

Quelles sont les approches et outils utilisés pour l'évaluation selon le type de violences sexuelles commises par des mineurs, le contexte de passage à l'acte et selon le développement et la maturité de ces mineurs ?

1

Ingrid BERTSCH, docteure en psychologie clinique et légale et psychologue, Unité de Consultation Psychiatrique Post-Pénale (UC3P), CHRU de Tours.

Déclaration d'intérêt : vice-présidente de la FFCRIAVS (depuis 2022) et de la Société Française de Psychologie Légale (SFPL) depuis 2023.

Remerciements : je remercie Emmanuel MOZAS (psychologue et thérapeute familial au CHRU de Tours, France), Wayne BODKIN (docteur en psychologie et thérapeute familial au CHU de Montpellier), Christian JOYAL (professeur titulaire de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Québec) et Audrey VICENZUTTO (chargé de cours, université de Mons, Belgique) pour leur aide et leurs œils experts dans la construction de ce rapport.

Résumé :

L'évaluation des MAVS est une démarche complexe et multidimensionnelle qui vise à comprendre leur fonctionnement. Elle est une étape essentielle du processus thérapeutique et doit être adaptée au développement, à la maturité et au contexte du passage à l'acte du mineur. L'approche est nécessairement pluridisciplinaire et utilise une combinaison d'outils cliniques (entretiens, observations), psychométriques (tests d'auto et hétéro-évaluation) et projectifs.

En matière d'évaluation des MAVS, plusieurs cadres théoriques coexistent : clinique, criminologique, neuropsychologique, sexologique, systémique et traumatologique. Chaque approche permet d'analyser différents aspects du fonctionnement des MAVS. Des outils spécifiques sont utilisés selon les objectifs de l'évaluation et certains sont décrits dans ce rapport.

Globalement, l'évaluation des MAVS ne va pas forcément différer en fonction du type et du contexte de passage à l'acte. Après un socle d'évaluation globale commun, la spécificité de l'évaluation peut porter sur le fait d'évaluer plus finement certains facteurs en fonction du type et du passage à l'acte (ex, évaluation de la pédophilie pour les MAVS d'enfants ou encore l'évaluation de l'impulsivité pour les MAVS avec passage à l'acte non prémédités). La prise en compte de la maturité et du niveau de développement du patient est primordiale surtout chez les MAVS. L'évaluateur doit être attentif à la maturité cognitive et affective du patient, à sa fatigabilité, à son fonctionnement individuel, doit s'assurer de la compréhension du MAVS et doit adapter son discours verbal et non verbal durant l'évaluation. Enfin, l'évaluation doit s'appuyer sur des outils fiables statistiquement qui malheureusement sont souvent créés sur des populations adultes et non validés sur des populations francophones.

PREAMBULE

L'étude des approches et des outils d'évaluation des Mineurs Auteurs de Violences Sexuelles (MAVS) est un sujet complexe. L'évaluation est une pratique plurielle qui peut prendre des formes diverses selon l'évaluateur et le patient évalué. C'est pourquoi mon propos tentera d'en dégager les grandes lignes mais ne pourra pas être exhaustif. Les MAVS représentent une population dont les contours sont flous c'est pourquoi dans ce rapport nous nous concentrerons sur les MAVS ayant commis des agressions sexuelles (pré-adolescents/adolescents en référence au terme « *juvenile sex offenders* » soit 12-17ans) et laisserons la question des mineurs ayant commis des comportements sexuels problématiques¹.

1. INTRODUCTION : L'ÉVALUATION, UNE ÉTAPE PLURIELLE

3

But et objectifs de l'évaluation

Étape indispensable à la prise en charge thérapeutique des MAVS, l'évaluation est présente tout au long du processus thérapeutique (évaluation initiale, continue et finale) pour permettre de (i) comprendre le fonctionnement actuel et passé du patient, (ii) orienter le MAVS vers une prise en charge adaptée c'est-à-dire individualisée, ciblée et pluridisciplinaire, à partir d'objectifs déterminés par l'évaluation, (iii) améliorer l'alliance thérapeutique en créant un climat de confiance et favorisant l'engagement dans la thérapie, (iv) apprécier l'évolution du MAVS, (v) prévenir des comportements déviants futurs et (vi) favoriser une meilleure communication entre les professionnels impliqués dans la prise en charge du MAVS.

¹ Cette question sera traitée par C. Demonte en question 2.

Éthique de l'évaluation des MAVS

Comme pour tout autre patient, l'évaluation des MAVS doit respecter des principes éthiques fondamentaux : respect de la personne évaluée, confidentialité et respect du secret professionnel, objectivité et rigueur scientifique, bienveillance, restitution et transparence envers le patient et enfin compétence et responsabilité professionnelles.

Pluralité de l'évaluation auprès MAVS

Au regard des profils très variés des MAVS, elle devra être pluridisciplinaire pour être efficiente et concerner des professionnels des champs de la santé mentale (ex, psychologues, psychiatres, infirmier(e)s, ...), social (assistant(e)s social(e)s), éducatif (éducateur(trices), ...), médical (psychiatrique, somatique, ...) et criminologique (conseiller(e)s de probation, expert(e)s, ...).

La pluralité passe aussi par le choix des outils utilisés pour la réaliser. L'entretien et l'observation restent les outils premiers, indispensables et incontournables de l'évaluation. Ils offrent un socle solide de connaissances variées et personnalisées du MAVS évalué en permettant de questionner l'ensemble des domaines nécessaires à l'évaluation du MAVS. Mais, il n'est pas rare que dans certaines situations d'évaluation, des difficultés soient perceptibles dans la conduite de l'entretien parce que nous avons affaire à :

- (i) des mineurs qui peuvent présenter : des difficultés en lien avec leur niveau de développement et leur âge comme une compréhension et une expression plus limitées, des difficultés de communication (ex, une expression verbale limitée), des difficultés émotionnelles (ex, de la crainte), des attitudes oppositionnelles ou encore des difficultés comportementales (ex, de l'agitation motrice) (ex, Chouvier, 2016),
- (ii) des auteurs de violences sexuelles qui peuvent présenter : des difficultés en lien avec leur fonctionnement et leur rapport aux actes (ex, du déni ou de la minimisation), des difficultés en lien avec le caractère souvent contraint des soins (ex, le manque d'implication ou de

volonté de changement (Bertsch & Cano, 2014; Ward & Polaschek, 2005). Ce dernier point est crucial car la motivation est l'une des clefs permettant l'efficacité de l'évaluation.

