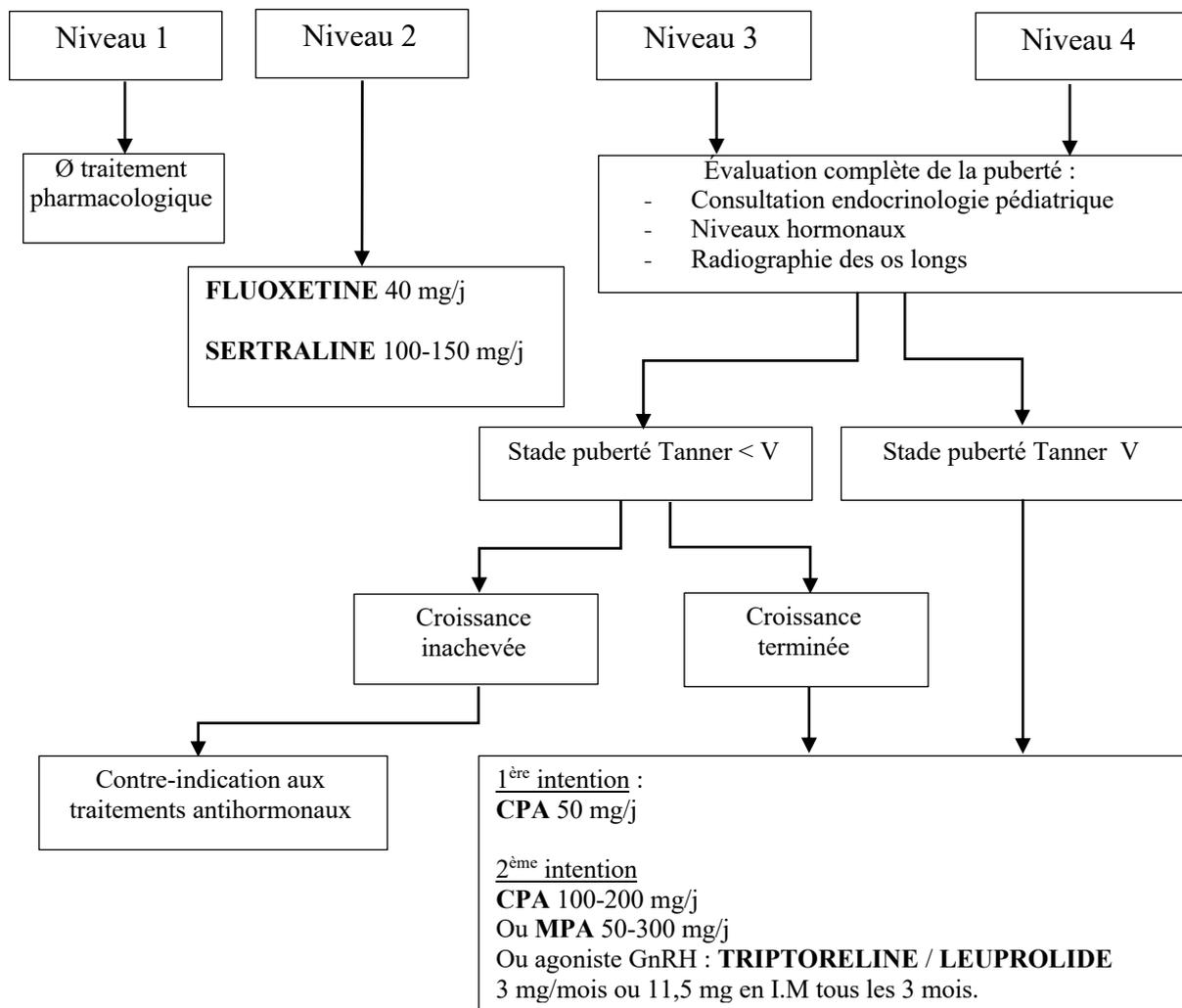


Figure 10 - Prise en charge selon les niveaux de traitement. D'après Thibaut et al. (2016) <sup>(21)</sup>

### 3.4.3.5 Conclusion

Il existe très peu de littérature concernant les thérapeutiques médicamenteuses chez les MCSP. De plus, la plupart des études sont anciennes et il est intéressant de remarquer qu'avec l'essor de cette problématique, les scientifiques semblent se tourner essentiellement vers les traitements psychothérapeutiques.

La spécificité des populations étudiées et leur grande hétérogénéité engendre de nombreux biais et difficultés dans la réalisation de telles études.

On remarque qu'il s'agit quasi-exclusivement de populations adolescentes et les études concernent très peu les ECSP. Ces populations sont peu représentatives de l'ensemble des MCSP.

On remarque d'abord qu'il s'agit souvent de cohortes de délinquants sexuels (21)(195) dont la majorité sont adultes dans les études retrouvées. Seuls quelques patients étaient âgés de moins de 18 ans (155) (203)(197)(198)(199) et pour les autres études, aucune analyse spécifique concernant les mineurs n'a été faite.

Si certaines études s'attachaient à évaluer la population des ACSP, il s'agissait exclusivement de population délinquantes (n'incluant donc pas les mineurs ayant des comportements qui n'auraient pas été judiciairisés) dont la plupart présentaient de lourdes comorbidités psychiatriques (203)(197)(198)(199)(184)(185)(186).

La quasi-totalité des rapports de cas concernaient des patients avec un trouble paraphilique (184)(185)(186)(197)(198)(199). Même si le trouble paraphilique apparaît parfois à la fin de l'enfance ou au début de la puberté, il ne paraît pas prépondérant chez les MCSP.

On retrouve également chez les mineurs concernés par ces traitements de lourdes comorbidités psychiatriques. En dehors du trouble paraphilique, il existe une forte proportion de patients

présentant une déficience intellectuelle (Bradford, 1993) (192) (193) et certains présentent un TSA (199) (198).

Les patients décrits dans la littérature bénéficient également d'un soutien psychothérapeutique qui reste le traitement de première intention dans ce contexte. Il est difficile d'un point de vue éthique de mener des études avec des programmes de soins uniquement basés sur une prise en charge pharmacologique. De fait, l'efficacité des thérapeutiques médicamenteuse est d'autant plus complexe à mettre en évidence qu'elle est systématiquement associée à d'autres formes de thérapies.

Concernant les traitements antihormonaux, il s'agit de thérapies dont l'impact sur la croissance et la puberté contre-indique leur utilisation chez l'enfant dans l'indication des CSP. Il n'est donc pas recommandé de prescrire un bloqueur hormonal dans ce contexte chez les MCSP.

Même si certaines études semblent montrer des résultats positifs sur les CSP concernant notamment les ISRS et les antihormonaux, il paraît difficile de traiter spécifiquement ces comportements. Certains auteurs décrivent qu'ils seraient plus efficaces sur d'autres symptômes cibles notamment l'agressivité et l'impulsivité (210).

De plus si on reprend l'algorithme de prise en charge décrit plus haut, on remarque que très peu de mineurs sont concernés. Il s'agit avant tout de MCSP présentant un trouble paraphilique. Les indications de traitement antihormonaux, compte-tenu des précautions d'aspect développemental, permettent rarement sa mise en place avant l'âge adulte. De même, concernant les autres traitements, les données de notre recherche sont peu convaincantes quant à leur instauration dans l'unique indication des CSP.

On pourrait éventuellement envisager dans le cas d'un trouble pédopsychiatrique nécessitant un traitement médicamenteux et associé à des CSP qui seraient envahissants, de privilégier certaines molécules pour leur valence sur ces comportements.

En définitive, les données issues de la littérature ont un niveau de preuve scientifique très faible. La prise en charge médicamenteuse semble délicate dans le cas des MCSP, les risques paraissent supérieurs aux bénéfices.

Il semble judicieux de percevoir ces traitements comme des modalités de recours complémentaires aux prises en charges usuelles, s'adressant à des cas complexes et qui seraient du ressort d'équipes de soin spécialisées.

On peut en conclure qu'il est surtout intéressant de s'attacher à étudier les modalités de prise en charge psychothérapeutiques plutôt que pharmacologiques. La littérature concernée semble d'ailleurs aller dans ce sens en s'attachant principalement aux prises en charge non médicamenteuses.

## **4 SYNTHÈSE ET PROPOSITION D'AXES DE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE**

Il est donc difficile de définir clairement et de manière définitive les missions de la pédopsychiatrie dans le soin des MCSP. Cependant, la revue de la littérature a mis en évidence plusieurs éléments clés de cette prise en charge (*Figure 11 A et B*).

Elle nécessite d'abord une bonne articulation entre les champs sanitaire, socio-éducatif et judiciaire. Cet aspect pluridisciplinaire dans le soin des MCSP semble prépondérant au travers des différents programmes et modalités de prise en charge recensés. Il est donc important d'inclure tous des acteurs issus des différents champs gravitant autour de cette question. A titre d'exemple, l'équipe de l'URSAVS est composée de psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, sexologue, infirmiers, éducateurs et documentaliste.

En dehors de la mission d'expertise, la place du pédopsychiatre est avant tout celle d'un soignant, l'évaluation clinique et la prise en charge de pathologies psychiatriques éventuelles restent les principales missions.

Mais la pédopsychiatrie peut également avoir un rôle à jouer dans la prise en charge spécifique de ces comportements. Cette prise en charge devrait se faire par l'intermédiaire d'équipes pluridisciplinaires spécialisées au travers de programmes de soins adaptés aux MCSP et validés scientifiquement. Il faut cependant que les missions du pédopsychiatre dans ce contexte soient clairement définies.

