

# Quelles seraient les indications de soins pénalement ordonnés dans les situations de mineurs auteurs de violences sexuelles ?

## Dr Jokthan GUIVARCH

*MCU-PH en pédopsychiatrie, Expert près la cour d'appel d'Aix-en-Provence. Aix-Marseille Université ; Service de Pédopsychiatrie, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille, France ; Is'Crim, Institut des Sciences Criminelles, Université de Poitiers, Poitiers, France ; Institut de Neurosciences de la Timone, Aix-Marseille Université, CNRS, CanoP, UMR 7289, Marseille, France.*

Déclarations d'intérêt : aucune

## Mme Audrey MAGNAN

1

*Juge des enfants. Tribunal Judiciaire de Marseille, France.*

Déclarations d'intérêt : aucune

## Dr Tiphaine KROUCH

*PH en pédopsychiatrie. Cheffe de service et présidente de la CME du CHS Valvert, Marseille, France.*

Déclarations d'intérêt : aucune

## **RESUME**

Les mineurs sont impliqués dans près d'un tiers des agressions sexuelles. Les adolescents auteurs de tels faits constituent un groupe hétérogène ressemblant davantage aux mineurs auteurs de violence générale qu'aux délinquants sexuels adultes. En majorité, ils ne présentent pas de paraphilie ni de trouble psychique à l'origine du passage à l'acte. Ils récidivent très peu, du moins ne récidivent pas par des faits de nature sexuelle. Après avoir présenté le cadre légal des soins pouvant être ordonnés par l'autorité judiciaire pour un mineur auteur de violence sexuelle, nous avons proposé une rapide revue de la littérature sur les troubles psychiques potentiellement identifiables dans cette population et nous avons présenté la démarche de l'expert pédopsychiatre. L'indication de l'injonction de soins par l'expert procède d'une triple évaluation : une exploration diagnostique, une exploration sur le discernement, et sur le risque de récurrence. Nous appuyant sur le modèle Risque-Besoins-Réceptivité (RBR), nous avons précisé que les soins pénalement ordonnés sont indiqués dans les situations à moyen ou haut risque de récurrence quand les troubles identifiés constituent des facteurs de risque dynamiques sur lesquels des programmes de soins structurés peuvent agir.

## **INTRODUCTION**

En 2023 en France, 28% des mis en cause pour des faits d'agressions sexuelles extrafamiliales sont des mineurs d'après le Ministère de l'Intérieur (Ministère de l'Intérieur, 2024). 30% des mineurs auteurs de violence sexuelle auraient moins de 13 ans au moment des faits (Romero et al., 2022). Dans la littérature scientifique, il ressort que 30 à 50% des adultes agresseurs sexuels ont débuté leur carrière criminelle à l'adolescence (Ryan, 2016).

On pourrait craindre à l'évocation de ces chiffres que ces mineurs soient des criminels sexuels en puissance. Il n'en est rien (Ryan, 2016).

Le risque de récurrence de violence sexuelle des adolescents est très faible. Une méta-analyse de Lussier et al de 2024 retrouve un taux de récurrence générale de l'ordre de 44% (il s'agit de moyenne pondérée regroupée), avec dans le détail un taux de récurrence violente de 18% et de récurrence sexuelle seulement de 8% (Lussier et al., 2024). De plus, ce taux bas se maintient dans le temps. Cela veut dire que si le mineur commet une nouvelle infraction, il ne s'agira pas en général d'une infraction sexuelle.

Mais pour les criminels sexuels adultes, le fait d'avoir commis une infraction sexuelle à un âge jeune est un facteur de risque de récurrence (Hanson & Bussière, 1998) qu'il faut considérer.

3

Andrews et Bonta (Bonta & Andrews, 2017) ont proposé un modèle permettant de penser l'évaluation et d'organiser les actions et programmes de prévention de la récurrence des conduites criminelles, le modèle RNR « risk, need, receptivity » ou RBR « Risque, Besoins, Réceptivité ». Le modèle RBR implique de proposer des interventions de prévention à hauteur du risque de récurrence (principe du risque), en ciblant les facteurs de risque impliqués dits « besoins criminogènes » (principe du besoin) et à adapter les interventions aux capacités et style d'apprentissage du délinquant (principe de réceptivité générale), le plus souvent sous la forme d'interventions cognitives et comportementales. Il est à noter que dans ce modèle scientifique, reposant sur des études statistiques, les troubles mentaux – à l'exception des abus de substance – sont considérés comme des besoins non criminogènes, c'est-à-dire faiblement associés à la récurrence, ce qui implique selon les auteurs, dans une approche pragmatique, de ne pas se focaliser sur ce point lors des interventions de prévention de la récurrence, si ce n'est à adapter l'intervention aux particularités du délinquant en cas de troubles psychiques (principe de réceptivité spécifique) (Bernardi et al., 2023). En est-il de même pour la violence sexuelle ?

Concernant les facteurs de risque de récurrence, la littérature scientifique ne met pas en avant les maladies mentales chez les auteurs mineurs (Ryan, 2016; Thibaut et al., 2016). Il en est de même des

outils spécifiques d'évaluation du risque de récidive utilisables chez les adolescents (J-SOAP-II, J-SORRAT-II) -reposant sur des études de validation statistique-, qui ne recherchent pas l'existence d'une maladie mentale. Ces éléments semblent indiquer que la maladie mentale en général ne serait pas un facteur de risque de récidive à considérer (Viljoen et al., 2008, 2012). Toutefois, certains troubles paraphiliques ou états psychiatriques aigus -état maniaque- augmentent les pulsions et les préoccupations sexuelles déviantes (Ryan, 2016). De même, des troubles mentaux peuvent indirectement favoriser le risque de récidive en augmentant l'impulsivité, l'irritabilité, la colère, en diminuant le contrôle des impulsions, en favorisant l'instabilité du contexte de vie. On peut dire ainsi que les troubles psychiques, sans être directement reliés à la récidive d'infractions sexuelles, peuvent être un terreau favorable à certains facteurs de risques.

