

THÈSE

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

Laurène AUDOUIN

le 5 Novembre 2020

**ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE PEDOPSYCHIATRIQUE DES
ADOLESCENTS AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES EN HAUTE-GARONNE**

Directrices de thèse :

Mme le Dr Anne-Hélène MONCANY et Mme le Dr Marie FRERE

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Monsieur le Professeur Norbert TELMON	Assesseur
Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY	Assesseur
Madame le Docteur Marie FRERE	Suppléante

THÈSE

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

Laurène AUDOUIN

le 5 Novembre 2020

**ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE PEDOPSYCHIATRIQUE DES
ADOLESCENTS AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES EN HAUTE-GARONNE**

Directrices de thèse :

Mme le Dr Anne-Hélène MONCANY et Mme le Dr Marie FRERE

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Monsieur le Professeur Norbert TELMON	Assesseur
Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY	Assesseur
Madame le Docteur Marie FRERE	Suppléante

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONIASIRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DEGRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie		
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique		
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.	P.U. Médecine générale	
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie		
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. BOYER Pierre	
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. STILLMUNKES André	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD, Professeur des Universités, Psychiatre de l'Enfant et de l'Adolescent au CHU de Toulouse

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Aux membres du Jury :

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS, Professeur des Universités, Psychiatre au CHU de Toulouse

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Je vous remercie également pour votre disponibilité et votre bienveillance tout au long de mon parcours d'interne. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Norbert TELMON, Professeur des Universités, Médecin Légiste au CHU de Toulouse

Je vous remercie d'apporter votre expérience en acceptant de faire partie de ce jury de thèse. Le semestre passé dans votre service a été extrêmement riche en enseignements, veuillez recevoir pour cela mes plus sincères remerciements et soyez assuré de ma profonde gratitude.

Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY, Psychiatre au Centre Hospitalier Gérard Marchant à Toulouse, Présidente de la Fédération Française des CRIAVS

Je te remercie d'avoir accepté de codiriger ce travail de thèse. Merci également pour ta disponibilité, ta bienveillance et tes encouragements tout au long de ce travail. Mes différents semestres au sein du PCAMP m'ont énormément appris, que ce soit sur le plan clinique ou sur le plan humain. Sois assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Marie FRERE, Psychiatre de l'Enfant et de l'Adolescent au Centre Hospitalier Gérard Marchant

Je te remercie d'avoir accepté de codiriger ce travail de thèse. Merci pour l'enthousiasme et l'intérêt que tu as porté à ce travail, ainsi que pour ton soutien et tes conseils avisés. Sois assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Remerciements personnels :

A mes parents et à mes frères et sœurs, pour votre soutien indéfectible, vos encouragements, votre amour (et votre humour !) tout au long de ces années, je ne vous remercierai jamais assez. Je n'en serais pas là aujourd'hui sans vous ! A tous les moments partagés ensemble, et à tous ceux à venir !

A tout le reste de ma famille, ceux que je prends plaisir à revoir à chaque occasion, et ceux partis trop tôt.

A Quentin, pour le premier pot de caramel au beurre salé ... et tout ce qui s'en est suivi ! Merci pour ta présence et ton soutien au quotidien.

A Maëva et à notre amitié qui défie les distances depuis maintenant 13 ans.

A Solène et Chloé, et à nos karaokés passés, présents et futurs autour du monde : Nantes, Toulouse, Paris, Montréal, Cilaos et bientôt Tahiti ...

A Alice, de l'externat à l'internat, de Nantes à Toulouse en passant par Tarbes et l'Aveyron, merci pour tous ces moments passés ensemble qui me sont si chers !

Aux "Pouilleux de botch" **Samuel et Laure, Laetitia "l'agitologue" et Bastien, Merouane, Sofiane, Eulalie, Manu, Marine et Mathieu** et à notre inoubliable premier semestre à l'internat de Rangueil entre douches froides, tisanes, sushis, randonnées et sessions ski ...

A Colleen et Benjamin, pour nos 6 mois tarbais remplis de discussions passionnantes, de courgettes géantes du potager et de séances d'escalade

A Nina, co-interne des premières heures et à tes antisèches de garde ! **Aux Docteurs Laure Mesquida et Marc Henry** et à toute l'équipe de la Villa Ancely pour avoir guidé mes premiers pas d'interne, en pédopsychiatrie.

Aux Docteurs Régis Blanché et Jean-Pierre Chatard, et à toute l'équipe de l'UAMP de Tarbes : Dominique, Jean-Michel, Hakim, Maryline, Muriel, Patricia et Pauline, un grand merci pour votre bonne humeur communicative, pour la richesse de vos enseignements et pour avoir initié mon intérêt pour la psychiatrie légale en me permettant de vous suivre à la maison d'arrêt de Tarbes.

A l'ensemble des équipes du SMPR et de l'UHSA, avec qui j'ai eu le privilège de travailler et d'apprendre, et qui ont continué d'aiguiser mon intérêt pour la psychiatrie légale au travers de leurs

qualités humaines et professionnelles. Remerciements tout particuliers aux **Docteurs Aziga Billot, Damien Garoste, Geoffroy Valmy, et Julie Rieu.**

A Olivia, pour ton amitié, ton soutien, tous ces moments passés ensemble ... et toutes ces émissions dont nous n'avons jamais vu la fin !

A Laura pour ta gentillesse, ton humour et tes célèbres tablettes de chocolat.

A Gabrielle, nos concours de Memes Covid ont égayé cette période de confinement.

A Aurore et "Dr VG", co-internes de choc qui sont devenus des amies précieuses

A Malia pour ton sourire, ta bonne humeur et nos débriefings hebdomadaires de faits divers !

Au Docteur Guilhem Carle, à Johan, Alice, Caroline, Chantal, Florian D., Julia, Marie, Marion B., Marion G., Marion R., Romain et tous les autres membres de l'équipe de l'UTOX et de psychiatrie de liaison du CHU de Toulouse.

A mes co-internes Agathe et Ryan, et à toute l'équipe de médecine légale de l'hôpital Rangueil pour votre gentillesse et votre bienveillance, et pour m'avoir fait découvrir votre spécialité si riche. Remerciements tout particuliers aux **Docteurs Alain Abravanel, Anthony Blanc, Clarisse Dubois, Ruth Levy, Frédéric Savall et Marion Vergnault**, ainsi qu'au **Docteur Florent Trape** qui m'a permis à plusieurs reprises d'assister à des expertises psychiatriques ainsi qu'à des dépositions aux Assises.

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.”

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES :

APA : American Psychiatric Association

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ATSA : Association for the Treatment of Sexual Abusers

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème version

CMP : Centre Médico-Psychologique

CRA : Centre Ressource Autisme

CVS : Cadre de Vie et Sécurité

DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ème édition

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

(FF)CRIA VS : (Fédération Française) des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

HAS : Haute Autorité de Santé

ICV : Intégration du Cycle de Vie

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGSJ : Inspection Générale des Services Judiciaires

IME : Institut Médico-Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

MECS : Maison d'Enfant à Caractère Social

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

QICAAICS : Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Adolescents Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel

QICPASS : Questionnaire d'Investigation Clinique de Personnalité des Auteurs d'Aggressions Sexuelles

RAP 31 : Réseau Adolescence Partenariat 31

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité

UEHD : Unité Educative d'Hébergement Diversifié

UEMO : Unité Educative en Milieu Ouvert

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I) ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES CONCERNANT LES MINEURS AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES	2
I.A) Définitions	2
I.A.1 : Violences sexuelles	2
I.A.2.a) Paraphilies et troubles paraphiliques	2
I.A.2.b) Comportements sexuels problématiques	3
I.A.3 : Définitions juridiques	4
I.A.3.a) Infractions à caractère sexuel	4
I.A.3.b) Soins pénalement ordonnés	6
I.B) Chiffres	7
I.B.1 : A l'échelle nationale	7
I.B.2 : A l'échelle locale	13
I.C) Caractéristiques des adolescents auteurs de violences sexuelles	14
I.C.1 : Caractéristiques sociodémographiques	15
I.C.2 : Caractéristiques cliniques	16
I.C.3 : Caractéristiques judiciaires	17
I.C.4 : Evaluation du risque de récidive	18
I.D) Prise en charge des adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel en France :	19
I.D.1 : Prise en charge judiciaire et éducative	19
I.D.2 : Présentation d'un dispositif de prise en charge mis en place au sein de la PJJ de Toulouse	21
I.D.3 : Prise en charge thérapeutique	22
I.D.3.a) Un outil d'évaluation : le QICAAICS	23
I.D.3.b) Prise en charge thérapeutique des adolescents auteurs de violences sexuelles : quelques exemples français	24
I.D.2.c) Présentation d'un dispositif de prise en charge crée au sein d'un CMP de Loire-Atlantique	28
Problématique et objectifs de l'étude	29
II) MATERIEL ET METHODES DE L'ÉTUDE	30
III) RESULTATS	31
III.A) Caractéristiques des structures interrogées	31
III.C) Articulation avec les partenaires	36
III.D) Prise en charge proposée par les structures	39
III.E) Ressenti des professionnels	45
IV) DISCUSSION	48

IV.A) Synthèse des résultats principaux	48
IV.B) Des données contrastant avec les chiffres fournis par la justice	49
IV.C) Une absence de prise en charge spécifique	49
IV.D) Des difficultés dans l’articulation avec les partenaires	51
IV.E) Forces et faiblesses de cette étude	55
IV.E.1 : Forces de l’étude	55
IV.E.2 : Biais de recrutement	55
IV.E.3 : Biais de mémoire	56
IV.E.4 : Biais lié à la pénurie médicale dans le domaine du soin pédopsychiatrique et au contexte sanitaire actuel	56
IV.F) Perspectives	56
CONCLUSION	57
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR CETTE ÉTUDE	60
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE D’INVESTIGATION CLINIQUE À DESTINATION DES ADOLESCENTS AUTEURS D’INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL	73
BIBLIOGRAPHIE	100

INTRODUCTION

“ ... si les abus sexuels ne sont pas une sexualité, ni une forme de sexualité, ils n'en contribuent pas moins à forger les identités sexuées et sexuelles des enfants ou des adolescents victimes ou coupables de violences sexuelles ”, Véronique Blanchard (1)

Les violences sexuelles sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme “tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail” (2). Nous assistons depuis des années à une véritable explosion des plaintes relatives à des faits de violences sexuelles, chiffres que l'on sait largement sous-estimés (3). Nous constatons également que l'augmentation des plaintes ne se répercute pas dans des proportions similaires au niveau des condamnations (4).

Un quart des auteurs condamnés pour violences sexuelles sont des mineurs de moins de 16 ans. Ces derniers représentent 45 % des condamnés pour viol sur mineur de moins de 15 ans. Un condamné pour viol sur 5 est âgé de moins de 16 ans (5). Ces chiffres, en augmentation constante, témoignent de l'importance de se pencher sur la question des mineurs auteurs de violences sexuelles. En effet, cette population, qui est à distinguer des auteurs de violences sexuelles adultes, nécessite un accompagnement judiciaire, social et sanitaire d'instauration rapide et efficient afin de pouvoir prendre soin de la santé psychique de ces adolescents, de prévenir la récurrence des actes délictueux sexuels et non sexuels à l'âge adulte, et d'éviter des suivis plus longs et nébuleux dans le réseau de soins par la suite, car les potentialités d'évolution sont moins fixées que chez les adultes. Or, la majorité des données et des recommandations actuelles concernant la prise en charge des auteurs de violences sexuelles concerne les auteurs de violences sexuelles adultes, et notamment des adultes de sexe masculin (6). Il existe à ce jour très peu de structures spécialisées, et peu de personnels formés à la prise en charge des mineurs auteurs de violences sexuelles.

C'est dans ce contexte que s'inscrit cette étude, réalisée dans le cadre de notre thèse, qui a pour objectif de présenter un état des lieux des prises en charges pédopsychiatriques actuellement proposées pour les adolescents auteurs de violences sexuelles dans le département de la Haute-Garonne, afin de mieux connaître les pratiques et les difficultés éventuelles rencontrées par les professionnels et les équipes amenés à les accompagner, dans le but de pouvoir faire remonter les besoins et à terme proposer des outils de formation et d'accompagnement plus spécifiques.

Nous dresserons dans un premier temps un portrait des connaissances actuelles en ce qui concerne les violences sexuelles en général, puis plus particulièrement les mineurs auteurs de

violences sexuelles, ainsi qu'un aperçu des dispositifs de prise en charge déjà existants en France. Dans un second temps, nous présenterons notre travail de recherche et discuterons des problématiques et des perspectives qu'il aura pu soulever.

I) ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES CONCERNANT LES MINEURS AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES

I.A) Définitions

I.A.1 : Violences sexuelles

A l'international : la définition établie par l'Organisation Mondiale de la Santé est citée dans notre introduction. Il est précisé à la suite de cette dernière que la coercition peut inclure le recours à la force à divers degrés, l'intimidation psychologique, le chantage, les menaces. L'incapacité d'une personne à donner son consentement, du fait par exemple d'une pathologie mentale ou d'être sous l'emprise d'une substance, est également mentionnée en complément de cette définition (2).

En France : le rapport de la commission d'audition publique conduite en 2018 par la Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAIVS) s'appuie sur la définition suivante (7) : les violences sexuelles ont la violence pour processus fondamental, elles incluent au moins un auteur et au moins une victime, elles impliquent dans tous les cas l'absence de consentement de la victime. Chez les enfants elles peuvent aussi se manifester sous la forme d'un comportement sexuel problématique (que nous définirons ci-dessous).

I.A.2 : Définitions médicales

I.A.2.a) Paraphilies et troubles paraphiliques

Le terme de "violences sexuelles" n'est pas utilisé dans les deux principales classifications nosographiques des troubles mentaux dans leurs versions actuelles. La Classification Internationale des Maladies (CIM 10), publiée par l'OMS, fait mention dans sa section F65 des troubles de la préférence sexuelle, tandis que le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) introduit la distinction entre paraphilie et troubles paraphiliques.

Les paraphilies sont définies dans le DSM 5 comme "tout intérêt sexuel intense et persistant qui ne soit pas un intérêt sexuel pour une stimulation génitale ou des préliminaires avec des partenaires humains, phénotypiquement normaux, physiquement matures et consentants" (8). Huit principaux types de paraphilies sont décrits : le voyeurisme, l'exhibitionnisme, le frotteurisme, le masochisme, le sadisme, la pédophilie, le fétichisme et le transvestisme. Il est néanmoins précisé dans le DSM 5 que

cette liste n'est pas exhaustive et que plusieurs dizaines d'autres paraphilies ont été identifiées et nommées. Les paraphilies peuvent également être associées entre elles.

Les paraphilies ne sont pas considérées en elles-mêmes comme des troubles mentaux. Le DSM 5 fait la distinction entre paraphilie et trouble paraphilique, ce dernier étant défini comme une paraphilie "associée à une souffrance cliniquement significative ou à une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou nuisant ou étant susceptible de nuire à l'individu lui-même ou à autrui" (8). L'existence d'une paraphilie est donc une condition nécessaire mais non suffisante pour qualifier un trouble paraphilique, et une paraphilie à elle seule ne justifie pas nécessairement en soi une intervention clinique. En effet, toutes les paraphilies ne se compliquent pas de délit ou de crime sexuel, et un certain nombre d'entre elles reste dans le domaine du privé. Cependant, il est important de les rechercher chez tout sujet ayant commis un délit ou un crime sexuel pour pouvoir leur proposer une prise en charge adaptée par la suite.

I.A.2.b) Comportements sexuels problématiques

Les comportements de nature sexuelle sont communs chez les enfants : comportements d'autostimulation, observation d'autres enfants nus ... Ces comportements, souvent impulsifs, sont motivés notamment par une curiosité de découverte et d'exploration du corps et par la recherche de sensations au moyen de la stimulation des parties génitales (9). La question de faire la différence entre le développement psychosexuel normal d'un enfant et l'émergence de comportements sexuels qualifiés de problématiques peut parfois se poser.

L'Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA) définit les comportements sexuels problématiques de cette façon : "des enfants de 12 ans ou moins qui engagent des comportements impliquant des zones sexualisées du corps (parties génitales, anus, fesses, poitrine ...) étant inappropriés d'un point de vue développemental, et potentiellement néfastes pour l'enfant lui-même ou pour autrui" (10). Les auteurs soulignent la nécessité de distinguer les comportements sexuels problématiques de ces comportements d'exploration et de stimulation sexuelle considérés comme "normaux" dans le sens où ils se produisent "de façon spontanée, intermittente, mutuelle et non coercitive lorsqu'ils impliquent d'autres enfants, et ne causant pas de détresse émotionnelle" (10).

Pour déterminer si le comportement sexuel est inapproprié, il est important de considérer si le comportement est commun ou rare en prenant en compte le stade développemental et le milieu culturel de l'enfant, la fréquence du comportement, l'étendue de la préoccupation de l'enfant autour de ce comportement, le fait que le comportement persiste ou non suite à une intervention de la part des adultes. Il est également important de prendre en compte les éventuelles différences d'âge et de stade développemental vis-à-vis des autres enfants impliqués, le fait que le comportement interfère ou non avec le développement psychosocial de l'enfant, et le fait qu'il soit ou non à l'origine de blessures

physiques (10).

Une étude publiée en 2019 reprend les caractéristiques retrouvées de façon prépondérante chez les enfants présentant des comportements sexuels problématiques (9) : facteurs d'adversité familiaux importants (difficultés sociales, faible niveau de revenus, niveau de stress parental plus élevé, monoparentalité, supervision parentale inadéquate, exposition à la violence physique et domestique, placement en foyer ...), limites peu marquées concernant la sexualité (exposition à l'activité sexuelle des parents, à la pornographie ...). Les enfants présentant des comportements sexuels problématiques seraient également plus susceptibles de présenter des comorbidités telles que des troubles des conduites, des comportements oppositionnels, une impulsivité, des troubles de l'attention, une hyperactivité. Bien que des comportements sexuels problématiques n'indiquent pas de façon systématique des antécédents de violences sexuelles chez l'enfant, il est important de les rechercher puisque les enfants ayant été victimes de violences sexuelles auraient davantage de risque de développer des comportements sexuels problématiques par rapport aux enfants n'ayant aucun antécédent de cette nature (9).

I.A.3 : Définitions juridiques

I.A.3.a) Infractions à caractère sexuel

Le terme utilisé pour traiter des violences sexuelles est celui d'“infractions à caractère sexuel”. Ces dernières sont répertoriées dans le livre II “Des crimes et délits contre les personnes”, titre II “Des atteintes à la personne humaine”, chapitre II “Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne”, section III “Des agressions sexuelles” (11).

“Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence (physique ou morale), contrainte, menace ou surprise sur la personne d'autrui” (article 222-22). Une atteinte sexuelle implique nécessairement un contact physique à connotation sexuelle avec la victime (attouchements, caresses, baisers ...). Pour être caractérisée, l'agression sexuelle suppose que la victime n'ait pas consenti. L'auteur doit avoir eu conscience d'agir contre la volonté de la victime et d'accomplir un acte de nature sexuelle. Constitue également une agression sexuelle le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à subir une atteinte sexuelle de la part d'un tiers.

Concernant les mineurs victimes, la loi précise que les notions de contrainte et de surprise peuvent résulter de la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits, et de l'autorité de droit ou de fait que ce dernier exerce sur la victime (cette autorité de fait pouvant elle-même être caractérisée par une différence d'âge significative entre la victime mineure de moins de 15 ans et l'auteur majeur). Plus encore, si la victime est âgée de moins de 15 ans, la contrainte morale ou la surprise sont caractérisées par l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement

nécessaire pour ces actes. Les faits seront alors systématiquement susceptibles d'être réprimés. Le délai de prescription de l'action publique des agressions sexuelles commises à l'encontre des mineurs ne commence à courir qu'à compter de leur majorité : il est de 10 à 20 ans au-delà de cette date pour les délits d'agression sexuelle ou d'atteinte sexuelle (selon l'âge de la victime et les éventuelles circonstances aggravantes), de 30 ans pour le crime de viol.

Les différents types d'agressions sexuelles sont ensuite détaillés dans le Code Pénal :

- Le viol (articles 222-23 à 222-26)

“Constitue un viol tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur, par violence, menace, contrainte ou surprise, et ce quel que soit la nature des relations existant entre l'auteur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage”. Il existe de nombreuses circonstances aggravantes telles que l'existence de relations antérieures entre la victime et l'agresseur, la perpétration sur une personne présentant une vulnérabilité (physique, psychique, précarité économique et sociale, mineur de quinze ans ...), l'usage d'armes ou de soumission chimique, le fait d'avoir engendré des mutilations ou des infirmité permanentes ...Le viol ainsi que la tentative de viol sont considérés comme des crimes, c'est à dire qu'ils relèvent de la Cour d'Assises.

- Les autres agressions sexuelles (articles 222-27 à 222-31)

Les agressions sexuelles autres que le viol sont considérées comme des délits et jugées au sein de tribunaux correctionnels.

- L'inceste (articles 222-31-1 et 222-31-2)

Les viols et les agressions sexuelles sont considérés comme incestueux lorsqu'ils sont commis par :

“1° Un ascendant

2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce

3° Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur la victime une autorité de droit ou de fait.”

- L'exhibition sexuelle et le harcèlement sexuel (articles 222-32 et 222-33)

L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui

soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. L'infraction est également constituée :

“1° Lorsque ces propos ou comportements sont imposés à une même victime par plusieurs personnes, de manière concertée ou à l'instigation de l'une d'elles, alors même que chacune de ces personnes n'a pas agi de façon répétée ;

2° Lorsque ces propos ou comportements sont imposés à une même victime, successivement, par plusieurs personnes qui, même en l'absence de concertation, savent que ces propos ou comportements caractérisent une répétition.”

Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

I.A.3.b) Soins pénalement ordonnés

Il en existe trois types :

La mesure la plus fréquemment prononcée est l'obligation de soins, qui consiste à enjoindre une personne à “se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation” (article 132-45 du Code Pénal). Elle n'est pas spécifique aux infractions à caractère sexuel et ne nécessite pas d'expertise psychiatrique préalable pour être imposée ou supprimée par le Juge. Elle peut être prononcée à tout moment de la procédure, que ce soit avant, pendant ou après le jugement. Les modalités de soins incombent au thérapeute en charge des soins. Le suivi peut être conjoint avec un autre soignant, sur prescription médicale. Cette mesure ne prévoit pas d'articulation directe entre le domaine sanitaire et le domaine judiciaire en dehors, dans certains cas, d'attestations de suivi signées par le thérapeute qui peuvent être demandées au patient par la justice.

L'injonction thérapeutique est une mesure de soins pénalement ordonnés qui s'adresse aux personnes condamnées pour des usages illicites de stupéfiants. Elle peut constituer une alternative aux poursuites judiciaires et ne nécessite pas d'expertise psychiatrique préalable. Le contenu des soins incombe au médecin traitant. Si la mesure n'est pas respectée par le patient, le médecin traitant informe le médecin-relais qui prévient l'autorité judiciaire compétente. Le sujet risque alors les poursuites et sanctions qu'il avait encourues au départ.

L'injonction de soins a été créée par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998. Cette loi avait pour objectif d'améliorer la prévention et de renforcer la répression des infractions sexuelles, et a permis l'instauration du suivi socio-judiciaire (12). Ce dernier consiste pour le condamné au fait de se soumettre, sous le contrôle du Juge d'application des peines, à des obligations et à des mesures de surveillance (placement sous surveillance électronique par exemple) et d'assistance (ayant pour but de secondar les efforts du condamné en vue de sa réinsertion sociale) pouvant être assorties d'une

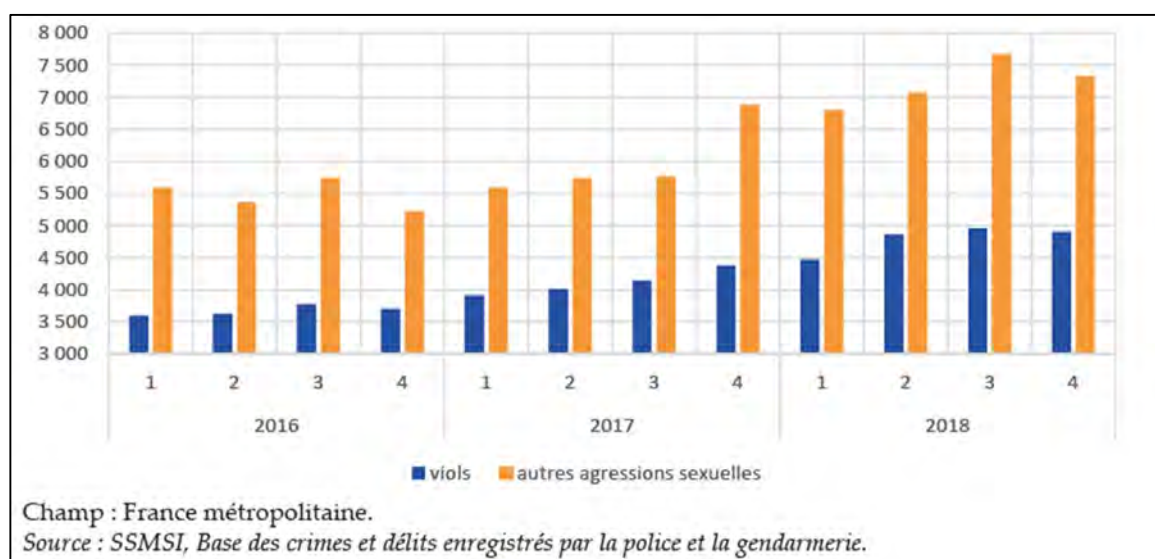
injonction de soins. L'injonction de soins peut être mise en place uniquement en post-sentenciel, et nécessite qu'une expertise psychiatrique préalable ait conclu à une possibilité de soins. Un médecin coordonnateur est désigné par la justice à partir d'une liste établie dans chaque Cour d'Appel. Il reçoit la personne condamnée, lui expose les modalités de l'injonction de soins et lui demande de désigner un médecin traitant (ou un psychologue traitant ayant exercé pendant au moins 5 ans) dont il doit valider le choix. Il informe ensuite le thérapeute désigné et recueille son consentement. Le contenu des soins incombe au thérapeute ayant été désigné par la personne condamnée, sous le contrôle du médecin coordonnateur qui assure l'interface avec la justice. Ce dernier peut transmettre au thérapeute des éléments du dossier pénal (copie de la décision ayant ordonné l'injonction de soin, expertises ...), et c'est lui qui transmet au Juge les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins tout en restant garant du secret médical. Il assure également une fonction de conseil auprès du thérapeute en cas de besoin. Le condamné doit donner son accord pour être soumis à cette mesure, cependant il est à noter qu'en cas de refus ou de non-respect des soins proposés une réincarcération est possible. La durée de l'injonction de soins est variable, en fonction du type d'infractions pour laquelle la personne a été condamnée : 10 ans maximum en matière délictuelle (pouvant aller jusqu'à 20 ans si décision spécialement motivée), 20 ans en cas de crime (pouvant aller jusqu'à 30 ans si condamnation à un crime puni de 30 ans de réclusion criminelle) (13).

I.B) Chiffres

I.B.1 : A l'échelle nationale

On sait que les données chiffrées concernant les violences sexuelles en France sont largement sous-estimées puisqu'elles ne concernent que les faits révélés par les victimes. Les données les plus récentes de l'enquête de victimation Cadre de Vie et Sécurité (CVS), datant de 2019, montrent que seules 12 % des victimes de violences sexuelles hors ménage et 17 % des victimes d'un viol ou d'une tentative de viol ont déposé plainte sur la période 2011-2018 (14).