Pour cela, l'entretien peut être accompagné d'outils plus standardisés : des tests d'hétéroévaluation et des outils psychométriques d'autoévaluation (voir Tableau 1.). La pratique nous montre que l'ajout de ces outils permet de rassurer le patient (en offrant un objet tiers sur lequel se concentrer), le professionnel (par l'apport de connaissances du patient complémentaire à son observation clinique) tous les deux venant aider à la construction ou au renforcement de l'alliance thérapeutique et de l'équipe (ex, Dempsey & Keaveny, 2014). Ces outils peuvent être spécifiques aux AICS, spécifiques aux délinquants mineurs (y compris les MAVS) ou encore non spécifiques et utilisables pour l'ensemble des mineurs.

Tableau 1. Récapitulatif des différents types d'outils d'évaluation des MAVS

Type d'outil	Description	Avantages	Inconvénients
Hétéro-évaluation			
Guides d'entretien	<ul style="list-style-type: none"> - Permettent de conduire des entretiens évaluatifs à l'aide de questions, de thèmes et de directions à suivre pour recueillir des informations sur le fonctionnement psychologique. Ils peuvent balayer des thématiques très variées 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigation semi-standardisée - Aspect cadrant + adaptable - Personnalisation de l'évaluation - Rassurant pour abord de sujets potentiellement source d'inconfort pour le thérapeute comme pour le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus restreint que l'entretien clinique classique - Perte de données qualitatives potentiel - Certains guides sont difficilement transposables dans des contextes variés (ex, culturels)
Tests projectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Visent à explorer le fonctionnement psychique du patient à l'aide du principe de la projection, selon lequel une personne va interpréter des stimuli ambigus (comme des images, des taches d'encre ou des phrases incomplètes) en y projetant ses propres pensées, émotions et conflits internes. A notre connaissance, il n'existe pas de tests projectifs spécifiques aux agresseurs sexuels 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation « + sécurisée » sur certains aspects problématiques de la dynamique interpersonnelle de l'évaluation - Dégagement suffisant des motions potentiellement violentes portées par la pulsion du voir - Garantie pour le clinicien contre le risque de séduction traumatique et/ou de sidération de la pratique clinique auprès de cette population - Possibilité d'évaluation des éléments non conscients par le caractère détourné de la projection - Evitement des effets de la désirabilité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - Potentiel manque de fiabilité-validité - Absence de standardisation

Type d'outil	Description	Avantages	Inconvénients
Auto-évaluation			
<p>Tests psychométriques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ont pour spécificité d'évaluer des traits ou des aptitudes précis du fonctionnement du patient (comme l'intelligence, la personnalité, ...) mais en se basant sur une logique objective et statistique permettant d'obtenir des mesures quantifiables et normées des individus. Ils sont retrouvés en pratique dans l'évaluation des aptitudes intellectuelles et de personnalité des MAVS 	<ul style="list-style-type: none"> - Permet une évaluation : - Objective (scores/réponses uniformes), - Cohérente et constante (qualités psychométriques scientifiquement validées), - Valide (normes de références d'un groupe d'âge similaire), - Précise (évaluation d'élément pointus dont le patient ne peut pas sortir), - Standardisée (appréciation de l'évolution du patient a plusieurs temps) - Permettent d'aborder des sujets sensibles (ex, sexualité) sans se sentir jugé 	<ul style="list-style-type: none"> - Exigences pour le patient (temps de passation long, fatigabilité, face une population avec des difficultés d'attention et d'instabilité motrice) - Exigence de formation rigoureuse pour le thérapeute - Caractère standardisé et statistique : <ul style="list-style-type: none"> - Possible manque de souplesse dans l'évaluation, - Pas adapté aux patients dont le fonctionnement est à la marge des autres est qui ne suit pas une logique gaussienne - Sensibles à l'attitude du patient évalué (motivation)

2. QUELLES SONT LES APPROCHES POSSIBLES POUR L'ÉVALUATION DES MAVS ET LES OUTILS AFFÉRENTS ?

L'évaluation des MAVS peut être réalisée grâce à une variété d'approches et d'outils y afférent. Nous avons fait le choix, car l'exhaustivité n'est pas possible ici, de nous concentrer sur les approches et les outils les plus utilisés dans la pratique des professionnels de santé et/ou les plus référencés dans la littérature scientifique et/ou les plus maîtrisés par l'auteur.

2.1. La motivation au changement

En début de prise en charge, il semble primordial d'évaluer la motivation du MAVS à participer au processus thérapeutique et donc à l'évaluation (notamment dans des contextes de soins souvent contraints). Selon le modèle de Prochaska & DiClemente (1992), les patients peuvent se trouver à des stades variés de motivation (précontemplation, contemplation, préparation, action et maintien) et l'évaluation du stade actuel du patient va permettre d'adapter l'évaluation et la thérapeutique.

8

Exemple d'outils utilisés :

- **Université du Rhode Island Assessment scale** (URICA ; McConaughy et al., 1983) est un questionnaire psychométrique permettant d'évaluer les stades de changement à travers un ensemble d'items que les individus doivent noter. Il est à l'origine conçu pour les adultes mais est en pratique utilisés pour des adolescents agresseurs à partir de 13-14ans (ex, Proulx et al., 2012).