Une méta-analyse a mis en évidence l'efficacité des programmes offerts aux criminels sexuels sur la réduction de la récidive, encore plus quand il s'agit d'adolescents. Ces programmes reposent sur des interventions cognitives et comportementales permettant de travailler sur les comportements, les émotions, l'empathie, l'impulsivité et sur les cognitions erronées pouvant participer au comportement infractionnel (Kim et al., 2016).

Alors même que le taux de récidive d'infraction sexuelle est faible chez les mineurs auteurs, l'enjeu est alors d'identifier les adolescents qui pourront le plus tirer bénéfice de ces interventions. En nous référant au modèle RBR, on peut indiquer qu'il convient de cibler les adolescents présentant le plus de risques de récidive et d'identifier les besoins les plus impliqués dans le risque de récidive et sur lesquelles on peut travailler.

Cela rend ainsi nécessaire une évaluation pédopsychiatrique approfondie que permet l'expertise. L'expert est à cette occasion amené à se prononcer sur l'opportunité de la mise en place de soins pénalement ordonnés.

Dès lors, il apparaît important de structurer notre réponse trois axes : le cadre de soins pénalement ordonnés pour le mineur auteur de violence sexuelle, les troubles mentaux identifiables chez l'auteur, et l'expertise psychiatrique pénale du mineur auteur de violence sexuelle et l'indication de l'injonction de soins.

**1. LE CADRE DES SOINS PENALEMENT ORDONNES POUR LE MINEUR AUTEUR DE VIOLENCE SEXUELLE (CODE DE LA JUSTICE PENALE DES MINEURS, 2024; MINISTERE DE LA JUSTICE & DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE, 2021A)**

Des mesures de soins peuvent être ordonnées à différentes étapes du parcours judiciaire d'un mineur.

Il convient de rappeler la procédure applicable aux mineurs en vertu du code de la justice pénale des mineurs (CJPM).

Le juge des enfants ou le tribunal pour enfants statue par principe selon la procédure de mise à l'épreuve éducative (article L.521-1 du CJPM). Cette procédure comporte une audience d'examen de la culpabilité, une période de mise à l'épreuve éducative et une audience de prononcé de la sanction. Lorsqu'elle déclare le mineur coupable des faits, la juridiction ordonne ainsi l'ouverture d'une période de mise à l'épreuve éducative, statue sur les mesures auxquelles le mineur sera soumis pendant la période et renvoie le prononcé de la sanction à une audience dont elle détermine la date et la formation (dans un délai compris entre 6 et 9 mois). A titre exceptionnel, une même audience peut être l'occasion de décider de la culpabilité et de la sanction (audience unique à l'issue d'un déferrement selon l'article 423-4 du CJPM ou lorsque la juridiction est saisie par ordonnance de renvoi du juge d'instruction selon l'article 521-26 du CJPM).

5

La juridiction de jugement peut être saisie :

- Par une convocation par officier de police judiciaire à l'issue de sa garde à vue devant le juge des enfants statuant en chambre du conseil ou devant le Tribunal pour Enfants, statuant de façon collégiale ;
- Par procès-verbal du procureur de la République, à l'issue de son déferrement au Tribunal judiciaire, devant le juge des enfants statuant en chambre du conseil ou devant le Tribunal pour Enfants, statuant de façon collégiale.

Dans la seconde hypothèse, le mineur est présenté au procureur de la République à l'issue de sa garde à vue, puis comparait devant le juge des enfants ou le juge des libertés et de la détention (s'il est requis la détention provisoire, pour un mineur âgé de plus de 16 ans).

Le juge des enfants comme le juge des libertés et de la détention peuvent dans ce cadre être amenés à prononcer des mesures éducatives ou de sûreté, dans l'attente de l'audience sur la culpabilité ou de l'audience unique (culpabilité et sanction au cours de la même audience) :

- Par ordonnance de renvoi du juge d'instruction, devant le Tribunal pour Enfants (statuant en matière délictuelle ou criminelle) à l'issue d'une information judiciaire ;
- Par ordonnance de mise en accusation du juge d'instruction devant la Cour d'assises des mineurs (pour un crime commis par un mineur de plus de 16 ans au moment des faits) à l'issue d'une information judiciaire.

Des mesures de soins peuvent être ordonnées à l'égard d'un mineur en vertu du code de la justice pénale des mineurs (CJPM) :

### **1.1. Dans le cadre d'une mesure de sureté (« obligation de soins »), avant le prononcé de toute sanction**

Le **contrôle judiciaire** (article L.331-1 du CJPM) et **l'assignation à domicile sous surveillance électronique** (article L.333.1 du CJPM) peuvent être prononcés dans le cadre de l'instruction, lors du déferrement jusqu'à l'audience d'examen de la culpabilité, à l'audience d'examen de la culpabilité et au cours de la période de mise à l'épreuve éducative. La mesure ne peut être prononcée qu'à l'égard d'un mineur âgé d'au moins 13 ans pour le contrôle judiciaire et d'au moins 16 ans pour l'assignation à domicile sous surveillance électronique.

6

Une liste spécifique et réduite des obligations et interdictions susceptibles d'être prononcées dans le cadre d'un contrôle judiciaire et de l'assignation à domicile sous surveillance électronique à l'égard des mineurs est prévue par l'article L.331-2 du CJPM en ce compris :

- « 10° Se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication. Une copie de l'ordonnance de placement sous contrôle judiciaire est adressée par le juge des enfants, le tribunal pour enfants ou le juge d'instruction au médecin ou au psychologue qui doit suivre le mineur. Les rapports des expertises réalisées pendant l'enquête, l'instruction ou la mise à l'épreuve éducative sont adressés au médecin ou au psychologue, à leur demande ou à l'initiative du juge des enfants ou du juge d'instruction. Celui-ci peut également leur adresser toute autre pièce utile du dossier ;
- 14° Respecter les conditions d'une prise en charge sanitaire, sociale, éducative ou psychologique, destinée à permettre sa réinsertion et l'acquisition des valeurs de la citoyenneté ; cette prise en charge peut, le cas échéant, intervenir au sein d'un établissement d'accueil adapté dans lequel la personne est tenue de résider. ».