Graphique 1 : Nombre de faits de violences sexuelles enregistrés par trimestre :



En 2018, les forces de sécurité ont mis en cause près de 25 600 personnes, dont 97 % d'hommes, pour des crimes ou des délits de violences sexuelles. Parmi eux, 8 % avaient moins de 13 ans, 20 % entre 13 et 17 ans (15) (Tableau 1). Par “mis en cause” on entend que l'identité de ces personnes a été transmise aux autorités judiciaires par les forces de sécurité devant un faisceau d'argument solides, mais qu'ils n'ont pas été forcément condamnés, ils sont alors qualifiés d'“auteurs présumés”.

Tableau 1 : Nombre de personnes mises en cause pour des infractions à caractère sexuel en 2018, par sexe et par âge

	Femmes mises en cause	Hommes mis en cause	Ensemble des mis en cause	Part des hommes parmi les mis en cause	Répartition des mis en cause par classes d'âges	Répartition de la population par classes d'âges
Moins de 13 ans	130	2 013	2 143	94 %	8 %	16 %
13 à 17 ans	124	4 992	5 116	98 %	20 %	6 %
18 à 29 ans	111	5 581	5 692	98 %	22 %	14 %
30 à 44 ans	175	6 413	6 588	97 %	26 %	19 %
45 à 59 ans	83	3 984	4 067	98 %	16 %	21 %
60 ans et plus	27	1 930	1 957	99 %	8 %	24 %
Total des personnes mises en cause	650	24 913	25 563	97 %	100 %	100 %

Champ : France métropolitaine.

Note de lecture : En 2018, 25 563 personnes ont été mises en cause par les forces de sécurité pour des violences ou des harcèlements sexuels. 97 % sont des hommes et 26 % ont entre 30 et 44 ans. 19 % de la population de France métropolitaine a entre 30 et 44 ans

Sources : SSMSI, Base des auteurs de crimes et délits 2018, données provisoires - Insee, estimations de population (résultats provisoires à fin 2017).

Concernant plus spécifiquement les condamnations de mineurs, la délinquance des mineurs traitée par les parquets en France en 2018 a concerné 233 700 mineurs tous faits confondus, soit 3,5 % de la population âgée de 10 à 17 ans au 1er janvier 2019. Parmi eux, 85% étaient de sexe masculin (16).

Les viols et agressions sexuelles concernent 4% des mineurs poursuivis. Concernant les jeunes passibles de poursuite en 2018 pour ces faits, 61% sont poursuivis devant une juridiction pour mineurs (juge des enfants, tribunal pour enfants, cour d'assises des mineurs), 31% bénéficient d'une alternative aux poursuites (rappel à la loi, assistance éducative ...), 8% sont classés sans suite pour inopportunité des poursuites (16).

Un travail s'intéressant aux taux de récidive et de réitération chez les mineurs condamnés en 1999 (17) souligne que les atteintes aux mœurs commises par des mineurs (dont plus de la moitié sont des agressions sexuelles sur mineur de 15 ans) sont celles dont la condamnation sera le moins souvent suivie par une réitération, avec un taux de réitération d'un tiers, le plus souvent dans des affaires de vol, de recel ou d'infraction à la législation sur les stupéfiants. Le terme de réitération désigne le fait que le délinquant « commet[te] une nouvelle infraction qui ne répond pas aux conditions de la récidive légale » (article 132-16-7 du Code Pénal) c'est à dire une infraction d'une autre nature que celle pour

laquelle il y avait eu une précédente condamnation. Concernant les récidives (réitérations à l'identique), le taux est de 3% (Tableau 2).

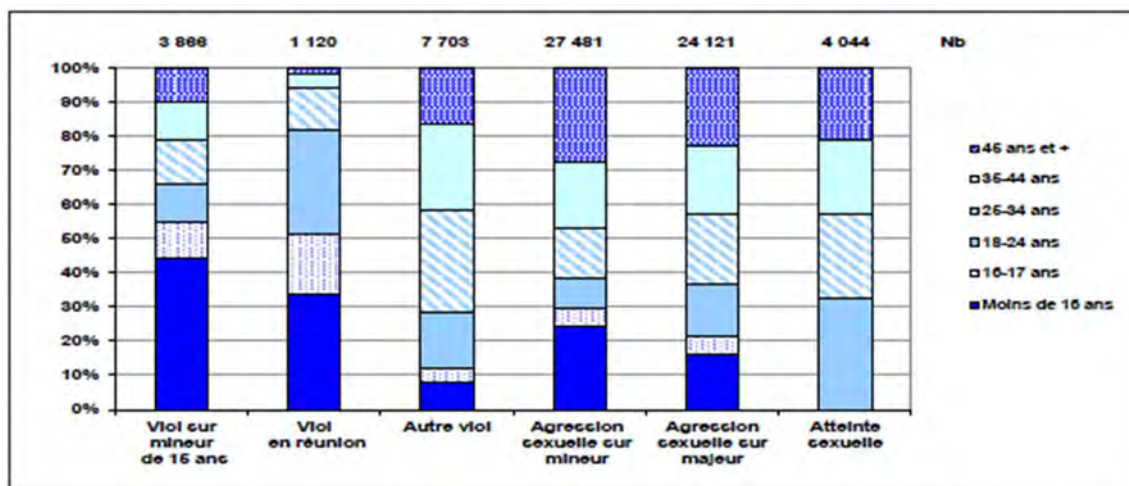
Tableau 2 : Taux de réitération à l'identique des mineurs condamnés selon le type d'infraction

	Condamnés en 1999		Réitérants à l'identique sur 5 ans		Taux de réitération identique	Réitérants d'une infraction différente	Taux de réitération simple
Toutes infractions sanctionnées	28 633	100	8 615	100	30,1	7 312	25,5
Vol recel	16 998	59,4	7 073	82,0	41,6	2 950	17,4
Escroquerie	913	3,2	83	1,0	9,1	427	46,8
Destructions, dégradations	2 695	9,4	263	3,0	9,8	1 068	39,6
Conduite en état alcoolique	55	0,2	10	0,1	18,2	18	32,7
Autre délit routier	181	0,6	26	0,3	14,4	69	38,1
Violences volontaires	3 581	12,5	704	8,2	19,7	1 301	36,3
Atteinte aux mœurs	1 194	4,2	33	0,4	2,8	368	30,8
Autre atteinte à la personne	466	1,6	18	0,2	3,9	202	43,3
Stupéfiants	1 383	4,8	234	2,7	16,9	399	28,9
Port d'arme	326	1,1	24	0,3	7,4	173	53,1
Outrage	634	2,2	147	1,7	23,2	258	40,7
Autre délit	207	0,7				79	38,2

Source : Ministère de la Justice - SDSSE - Exploitation statistique du Casier Judiciaire

Mais les chiffres nous intéressant le plus dans le cadre de cette étude sont ceux issus du bulletin d'informations statistiques InfoStat Justice de Septembre 2018, qui se cible sur les crimes et délits de nature sexuelle uniquement : un quart des auteurs condamnés pour violences sexuelles sont des mineurs de moins de 16 ans (ce qui représente près de 17 200 jeunes entre 2007 et 2016). Ils représentent 45 % des condamnés pour viol sur mineur de moins de 15 ans (Graphique 2). Un condamné pour viol sur 5 est âgé de moins de 16 ans (5). Si l'on rapporte ce dernier chiffre aux nombres de condamnations pour viol (un peu moins de 13 000 entre 2007 et 2016, dont 1003 pendant l'année 2016, auteurs de tous âges confondus), les chiffres sont impressionnants : cela concernerait plus de 2500 adolescents sur cette période, dont environ 200 pour la seule année 2016 ! Les mineurs auteurs de violences sexuelles sont le plus souvent impliqués dans des violences contre d'autres mineurs : 45 % des condamnés pour viol sur mineur de moins de 15 ans (soit avec circonstances aggravantes, 4 000 condamnations pour ces faits entre 2007 et 2016) ont moins de 16 ans au moment des faits, et 28 % ont 13 ans ou moins. Il est également à noter que 34 % des auteurs condamnés pour viol en réunion (1100 condamnations entre 2007 et 2016) ont moins de 16 ans au moment des faits contre 8 % de ceux condamnés pour des viols d'autres types. Seulement 5% des mineurs sont jugés pour viol simple c'est à dire sans circonstances aggravantes. Les condamnés pour agression sexuelle comptent davantage de mineurs de moins de 16 ans lorsque la victime est elle-même mineure (25 %, contre 16 % quand la victime est majeure) (5).

Graphique 2 : Répartition des condamnés par âge selon le type d'infraction



Champ : Condamnations prononcées entre 2007 et 2016 dont l'infraction principale relève des violences sexuelles hors harcèlement sexuel

Source : Ministère de la Justice-SG-SEM-SDSE, fichier statistique du Casier judiciaire national

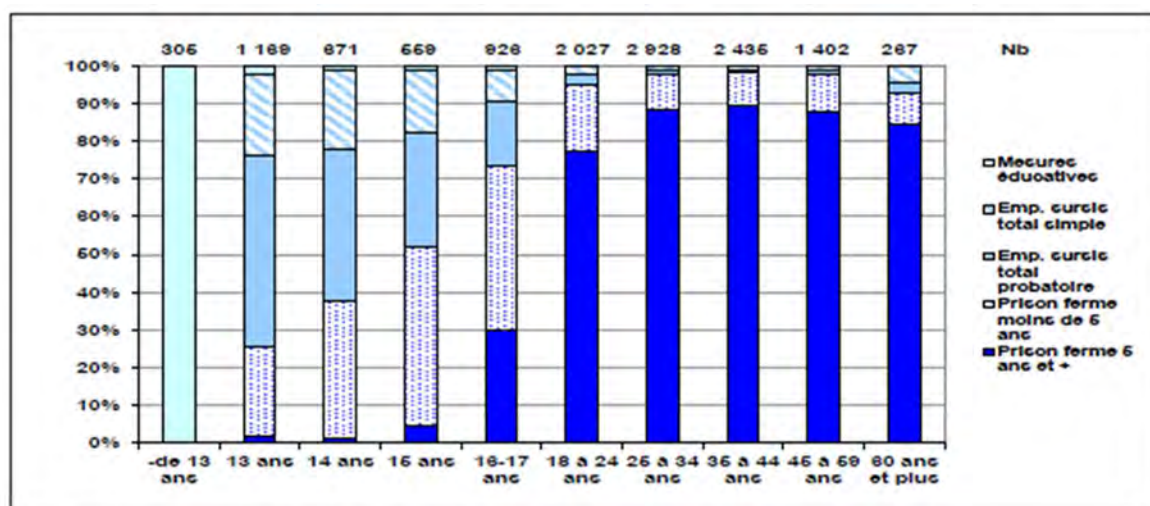
Concernant les suites données à ces faits sur le plan judiciaire :

Il s'agit la plupart du temps d'une première condamnation pour ces mineurs (seuls 6% d'entre eux ont déjà été condamnés préalablement, et ce pour des faits le plus souvent en relation avec un autre type de délinquance) (5).

Concernant les viols : 7% des mineurs auteurs de viol présentent des antécédents judiciaires. On dénombre environ 300 condamnations de mineurs de moins de 13 ans pour viol en France entre 2007 et 2016. Ces derniers écopent alors exclusivement de mesures éducatives, puisqu'ils ne peuvent être condamnés à des peines. Les mineurs âgés respectivement de 13, 14 et 15 ans au moment des faits (soit 2 400 condamnations entre 2007 et 2016) ont été condamnés respectivement à 72%, 61% et 47% à des peines d'emprisonnement avec sursis total (simple ou probatoire), avec une apparition progressive de peines d'emprisonnement ferme. Au-delà de 15 ans, des peines d'emprisonnement avec sursis total sont décidées dans un quart des condamnations. Les peines d'emprisonnement ferme dominent pour les jeunes de 16 ou 17 ans (44 % de peines privatives de liberté de moins de 5 ans, 30% de peines de 5 ans et plus, associés plus de neuf fois sur dix à une partie avec sursis) (5) (Graphique 3).

Au total, concernant les mineurs auteurs de viol tous âges confondus, 42% des peines prononcées sont des emprisonnements avec une partie ferme (inférieure à 3 ans dans près de deux tiers des cas), associés plus de neuf fois sur dix à une partie avec sursis. Un tiers des peines prononcées sont des emprisonnements avec sursis total probatoire, 15% avec sursis total simple. Les mesures éducatives concernent 10 % des condamnés.

Graphique 3 : Peines prononcées pour viol selon l'âge des condamnés



Champ : Peines prononcées pour viol selon l'âge des condamnés

Source : Ministère de la Justice-SG-SEM-SDSE, fichier statistique du Casier judiciaire national

Tableau 3 : Peines, sanctions et mesures éducatives prononcées à l'encontre d'auteurs mineurs pour viol

Mineurs	Toutes peines	Prison ferme (%)				Emp sursis total simple	Emp sursis total probatoire	Mesures éducatives
		10 ans et +	5 à - 10 ans	3 à - 5 ans	Moins de 3 ans			
Tous condamnés pour viol	3 630	1,8	7,7	5,8	26,7	15,4	32,9	9,8
Infraction unique	1 735	1,0	6,3	6,0	29,5	17,2	29,8	10,3
Infractions multiples	1 895	2,4	9,0	5,6	24,2	13,8	35,7	9,3
Sans antécédent	3 375	1,5	6,3	4,9	26,2	16,4	34,3	10,5
Avec antécédent	255	4,7	26,3	18,0	33,7	2,8	14,5	0,0

Champ : Condamnations prononcées à l'encontre d'un mineur entre 2007 et 2016 dont l'infraction principale est un viol

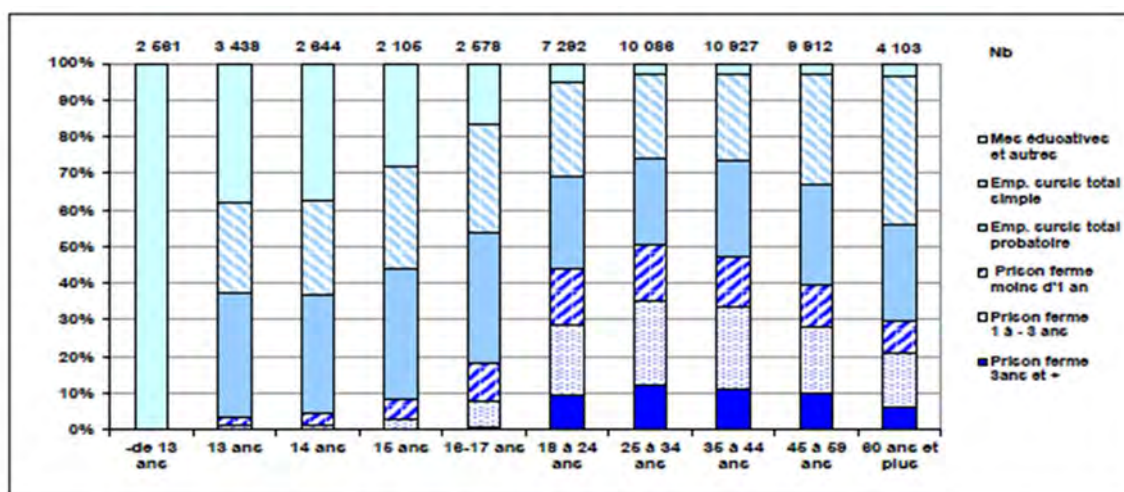
Source : Ministère de la Justice-SG-SEM-SDSE, fichier statistique du Casier judiciaire national

Concernant les autres types d'agressions sexuelles : l'intégralité des sanctions consistent en des mesures éducatives pour les mineurs âgés de moins de 13 ans (Graphique 4). Les jeunes de 13 à 15 ans écoupent dans 90% des cas de condamnations à des mesures éducatives ou de l'emprisonnement avec sursis total (simple ou probatoire). Des peines d'emprisonnement avec une partie ferme sont prononcées pour des mineurs auteurs à partir de l'âge de 13 ans, dans la limite de 3 ans, mais ces condamnations ne deviennent significatives (près de 20 %) qu'au-delà de l'âge de 15 ans (5).

Au total tous âges confondus, les mineurs auteurs d'agressions sexuelles sauf viol et tentative de viol sont condamnés pour moitié à de l'emprisonnement avec sursis total (avec une mesure probatoire dans plus d'un cas sur deux). 45 % sont condamnés à des mesures éducatives. Moins de 7% sont condamnés à une peine de prison ferme (avec une partie de sursis dans 75 % des cas). En cas de

récidive la tendance est inversée et une peine de prison ferme intervient alors dans 30 % des condamnations, tandis que les mesures éducatives ne représentent plus que 20 % d'entre elles (5) (Graphique 5).

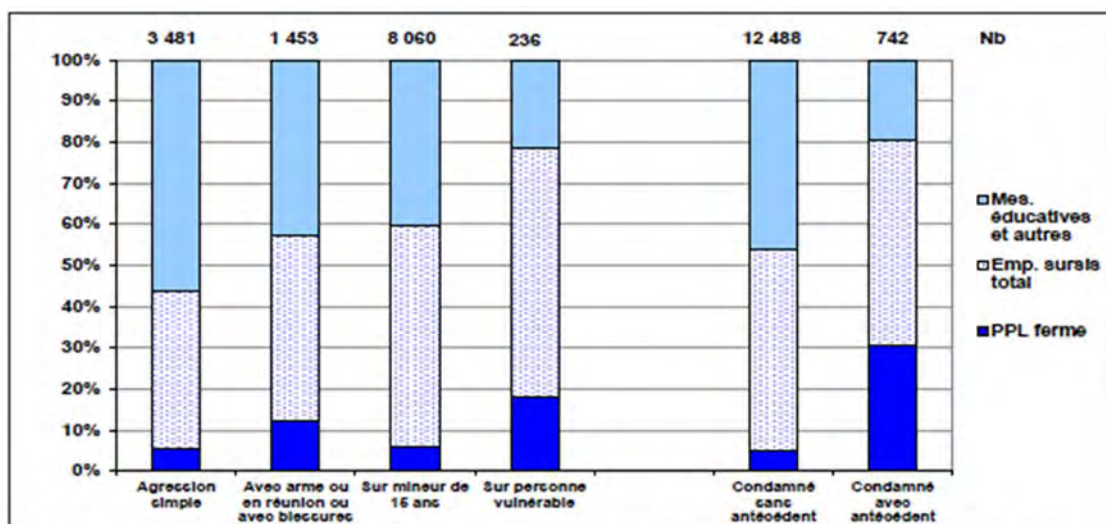
Graphique 4 : Peines prononcées pour agression ou atteinte sexuelle selon l'âge des condamnés



Champ : Condamnations prononcées entre 2007 et 2016 dont l'infraction principale est une agression sexuelle ou une atteinte sexuelle sur mineur

Source : Ministère de la Justice-SG-SEM-SDSE, fichier statistique du Casier judiciaire national

Graphique 5 : Peines, sanctions et mesures éducatives prononcées à l'encontre d'auteurs mineurs pour agression sexuelle



Champ : Condamnations prononcées à l'encontre d'un mineur entre 2007 et 2016 dont l'infraction principale est une agression sexuelle

Source : Ministère de la Justice-SG-SEM-SDSE, fichier statistique du Casier judiciaire national

Un suivi socio-judiciaire est prononcé dans 13% des cas de viol (durée moyenne de 5 ans) et 2% des cas d'agression sexuelle (durée moyenne de 4 ans) dans le cas d'auteurs mineurs (Tableau 4). Le nombre d'ordonnances d'obligations de soins ou d'injonctions de soins adressées à l'encontre des mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel n'est pas mentionné dans ces statistiques judiciaires.

Soulignons la faible proportion de ces chiffres à un âge où les potentialités d'évolution ne sont pas encore fixées et où les adolescents pourraient bénéficier d'un suivi thérapeutique.

Tableau 4 : Taux de recours au suivi socio-judiciaire (SSJ) et durée moyenne de la mesure

	Majeurs		Mineurs	
	Taux de SSJ (en %)	Durée (en années)	Taux de SSJ (en %)	Durée (en années)
Ensemble	19	5,6	4	4,7
Viol	52	6,1	13	5,1
viol simple	42	5,8	13	4,7
viol aggravé	55	6,1	13	5,1
Agression sexuelle	13	5,2	2	4,1
agression sexuelle simple	7	4,7	2	3,8
agression sexuelle aggravée	16	5,4	2	4,2
Atteinte sexuelle	7	5,1	0	5,1

Champ : Condamnations éligibles au suivi socio-judiciaire prononcées entre 2007 et 2016 dont l'infraction principale relève des violences sexuelles (hors harcèlement sexuel)

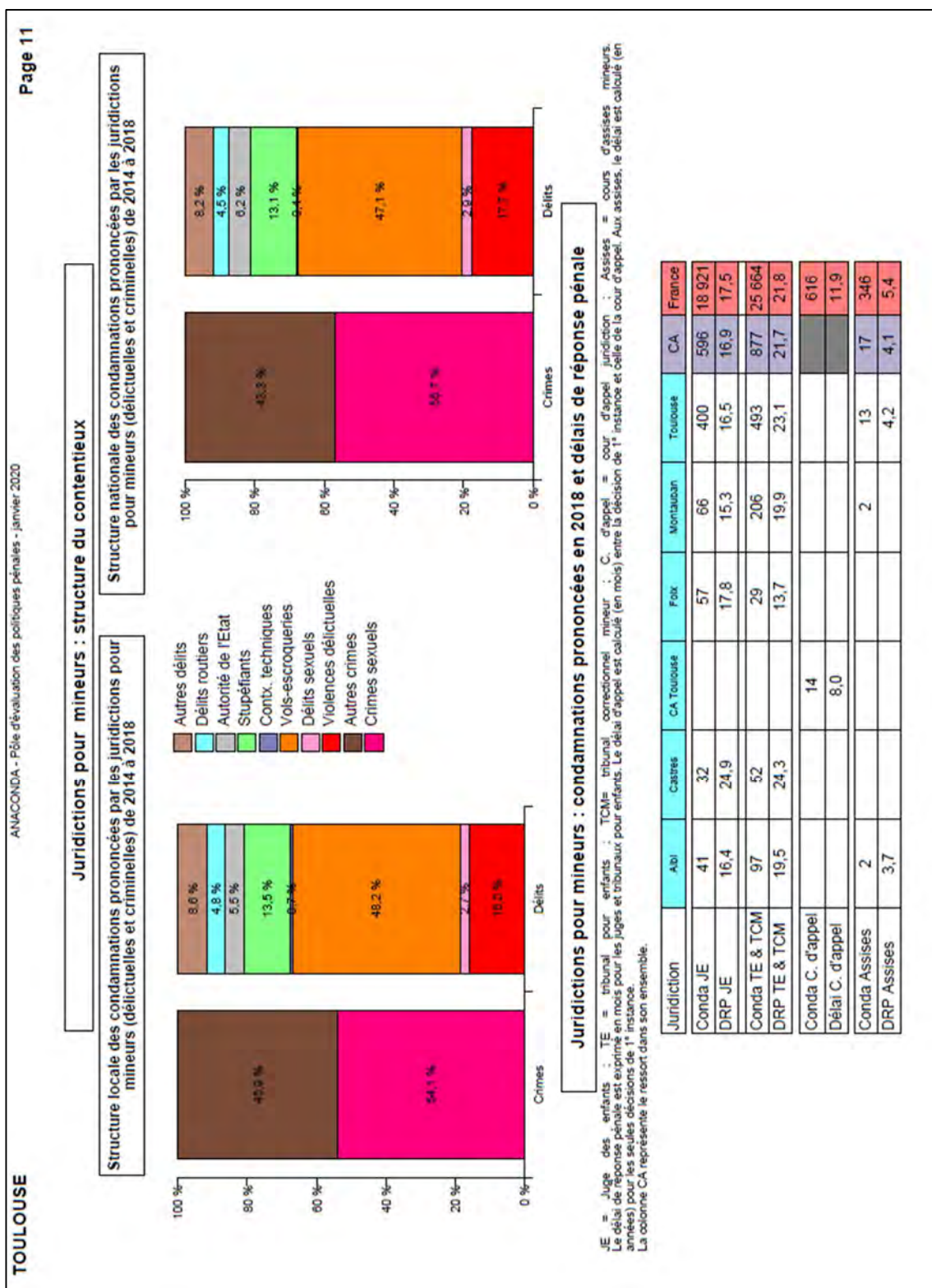
Source : Ministère de la Justice-SG-SEM-SDSE, fichier statistique du Casier judiciaire national

I.B.2 : A l'échelle locale

En ce qui concerne les condamnations effectives de mineurs pour des crimes et délits de nature sexuelle au niveau de la Cour d'Appel de Toulouse (tribunaux de Toulouse, Montauban, Albi, Castres, Foix et St Gaudens), d'après les données présentées dans l'ANACONDA 2020 (observatoire des condamnations du ministère de la Justice) pour la période 2014-2018 (Tableau 5) : les condamnations de mineurs pour crimes de nature sexuelle concernent 54,1% des condamnations de mineurs pour crime, contre 45,9% pour des crimes d'autre nature. Les condamnations de mineurs pour délits sexuels concernent 2,7% des condamnations de mineurs pour délits, contre 48,2% pour des vols-escroqueries et 16% pour des violences délictuelles. Ces chiffres sont superposables aux chiffres nationaux : 56,7% de condamnations de mineurs pour crimes sont en lien avec un crime de nature sexuelle, 2,9% des condamnations de mineurs pour délits en lien avec un délit de nature sexuelle.

Sur cette période de 4 ans on dénombre 596 condamnations de mineurs toutes causes confondues par les juges des enfants au niveau local contre 18 921 au niveau national (soit 3,15%), 877 condamnations de mineurs par les tribunaux pour enfants et tribunaux correctionnels des structures locales contre 25 664 au niveau national (soit 3,41%), 17 condamnations de mineurs aux Assises au niveau local contre 346 au niveau national (soit 4,9%).

On peut constater que les délais de réponse pénale sont longs : 16,9 mois dans le cadre d'un traitement par le Juge des Enfants, 21,7 mois dans le cadre d'un traitement par les tribunaux pour enfants et tribunaux correctionnels, et 4,1 ans dans le cadre d'un traitement aux Assises. Ces délais sont de manière globale superposables aux délais nationaux (17,5 mois pour le Juge des Enfants, 21,8 mois pour les tribunaux pour enfants et tribunaux correctionnels pour mineurs, 5,4 ans pour les Assises).



I.C) Caractéristiques des adolescents auteurs de violences sexuelles

Les adolescents auteurs de violences sexuelles constituent une population hétérogène (18). Plusieurs auteurs ont essayé de mettre en lumière des facteurs de risques particuliers, des terrains

prédisposants, dans le but de mieux comprendre les processus sous-tendant le passage à l'acte, de pouvoir repérer plus facilement les adolescents à risque et de mieux les accompagner dans leur parcours de soin. Deux théories principales s'opposent : la première est la théorie généraliste, qui suggère que les violences sexuelles constituent un pan de la délinquance générale et que les adolescents auteurs de violences sexuelles et les adolescents délinquants "généralistes" présentent les mêmes facteurs de risque et devraient bénéficier de prises en charge identiques. La seconde est la théorie spécialiste qui suggère que les adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel présentent des facteurs de risque spécifiques et nécessitent des outils d'évaluation et des prises en charge distinctes des adolescents délinquants "généralistes" (19). Ces deux théories (généraliste et spécialiste) ne s'excluent pas l'une l'autre et peuvent être complémentaires.

I.C.1 : Caractéristiques sociodémographiques

Les adolescents auteurs de violences sexuelles sont majoritairement de sexe masculin. La quasi-totalité des études concernant les adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel portant sur des jeunes garçons uniquement, nous n'avons donc que très peu d'informations concernant les caractéristiques des adolescentes ayant perpétré des actes de cette nature.