Le premier temps est celui de l'évaluation clinique initiale.

Devant les spécificités sur le plan pédopsychiatrique de la population des MCSP, une évaluation médicale initiale semble justifiée. On peut considérer que les autres pans de la prise en charge

peuvent également être réalisés par des thérapeutes ou autres professionnels du registre socio-éducatif formés et supervisés issus de structures spécialisées.

Cette prise en charge pourrait intervenir en complément d'un suivi pédopsychiatrique de secteur pour la plupart des enfants.

Outre les éléments classiques d'une évaluation pédopsychiatrique, le médecin doit étayer plus particulièrement les facteurs associés aux CSP. Les objectifs principaux de cette évaluation sont avant tout la prise en charge d'éventuelles pathologies psychiatriques et la collecte d'informations permettant d'adapter au mieux la prise en charge du jeune. Ainsi, le premier entretien joue un rôle particulièrement important dans cette problématique, et doit évidemment inclure les parents.

On peut résumer les principaux axes d'évaluation :

- Contexte, écologie sociale et familiale
- Comorbidités
- Aspects psychologiques
- Aspects comportementaux
- Comportements sexuels et facteurs contributifs

De manière complémentaire, l'utilisation de l'évaluation standardisée peut se questionner, dans ce cas le recours à des échelles validées est une possibilité. Le choix du clinicien pourra se porter sur des outils lui permettant de préciser et d'affiner le choix thérapeutique. Les échelles d'évaluation du risque pourraient avoir un intérêt de manière dissociée des échelles à valence thérapeutique.

De plus, il est possible que cette évaluation clinique mette en lumière des CSP directement en lien avec une pathologie. Les soins pédopsychiatriques généraux pourraient améliorer les comportements problématiques, sans nécessité de recours à un accompagnement spécialisé des CSP.

Dans un second temps intervient la prise en charge spécifique des CSP.

En utilisant les éléments de l'évaluation clinique initiale l'équipe va préciser les axes de la prise en charge. Elle s'appuie notamment sur l'évaluation des comportements problématiques et des facteurs de risques qu'elle met en perspective de l'écologie sociale du jeune et qu'elle précise au travers de nouvelles consultations et d'outils spécifiques. Les échelles d'évaluation du risque relèvent de la prise en charge spécialisée.

La question de l'évaluation du risque est complexe et soumise à de nombreuses problématiques méthodologiques, déontologiques et éthiques. Elle se pose cependant dans l'évaluation des MCSP mais dans une perspective d'adaptation du soin plus que de prévention d'un passage à l'acte. Les échelles d'évaluation du risque de récidive sexuelle ont bénéficié d'études scientifiques de qualité avec des résultats significativement positifs en termes de prédictibilité. Il pourrait être intéressant de s'en servir afin d'évaluer au mieux les facteurs de risque et d'adapter le plus finement possible la prise en charge.

Rappelons que le psychiatre n'a aucune mission d'expertise concernant la récidive sur le plan judiciaire quand il est situé dans le champ du soin.

Il paraît important de tenir compte des spécificités de chacune des populations ECSP et ACSP. Le soin doit donc s'attacher à harmoniser au maximum les groupes et à adapter les programmes selon l'âge des jeunes ciblés.

Le traitement de première intention est toujours la psychothérapie. Les grands principes dégagés de la littérature semblent être :

- Une combinaison d'approche psychothérapeutique : TCC, TMS, thérapie familiale, psychoéducation
- Une organisation multimodale : thérapies de groupe et individuelles (entre pairs, entre parents, entre enfants et parents)
- Une équipe de soin pluridisciplinaire spécialisée
- Une prise en charge ciblant l'écologie du jeune, notamment les parents

Les traitements psychothérapeutiques sont au premier plan de la prise en charge. De plus en plus de programmes de soin à destination des MCSP sont développés, tenant compte de manière de plus en plus spécifique des particularités des enfants et des adolescents. Ils bénéficient pour certains d'études avec un important niveau de preuve.

Différentes approches psychothérapeutiques existent et sont complémentaires. Il semble intéressant d'intégrer un maximum d'outils différents en gardant cependant une certaine cohérence dans la prise en charge.

L'importance de l'intégration au soin des parents et de l'écologie du jeune, la prise en charge groupale et individuelle ainsi que l'intégration de la psychoéducation et de l'éducation sexuelle sont autant d'éléments que l'on retrouve dans la plupart des programmes.

En France le soin des MCSP en est encore à ses prémises, mais des prises en charges spécifiques se développent. Il serait intéressant de s'inspirer de certains programmes et d'outils employés dans d'autres pays. Ils nécessitent cependant d'être validés et doivent surtout être adaptés à la population française.

Le recours au traitement pharmacologique semble marginal dans le contexte des CSP chez les mineurs. Quelques molécules ont été décrites essentiellement dans des rapports de cas mais montrent un niveau de preuve très limité. De plus, il ne s'agit pas de traitements anodins et leur impact sur l'enfant en développement contre indique leur utilisation dans ce contexte dans la majorité des cas. Enfin, leur utilisation semble limitée à des patients présentant des comorbidités sévères.

Penser la question des médicaments dans le soin des MCSP paraît à ce jour secondaire. Leur utilisation pourrait se justifier dans des situations cliniques complexes mais nécessite des études plus poussées.

Globalement, la majorité des programmes retrouvés sont dit « communautaires », il s'agit de prises en charge ambulatoires qui se font en générale dans des structures adaptées mais qui incluent également des interventions à domicile dans l'environnement du jeune.

Quelques programmes dits « résidentiels » correspondent à des prises en charge de mineurs qui vivent pour la plupart dans des établissements éducatifs à valence judiciaire. Même pour ces derniers, l'écologie sociale du jeune est investie dans le soin.

Dans les programmes étudiés, les prises en charge durent de 23 semaines à 24 mois avec des séances de soins hebdomadaires. Ces caractéristiques jouent un rôle majeur dans le maintien des compétences acquises et la diminution de la récidive.

Une autre particularité est la grande disponibilité des thérapeutes, permettant un fort étayage des jeunes et de leurs familles.

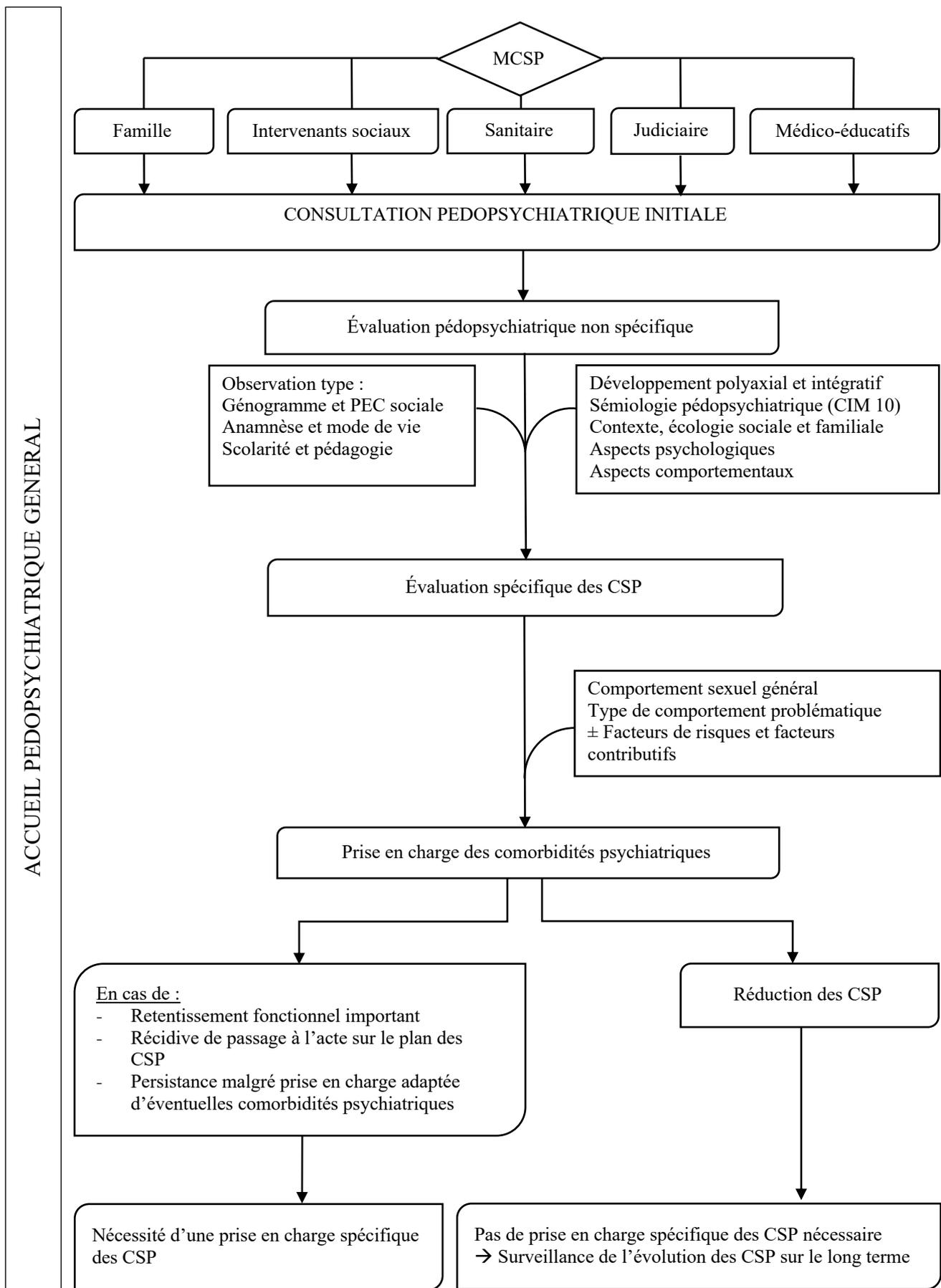


Figure 11.A – PEC des MCSP 1 - Accueil pédopsychiatrique général (PEC : prise en charge)