2.2. Approche criminologique

L'évaluation dans l'approche criminologique va viser l'analyse approfondie des facteurs individuels, familiaux, sociaux et environnementaux qui soient permettent de comprendre le passage à l'acte soit le risque de récidive. Cette évaluation peut se faire soit de manière non structurée (et c'est la pratique

la plus courante en France) soit de manière standardisée à l'aide d'échelles, qui présentent de meilleures qualités prédictives².

2.3. L'approche clinique

L'évaluation clinique des MAVS vise à comprendre leur fonctionnement psychique global et les mécanismes cliniques sous-jacents au passage à l'acte. La richesse de l'approche clinique réside dans sa variété théorique (ex, psychanalyse, TCC, psychiatrique).

Dans l'approche psychanalytique/psychodynamique (très répandue en France) l'évaluation ne suit pas une grille standardisée. Elle repose sur une écoute approfondie et une analyse clinique du MAVS qui va permettre d'évaluer la dynamique psychique inconsciente du jeune (désirs, fantasmes, angoisses, défenses psychiques), l'histoire infantile, les relations familiales et les traumatismes éventuels, le sens que l'acte sexuel violent peut avoir dans son économie psychique et la possibilité d'un travail thérapeutique (transfert, résistances et capacités du jeune à élaborer sur ce qui s'est passé) (ex, Roman, 2021).

Exemples d'outils utilisés :

- **Le Rorschach** (Rorschach, 1921) : le patient va devoir interpréter 10 tâches d'encre symétriques. Ceci permet de comprendre la structuration psychique du MAVS. Il est l'une des méthodes d'évaluation psychologique projective les plus utilisées, acceptées et fréquemment requises dans la pratique de l'évaluation psychologique médico-légale (ex, Acklin, 2018; Weiner & Greene, 2017) y compris chez les MAVS (Roman, 2021),
- **Le TAT** (Thematic Apperception Test ; Murray, 1943). Le patient doit développer des récits d'histoires à partir d'images ambiguës afin de comprendre sa personnalité, ses motivations profondes et sa dynamique émotionnelle (Steiner & Clement, 1992),
- **Le QICAAICS** (Questionnaire d'Investigation Clinique pour Adolescents Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel ; Roman, 2008) est un guide d'entretien semi-structuré qui va permettre d'aborder différents aspects de la vie du MAVS : son parcours de vie, des éléments criminologiques et judiciaires (y compris les faits reprochés), ses relations interpersonnelles (familiales, amicales, amoureuses, autres) et sa santé somatique,
- **La GEVS-A** (Grille d'Évaluation des Violences Sexuelles de l'Adolescent ; Lemitre et al., 2016) est un auto-questionnaire qui vise à faciliter la parole des adolescents impliqués dans des actes de

² Les échelles de risque de récidive ne seront pas détaillées ici car elles feront l'objet de la question 16 posée au Pr T.H. Pham.

violence sexuelle en explorant les processus psychodynamiques et les motivations inconscientes liés à ces comportements grâce à l'exploration de 5 axes (loi, passages à l'acte, victime, sexualité, famille).

Dans l'approche cognitive et comportementale (qui reste l'approche la plus utilisée à l'étranger auprès des MAVS ; Letourneau & Borduin, 2008), l'évaluation repose sur analyse fonctionnelle des pensées, des émotions et des comportements problématiques du MAVS. Ces éléments sont évalués dans leur globalité (analyse de leur dynamique) soit spécifiquement (domaine cognitif/domaine émotionnel). On se situe dans l'ici et maintenant. L'évaluation spécifique du domaine cognitif va se concentrer sur le repérage de distorsions cognitives c'est à dire d'erreurs systématiques dans la façon dont les MAVS vont interpréter la réalité (Beck, 1967). Chez les MAVS elle doit être bicéphale : les distorsions cognitives « classiques » (ex, le tout ou rien, la généralisation excessive) et les distorsions révélant un intérêt sexuel déviant (présence de paraphilies). L'évaluation spécifique des émotions va concerner toutes les dimensions qui y sont associées : l'identification, la compréhension des émotions (émotions négatives et compétences empathiques), la régulation et la gestion des émotions.

Exemples d'outils utilisés pour l'évaluation du fonctionnement global :

10

- **La grille de SECCA** (Cottraux et al., 1985) vise à comprendre les interactions entre les situations, les émotions, les cognitions et les comportements d'un MAVS qui vont soit favoriser soit minorer ses difficultés psychologiques. Il est composé d'une partie diachronique (anamnèse) et d'une partie synchronique (éléments actuels du problème en termes de Situation, Émotion, Cognitions, Comportements et Anticipation (attentions ou prévisions des conséquences de la situation, SECCA),
- **L'UPPS-P** (Urgence, Préméditation, Persévérance et Sensations ; Cyders et al., 2007; Whiteside et al., 2005) est un auto-questionnaire qui permet d'évaluer la présence d'une impulsivité selon ses 5 facettes : manque de préméditation, manque de persévérance, urgence positive, urgence négative et recherche de sensations. La version initiale créée pour les adultes peut être utilisée auprès d'adolescents. Il existe une version créée pour les adolescents : l'UPPS-P Adolescent qui est identique à la version adulte mais avec un vocabulaire adapté aux adolescents (12-18ans)(ex, Donati et al., 2021). Une version courte a été validée en français (Billieux et al., 2012).

Exemples d'outils utilisés pour l'évaluation du domaine cognitif :

Pour aborder des sujets aussi sensibles que la sexualité déviante, il est souvent conseillé d'utiliser des outils standardisés. Or pour l'évaluation de la population MAVS, très peu d'outils sont référencés dans la littérature internationale. Il existe cependant, quelques outils mais qui ne sont actuellement pas traduits et validés en français.