Seto et Lalumière ont réalisé en 2010 une méta analyse de 59 études comparant les adolescents de sexe masculin auteurs d'infractions à caractère sexuel et délinquants "généralistes" (6). Ils retrouvent que les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel auraient davantage été victimes de violences sexuelles, d'abus physiques et émotionnels et de négligences dans l'enfance. Ils auraient également davantage été exposés à des violences sexuelles intrafamiliales ainsi qu'à la pornographie. Si l'âge du premier rapport sexuel semble plus précoce (les auteurs nuancent toutefois cet élément en s'interrogeant sur le fait que cette donnée pourrait prendre en compte les antécédents d'abus), le nombre de partenaires sexuels semble lui similaire entre les deux groupes. Ils ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'exposition (intra et extrafamiliale) à des violences de nature non sexuelle, les difficultés de relation et de communication intrafamiliales, le fait d'avoir grandi dans une famille monoparentale, la criminalité et les abus de substances intrafamiliaux.

Certains auteurs se sont davantage intéressés à la nature des liens entre l'adolescent auteur d'infraction à caractère sexuel et son environnement familial, la présence d'un agir sexuel violent par un adolescent pouvant interroger sur la nature des schémas relationnels internalisés par ce dernier (20). De façon générale, les études sur l'environnement familial de ces adolescents retrouvent certains schémas familiaux dysfonctionnels : difficulté pour le jeune d'établir ou de maintenir des liens affectifs positifs avec la famille, manque de limites pour contrer la perpétration de comportements sexuels inappropriés ou l'accessibilité à du matériel de nature sexuelle, environnement familial peu protecteur, voire violent, ressources matérielles et sociales insuffisantes, attachement insécure ... (21)(22)(23). Pascal Roman (24) utilise le terme d'"intime confusion", ayant pu observer dans les

familles des jeunes rencontrés une excitation importante et non contrôlée ainsi qu'une fragilisation des interdits fondamentaux. Ce manque de contenance de la part de l'adulte pourrait être à l'origine d'une altération de sa fonction de "pare-excitation" (25) vis-à-vis d'un adolescent dont l'organisation psychique n'est pas encore totalement établie, soit du fait d'une rencontre traumatique avec la sexualité (antécédents d'abus sexuels ...), soit du fait d'une absence de protection par rapport à la sexualité des adultes, soit du fait de l'interdit pour l'adolescent de pouvoir évoquer ses questionnements relatifs à la sexualité au sein de la cellule familiale (24).

Cependant, si certains schémas familiaux dysfonctionnels peuvent jouer un rôle dans l'émergence de comportements transgressifs chez un adolescent (26), il est important de souligner qu'il n'existe pas de relation strictement linéaire entre les deux et qu'un adolescent auteur d'infraction à caractère sexuel peut être issu d'une famille sans schéma dysfonctionnel apparent (21).

I.C.2 : Caractéristiques cliniques

Dans une étude publiée en 2006, Samuel Lemitre et Roland Coutanceau décrivent les caractéristiques cliniques des adolescents pris en charge au sein de leur dispositif de soins (25). 20% d'entre eux présentaient des troubles psychopathologiques importants tels que des psychoses ou des dysharmonies développementales. Ils soulignent que ces derniers avaient agi le plus souvent de façon non organisée, dans des contextes de débordement d'excitation. Chez les autres adolescents, ils retrouvaient des traits de personnalité dépressifs, rigides, « phobo-obsessionnels », des aménagements limites de la personnalité, une certaine immaturité psychoaffective ... Ils décrivaient également des angoisses corporelles, des représentations du corps mal structurées, et une prévalence assez élevée d'alexithymie (25).

La méta-analyse de Seto et Lalumière (6) concorde avec ces observations : les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel présenteraient davantage d'éléments psychopathologiques tels que : anxiété et faible estime de soi (de façon prédominante), anxiété sociale, isolement social, dépression, psychose, idées suicidaires ... Ils retrouvent dans le groupe des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel, par rapport au groupe des adolescents délinquants "généralistes", une prévalence plus importante d'intérêts sexuels atypiques et de paraphilies. La prévalence de troubles des conduites et d'attitudes, croyances et traits de personnalités antisociaux est retrouvée de façon similaire dans les deux groupes. Sur le plan des apprentissages, les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel présenteraient davantage de difficultés, sans qu'il puisse être mis en évidence de différence avec les adolescents délinquants "généralistes" en ce qui concerne la capacité intellectuelle globale ou d'éventuelles anomalies neurologiques. Ils présenteraient également un isolement social plus marqué. Les adolescents délinquants "généralistes" présentaient eux davantage d'abus de substances (6).

D'autres études plus récentes confortent ces résultats en ajoutant une distinction selon l'âge des victimes : certains auteurs suggèrent que la théorie "spécialiste" que nous avons mentionnée précédemment s'adapterait davantage aux adolescents ayant des victimes d'âge plus jeune voire pré pubères : déficit de maturité sexuelle et dans les interactions sociales, davantage d'anxiété et de difficultés à nouer des relations intimes avec des pairs ... Cette immaturité psychoaffective et ces difficultés dans les interactions sociales pourraient entraver le jeune dans le développement d'une sexualité infantile vers une sexualité génitale, le poussant à considérer des enfants plus jeunes comme des partenaires de jeux (20). La théorie "généraliste" quant à elle, s'appliquerait davantage selon eux aux adolescents ayant des victimes d'âge similaire ou adultes (davantage de troubles du comportement, de traits de personnalité limite ou psychopathique, d'impulsivité, d'intolérance à la frustration, de troubles de l'usage de substance, d'agressivité, de troubles des conduites externalisées...) (18)(20)(27). Les adolescents ayant des victimes appartenant aux deux catégories mêleraient les facteurs de risque de délinquance générale et les facteurs plus spécifiques, tels qu'une prévalence plus importante de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) (27), d'antécédents d'abus sexuels, de troubles du développement psychosexuel, et d'intérêts sexuels atypiques.

Ces éléments suggèrent donc que les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel et les autres adolescents délinquants partagent certains facteurs de risque de délinquance générale, mais qu'ils en diffèrent par d'autres, plus spécifiques à la sexualité, les plus significatifs étant les intérêts sexuels déviants et les antécédents d'abus sexuels. Il semble essentiel de rechercher ces facteurs pour prévenir et/ou prendre en charge les violences sexuelles des mineurs, l'enjeu psychothérapeutique étant l'accompagnement du développement de la sexualité des adolescents, d'une sexualité infantile vers une sexualité génitale.

Il semble important de souligner que les études portant sur l'entourage familial de ces adolescents s'intéressent davantage aux caractéristiques socio-économiques ainsi qu'aux différents types de dynamiques intrafamiliales plutôt qu'aux caractéristiques cliniques de l'entourage et notamment des parents.

I.C.3 : Caractéristiques judiciaires

D'après les résultats de la méta-analyse de Seto et Lalumière, il n'existerait pas de différence significative entre les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel et les adolescents délinquants "généralistes" en ce qui concerne l'âge du premier contact avec la justice. L'étendue des actes délinquants serait par contre moindre chez les adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel, de même que la fréquence d'"associations antisociales" avec des pairs délinquants (6).

Là encore, certaines études réalisées ultérieurement ajoutent une distinction selon l'âge des victimes : l'âge des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel semble similaire quel que soit l'âge de leurs victimes (18)(27). Cependant, les adolescents ayant des victimes d'âge plus jeune voire prépubères présenteraient moins d'indicateurs généraux de délinquance (comme par exemple des troubles des conduites d'apparition précoce, une cruauté envers les animaux, des consommations de toxiques ...(27)). Ils auraient un nombre de victimes moins important (il s'agirait le plus souvent d'abus répétés sur une même victime, appartenant principalement à l'entourage proche (18)). Les actes de violence sexuelle se dérouleraient principalement dans la sphère privée (18)(27). Les adolescents ayant des victimes d'âge similaire ou adultes auraient des modes opératoires plus structurés, exerceraient davantage de violences physiques envers leurs victimes, qui seraient la plupart du temps des victimes inconnues. Les actes de violence sexuelle se dérouleraient plus fréquemment dans l'espace public (18)(27).

Tous les éléments précités concernant les caractéristiques des mineurs auteurs de violences sexuelles suggèrent la nécessité d'une prise en charge personnalisée, adaptée à l'évaluation clinique du jeune ainsi qu'à son environnement plutôt que d'une prise en charge standardisée. Il paraîtrait intéressant dans le cadre de la prise en charge des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel sur des enfants de se cibler sur la régulation des émotions, et l'éducation à la sexualité (18), tandis que la prise en charge des adolescents ayant des victimes d'âge similaire au leur ou plus âgées pourrait se rapprocher de celles utilisées chez les jeunes présentant des troubles des conduites externalisées. Les adolescents ayant des victimes d'âge mixte seraient davantage à risque de rupture de traitement et de récurrence et nécessiteraient donc une prise en charge plus structurée et intensive (18).

I.C.4 : Evaluation du risque de récurrence

Il n'est pas aisé de prédire le risque de récurrence sexuelle des adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel. En effet, l'adolescence est une période de modifications développementales et psychiques importantes, l'organisation structurelle n'est pas fixée, les aménagements sont labiles. La littérature scientifique et les données de la justice montrent que, si une minorité d'adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel récidivent sur le plan sexuel, un certain nombre d'entre eux récidive dans le registre de la délinquance non-sexuelle (28)(29). L'appréciation du risque de récurrence doit passer en premier lieu par une évaluation clinique approfondie du jeune (antécédents médicaux et psychologiques, consommations de toxiques, évolution développementale et pubertaire, scolarité, fonctionnement intellectuel et psychique, comportements sexuels ...), de son environnement social et familial, et de l'acte en lui-même. Les cliniciens peuvent également avoir recours à des tests psychométriques. Plusieurs échelles d'évaluation du risque de récurrence ont également été développées : le Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II (J-SOAP-II), le Juvenile Sexual Offense Recidivism Risk Assessment Tool II (J-SORRAT-II), l'Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR), le Juvenile Risk Assessment Scale (JRAS), le Structured Assessment of Violent Risk in Youth (SAVRY), la Hare Psychopathy Checklist : Youth Version (PCL: YV). Si

aucune d'entre elle n'a montré de supériorité par rapport aux autres d'après une méta-analyse de 2012 (30), ERASOR (évaluant le risque de récidive sexuelle des 12-18 ans) et JSOAPII (évaluant le risque de récidive sexuelle et non sexuelle chez les adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel de sexe masculin de 12 à 18 ans) semblent intéressantes puisqu'elles mesureraient des facteurs dynamiques pouvant servir de cible thérapeutique.

I.D) Prise en charge des adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel en France :

I.D.1 : Prise en charge judiciaire et éducative

La Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) a été créée à la fin de la Seconde Guerre Mondiale. On réalise à cette époque qu'il n'est pas adapté que les mineurs soient jugés et condamnés sans distinction par rapport aux majeurs (l'âge de la majorité étant alors fixé à 21 ans), comme cela était le cas auparavant, car ils sont encore en pleine construction psychique. C'est dans ce contexte qu'est mise en place l'ordonnance de 1945, relative à l'enfance délinquante, texte fondamental en ce qui concerne la justice des mineurs. Elle voit le jour sous le gouvernement provisoire du Général de Gaulle devant la hausse de la délinquance juvénile. Le préambule de cette ordonnance expose la justification de sa mise en place : "Il est peu de problèmes aussi graves que ceux qui concernent la protection de l'enfance, et parmi eux, ceux qui ont trait au sort de l'enfance traduite en justice. La France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut en faire des êtres sains. La guerre et les bouleversements d'ordre matériel et moral qu'elle a provoqués ont accru dans des proportions inquiétantes la délinquance juvénile [...] Le projet d'ordonnance, ci-joint, atteste que le gouvernement provisoire de la République Française entend protéger efficacement les mineurs, et plus particulièrement les mineurs délinquants" (31).

Ce texte repose sur trois principes essentiels : la nécessité d'une juridiction spécialisée (juge des enfants, tribunal pour enfants, cour d'assises des mineurs ...), la primauté de l'éducation sur la répression, et l'atténuation de la responsabilité par rapport aux auteurs majeurs. Il a été modifié de nombreuses fois mais ces trois principes sont restés immuables. Cette ordonnance a par la suite été abrogée et remplacée par l'ordonnance n°2019-950 du 11 septembre 2019 (qui n'est pas encore entrée en vigueur à l'heure où nous rédigeons cette thèse), dans le but de simplifier et d'accélérer les procédures pénales applicables aux mineurs délinquants, permettant du même fait de renforcer les prises en charge (32).

Ce texte indique que "Les mineurs déclarés coupables d'une infraction pénale peuvent faire l'objet de mesures éducatives et, si les circonstances et leur personnalité l'exigent, de peines" (article L11-3) (33). La notion de discernement est prise en compte : "lorsqu'ils sont capables de discernement, les mineurs [...] sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils sont reconnus coupables" (article L-11-1) (33). Les mineurs âgés de moins de treize ans sont présumés par essence ne pas être capables de discernement. Ainsi, aucune peine de privation de liberté

ne peut être prononcée à leur rencontre, les mesures éducatives représentent donc alors l'intégralité des sanctions.

Les mesures éducatives peuvent être prononcées à n'importe quel âge, à titre d'avertissement judiciaire ou de mesure éducative judiciaire. Elles consistent en un "accompagnement individualisé du mineur construit à partir d'une évaluation de sa situation personnelle, familiale, sanitaire et sociale" (article L112-2) La juridiction peut également prononcer dans ce cadre différentes mesures telles que : un module d'insertion (orientation du mineur vers une prise en charge scolaire ou visant à son insertion sociale, scolaire ou professionnelle, adaptée à ses besoins), de réparation, de santé ou de placement, l'obligation de suivre un stage de formation civique ... Le mineur est alors suivi par un éducateur de la protection judiciaire de la jeunesse. Lorsque les mineurs sont âgés de plus de 13 ans, ces mesures éducatives peuvent être associées à des peines à portée éducative (confiscation de l'objet ayant servi à commettre l'infraction, stage, travail d'intérêt général si le mineur est âgé d'au moins seize ans) ou judiciaire (amende, peine privative de liberté assortie ou non de sursis, soins pénalement ordonnés tels que la mise en place d'une injonction de soins ...) Ces peines doivent tenir compte de l'atténuation de leur responsabilité pénale (article L121-6) : ainsi, les peines d'amendes ne peuvent être supérieure à la moitié de la peine encourue par un majeur et ne peuvent excéder 7500 euros. De même pour les peines privatives de liberté, qui ne peuvent être supérieures à la moitié de la peine encourue par un majeur. Si la peine encourue est la réclusion criminelle ou la détention criminelle à perpétuité, elle ne peut être supérieure à vingt ans de réclusion criminelle ou de détention criminelle.

Il est à noter que si le mineur est âgé de plus de seize ans, il peut "à titre exceptionnel et compte tenu des circonstances de l'espèce et de la personnalité du mineur ainsi que de sa situation", et si cette décision est spécialement motivée, être décidé d'une non-application des règles d'atténuation des peines (article L121-7). Dans ce cas, si la peine encourue est la réclusion ou la détention criminelle à perpétuité, la peine maximale pouvant être prononcée est la peine de trente ans de réclusion criminelle ou de détention criminelle.

Si la peine prononcée est une peine privative de liberté, elle doit être réalisée dans un établissement spécialisé pour mineurs, ou bénéficiant d'un quartier spécialisé pour mineurs séparé de celui des adultes, avec une intervention continue des services de la PJJ.

Les nouvelles mesures prévues par l'ordonnance de 2019 prévoient que la justice statue sur la culpabilité du mineur et sur l'indemnisation du préjudice des victimes dans un délai de trois mois suivant l'infraction. Dans le cas où le mineur serait déclaré coupable, une mise à l'épreuve éducative, nouvelle mesure unique, est prononcée, le mineur étant alors suivi par un éducateur pendant 6 ou 9 mois sous contrôle de la justice. Suite à quoi un jugement est alors prononcé, consistant en une mesure éducative ou une peine, en tenant compte des faits commis, de la personnalité du mineur, de son évolution ou des nouvelles infractions survenues depuis la première audience (32).

I.D.2 : Présentation d'un dispositif de prise en charge mis en place au sein de la PJJ de Toulouse

Nous avons eu l'occasion, lors des recherches préparatoires préalables à cette thèse, de pouvoir échanger avec Mmes Mousset et Oudol, psychologues à la PJJ de Toulouse, par rapport au dispositif de prise en charge des mineurs auteurs d'infractions à caractère sexuel qu'elles ont mis en place il y a deux ans. Ce dispositif a été pensé suite à l'observation, dans le cadre de leur pratique, d'une certaine réticence de la part de l'ensemble des institutions à évoquer la question de la sexualité et plus particulièrement celle des violences sexuelles. Selon elles, la justice compterait sur le soin pour prendre en charge les adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel ; inversement au cours des prises en charge psychiatriques, la question du délit serait rarement abordée et les soins se centreraient davantage autour de la question de l'adolescence et des éventuels troubles psychiatriques existants. De plus, dans le cadre de soins pénalement ordonnés, elles remarquent que ce sont souvent des psychologues de la PJJ qui assurent la mise en œuvre des premiers temps de l'obligation de soins, devant les difficultés d'adhésion des jeunes à la démarche de soin et des listes d'attente proposées par les centres médico-psychologiques notamment, et que les relais de soins restent compliqués à organiser par la suite. Ces difficultés d'adressage sont majorées lorsque l'adolescent atteint l'âge de 16 ans, période charnière siége de la transition entre prise en charge en pédopsychiatrie et prise en charge en psychiatrie adulte.

Elles décident alors de travailler ensemble à la création d'un dispositif permettant, comme elles l'exposent dans leur projet de soins, d'"offrir une prise en charge clinique inscrivant le fait judiciaire dans ses coordonnées psychiques, symboliques, affectives, et en le rapportant à ses conséquences sociales". A ce jour environ 19 jeunes ont pu en bénéficier. Les critères d'inclusion dans le groupe sont les suivants : adolescents mis en cause ou condamnés pour des infraction à caractère sexuel, de 13 à 19 ans (il est question désormais de faire des groupes d'âge plus restreints du fait des différences de niveau de maturité à ces âges), pris en charge par les structures d'hébergement et de milieu ouvert du territoire PJJ concerné c'est à dire l'Ariège, la Haute-Garonne et les Hautes-Pyrénées, mis en examen ou condamnés pour des faits d'infraction à caractère sexuel, soumis ou non à une obligation de soin. Les critères de non-inclusion dans le groupe sont les suivants : opposition massive du jeune, non-reconnaissance totale des faits, mesures éducatives commencées depuis moins de quelques mois, mesures d'investigation en cours (car le dispositif est voulu décalé des évaluations pluridisciplinaires).

Chaque module comprend une séance individuelle initiale, 4 séances de groupe, une séance individuelle de clôture, puis une supervision des intervenantes par le CRIAVS. Les groupes sont constitués de 5-6 jeunes maximum, orientés en grande majorité par les éducateurs. Les intervenantes sont les deux psychologues à l'origine du dispositif, travaillant à l'Unité Educative d'Hébergement Diversifié (UHED) Mercadier et à l'Unité Educative en Milieu Ouvert (UEMO) Sud. Des groupes

similaires créés au sein de la PJJ dans d'autres régions françaises auraient des intervenants pluridisciplinaires.

Avant les séances de groupe, une rencontre individuelle a donc lieu avec le jeune au sein de la structure dans laquelle ce dernier est pris en charge. Elle a pour but de faire connaissance avec le jeune, et d'aborder également avec lui les faits de violences sexuelles pour lesquels il est mis en cause. Il lui est bien précisé que ces faits ne seront pas abordés devant le groupe par la suite. Le Questionnaire d'investigation clinique pour les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel (QICAAICS) (que nous présenterons un peu plus loin) sert fréquemment de base à cet entretien.

Quatre séances de groupe de deux heures ont ensuite lieu, dans un lieu externalisé (une salle prêtée par le Conseil de l'Ordre des Avocats au centre-ville) permettant aux jeunes de pouvoir s'y rendre seuls et d'intérioriser la séparation des espaces, dans un espace ayant une connotation judiciaire. Différents types de supports sont utilisés au fil des séances : Photolangage®, films, jeux tels que le "Qu'en Dit On" ... Ces supports favorisent l'échange et permettent d'aborder les relations de pairs, les conduites à risque, le handicap, la sexualité et l'orientation sexuelle, les émotions, la différence des générations ...

A la fin des quatre séances de groupe, une dernière séance individuelle est organisée. Elle permet notamment de faire avec le jeune un bilan des séances, de voir s'il est capable de faire des liens avec sa propre histoire et de revenir sur des éléments du QICAAICS.

Les parents ne sont pas rencontrés par les psychologues, leurs interlocuteurs restant de façon préférentielle les éducateurs. Ce choix leur permet de travailler avec l'adolescent la différenciation des espaces et la séparation avec la famille.

Les premières constatations suite à la mise en place de ce groupe sont les suivantes : tout d'abord, les jeunes arrivent à rester assidus, attentifs et intéressés lors de l'ensemble du module avec un respect mutuel des participants. A la fin de l'ensemble des séances, la quasi-totalité des participants accepte d'entamer ou de poursuivre un travail thérapeutique. En effet ce groupe a pu permettre aux adolescents de constater qu'il n'était pas si menaçant que cela d'aborder les faits avec un soignant et que leur histoire ne se réduisait pas à l'acte commis. Enfin, lorsque ces séances sont réalisées avant le jugement, elles semblent bénéficier grandement au jeune tant dans l'aide à la réflexion qu'elles permettent, que dans la prise de parole lors de l'audience. Mme OUDOL insiste sur l'importance de démystifier la question de la sexualité avec les jeunes, de ne pas utiliser de périphrases, le fait de rester simple permettant de diminuer le niveau d'anxiété du sujet : elle fait le parallèle avec la question de l'évaluation du risque suicidaire où il est important de poser des questions précises et de poser des mots sur les ressentis et intentions du sujet.

I.D.3 : Prise en charge thérapeutique

Plusieurs travaux ont tenté de recenser les différents types de prise en charge proposés aux adolescents auteurs de violences sexuelles dans le monde. Dans les pays anglo-saxons, les prises en

charge proposées de façon prépondérante sont les programmes de thérapie cognitivo-comportementale et les programmes de thérapie multisystémique (34)(35). La thérapie multisystémique ne s'intéresse pas seulement à l'adolescent en lui-même, mais également à ses interactions au sein des différents systèmes dans lequel il évolue (familial, amical, scolaire ...) dans le but de diminuer les facteurs de risque individuels, familiaux et environnementaux de passage à l'acte et de mobiliser les ressources présentes dans l'entourage du patient (35).

Dans les pays francophones, ce sont les thérapies psychodynamiques et systémiques ainsi que les thérapies d'inspiration analytique qui prédominent. Les traitements médicamenteux sont peu utilisés chez les adolescents, et lorsqu'ils le sont, ils sont systématiquement associés à une psychothérapie (34)(35). La littérature sur les dispositifs de prise en charge existant en France est peu fournie. Sans être totalement exhaustifs, nous tenterons de décrire ici quelques modèles de prise en charge proposés dans notre pays. Les dispositifs de soin proposés se présentent sous diverses modalités : prise en charge individuelle seule, ou associée à une prise en charge en groupe et/ou à une thérapie familiale.

I.D.3.a) Un outil d'évaluation : le QICAAICS

Il n'est pas évident d'aborder le passage à l'acte sexuel avec l'adolescent auteur et ce pour plusieurs raisons. D'une part, il est souvent compliqué pour les adolescents d'évoquer les faits qui leur sont reprochés : difficultés de verbalisation, d'expression des affects pouvant être en lien avec un défaut du processus de symbolisation, retrait dans la relation... (36)(37). D'autre part, cela peut soulever beaucoup d'émotions chez le thérapeute et générer des mouvements contre-transférentiels importants : fascination, sidération, réticence, sentiment d'impuissance... (37)

Ces difficultés avaient déjà été repérées chez les adultes auteurs de violences sexuelles dans une étude nationale réalisée en 1996 (38). Les auteurs préconisaient l'usage d'un support agissant comme outil de médiation, le "questionnaire d'investigation clinique de personnalité des auteurs d'agressions sexuelles" (QICPAAS), qu'ils qualifiaient d'"aménageur de relation". Ce questionnaire a par la suite été adapté pour les adolescents suite à un travail en partenariat avec la PJJ (24)(36). Cette nouvelle version, le QICAAICS, peut être utile dans l'abord des faits avec le jeune puisqu'elle permet de servir de tiers, dégageant à la fois le professionnel et le jeune de cette relation duelle pouvant être source d'angoisses, et abaissant le niveau d'excitation pouvant être provoqué par le dialogue autour de la sexualité (36). Ce questionnaire permet de s'intéresser à différents aspects de la vie de l'adolescent (parcours de vie, entourage familial, amical et social, vie amoureuse et sexuelle, scolarité, antécédents médicaux ...) ce qui permet de lui redonner sa place de sujet plutôt que l'image de "monstre" ayant pu lui être attachée suite aux actes commis, et d'instaurer une relation de confiance avec le thérapeute, permettant par la suite l'abord du passage à l'acte en lui-même, aidant à la verbalisation par l'utilisation de questions ouvertes, et ce faisant aidant à la mentalisation ainsi qu'à la reconnaissance des faits.

I.D.3.b) Prise en charge thérapeutique des adolescents auteurs de violences sexuelles : quelques exemples français

Prise en charge groupale

Dans le cas des prises en charge groupales, le jeune est généralement rencontré préalablement par les thérapeutes animant le groupe, accompagné de ses représentants légaux, de son éducateur référent et/ou des personnes ayant initié la demande de soins (25)(39)(40). Ceci permet d'aborder dans un premier temps le sens de la démarche de soins, et que quelques éléments, même de façon minime, puissent être verbalisés autour des faits en eux-mêmes ou des répercussions sur l'entourage du patient, dans le cas où l'adolescent aurait des difficultés à les aborder seul ou serait débordé par les émotions (41). Cela donne également l'occasion aux thérapeutes de présenter le dispositif et le cadre du groupe au jeune ainsi qu'à ses accompagnants (39), permettant ainsi à ces derniers de mieux comprendre la démarche de soins, dans le but de mieux la soutenir par la suite et de s'impliquer de façon plus efficiente auprès de l'adolescent (37)(41). Certains thérapeutes proposent la signature d'un contrat symbolique d'engagement par le jeune, ses responsables légaux, l'éducateur PJJ référent, ainsi qu'eux-mêmes (42). Le jeune peut par la suite être reçu seul afin de pouvoir aborder des thématiques plus personnelles telles que la sexualité, le passage à l'acte en lui-même ou encore ses propres ressentis vis-à-vis des faits et de leurs conséquences sur le schéma familial, ceci à l'aide d'entretiens cliniques, de tests psychologiques, et parfois même d'outils de médiation tels que le QICAAICS (25)(37)(39). Il est ainsi possible d'avoir accès à de premiers éléments d'évaluation, notamment de repérer si le passage à l'acte a eu lieu dans un contexte de l'ordre du jeu sexuel, de la découverte ou bien d'un acte relevant véritablement d'une sexualité génitale transgressive (39). Certains thérapeutes s'appuient sur des interfaces tels que des éléments du dossier judiciaire (rapports d'expertises, bilans psychologiques ...) qui leur permettent à la fois de faire tiers et de repérer comment l'adolescent se positionne vis à vis de la procédure en cours (41).

Ces entretiens individuels préalables permettent aux thérapeutes de commencer à travailler l'ébauche d'une relation thérapeutique avec l'adolescent en s'intéressant à son histoire de vie et à son parcours, le rétablissant ainsi en tant que sujet. Ils permettent également d'initier avec lui un travail de mise en pensée, de réflexion quant à son fonctionnement psychique et aux mécanismes ayant pu soutenir le passage à l'acte, dans le but d'initier une forme d'alliance et de rechercher l'adhésion thérapeutique (37)(39)(41).