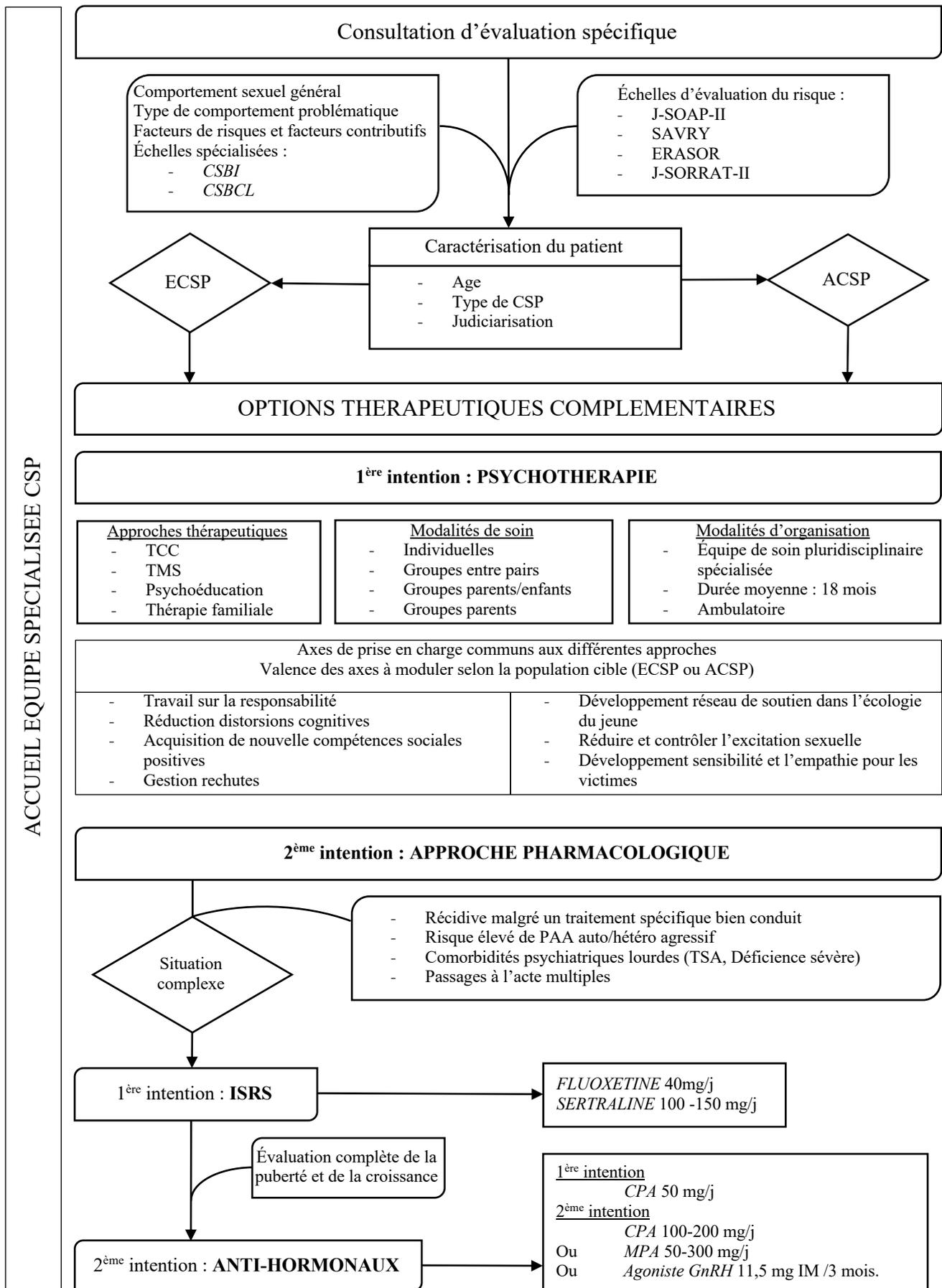


Figure 11.B – PEC des MCSP 2 – Prise en charge spécialisée des CSP

## 5 CONCLUSION

La question des MCSP reste une problématique délicate, souvent tabou, générant malaise et incompréhension dans la population générale comme chez les soignants. L'intérêt porté à ces jeunes semble croître depuis plusieurs dizaines d'années et les différents acteurs travaillant autour de cette thématique tendent à développer des outils de prévention et de prise en charge de plus en plus spécifiques.

Ce travail montre que l'abord pédopsychiatrique de telles questions doit reposer sur des éléments cliniques concrets et une démarche médicale rigoureuse dans l'approche thérapeutique qui permettent aux soignants de trouver une juste place parmi les intervenants.

Par ailleurs, la revue de la littérature a permis d'identifier plusieurs principes de soin.

La dimension pluridisciplinaire est ici primordiale, une prise en charge à différents niveaux faisant intervenir essentiellement les services socio-éducatifs, judiciaires et sanitaires est nécessaire. Une juste articulation entre tous ces secteurs est indispensable. La pédopsychiatrie a un rôle à jouer mais doit pouvoir définir clairement les missions qui lui incombent.

Au-delà de l'évaluation clinique initiale, le pédopsychiatre peut également prendre part aux soins spécifiques des CSP. Au cours des vingt dernières années, plusieurs programmes à destination de ces jeunes ont vu le jour dans le monde et différentes modalités thérapeutiques ont pu être étudiées. Ces dernières devraient pouvoir être validées en France.

Au regard de la littérature actuelle, il paraît nécessaire d'être dans une logique intégrative quant aux différentes approches thérapeutiques et modalités d'organisation du soin qui ont fait leurs preuves.

Enfin, il est évident qu'un travail de prévention et d'organisation du soin à travers la création de recommandations de bonne pratique, de protocoles ou de programmes thérapeutiques spécifiques est indispensable. Cela permettrait de diminuer la stigmatisation de ces jeunes pour qui le soin doit d'abord s'inscrire dans une logique de dynamique développementale et de systémique environnementale.

En définitive, il semble nécessaire de poursuivre l'étude de la population des MCSP en France afin de préciser leurs particularités et de mieux envisager leur prise en charge.

L'implication des professionnels de pédopsychiatrie dans la question des MCSP doit être renforcée, notamment au travers de formations telles que celles proposées par l'URSAVS.

Enfin, l'élaboration de programmes de soin pluridisciplinaires et de structures ressources spécifiques de ces MCSP paraît indispensable pour une prise en charge optimale, limitant ainsi une stigmatisation qui renforce les risques d'évolution péjorative de ces jeunes.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

1. Rabaux J. Les mineurs délinquants sexuels. *Journal du droit des jeunes*. 2007;265(5):15.
2. Le Goaziou V, Mucchuelli L. La violence des jeunes en question - 2009/8 N° 288 | pages 13 à 20. 2009;9.
3. Murcier N, Ott L. Qui a peur de la sexualité des enfants ? *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. 2007;68(2):33.
4. Freud S. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. :24.
5. Perret P. L'amnésie infantile : les perspectives tirées de la psychologie développementale: *Infantile amnesia : perspective drawn from developmental psychology*. *Devenir*. 2011;23(4):379.
6. Silovsky JF, Niec L. Characteristics of Young Children with Sexual Behavior Problems: A Pilot Study. *Child Maltreat*. août 2002;7(3):187-97.
7. St-Amand A, Villeneuve M-P, Vaillancourt A. Les comportements sexuels problématiques chez les enfants : pistes de réflexion pour une pratique en émergence. *Service social*. 2017;63(1):55.
8. Andrade JT, Vincent GM, Saleh FM. Juvenile Sex Offenders: a Complex Population. *J Forensic Sci*. janv 2006;51(1):163-7.
9. Prentky RA, Lee AFS, Knight RA, Cerce D. Recidivism rates among child molesters and rapists: A methodological analysis. *Law and Human Behavior*. 1997;21(6):635-59.
10. de Becker E. L'adolescent transgresseur sexuel. *La psychiatrie de l'enfant*. 2009;52(2):309.
11. Sexually aggressive children: Coming to understand them. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1997. xli, 246 p. (Araji SK. Sexually aggressive children: Coming to

understand them.).