**1.2. Dans le cadre d'une mesure éducative (« module santé »), avant le prononcé de toute sanction ou en tant que sanction à part entière (Ministère de la Justice & Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, 2021b)**

La mesure éducative judiciaire (MEJ) est une **mesure unique**, remplaçant le panel des mesures éducatives provisoires et des sanctions éducatives prévues par l'ordonnance du 2 février 1945. Elle peut être prononcée à toutes les étapes de la procédure pénale :

- Avant la sanction (elle est dans ce cas appelée mesure éducative judiciaire provisoire, MEJP) :
  - Avant toute condamnation : au moment du déferrement, y compris en cumul d'une détention provisoire ;
  - A l'issue d'une déclaration de culpabilité durant la période de mise à l'épreuve éducative.
- En tant que sanction (mesure éducative judiciaire, MEJ) : elle prononcée d'office par le magistrat ou sur proposition du service de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

Elle consiste en un **accompagnement global et individualisé du mineur, construit à partir d'une évaluation** de sa situation personnelle, familiale et sociale, réalisé par le service de milieu ouvert de la protection judiciaire de la jeunesse. Elle est prononcée pour une durée n'excédant pas cinq années (article L.112-4 alinéa 1) et ne peut s'exécuter au-delà des 21 ans de la personne (article L.112-4 alinéa 2).

7

La MEJ est une **mesure éducative** adaptable à la situation du mineur et à son évolution au cours de la procédure. Quatre modules peuvent être prononcés et viennent compléter l'accompagnement global du mineur, pour répondre à des besoins identifiés du mineur en termes d'insertion, de réparation, de santé et de placement.

Ainsi **un module santé peut être ordonné**. Ce module permet une orientation du jeune vers une prise en charge sanitaire adaptée à ses besoins et à sa situation. Il peut s'agir d'une orientation en milieu ouvert vers des soins, d'un placement dans un établissement de santé ou d'un placement en établissement médico-social (Décret n° 2021-683 du 27 mai 2021 portant partie réglementaire du code de la justice pénale des mineurs (articles en D), 2021).

**1.3. Dans le cadre du prononcé d'une peine**

*1.3.1. L'obligation de soins assortissant une peine (Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice (1), 2019)*

Une obligation de soins peut être décidée lorsqu'une peine est prononcée à l'égard d'un mineur (d'au moins 13 ans) : peine d'emprisonnement assortie d'un sursis probatoire ou sursis probatoire renforcé ne pouvant excéder 5 ans, peine de détention à domicile sous surveillance électronique, peine d'emprisonnement faisant l'objet d'un aménagement de peine.

Cette obligation particulière est prévue par les dispositions des articles 122-2 et 621-3 du CJPM et de l'article 132-45 du code pénal :

- « 3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. Une copie de la décision ordonnant ces mesures est adressée par le juge de l'application des peines au médecin ou au psychologue qui doit suivre la personne condamnée. Les rapports des expertises réalisées pendant la procédure sont adressés au médecin ou au psychologue, à leur demande ou à l'initiative du juge de l'application des peines. Celui-ci peut également leur adresser toute autre pièce utile du dossier ;
- 20° Respecter les conditions d'une prise en charge sanitaire, sociale, éducative ou psychologique, destinée à permettre sa réinsertion et l'acquisition des valeurs de la citoyenneté ; cette prise en charge peut, le cas échéant, intervenir au sein d'un établissement d'accueil adapté dans lequel le condamné est tenu de résider. »

8

La mesure sera suivie par le juge des enfants, statuant en matière d'application des peines, ou par le juge d'application des peines si le juge des enfants s'est dessaisi de la procédure à son profit pour une personne devenue majeure.

*1.3.2. Le suivi socio judiciaire*

Un suivi socio-judiciaire peut être prononcé à titre de peine complémentaire (mais pas en même temps qu'un sursis probatoire selon l'article 131-36-6 du code pénal) ou comme peine principale (en matière correctionnelle selon l'article 131-36-7 du même code).

Il emporte pour le condamné l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge des enfants statuant en matière d'application des peines ou le juge d'application des peines, à « des mesures de surveillance et d'assistance et à des obligations et interdictions, destinées à prévenir la récidive » (article 131-36-1 du code pénal). Il est applicable aux personnes physiques et spécifique à certains crimes et délits, dont les viols, agressions sexuelles ou exhibition sexuelle et vise à prévenir la récidive de certaines infractions considérées par le législateur comme particulièrement dangereuses pour la société, à forts risques de récidive et pouvant nécessiter un suivi médical.

La personne poursuivie doit avoir été soumise, avant tout jugement, à une expertise médicale. L'expert est alors interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.

Le condamné au suivi socio-judiciaire (article 131-36-2 du code pénal) est alors soumis à des mesures de surveillance (article 132-44 du code pénal), à d'éventuelles obligations particulières de l'article 132-45 du code pénal ainsi qu'à une injonction de soins (dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 à L. 3711-5 du code de la santé publique), si l'expertise médicale conclut à la possibilité d'un traitement.

Comme pour le sursis probatoire, le délai du suivi socio-judiciaire est suspendu par tout écroû intervenant au cours de son exécution. Cependant, il produit des effets même pendant l'incarcération du condamné, y compris lorsque ce dernier a été incarcéré dès le prononcé de la peine : le condamné est informé de la possibilité d'entreprendre un traitement ; un refus de soins a des conséquences sur les réductions de peine et sur la possibilité de bénéficier d'une libération conditionnelle ; une expertise psychiatrique est en principe obligatoire avant de lui accorder une permission de sortir ou un aménagement de peine.

Le juge des enfants statuant en matière d'application des peines désigne par ordonnance un médecin coordonnateur, choisi sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée, établie par le procureur de la République. Le médecin coordonnateur est chargé selon l'article L. 3711-1 du code de la santé publique :

- « D'inviter le condamné, au vu des expertises réalisées, (...) à choisir un médecin traitant ou un psychologue traitant ;
- De conseiller le médecin [ou le psychologue] traitant (...)
- De convoquer périodiquement le condamné pour réaliser un bilan de sa situation (au moins une fois par trimestre) ;

- De transmettre au juge d'application des peines les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins [bilan précis de la mise en œuvre de l'injonction de soins, éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne, propositions sur les modalités de poursuite de la mesure] ;
- D'informer (...) le condamné dont le suivi socio judiciaire (...) est arrivé à son terme de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de tout contrôle de l'autorité judiciaire ».