La prise en charge thérapeutique en elle-même peut alors débiter. Certains dispositifs prennent en charge uniquement des adolescents bénéficiant d'une obligation de soins (42)(43)(44), argumentant cela par la nécessité, selon eux, que la justice donne une qualification aux faits et impose une sanction au jeune pour qu'un travail psychique autour de l'acte puisse s'initier (44). Ils citent deux magistrats, Antoine Garapon et Denis Salas : "La justice est une contrainte de sens avant d'être une contrainte physique, [elle] participe à cette reconstruction identitaire en imposant un sens à l'action de

l'individu [...] on a commis l'erreur de croire que la psychiatrie pouvait soigner seule certains comportements déviants en se passant du judiciaire [...] L'identité narrative, c'est ce travail nécessairement personnel que la justice et la psychiatrie aident chacune à leur place". D'autres dispositifs accueillent les adolescents sans distinction de leur statut pénal.

La plupart du temps, les groupes, constitués en moyenne de 5 à 6 adolescents, sont animés par deux psychothérapeutes (25)(43)(45). La durée des prises en charge est variable, pouvant aller de quelques mois (25) à plusieurs années (40). Si certains thérapeutes proposent des prises en charge progressives avec des étapes définies (39), d'autres s'adaptent à la dynamique et aux intérêts de chaque groupe en proposant des prises en charge plus flexibles (37). Les modalités de rencontres groupales sont diverses: activités créatrices permettant de travailler sur la relation à l'autre, les émotions, la sensorialité ... (25), groupes de parole dans lesquels les échanges peuvent être médiés par le biais de supports variés (jeux créés spécialement dans le cadre du dispositif de soins (39), "Qu'en dit-on", images du jeu Dixit®, génogrammes, vidéos, images humoristiques ... (37)). Certains thérapeutes utilisent également le Photolangage® en complément des groupes de parole (43), dans le but de favoriser la symbolisation, la verbalisation et l'expression des émotions par l'intermédiaire d'une associativité sensorielle, permettant ainsi l'abord de thèmes trop difficiles à évoquer dans le groupe de parole. D'autres utilisent le psychodrame, dont les principes de libre-association et de "faire semblant", avec une absence de tout contact physique réel, permettraient d'éviter la décharge pulsionnelle, de contourner certaines défenses et ainsi de mettre une distance symbolique avec l'acte, permettant une remise en mouvement de l'appareil psychique (40)(46).

Le groupe apparaît comme un outil particulièrement opérant dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. En effet, la prise en charge groupale permet à la fois un soutien des assises narcissiques de l'adolescent et une confrontation à l'altérité du groupe de pairs, couplée à un renforcement des liens sociaux, faisant ainsi fonction de contenance et d'étayage (24)(25)(35)(45). "La relation plus symétrique « patient-patient » facilite [...] les mouvements identificatoires et permet aux jeunes de bénéficier du monde représentationnel des autres adolescents. [...] la dimension groupale favorise l'intériorisation de modèles structurants et un apprentissage des comportements opérants par le biais de l'imitation" (25). Les règles de fonctionnement (confidentialité, respect ...), établies dès le début des séances et s'appliquant de façon égale à tous les participants, permettent de symboliser la Loi et d'établir un cadre contenant et sécurisant. Cet espace permet d'accueillir sans jugement les affects et représentations des jeunes confrontés à des situations similaires, et d'échanger avec des pairs autour de thématiques telles que l'adolescence, la famille, la loi, la sexualité favorisant ainsi le travail d'élaboration. Ils peuvent également évoquer leur ressenti face aux bouleversements que le passage à l'acte a pu causer au sein de la dynamique familiale. Certains auteurs font référence aux travaux de René Kaës et Didier Anzieu sur le groupe et notamment les concepts de diffraction du transfert, d'appareil psychique groupal et d'enveloppe groupale (40). La prise en charge groupale pourrait permettre de mettre à distance un lien individuel pouvant avoir un potentiel menaçant voire traumatique (24).

Dans les différents dispositifs présentés, l'approche groupale est proposée soit seule, en alternative à une prise en charge individuelle (44), soit en complément de cette dernière (25). Dans ce dernier cas, les séances individuelles permettent de reprendre certains éléments abordés dans le groupe ayant pu causer des difficultés à l'adolescent ou étant matière à une réflexion plus personnelle au vu de son histoire, d'aborder des éléments plus personnels n'ayant pu être abordés dans le groupe (orientation sexuelle, antécédents d'abus, troubles paraphiliques ...) ou de travailler autour du passage à l'acte en lui-même.

Prise en charge familiale

Dans une étude s'intéressant aux ressentis des parents de mineurs auteurs d'infractions à caractère sexuel par le biais d'entretiens (47), les éléments les plus fréquemment rapportés étaient les suivants : un vécu traumatique des événements, un sentiment de culpabilité, une crainte de stigmatisation, des difficultés à accepter l'acte de leur enfant et à maintenir les relations avec ce dernier par la suite, un épuisement lié aux procédures judiciaires. Or, l'entourage familial pouvant être tant un facteur protecteur de récurrence (22)(48) que dans le cas contraire un frein au traitement (22), l'implication de la famille dans la prise en charge apparaît comme essentielle.

La plupart des prises en charges groupales proposées en France, et certaines prises en charge individuelles, s'articulent avec une prise en charge familiale. Ces espaces de thérapie, d'inspiration systémique, ont pour but de redonner une place au dialogue au sein de l'entité familiale (41) et de rompre l'isolement en permettant à chacun de pouvoir exprimer ses ressentis, interrogations et remises en question (37) tout en étant écouté et soutenu. Ces entretiens permettent également d'apporter un éclairage sur la dynamique familiale et d'intégrer les faits dans un contexte. L'objectif n'est pas d'imputer le passage à l'acte à d'éventuels schémas familiaux dysfonctionnels, mais de responsabiliser le jeune tout en prenant en compte son entourage et en soulignant la responsabilité partagée de tous les protagonistes dans l'accompagnement thérapeutique mis en place "responsabiliser sans culpabiliser" (49).

La littérature française existant sur le sujet aborde peu la question de la prise en charge des fratries, notamment dans le cas où le passage à l'acte sexuel de l'adolescent aurait eu lieu en intrafamilial. Dans un article publié en 2006, le Dr de Becker décrit par exemple un modèle de prise en charge systémique d'évolution progressive (49): dans un premier temps sont mises en place des thérapies individuelles de l'adolescent, de la victime, des parents et des éventuels frères et sœurs. Puis des rencontres en dyade sont proposées, selon des modalités multiples (enfant victime ou enfant auteur avec l'un des parents par exemple), suivies de rencontres en sous-groupes un peu plus importants jusqu'à arriver de façon progressive à des entretiens avec l'ensemble de la famille. Ce schéma peut être adapté à l'appréciation du thérapeute (temporalité, composition des groupes ...), en fonction de la

clinique et des interactions entre les participants : par exemple, si la rencontre entre l'adolescent auteur et la victime s'avère à un moment trop anxiogène pour l'un ou l'autre des protagonistes, il paraît préférable que cette confrontation puisse être évitée. Il souligne l'importance que les thérapies individuelles des participants continuent en parallèle de ces séances, et que les thérapeutes réalisant les prises en charges individuelles ne soient pas les mêmes que ceux menant les séances de thérapie systémique, pour éviter toute prise de parti en raison d'une possible subjectivité.

Prise en charge individuelle

Les prises en charges individuelles proposées sont également variées, dépendant de l'approche proposée par le psychothérapeute : thérapies d'inspiration analytique, psychodynamique, psychothérapie de soutien, thérapies du psycho-traumatisme telles que l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) et l'Intégration du Cycle de Vie (ICV), relaxation et méditation pleine conscience pour aider les adolescents à s'ancrer dans le présent ... (41)(46)(49)

Le Dr Marie-Laure Gamet, ayant une formation de médecin urgentiste, propose elle une "thérapie sexuelle" (23)(50). Alors qu'elle exerce dans les années 90 en tant que médecin de PMI, elle est confrontée à de nombreuses situations de violences sexuelles, rencontrant des victimes mais également des auteurs. Elle est témoin à la fois des souffrances physiques, psychiques et sociales occasionnées par ces situations chez les jeunes, mais également du sentiment de malaise et des difficultés à aborder le thème de la sexualité par les professionnels les prenant en charge : désarroi face à ces situations, sentiment d'impuissance dans les prises en charge, crainte de faire intrusion dans l'intimité de l'adolescent, réticences à aborder la sexualité par crainte de porter atteinte à la présomption d'innocence, sentiment de formation insuffisante ... (23). Or, selon elle, les faits de violences sexuelles commises par des adolescents doivent être considérés comme des troubles dans le développement sexuel de ces derniers, pouvant bénéficier d'une thérapie sexuelle spécifique initiée de façon précoce : "le dialogue sur la sexualité est probablement l'un des éléments essentiels pour prévenir de telles situations" (23). Elle se forme alors en sexologie et monte un dispositif de thérapie sexuelle qu'elle veut intégré au programme de soins de l'adolescent en complément des prises en charge "classiques" déjà mises en place. Il s'agit d'une prise en charge individuelle inspirée des thérapies cognitives et comportementales de troisième génération, qui se base entre autres sur le concept de santé sexuelle (défini par l'OMS comme un "état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence" (51)), sur la théorie de l'attachement et la théorie des schémas, et sur des principes d'éducation à la sexualité et d'éthique en sexologie (50). Cette thérapie vise à aborder avec le jeune ses connaissances et ses représentations sur la sexualité, en s'adaptant à son âge et à son stade développemental, à encourager son processus de réflexion et à favoriser son autonomisation psychique en travaillant progressivement sur plusieurs

domaines: les repères humains, les repères relationnels, les repères sur le développement sexuel, l'infraction à caractère sexuel. Elle respecte la présomption d'innocence puisqu'elle s'adresse autant aux adolescents ayant reconnu les faits qu'à ceux étant dans le déni. La libération du dialogue autour de la sexualité peut permettre au jeune d'aborder ses questionnements sans tabou, par exemple la question de son orientation sexuelle, ou encore la révélation d'abus sexuels antérieurs. Entre 2002 et 2012 au sein de ce dispositif, 60% des auteurs mineurs pris en charge avaient été victimes antérieurement, parmi ceux-ci près de 30% l'ont révélé en cours de thérapie (50). A ce jour, ce dispositif de prise en charge est toujours proposé au sein de l'unité régionale de soins des auteurs de violence sexuelles du CHRU de Lille. Le Dr Gamet encourage également la formation des professionnels du soin et les intervenants socio-éducatifs pour sensibiliser ces derniers entre autres à la question du développement de la sexualité, de la santé sexuelle des adolescents, des troubles de l'attachement et de leur possible lien avec des troubles du développement sexuel, ceci pour libérer la parole autour de la sexualité, lutter contre le silence ou les débordements d'émotion à l'évocation de cette dernière, et pour favoriser la mise en place d'actions de prévention primaires, secondaires et tertiaires.

Au total, la mise en place de prises en charges multimodales, individuelles, familiales et groupales, semble prometteuse dans la prise en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles. En effet, au vu de tous les éléments précédemment cités dans cette introduction, la prise en charge individuelle, bien qu'indispensable, semble insuffisante, et il paraît nécessaire de la compléter en intégrant également l'environnement du jeune dans le dispositif (46). L'articulation du soin avec la justice semble indispensable, le rapport à la loi permettant de poser un cadre structurant pour la prise en charge en déterminant la réalité de l'agression, facilitant ainsi le travail d'élaboration autour du passage à l'acte (42)(44)(45).

I.D.2.c) Présentation d'un dispositif de prise en charge créé au sein d'un CMP de Loire-Atlantique

Nous avons pu prendre contact au cours de ce travail avec le Dr Thierry Demeillers, responsable du Centre Médico-Psychologique (CMP) Haute-Roche de Nantes, qui nous a présenté le dispositif de prise en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles qui a été monté il y a plusieurs années au sein de sa structure. Ce projet est né de l'intérêt personnel du Dr Demeillers pour cette problématique, et d'un travail conjoint avec le CRIAVS et avec les travailleurs socio-judiciaires (principalement des éducateurs et des psychologues de la PJJ) qui réalisent un travail d'accompagnement des jeunes vers le soin. Il s'agit à la connaissance du Dr Demeillers du seul dispositif de prise en charge de ce type dans le département de la Loire-Atlantique. Il s'inspire des travaux du Dr Christian Bourg et de son équipe, que nous avons évoqués précédemment. Les initiateurs du projet se sont appuyés sur le réseau du CRIAVS afin de pouvoir entrer en relation avec les travailleurs socio-judiciaires de la PJJ. Plusieurs rencontres ont eu lieu entre les différents protagonistes au cours de l'élaboration de ce dispositif intersectoriel, qui a commencé à être pensé dans les années 2011-2012 et dont la mise en place effective a eu lieu il y a environ 5 ans. Ils ont également

rencontré un juge des enfants pour échanger avec lui par rapport à cette problématique. Les rencontres avec les partenaires de la PJJ et le CRIAVS ont continué de façon régulière depuis la mise en place du dispositif.

Pour qu'un adolescent soit inclus dans le groupe, il est nécessaire que la justice ait été saisie, mais il n'est pas obligatoire qu'une condamnation ait été prononcée. Une demande doit être effectuée par les parents du jeune dans le but de les impliquer dans la démarche, ils sont soutenus en cela par la PJJ. Le jeune et son entourage sont rencontrés initialement par le psychiatre en présence de la psychologue, et de préférence du travailleur chargé de la mesure judiciaire. Cette rencontre a pour objectif de poser ensemble le contexte de la prise en charge. L'engagement dans le dispositif est contractualisé par la signature d'un contrat par l'ensemble des participants. Le jeune est ensuite revu seul et/ou en présence de sa famille par les thérapeutes, au cours d'autres entretiens ayant une visée d'évaluation, permettant par la suite d'élaborer le projet de soins de l'adolescent. Quelques échelles sont utilisées par la psychologue mais cette évaluation se base davantage sur une appréciation clinique. A l'issue de cette période d'évaluation, le projet de soin est présenté au jeune : il consiste soit au maintien d'entretiens individuels avec le psychiatre et/ou la psychologue, soit à l'intégration dans un dispositif groupal. Les groupes thérapeutiques, constitués de 5 à 6 jeunes d'âge à peu près homogène, sont animés par une psychologue et un infirmier. Les adolescents se retrouvent de façon hebdomadaire pendant environ 6 mois. Les séances suivent un déroulé bien précis. La première séance vise à ce que les divers participants puissent apprendre à se connaître et à "faire groupe". Les jeunes sont notamment invités à s'exprimer sur les raisons de leur présence dans le groupe. S'ensuit au cours des autres séances un travail autour de l'acte en lui-même, de ses répercussions et de la manière de vivre avec, mais également un travail autour des ressentis de la victime, de la sexualité et de la vie affective et sentimentale en général, des projections dans l'avenir ... De nombreux supports sont utilisés au cours de ces séances, tels que des vidéos. Des entretiens familiaux parents/enfants mensuels, conduits par la même psychologue et une autre infirmière, complètent le dispositif. Des bilans de prise en charge ont également lieu de façon ponctuelle. Au cours de la prise en charge, les adolescents sont invités à laisser un écrit, sur la thématique suivante : "si un autre jeune venait sur le groupe, que voudrais-tu lui transmettre ?". Les retours des jeunes concernant le dispositif seraient plutôt positifs. Les thérapeutes ont pu constater une bonne observance du déroulé des séances ainsi qu'une absence de ruptures prématurées de suivi depuis la mise en place du dispositif.

Problématique et objectifs de l'étude

Ces premiers éléments d'éclairage sur la problématique des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel mettent en évidence le fait que cette population nécessite un accompagnement judiciaire, social et sanitaire d'instauration rapide et efficient afin de pouvoir prendre soin de leur santé psychique, de prévenir la récurrence des actes délictueux sexuels et non sexuels à l'âge adulte, et d'éviter

des suivis plus longs et compliqués dans le réseau de soins par la suite. Or les chiffres concernant la délinquance sexuelle des mineurs sont en constante augmentation, et il existe à ce jour très peu de structures spécialisées, et peu de personnels formés à la prise en charge des mineurs auteurs de violences sexuelles. Ces constatations font donc émerger de nouvelles questions : où ces jeunes sont-ils pris en charge? De quelle manière ? Comment s'articule la communication entre les différents partenaires de la justice, du soin et de l'éducatif ?

C'est pour tenter de répondre à ces questions que nous avons réalisé cette étude. Elle a pour objectif de dresser un état des lieux des prises en charge actuellement proposées pour ce public en psychiatrie dans le département de Haute-Garonne, de mieux connaître les pratiques et les difficultés éventuelles rencontrées au cours de ces suivis, dans le but de pouvoir à terme proposer des outils de formation et d'accompagnement plus spécifiques pour les professionnels et les équipes amenés à les accompagner.

II) MATERIEL ET METHODES DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale descriptive, ayant pour objectif d'établir un état des lieux des prises en charge pédopsychiatriques actuellement proposées aux adolescents auteurs de violences sexuelles en Haute-Garonne. Les critères d'inclusion dans l'étude étaient les suivants : structures appartenant au réseau de soin pédopsychiatrique de la Haute-Garonne (pédopsychiatrie publique, libérale et secteur médico-social proposant du soin) comprenant au moins un médecin dans leur effectif, prenant en charge des adolescents, et ayant donné leur accord pour participer à l'étude.

Le questionnaire servant de base à cette étude (Annexe 1), a été élaboré à partir des recherches bibliographiques effectuées précédemment et avec l'aide du Dr Anne-Hélène Moncany, chef du pôle de Psychiatrie et Conduites Addictives en Milieu Pénitentiaire et présidente de la FFCRIAVS, et le Dr Marie Frère, pédopsychiatre responsable de la Consult'Ado, exerçant toutes deux au sein du centre hospitalier Gérard Marchant. Une courte introduction présentait le contexte de réalisation de cette étude. Le questionnaire contenait 31 questions fermées et 8 questions ouvertes. Dans les questions fermées, un espace « autre » permettait la saisie de réponses ne figurant pas dans la liste des items pré-remplis, dans le cas où la personne renseignant le questionnaire aurait des précisions supplémentaires à apporter. A la fin du questionnaire, les participants pouvaient laisser leurs coordonnées afin de pouvoir recevoir les résultats de l'étude lorsque celle-ci serait finalisée.

Recueil des données

Concernant les structures hospitalières, les chefs de pôle des différents secteurs de pédopsychiatrie de Toulouse (le Pr Jean-Philippe Raynaud, le Dr Laurence Carpentier, le Dr Catherine Chollet et le Dr Catherine John) ont préalablement été contactés afin de leur présenter l'étude et

d'obtenir leur accord pour interroger les professionnels au sein des différents services de leurs pôles. Ces derniers ont ensuite été contactés par mail ou par téléphone.

Les structures sanitaires hors secteur public et les structures médico-sociales ont été contactées par téléphone après recensement par le biais de l'annuaire professionnel des Pages Jaunes, du site Doctolib, de l'annuaire ameli.fr ainsi que du fichier FINESS communiqué par l'ARS, et d'une liste des ITEP et IME partenaires communiquée par M. Francis Brugaillère, coordinateur du réseau Réseau Adolescence Partenariat 31 (RAP31). Nous avons au préalable, dans un souci d'exhaustivité, sollicité le Conseil de l'Ordre des Médecins afin d'obtenir une liste des pédopsychiatres exerçant dans le département mais ceux-ci nous ont répondu ne pas avoir la possibilité de fournir une telle liste ni de pouvoir communiquer notre questionnaire aux interlocuteurs concernés. L'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins d'Occitanie a également été contactée et n'a de la même manière pas pu nous transmettre de liste des professionnels concernés par cette étude. Cette étude s'intéressant aux prises en charge pédopsychiatriques, nous n'avons donc pas contacté les psychiatres adultes ni les psychologues libéraux.

Le médecin responsable de la structure (ou si cela était impossible, un autre médecin désigné par ce dernier) était invité à répondre au questionnaire. Concernant les structures médico-sociales, si aucun médecin ne travaillait au sein de la structure, le directeur ou la directrice de la structure était sollicité afin de nous orienter vers un interlocuteur à même de pouvoir répondre au questionnaire.

Dans le cas où les structures contactées acceptaient de participer à l'étude, un rendez-vous téléphonique était fixé à l'interlocuteur désigné avec envoi préalable du questionnaire par email, afin qu'il puisse en prendre connaissance à l'avance. En cas d'absence de réponse concernant la sollicitation de participation à l'étude, la structure était recontactée de façon régulière jusqu'à la date de fin de recueil des données du 15/09/2020.

La durée des entretiens téléphoniques était estimée à environ une heure. Au cours de ces entretiens, les réponses ont été saisies dans le questionnaire préétabli sur un formulaire Google Forms®. Les entretiens téléphoniques se sont déroulés du 07/05/2020 au 15/09/2020.

III) RESULTATS

III.A) Caractéristiques des structures interrogées

Au total, 121 structures de soin sanitaires et médico-sociales du département ont été contactées entre Mars et Septembre 2020 :

- 87 structures ont accepté de participer à l'étude : 23 d'entre elles avaient pris en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles sur la temporalité concernée par l'étude (sur les 5 dernières années), 64 n'en avaient pas pris en charge.
- 9 structures ont répondu avoir pris en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles mais n'ont ensuite pas donné suite à nos sollicitations pour réaliser un entretien malgré de multiples contacts.
- 25 structures n'ont pas répondu à nos multiples sollicitations.

Fonctionnement de la structure :

Parmi les structures ayant participé à l'ensemble de l'étude :

- 70,1 % appartenait au secteur sanitaire (58,8 % avaient un fonctionnement ambulatoire, 8 % une activité d'hôpital de jour, 1,1% une activité d'hospitalisation complète, 1,1% une activité d'hospitalisation complète couplée à des consultations ambulatoires et 1,1% proposaient des consultations psychiatriques au décours d'une hospitalisation dans un service somatique)
- 29,9% appartenait au secteur médico-social

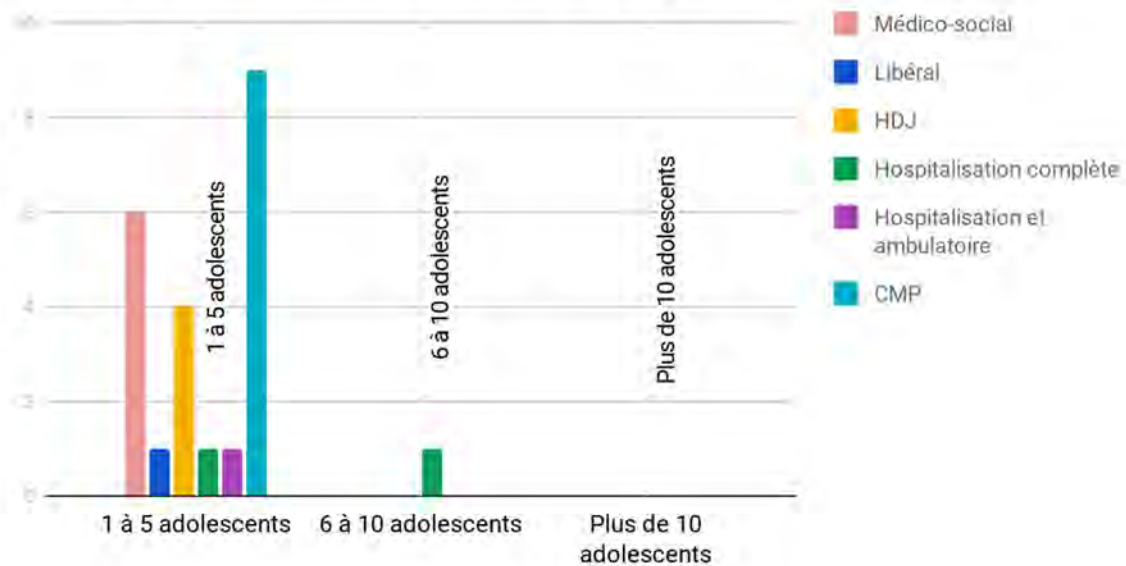
Milieu d'exercice :

2,3 % des structures ayant participé à l'ensemble de l'étude appartenait au secteur rural (communes comprenant moins de 2000 habitants selon l'INSEE), 97,7% au secteur urbain et à la couronne périurbaine.

Nombre d'adolescents auteurs de violences sexuelles pris en charge par la structure :

73,6 % des 87 structures ayant participé à l'ensemble de l'étude (soit 64 structures) n'avaient pas pris en charge d'adolescents auteurs de violences sexuelles sur la période étudiée. 25,3 % des structures (soit 22 structures) avaient pris en charge entre 1 et 5 adolescents présentant ce profil sur la période étudiée, selon un profil présenté dans le graphique suivant. Une seule structure (1,1%) en avait pris en charge entre 6 et 10 (structure médicale proposant des hospitalisations complètes). Aucune n'en avait pris en charge plus de 10.