12. Gagnon M, Tourigny M. Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins. In: L'agression sexuelle envers les enfants. Presses de l'Université du Québec. Québec; 2011. p. 333-62.
13. Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative Sexual Behavior in Children: A Contemporary Sample. *Pediatrics*. 1 avr 1998;101(4):e9-e9.
14. Boisvert I, Tourigny M, Lanctôt N, Lemieux S. Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. *psyedu*. 17 mars 2017;45(1):173-207.
15. Chaffin M, Berliner L, Block R, Johnson TC, Friedrich WN, Clinic M, et al. Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. *Child Maltreat* mai 2008 13(2):199-218. :34.
16. Boisvert I, Tourigny M, Lanctôt N, Lemieux S. Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*. 2016;45(1):173.
17. Hayez J-Y. Adolescents auteurs d'abus ou de pseudo-abus. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. avr 2010;58(3):112-9.
18. Pham TH, Ducro C, Lemasson A-C. Adolescents auteurs d'agressions sexuelles : aspects étiologiques, diagnostiques et pronostiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. juill 2010;168(6):454-7.
19. Leppink EW, Chamberlain SR, Redden SA, Grant JE. Problematic sexual behavior in young adults: Associations across clinical, behavioral, and neurocognitive variables. *Psychiatry Research*. déc 2016;246:230-5.
20. Jenkins CS, Grimm JR, Shier EK, van Dooren S, Ciesar ER, Reid-Quiñones K. Preliminary findings of problematic sexual behavior-cognitive-behavioral therapy for

- adolescents in an outpatient treatment setting. *Child Abuse & Neglect*. févr 2020;104428.
21. Thibaut F, Bradford JMW, Briken P, De La Barra F, Häßler F, Cosyns P, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2 janv 2016;17(1):2-38.
  22. Gerardin P, Thibaut F. Epidemiology and Treatment of Juvenile Sexual Offending: *Pediatric Drugs*. 2004;6(2):79-91.
  23. Miner M, Borduin C, Prescott D, Bovensmann H, Schepker R, Pfäfflin F. Standards of Care for Juvenile Sexual Offenders of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders. *Sexual Offender Treatment*. :7.
  24. Thivierge SC. Les comportements sexuels problématiques chez les jeunes : Exploration des trajectoires développementales durant l'enfance et l'adolescence. :119.
  25. Gamet M-L. Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? :48.
  26. Letourneau EJ, Harris AJ, Shields RT, Walfield SM, Ruzicka AE, Buckman C, et al. Effects of juvenile sex offender registration on adolescent well-being: An empirical examination. *Psychology, Public Policy, and Law*. févr 2018;24(1):105-17.
  27. Code pénal | Legifrance [Internet] [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
  28. Roman P. La violence sexuelle et le processus adolescent : clinique des adolescents engagés dans des « agirs sexuels violents ». *Journal du droit des jeunes*. 2009;284(4):38.
  29. Gagnon MM, Tremblay C, Bégin H. Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : évolution comportementale, affective et sociale. *SMQ*. 25 janv 2006;30(2):257-79.
  30. Pithers WD, Gray A, Busconi A, Houchens P. Caregivers of children with sexual

- behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse & Neglect*. févr 1998;22(2):129-41.
31. De Graff H, Rademakers J. Sexual Development of Prepubertal Children. *J Psychol Hum Sex* [Internet]. 24 juill 2006 18(1):1-21. *J Psychol Hum Sex*. 24 juill 2006;(18(1)):1-21.
  32. De Graff H, Rademakers J. The Psychological Measurement of Childhood Sexual Development in Western Societies: Methodological Challenges. *J Sex Res* [Internet]. 28 févr 2011;48(2-3):118-29.
  33. Wunsch S. Le développement des activités autoérotiques. Une analyse transdisciplinaire et transculturelle. :13.
  34. Jonkman CS, Verlinden E, Punt D-J, Lamers-Winkelmann F. The child sexual behavior inventory: Reliability and validity in a Dutch normative and clinical sample. *Child Abuse & Neglect*. déc 2019;98:104176.
  35. Friedrich WN, Fisher JL, Dittner CA, Acton R, Berliner L, Butler J, et al. Child Sexual Behavior Inventory: Normative, Psychiatric, and Sexual Abuse Comparisons. *Child Maltreat*. févr 2001;6(1):37-49.
  36. Friedrich WN, Trane ST. Sexual behavior in children across multiple settings. *Child Abuse & Neglect*. mars 2002;26(3):243-5.
  37. Schoentjes E, Deboutte D, Friedrich W. Child Sexual Behavior Inventory: A Dutch-speaking Normative Sample. *Pediatrics*. 1 oct 1999;104(4):885-93.
  38. Bonner B, Walker C, Berliner L. Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment. *National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information*. 2001;
  39. de Cavarlay BA. Les mineurs mis en cause selon les statistiques de police. :5.
  40. Puzzanchera C. *Juvenile Arrests, 2016*. :12.
  41. Puzzanchera C. *Juvenile Arrests 2011*. 2013;12.
  42. Abbey A. *Lessons Learned and Unanswered Questions About Sexual Assault*

Perpetration. *J Interpers Violence*. janv 2005;20(1):39-42.

43. Schmidt SR. Integrating Families into Treatment for Adolescents with Illegal Sexual Behavior. In: *Toolkit for Working with Juvenile Sex Offenders* [Internet]. Elsevier; 2014 [cité 27 juin 2020]. p. 507-32. Disponible sur:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780124059481000207>

44. Criminal Justice Information Services Division. United States Department of Justice: Federal Bureau of Investigation. *Uniform Crime Reports*. 2014;2016.

45. Hélie S, Centres Jeunesse de Montréal. Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2008 (ÉIQ-2008): rapport final [Internet]. Montréal, Qué.: Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire; 2013 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3284573>

46. Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les services québécois de protection de l'enfance : facteurs associés, J. Lepage, M. Tourignya, R. Pauzéa, P. McDuffb, M. Cyrb.

47. Juillard M, Timbart O. Les condamnations pour violences sexuelles. :8.

48. Lévesque M, Bigras M, Pauzé R. Persistence of Problematic Sexual Behaviors in Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. mars 2012;41(2):239-45.

49. Lévesque M, Bigras M, Pauzé R. Externalizing problems and problematic sexual behaviors: same etiology? *Aggr Behav*. nov 2010;36(6):358-70.

50. Putnam FW. Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. mars 2003;42(3):269-78.

51. Friedrich WN, Davies WH, Feher E, Wright J. Sexual Behavior Problems in Preteen Children: Developmental, Ecological, and Behavioral Correlates. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 24 janv 2006;989(1):95-104.

52. Meyer-Bahlburg H, PhD C, Sandberg D. The Association of Sexual Behavior with

- Externalizing Behaviors in a Community Sample of Prepubertal Children. *Journal of Psychology & Human Sexuality*. 12 oct 2000;12:61-79.
53. Brandt JR, Kennedy WA, Curtin JJ. Assessment of Psychopathy in a Population of Incarcerated Adolescent Offenders. :7.
54. France KG, Hudson SM. The conduct disorders and the juvenile sex offender. In: Barbaree HE, Marshall WL, Hudson SM, éditeurs. *The juvenile sex offender* [Internet]. New York, NY: Guilford Press; 1993. p. 225-34. Disponible sur: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=psyh&AN=1993-98806-011&lang=fr&site=ehost-live>
55. Allen B. Children with Sexual Behavior Problems: Clinical Characteristics and Relationship to Child Maltreatment. *Child Psychiatry Hum Dev*. avr 2017;48(2):189-99.
56. Newton RR, Litrownik AJ, Landsverk JA. Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24(10):1363-74.
57. Worling JR. Adolescent sibling-incest offenders: Differences in family and individual functioning when compared to adolescent nonsibling sex offenders. *Child Abuse & Neglect*. mai 1995;19(5):633-43.
58. Seto MC, Lalumière ML. What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. 2010;
59. Elkovitch N, Latzman RD, Hansen DJ, Flood MF. Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*. nov 2009;29(7):586-98.
60. Friedrich B. Correlates of Sexual Behavior in Young Children. *Journal of Child Custody*. 25 oct 2005;2(3):41-55.
61. Gray A, Pithers WD, Busconi A, Houchens P. Developmental and etiological

characteristics of children with sexual behavior problems: treatment implications. *Child Abuse & Neglect*. juin 1999;23(6):601-21.

62. Edwards R, Whittaker MK, Beckett R, Bishopp D, Bates A. Adolescents who have sexually harmed: An evaluation of a specialist treatment programme. *Journal of Sexual Aggression*. mars 2012;18(1):91-111.

63. Burton DL, Miller DL, Shill CT. A social learning theory comparison of the sexual victimization of adolescent sexual offenders and nonsexual offending male delinquents. *Child Abuse*. 2002;15.

64. Mcmanus M, Alessi NE, Grapentine WL, Brickman A. Psychiatric Disturbance in Serious Delinquents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. sept 1984;23(5):602-15.

65. Kavoussi RJ, Kaplan M, Becker JV. Psychiatric Diagnoses in Adolescent Sex Offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. mars 1988;27(2):241-3.

66. Dwyer RG, Letourneau EJ. Juveniles who sexually offend: Recommending a treatment program and level of care. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2011;20(3):413-29.

67. Butler S, Anokhina A, Watmuff C. Multisystemic Therapy: Family Integrated Transitions (MST-FIT) - A feasibility study. :91.

68. Ogden T, Halliday-Boykins CA. Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child Adolesc Ment Health*. mai 2004;9(2):77-83.

69. Sundell K, Hansson K, Löfholm CA, Olsson T, Gustle L-H, Kadesjö C. The transportability of multisystemic therapy to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct-disordered youths. *Journal of Family Psychology*. août 2008;22(4):550-60.