Il convient de discuter des conséquences en cas de non-respect des soins ordonnés par l'autorité judiciaire :

- La violation d'un module santé dans le cadre d'une mesure éducative (MEJP ou MEJ) peut conduire le juge des enfants à modifier les modalités et le contenu de la mesure éducative ou à organiser une audience en vue d'un rappel de ses obligations. Ces violations auront également une influence sur les procédures en cours et à venir. Elles ne peuvent donner lieu ni à une révocation ni à incarcération.
- Une obligation de soins prononcée dans le cadre d'une mesure de sûreté (contrôle judiciaire ou assignation à résidence avec surveillance électronique), dans le cadre d'une peine (sursis probatoire, suivi socio-judiciaire, détention à domicile sous surveillance électronique) ou d'un aménagement de peine est susceptible, en cas de non-respect, d'entraîner la mise à exécution totale ou partielle de l'emprisonnement.

## **2. LES TROUBLES MENTAUX IDENTIFIABLES CHEZ LE MINEUR AUTEUR DE VIOLENCE SEXUELLE**

Les mineurs auteurs de violence sexuelle constituent un groupe hétérogène ressemblant davantage aux mineurs auteurs de violence générale qu'aux délinquants sexuels adultes. Ils présentent des particularités tenant compte de leur immaturité – en particulier en matière sexuelle –, du développement de leur personnalité en cours, de l'importance des pairs et du groupe dans les agressions (Andrade et al., 2006; Malin et al., 2014; Roman, 2012; Ryan, 2016). Plusieurs auteurs ont à ce sujet proposé différents modèles de compréhension intégrant des facteurs biologiques, développementaux, systémiques, familiaux et sociétaux (Ryan, 2016).

Peu d'études ont été réalisées sur la prévalence de troubles mentaux présents chez les mineurs auteurs de violence sexuelle.

Righthand et Welch en 2004 évoquaient principalement des troubles des conduites, des épisodes dépressifs et des troubles anxieux, sans pouvoir en indiquer la prévalence. Ils observaient également

dans la population d'adolescents criminels sexuels des antécédents de victimisation et soutenaient l'hypothèse de maladie psychotraumatique. La place de l'abus de substance n'était pas claire selon les auteurs ; elle n'apparaissait pas être liée au passage à l'acte même si les toxiques peuvent augmenter l'impulsivité (Righthand & Welch, 2004).

En 2006, Andrade et al proposaient une revue de la littérature sur cette question. Ils déploraient le faible nombre d'études spécifiques sur les mineurs auteurs de violence sexuelle et mettaient en avant la complexité de cette population, notamment parce que le mineur et sa personnalité sont encore en développement. Ils identifiaient principalement des troubles des conduites et des troubles déficitaires de l'attention (TDAH), puis des troubles anxieux et des troubles de l'humeur mais aussi des abus de substance. Ils citaient également les paraphilies qui étaient retrouvées à un taux très élevé chez les adolescents auteurs de violence sexuelle mais cette fréquence est à relativiser car il s'agissait de petites séries de cas (Andrade et al., 2006).

Seto et Lalumière dans une méta-analyse conduite en 2010 sur 59 études observaient chez les adolescents auteurs de violence sexuelle davantage de dépression, d'anxiété et de baisse de l'estime de soi que chez les adolescents n'ayant pas commis ce type d'actes (Seto & Lalumière, 2010).

La fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique a consacré une recommandation pour la prise en charge des adolescents criminels sexuels qui ont un trouble paraphilique (Thibaut et al., 2016). Elle a, à ce propos, rappelé les travaux d'Abel et al qui avaient indiqué que les hommes ayant une paraphilie avaient déjà pour 42% d'entre eux une excitation sexuelle déviante à l'âge de 15 ans. Le taux s'élevait à 53% à 15 ans si l'on considérait uniquement la pédophilie homosexuelle (Abel et al., 1998). Selon le DSM-5, une paraphilie « renvoie à tout intérêt sexuel intense et persistant autre que l'intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humain phénotypiquement normal sexuellement mature et consentant ». Le DSM-5 a permis de distinguer les paraphilies – ne nécessitant pas forcément de prise en charge sanitaire -, des troubles paraphiliques, en indiquant que la paraphilie est une condition « nécessaire mais non suffisante » d'un trouble paraphilique. Pour retenir un trouble paraphilique, il faut en plus que la paraphilie « cause d'une façon concomitante une détresse ou une altération du fonctionnement chez l'individu [ou] entraîne un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes » (American Psychiatric Association, 2022). C'est le cas des agressions sexuelles.

Les troubles paraphiliques que l'on peut observer chez l'adolescent auteur de violence sexuelle et qui peuvent être impliqués dans les passages à l'acte sont le trouble exhibitionnisme, le trouble frotteurisme, le trouble masochisme sexuel, le trouble sadisme sexuel et trouble pédophilie. Ce dernier

trouble ne peut être retenu que pour les adolescents de 16 ans et plus et nécessite une différence d'âge d'au moins 5 ans entre l'auteur adolescent et la victime (American Psychiatric Association, 2022). Les troubles paraphiliques chez les adolescents s'accompagnent de nombreuses comorbidités - trouble des conduites, TDAH, trouble dépressif, bipolaire et abus de substance – et d'antécédents de victimisation (Thibaut et al., 2016).

Toutefois, il faut rappeler que si la pédophilie et d'autres types de paraphilie peuvent apparaître dès l'adolescence, la très grande majorité des adolescents auteurs de violence sexuelle ne souffre pas de paraphilie et encore moins de trouble paraphilique (Ryan, 2016; Thibaut et al., 2016).

De même, la grande majorité d'adolescents auteurs d'un acte de violence sexuelle ne souffre pas d'un trouble psychiatrique pouvant expliquer l'infraction (Ryan, 2016). Il s'agit souvent d'un acte infractionnel sexuel unique chez un mineur qui n'est pas bien au clair sur la sexualité, le rapport à l'autre du fait d'un ensemble de facteurs biologiques, développementaux, sociétaux, culturels et situationnels. Il n'est pas rare que l'agression sexuelle soit pour l'adolescent sa première expérience sexuelle.