- **Le YSQ-A** (Young Schema Questionnaire – Version Adolescent ; Young & Brown, 2018) est un auto-questionnaire de 75 items (45 pour la version abrégée) développé pour évaluer les schémas cognitifs précoces inadaptés généraux chez les adolescents de 12 à 18ans. Il est une adaptation du YSQ-S3 pour les adultes (Young & Brown, 2018). Les qualités psychométriques de la version abrégée ont été évaluées mais elles présentent des limites (Santos et al., 2018). Il existe une version française utilisée cliniquement mais qui ne semble pas avoir été validée scientifiquement,
- **Le ASIC** (Adolescent Sexual Interest Cardsort ; Hunter et al., 1995) : est un auto-questionnaire de 64 items développé pour évaluer les intérêts sexuels déviants chez les MAVS de 12 à 18 ans. Il présente de bonnes qualités psychométriques (Hunter et al., 1995) mais n'a à notre connaissance pas été validé sur des populations françaises,
- **Le MSI-J** (Multiphasic Sex Inventory – Juvenile Version, MSI-J ; Nicholls & Molinder, 2002) évalue les caractéristiques sexuelles des MAVS masculins (12 à 19 ans) à l'aide de 300 questions en vrai/faux repartis en 20 échelles et d'une brève histoire sociale. Cet outil est adapté du MSI-II (Multiphasic Sex Inventory-Male Form ; Nicholls & Molinder, 2002) et les auteurs supposent donc que ses qualités psychométriques sont équivalentes. Bien qu'il soit l'un des outils les plus référencés dans les travaux anglophones, il ne semble pas avoir été traduit et ni validé sur une population française.

Exemples d'outils utilisés pour l'évaluation du domaine émotionnel :

- **Le BFI** (Big Five Inventory ; John et al., 1991) est un auto-questionnaire en 44 items qui mesure la personnalité à l'aide d'un modèle en 5 grandes dimensions de personnalité (les « Big Five » : ouverture à l'expérience, conscienciosité, extraversion, agréabilité, névrosisme). Le névrosisme permet d'évaluer la tendance générale à éprouver des émotions négatives telles que l'anxiété, la tristesse, la colère. Outil initialement destiné aux adultes, il est régulièrement utilisé auprès d'adolescents. Il existe une version française validée (Plaisant et al., 2010),
- **Le IRI** (Indice de Réactivité Interpersonnelle ; Davis et al., 1980) permet d'évaluer l'empathie cognitive et affective à partir de 4 sous-domaines : prise de perspective, imagination, préoccupation empathique et détresse personnelle. Cet outil est utilisable pour des adultes et des adolescents à partir de 13ans. Il a été validé sur des populations françaises (Grynberg et al., 2010),

- **Le BES** (Basic Empathy Scale ; Jolliffe & Farrington, 2006) permet de mesurer l'empathie cognitive et affective. Il peut être utilisé pour les patients adultes et adolescents à partir de 12ans. Une version française validée existe (Lemoine & Gosselin, 2010),
- **La DERS** (Difficulties in Emotion Regulation Scale ; Gratz & Roemer, 2004) est un auto-questionnaire de 36 items mesurant la difficulté à réguler les émotions à travers plusieurs dimensions spécifiques (non-acceptation des émotions négatives, difficulté à moduler les émotions, imprévisibilité de la régulation émotionnelle, difficulté à se concentrer sous l'impact des émotions, comportements impulsifs émotionnels, manque de conscience de soi émotionnelle). Il est initialement adapté pour les adultes mais peut être adapté aux adolescents (+12ans). Il existe une version validée en français (Dan-Glauser & Scherer, 2013).

L'évaluation psychiatrique du MAVS va avoir pour objectif de rechercher la présence d'une pathologie psychiatrique et/ou d'un trouble de personnalité et de proposer une thérapie adaptée en fonction de l'évaluation.

Exemples d'outils utilisés :

- **La MINI-KID** (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents ; Sheehan et al., 2010) est un guide d'évaluation permettant de poser des questions amenant au diagnostic de plusieurs troubles psychiatriques (dépression, anxiété, TDAH, ...) définis selon le DSM-IV-TR³ pour des mineurs de 6 à 17ans. Une version actualisée basée sur le DSM 5 existe mais n'est pas validée en français,
- **La YV-PCL** (Young Version of Psychopathy CheckList ; Forth et al., 2003) est un guide d'évaluation permettant d'apprécier la présence de traits psychopathiques chez des mineurs de 12 à 18 ans selon la définition de Hare (2004). Adapté de la version adulte, il prend en compte les aspects scolaires et relationnels spécifiques aux adolescents ainsi que le caractère potentiellement transitoire de leurs conduites antisociales. Une version française validée existe (Toupin et al., 1995).
- **Le MMPI-A** (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent ; Butcher et al., 1989) : à partir de réponses vrai ou faux à des affirmations, ce test psychologique standardisé évalue la personnalité d'adolescents âgés de 14 à 18 ans selon une approche dimensionnelle (allant du trait de personnalité au trouble de personnalité). Il est l'un des inventaires de personnalité les plus

³ Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM ; APA, 2013) est le manuel de référence de diagnostics des troubles psychiatriques.

utilisés auprès des populations MAVS ou non MAVS. Il existe une version française traduite et validée (Pearson, 2025).

2.4. L'approche neuropsychologique

L'approche neuropsychologique des MAVS vise à comprendre les bases neurologiques et cognitives des comportements des MAVS à travers l'évaluation des capacités intellectuelles globales et de certains facteurs neurocognitifs (ex, fonctions exécutives, l'impulsivité motrice, ...), la présence de troubles neurodéveloppementaux (ex, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité-TDAH, troubles du spectre de l'autisme, ...), les compétences en cognition sociale (ex, théorie de l'esprit, reconnaissance des émotions) et va permettre d'adapter la thérapie aux difficultés du MAVS.