70. Larsson I. Differences and similarities in sexual behaviour among pre-schoolers in Sweden and USA. *Nordic Journal of Psychiatry*. janv 2000;54(4):251-7.
71. Tougas A-M, Tourigny M, Boisvert I, Lemieux A, Tremblay C, Gagnon MM. Le rôle prédictif des mauvais traitements au regard de l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention ciblant les comportements sexuels problématiques. *psyedu*. 17 mars 2017;45(1):149-72.
72. St. Amand A, Bard DE, Silovsky JF. Meta-Analysis of Treatment for Child Sexual Behavior Problems: Practice Elements and Outcomes. *Child Maltreat*. mai 2008;13(2):145-66.
73. Gagnon M, Tourigny M, Lepage J. Évaluation et traitements des enfants ayant des comportements sexuels problématiques. In 2011. p. 333-62.
74. Worling JR, Curwen T. Adolescent sexual offender recidivism: success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child Abuse & Neglect*. juill 2000;24(7):965-82.
75. Worling JR, Litteljohn A, Bookalam D. 20-year prospective follow-up study of specialized treatment for adolescents who offended sexually. *Behav Sci Law*. janv 2010;28(1):46-57.
76. Mann BJ, Borduin CM, Henggeler SW, Blaske DM. An investigation of systemic conceptualizations of parent-child coalitions and symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990;58(3):336-44.
77. Borduin CM, Schaeffer CM, Heiblum N. A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. févr 2009;77(1):26-37.
78. Letourneau EJ, Henggeler SW, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR, Chapman JE, et al. Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized

effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*. févr 2009;23(1):89-102.

79. Henggeler SW, Letourneau EJ, Chapman JE, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR.

Mediators of change for multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009;77(3):451-62.

80. Letourneau EJ, Henggeler SW, McCart MR, Borduin CM, Schewe PA, Armstrong

KS. Two-year follow-up of a randomized effectiveness trial evaluating MST for juveniles who sexually offend. *Journal of Family Psychology*. 2013;27(6):978-85.

81. Berliner, L., O. Manaois et C. Monastersky (1986). *Child sexual behavior disturbance:*

*An assessment and treatment model*, Seattle (WA), Harborview Sexual Assault Center.

82. Bonner BL, Walker CE, Berliner L. *Children with sexual behavior problems:*

*Assessment and treatment*. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information; 2001.

83. Ford JD. Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Ethnoracial Minorities: Toward

Diversity and Cultural Competence in Principles and Practices. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1 mars 2008;15(1):62-7.

84. Rosenberg HJ, Vance JE, Rosenberg SD, Wolford GL, Ashley SW, Howard ML.

Trauma exposure, psychiatric disorders, and resiliency in juvenile-justice-involved youth.

*Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2014;6(4):430-7.

85. Everhart Newman JL, Falligant JM, Thompson KR, Gomez MD, Burkhart BR.

Trauma-focused cognitive behavioral therapy with adolescents with illegal sexual behavior in a secure residential treatment facility. *Children and Youth Services Review*. août

2018;91:431-8.

86. Marcelli D, Cohen D. L'examen de l'enfant. In: *Enfance et psychopathologie*. 10e

édition. Elsevier Masson; 2016. (Les âges de la vie).

87. Houzel D. L'examen psychiatrique. In: *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de*

- l'adolescent. Deuxième édition. Paris: PUF; 1985. p. 615-30. (Quadrige Manuels; vol. 1).
88. Friedrich W, Grambsch P, Damon L, Hewitt S, Koverola C, Lang R, et al. Child Sexual Behavior Inventory: Normative and Clinical Comparisons. *Psychological Assessment*. 1 sept 1992;4:303-11.
89. Hanson RK, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S. The Principles of Effective Correctional Treatment Also Apply To Sexual Offenders: A Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behavior*. sept 2009;36(9):865-91.
90. Prentky R, Harris B, Frizzell K, Righthand S. An Actuarial Procedure for Assessing Risk with Juvenile Sex Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 1 avr 2000;12(2):71-93.
91. Fédération Française de Psychiatrie. Conférence de consensus du 22 et 23 novembre 2001. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. John Libbey Eurotext; 2001. 580 p.
92. Niveau G. Evaluation de la dangerosité et du risque de récidive. L'Harmattan. 2014. 175 p.
93. Penta M, Arnould C, Decruynaere C. Développer et interpréter une échelle de mesure. Application du modèle de Rasch. Mardaga. 2005. 187 p.
94. Miner MH. Factors Associated with Recidivism in Juveniles: An Analysis of Serious Juvenile Sex Offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 1 nov 2002;39(4):421-36.
95. Worling JR. The Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR): Preliminary Psychometric Data. :20.
96. Jonas C, Senon J-L, Delbreil A, Voyer M. Méthodologie de l'expertise en psychiatrie. Dunod. 2013. 90-107, 200-204 p.
97. Coutanceau R, Smith J. Approche psycho-criminologique. Evaluer, soigner, prévenir.

DUnod; 2011. 386 p.

98. Cornet J-P, Giovannangeli D, Mormont C. Les délinquants sexuels. Théories, évaluations et traitements. Paris: Frison-Roche; 2009.
99. Aubut J. Les agresseurs sexuels, théorie, évaluation et traitement. Les éditions de la Chenelière et Maloine. Montréal, Paris: Les éditions de la Chenelière et Maloine; 1993. 328 p.
100. Lopez G, Cédile G. L'expertise pénale psychologique et psychiatrique en 32 notions. Dunod; 2014. 419 p.
101. Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. 5ème. Paris: Elsevier Masson; 2010. 348 p.
102. Barrata A. La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle. Ann Méd-Psychol. 2012;(170):96-8.
103. Rice ME, Harris GT, Quinsey VL. The appraisal of violence risk: Current Opinion in Psychiatry. nov 2002;15(6):589-93.
104. Pham H. L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels. Mardaga; 2006. 238 p.
105. Forth AE. Hare Psychopathy Checklist: Youth Version. In: Mental health screening and assessment in juvenile justice. New York, NY, US: The Guilford Press; 2005. p. 324-38.
106. Majois V, Saloppé X, Ducro C, Pham TH. Psychopathie et son évaluation. EMC - Psychiatrie. janv 2011;8(4):1-10.
107. Snon J-L, Voyer M, Jonas C. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson; 2008. 153-155, 215-219, 285-345 p.
108. Borum R, Bartel P, Forth A. Manuel for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY). 2002;
109. Prentky R, Righthand S. Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II) Manual. :32.
110. Viljoen JL, Mordell S, Beneteau JL. Prediction of adolescent sexual reoffending: A

meta-analysis of the J-SOAP-II, ERASOR, J-SORRAT-II, and Static-99. *Law and Human Behavior*. oct 2012;36(5):423-38.

111. Epperson DL, Ralston CA. Development and Validation of the Juvenile Sexual Offense Recidivism Risk Assessment Tool—II. *Sex Abuse*. déc 2015;27(6):529-58.

112. Childs KK, Ryals J, Frick PJ, Lawing K, Phillippi SW, Deprato DK. Examining the Validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) for Predicting Probation Outcomes Among Adjudicated Juvenile Offenders: SAVRY prediction of probation outcomes. *Behav Sci Law*. mars 2013;31(2):256-70.

113. Borum R. Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY). 1 janv 2006;

114. Assessing Youth Who Sexually Offended: The Predictive Validity of the ERASOR, J-SOAP-II, and YLS/CMI in a Non- Western Context.

115. Martínez R, Flores J, Rosenfeld B. Validity of the Juvenile Sex Offender Assessment Protocol—II (J-Soap-II) in a Sample of Urban Minority Youth. *Criminal Justice and Behavior - CRIM JUSTICE BEHAV*. 1 oct 2007;34:1284-95.

116. Prentky RA, Li N-C, Righthand S, Schuler A, Cavanaugh D, Lee AF. Assessing risk of sexually abusive behavior among youth in a child welfare sample. *Behavioral Sciences & the Law*. 1 janv 2010;28(1):24-45.

117. Rajlic G, Gretton H. An Examination of Two Sexual Recidivism Risk Measures in Adolescent Offenders: The Moderating Effect of Offender Type. *Criminal Justice and Behavior*. 10 sept 2010;37:1066-85.

118. Caldwell MF, Ziemke MH, Vitacco MJ. An examination of the Sex Offender Registration and Notification Act as applied to juveniles: Evaluating the ability to predict sexual recidivism. *Psychology, Public Policy, and Law*. mai 2008;14(2):89-114.

119. Parks GA, Bard DE. Risk Factors for Adolescent Sex Offender Recidivism:

Evaluation of Predictive Factors and Comparison of Three Groups Based Upon Victim Type.  
:24.

120. Zhou J, Witt K, Cao X, Chen C, Wang X. Predicting Reoffending Using the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY): A 5-Year Follow-Up Study of Male Juvenile Offenders in Hunan Province, China. Zhang XY, éditeur. PLoS ONE. 11 janv 2017;12(1):e0169251.

121. Ortega-Campos E, García-García J, Zaldívar-Basurto F. The Predictive Validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth for Young Spanish Offenders. *Front Psychol* [Internet]. 12 avr 2017 [cité 20 juin 2020];8. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.00577/full>

122. Hilterman ELB, Nicholls TL, van Nieuwenhuizen C. Predictive Validity of Risk Assessments in Juvenile Offenders: Comparing the SAVRY, PCL:YV, and YLS/CMI With Unstructured Clinical Assessments. *Assessment*. juin 2014;21(3):324-39.

123. Barra S, Bessler C, Landolt MA, Aebi M. Testing the validity of criminal risk assessment tools in sexually abusive youth. *Psychological Assessment*. nov 2018;30(11):1430-43.

124. Académie Nationale de Médecine. La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels. [Internet]. Académie Nationale de Médecine; 2010 juin. Available from: [WWW.academie-medecine.fr/publication100036185/](http://WWW.academie-medecine.fr/publication100036185/).

125. Bonta J, Andrews DA. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. Ottawa: Public Safety Canada; 2007. 22 p. (Corrections research, user report).