### **3. L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE DU MINEUR AUTEUR DE VIOLENCES SEXUELLES ET LA QUESTION DE L'INJONCTION DE SOINS**

En cas d'infraction de nature sexuelle, une expertise psychiatrique pénale est obligatoirement demandée par l'autorité judiciaire au stade pré-sentenciel comme cela est prévu à l'article 706-47-1 du code de procédure pénale (CPP). Dans la mission concernant le mineur auteur, le pédopsychiatre expert est interrogé sur l'existence d'un trouble psychique le jour de l'examen et au moment de l'infraction, il a à évaluer le discernement au moment des faits – discernement qui peut être empêché par une maladie mentale (altération ou abolition selon les termes de l'article 122-1 du code pénal) ou l'immaturation du fait de l'âge (article 122-8 du code pénal) – et doit se prononcer, en cas de condamnation du mineur, sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.

L'expert est également sollicité au stade post-sentenciel pour les aménagements de peine concernant une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire. Conformément à l'article 712-21 du CPP, l'expert qui examine une personne condamnée pour une infraction sexuelle « doit se prononcer sur le risque

de récidive » et doit « déterminer si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement », autrement dit, doit se prononcer l'opportunité d'une injonction de soins.

Andrade et al insistent sur l'importance de l'évaluation approfondie des mineurs auteurs de violence sexuelle à la recherche d'une maladie ou d'un trouble mental (Andrade et al., 2006) pour déterminer les soins à mettre en place mais aussi les implications médico-légales.

Prenons le cas de l'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle du mineur auteur de violence sexuelle. Dans la démarche expertale, il y a un temps d'exploration diagnostique, un temps d'étude du discernement et un temps d'évaluation du risque de récidive avec identification des facteurs de risque pertinents chez le sujet. **L'indication de l'injonction de soins par l'expert procède de cette triple évaluation.** Il est à noter que l'expert n'est interrogé que sur l'injonction de soins et non sur l'obligation de soins, cette dernière étant décidée par le magistrat sans nécessité d'expertise.

**L'évaluation diagnostique** se fait par l'entretien clinique et comporte les grands temps de l'examen clinique habituel. Il convient pour l'expert d'explorer le développement du mineur, de rechercher un trouble mental, plus particulièrement une paraphilie, d'en étudier le lien avec le passage à l'acte. L'expert peut utiliser des outils d'aide au diagnostic comme la KSADS - qui permet de passer en revue l'ensemble des troubles psychiatriques -, et des échelles symptomatiques. Il convient également pour l'expert d'explorer le contexte environnemental, relationnel, scolaire / professionnel mais surtout familial, ce qui est particulièrement utile dans les violences sexuelles intra-familiales. Ces évaluations permettent de repérer des distorsions cognitives familiales autour de la sexualité, une ambiance incestuelle mais aussi de connaître la qualité du soutien parental et le bain culturel et familial dans lequel l'adolescent a été élevé. Ces éléments seront utiles à l'orientation de la prise en charge.

Une attention toute particulière est accordée à l'exploration de la sexualité. Un des premiers points à étudier est le degré de connaissance chez l'expertisé de la sexualité, son discernement en la matière. L'expert doit également rechercher un antécédent de victimisation sexuelle intra ou extra familiale et questionner le mineur sur le fait qu'il ait pu être témoin de relations sexuelles entre ses parents.

Le lien entre affectivité et sexualité est questionné ; à ce titre, une sexualité désaffectivée, impersonnelle - avec notamment le recours à la prostitution et à la pornographie -, mais aussi une hypersexualité (avec masturbation compulsive) sont recherchées. L'exploration se poursuit, à la recherche d'une sexualité déviante, par l'exploration des intérêts sexuels atypiques, des fantasmes ou des fantaisies, des pulsions, et leur mise en œuvre. Le recueil de ces éléments peut permettre de retenir un trouble paraphilique.

Vient ensuite **l'exploration du discernement** général et en matière sexuelle. Être discernant signifie être capable de comprendre le sens de l'interdit moral, le sens de son acte et de pouvoir en anticiper les effets. Le discernement se construit progressivement en fonction de ce à quoi l'enfant est exposé, en fonction de ce qui lui est transmis. Il dépend donc de l'environnement du mineur mais aussi de ses capacités cognitives.

Le code de la justice pénale des mineurs (CJPM) a introduit une présomption de discernement pour le mineur de 13 ans, et a contrario une présomption de non-discernement pour le mineur de moins de 13 ans (article L. 11-1 CJPM). Il s'agit d'une présomption simple non irréfragable, ce qui implique que l'expert pourra argumenter, sur son examen clinique qu'un mineur de 13 ans n'est pas discernant, du fait de son immaturité. Il pourra également retenir un non-discernement ou une altération du discernement du fait d'une seconde circonstance, celle d'un trouble psychique.

Ces deux premières phases de l'expertise nécessitent un examen rigoureux par l'expert qui pourra éventuellement être complété par des bilans psychométriques de type échelle de Wechsler centrées sur l'intelligence (grâce à des avis sages). À l'issue de ces deux premières phases, l'expert a pu définir le profil développemental, cognitif et psychiatrique du mineur.

Le troisième axe concerne **l'exploration du risque de récurrence** qui est un élément clef de la prévention de la récurrence (Thibaut et al., 2016). À ce propos, Ryan et al indiquent « qu'une évaluation psychiatrique déconnectée de l'évaluation du risque est d'une utilité limitée » (Ryan, 2016).

14

Différents facteurs de risques de récurrence de violence sexuelle chez l'adolescent ont été mis en évidence dans la littérature :

- Du côté de l'auteur, l'existence d'une paraphilie ou d'éléments cliniques – comme les intérêts sexuels atypiques – faisant craindre une évolution vers une paraphilie (il s'agit là du principal facteur de risque de récurrence sexuel chez les adolescents (Ryan, 2016)), les antécédents de victimisation sexuelle, les antécédents judiciaires (sexuels et non-sexuels), le comportement antisocial et les distorsions cognitives soutenant les comportements antisociaux, les relations problématiques entre l'enfant et les donneurs de soins et l'échec d'un traitement antérieur axé sur la délinquance sexuelle ;
- Du côté des victimes, leur nombre et leurs caractéristiques (inconnue, âge jeune et du même sexe) (Ryan, 2016; Thibaut et al., 2016).