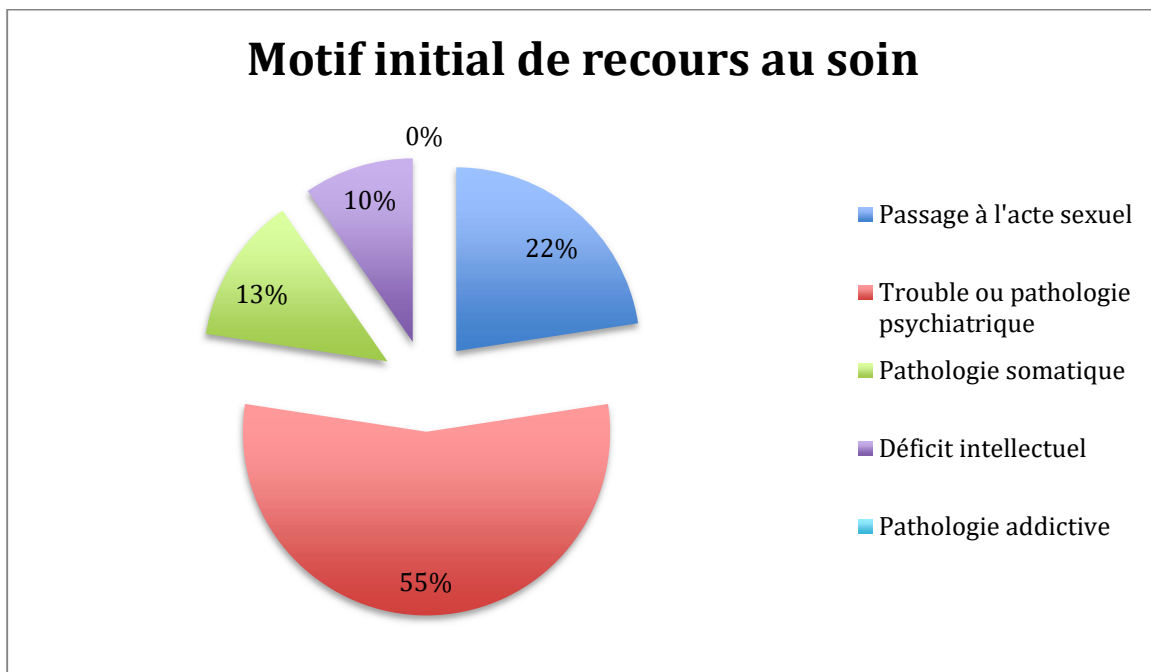
Caractéristiques des structures ayant pris en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles sur la temporalité étudiée :



III.B) Initiation des soins

Motif de recours au soin :

Les résultats de cette partie sont représentés dans le graphique ci-dessous :



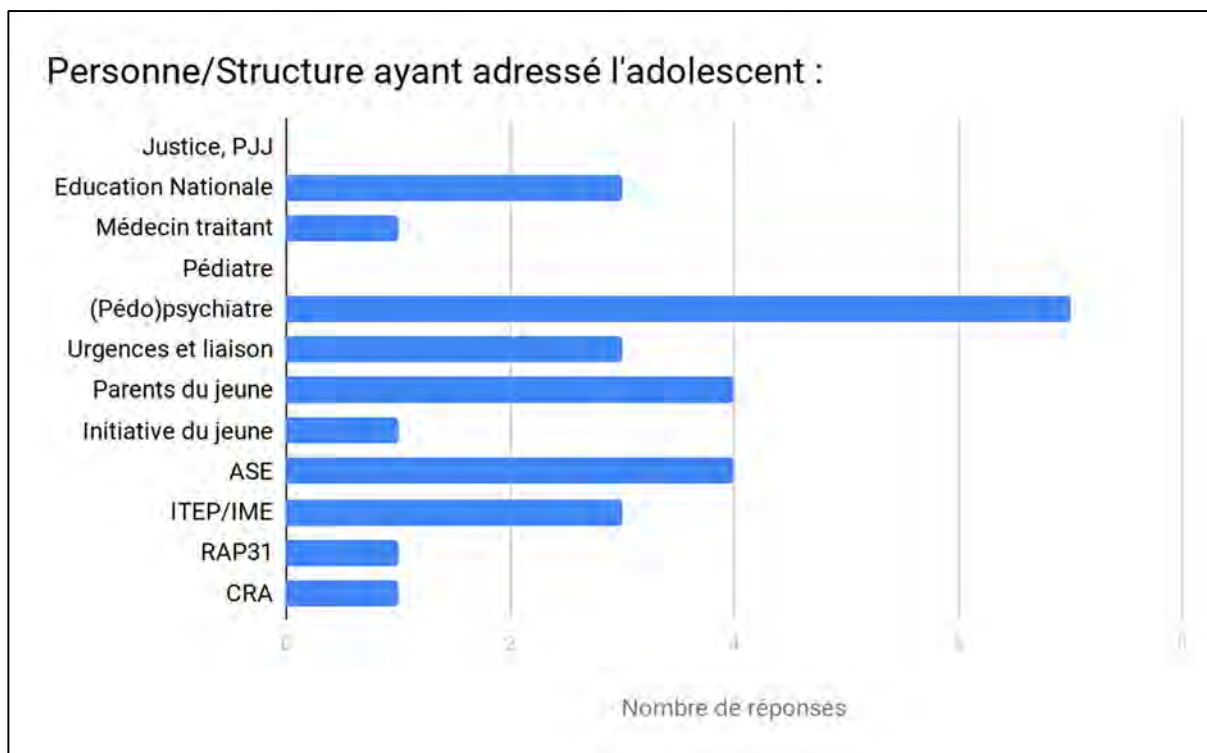
Lorsque le motif initial de recours au soin était un trouble ou une pathologie psychiatrique, les professionnels étaient invités à préciser le diagnostic de façon libre s'ils le souhaitaient. Ils rapportaient des psychoses et dysharmonies psychotiques, des traits de personnalité limite, des troubles de

l'attachement et des troubles abandonniques, des troubles envahissants du développement, des troubles du comportement et des conduites, des troubles anxieux, des suspicions de TDAH, des troubles de l'apprentissage, des carences éducatives, une crise suicidaire.

Les pathologies somatiques rapportées par les professionnels étaient les suivants : syndrome de Prader-Willi, patients cérébrolésés.

Personne ou établissement adresseur :

Les résultats de cette partie sont représentés dans le graphique ci-dessous :



Etat des connaissances vis-à-vis des faits avant le début du suivi et délai moyen de prise en charge :

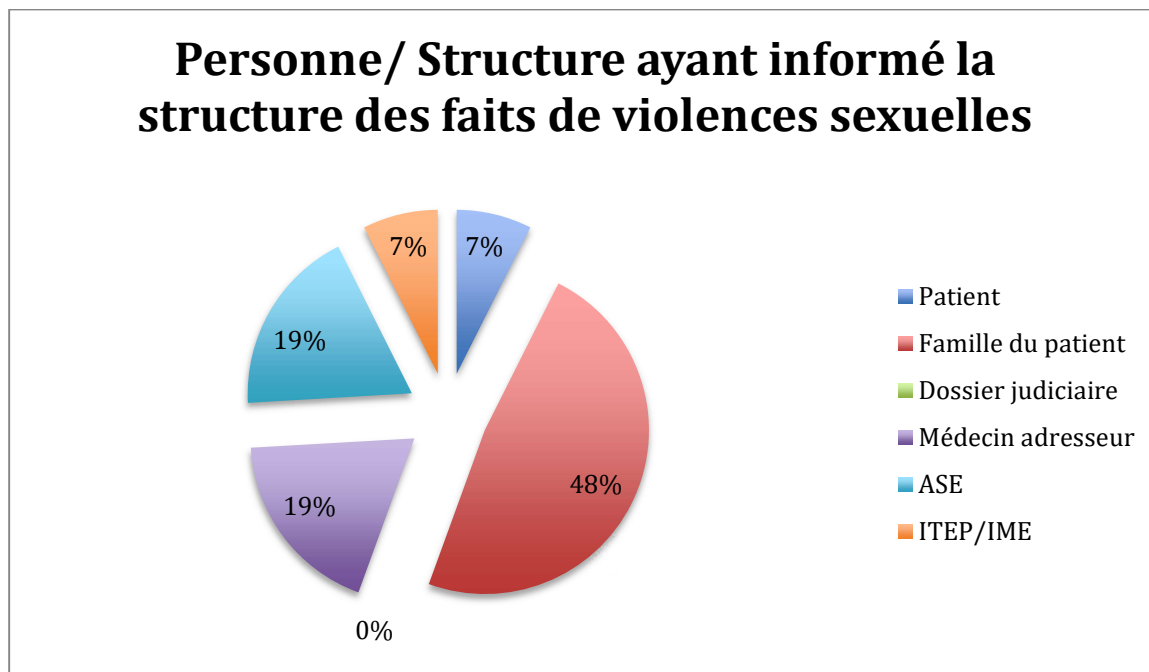
34,4 % des structures ayant pris en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles n'avaient pas connaissance des violences sexuelles avant le début de la prise en charge, soit parce que les faits n'avaient pas encore été commis (21,5% des cas), soit parce qu'ils n'avaient pas encore été révélés ou transmis à la structure (12,9% des cas).

Dans le cas où les faits de violences sexuelles étaient connus dès le début du suivi (65,6% des cas), le délai moyen de prise en charge était :

- de 0 à 6 mois après les faits dans 26,1% des cas
- de 6 mois à un an dans 0% des cas
- supérieur à un an dans 17,4 % des cas

- plusieurs années après les faits dans 17,4 % des cas
- délai de prise en charge très disparate selon les différents adolescents suivis en lien avec ce motif par la structure dans 4,7% des cas

La répartition des personnes ou structures ayant informées les structures des faits sont présentées dans le graphique suivant :



Freins et/ou difficultés repéré(e)s à l'initiation des prises en charge :

Les difficultés ayant pu émailler le début des prises en charge étaient majoritairement la présence d'un déni ou d'une minimisation des faits par le jeune (15 réponses) ou par ses parents (11 réponses), des difficultés de communication entre les partenaires de la justice, de l'éducatif et du soin (13 réponses), une crainte de la stigmatisation de la part du jeune et des réticences et contre-attitudes de la part des équipes (12 réponses). Venaient ensuite un sentiment de honte du jeune (9 réponses) et/ou de ses parents (8 réponses), le fait qu'il n'existe pas de dispositif spécifique de prise en charge pour les mineurs auteurs de violences sexuelles (8 réponses), une certaine réticence du jeune et de ses parents vis-à-vis de la psychiatrie (7 réponses), de même qu'un sentiment de culpabilité et d'isolement des parents (7 réponses) et de culpabilité de l'adolescent (6 réponses). L'initiation des soins pouvait également être mise en difficulté du fait de la révélation tardive des faits de violence sexuelle au cours de la trajectoire développementale du jeune (6 réponses), d'un sentiment d'isolement du jeune (4 réponses) ou de la méconnaissance du réseau de soin par les partenaires (4 réponses).

Un champ d'expression libre proposé aux professionnels permettait également de faire remonter les difficultés suivantes :

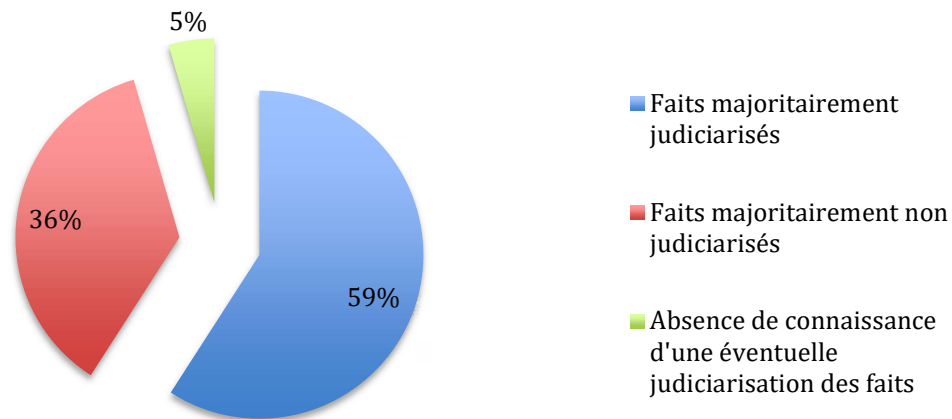
- Absence de judiciarisation ne permettant pas d'établir la réalité des faits de violence sexuelle, ou lenteur des procédures judiciaires en cours (4 réponses)
- Décisions administratives d'entrée et de sortie des établissements médico-sociaux, plutôt que médicales : jeunes exclus des structures avant que toute prise en charge sanitaire ait pu être proposée (3 réponses)
- Jeunes s'accusant de faits non commis (2 réponses)
- Problématiques psychiatriques importantes des jeunes : structure psychotique, absence de limite psychique, difficultés d'intégration des interdits fondamentaux, question du rapport à son propre corps et à celui d'autrui ... (2 réponses)
- Crainte de la judiciarisation ou du placement au vu de résonances possibles vis-à-vis d'éventuels antécédents familiaux (1 réponse)
- Fait qu'une prise en charge psychiatrique soit déjà en cours au moment où les faits ont été révélés par la victime (crainte de perdre l'alliance thérapeutique en travaillant cela avec le jeune) (1 réponse)
- Difficultés de verbalisation de la part du jeune et de sa famille (1 réponse)
- Mise à distance du soin pendant le confinement (1 réponse)
- Famille ambivalente, difficile à mobiliser, dans la fuite (1 réponse)
- Faits de violences sexuelles connus par le médecin mais non partagés à l'équipe (1 réponse)
- Rejet du jeune par ses parents suite aux faits (1 réponse)
- Absence d'affects de la part du jeune à l'évocation des faits (1 réponse)

III.C) Articulation avec les partenaires

Etat des connaissances concernant la judiciarisation des faits :

Les résultats de cette partie sont représentés dans le graphique suivant :

Etat des connaissances des structures vis à vis de la judiciarisation des faits



Lorsque les faits avaient été judiciarisés, les professionnels interrogés rapportaient que les soins avaient lieu dans le cadre de soins pénalement ordonnés dans seulement 21,4% des cas. Il s'agissait alors selon eux d'injonctions de soin dans environ un tiers des cas (33,3%) tandis que la catégorie de soins pénalement ordonnés était inconnue dans les deux tiers de cas restant (66,7%). Aucune structure ne rapportait suivre de jeunes dans le cadre d'une obligation de soin.

Ressenti des professionnels du soin quant aux articulations avec la justice :

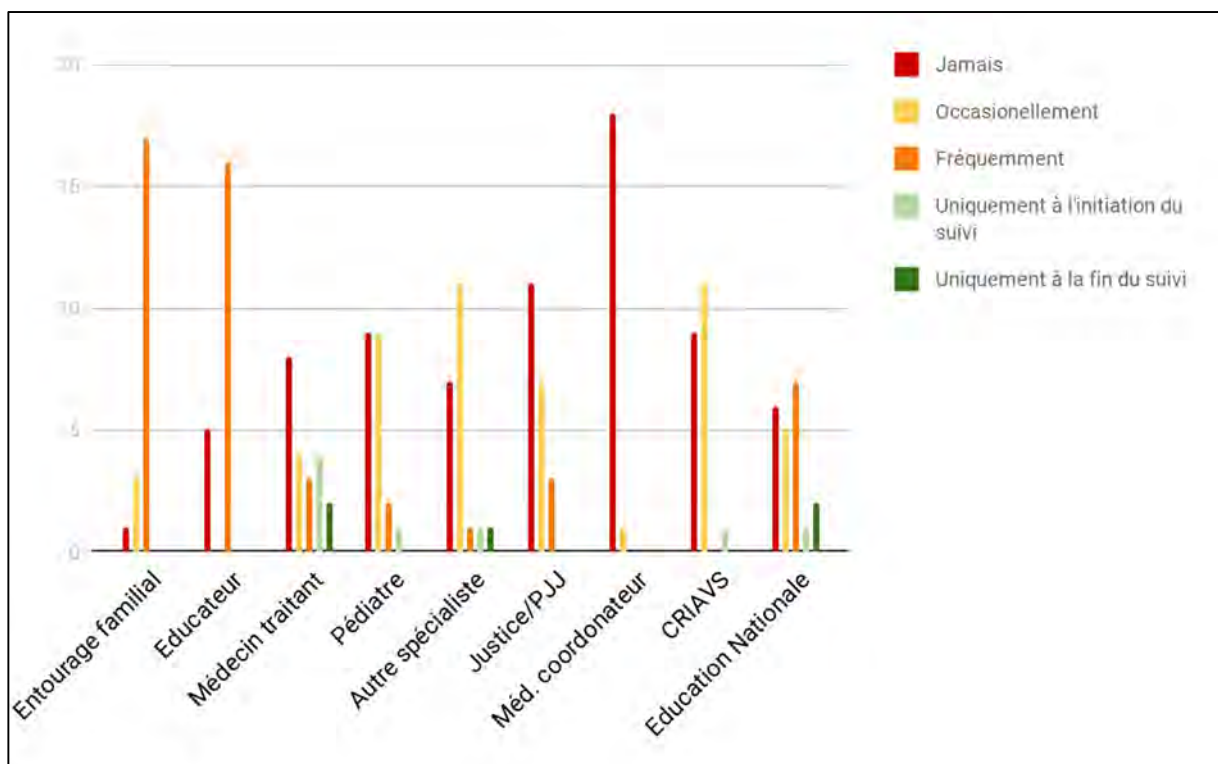
50 % des professionnels interrogés ont rapporté se sentir suffisamment à l'aise quant aux articulations Santé-Justice, contre 50% qui ont pu exprimer des difficultés par rapport à cette dernière. Invités à préciser ces difficultés de façon libre, ils faisaient remonter les éléments suivants :

- "Nécessité de davantage de communication entre la santé et la justice" (3 réponses)
- "Comment communiquer avec la justice en respectant le secret médical ?" (2 réponses)
- "Nécessité de bien repérer le réseau, le rôle de chacun, ce qui peut être transmis ou pas : que dit la loi ?" (2 réponses)
- "Comment se repérer dans le système judiciaire ? Quels interlocuteurs ? Nécessité d'une information juridique explicite, les deux systèmes sont très cloisonnés et ont du mal à se comprendre, nécessité d'une meilleure compréhension de ce que fait l'autre et d'un langage commun car nous n'avons pas les mêmes modes de pensée, les mêmes grilles de lecture. Question du secret de l'instruction et du secret médical. "on apprend parfois à 10h qu'il y a un jugement à 11h et que les parents vont venir chercher l'enfant, finalement le jugement est annulé". L'articulation est essentiellement en lien avec des initiatives locales et des rencontres" (1 réponse)

- “Question de la protection de l'enfance : on ne protège pas suffisamment ces enfants sur ces questions, on est "frileux" car il s'agit de suspicions. Or ces jeunes peuvent devenir plus tard auteurs de violences” (1 réponse)
- “Question de la responsabilité du service en ce qui concerne la protection des autres adolescents pris en charge ? Quels comptes tenir à la justice ? Quelle est la place du secret médical ?” (1 réponse)
- “Quelle est la place des soins dans la justice ? Comment écrire les choses dans les dossiers, qu'est ce qui peut être réutilisé par la justice ?” (1 réponse)
- “ Les parents sont souvent en demande d'informations quant aux procédures judiciaires : risques encourus, délais, suites possibles ...” (1 réponse)
- “Souhait de davantage de formations concernant les obligations de soin, la place de l'expertise, les procédures judiciaires ...” (1 réponse)

Concernant les contacts avec les partenaires :

Le graphique suivant présente la fréquence des contacts avec les partenaires par les différentes structures interrogées :



Un champ d'expression libre permettait de mentionner également les interlocuteurs suivants :

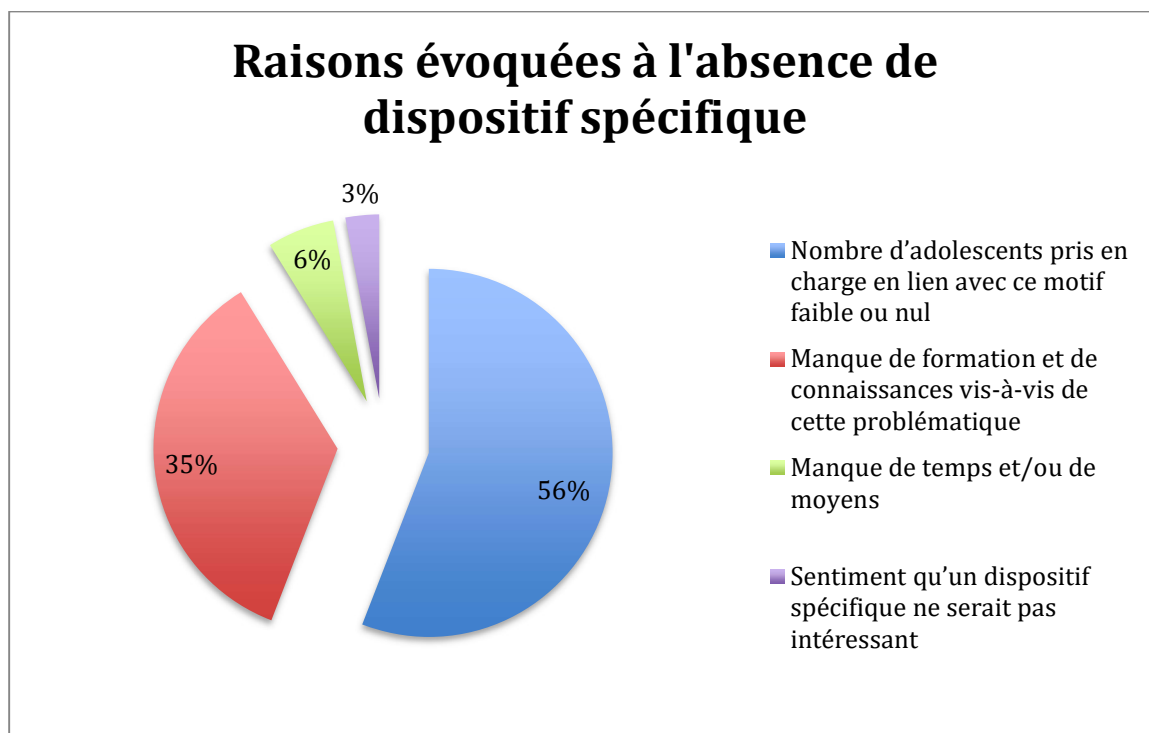
- ASE et dispositifs d'accueils tels que les MECS ou les familles d'accueil (5 réponses)
- ITEP/IME (5 réponses)
- Signalement social (deux réponses)

- Planning familial (une réponse)
- Endocrino-pédiatre (une réponse)
- Un signalement a été envisagé car l'adolescent devenait menaçant envers ses parents. La démarche n'est finalement pas allée jusqu'au bout (une réponse)
- Signalement au Procureur (une réponse)

III.D) Prise en charge proposée par les structures

Dispositifs de prise en charge spécifiques :

Parmi les 23 structures ayant pris en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles sur la période étudiée (17 structures sanitaires et 6 structures médico-sociales), aucune n'avait de dispositif de soins spécifique à cette problématique. Les raisons évoquées par les professionnels sont présentées dans le graphique suivant :



Aucune structure n'imputait l'absence de dispositif spécifique à un manque de personnel intéressé. Un champ d'expression libre permettait également de relever les éléments suivants :

- Volonté de conserver une mission de prise en charge de psychiatrie "généraliste" (6 réponses)
- Jeunes exclus des structures médico-sociales par les directeurs d'établissement avant même qu'une proposition de soins n'ait pu être faite (3 réponses)
- Dispositif de crise n'ayant pas pour mission un suivi sur le long cours (2 réponses)

- Risque de stigmatisation du jeune (1 réponse)
- Dénier total de la part des adolescents pris en charge (1 réponse)
- Dénier parental (1 réponse)

Prise en charge proposée au sein des structures :

	Prises en charges individuelles couplées à des prises en charge groupales	Prises en charges individuelles seules	Prises en charge groupales seules
Structures médico-sociales	66,7%	33,3%	0%
Structures sanitaires	41,17%	58,83%	0%

Au sein des différentes structures, les adolescents concernés étaient majoritairement orientés vers un médecin psychiatre (22 réponses), vers un psychologue (17 réponses) et/ou vers un éducateur spécialisé (14 réponses). Certains avaient également pu être accompagnés par un(e) assistant(e) social(e) (8 réponses), par des infirmier(e)s (6 réponses), par un médecin somaticien (5 réponses), par un psychomotricien (3 réponses), ou encore par un enseignant spécialisé (1 réponse).

Prises en charge individuelles :

Concernant les prises en charge individuelles, aucun professionnel interrogé n'a déclaré se servir de questionnaires d'évaluation tels que le QICAAICS. 83,3% des structures médico-sociales et 82,35% des structures sanitaires n'avaient pas connaissance de ce questionnaire.

Les approches thérapeutiques utilisées étaient :

- les approches psychodynamique et psychanalytique (9 réponses)
- les psychothérapies corporelles par le biais de médiations et les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementale (7 réponses)
- la psychothérapie de soutien (6 réponses)
- l'approche systémique (4 réponses)

Un champ d'expression libre permettait aux structures de mentionner l'usage d'approches intégratives (5 réponses), de la thérapie institutionnelle (2 réponses), de l'approche psychoéducative (une réponse), du génogramme (une réponse). Aucune structure n'utilisait l'EMDR.

Aucune structure n'avait recours à l'utilisation d'échelles du risque de récurrence : 90,9% des structures ayant pris en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles n'avaient pas

connaissance de l'existence de telles échelles. 9,1 % en avaient connaissance mais ne les utilisaient pas (soit une structure médicale sur 17 et une structure médico-sociale sur 6).

Prises en charge groupales :

Les prises en charges groupales proposées aux adolescents dans les structures médico-sociales étaient exclusivement des groupes de paroles.

Les structures sanitaires proposaient quant à elles diverses modalités de prises en charge groupales: des médiations corporelles (6 réponses) et des ateliers thérapeutiques (5 réponses): yoga, fitness, cirque, esthétique, cuisine ..., de même que des groupes de parole généraux (4 réponses), portant par exemple sur des questions sensorielles (rapport au corps et réactions d'autrui ...), ou encore permettant de décortiquer les actualités avec les jeunes et d'échanger autour de cela avec eux. Des médias tels que des vidéos ou des jeux de société ("Qu'en dit on®" ...) étaient parfois utilisés. (3 réponses). Une structure utilisait le Photolangage®. Aucune structure ne proposait l'usage du psychodrame ou la participation à un groupe de parole spécifique aux auteurs de violences sexuelles. Un champ d'expression libre permettait également de décrire d'autres prises en charges groupales ayant pu être proposées à ces jeunes :

- Habiletés sociales (3 réponses)
- Médiation animale (1 réponse)
- Groupe d'orientation TCC : estime de soi, prévention de la dépression (1 réponse)
- Temps d'accueil de nuit et de repas à l'ITEP (1 réponse)
- Formation spécifique "Ecrans et sexualité" (1 réponse)
- Groupe de contes (1 réponse)

Prise en charge sexologique :

	Prise en charge sexologique proposée	Absence de prise en charge sexologique proposée
Structures médico-sociales	50%	50%
Structures sanitaires	23,5%	76,5%

Les raisons évoquées vis-à-vis de l'absence de proposition de prise en charge sexologique étaient les suivantes, par ordre de fréquence :

- manque de formation et de connaissances (4 réponses)
- sentiment que cela n'apporterait pas d'intérêt dans la prise en charge de ces jeunes (2 réponses)
- réticence des jeunes à aborder la sexualité (2 réponses)
- manque de temps et/ou de moyens (2 réponses)
- réticences des parents à la mise en place d'un tel projet (1 réponse)

- réticences des équipes à aborder la sexualité (1 réponse).

Un champ d'expression libre permettait d'y ajouter les éléments suivants :

- "mission de prise en charge psychiatrique généraliste, intérêt de faire plutôt appel à un tiers en ce qui concerne les questions de sexualité" (4 réponses)
- "déficience intellectuelle ou psychopathologie du jeune (notamment troubles psychotiques sévères, avec des difficultés de représentation du corps), cette prise en charge ne ferait pas sens pour le jeune" (3 réponses)
- "pas assez de jeunes pris en charge par la structure qui pourraient en bénéficier" (3 réponses)
- "réflexion en cours autour de la création d'un groupe de parole autour de la sexualité, du rapport au corps, de l'intimité et du respect" (2 réponses)
- "trop prématuré d'aborder cela avec le jeune" (1 réponse)
- "faits non travaillés avec le jeune car il n'a pas encore été jugé" (1 réponse)
- "pas de demande" (1 réponse)
- "l'abord de la sexualité est davantage du ressort de l'éducatif que du soin" (1 réponse)
- "nécessité d'un interlocuteur extérieur à la structure pour limiter les débordements d'excitation, mais il faut trouver un interlocuteur au fait de la compréhension clinique. Car les professionnels mandatés par l'éducation nationale sont souvent peu au fait du niveau de représentation des patients. Certains n'ont pas une représentation génitalisée de la relation sexuelle, nécessité d'un travail anatomique" (1 réponse)

Lorsque des prises en charge sexologiques étaient proposées : les structures médico-sociales proposaient exclusivement des groupes d'éducation à la vie affective et sexuelle et/ou ateliers d'informations menés par des personnels soignants et non soignants, formés ou non en sexologie (ces dispositifs étaient effectifs dans 1/3 des structures, 1/3 des structures étaient en train de réfléchir à leur mise en place, le dernier tiers ne proposait pas de prise en charge sexologique). Les structures sanitaires proposaient des prises en charge sexologiques selon les modalités suivantes, recueillies par l'intermédiaire d'une question à réponse libre :

- Possibles accompagnements du jeune au planning familial en individuel (3 réponses)
- Thématique de la sexualité abordée avec le jeune au cours des entretiens individuels (2 réponses)
- Interventions ponctuelles d'une sage-femme dans le service, en groupe, avec des thèmes abordés en fonction de la demande des jeunes. Quelques informations cliniques sont transmises à l'intervenante par les médecins du service avant son intervention (1 réponse)
- Intervention mensuelle d'une sage-femme du centre orthogénique venant parler de sexualité au sein de la structure, possible intervention complémentaire d'une juriste (1 réponse)

Thérapeutiques médicamenteuses :

Sur les 23 structures ayant pris en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles sur la période étudiée, 14 d'entre elles avaient proposé un traitement médicamenteux au cours de la prise en charge (50% des structures médicosociales et 64,7% des structures sanitaires). L'ensemble de ces 14 structures rapportait avoir proposé un traitement neuroleptique (Risperdal®, Haldol®, Tercian®, Abilify®). 2 structures avaient proposé un traitement anxiolytique (Atarax®), une structure avait proposé de la Ritaline® ou un antidépresseur de la famille des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. Aucune structure n'avait proposé de traitement thymorégulateur, de traitement hormonal freinateur de libido, ou un traitement antidépresseur d'une autre catégorie.