126. Haute Autorité de Santé HAS. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2009. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_930913/fr/prise-en-charge-des-auteurs-d-agression-sexuelle-a-l-encontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/c_930913/fr/prise-en-charge-des-auteurs-d-agression-sexuelle-a-l-encontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans)

127. Johnson TC. « Children who molest ». In Sourcebook of treatment programs for sexual offenders. Springer. 1998;337-52.
128. Chaffin M, Hanson R, Saunders BE, Nichols T, Barnett D, Zeanah C, et al. Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems. *Child Maltreat.* févr 2006;11(1):76-89.
129. Silovsky JF, Niec L, Bard D, Hecht DB. Treatment for Preschool Children With Interpersonal Sexual Behavior Problems: A Pilot Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 17 juill 2007;36(3):378-91.
130. Garceau M-L. Turcotte, Daniel et Jocelyn Lindsay, L'intervention sociale auprès des groupes, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 2001, 257 p. *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire.* 2001;7(2):206.
131. Turcotte D, Mireault G, Rouzeau M, Hirlet P, Bouchard P, Guédo H. L'évaluation des pratiques en protection de l'enfance: Une comparaison France – Québec. *nps.* 15 mars 2017;28(1):228-49.
132. Johnson DW, Johnson RT. Making cooperative learning work. *Theory Into Practice.* mars 1999;38(2):67-73.
133. Smets AC, Cebula CM. A group treatment program for adolescent sex offenders: Five steps toward resolution. *Child Abuse & Neglect.* janv 1987;11(2):247-54.
134. Hunter JA, Santos DR. The Use of Specialized Cognitive-Behavioral Therapies in the Treatment of Adolescent Sexual Offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 1 déc 1990;34(3):239-47.
135. Hunter JA, Goodwin DW. The Clinical Utility of Satiation Therapy With Juvenile Sexual Offenders: Variations and Efficacy. *Annals of Sex Research.* 1 avr 1992;5(2):71-80.
136. Weinrott MR, Riggan M, Frothingham S. Reducing Deviant Arousal in Juvenile Sex Offenders Using Vicarious Sensitization. *J Interpers Violence.* 1 oct 1997;12(5):704-28.

137. Waite D, Keller A, McGarvey EL, Wieckowski E, Pinkerton R, Brown GL. Juvenile Sex Offender Re-Arrest Rates for Sexual, Violent Nonsexual and Property Crimes: A 10-Year Follow-Up. :19.
138. Thoder VJ, Cautilli JD. An Independent Evaluation of Mode Deactivation Therapy for Juvenile Offenders. :6.
139. Hains AA, Herrman LP, Baker KL, Graber S. The development of a psycho-educational group program for adolescent sex offenders. *Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation*. 1986;11(1):63-76.
140. Dopp AR, Borduin CM, Brown CE. Evidence-based treatments for juvenile sexual offenders: review and recommendations. Louise Dixon, Professor (hon) Leam D, éditeur. *Jnl Aggress Conflict Peace Res*. 12 oct 2015;7(4):223-36.
141. McGrath RJ, Safer Society Press. Current practices and emerging trends in sexual abuser management: the Safer Society 2009 North American Survey [Internet]. Brandon, VT: Safer Society Press; 2010 [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/223961>
142. Bereiter J, Mullen D. Treating juvenile sex offenders. In: *Handbook of juvenile forensic psychology and psychiatry*. New York, NY, US: Springer Science + Business Media; 2012. p. 385-404.
143. Kim B, Benekos PJ, Merlo AV. Sex Offender Recidivism Revisited: Review of Recent Meta-analyses on the Effects of Sex Offender Treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*. janv 2016;17(1):105-17.
144. Prentky RA, Lamade RV. Repetitive Sex Offenders, Treatment of. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* [Internet]. Elsevier; 2015 [cité 18 juin 2020]. p. 434-40. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780080970868450403>

145. Bustnay TG. Group Intervention with Parents of Juvenile Sex Offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2 avr 2020;29(3):278-94.
146. Carpentier MY, Silovsky JF, Chaffin M. Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74(3):482-8.
147. Becker JY. *Treating Adolescent Sexual Offenders*. :4.
148. Kaplan MS, Morales M, Becker JV. The Impact of Verbal Satiation on Adolescent Sex Offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*. 5 oct 1993;2(3):81-8.
149. Apsche JA, Bass CK, Jennings JL, Murphy CJ, Hunter LA, Siv AM. Empirical comparison of three treatments for adolescent males with physical and sexual aggression: Mode deactivation therapy, cognitive behavior therapy and social skills training. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2005;1(2):101-13.
150. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY, US: Guilford Press; 2003. xii, 436 p. (*Schema therapy: A practitioner's guide*).
151. Apsche JA. Theory of modes and impulses. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*. 2005;2(1):14-7.
152. DeLisi M, Drury AJ, Kosloski AE, Caudill JW, Conis PJ, Anderson CA, et al. The Cycle of Violence Behind Bars: Traumatization and Institutional Misconduct Among Juvenile Delinquents in Confinement. *Youth Violence and Juvenile Justice*. avr 2010;8(2):107-21.
153. Benuto LT. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Juvenile Victims of Sexual Abuse. In: *Toolkit for Working with Juvenile Sex Offenders* [Internet]. Elsevier; 2014 [cité 27 juin 2020]. p. 291-312. Disponible sur:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780124059481000128>
154. Allen B. Implementing Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) With Preteen Children Displaying Problematic Sexual Behavior. *Cognitive and Behavioral*

Practice. mai 2018;25(2):240-9.

155. Galli VB, Raute NJ, McConville BJ, McElroy SL. An Adolescent Male with Multiple Paraphilias Successfully Treated with Fluoxetine. *Journal of Child and Adolescent*

*Psychopharmacology*. janv 1998;8(3):195-7.

156. Schöttle D, Briken P, Tüscher O, Turner D. Sexuality in autism: hypersexual and paraphilic behavior in women and men with high-functioning autism spectrum disorder.

*Dialogues Clin Neurosci*. déc 2017;19(4):381-93.

157. Hellemans H, Roeyers H, Leplae W, Dewaele T, Deboutte D. Sexual Behavior in Male Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder and Borderline/Mild

*Mental Retardation*. *Sex Disabil*. juin 2010;28(2):93-104.

158. Borduin CM, Dopp AR, Borduin BJ, Munschy RJ. Multisystemic Therapy for Youths with Problem Sexual Behaviours: Empirical, Theoretical, and Clinical Foundations. :18.

159. Fonagy P, Butler S, Goodyer I, Cottrell D, Scott S, Pilling S, et al. Evaluation of multisystemic therapy pilot services in the Systemic Therapy for At Risk Teens (START) trial: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2013;14(1):265.

160. Fonagy P, Butler S, Baruch G, Byford S, Seto MC, Wason J, et al. Evaluation of multisystemic therapy pilot services in Services for Teens Engaging in Problem Sexual Behaviour (STEPS-B): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. déc 2015;16(1):492.

161. Henggeler SW. Multisystemic Therapy: Clinical Foundations and Research Outcomes. *Psychosocial Intervention*. août 2012;21(2):181-93.

162. Huey SJ, Henggeler SW, Brondino MJ, Pickrel SG. Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(3):451-67.

163. Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66(2):348-62.
164. Henggeler SW, Lee T. Multisystemic treatment of serious clinical problems. In: *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2003. p. 301-22.
165. Ogden T, Amlund Hagen K. What works for whom? Gender differences in intake characteristics and treatment outcomes following Multisystemic Therapy. *Journal of Adolescence*. déc 2009;32(6):1425-35.
166. Butler S, Baruch G, Hickey N, Fonagy P. A Randomized Controlled Trial of Multisystemic Therapy and a Statutory Therapeutic Intervention for Young Offenders. *ADOLESCENT PSYCHIATRY*. 2011;50(12):18.
167. Johnides BD, Borduin CM, Wagner DV, Dopp AR. Effects of multisystemic therapy on caregivers of serious juvenile offenders: A 20-year follow-up to a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017;85(4):323-34.
168. Curtis NM, Ronan KR, Borduin CM. Multisystemic Treatment: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Journal of Family Psychology*. 2004;18(3):411-9.
169. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. févr 2015;173(1):79-84.
170. Kaplan MS, Becker JV, Tenke CE. Assessment of sexual knowledge and attitudes in an adolescent sex offender population. *Journal of Sex Education & Therapy*. 1991;17(3):217-25.
171. Mazur T, Michael PM. Outpatient Treatment for Adolescents with Sexually Inappropriate Behavior. *Journal of Offender Rehabilitation*. 12 nov 1992;18(3-4):191-204.
172. Lab SP, Shields G, Schondel C. Research note: An evaluation of juvenile sexual offender treatment. *Crime & Delinquency*. 1993;39(4):543-53.