Exemples d'outils utilisés :

- **Le WISC-V** (Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition ; Wechsler, 2008) est l'un des outils de référence pour l'évaluation des aptitudes intellectuelles générales des mineurs de 6 à 16ans. Il évalue plusieurs domaines cognitifs : la compréhension verbale, le raisonnement perceptif, la mémoire de travail, et la vitesse de traitement. Le test est composé de 15 sous-tests, chacun mesurant un aspect spécifique du fonctionnement cognitif. Il existe une version française (Pearson, 2016),
- **Le VINELAND-II** (Vineland Adaptive Behavior Scales – 2^e édition ; Sparrow et al., 2016) est un outil psychométrique largement utilisé pour évaluer les comportements adaptatifs des enfants, des adolescents et des adultes à partir de compétences de communication, de habiletés sociales, de compétences domestiques, de gestion de soi et d'adaptation scolaire ou professionnelle. Il existe une version française (Pearson, 2015),
- **Le D-KEFS** (Delis-Kaplan Executive Function System ; Delis et al., 2001) est une batterie de 9 tests neuropsychologiques (Trail Making Test, verbal Fluency Test, Design Fluency Test, Color-Word Interference Test, Sorting Test, Twenty Questions Test, Word Context Test, Tower Test, Proverb Test) conçue pour évaluer les fonctions exécutives des patients de 8 à 89 ans, notamment pour analyser les capacités cognitives impliquées dans la planification, la flexibilité mentale, l'inhibition et le raisonnement abstrait. Actuellement, cet outil n'est qu'en partie validé en français (Gagnon, 2018).
- **Le Go/No Go Test** permet d'évaluer le contrôle inhibiteur, un aspect clé de l'impulsivité motrice. Le patient voit défiler 400 stimuli à l'écran, il doit réagir rapidement (appuyer sur une touche)

lorsque le stimulus cible (Go) apparaît et doit s'abstenir de répondre lorsque le stimulus interdit (No-Go) apparaît. Il peut être utilisé auprès d'enfants à partir de 7ans et d'adolescents francophones.

- **Le MASC** (Movie for the Assessment of Social Cognition ; Dziobek et al., 2006) permet d'évaluer la théorie de l'esprit cognitive, affective et globale. Il s'agit d'un film de 15 minutes, mettant en scène 4 jeunes adultes dans une situation sociale réaliste (préparation d'un dîner). Pendant le visionnage, le film est interrompu 45 fois et le participant doit répondre à une question à choix multiple concernant ce que pensent, ressentent ou veulent les personnages. Il est utilisable pour des adolescents. Une version française a été traduite et testée (Martinez et al., 2017). Une version, moins utilisée, existe pour les 9-13ans (Child MASC).
- **Le NimStim** (NimStim Set of Facial Expressions ; Tottenham et al., 2009) est basé de 643 images représentant des visages d'hommes et de femmes présentant plusieurs expressions émotionnelles (joie, tristesse, colère, peur, surprise, dégoût, neutralité et sourire contrôlé) et permettant d'évaluer les capacités de reconnaissance des émotions chez l'autre. Il est utilisable sur des populations mineurs (à partir de 6ans) et françaises.

2.5. L'approche sexologique et traumatologique

L'évaluation sexologique va permettre de comprendre le rapport à la sexualité des MAVS, d'analyser les facteurs conduisant au passage à l'acte et d'orienter leur prise en charge⁴.

L'évaluation traumatologique vise à comprendre l'impact d'un éventuel traumatisme sur le développement du MAVS en se penchant sur l'identification d'antécédent de victimisation, l'évaluation de l'impact de traumatismes sur le développement psychologique, la compréhension des mécanismes en jeu, la différenciation des profils psychopathologiques et l'adaptation de la prise en charge thérapeutique.

Exemples d'outils utilisés :

- **Le J-SOAP-II** (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II ; Prentky et al., 2009) est un entretien structuré à l'origine conçu pour aider les professionnels à estimer le risque de récidive et à orienter

⁴ Cette approche ne sera pas détaillée ici car ceci sera fait dans la question 27 par le Dr M.L. Gamet

la prise en charge des MAVS (12 à 18 ans). Il comporte une section permettant d'évaluer l'historique de traumatismes et de maltraitements subies (abus sexuel, physique, négligence) par le MAVS. Actuellement une version française existe mais la validation sur des populations francophones est en cours (équipe Forensia),

- **Le CAPS-CA-5** (Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents ; Pynoos et al., 2015) est un entretien clinique semi-structuré à 30 items évaluant la présence, la fréquence et l'intensité de symptômes de stress post-traumatique (y compris dissociatifs) selon les critères du DSM-5 chez les mineurs de 7 à 18 ans ainsi que leur retentissement sur la vie quotidienne. Bien que très utilisé à l'international, il ne semble pas exister actuellement de version validée en français pour cette population,
- **L'ACE** (Adverse Childhood Experiences ; Felitti et al., 1998) est composé de 10 items, il évalue la présence ou l'absence d'expériences aversives avant l'âge de 18 ans comme la maltraitance infantile (violences), le dysfonctionnement familial (ex, toxicomanie et troubles mentaux des membres du foyer), l'incarcération d'un membre du foyer et séparation/divorce des parents. Il existe une version française validée (Tarquinio Camille et al., 2023). Théoriquement l'ACE ne peut être utilisé que pour des patients majeurs mais en pratique des évaluateurs l'utilisent pour des adolescents à partir de 12ans.

2.6. L'approche familiale et systémique

Complémentaire à l'approche individuelle des patients, l'évaluation systémique ne se concentre pas uniquement sur les facteurs personnels du MAVS pour comprendre le passage à l'acte puisque ce dernier est pensé comme appartenant à un système/réseau familial. La violence sexuelle est pensée comme une manifestation liée aux tensions familiales sous-jacentes (intergénérationnelles). L'évaluation vise donc à comprendre les types d'organisations familiales et relationnelles en lien avec la dynamique familiale du MAVS. Dans cette approche, les outils peuvent être utilisés à la fois pour l'évaluation comme pour la thérapeutique.

Exemples d'outils utilisés :

- **Le génogramme** (Bowen, 1978) : représentation graphique d'un arbre généalogique enrichi d'informations sur les relations familiales, les dynamiques émotionnelles et les aspects médicaux ou psychologiques d'une famille.