Ces évaluations du risque de récurrence, pour gagner en objectivité et fiabilité, tirent un bénéfice à s'appuyer sur des outils spécifiques d'évaluation du risque de récurrence sexuelle validés sur la population

d'intérêt, comme les outils J-SOAP-II et J-SORRAT-II (Ryan, 2016; Thibaut et al., 2016; Viljoen et al., 2012). Des outils utilisés chez l'adulte sont également proposés dans une version modifiée pour le mineur. Il convient d'associer aux outils d'évaluation du risque, des outils d'évaluation des facteurs de protection, permettant d'améliorer la prédiction et d'orienter au mieux les interventions (Langton et al., 2023). À l'issue de cette phase d'évaluation, les experts peuvent situer l'adolescent comme à faible risque de récurrence, à risque moyen ou à risque élevé.

Hanson encourage à évaluer chez les criminels sexuels, à la fois le risque de récurrence sexuelle et le risque de récurrence violente (Hanson & Bussière, 1998). Cela est encore plus vrai chez les mineurs car l'on sait que si les mineurs auteurs d'un acte de violence sexuelle sont de nouveau confrontés à la justice, ce sera en général pour des actes non sexuels (Ryan, 2016). L'expert pourra alors utiliser des outils d'évaluation du risque de récurrence violente de 4<sup>ème</sup> génération (de type YLS-CMI) associés à des outils évaluant les facteurs de protection de type SAPROF-YV, permettant une évaluation intégrée des risques et des besoins, orientée vers l'intervention.

L'expert pourra être aidé également du Questionnaire d'Investigation Clinique à destination des Adolescents Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (QICAAICS) qui vient soutenir l'entretien clinique avec un adolescent auteur de violence sexuelle en explorant le contexte environnemental, la vie relationnelle, la vie affective et sexuelle et l'infraction (Roman, 2012).

15

Après avoir procédé à ces différentes évaluations, l'expert peut répondre à la question de l'indication de l'injonction de soins. Il s'agit de la seule modalité de soins pénalement ordonnés pour laquelle il est interrogé.

Il faut rappeler l'objectif du traitement des personnes auteurs de violence sexuelle. Il s'agit de réduire le risque de passage à l'acte et d'améliorer le fonctionnement social du sujet (Thibaut et al., 2016). Concernant les adolescents, lorsqu'un traitement est indiqué, la prise en charge repose essentiellement sur des modalités de psychothérapie de type cognitive et comportementale comportant souvent une modalité de groupe, ou sur des programmes de type thérapie multi-systémique. Ces interventions visent à aider l'adolescent à réduire d'éventuelles excitations sexuelles déviantes, à travailler sur ses distorsions cognitives et ses rationalisations sous-tendant les agirs, à travailler sur son vécu émotionnel et sur celui de la victime – ce qui implique un travail sur la théorie de l'esprit et sur la capacité d'empathie -, et à accepter sa responsabilité dans le comportement infractionnel (Thibaut et al., 2016).

Plusieurs cas pratiques sont à envisager :

### **3.1. Il convient d'abord d'éliminer les situations où le mineur n'est pas discernant**

Il en est ainsi des mineurs immatures qui n'ont pas le discernement attendu d'un enfant d'au moins 13 ans (article 122-8 du code pénal) mais aussi des mineurs présentant une maladie mentale grave abolissant le discernement (alinéa 1 de l'article 122-1 du même code), comme un handicap intellectuel moyen, un syndrome maniaque ou encore un trouble psychotique (Ryan, 2016).

Dans ces situations, les soins pénalement ordonnés ne sont pas indiqués. Dans le cas d'un non-discernement du fait d'une immaturité, c'est vers un travail éducatif qu'il convient d'orienter le mineur et sa famille. Dans le cas d'un trouble psychique ayant aboli le discernement, ce sont les soins sans consentement de type SDRE (Soins à la Demande du Représentant de l'État) en hospitalisation complète puis en programme de soins qui sont indiqués selon les modalités prévues par les termes de l'article L. 3213-7 du code de la santé publique.

### **3.2. Les cas majoritaires où le mineur est discernant**

16

Dans ces situations, l'expert doit déterminer si l'adolescent a besoin de soins et s'il doit recevoir des soins sous la forme d'une injonction de soins pour prévenir la récidive. En effet, l'injonction de soins est une des mesures du suivi socio-judiciaire qui « comporte pour le condamné l'obligation de se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive » (article 131-36-1 du code pénal). L'injonction de soins doit concerner des mineurs de plus de 13 ans au moment des faits (condition nécessaire au prononcé d'une peine de suivi socio-judiciaire) à haut risque ou risque moyen de récidive et pour lesquels l'expert a identifié des besoins criminogènes sur lesquels un traitement peut agir (Bonta & Andrews, 2017). On voit ici toute l'importance d'avoir réalisé en amont une évaluation clinique et une évaluation structurée du risque de récidive.

#### **3.2.1. Le cas des troubles paraphiliques et des adolescents à risque moyen ou élevé de récidive**

L'injonction de soins doit concerner les mineurs présentant un trouble paraphilique ou des éléments cliniques témoignant d'une excitation sexuelle déviante (intérêts sexuels atypiques, hypersexualité) faisant craindre l'évolution vers un trouble paraphilique.

L'injonction de soins doit également concerner les adolescents à haut risque et chez qui l'expertise a mis en évidence des besoins criminogènes sur lesquelles des interventions sont possibles. Il peut s'agir de troubles de la régulation émotionnelle et des impulsions, de la colère, ou encore un manque d'habileté sociales ou d'empathie.

Encore faut-il que les modalités de prise en charge recommandées scientifiquement – à savoir des programmes ciblant les dimensions problématiques par des interventions cognitivo-comportementales (Thibaut et al., 2016) souvent en groupe - soient disponibles. Il faut signaler à ce propos une difficulté supplémentaire en France : le faible nombre de programmes structurés disponibles sur les dimensions problématiques, offert en détention et en milieu ouvert, à la population de mineurs auteurs de violence sexuelle.