Dans ce cas ou les troubles du jeune pouvaient s'inscrire dans le cadre d'un trouble paraphilique (mentionné par deux structures, appartenant au secteur sanitaire) tel que de l'exhibitionnisme, une structure avait proposé un traitement par neuroleptique et/ou Ritaline, une structure n'avait pas proposé de traitement médicamenteux.

L'un des professionnels interrogés se questionnait des effets de ces traitements prescrits massivement sur la libido des adolescents, et sur la manière de le travailler avec eux.

Prise en charge ethno psychiatrique :

81,8% des structures ayant pris en charge des auteurs de violences sexuelles n'avaient jamais eu recours à une prise en charge ethno psychiatrique car il n'y avait pas lieu selon eux de proposer ce type de prise en charge. 18,2% des structures rapportaient avoir pu y avoir recours de façon occasionnelle au cas par cas, ou avoir souhaité y avoir recours mais n'avoir pas trouvé d'interlocuteur approprié.

Prise en charge familiale :

La quasi-totalité des structures ayant pris en charge des auteurs de violences sexuelles sur la période étudiée ont proposé aux familles des entretiens familiaux complétant le suivi du jeune (21 structures). 13 structures ont rapporté avoir reçu les familles seules sans le jeune pour un accompagnement en parallèle. Certaines structures ont également proposé une prise en charge familiale par l'intermédiaire d'une thérapie systémique (3 structures) ou des programmes de soutien à la parentalité (3 structures). Une structure avait mis en place un groupe de parents (non spécifique aux faits de violences sexuelles), une structure était en train de réfléchir à la mise en place d'un tel groupe. Une structure avait orienté les parents du jeune vers un thérapeute externe à la structure. Une seule structure rapportait ne proposer aucune prise en charge familiale.

Recours à des services spécialisés (CRIAVS) :

Sur les 23 structures interrogées prenant en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles, un peu plus de la moitié ont déclaré avoir déjà eu recours au CRIAVS, que ce soit ponctuellement (7 structures), fréquemment (2 structures) ou de façon systématique (3 structures). 8 structures ont déclaré ne jamais avoir eu recours à ce dispositif, 2 structures déclaraient ne pas en connaître l'existence.

Concernant la durée de prise en charge moyenne de ces jeunes :

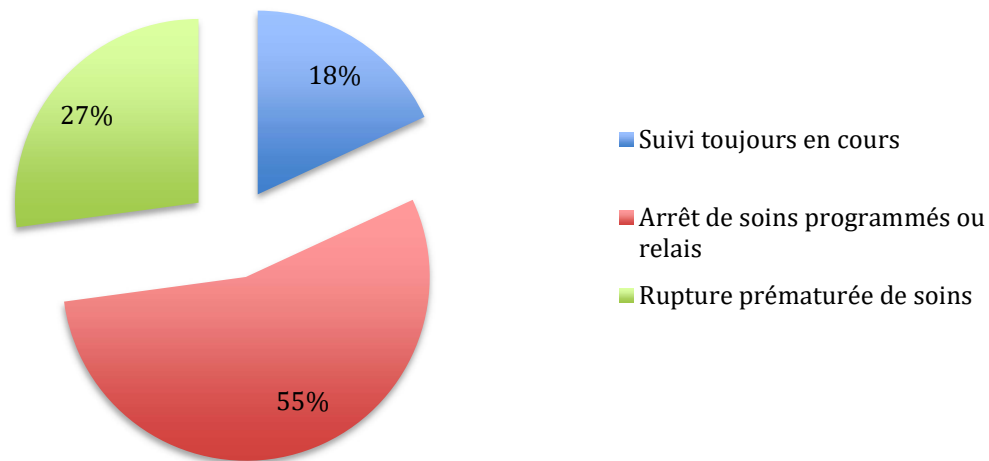
Les durées de prises en charge des adolescents étaient très variables, et systématiquement relatives à la pathologie ou au trouble psychiatrique sous-jacent et non aux faits de violences sexuelles en eux-mêmes. Le champ d'expression libre laissé à l'attention des professionnels rapportait les réponses suivantes :

- 15 jours à 3 semaines (unité de crise) puis relais (1 réponse)
- Entre 1 et 3 mois puis relais de soin (1 réponse)
- Environ 3 mois (1 réponse)
- Rupture de soins prématurée au bout de quelques mois (1 réponse)
- 5 mois puis relais CMP (1 réponse)
- 6 mois (1 réponse)
- 6 mois, suivi toujours en cours (1 réponse)
- 1 an, arrêt du suivi suite à un passage à l'acte sur une éducatrice, jeune transféré à l'Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs de Laval. (1 réponse)
- 2 ans (4 réponses)
- 3 à 4 ans (2 réponses)
- 5 ans (1 réponse)
- Plusieurs années, prise en charge toujours en cours (4 réponses)
- Très variable, en fonction de l'indication d'hospitalisation du jeune (1 réponse)

Concernant l'orientation des adolescents à la fin de la prise en charge :

Les résultats de cette partie sont représentés dans le graphique suivant :

Orientation en fin de prise en charge



Lorsqu'un relais était organisé, il s'agissait majoritairement d'un relai vers la pédopsychiatrie ambulatoire (rapporté par 8 structures), vers la psychiatrie adulte (5 structures), ou vers la pédopsychiatrie hospitalière (3 structures). Un champ d'expression libre permettait aux professionnels de lister les autres personnes/structures vers qui ils avaient pu organiser des relais :

- ITEP ou SESSAD (5 réponses)
- Psychologue libéral (2 réponses)
- Thérapie familiale (1 réponse)
- Médecin généraliste (1 réponse)
- Incarcération de l'adolescent à l'Etablissement Pénitentiaire pour Mineur de Lavaur suite à un passage à l'acte sur soignante (1 réponse)

III.E) Ressenti des professionnels

Interrogés de façon libre sur les difficultés ayant pu être ressenties sur le plan personnel et/ou institutionnel au cours du suivi, les professionnels interrogés ont pu rapporter les éléments suivants :

- "question de la sexualité ultérieure des adolescents : suite à l'acte, tout est regardé sous le spectre des actes qui ont eu lieu précédemment" (2 réponses)
- "difficultés de compréhension mutuelles avec la justice et avec l'ASE, nécessité de leur faire comprendre que tout n'est pas psychiatrique, que le rapport à la loi est structurant : il est difficile de travailler des faits pour lesquels rien n'a été posé au niveau de la justice, pour lesquels il n'y a pas de cadre légal. Intérêt de rester dans notre périmètre sur le plan sanitaire et

que l'espace de groupes pour les auteurs de violences sexuelles ait lieu dans un cadre légal. Sentiment d'impuissance" (1 réponse)

- "notion pas bien codifiée, pas très parlée, idée qu'on ne sache pas très bien soigner ces jeunes et que l'on ne soit pas sûrs de l'évolution, prise en charge chronophage, difficultés d'identification et contres-attitudes car je vois beaucoup de victimes, sentiment de culpabilité car je l'avais suivi plus jeune et je ne me suis rendu compte de rien, adolescents très rigides, dans la maîtrise, opératoires. Question de l'accès à la pornographie et de la vision de la sexualité qu'elle offre" (1 réponse)
- "réticence du jeune, non adhésion au soin" (1 réponse)
- "acutisation de projections morbides vis-à-vis du jeune" (1 réponse)
- "jeunes expulsés de la structure suite au passage à l'acte" (1 réponse)
- "difficultés d'articulation avec la MECS, problématique qui suscite beaucoup de rejet/peur, crainte de ne pas être suffisamment contenant vis-à-vis de passages à l'acte éventuels ultérieurs (internat mixte). ITEP : beaucoup de jeunes aux prises avec les questions de sexualité mais cela n'est pas toujours élaboré/verbalisé, avéré ... Ces jeunes arrivent souvent trop tard avec des questions qui n'ont pas été traitées et beaucoup de colère" (1 réponse)
- "difficulté de travailler les faits quand ils n'ont pas été jugés, importance de ne pas avoir trop d'interlocuteurs pour ne pas fragmenter les prises en charge, ne pas se focaliser sur l'acte. Fait que les faits soient appris tardivement, révélés par les victimes, ça ne se sait pas ce n'est pas uniquement un manque de repérage clinique" (1 réponse)
- "Difficulté pour les soignants de cerner l'ensemble du processus, notamment de voir les jeunes comme des agresseurs. En effet les jeunes étant en général eux même agressés le traitement est essentiellement celui du psycho traumatisme en tant que victime, et celui du trouble relationnel aux pairs" (1 réponse)
- "mise en péril de l'alliance thérapeutique quand les faits sont appris au cours d'un suivi déjà en place. Nécessité d'intervention d'un service spécifique car souvent beaucoup de clivage, touche à l'intime, nécessite une formation spécifique" (1 réponse)
- Résonance car ma fille a l'âge de la fillette agressée ... comment rester sur une position éthique et soignante, crainte de faire des impairs, sentiment de ne pas être outillée, difficultés de ne pas avoir pu le partager avec l'équipe pluridisciplinaire (1 réponse)
- "Question du traumatisme des équipes, notamment lorsque les faits ont lieu dans les murs. Mineur auteur et victime : risque de dissociation, de reviviscences traumatiques ... Jeunes qui revivent leurs séquestrations/abus sexuels en chambre d'isolement" (1 réponse)
- "intrication entre trouble psychiatrique et violences sexuelles, l'adolescent n'a pas intégré le tabou social de l'inceste. Il a été jugé responsable par l'expert mais ce dernier était psychiatre adulte : cela pose une limite, mais les conséquences pénales sont importantes" (1 réponse)
- "Nécessité de les prendre en charge mais nous ne sommes pas un service spécialisé pour traiter cela. Le CRIAVS est une ressource importante qui nous aide à penser" (1 réponse)

- “réticence des équipes, "insupportable", jeunes exclus de l'ITEP sans possibilité de travail de soin, équipes qui changent fréquemment, on reprend des prises en charge interrompues” (2 réponses)
- “Comment se mettre/mettre les jeunes en sécurité au sein de l'unité ? (chambres et sanitaires communs ...), gestion des contre-transferts des équipes” (1 réponse)
- “Questionnements quant à nos compétences vis-à-vis de la prévention de la récurrence, incertaine de l'efficacité de mes techniques” (1 réponse)
- “Grandes inquiétudes vis-à-vis du jeune qui était dans un déni psychotique des faits - psychose blanche” (1 réponse)
- “Positionnement des parents, difficulté à interroger les patients à ce sujet (réserve, pudeur ...)” (1 réponse)
- “Le passage à l'acte n'a pas été élaboré par l'institution scolaire” (1 réponse)
- “Adolescents qui peuvent être exclus des structures d'accueil, clivage des équipes” (1 réponse)
- “questionnements relatifs à l'influence du stade pubertaire de Tanner sur le psychisme des adolescents” (1 réponse)

Sentiment de formation des professionnels et souhait de formations complémentaires :

95,5% des professionnels ayant répondu à notre étude rapportaient se sentir insuffisamment formés quant à la problématique des adolescents auteurs de violences sexuelles. Un champ d'expression libre permettait aux professionnels interrogés d'exprimer leurs souhaits quant à d'éventuelles propositions de formation :

- Clinique et prise en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles (4 réponses)
- Informations quant aux réseaux partenaires, interlocuteurs possibles, dispositifs ressources existants (2 réponses)
- Outils et échelles de repérage et d'évaluation du risque de récurrence (2 réponses)
- Souhait que le CRIAVS développe davantage l'aspect pédopsychiatrique (2 réponses)
- Supervisions d'équipes (2 réponses)
- Sexualité des adolescents en institution : législation, informations données aux parents, positionnement (2 réponses)
- Accompagnement dans la création de groupes d'éducation à la vie affective et sexuelle (2 réponses)
- Législation et violences sexuelles (2 réponses)
- “ Comment accompagner de façon plus spécifique des adolescents auteurs de violences sexuelles et leurs familles, tout en restant dans notre modèle de psychiatrie généraliste ? Peut-être davantage former les internes par rapport à cette problématique pendant leur cursus, leur faire passer un moment avec un juge des enfants ?” (1 réponse)

- Abord de la sexualité avec les jeunes, éducation à la sexualité (2 réponses)
- Développement de dispositifs d'ethnopsychiatrie (1 réponse)
- "Intérêt d'une structure/équipe alterne spécialisée qui pourraient aborder la sexualité et le passage à l'acte avec les jeunes, pour que les patients puissent livrer différentes choses à différents endroits et qu'ils ne livrent à l'hôpital de jour que ce qu'ils souhaitent, pas tout" (1 réponse)

IV) DISCUSSION

IV.A) Synthèse des résultats principaux

Un faible nombre d'adolescents auteurs de violences sexuelles sont pris en charge par les structures sanitaires et médico-sociales de Haute-Garonne : 23 structures seulement sur les 121 contactées (17 appartenant au secteur sanitaire, majoritairement des centres médico-psychologiques et des hôpitaux de jour, et 6 appartenant au secteur médico-social) ont rapporté en avoir pris en charge au cours des 5 dernières années, le plus souvent entre 1 et 5 jeunes chacune, soit au maximum 115 jeunes sur la temporalité étudiée. Les adolescents leur sont majoritairement adressés en lien avec une pathologie psychiatrique (troubles psychotiques sévères, TDAH ...) ou des troubles de l'attachement et du comportement, plutôt qu'en lien direct avec les faits de violences sexuelles. Le soin s'axe alors davantage autour de ces troubles qu'autour du passage à l'acte sexuel en lui-même : les prises en charge proposées sont variées et aucune des structures interrogées ne propose de dispositif de prise en charge spécifique aux violences sexuelles. Notons que 50% des structures médico-sociales et 23,5% des structures sanitaires interrogées proposent des prises en charge sexologiques selon diverses modalités, et que la quasi-totalité des structures accompagne la prise en charge de l'adolescent d'une prise en charge familiale.

On peut souligner la faible utilisation des outils et des ressources existants vis à vis de cette problématique : aucune structure n'a recours à l'utilisation du QICAAICS (83,3% des structures médico-sociales et 82,35% des structures sanitaires interrogées ne connaissent pas son existence) ni des échelles d'évaluation du risque de récurrence (90,9% des professionnels interrogés ignorent leur existence). Si un peu plus de la moitié des structures ayant participé à l'étude déclarent avoir pu avoir recours au CRIAVS par rapport à ces prises en charge, la majorité des professionnels déclarent ignorer l'existence de formations relatives aux adolescents auteurs de violences sexuelles proposées par cet organisme. Certaines structures ignorent l'existence même de cet organisme.

59,1% des structures rapportent que les faits ont été judiciairisés ou que des procédures d'investigation sont toujours en cours à l'heure actuelle. Parmi elles, 21,4% rapportent que les suivis ont lieu dans le cadre de soins pénalement ordonnés (injonctions de soins dans 1/3 des cas, statut inconnu dans 2/3 des cas). Les professionnels soulignent des difficultés multiples au cours de ces suivis:

abord du passage à l'acte sexuel avec les adolescents, clinique des adolescents, sentiment de formation insuffisante (95,5% des cas), difficultés de communication et d'articulation avec les partenaires ...

Un peu plus de 27% des structures rapportent un arrêt prématuré des soins de la part des jeunes.

IV.B) Des données contrastant avec les chiffres fournis par la justice

Le premier résultat marquant de cette étude est le faible nombre d'adolescents auteurs de violences sexuelles pris en charge dans les structures sanitaires et médico-sociales de Haute-Garonne. Les chiffres mentionnés dans nos résultats principaux contrastent avec les données communiquées par la justice concernant le nombre extrêmement préoccupant de mineurs condamnés pour des faits de violences sexuelles sur ces dernières années (5)(17). Ceci nous pousse à nous questionner : ces adolescents ont-ils accès au soin ? Si oui, sont-ils alors pris en charge par des professionnels autres que ceux interrogés dans cette étude ? Les adolescents atteignant l'âge de 16 ans, classiquement considéré comme charnière entre les prises en charge en pédopsychiatrie et les prises en charge en psychiatrie adulte, pourraient par exemple être suivis par des psychiatres d'adultes hospitaliers et/ou ambulatoires. De même, nous avons pu dans le cadre de nos recherches avoir des contacts avec plusieurs experts psychiatres, qui ont rapporté que, parmi les adolescents auteurs de violences sexuelles qu'ils avaient pu rencontrer dans le cadre d'expertises pénales, beaucoup bénéficiaient uniquement de suivis psychologiques en libéral. Certains adolescents pouvaient également, au moment de notre étude, être incarcérés et bénéficier de soins psychiatriques en détention, mais nos multiples tentatives de joindre le psychiatre responsable de l'Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs de Lavaur (Tarn) dans le but d'éclaircir ce point sont restées infructueuses.

Ces faibles chiffres pourraient également résulter de difficultés d'accès au soin : déni et/ou minimisation des faits par les adolescents et leur entourage, réticence vis-à-vis du soin, pénurie de professionnels de santé avec notamment des structures sanitaires et médico-sociales dépourvues de médecins ... Les facteurs pouvant limiter le recours au soin de ces adolescents sont multiples. Plusieurs pédopsychiatres interrogés au cours de cette étude, exerçant ou ayant exercé dans des structures médico-sociales, ont également mentionné le fait qu'il était très fréquent que ces structures excluent les adolescents auteurs de violences sexuelles, et même parfois leurs victimes, dès la révélation de faits commis dans leurs murs : on peut déplorer ceci car cela exclut alors toute possibilité d'accès au soin pour ces jeunes.

IV.C) Une absence de prise en charge spécifique

Aucune des structures que nous avons interrogées au cours de cette étude ne proposait de dispositif de prise en charge spécifique à la problématique des violences sexuelles. On peut noter l'absence totale d'utilisation des ressources et des outils spécifiques existants tels que le QICAAICS et

les échelles d'évaluation du risque de récidive, de même que la méconnaissance par les professionnels de l'existence de formations et d'un centre ressource spécialisé. Certains interlocuteurs ont déclaré quant à eux avoir eu recours au CRIAVS sans que l'intervention n'ait entièrement répondu à leurs attentes, du fait selon eux d'un manque de spécialisation concernant l'aspect pédopsychiatrique des violences sexuelles. Ils évoquaient le souhait que le CRIAVS puisse développer davantage cet axe pour les aider sur la manière d'aborder la question des violences sexuelles avec les jeunes, ou le cas échéant les aider à adresser ces adolescents vers les professionnels adaptés.

On peut s'interroger sur la pertinence de mettre en place un dispositif de soins spécifique au sein du département : ce dispositif serait-il profitable au vu du faible nombre d'adolescents pris en charge en lien avec cette problématique sur les cinq dernières années, alors que les files actives des structures sont déjà surchargées ? Certains des professionnels interrogés ont également souligné leur crainte qu'un dispositif spécifique puisse majorer la stigmatisation de ces adolescents, alors que ces derniers sont davantage orientés vers le soin du fait de l'existence de troubles ou de pathologies psychiatriques plutôt que du fait des violences sexuelles en elles-mêmes. Il est à noter que cette étude, à visée de repérage, était axée sur les différents dispositifs de soin pouvant être proposés aux adolescents auteurs de violences sexuelles dans le département, et n'était pas centrée spécifiquement sur la clinique présentée par ces derniers. Au vu de certaines similarités de profils rapportées par les professionnels (carences affectives, antécédents de vie traumatique, troubles psychotiques et/ou neurodéveloppementaux ...) pouvant être retrouvées dans la littérature (6)(24)(25)(27), il pourrait s'avérer utile de s'intéresser plus particulièrement aux antécédents et aux trajectoires particulières de chaque jeune, dans le but de pouvoir davantage adapter les prises en charge à chacun et de pouvoir faire émerger d'autres facteurs de risque et ou facteurs protecteurs de récidive, dans le but de prévenir plus efficacement cette dernière. L'existence d'un trouble psychotique peut par exemple se révéler limitante dans l'intégration des interdits fondamentaux et dans le travail autour du passage à l'acte sexuel, du fait d'une absence de limite psychique, d'un défaut d'accès à la représentation du corps, d'un défaut de théorie de l'esprit ... Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature française sur le sujet de distinction dans les prises en charges proposées en fonction de la clinique des patients, hormis un article de 2006 mentionnant que les tableaux cliniques les plus lourds (désordres psychopathologiques sévères, lourd passé de maltraitance) nécessiteraient un dispositif de soins intensif et coûteux ne pouvant être proposé au moment de la rédaction de l'article (25).

De même, que ce soit dans notre étude ou dans la littérature française sur le sujet, nous pouvons remarquer que les prises en charges familiales proposées en complément du suivi individuel des adolescents concernent le plus souvent uniquement ce dernier et ses parents. Une réflexion complémentaire plus spécifique sur la question de la prise en charge des fratries pourrait s'avérer intéressante, notamment lorsque les faits ont eu lieu dans le milieu intrafamilial.

Si les craintes de majorer le phénomène de stigmatisation de ces adolescents sont également retrouvées dans la littérature (35)(44), les auteurs présentant leurs retours sur les dispositifs de prise en

charge spécifiques instaurés les réfutent souvent, et soulignent au contraire les effets bénéfiques des groupes thérapeutiques à l'intention des adolescents auteurs de violences sexuelles : implication importante des jeunes dans le dispositif (faisant selon certains auteurs contraste avec les éléments repérés de façon générale au cours des suivis individuels tels qu' "une implication stratégique de façade visant à obtenir l'attestation de présence requise" (45)), facilitation de la verbalisation et de l'élaboration, sentiment d'être compris et respectés par les autres jeunes et les professionnels rencontrés ... (39)(45). Certains auteurs ont mentionné que la plupart des adolescents pris en charge avaient émis le souhait, après la fin du groupe, de poursuivre le travail thérapeutique engagé avec un suivi individuel (44). Notons que ce même élément a été observé par les psychologues de la PJJ de Toulouse à la fin des séances de groupe thérapeutiques proposées aux adolescents, que nous avons présentées dans notre première partie. Le Dr Demeillers, dont nous avons également présenté le dispositif, a souligné une absence de ruptures prématurées de suivis depuis la mise en place de ce dernier. Ceci paraît intéressant alors que nous avons pu mettre en évidence au cours de cette étude que 27% des structures interrogées ont rapporté des ruptures prématurées de soin de la part des adolescents.

Au total, la majorité des professionnels interrogés au cours de cette étude expriment le souhait de poursuivre l'exercice d'une mission de soin psychiatrique "généraliste", accueillant l'adolescent dans le cadre d'éléments psychopathologiques et non d'un passage à l'acte. Il pourrait cependant s'avérer intéressant de coupler ces suivis avec une prise en charge au sein d'un dispositif de soins spécifique au passage à l'acte sexuel, avec des professionnels formés à cette problématique. Cela permettrait de favoriser l'adressage de ces jeunes, et de faire tiers avec la structure de soins pédopsychiatrique initiale en permettant au jeune de pouvoir livrer différentes choses dans différents espaces, limitant ainsi les difficultés dans la relation thérapeutique.

Il paraît important de rajouter que sur les 23 structures suivant ou ayant suivi des adolescents auteurs de violences sexuelles, une seule a mentionné avoir pris en charge des adolescents pour lesquels un diagnostic de trouble paraphilique aurait pu être posé à posteriori (mais ne l'avait pas été au cours de la prise en charge) : cela est-il dû à une faible prévalence de troubles paraphiliques chez les adolescents ? Ou à une insuffisance de dépistage, pouvant être en lien avec un défaut de formation vis à vis de ces problématiques ? Soulignons l'importance de cette question, quand de nombreux auteurs ont mis en évidence l'importance de repérer les jeunes présentant des paraphilies et les jeunes ayant été victimes de violences sexuelles qui seraient davantage à risque de présenter ultérieurement des comportements sexuels transgressifs (6)(29)(52).

IV.D) Des difficultés dans l'articulation avec les partenaires

Cette étude a également permis de constater les difficultés ressenties par les professionnels du soin du département en ce qui concerne les articulations avec les partenaires principaux, à savoir l'éducatif et la justice.

L'adjectif "flou" revenait de façon extrêmement fréquente au cours des entretiens lorsque nous abordions la caractérisation des relations entre la santé et la justice. Les raisons évoquées étaient multiples : méconnaissance du système judiciaire (fonctionnement et interlocuteurs auxquels se référer), difficulté d'aborder des faits de violence sexuelle avec un jeune n'ayant pas encore été jugé et restant donc présumé innocent ... Les différences de temporalité entre le monde du soin et celui de la justice étaient également pointées du doigt par les professionnels interrogés, qui soulignaient que celles-ci mettaient souvent en difficulté les prises en charge du fait de difficultés d'articulation. Ces différences de temporalité peuvent être d'origine multiple : délai de révélation des faits par les victimes, pouvant survenir des années après les faits (14), lenteur des procédures judiciaires en elles-mêmes (selon l'infraction commise, il peut se passer plusieurs mois à plusieurs années avant que les faits ne soient jugés) ... Or la littérature sur le sujet, faisant écho avec les propos des professionnels interrogés pour cette étude, souligne l'importance d'une parole prononcée par la justice vis-à-vis des faits, le rapport à la loi permettant de déterminer la réalité de l'agression (et ainsi de faciliter le travail d'élaboration autour du passage à l'acte), et de poser un cadre structurant pour la prise en charge (42)(44)(45).

De nombreux professionnels interrogés au cours de cette étude se questionnaient également sur les moyens de communiquer avec la justice tout en préservant à la fois le secret médical et le secret de l'Instruction. Ils exprimaient notamment des craintes vis -à-vis des éléments inscrits dans les dossiers médicaux des patients, s'interrogeant sur la nature des données pouvant être réutilisées par la justice et sur les conséquences pouvant en découler pour l'adolescent. Ils se questionnaient également sur le niveau de responsabilité d'une structure accueillant un adolescent auteur d'infraction à caractère sexuel vis-à-vis de la protection des autres adolescents présents en son sein, s'interrogeant sur la nature des comptes à rendre à la justice et sur le moyen d'articuler cela tout en préservant le secret médical.

Cette communication pourrait être facilitée par l'ordonnance de mesures de soins pénalement ordonnés, telle que l'injonction de soin, lors de la condamnation. En effet, cette mesure implique une articulation stricte entre les systèmes judiciaire et sanitaire par l'entremise d'un médecin coordonnateur, garant tant de la bonne application de la mesure que du secret médical (13) . Il faut toutefois noter que l'observance d'une mesure de soins pénalement ordonnée, si elle permet une dimension de contrôle, n'est pas garante du fait que le jeune trouve un bénéfice réel dans le suivi. De plus, le thérapeute étant librement choisi par le patient (sous couvert de validation par le médecin coordonnateur), il peut parfois n'avoir aucune expérience en ce qui concerne la problématique des violences sexuelles.

Il paraît important de souligner que, dans notre étude, seulement une des 23 structures ayant pris en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles l'avait fait dans le cadre d'une injonction de soins. Cela nous conduit à nous questionner sur les raisons de cette faible proportion de suivis sous contrainte de justice : résultent-elles d'un faible taux d'ordonnance de ces mesures par la justice

chez les mineurs ? D'une instauration préférentielle de mesures éducatives plutôt que de condamnations ? Ou alors ces adolescents sont-ils suivis dans le cadre d'injonctions de soin auprès d'autres professionnels, tels que des psychologues libéraux ? Nous n'avons pas trouvé, au cours de nos recherches, de données statistiques relatives au nombre de mesures de soins pénalement ordonnés établies chez les mineurs, que ce soit au niveau national ou au niveau local. Le rapport d'experts de la FFCRIAVS de 2018 concernant les soins pénalement ordonnés mentionne un rapport de 2011 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins, déplorant la "pauvreté de la production statistique disponible". Ils constatent que sept ans après ce rapport les choses n'ont pas évolué, et que ces informations ne sont toujours pas disponibles (13). Mme Odile BARRAL, juge des enfants au tribunal de Toulouse nous a confirmé l'absence de statistiques locales en ce sens. Au niveau local, les mesures de soins pénalement ordonnés en lien avec les faits de violences sexuelles commis par des mineurs prendraient selon elle majoritairement la forme d'obligations de soins. Elle souligne toutefois les difficultés occasionnées dans le suivi de ces mesures par un fréquent déni des faits de la part des jeunes.