- **La sculpture familiale** (Satir, 1988) est une technique qui permet de faciliter l'émergence de nouvelles perspectives en explorant les points de vue de chaque membre par la mise en lumière d'une représentation visuelle et physique des relations, des dynamiques et des émotions au sein d'une famille.

3. CONSIDERATIONS EN TERMES DE TYPE DE VIOLENCES SEXUELLES COMMISES, DE CONTEXTE DE PASSAGE A L'ACTE ET DEVELOPPEMENT ET DE MATURETE DE CES MINEURS

L'évaluation est-elle différente en fonction du type et du contexte des violences sexuelles commises par les MAVS ?

Globalement, la manière d'évaluer les MAVS ne va pas forcément différer en fonction du type et du contexte de passage à l'acte commis car chaque approche est en mesure de proposer une évaluation et des outils d'évaluation afin d'éclairer la compréhension des MAVS. Souvent, quelle que soit l'approche, un premier socle évaluatif est proposé au MAVS. Il va permettre de circonscrire une première compréhension du MAVS à partir d'informations autour par exemple de l'histoire de vie, de l'histoire du/des passage(s) à l'acte, de l'évaluation des capacités intellectuelles, de son rapport aux soins, de l'évaluation de sa personnalité, ... Il faut penser les différentes approches comme autant de paires de lunettes offrant une vision singulière des MAVS, brossant par leur complémentarité un tableau global de ces patients complexes.

Au-delà de l'approche maîtrisée et employée par l'évaluateur, la spécificité de l'évaluation peut porter sur le fait d'évaluer plus finement certains facteurs en fonction du type et du passage à l'acte. Par exemple :

- Si le MAVS a agressé des mineurs, une évaluation plus fine de la présence ou non d'une pédophilie ou de cognitions dysfonctionnelles sur la sexualité des enfants est pertinente tandis que si le MAVS a agressé des adultes une évaluation plus fine des conduites antisociales en générale sera probablement proposée,
- Si le MAVS a agressé des victimes intrafamiliales, une évaluation plus poussée de la famille (dans une perspective transgénérationnelle) sera probablement proposée tandis que si le MAVS agresse des victimes extrafamiliales alors une évaluation des facteurs contextuels autres que la famille va être probablement proposée,

- Si l'agression semble préméditée et répétée, il est probable que certains aspects de la personnalité (ex, éléments de perversion, d'intérêts sexuels déviants) soient plus finement évalués tandis que si l'agression semble non préméditée et unique il est probable que d'autres aspects de personnalité soient évalués plus finement (ex, impulsivité comportementale, cognitive et émotionnelle, le défaut de contrôle de soi).

Ainsi, l'évaluation est une réelle étape du soin qui doit être pensée pour être adaptée au MAVS évalué. Il semble préférable qu'elle soit pensée en équipe car elle se doit d'être trans-approche et donc pluridisciplinaire. La discussion collégiale de celle-ci permettra en amont son individualisation et en aval l'adaptation pertinente à la thérapeutique.

Enfin, le contexte de passation de l'évaluation est à prendre en compte. Il va influencer et peut parfois entraver le choix des outils utilisés et potentiellement les réponses du patient. Par exemple, dans le champ neuropsychologique beaucoup de tests nécessitent le recueil de mesures temporelles précises. Ceci va engendrer l'utilisation de matériel informatisé qui n'est pas possible dans certains contextes comme le contexte carcéral. Autre exemple, dans l'approche clinique et particulièrement l'évaluation des intérêts sexuels déviants un contexte inquiétant ou le patient ne peut pas être rassuré pourra entraîner une difficulté dans l'évaluation.

L'évaluation est-elle différente en fonction du niveau de maturité et de développement des MAVS ?

Dans n'importe quelle pratique d'évaluation, la prise en compte de la maturité et le niveau de développement du patient est primordiale. Si cela est vrai pour les patients adultes, ceci est d'autant plus vrai, pour les mineurs pour lesquels une grande variabilité est observable dans ces domaines du fait de la période d'évolution dans laquelle ils se trouvent.

Les approches et outils utilisés auprès des MAVS vont finalement assez peu changer d'une manière théorique car les domaines évalués par les approches vont être les mêmes à tous les âges et les outils vont pour la plupart permettre d'évaluer les MAVS à partir de 12ans. En revanche, c'est bien sûr dans l'appréciation du patient que l'évaluateur devra être sensible à la question de la maturité et du développement de son patient : il devra tenir compte du développement et de la maturité à la fois cognitive mais aussi affective du patient (qui peuvent pas être concordantes), il devra adapter les temps de passation (notamment dans l'évaluation neuropsychologique qui est sensible à la fatigue), il devra s'adapter au fonctionnement de son patient et pas uniquement à son âge chronologique, adapter son discours verbal et non verbal durant l'évaluation, s'assurer que le patient a compris les

questions/consignes de l'évaluation. Par exemple, si un MAVS de 12ans présente une déficience intellectuelle, les outils standardisés ne seront probablement pas les plus adaptés.

Les outils standardisés présentés sont variés et peu exhaustifs. On peut quand même constater que certains sont très adaptés au niveau de maturité et de développement du MAVS (*ex*, le WISC-5 qui va comparer le profil du patient à un groupe de référence du même âge) mais que la plupart sont identiques pour les MAVS ayant 12ans et ceux ayant 16ans, ce qui peut questionner. Charge à l'évaluateur d'être prudent dans son interprétation de l'évaluation et des conclusions à en retirer. Par exemple, l'évaluation de la personnalité sera beaucoup moins définitive et figée pour un MAVS de 12ans que pour un adolescent de 16ans.