### **3.2.2. Le cas des mineurs présentant un risque faible de récidive sexuel**

Il s'agit du cas le plus fréquent, la majorité des mineurs auteurs de violence sexuelle ne présentant pas de risque de récidive.

Dans ce cas, l'injonction de soins n'est pas indiquée quand bien même l'adolescent présenterait un besoin criminogène isolé, identifié comme tel dans l'état actuel des connaissances. D'abord car ces adolescents ne récidiveront pas sur un plan sexuel. Ensuite, car imposer des soins à des adolescents à faible risque pourrait avoir l'effet inverse et majorer le risque de récidive par la fréquentation de pairs pro-criminels à haut risque dans les groupes d'intervention (Ter Beek et al., 2018).

Ces adolescents peuvent être orientés vers des soins individuels que l'adolescent et sa famille choisissent librement de mettre ou non en place. Mais il ne s'agit pas alors d'injonction de soins.

Il en est de même des troubles psychiques mis en évidence par l'expert lors de l'évaluation et qui n'ont pas de lien avec l'infraction - soit ils sont apparus après les faits, soit ils sont indépendants du passage à l'acte- et n'augmentent pas le risque de récidive. Les soins peuvent être préconisés par l'expert pour le bien être du sujet mais pas sous la forme de soins pénalement ordonnés.

Il faut rappeler ici que la très grande majorité des adolescents auteurs de violences ne présentent pas de troubles psychiatriques contribuant au passage à l'acte ou augmentant le risque de récidive. C'est donc avant tout un accompagnement éducatif qu'il est nécessaire de mettre en place pour prévenir le risque de violence générale. Toutefois, le mineur, pris dans la procédure judiciaire, peut être parfois

très angoissé et dispersé, parfois déprimé, ce qui ne le rend pas immédiatement disponible pour le travail éducatif. Une prise en charge psychiatrique ponctuelle avec un traitement médicamenteux peut alors permettre à l'adolescent de s'apaiser, ce qui pourrait favoriser son implication dans l'accompagnement éducatif. Mais il ne s'agit pas là d'une indication d'injonction de soins.

#### **4. CAS DES CONSOMMATIONS DE TOXIQUES**

Qu'en est-il de l'usage problématique ou de la dépendance aux toxiques ? Lorsque la prise de toxiques (alcool, drogues) participe au passage à l'acte du fait de son effet désinhibiteur et qu'il y a une dépendance ou un usage problématique, des soins pénalement ordonnés peuvent être indiqués. Une injonction de soins est possible mais il serait préférable que le magistrat prononce une injonction de thérapeutique (prévue aux articles R. 3413-10 à R. 3413-15 du code de la santé publique) plus adaptée à la situation avec l'accompagnement d'un médecin relais spécialisé en addictologie.

Toutefois, il convient de préciser que les adolescents auteurs de violence sexuelle ont moins de problèmes de toxiques que les mineurs auteurs de violence non sexuelle et que la consommation problématique de toxiques est considérée comme un facteur de risque de récurrence violente mais en général pas de récurrence sexuelle (Seto & Lalumière, 2010).

#### **5. DERNIER CAS, LA PROBLEMATIQUE DES VIOLENCES SEXUELLES INTRAFAMILIALES**

Dans ces situations, le mineur a agressé sexuellement un membre de sa famille, comme un frère ou une sœur cadette, mais aussi des jeunes cousins cousines.

Régulièrement, on observe autour de ces agressions incestueuses, une ambiance incestuelle familiale que peuvent mettre en lumière les investigations socio-éducatives et les expertises pédopsychiatriques ou psychiatriques.

Dans ce cas, la prise en charge et les soins ne devraient pas se limiter au mineur mais être étendus à sa famille. Mais il n'est pas possible pour le juge ou le tribunal ou la cour d'imposer des soins à la famille.

L'une des manières d'y répondre pour l'expert est, dans son rapport, d'inviter le juge des enfants à se saisir en parallèle en assistance éducative car cette ambiance incestuelle met en danger les enfants au

domicile. Les parents, par les valeurs qu'ils véhiculent, mettent en danger moral les enfants, favorisant des distorsions cognitives pouvant contribuer à la récidive. Ils mettent ainsi en danger l'adolescent délinquant mais aussi l'ensemble de la fratrie qui peut se retrouver victime ou auteur de faits sexuels.

Saisi en assistance éducative, le juge des enfants peut instaurer une action éducative en milieu ouvert (AEMO) pour tous les enfants de la fratrie. Dans le cadre de l'AEMO, le juge peut décider d'un maintien à domicile sous conditions, comme cela est indiqué à l'alinéa 3 de l'article 375-2 du code civil qui dispose que « le juge peut subordonner le maintien de l'enfant dans son milieu à des obligations particulières ». Parmi ces obligations, le juge, suivant les préconisations de l'expert, pourrait décider de soins psychologiques parentaux, familiaux, voire d'une thérapie familiale. Souvent, le mineur auteur des faits ne réside plus au domicile avec ses frères et sœurs initialement (il est soit placé soit incarcéré) mais s'il revient ensuite il est important qu'il puisse participer à ce travail avec toute la famille. Cette prise en charge sera de nature à modifier les représentations familiales autour de la sexualité, à mettre en place des sous-systèmes familiaux différenciés mais non étanches, à réaffirmer les interdits (dont celui de l'inceste) et à reconnaître la victime dans sa position.

Il faut noter que la négation des faits complique la prise en charge (moins bonne adhésion au traitement) mais ne doit pas être considérée comme une contre-indication à l'injonction de soins. Des interventions peuvent se mettre en place ciblant les besoins criminogènes – dont les distorsions cognitives -, même en cas de négation ou de minimisation des faits (Langton et al., 2008).

## **CONCLUSION**

La très grande majorité des adolescents auteurs d'un acte de violence sexuelle ne présente pas de paraphilie ni de maladies psychiatriques à l'origine du passage à l'acte ou y participant.