173. Bremer JF. Serious juvenile sex offenders: Treatment and long-term follow-up. *Psychiatric Annals*. 1992;22(6):326-32.
174. Hagan MP, King RP, Patros RL. The efficacy of a serious sex offenders treatment program for adolescent rapists. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 1994;38(2):141-50.
175. Hagan MP, Gust-Brey KL. A Ten-Year Longitudinal Study of Adolescent Perpetrators of Sexual Assault Against Children. *Journal of Offender Rehabilitation*. 29 juin 2000;31(1-2):117-26.
176. Graves R, Openshaw DK, Adams GR. Adolescent Sex Offenders and Social Skills Training. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 1 juin 1992;36(2):139-53.
177. Offermann BJ, Johnson E, Johnson-Brooks ST, Belcher HME. Get SMART: Effective Treatment for Sexually Abused Children with Problematic Sexual behavior. *Journ Child Adol Trauma*. sept 2008;1(3):179-91.
178. Shaw JA. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(12, Supplement):55S-76S.
179. Bonierbale M, Lançon C, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Curr Med Res Opin*. 1 mars 2003;19(2):114-24.
180. Kafka MP, Prentky R. Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1992;53(10):351-8.
181. Bradford JM. The Neurobiology, Neuropharmacology, and Pharmacological Treatment of the Paraphilias and Compulsive Sexual Behaviour. *Can J Psychiatry*. févr 2001;46(1):26-34.
182. Hollander E, Kwon J, Stein D, Broatch J, Rowland C, Himelein C. Obsessive-

compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *The Journal of clinical psychiatry*. 1996;57 Suppl 8:3—6.

183. Thibaut F, Barra FDL, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW, the WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*. janv 2010;11(4):604-55.

184. Aguirre B. Fluoxetine and compulsive sexual behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. août 1999;38(8):943.

185. Greenberg DM, Bradford JMW, Curry S, O'Rourke A. A Comparison of Treatment of Paraphilias with Three Serotonin Reuptake Inhibitors: A Retrospective Study. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1996;24(4):8.

186. Bradford J. The Pharmacological Treatment of the Paraphilias. In 1995. p. 14.

187. Carani C, Bancroft J, Granata A. An erectile response to visual erotic stimuli. :8.

188. Buena F, Swerdloff RS, Steiner BS, Lutchmansingh P, Peterson MA, Pandian MR, et al. Sexual function does not change when serum testosterone levels are pharmacologically varied within the normal male range\*\*This work (Project CSA 90-063) was supported by the Contraceptive Research and Developmental Program (CONRAD), Eastern Virginia Medical School, Norfolk, Virginia, under a Cooperative Agreement (DPE-2044-A-00-6063-00) with the United States Agency for International Development (A.I.D.). The views expressed by the author(s) do not necessarily reflect the views of Agency for International Development. Additional support was provided by National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, General Clinical Research Center grant M01-RR-00425. *Fertility and Sterility*. 1 mai 1993;59(5):1118-23.

189. ANSM. Acétate de cyprotérone (Androcur et ses génériques) et risque de méningiome : Résultats de l'enquête de pharmacovigilance - Point d'Information [Internet].

Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Acetate-de-cyproterone-Androcur-et-ses-generiques-et-risque-de-meningiome-Resultats-de-l-enquete-de-pharmacovigilance-Point-d-Information>

190. Weill A, Nguyen P, Yoldjian I, Fontanel S, Froelich S, Coste J. Exposition prolongée à de fortes doses d'acétate de cyprotérone et risque de méningiome chez la femme : une recherche-action de santé publique en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2020;68:S3-4.

191. Garcia FD, Delavenne HG, Assumpção A de FA, Thibaut F. Pharmacologic Treatment of Sex Offenders With Paraphilic Disorder. *Current Psychiatry Reports*. 10 avr 2013;15(5):356.

192. Ott F, Hoffet H. [Influence of antiandrogens on libido, potency and testicular function]. *Schweiz Med Wochenschr*. 16 nov 1968;98(46):1812-5.

193. Davies TS. Cyproterone Acetate for Male Hypersexuality. *J Int Med Res*. 1 mars 1974;2(2):159-63.

194. McConaghy N, Blaszczyński AP, Armstrong MS, Kidson W. Resistance to treatment of adolescent sex offenders. *Archives of Sexual Behavior*. 1989;18(2):97-107.

195. McConaghy N. Assessment and Treatment of Sex Offenders: The Prince of Wales Programme. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 juin 1990;24(2):175-81.

196. Thibaut F, Cordier B, Kuhn J-M. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. *Acta Psychiatr Scand*. juin 1993;87(6):445-50.

197. Nguyen M, Murphy T. Mirtazapine for excessive masturbation in an adolescent with autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1 sept 2001;40:868-9.

198. Coskun M, Mukaddes NM. Mirtazapine Treatment in a Subject with Autistic Disorder

- and Fetishism. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 1 avr 2008;18(2):206-9.
199. Coskun M, Karakoc S, Kircelli F, Mukaddes NM. Effectiveness of Mirtazapine in the Treatment of Inappropriate Sexual Behaviors in Individuals with Autistic Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 1 avr 2009;19(2):203-6.
200. Brown D, Larkin F, Sengupta S, Romero-Ureclay JL, Ross CC, Gupta N, et al. Clozapine: an effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK high-security hospital. *CNS Spectr*. oct 2014;19(5):391-402.
201. Thibaut F, Colonna L. [Lithium and aggression in adults]. *L'Encephale*. 1992;18(2):193—198.
202. Bostwick J, Bucci J. Internet Sex Addiction Treated With Naltrexone. *Mayo Clinic proceedings Mayo Clinic*. 1 mars 2008;83:226-30.
203. Ryback R. Naltrexone in the Treatment of Adolescent Sexual Offenders. *The Journal of clinical psychiatry*. 1 août 2004;65:982-6.
204. Fogari R, Zoppi A. Effects of antihypertensive therapy on sexual activity in hypertensive men. *Current Hypertension Reports*. 1 mai 2002;4(3):202-10.
205. Rosen RC, Kostis JB, Jekelis AW. Beta-blocker effects on sexual function in normal males. *Archives of Sexual Behavior*. 1 juin 1988;17(3):241-55.
206. Middlemiss DN. Stereoselective blockade at JHI5-HT binding sites and at the 5-HT autoreceptor by propranolol. :5.
207. Sprouse JS, Aghajanian GK. (-)-Propranolol blocks the inhibition of serotonergic dorsal raphe cell firing by 5-HT1A selective agonists. :4.
208. Deepmala, Agrawal M. Use of Propranolol for Hypersexual Behavior in an Adolescent With Autism. *Ann Pharmacother*. oct 2014;48(10):1385-8.
209. Andrews D, Bonta J. Rehabilitating Criminal Justice Policy and Practice. *Psychology*,

Public Policy, and Law. 1 févr 2010;16:39-55.

210. Carrillo M, Ricci LA, Coppersmith GA, Melloni RH. The effect of increased serotonergic neurotransmission on aggression: a critical meta-analytical review of preclinical studies. *Psychopharmacology*. août 2009;205(3):349-68.

## 7 ANNEXES

### Annexe 1 - Fiche de cotation de l'échelle ERASOR

Facteurs de risque élevé associés à la récidive sexuelle	Éléments présents	Éléments potentiellement présents ou présents en partie	Éléments absents	Éléments inconnus
<b>Intérêts, attitudes et comportements sexuels</b>				
1. Intérêts sexuels déviants (intérêt sexuel envers les enfants, recours à la violence, ou association de ces deux facteurs)		√		
2. Obsessions sexuelles/Préoccupations de nature sexuelle			√	
3. Attitudes tolérantes à l'égard de l'agression sexuelle			√	
4. Refus de modifier les attitudes ou intérêts sexuels déviants			√	
<b>Antécédents d'agression sexuelle</b>				
5. Agression sexuelle à l'encontre de deux victimes ou plus			√	
6. Agression sexuelle d'une même victime à deux reprises ou plus			√	
7. Agression(s) sexuelle(s) ayant déjà fait l'objet d'une sanction de la part d'un adulte)			√	
8. Menaces ou recours à des armes/à une violence excessive au cours de l'agression sexuelle			√	
9. L'adolescent a déjà agressé sexuellement un enfant				
10. L'adolescent a déjà agressé sexuellement une personne lui étant étrangère	√			
11. Absence de discrimination dans le choix des victimes			√	
12. L'adolescent a déjà agressé sexuellement une victime de sexe masculin ( <i>Facteur réservé à l'évaluation des délinquants de sexe masculin</i> )			√	
13. Diversité des comportements d'agression sexuelle			√	
<b>Fonctionnement psychosocial</b>				
14. Orientation interpersonnelle antisociale			√	
15. Absence d'ami(e)s intimes/Isolement social	√			
16. Fréquentations néfastes et influence négative des pairs			√	
17. Agression interpersonnelle			√	
18. Escalade de la colère ou d'un autre affect négatif			√	
19. Autorégulation inefficace du comportement et de l'expression des affects (impulsivité)	√			
<b>Fonctionnement de la famille/de l'environnement</b>				
20. Situation de détresse familiale			√	
21. Relations conflictuelles entre le délinquant et l'un des ses parents/Rejet parental			√	
22. Parent(s) ne cautionnant pas l'évaluation/le traitement spécifique de l'agression sexuelle			√	
23. Environnement propice à la récidive sexuelle		√		
<b>Traitement</b>				
24. Aucune conception ou mise en pratique de programmes ou de stratégies de prévention réalistes		√		
25. Interruption du traitement spécifique de l'agression sexuelle	√			
<b>Autre(s) facteur(s)</b>				
Évaluation générale du risque <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Élevé				