Par ailleurs, l'utilisation d'outils psychométriques va nécessiter une validation statistique pour s'assurer de leurs validité et fidélité. Or, nous avons vu que beaucoup d'outils, très reconnus et utilisés empiriquement, sont soit non traduits en français, soit non encore validés sur des populations francophones. Leur utilisation questionne et l'évaluateur doit s'assurer de la validité des outils qu'il utilise. Enfin, parmi ces outils, une part non négligeable provient de version « adaptée » d'outils portant sur l'évaluation des adultes auteurs de violences sexuelles. Ils adaptent certains domaines évalués (*ex*, scolarité au lieu de l'emploi) et simplifient les questions pour s'adapter aux compétences intellectuelles des MAVS. Mais ceci questionne également car elle sous-entend que les MAVS ne sont qu'une version moins développée des AICS sans nécessairement prendre en compte des spécificités singulières de cette période de vie et de cette population, comme le niveau de maturité ou de développement.

Conclusion

L'évaluation des MAVS comporte des approches et des outils très variés. Nous pouvons considérer que chaque approche est une sorte d'angle de vue différent du patient. Ainsi, la multiplicité des approches va permettre une vision/compréhension complète du MAVS évalué (Corré & Marrot, 2016). En pratique, cela suppose que les différentes approches et outils soient représentés au sein d'un service de prise en charge des MAVS. Pour que cela soit possible, il est nécessaire que les services de prise en charge des MAVS soient composés de professions variées et que les professionnels soient sensibilisés à différentes approches.

Il est important de ne pas perdre de vue que l'évaluation fait partie d'un processus thérapeutique qui, plus qu'une simple formalité, peut même être considéré par certains thérapeutes comme une étape déjà thérapeutique. Par exemple dans la pratique de *l'évaluation thérapeute*, celle-ci est considérée comme une *expérience positive visant à aider et à créer des changements positifs chez les patients* (p.7. ; Finn, 2016).

Si les outils plus ou moins standardisés sont une aide précieuse pour la mise en place de la relation thérapeutique et de l'évaluation, ils peuvent parfois ne pas être adaptés. De futurs travaux de recherche (en lien avec les professionnels de terrain) pourraient viser à construire et/ou à valider des outils sur des domaines encore peu outillés (ex, les distorsions cognitives sur la sexualité des MAVS d'enfants), sur des populations peu explorées (ex, les MAVS non masculins), à partir de populations d'adolescents (et non d'adultes) francophones.

Bibliographie

Acklin, N. W. (2018). Acklin : Hermeneutics and Personality Assessment—Google Scholar. *Archives of Assessment Psychology*, 8(1), 37-56.

Beck, A. T. (1967). *Depression : Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Hoeber Medical Division, Harper & Row.

Bertsch, I., & Cano, J. (2014). Approche motivationnelle auprès des auteurs de violences sexuelles : Revue de la littérature et aspects cliniques. *European Psychiatry*, 29(8, Supplement), 645. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.008>

Billieux, J., Rochat, L., Ceschi, G., Carré, A., Offerlin-Meyer, I., Defeldre, A.-C., Khazaal, Y., Besche-Richard, C., & Van der Linden, M. (2012). Validation of a short French version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 609-615. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.001>

Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice* (Jason Aronson).

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A)*. University of Minnesota Press.

Chouvier, B. (2016). Chapitre 6. L'entretien avec l'enfant. In *L'entretien clinique—2e éd.* (Vol. 2, p. 97-112). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.uvier.2016.01.0097>

Corré, S., & Marrot, G. (2016). Accueillir les adolescents auteurs de violences sexuelles. Un accompagnement sur le fil a co-construire en équipe. *Psychologues et Psychologies n°*, 263, 014-017.

Cottraux, J., Bouvard, M., & Légeron, P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. EAP.

Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior : Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107-118. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.1.107>

Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) : Factor structure and consistency of a French translation. *Swiss Journal of Psychology*, 72(1), 5-11. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000093>

Davis, M. H., Davis, M. P., Davis, M., Davis, M., Davis, M., Davis, M., Davis, M., Davis, F., Davis, H., & Davis, I. W. (1980). *A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy*. <https://www.semanticscholar.org/paper/A-Multidimensional-Approach-to-Individual-in-Davis-Davis/c717eb4e913c3249eac18d0fba13a1aa02d60dad>

Delis, D. C., Kaplan, E., & Kramer, J. H. (2001). *Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS)* [Database record]. APA PsycTests.

Dempsey, D. M., & Keaveny, M. P. (2014). Using structured tools in the assessment of sex offenders. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 14(1), 1-16.

Donati, M. A., Beccari, C., Bacherini, A., Capitanucci, D., & Primi, C. (2021). Psychometric properties of the short UPPS-P scale in adolescents : Gender, age invariance, and validity among italian youth. *Addictive Behaviors*, 120, 106987. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106987>

Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Kessler, J., Woike, J. K., Wolf, O. T., & Convit, A. (2006). Introducing MASC : A Movie for the Assessment of Social Cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 623-636. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0107-0>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading

causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Finn, S. E. (2016). Chapitre 1. Qu'est-ce que l'Évaluation Thérapeutique ? In *Les outils du psychologue* (p. 1-17). Dunod. <https://shs.cairn.info/l-evaluation-therapeutique--9782100737819-page-1>

Forth, A. E., Kosson, D. S., & Hare, R. D. (2003). *The Psychopathy Checklist : Youth Version (PCL:YV)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.

Gagnon, R. (2018). *Traduction française et étude de pré-validation de la batterie d'évaluation des fonctions exécutives NIH-EXAMINER chez l'enfant*. <http://hdl.handle.net/1866/21516>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation : Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). L'Index de Réactivité Interpersonnelle (IRI) : Adaptation et validation d'une version française. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 60(2), 73-82. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.erap.2009.11.002>

Hare, R. D. (2004). *Hare PCL-R: Technical manual (2nd ed.)*. Multi-Health Systems, North Tonawanda, NY.