En général, les adolescents auteurs de violence sexuelle ne vont pas récidiver, du moins à travers une infraction de nature sexuelle. Le risque concerne davantage la récidive générale et la récidive violente.

Pour poser une indication de soins pénalement ordonnés, il est nécessaire de procéder d'une part à une évaluation diagnostique approfondie du mineur et du contexte environnemental et d'autre part à une évaluation intégrée du risque de récidive violente et sexuelle reposant sur les données probantes de la science et prenant en compte les facteurs de risque et de protection.

Les soins pénalement ordonnés nous semblent devoir être indiqués dans les situations à moyen ou haut risque de récidive quand les troubles identifiés constituent des facteurs de risques dynamiques sur lesquels des programmes de soins structurés peuvent agir.

## RÉFÉRENCES

Abel, G. G., Huffman, J., Warberg, B., & Holland, C. L. (1998). Visual reaction time and plethysmography as measures of sexual interest in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 10, 81-95.

American Psychiatric Association (Éd.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5-TR* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.

Andrade, J. T., Vincent, G. M., & Saleh, F. M. (2006). Juvenile sex offenders : A complex population. *Journal of Forensic Sciences*, 51(1), 163-167. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2005.00010.x>

Bernardi, N., Delteil, C., Kania, É., Giravalli, P., Tuchtan, L., Guay, J.-P., Piercecchi, M.-D., Bartoli, C., & Guivarch, J. (2023). Psychiatric disorders and management of sexual offenders in the prison psychiatric consultation unit of Marseille. *Journal of Forensic Sciences*. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.15450>

Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (Sixth Edition). Routledge, Taylor & Francis Group.

*Code de la justice pénale des mineurs : Annoté & commenté* (4ème édition). (2024). Dalloz.

Décret n° 2021-683 du 27 mai 2021 portant partie réglementaire du code de la justice pénale des mineurs (articles en D), 2021-683 (2021).

Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse : A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.348>

Kim, B., Benekos, P. J., & Merlo, A. V. (2016). Sex offender recidivism revisited : Review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(1), 105-117. Langton, C. M., Awrey, M. J., & Worling, J. R. (2023). Protective factors in the prediction of criminal outcomes for youth with sexual offenses using tools developed for adults and adolescents : Tests of direct effects and moderation of risk. *Psychological Assessment*, 35(6), 497-509. <https://doi.org/10.1037/pas0001227>

Langton, C. M., Barbaree, H. E., Harkins, L., Arenovich, T., McNamee, J., Peacock, E. J., Dalton, A., Hansen, K. T., Luong, D., & Marcon, H. (2008). Denial and Minimization among Sexual Offenders :

Posttreatment Presentation and Association with Sexual Recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 35(1), 69-98.

Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice (1), 2019-222 (2019).

Lussier, P., McCuish, E., Chouinard Thivierge, S., & Frechette, J. (2024). A meta-analysis of trends in general, sexual, and violent recidivism among youth with histories of sex offending. *Trauma, Violence & Abuse*, 25(1), 54-72. <https://doi.org/10.1177/15248380221137653>

Malin, H. M., Saleh, F. M., & Grudzinskas, A. J. (2014). Recent research related to juvenile sex offending: Findings and directions for further research. *Current Psychiatry Reports*, 16(4), 440. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0440-5>

Ministère de la Justice & Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. (2021a, juin 17). *L'application des mesures éducatives et des peines*. [https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art\\_pix/cjpm\\_ft\\_application\\_me\\_peines.pdf](https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/cjpm_ft_application_me_peines.pdf)

Ministère de la Justice & Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. (2021b, juin 23). *Code de justice pénale des mineurs. Fiche technique. La mesure éducative judiciaire*. [https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art\\_pix/cjpm\\_ft\\_mej.pdf](https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/cjpm_ft_mej.pdf)

Ministère de l'Intérieur. (2024). *Info rapide n°33 : Les violences sexuelles hors cadre familial enregistrées par les services de sécurité en 2023* (No. 33; p. 8). <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-33-Les-violences-sexuelles-hors-cadre-familial-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2023>

Righthand, S., & Welch, C. (2004). Characteristics of youth who sexually offend. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 15-32. [https://doi.org/10.1300/j070v13n03\\_02](https://doi.org/10.1300/j070v13n03_02)

Roman, P. (2012). *Les violences sexuelles à l'adolescence : Comprendre, accueillir, prévenir*. Elsevier Masson.

Romero, M., Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, & Ministère de la Justice. (2022). *La prise en charge des mineurs auteurs d'infractions à caractère sexuel à la protection judiciaire de la jeunesse*. (p. 137).

[https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art\\_pix/rapport\\_recherche\\_maics.pdf](https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/rapport_recherche_maics.pdf)

Ryan, E. P. (2016). Juvenile Sex Offenders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(1), 81-97. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.08.010>

Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575. <https://doi.org/10.1037/a0019700>

Ter Beek, E., van der Rijken, R. E. A., Kuiper, C. H. Z., Hendriks, J., & Stams, G. J. J. M. (2018). The Allocation of Sexually Transgressive Juveniles to Intensive Specialized Treatment : An Assessment of the Application of RNR Principles. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(5), 1179-1200. <https://doi.org/10.1177/0306624X16674684>

Thibaut, F., Bradford, J. M. W., Briken, P., De La Barra, F., Häßler, F., Cosyns, P., & WFSBP Task Force on Sexual Disorders. (2016). 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: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 17(1), 2-38. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1085598>

Viljoen, J. L., Mordell, S., & Beneteau, J. L. (2012). Prediction of adolescent sexual reoffending : A meta-analysis of the J-SOAP-II, ERASOR, J-SORRAT-II, and Static-99. *Law and Human Behavior*, 36(5), 423-438. <https://doi.org/10.1037/h0093938>

Viljoen, J. L., Scalora, M., Cuadra, L., Bader, S., Chávez, V., Ullman, D., & Lawrence, L. (2008). Assessing Risk for Violence in Adolescents Who Have Sexually Offended A Comparison of the J-SOAP-II, J-SORRAT-II, and SAVRY. *Criminal Justice and Behavior*, 35(1), 5-23. <https://doi.org/10.1177/0093854807307521>