La place de l'expertise peut également être interrogée. En effet, l'instauration d'une injonction de soins nécessite qu'une expertise psychiatrique ait conclu à l'opportunité de l'instauration d'une prise en charge thérapeutique. Depuis le 1er Mars 2018, lorsque cette conclusion est établie par un expert-psychiatre, une injonction de soins est prononcée de façon systématique sauf décision expresse contraire du juge (13). Nous pouvons alors nous demander dans quelles proportions les experts-psychiatres concluent au bénéfice de l'instauration d'une prise en charge médicale et/ou psychologique chez les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel. Ayant par exemple pu assister à l'expertise d'un jeune adolescent présentant ce profil, l'expertise précédente, n'ayant pas retrouvé de pathologie psychiatrique chez ce jeune, n'avait pas conclu à l'opportunité d'un suivi. Aucune mesure de soins pénalement ordonnés n'avait donc été mise en place, l'adolescent bénéficiait d'une prise en charge psychologique débutée à son initiative et à celle de ses parents. Certains professionnels ont également mentionné le fait que leurs patients avaient été expertisés par des experts-psychiatres n'étant pas spécialisés en pédopsychiatrie, s'interrogeant sur les conséquences que cela avait pu avoir au niveau de l'évaluation.

Concernant l'articulation avec les secteurs éducatif et social, les contacts avec les partenaires étaient assez disparates selon les structures. Plusieurs interlocuteurs ont déploré le manque de communication entre la direction des établissements médico-sociaux et les acteurs de soin dans le cadre de passages à l'acte de nature sexuelle qui seraient survenus au sein des établissements. Ils rapportent que les entrées et sorties d'établissement seraient décidées par les directeurs d'établissement, et non dictées par le projet de soin. Ainsi, plusieurs interlocuteurs ont déploré que l'adolescent auteur de violences sexuelles ait été exclu de l'établissement juste après les faits sans que les thérapeutes n'aient été consultés à ce sujet. Ce constat avait également été fait par le Dr Gamet en

2009 : 60% des mineurs bénéficiant d'une prise en charge thérapeutique au sein de son dispositif étaient placés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et présentaient des problématiques lourdes avec notamment de graves troubles de l'attachement. La révélation des faits avait très souvent occasionné un changement de lieu de placement immédiat (53), perpétuant ainsi un parcours jonché de ruptures, et empêchant le travail thérapeutique vis-à-vis des faits avec le jeune.

Les données de la littérature sur le sujet s'accordent sur le fait que la communication entre l'équipe soignante, les professionnels éducatifs de la protection de l'enfance, l'adolescent et son entourage est essentielle au cours de toutes les étapes de la prise en charge pour optimiser la cohérence des prises en charge et l'accompagnement des adolescents (25)(37)(42)(44). Dans un article publié en 2015, une équipe de chercheurs du laboratoire bisontin de psychologie présente les étapes d'instauration d'un dispositif de soins élaboré de façon conjointe par des praticiens de l'Est de la France, des éducateurs de la PJJ et des magistrats (45). Le projet avait débuté par le constat, partagé par les différentes instances, d'un sentiment d'échec dans les situations d'accompagnement des adolescents auteurs de violences sexuelles : les éducateurs rapportaient se sentir parfois désemparés dans l'accompagnement de ces jeunes vers le soin, par méconnaissance des prises en charge pouvant être proposées, les soignants rapportaient des difficultés pour entrer en relation avec ces jeunes et pour travailler avec eux autour du passage à l'acte transgressif. Les magistrats déploraient quant à eux le fait d'exercer uniquement une dimension de contrôle de la participation du jeune aux séances de thérapie, sans pouvoir avoir évalué le bénéfice éventuel réellement prodigué par les soins. Tous regrettaient ainsi l'absence de coopération entre leurs services, liée notamment aux exigences du secret médical et du secret de l'Instruction, et s'interrogeaient sur le sens réel de leurs pratiques en se demandant si elles faisaient réellement soin (44). "Il n'y a que des individualités relevant de champs institutionnels et professionnels distincts, s'ignorant et se méfiant les uns des autres [...] chacun est aux prises avec un "réel du travail" vécu sur le mode de l'usure et de l'insatisfaction" (45).

Ils décidèrent alors de se rencontrer pour échanger ensemble autour de ces difficultés communes dans le but de faire évoluer leurs pratiques. S'inspirant de nombreuses recherches concernant les dispositifs de prise en charge proposés en France et en Europe, et d'un séjour des différents instigateurs au Québec pour découvrir un programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels intrafamiliaux, ils mirent alors en place un dispositif thérapeutique groupal d'inspiration cognitivo-comportementaliste, que nous avons décrit précédemment dans notre état des lieux des connaissances (44). Suite à la mise en place de ce projet, les professionnels des différentes instances ont rapporté une meilleure compréhension des missions et des limites de chacun des partenaires, ce qui a permis par la suite une collaboration plus efficiente.

Une manière de favoriser l'articulation avec les partenaires, dont les limites sont ressorties de façon importante au cours de cette étude, pourrait être de promouvoir des rencontres et des temps d'échange au niveau local dans le but de mieux comprendre le rôle et les limites des champs d'action de chacun des intervenants, d'avoir un langage et des repères communs, favorisant ainsi la

communication et permettant une collaboration plus étroite, dans le but de proposer des prises en charge plus efficaces.

IV.E) Forces et faiblesses de cette étude

IV.E.1 : Forces de l'étude

Cette étude est la première s'intéressant aux prises en charge proposées aux adolescents auteurs de violences sexuelles dans le département de Haute-Garonne. Sans être exhaustive, cette étude a néanmoins permis de dresser un premier portrait des dispositifs de soin proposés pour ces jeunes dans le département. Elle a également permis de faire remonter les questionnements, les réussites et les difficultés rapportés par les professionnels, ce qui permet d'ouvrir différentes perspectives de travail et champs d'amélioration possibles pour l'avenir.

IV.E.2 : Biais de recrutement

Notre étude visait à dresser un état des lieux des prises en charge pédopsychiatriques proposées aux adolescents auteurs de violences sexuelles dans les structures sanitaires et médicosociales de Haute-Garonne. Or, il n'a pas été chose aisée de recenser les différentes structures sanitaires prenant en charge des adolescents en Haute-Garonne, comme nous l'avons exposé dans notre partie II "Matériels et méthodes de l'étude". Ajoutons que, concernant les structures hospitalières, les sites internet des établissements, bien que permettant de recenser efficacement les services concernés, présentaient des informations parfois obsolètes, non actualisées, quant aux coordonnées de ces services et aux médecins responsables d'unité. Mais la plus grande difficulté a résidé dans le recensement des structures médico-sociales, appartenant à divers organismes, et n'étant recensées nulle part de façon claire. La liste des établissements communiquée par le réseau RAP31 n'était selon eux pas exhaustive et ne comprenait pas les établissements inconnus du réseau. Il est donc possible que certaines structures qui auraient pu être concernées par notre étude n'aient pas été contactées. La clinique privée Marigny a été contactée à de nombreuses reprises mais n'a pas répondu à notre sollicitation de participation à l'étude.

Les structures ciblées par cette étude étaient les structures sanitaires et médico-sociales pouvant proposer des prises en charge pédopsychiatriques aux adolescents dans le département. Ainsi, seuls les professionnels du soin prenant en charge des enfants et des adolescents ont été contactés, et nous n'avons pas sollicité les psychiatres adultes de façon systématique. Les établissements d'accueil, tels que les maisons d'enfant à caractère social (MECS), n'ont pas été contactés car après des renseignements pris auprès de l'ASE, aucun psychiatre n'y exerce et les adolescents sont orientés si besoin vers des psychiatres libéraux et/ou hospitaliers. Nous n'avons pas non plus contacté les psychologues libéraux du département prenant en charge des enfants et des adolescents. Or les résultats de cette étude laissent penser que de nombreux jeunes pourraient être pris en charge par les

structures que nous venons de citer et qu'il pourrait être intéressant de recueillir également leurs témoignages.

IV.E.3 : Biais de mémoire

Cette étude a également pu être victime d'un biais de mémoire : il est possible que des structures aient pu omettre certaines prises en charge d'adolescents auteurs de violences sexuelles. En effet, la pénurie de professionnels du soin pédopsychiatrique dans le département avec de nombreux remaniements d'équipes sur les dernières années, ainsi que les roulements de professionnels sur différentes structures, peuvent rendre difficile l'inscription de l'historique des structures.

IV.E.4 : Biais lié à la pénurie médicale dans le domaine du soin pédopsychiatrique et au contexte sanitaire actuel

La pénurie médicale dans le domaine du soin pédopsychiatrique a pu, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, limiter la participation des professionnels à cette étude. En effet, cette étude s'avérait assez exigeante puisque la réponse à notre questionnaire par l'intermédiaire d'un entretien dirigé nécessitait que le professionnel puisse se libérer pendant environ une heure. Ceci pouvait s'avérer difficile dans un contexte où les médecins, en sous-effectif, ont des files actives conséquentes et partagent déjà parfois leur temps entre plusieurs structures.

Cela a également été accentué par l'épidémie de coronavirus, les mesures de confinement ayant été prononcées de façon simultanée au début de l'inclusion dans cette étude, mi-Mars 2020. Ces mesures ont nécessité des réorganisations de la part des équipes, qui dès lors se sont révélées moins disponibles pour pouvoir nous accorder du temps. Les entretiens ont, pendant cette période, dû se dérouler de manière téléphonique, ce qui a pu rendre certains interlocuteurs méfiants au vu du secret médical, ces derniers verbalisant souvent leur préférence pour des entretiens réalisés en présentiel. La levée du confinement a également été à l'origine de remaniements au sein des structures, rendant à nouveau les professionnels moins disponibles pour les entretiens au début de l'été 2020. La fermeture de nombreuses structures pendant les congés d'été a également pu être limitante au cours des inclusions.

IV.F) Perspectives

Ce travail de thèse nous a permis de souligner quelques perspectives de travail pouvant s'avérer intéressantes pour le futur, dans la continuité de nos recherches. Il semblerait utile, sinon indispensable, de pouvoir organiser des échanges et des rencontres entre les professionnels du soin, de l'éducatif et de la justice, dans le but d'améliorer la communication et la cohésion des différents acteurs de prise en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles et ainsi de proposer des accompagnements plus structurés à ces adolescents, dont le parcours s'avère souvent émaillé de ruptures et d'une insuffisance de contenance (35). Le processus de réintégration dans la société

dépasse le champ de la seule psychiatrie. Il pourrait être intéressant pour cela de rencontrer et d'échanger avec des professionnels ayant déjà initié ces rapprochements pluridisciplinaires au sein de leur secteur ou de leur juridiction d'exercice tels que ceux évoqués précédemment dans cette étude (42)(45). Dans la continuité de cette constatation il paraît également nécessaire que les professionnels du soin intervenant auprès de ces jeunes puissent être formés plus finement à la clinique, à l'évaluation du risque de récidive, à l'utilisation des outils et des ressources disponibles ainsi qu'à la prise en charge thérapeutique des adolescents auteurs de violences sexuelles dans le but de rompre l'isolement, de briser certains tabous et de pouvoir agir de façon plus efficace et ciblée, dans l'intérêt du jeune. Certains CRIAVS en France bénéficient de l'appui de pédopsychiatres. Il paraîtrait intéressant de pouvoir développer cet aspect pédopsychiatrique au niveau du CRIAVS Midi-Pyrénées, certains professionnels ayant rapporté avoir pu se sentir démunis malgré le recours à ce service spécialisé.

Des dispositifs spécifiques de prise en charge groupale, expérimentés dans plusieurs départements français (tel que celui créé par le Dr Demeillers à Nantes, exposé précédemment) semblent probants au vu des premiers retours disponibles de la part des jeunes et des professionnels ayant travaillé sur ces dispositifs. Il pourrait s'avérer intéressant de réfléchir à la création d'un tel dispositif au sein du département de la Haute-Garonne.

Enfin, au vu des difficultés de prise en charge qui ont pu être rapportées par les professionnels interrogés dans cette étude, il apparaîtrait très intéressant de pouvoir étudier cette fois-ci, grâce à des études qualitatives, les représentations et les ressentis des professionnels du soin et la manière dont ceux-ci peuvent influencer, de façon positive ou au contraire plus limitante, sur les prises en charges des patients.

CONCLUSION

La prise en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles est une problématique de santé publique majeure au vu des chiffres impressionnants fournis par les statistiques du ministère de la Justice : un quart des auteurs condamnés pour violences sexuelles sont des mineurs de moins de 16 ans, ces derniers représentent 45 % des condamnés pour viol sur mineur de moins de 15 ans. Un condamné pour viol sur 5 est âgé de moins de 16 ans (5).

Le contraste entre ces chiffres et le faible nombre d'adolescents bénéficiant de soins psychiatriques en lien avec ces problématiques dans les structures ayant accepté de participer à notre étude est saisissant. Il permet de se poser la question de l'accessibilité au soin de ces jeunes, et des prises en charges qui peuvent être proposées aux adolescents ne présentant pas de trouble psychiatrique, notamment dans les structures sociales et dans les lieux de placement.

Les prises en charges pédopsychiatriques proposées pour ces jeunes au sein du département de la Haute-Garonne sont de nature très variées, adaptées aux troubles et pathologies psychiatriques présentés par les adolescents, qui sont en général les motifs principaux de recours au soin plus que le passage à l'acte sexuel en lui-même. Les notions de sexualité et plus particulièrement des violences sexuelles sont peu abordées, du fait notamment d'un sentiment de formation insuffisante de la part des professionnels, d'une volonté de prise en charge "généraliste", d'une crainte de la stigmatisation des jeunes et de contre-transferts importants pouvant être suscités au sein des équipes. En ce sens, il paraîtrait intéressant de proposer davantage de formations spécifiques et d'outils pour permettre aux professionnels d'appréhender l'évocation de ces notions avec leurs patients sans être fragilisés par ces situations. Les prises en charge pluridisciplinaires semblent intéressantes dans le sens où elles permettent de faire tiers et de "diffracter les enjeux transférentiels" (24).

Les professionnels interrogés déplorent des difficultés de communication et d'articulation avec les partenaires à tous les niveaux pouvant mettre en difficulté les soins. Or l'articulation avec les domaines de l'éducatif et de la justice paraît indispensable pour intégrer du soin dans un contexte tel que celui-ci, où la demande de la part du jeune est souvent absente.

La prise en charge groupale spécifique aux adolescents auteurs de violences sexuelles semble être une piste intéressante, ce qui est confirmé par les professionnels ayant déjà pu la mettre en place (45). Il apparaît cependant nécessaire de coupler ce dispositif groupal à des consultations de suivi individuelles, permettant des soins plus personnalisés, une recherche et une prise en charge des comorbidités psychiatriques, et plus spécifiquement d'éventuels troubles paraphiliques et/ou antécédents d'abus sexuels qui seraient des facteurs de risque majeurs de passage à l'acte sexuel (6)(27).

Ce travail de réflexion et de remaniement des prises en charge pédopsychiatriques actuellement proposées aux adolescents auteurs de violences sexuelles semble nécessaire pour prévenir au maximum le risque de récurrence et favoriser la réinsertion dans la société chez ces jeunes en pleine construction identitaire. Les données chiffrées concernant le risque de récurrence de nature sexuelle chez les adolescents condamnés pour atteinte aux mœurs étant restreintes, il serait intéressant de poursuivre les recherches en ce sens dans le but de pouvoir mesurer par la suite l'efficacité des dispositifs de prise en charge proposés.

Enfin, il semble indispensable de permettre une ouverture du dialogue autour de la sexualité des adolescents et notamment de développer les dispositifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire des violences sexuelles.

*“Contenir, protéger, stabiliser, désactiver, intégrer, relier pour humaniser,
comprendre pour ne plus stigmatiser”*, Samuel Lemitre (20)

*Vu, de Jean-Philippe Raynaud
le 15 X 2020*



Professeur Jean-Philippe RAYNAUD
Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent - SUPEA
GHU de Toulouse - Hôpital Purpan
Place du Dr Baylac - TSA 40031
31059 TOULOUSE CEDEX 9
TÉL. 05 61 77 60 55 - RPPS 10002867088

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Ranguel

E. SERRANO

19.10.2020

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR CETTE ÉTUDE

1. Concernant le fonctionnement de votre structure

Une seule réponse possible.

- Exercice ambulatoire
- Hôpital de jour
- Hospitalisation complète
- Exercice partagé ambulatoire - hospitalisation
- Exercice au sein d'un établissement médico - social
- Autre : _____

2. Concernant le milieu d'exercice

Une seule réponse possible.

- Rural
- Urbain / Couronne péri-urbaine

3. Combien d'adolescents auteurs de violences sexuelles ont été pris en charge par la structure entre Juin 2015 et Juin 2020 ?

Une seule réponse possible.

- Aucun
- 1 à 5
- 6 à 10
- 11 à 30
- 31 à 50
- 51 à 100
- Plus de 100

4. Concernant l'initiation des soins : Quel est/sont en général le(s) motif(s) principal/principaux de recours au soin pour ces jeunes ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Violences sexuelles commises, spécifiquement
- Trouble ou pathologie psychiatrique
- Problématique addictive
- Pathologie somatique
- Déficit intellectuel

5. Précisez :

6. Concernant l'initiation des soins : Par qui ces jeunes vous sont-ils généralement adressés ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- la Justice / la Protection Judiciaire de la Jeunesse
- l'Aide Sociale à l'Enfance
- l'Education Nationale
- les équipes d'urgence et de liaison psychiatriques/pédopsychiatriques
- le médecin traitant
- le pédiatre
- un autre médecin spécialiste ou une autre structure de soins
- à l'initiative des parents
- à l'initiative du jeune lui-même

Autre : _____

7. Concernant l'initiation des soins : les faits ont ils été judiciairisés ?

Une seule réponse possible.

- Majoritairement oui
- Majoritairement non
- Ne sait pas

8. Si les faits ont été judiciairisés, les soins se font ils dans le cadre de soins pénalement ordonnés ?

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Majoritairement non
 Majoritairement oui
 Systématiquement

9. Si oui, de quelle nature ?

Une seule réponse possible.

- Injonction de soins
 Obligation de soins
 Ne sait pas

10. Concernant l'initiation des soins : Avez-vous connaissance de la nature exacte des faits avant de prendre en charge les patients ?

Une seule réponse possible.

- Systématiquement oui
 Majoritairement oui
 Majoritairement non
 Jamais

11. Si oui, par qui ?

Plusieurs réponses possibles.

- le patient lui-même
 la famille du patient
 le dossier judiciaire
 le médecin adresseur

Autre : _____

12. Concernant l'initiation des soins : Quel est le délai moyen du début de la prise en charge après l'acte de violence sexuelle ? (plusieurs réponses possibles)

Une seule réponse possible.

- 0 à 6 mois
- 6 mois à 1 an
- Supérieur à un an
- Plusieurs années après les faits
- Délai de prise en charge très variable selon les jeunes

13. Concernant l'initiation des soins : Avez-vous pu repérer des freins et/ou des difficultés à l'initiation de la prise en charge psychiatrique de ces jeunes ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Faits connus de façon tardive dans la trajectoire développementale du jeune
- Crainte de la stigmatisation par le jeune et sa famille, en lien avec les faits
- Sentiment de culpabilité du jeune
- Sentiment de honte du jeune
- Sentiment d'isolement du jeune
- Sentiment de culpabilité des parents
- Sentiment de honte des parents
- Sentiment d'isolement des parents
- Réticence de la part du jeune vis à vis de la psychiatrie
- Réticence de la part des parents vis à vis de la psychiatrie
- Déni/Minimisation des faits par le jeune
- Déni/Minimisation des faits par les parents
- Attitudes et contre-attitudes de la part des professionnels du soin
- Absence de dispositif spécifique de prise en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles
- Méconnaissance du réseau de soins par les partenaires
- Difficultés de communication entre les partenaires (Justice, éducatif, soin ..)

Autre : _____

14. Concernant la prise en charge de ces jeunes : Avez-vous un dispositif de soins spécifique concernant les adolescents auteurs de violences sexuelles ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

15. Si oui, pouvez vous le décrire en quelques lignes (année d'instauration, intervenants, critères d'inclusion et d'exclusion, fondements théoriques sur lesquels vous vous êtes basés pour le monter ...)

16. Si vous n'avez pas de dispositif spécifique, pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

Vous pensez qu'il n'est pas intéressant d'avoir un dispositif spécifique à cette problématique

Manque de formation, de connaissances par rapport à cette problématique

Manque de temps et/ou moyens

Manque de personnel intéressé

Nombre d'adolescents auteurs de violences sexuelles pris en charge faible, ou nul

Autre : _____

17. Concernant la prise en charge de ces jeunes : Vers quel(s) professionnel(s) de votre structure les adolescents auteurs de violences sexuelles ont-ils été orientés ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin Psychiatre
- Médecin Somaticien
- Infirmier(e)
- Assistant(e) Social(e)
- Psychologue
- Psychomotricien(ne)
- Educateur/trice

Autre : _____

18. Concernant le type de prise en charge proposé pour les adolescents auteurs de violences sexuelles au sein de votre structure :

Plusieurs réponses possibles.

- Individuelle seule
- Groupale seule
- Individuelle couplée à groupale
- Familiale

19. Utilisez-vous le QICAAICS ?

Une seule réponse possible.

- Je n'ai pas connaissance de ce questionnaire
- J'ai connaissance de ce questionnaire mais je ne l'utilise pas
- J'utilise occasionnellement ce questionnaire, au cas par cas
- J'utilise souvent ce questionnaire
- J'utilise systématiquement ce questionnaire

20. Quel type de prise en charge psychothérapeutique proposez-vous pour ces jeunes ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Approche psychanalytique
- Approche cognitivo-comportementaliste
- Approche systémique
- Psychothérapie de soutien
- Médiations corporelles (relaxation, sophrologie ...)
- EMDR
- Approche intégrative

Autre : _____

21. Si le jeune bénéficie d'une prise en charge groupale, de quelle nature est-elle ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Ateliers thérapeutiques
- Groupe de parole spécifique aux adolescents auteurs de violences sexuelles
- Groupe de parole plus général
- Médiations corporelles
- Psychodrame
- Photolangage
- Autres médias tels que le "Qu'en dit-on", jeux de société, films ...
- Pas de prise en charge groupale

Autre : _____

22. Proposez-vous une prise en charge sexologique ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

23. Si oui, pouvez-vous la décrire en quelques lignes (intervenant(s), prise en charge individuelle ou groupale, nombre de séances ...)

24. Si vous ne proposez pas de prise en charge sexologique, pour quelles raisons ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Vous pensez qu'il n'est pas intéressant de proposer une prise en charge sexologique spécifique
- Réticence des jeunes à aborder la sexualité
- Réticence des parents à la mise en place d'un tel groupe
- Réticence de l'équipe à aborder la sexualité avec le jeune
- Manque de formation, de connaissances par rapport à cette problématique
- Manque de temps et/ou de moyens
- Manque de personnel intéressé par ce projet

Autre : _____

25. De façon générale, utilisez-vous avec ce type de public les traitements médicamenteux suivants ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
- Autres catégories d'antidépresseurs
- Neuroleptiques
- Thymorégulateurs
- Anxiolytiques
- Traitements hormonaux freinateurs de libido

26. Dans le cas où les violences sexuelles s'inscrivent dans le cadre d'un trouble paraphilique, utilisez-vous avec ce type de public les traitements médicamenteux suivants ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
- Autres catégories d'antidépresseurs
- Neuroleptiques
- Thymorégulateurs
- Anxiolytiques
- Traitements hormonaux freinateurs de libido
- Les violences sexuelles ne s'inscrivent pas dans le cadre d'un trouble paraphilique

27. Proposez-vous une prise en charge ethnopsychiatrique ?

Une seule réponse possible.

- Toujours
- Jamais
- Occasionnellement, au cas par cas
- Autre : _____

28. Proposez-vous une prise en charge aux parents de ces jeunes ? Si oui de quel type ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Entretiens familiaux complétant le suivi individuel et/ou groupal de l'adolescent auteur
- Accompagnement des familles des adolescents auteurs après la révélation des faits (soutien psychologique)
- Thérapies familiales systémiques
- Programmes de soutien à la parentalité
- Groupes de parents
- Pas de prise en charge proposée aux parents de ces jeunes

Autre : _____

29. Au cours de la prise en charge de ces jeunes, avez-vous déjà eu recours au CRIAVS ?

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Occasionnellement
- Fréquemment
- Systématiquement
- Je ne connais pas le CRIAVS

30. Utilisez-vous des échelles d'évaluation du risque de récidive chez les adolescents auteurs de violences sexuelles ?

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'ai pas connaissance de telles échelles
- J'ai connaissance de ces échelles mais ne les utilise pas
- The Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II (J-SOAP-II)
- The Juvenile Sexual Offence Recidivism Risk Assessment Tool II (J-SORRAT-II)
- The Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offence Recidivism (ERASOR)
- The Juvenile Risk Assessment Scale (JRAS)
- The Structured Assessment of Violent Risk in Youth (SAVRY)
- The Hare Psychopathy Checklist : Youth Version (PCL :YV)

31. Avez-vous des contacts avec les partenaires par rapport au suivi ? *

Plusieurs réponses possibles.

	Jamais	Uniquement à l'initiation du suivi	Occasionnellement	Fréquemment	Uniquement à la fin du suivi
Parents, cellule familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin Traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justice/PJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin coordonateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRIAVS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipes éducatives, éducation nationale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
médicosoc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Avez vous d'autres interlocuteurs ? Si oui précisez

33. Quelle est la durée moyenne de prise en charge de ces jeunes ?

34. A l'issue de la prise en charge dans votre structure, quel est généralement le devenir de ces jeunes concernant les soins ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Arrêt prématuré du suivi par le jeune
- Arrêt de suivi programmé
- Relais vers la pédopsychiatrie ambulatoire
- Relais vers la pédopsychiatrie hospitalière
- Relais vers la psychiatrie adulte
- Relais vers le médico-social

Autre : _____

35. Avez-vous pu rencontrer des difficultés personnelles ou institutionnelles pendant la prise en charge de ces adolescents ? Si oui, lesquelles ?

36. Avez-vous le sentiment d'être suffisamment formé quand à la prise en charge des mineurs auteurs de violences sexuelles ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

37. Si non, y'a t'il des points spécifiques concernant lesquels vous souhaiteriez davantage de formations/d'informations ?

38. Vous sentez-vous à l'aise en ce qui concerne les articulations Santé-Justice ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

39. Si non, y'a t'il des points spécifiques concernant lesquels vous souhaiteriez davantage de formations/d'informations ?

40. Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude par mail, vous pouvez laisser votre adresse çï-dessous. Merci pour votre participation !