Hunter, J. A., Becker, J. V., & Kaplan, M. S. (1995). The Adolescent Sexual Interest Card Sort : Test-retest reliability and concurrent validity in relation to phallometric assessment. *Archives of Sexual Behavior*, 24(5), 555-561. <https://doi.org/10.1007/BF01541834>

John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory-Versions 4a and 54*. APA PsycTests.

Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29(4), 589-611. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.010>

Lemitre, S., Gastaldo, E., COLLE, J.-B., & MARTINEZ, L. (2016). Chapitre 18. Violence sexuelle des mineurs : Un nouvel outil clinique. La Grille d'Évaluation des Violences Sexuelles de l'Adolescent (GEVS-A). In R. Coutanceau, C. Damiani, & M. Lacambre, *Victimes et auteurs de violence sexuelle* (p. 221-243). Dunod.

Lemoine, M., & Gosselin, P. (2010). Validation de la Basic Empathy Scale (BES) en langue française chez les adolescents. *L'Année Psychologique*, 110(3), 487-508. <https://doi.org/10.3917/anpsy.103.0487>

Letourneau, E. J., & Borduin, C. M. (2008). The effective treatment of juveniles who sexually offend : An ethical imperative. *Ethics & Behavior*, 18(2-3), 286-306. <https://doi.org/10.1080/10508420802066940>

Martinez, G., Alexandre, C., Mam-Lam-Fook, C., Bendjemaa, N., Gaillard, R., Garel, P., Dziobek, I., Amado, I., & Krebs, M.-O. (2017). Phenotypic continuum between autism and schizophrenia : Evidence from the Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC). *Schizophrenia Research*, 185, 161-166. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.01.012>

McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy : Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(3), 368-375. <https://doi.org/10.1037/h0090198>

Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test*. Harvard University Press.

Nicholls, H. R., & Molinder, I. (2002). *Multiphasic Sex Inventory-II Clinician's Handbook* [Handbook]. <https://www.nicholsandmolinder.com/sex-offender-assessment-msi-ii-af.php>

Pearson. (2015). *VINELAND-II - Échelles de comportement adaptatif de Vineland—2nde édition*. <https://www.pearsonclinical.fr/vineland-ii-echelle-devaluation-du-comportement-socio-adaptatif-de-vineland>

Pearson. (2016). *WISC-V - Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents—5ème édition*. <https://www.pearsonclinical.fr/wisc-v>

Pearson. (2025). *MMPI-A. Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota—Adolescents*. <https://www.pearsonclinical.fr/mmpi-a-inventaire-multiphasique-de-personnalite-du-minnesota-adolescents>

Plaisant, O., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A., & John, O. P. (2010). Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory Français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(2), 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.09.003>

Prentky, R. A., Pimental, A., Cavanaugh, D. J., & Righthand, S. (2009). Predicting risk of sexual recidivism in juveniles : Predictive validity of the J-SOAP-II. In *Assessment and treatment of sex offenders : A handbook*. (p. 265-290). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470714362.ch15>

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller, *Progress in Behavior Modification*. Psycamore.

Proulx, J., Tourigny, M., & Lafortune, D. (2012). Les prédicteurs de la fin prématurée du traitement chez les adolescents délinquants sexuels : Une étude multisite. In M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville, & J. Proulx, *La délinquance sexuelle des mineurs. Approches cliniques* (Vol. 1). Les Presses de l'Université de Montréal.

Pynoos, R. S., Weathers, F. W., Steinberg, A. M., Marx, B. P., Layne, C. M., Kaloupek, D. G., Schnurr, P. P., Keane, T. M., Blake, D. D., Newman, E., Nader, K. O., & Kriegler, J. A. (2015). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5—Child/Adolescent Version*. National Center for PTSD.

Roman, P. (2008). *La violence sexuelle et le processus adolescent. Clinique des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents* (p. 138). CNFE-PJJ, Centre de recherches en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC), Université Lumière, Lyon 2,.

Roman, P. (2021). Processus de changement chez des adolescents auteurs d'agirs violents sexuels : Apport des épreuves projectives. *La psychiatrie de l'enfant*, 64(1), Article 1. <https://doi.org/10.3917/psye.641.0189>

Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostics : A Diagnostic Test Based on Perception*.

Santos, L., Vagos, P., & Rijo, D. (2018). Dimensionality and Measurement Invariance of a Brief Form of the Young Schema Questionnaire for Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 27(7), 2100-2111. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1050-3>

Satir, V. (1988). *The new peoplemaking* (p. xiii, 400). Science & Behavior Books.

Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L., & Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 313-326. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2016). Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II). *Pearson*.

Steiner, H., & Clement, P. (1992). Use of the Thematic Apperception Test in Juvenile Sex Offenders. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 155-160.

Tarquinio Camille, L., Rotonda, C., Eby, E., Martin-Krumm, C., Trousselard, M., & Tarquinio, C. (2023). Psychometric validation of the French version of the adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ). *Children and Youth Services Review*, 150, 107007. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107007>

Tottenham, N., Tanaka, J. W., Leon, A. C., McCarry, T., Nurse, M., Hare, T. A., Marcus, D. J., Westerlund, A., Casey, B., & Nelson, C. (2009). The NimStim set of facial expressions : Judgments from untrained research participants. *Psychiatry research*, 168(3), 242-249. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.05.006>

Toupin, J., Mercier, H., Déry, M., Côté, G., & Hodgins, S. (1995). Validity of the PCL-R for adolescents. *Issues in Criminological & Legal Psychology*, 24, 143-145.

Ward, T., & Polaschek, D. L. L. (2005). *Theories of sexual offending*. Wiley.

Weiner, J., & Greene, R. (2017). *Handbook of personality assessment*. John & Wiley sons.

Weschler, D. (2008). *WAIS-IV - Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes—4ème édition*. Pearson Assessment.

Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale : A four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality*, 19(7), 559-574. <https://doi.org/10.1002/per.556>

Young, J. E., & Brown, G. (2018). *Young Schema Questionnaire-Short Form; Version 3* [Jeu de données]. <https://doi.org/10.1037/t67023-000>