© 2001, Programme SAFE-T, Centre régional Thistleton

## Annexe 2 – Items de la J-SOAP-II :

Score and item		
Items from the Sexual Drive/Preoccupation Scale		
<b>Number of sexual abuse victims</b> Score of 0 = only 1 known victim	Score of 1 = 2 known victims	Score of 2 = 3 or more known victims
<b>Duration of sex offense history</b> Score of 0 = only 1 known sexual offense and no other history of sexual aggression.	Score of 1 = There are multiple sex offenses within a brief time period (6 months or less).	Score of 2 = There are multiple sex offenses that extend over a period greater than 6 months and involve 1 or more victims.
<b>Degree of planning in sexual offenses</b> Score of 0 = No planning. All known sexual offenses appear to have been impulsive, opportunistic, sudden, and without any apparent forethought prior to the encounter.	Score of 1 = Mild degree of planning. Some clear evidence that the individual thought about or fantasized about the sexual offense before the encounter.	Score of 2 = Moderate or detailed planning. There must be a clear <i>modus operandi</i> . The offenses may appear “scripted,” with a particular victim and crime location targeted.
<b>Sexualized aggression</b> Score of 0 = No gratuitous or expressive aggression. No evidence that the individual intentionally physically hurt the victim or demeaned or humiliated the victim.	Score of 1 = Mild amount of expressive aggression. As evidenced by swearing or cursing at the victim, threatening the victim, squeezing, slapping, or pushing the victim.	Score of 2 = Moderate to high amount of expressive aggression. As evidenced by punching, kicking, cutting, burning, or stabbing the victim; causing physical injuries that require medical attention.
Items used to form the covariate Impulsive/Antisocial Behavior		
<b>Pervasive anger</b> Score of 0 = No evidence.	Score of 1 = Occasional outbursts and inappropriate expressions of anger or a pattern of anger expressed at an apparently narrow range of targets.	Score of 2 = Long-standing pattern of repeated instances of poorly managed anger directed at multiple targets.
<b>School behavior problems</b> Score of 0 = No clear evidence of school behavior problems.	Score of 1 = A few apparently isolated instances of school behavior problems (e.g., fighting, truancy).	Score of 2 = Clear evidence of multiple instances of behavior problems that may include behaviors resulting in suspensions or expulsion from school.
<b>History of conduct disorder before age 10</b> Score of 0 = No evidence of symptoms before age 10.	Score of 1 = 1 or 2 symptoms present.	Score of 2 = At least 3 criteria present.
<b>Juvenile antisocial behavior (ages 10–17)</b> Score of 0 = No more than a single incident. Antisocial behaviors include vandalism, disorderly conduct, fighting, carrying a weapon, or theft.	Score of 1 = 2 or 3 different nonsexual delinquent behaviors present.	Score of 2 = 4 or more nonsexual delinquent behaviors present or multiple incidents involving 2 or 3 types of behavior.
<b>Ever charged or arrested before age 16</b> Score of 0 = Never.	Score of 1 = Once.	Score of 2 = More than once.
<b>Multiple types of offenses</b> Score of 0 = One type.	Score of 1 = 2 types (e.g., sexual, person, property, drug, or fraudulent offenses).	Score of 2 = More than 3 types.

*Note.* J-SOAP-II = Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II Edition (Prentky & Righthand, 2003). Boldface represents actual items. Descriptions are not actual copyright-protected items but descriptions provided to summarize item content for interpreting analyses. These descriptions should not be used to score the J-SOAP-II items.

**Annexe 3 – Items de la SAVRY** (Borum et al., 2002 ; H. Lodewijks, T. Doreleijers, C. de Ruiter. *Savry Risk Assessment in Violent Dutch Adolescents. Psychology, 2008*) :

<i>Historical Items</i>		<i>Social/Contextual Items</i>	
1.	History of violence	11.	Peer delinquency
2.	History of nonviolent offending	12.	Peer rejection
3.	Early initiation of violence	13.	Stress and poor coping
4.	Past supervision/intervention failures	14.	Poor parental management
5.	History of self-harm or suicide attempts	15.	Lack of personal/social support
6.	Exposure to violence in the home	16.	Community disorganization
7.	Childhood history of maltreatment		
8.	Parental/caregiver criminality		
9.	Early caregiver disruption		
10.	Poor school achievement		
<i>Individual Items</i>		<i>Protective Items</i>	
17.	Negative attitudes	P1.	Prosocial involvement
18.	Risk taking/impulsivity	P2.	Strong social support
19.	Substance use difficulties	P3.	Strong attachments and bonds
20.	Anger management problems	P4.	Positive attitude toward intervention and authority
21.	Low empathy/remorse	P5.	Strong commitment to school or work
22.	Attention deficit/hyperactivity difficulties	P6.	Resilient personality
23.	Poor compliance		
24.	Low interest/commitment to school or work		

*Note.* All historical, social/contextual, and individual items are coded on a three-level scale: low, moderate, or high. All protective items are coded on a two-level scale: absent or present. The summary risk rating is to be made as a professional judgment based on all risk and protective items in the case (from Borum et al., 2002).

**Annexe 4 – Items de la CSBI** (Yoonmi JinUn-Sun; ChungSung-Hoon; JeongWon Kee; LeeWon Kee Lee. The Reliability and Validity of the Korean Version of the Child Sexual Behavior Inventory. December 2013, Psychiatry investigation 10(4):336-45) :

Item
1. Dress like the opposite sex
2. Stands too close to people
3. Talks about wanting to be the opposite sex
4. Touches sex (private) parts when in public area
5. Masturbates with hand
6. Draws sex parts when drawing pictures of people
7. Touches or tries to touch their mother's or other women's breast
8. Masturbates with toy or objects (blanket, pillow, plastic toy)
9. Touches another child's sex (private) parts
10. Tries to have sexual intercourse with another child or adult
11. Puts mouth on another child's/adult's sex parts
12. Touches sex (private) parts when at home
13. Touches an adult's sex (private) parts
14. Touches animals' sex parts
15. Makes sexual sounds (sighs, moans, heavy breathing, etc.)
16. Asks others to engage in sexual acts with him or her
17. Rubs body against people or furniture
18. Puts objects in vagina or rectum
19. Tries to look at pictures of nude or partially dressed people
20. Pretends that dolls or stuffed animals are having sex
21. Shows sex (private) parts to adults
22. Tries to look at pictures of nude or partially dressed people
23. Talks about sexual acts
24. Kisses adults they do not know well
25. Gets upset when adults are kissing or hugging
26. Overly friendly with men they don't know well
27. Kisses other children they do not know well
28. Talks flirtatiously
29. Tries to undress other children against their will (opening pants, shirt, etc.)
30. Wants to watch TV or movies that show nudity or sex
31. When kissing, tries to put their tongue in other person's mouth
32. Hugs adults they do not know well
33. Shows sex (private) parts to children
34. Tries to undress adults against their will (opening pants, shirts, etc.)
35. Is very interested in the opposite sex
36. Puts their mouth on mother's or other women's breasts
37. Knows more about sex than other children their age
38. Other sexual behaviors (please describe)

**AUTEUR : Nom : STORA**

**Prénom : SOLAL**

**Date de soutenance : 14 octobre 2020**

**Titre de la thèse : Comportements sexuels problématiques des mineurs : place de la pédopsychiatrie et éléments de prise en charge**

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : DES Psychiatrie**

**Mots-clés : comportement sexuel problématique, agresseur sexuel, enfant, adolescent, pédopsychiatrie, prise en charge, évaluation, traitement, psychothérapie, thérapeutique pharmacologique**

**Résumé :** La pédopsychiatrie est de plus en plus sollicitée concernant les mineurs présentant des comportements sexuels problématiques (MCSP) or il n'existe pas dans la littérature de définitions faisant consensus ni de recommandations officielles quant à leur prise en charge. L'objectif de ce travail est de mieux définir la place du pédopsychiatre dans cette question. A travers la description de programmes d'interventions ciblant les MCSP, notamment en Amérique du Nord, nous avons tenté d'établir des grands axes de prise en charge.

Il apparait que la pédopsychiatrie a avant tout une mission d'évaluation clinique de ces jeunes. Les données de la littérature concernant les caractéristiques socio-démographiques ainsi que les facteurs de risques associés aux MCSP peuvent être utiles à cette évaluation.

Outre cette mission, le pédopsychiatre peut prendre part à une prise en charge centrée sur les Comportements Sexuels Problématiques (CSP), envisagée dans certains cas. Il s'intègre alors à une équipe de soin pluridisciplinaire spécialisée. L'utilisation d'échelles standardisées, évaluant les CSP et le risque de récurrence peut avoir un intérêt en complément de l'évaluation clinique spécifique.

Le soin de première intention des MCSP est toujours la psychothérapie. Les données de la littérature permettent de dégager plusieurs approches qui semblent complémentaires et s'intriquent au sein des différents programmes étudiés. Les principales sont : la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie multi-systémique, la thérapie familiale et la psycho-éducation comprenant l'éducation sexuelle. Les modalités d'organisations sont multiples, on retrouve des séances de thérapie de groupe (entre pairs, entre enfant et parents, entre parents) ou de thérapie familiale ainsi que de la thérapie individuelle. Si l'essentiel des soins se fait sur un mode ambulatoire, certains programmes sont délivrés chez des mineurs institutionnalisés.

En deuxième intention un traitement pharmacologique (antidépresseur ou antihormonal) peut être envisagé dans certains cas. Il reste marginal et concerne une infime partie des MCSP, présentant souvent de lourdes comorbidités.

Ce travail tente d'apporter des éléments de réflexion quant à l'élaboration de programmes de soin pluridisciplinaires et la création de structures ressources spécifiques des MCSP limitant ainsi une stigmatisation qui renforce les risques d'évolution péjorative de ces mineurs au travers d'une prise en charge optimale.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Guillaume VAÏVA**

**Assesseurs : Professeur Olivier COTTENCIN, Professeur Renaud JARDRI**

**Directeur de thèse : Professeur François MEDJKANE**