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE D'INVESTIGATION CLINIQUE À DESTINATION DES ADOLESCENTS AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL

Annexe : le QICAAICS (Questionnaire d'investigation clinique pour les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel)

Ce questionnaire est un document annexe de l'article de Pascal Roman et Magali Ravit : « La subjectivation de l'agir sexuel violent à l'adolescence : les apports d'un questionnaire d'investigation clinique dans la rencontre de l'adolescent », Sociétés et Jeunesses en difficulté, n°10 | Automne 2010

QUESTIONNAIRE D'INVESTIGATION CLINIQUE À DESTINATION DES ADOLESCENTS AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL

(Q.I.C.A.A.I.C.S - 2010)

Professionnel (fonction, service) :

Ce questionnaire est un outil proposé pour la rencontre de l'adolescent. Il soutient l'évocation, avec l'adolescent mis en examen pour des infractions à caractère sexuel, d'un certain nombre d'aspects de son histoire, plus ou moins liés aux faits qui lui sont reprochés. Ce questionnaire a été élaboré à partir du Q.I.C.P.A.A.S¹, dans le cadre d'une recherche-action menée entre 2005 et 2008 avec et au sein de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (ENPJJ - Ministère de la Justice). Il a été mis à l'épreuve dans ce cadre et a fait l'objet d'un certain nombre de modifications à l'issue de l'évaluation réalisée avec les professionnels concernés, à l'issue de cette première phase d'utilisation, en vue de son utilisation dans la pratique éducative et/ou soignante.

Ce sont les réponses de l'adolescent qui sont recueillies, le professionnel engagé dans la rencontre avec l'adolescent étant invité, le cas échéant, à rapporter les écarts qui se présentent entre les réponses de l'adolescent et sa propre connaissance ou compréhension de la situation dans le cadre de la dernière partie du questionnaire (12 – Évaluation du professionnel).

¹ - Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles (C. Balier, A. Ciavaldini, M. Girard-Khayat, 1996)

Date de proposition du questionnaire : / /

1 - PRESENTATIONS

1-1 Genre :.....

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

1-3 Nationalité FRANCAISE

ETRANGERE laquelle :.....

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

1-4 Actualité de la mise en examen

.....
.....

1-4-1 Date des faits reprochés :

1-4-2 Date de la mise en examen :

1-4-3 Date du début de la mesure :

1-5 Quel est votre niveau scolaire ? :

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

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

1-9 Situation familiale

	OUI	NON
1-9-1 Connaissez-vous votre père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissez-vous votre mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-9-2 Vos parents sont-ils MARIÉS	<input type="checkbox"/>	
DIVORCÉS	<input type="checkbox"/>	
CONCUBINS	<input type="checkbox"/>	
REMARIÉS	<input type="checkbox"/>	

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

1-9-2-2 Si REMARIÉS, date ou votre âge au remariage du père :
date ou votre âge au remariage de la mère:

1-9-3 Quel âge a votre père ?

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

1-9-3-2 Quelle profession

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

1-9-4 Quel âge a votre mère ?

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

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

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

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

demi-frères et/ou demi-sœurs.....

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

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

.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....
.....
.....
.....

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

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

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

OUI

NON

Si OUI,

1-12-1 âge :

.....

durée

cause

où : hospitalisation

Combien de temps

Maison de repos

Combien de temps

1-12-1-1 Comment l'avez-vous vécu ?

.....
.....

1-13 Avez-vous été placé ?

OUI

NON

Si OUI,

1-13-1 âge :

durée

cause

1-13-2 Comment l'avez-vous vécu ?

.....

1-14 Y a-t-il eu d'autres événements dans votre vie dont vous aimeriez parler ?

OUI

NON

.....
.....
.....
.....

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Déménagement | <input type="checkbox"/> | Migration | <input type="checkbox"/> |
| Incarcération du père | <input type="checkbox"/> | Incarcération de la mère | <input type="checkbox"/> |
| Incarcération d'un frère | <input type="checkbox"/> | Incarcération d'une sœur | <input type="checkbox"/> |
| Séparation professionnelle | <input type="checkbox"/> | Départ du père | <input type="checkbox"/> |
| Départ de la mère | <input type="checkbox"/> | Un décès (qui) | <input type="checkbox"/> |
| Rupture amoureuse | <input type="checkbox"/> | Renvoi d'école | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> | | |

1-15 Connaissez-vous vos grands parents maternels ?

OUI

NON

1-15-1 Avez-vous de bons rapports avec eux ?

OUI

NON

1-16 Connaissez-vous vos grands parents paternels ?

OUI

NON

1-16-1 Avez-vous de bons rapports avec eux ?

OUI

NON

1-16-2 Souhaitez vous dire quelque chose de particulier sur vos grands parents ?

.....
.....
.....

1-17 Souhaitez-vous ajouter quelque chose au sujet de votre famille ?

.....
.....
.....

2 RENCONTRE AVEC LA JUSTICE

2-1 Quel est le motif de votre mise en examen ? :

.....
.....
.....
.....

2-2 Comment la justice est-elle intervenue ? :

.....
.....
.....

		Circonstances	date
Arrestation	<input type="checkbox"/>
Interrogatoire	<input type="checkbox"/>
Garde à vue	<input type="checkbox"/>
Service éducatif judiciaire	<input type="checkbox"/>
Mesure éducative	<input type="checkbox"/>
Décision judiciaire avant jugement	<input type="checkbox"/>
Mesures probatoires	<input type="checkbox"/>
Retour en famille	<input type="checkbox"/>
Placement	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>
Si jugement	<input type="checkbox"/>
Nature des condamnations			
.....			
Obligations éventuelles			
.....			
2-3 Avez-vous été incarcéré au cours de cette mise en examen ? OUI <input type="checkbox"/>			

NON

2-3-1 Si OUI,

Combien de temps ?

Dans quelles conditions ? (seul en cellule, quartier, visites, éloignement domicile....)

.....
.....
.....

2-3-2 Pouvez-vous préciser **tous** vos antécédents judiciaires éventuels :

Mise en examen/motif	Date	incarcération	infraction à caractère sexuel :
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-4 Reconnaissez-vous avoir commis l'acte (ou les actes) pour lequel vous êtes mis en examen² ? :

OUI, totalement

L'adolescent reconnaît le délit ; il est conscient que cette problématique est associée à un ensemble de facteurs (intérieurs et extérieurs)

OUI partiellement, niveau 1

L'adolescent reconnaît le délit, mais il en fait porter la responsabilité uniquement sur des facteurs extérieurs (alcool...) Ou encore, l'adolescent soutient que la problématique est entièrement résorbée et ne réapparaîtra pas.

OUI partiellement niveau 2

L'adolescent reconnaît avoir eu des contacts avec la victime mais n'en reconnaît pas le caractère délictueux (par exemple il perçoit la victime comme consentante).

² - Cet item, qui mobilise l'appropriation subjective de l'acte par l'adolescent, peut être ré-interrogé tout au long du questionnaire... voire tout au long de la prise en charge de l'adolescent

NON

L'adolescent se perçoit comme non responsable des faits qui lui sont reprochés

2-4-1 Si **OUI partiel**, qu'est-ce que vous ne reconnaissez pas ? :

.....
.....
.....

2-4-2 Si **OUI** (total ou partiel)

2-4-2-1 Date du délit

2-4-2-2 Age de la victime

2-4-2-3 Lors du délit étiez-vous seul ?

Plusieurs ?

2-4-2-3 La victime était-elle une fille ?

un garçon ?

2-4-2-4 Connaissez-vous la victime ?

OUI

NON

2-4-2-4-1 Si OUI, comment ? (position d'autorité ? / vulnérabilité de la victime ?)

.....
.....
.....
.....

2-4-2-5 Avez-vous un lien de parenté avec la victime ? :

OUI

NON

2-4-2-5-1 Si OUI lequel ?

2-4-3 Si **NON** pourquoi avez-vous été mis en examen ?

.....
.....
.....

2-5 Souhaitez-vous préciser quelque chose à propos de l'acte qui vous est reproché ?

.....
.....
.....

3 NATURE DES FAITS REPROCHEES

3-1 L'acte qui vous est reproché s'est-il produit une seule fois ?

OUI *Si OUI, passer à la question 3-2*

NON

Si et seulement si le sujet ne semble pas pouvoir le préciser, on cochera la réponse ci-dessous

NE SAIT PAS

3-1-1 Si NON, est-ce

Un acte répété avec la même personne

Un acte répété avec des personnes différentes

(Il s'agit ici de pouvoir faire figurer l'inceste, qui peut être décrit comme un acte unique)

3-1-2 Si NON, est-ce un acte

Régulier

Occasionnel

Circonstance particulière du passage à l'acte

Période de vie

3-2 A cette époque, y a-t-il eu un événement particulier dans votre vie ou celle de votre

famille ?

3-3 Présence de toxique

3-3-1 Avant l'acte avez-vous pris de l'alcool ?

OUI

NON

3-3-2 Avant l'acte avez-vous pris de la drogue ?

OUI

NON

3-4 Avant l'acte étiez-vous en groupe?

OUI

NON

3-4-1 Pendant l'acte étiez-vous en groupe ?

OUI

NON

3-5 Pensez-vous que quelque chose ou quelqu'un aurait pu empêcher que cela arrive ?

OUI

NON

3-5-1 Si OUI, quoi ou qui ? :

.....

.....

3-5-2 Si NON, pourquoi ? :

.....

.....

3-6 Y a-t-il des choses qui ont changé depuis votre mise en examen ?

.....
.....

3-7 Est-ce que votre famille est au courant (famille proche et élargie) ?

.....
.....

3-8 Comment vos parents ont réagi ?

.....
.....

3-8-1 Comment auriez-vous aimé qu'ils réagissent ?

.....
.....

3-9 Comment vos frères et sœurs ont réagi ?

.....
.....

3-9-1 Comment auriez-vous aimé qu'ils réagissent ?

.....
.....

3-10 Vos amis sont-ils au courant de ce qui vous arrive ?

OUI

NON

Si OUI, Comment ont-ils réagi ?

.....
.....

3-10-1 Comment auriez-vous aimé qu'ils réagissent ?

.....

.....

3-11 Est-ce que vous comprenez tout ce qui se passe pour vous en ce moment ?

OUI

NON

Préciser

.....

.....

3-12 Vous trouvez que ce qu'il se passe est :

Normal anormal

Logique illogique

Justifié injuste

Simple compliqué

3-13 Souhaitez-vous rajouter quelque chose à propos de votre mise en examen ?

.....

.....

4 - DESCRIPTION DE L'ACTE

4-1 A votre avis, qu'est-ce qui vous a conduit à commettre cet acte ?

.....

.....

4-2 Comment pourriez-vous décrire avec vos mots les faits qui vous sont reprochés ?

.....

.....

.....

.....

.....

4-3 Avez-vous éprouvé quelque chose de particulier avant l'acte ?

.....

.....
.....

4-4 Pendant l'acte, pouvez-vous dire ce que vous avez éprouvé ?

.....
.....
.....
.....

4-5 Après l'acte comment vous sentiez-vous ?

.....
.....
.....
.....

4-6 A votre avis, comment la victime a-t-elle vécu l'acte ?

.....
.....
.....
.....

5 – PERCEPTION DE L'ACTE PAR LE SUJET

5-1 Étude de la perception des conséquences et de l'après coup.

Pensez-vous que votre acte peut avoir des conséquences ?

5-1-1 Pour vous-même

OUI

NON

5-1-1-2 Décrire les conséquences :

.....
.....
.....

.....
5-1-2 Pour la victime

OUI

NON

5-1-2-1 Si OUI, quelles en seront les conséquences :

.....
.....
.....

5-1-3 Pendant l'acte, que représentait pour vous la victime ? :

.....
.....
.....
.....

5-2 Place de l'acte dans la vie du sujet

5-2-1 Estimez-vous votre acte ? :

normal

pas normal

5-2-2 Vous estimez-vous au moment de l'acte ? :

normal

pas normal

5-2-3 Avez-vous le désir de changer ?

OUI

NON

(ne pas donner d'explications pour cette question, si sollicitation, répondre « comme vous imaginez »)

5-3 Avez-vous déjà fait quelque chose pour changer ?

OUI

NON

5-3-1 Si OUI, quoi ?

5-3-2 Quand ?

5-4 Vous sentez-vous victime des événements ?

OUI

NON

5-4-1 Si OUI, décrire lesquels :

.....
.....
.....

5-4-2 Pensez-vous que l'acte devait fatalement arriver à un moment ou à un autre de votre vie ?

OUI

NON

5-5 Y a-t-il une chose que vous auriez aimé changer en vous qui aurait permis que l'acte ne se passe pas :

OUI

NON

5-5-1 Si OUI, quoi :

.....
.....
.....
.....

5-6 Quand vous avez été mis en examen, qu'avez-vous ressenti ?

.....
.....

.....

Si le sujet ne parvient pas à exprimer son ressenti, proposer les items suivants :

- Vous sentiez-vous soulagé d'être mis en examen ?
- En colère ?
- Surpris ?
- Gêné ?
- Triste ?

5-6-1 Pourquoi ? :

.....
.....
.....

6. INVESTIGATION FAMILIALE

6-1 Pouvez-vous parler de votre famille ?

.....
.....
.....
.....

6-2 Relations affectives familiales

Dans votre famille

- 6-2-1 Y a-t-il une bonne entente entre vos parents ? OUI
- NON

6-2-1-1 Si NON, pouvez-vous dire pourquoi ?

.....
.....
.....

.....

6-2-2 Y a-t-il une bonne entente entre vous et vos frères et sœurs ?

OUI

NON

6-2-2-1 Si NON, pouvez-vous dire pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

6-2-3 Par votre père vous sentiez-vous :

AIME

CHOUCHOU

PROTEGE

TROP GATE

ETOUFFE

SANS IMPORTANCE

REJETE

MAL TRAITE

AUTRES.....

6-2-4 Par votre mère vous sentiez vous :

AIME

CHOUCHOU

PROTEGE

TROP GATE

ETOUFFE

SANS IMPORTANCE

REJETE

MAL TRAITE

AUTRES.....

6-3 Actuellement avez-vous des contacts avec

6-3-1 Vos parents :

OUI

NON

6-3-1-1 Si NON, pouvez vous dire pourquoi ?

.....
.....
.....

6-3-2 L'un des deux parents :

PERE

MERE

6-3-2-1 pouvez-vous dire pourquoi ?

.....
.....
.....

6-3-3 Vos frères et sœurs ?

OUI

NON

6-3-3-1 Si NON, pouvez-vous dire pourquoi ?

.....
.....
.....

6-4 En général la relation avec votre famille est-elle

SATISFAISANTE

NON SATISFAISANTE

NI L'UN NI L'AUTRE

6-4-1 En quoi est-elle ainsi ?

.....
.....

6-5 D'après vous quelle est la meilleure place dans votre famille ? :

6-5-1 Pourquoi ?.....
.....

6-6 Y a-t-il dans votre famille des problèmes dont vous souhaiteriez parler ?
(alcoolisation, toxicomanie, violence physique ou sexuelle).

.....
.....
.....
.....

7. RELATIONS AMICALES

7-1 Avez-vous **des amis** ?

- beaucoup
- plutôt beaucoup
- peu
- un seul
- pas du tout

7-1-1 Si PAS DU TOUT, pouvez-vous dire pourquoi ?

.....
.....

7-1-2 Si OUI, pouvez-vous compter sur eux ?

- OUI
- NON

7-1-3 Vous retrouvez-vous souvent avec des copains ?

- OUI
- NON

Où :

Comment :

7-2 y a-t-il quelqu'un dans votre vie qui a particulièrement, compté, dans votre famille ou en dehors de celle-ci ?

OUI

NON

7-2-1 Si OUI, qui :

7-3 Avez-vous une activité extrascolaire régulière ?

.....

.....

	OUI	NON	lequel	fonctions
Une association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un club	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

8-1 Concernant les changements de votre corps à l'adolescence, diriez-vous qu'ils ont été ?

Plaisants

Déplaisants

Valorisants

Surprenants

Inquiétants

Autre :.....

8-1-1 Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose sur ces changements ?

.....

.....
.....

8-2 Comment avez-vous découvert la sexualité ? (*Question ouverte qui peut permettre d'aborder la question de la masturbation, de la découverte du corps...*)

.....
.....
.....

8-2-1 Avec qui avez-vous pu parler de sexualité ?

- Personne
- Ami
- Amie
- Père
- Mère
- Frère(s)
- Sœur(s)
- Famille qui ?
- Autre

8-4 Pour vous qu'est-ce que la sexualité ?

.....
.....

8-5 Pouvez-vous dire ce que signifie pour vous d'être amoureux ?

.....
.....

8-5-1 Avez-vous déjà eu une relation amoureuse?

OUI

NON

8-5-2 (Comment) a-t-elle comptée pour vous ?

.....

.....

8-6 Avez-vous déjà eu des relations sexuelles en dehors de l'acte pour lequel vous avez été mis en examen ?

OUI

NON

8-6-1 Ont-elles compté pour vous, et de quelle façon ?

.....
.....
.....

8-7 Est-ce que votre mise en examen a changé quelque chose au plan de votre vie sexuelle et amoureuse?

.....
.....

8-8 Souhaitez-vous parler de quelque chose d'autre à propos de la sexualité ? (occasion pour le professionnel de questionner un éventuel vécu de victime d'agression sexuelle).

.....
.....
.....
.....

9. VIE RELATIONNELLE

9-1 Avez-vous **en général** des difficultés dans vos relations avec les autres ?

OUI

NON

Si OUI,

9-1-1 Décrire les difficultés :

.....
.....

9-1-2 avec qui ? :

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

OUI

NON

Si OUI,

9-2-1 décrire les difficultés :

.....
.....

9-2-2 avec qui ? :

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

OUI

NON

Si OUI,

9-3-1 décrire les difficultés :

.....
.....
.....

9-3-2 avec qui ? :

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

.....
.....

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

.....
.....

9-6 Avez-vous un animal ou un objet très important dans votre vie ?

OUI NON

ANIMAL

OBJET

Si OUI,

9-6-1 quel animal ou quel objet ?

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

.....
.....
.....

9-8 Quel est le souvenir le plus pénible ?

.....
.....
.....

10 - INVESTIGATION SOMATIQUE

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

OUI

NON

Si NON,

Pourquoi ?

.....

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

OUI

NON

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

.....
.....
.....
.....

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

OUI

NON

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

.....
.....
.....
.....

10-4 Avez-vous eu des accidents ?

OUI

NON

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

.....
.....
.....
.....

11- TERMINAISON DE L'ENTRETIEN

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

OUI

NON

11-1-1 Si OUI, quoi :

.....
.....
.....
.....

FIN DU QUESTIONNAIRE AVEC L'ADOLESCENT

12 EVALUATION DU PROFESSIONNEL

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanchard V, Yvorel J-J, Revenin R. Les jeunes et la sexualité. Les jeunes et la sexualité. Autrement; 2010. 416p.
2. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013. 55 p.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes - Violence Sexuelle [Internet]. 2012. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/fr/index.html>
4. Debauche A. Quelles données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ? Santé En Action. 2019;(448):13-6.
5. Juillard M, Timbart O. Violences sexuelles et atteintes aux mœurs: les décisions du parquet et de l'instruction. Infostat Justice. 2018;(160):8.
6. Seto MC, Lalumière ML. What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. Psychol Bull. 2010;136(4):526-75.
7. Fédération Française des CRIAVS. Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge - Rapport de la Commission d'audition du 17 Juin 2018 [Internet][cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ffcriavs.org/nos-actions/audition-publique/>
8. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
9. Mesman GR, Harper SL, Edge NA, Brandt TW, Pemberton JL. Problematic Sexual Behavior in Children. J Pediatr Health Care. 2019;33(3):323-31.
10. Chaffin M, Berliner L, Block R, Johnson TC, Friedrich WN, Clinic M, et al. Report of the Task Force on children with sexual behavior problems, ATSA. Child Maltreat. 2008;13(2):199-218
11. Code pénal | Legifrance [Internet][cité 14 juill 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=52398894467B02E962976317D137D648.tplgfr31s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006165281&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20100711
12. Légifrance. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs [Internet][cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000556901>
13. Langlade A. Rapport sur le dispositif d'injonction de soins. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge. 2018.
14. Bernardi V, Guedj H, Moreau A, Razafindranovona T, Zilloniz S. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 : Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité. 2019.
15. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Insécurité et délinquance en 2018 : premier bilan statistique [Internet][cité 27 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2018-premier->

bilan-statistique

16. Ministère de la Justice. Justice des mineurs - Les Mineurs délinquants [Internet]. 2018 [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Annuaire_ministere-justice_2018_CHAPITRE_12.pdf
17. Razafindranovona T. La réitération d'infraction après condamnation des mineurs. Secrétariat Général Direction de l'Administration générale et de l'Équipement Sous-direction de la Statistique, des Études et de la Documentation; 2007.
18. Lillard CM, Cooper-Lehki C, Fremouw WJ, DiSciullo VA. Differences in Psychosexual Development Among Child, Peer, and Mixed Juvenile Sex Offenders. *J Forensic Sci.* mars 2020;65(2):526-34.
19. Pullman L, Seto MC. Assessment and treatment of adolescent sexual offenders: Implications of recent research on generalist versus specialist explanations. *Child Abuse Negl.* mars 2012;36(3):203-9.
20. Lemitre S. Traumas sexuels et adolescence. *Enfances Psy.* 2017;(2):102–114.
21. Tardif M. La délinquance sexuelle des mineurs: théories et recherches. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2015.
22. Worley KB, Church JK, Clemmons JC. Parents of adolescents who have committed sexual offenses: Characteristics, challenges, and interventions. *Clin Child Psychol Psychiatry.* juill 2012;17(3):433-48.
23. Gamet M-L, Moïse C. Les violences sexuelles des mineurs: victimes et auteurs: de la parole au soin. Dunod; 2010.
24. Roman P. Les violences sexuelles à l'adolescence: Comprendre, accueillir, prévenir. Elsevier Masson; 2012.
25. Coutanceau R, Lemitre S. Trouble des conduites sexuelles à l'adolescence. Clinique, théorie et dispositif psychothérapeutique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2006;54(3):183–188.
26. Hoeve M, Dubas JS, Eichelsheim VI, van der Laan PH, Smeenk W, Gerris JRM. The Relationship Between Parenting and Delinquency: A Meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol.* août 2009;37(6):749-75.
27. Leroux EJ, Pullman LE, Motayne G, Seto MC. Victim Age and the Generalist Versus Specialist Distinction in Adolescent Sexual Offending. *Sex Abuse J Res Treat.* mars 2016;28(2):79-95.
28. Caldwell MF. Study Characteristics and Recidivism Base Rates in Juvenile Sex Offender Recidivism. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* avr 2010;54(2):197-212.
29. Ryan EP, Otonichar JM. Juvenile Sex Offenders. *Curr Psychiatry Rep.* juill 2016;18(7):67.
30. Viljoen JL, Mordell S, Beneteau JL. Prediction of adolescent sexual reoffending: A meta-analysis of the J-SOAP-II, ERASOR, J-SORRAT-II, and Static-99. *Law Hum Behav.* 2012;36(5):423-38.
31. Ordonnance n°45-174 du 2 Février 1945 relative à l'enfance délinquante [Internet][cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000517521&categorieLi en=cid>

32. Ordonnance 11 septembre 2019 code justice pénale des mineurs | Vie publique.fr [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/270285-ordonnance-11-septembre-2019-code-justice-penale-des-mineurs>
33. Code de la justice pénale des mineurs | Legifrance [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000039086952&idSectionT A=&dateTexte=20210331>
34. Henry O. Prise en charge des mineurs auteurs de violences sexuelles, une revue de la littérature. Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2020.
35. Hauser R. Spécificités de l'évaluation et des prises en charge thérapeutiques pour les adolescents ayant commis des violences sexuelles. Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques; 2015.
36. Roman P. Une mise à l'épreuve du processus de subjectivation ? Les agirs sexuels violents à l'adolescence. Cah Dyn. 2011;1(50):88-97.
37. Dubuisson M, Mulliez F. Prise en charge des adolescents auteurs de violence sexuelle. J Psychol. 2020;n°373(1):38.
38. Balier, C, Ciavaldini, A, Girard-Khayat, M. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels [Internet][cité 27 juill 2020]. Direction Générale de la Santé; 1997. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984000637/index.shtml#hdp>
39. Smaniotto B, Réveillaud M. À la rencontre des adolescents auteurs de violences sexuelles accueillis dans un dispositif de soin spécifique. Cah Psychol Clin. 2016;46(1):205.
40. Réveillaud M, Guyod F. Le nœud du déni : psychodrame pour les adolescents auteurs d'actes sexualisés sanctionnés ou sanctionnables. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. mars 2009;57(2):102-7.
41. Lemitre S. Modélisation d'un dispositif clinique pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles. In: La pratique du psychologue et l'éthique. 2009. p. 157-168.
42. Aymonnier S, Bourg C. Construction de soi et thérapie de groupe - Auteurs mineurs de violences sexuelles en obligation de soins. Cah Dyn. 2011;1(50):98-105.
43. Lo Piccolo G. Groupe et médiation auprès d'adolescents auteurs de violences sexuelles. J Psychol. 2018;361(9):34.
44. Minary J-P, Ansel D, Mariage A, Boutanquoi M. Jeunes en difficulté et auteurs de violences sexuelles: comment les aider sans violence? Sociétés Jeun En Diffic Rev Pluridiscip Rech [Internet][cité 27 juill 2020]. 2010;(10). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sejed/6825>
45. Minary J-P, Ansel D, Bourg C, Boutanquoi M, Parra F, Mariage A. L'élaboration d'un collectif de travail: un défi pour des professionnels confrontés aux enfants mineurs auteurs d'abus sexuels. Bull Psychol. 2015;539(5):391.
46. Coutanceau R, Damiani C, Lacambre M, Aubut J. Victimes et auteurs de violence sexuelle. Malakoff: Dunod; 2016.
47. Jones S. Parents of Adolescents Who Have Sexually Offended: Providing Support and Coping With the Experience. J Interpers Violence. mai 2015;30(8):1299-321.

48. Spice A, Viljoen JL, Latzman NE, Scalora MJ, Ullman D. Risk and Protective Factors for Recidivism Among Juveniles Who Have Offended Sexually. *Sex Abuse J Res Treat.* août 2013;25(4):347-69.
49. de Becker E. L'approche systémique et la thérapie familiale des mineurs d'âge auteurs d'agression sexuelle intrafamiliale. *Psychothérapies.* 2006;26(3):143–153.
50. Gamet ML. L'expérience d'un dispositif de prise en charge des violences sexuelles des mineurs: constats et perspectives sous l'angle du développement sexuel. *Lett Psychiatre Puteaux.* 2012;8(5):128–132.
51. Organisation Mondiale de la Santé. Santé Sexuelle [Internet][cité 27 juill 2020]. 2020. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
52. Aebi M, Landolt MA, Mueller-Pfeiffer C, Schnyder U, Maier T, Mohler-Kuo M. Testing the “Sexually Abused-Abuser Hypothesis” in Adolescents: A Population-Based Study. *Arch Sex Behav.* nov 2015;44(8):2189-99.
53. Gamet M-L. Accompagner les mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuelle. *Cah Dyn.* 2009;(2):10–12.

**ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE PEDOPSYCHIATRIQUE DES
ADOLESCENTS AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES EN HAUTE-GARONNE ENTRE
JUN 2015 ET JUN 2020**

Toulouse, le 5 Novembre 2020

Introduction. La prise en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles nécessite un accompagnement judiciaire, social et sanitaire d'instauration rapide et efficient. Or, il existe à ce jour très peu de recommandations, de structures spécialisées, et de personnels formés à la prise en charge des mineurs auteurs de violences sexuelles. Cette étude a pour objectif de présenter un état des lieux des prises en charges pédopsychiatriques actuellement proposées à ces adolescents dans le département de la Haute-Garonne. **Méthode.** Une étude observationnelle transversale descriptive a été réalisée entre Mai et Septembre 2020, à l'aide d'un questionnaire permettant de collecter des données sur la prise en charge pédopsychiatrique des adolescents auteurs de violences sexuelles dans les structures sanitaires et médicosociales de Haute-Garonne. **Résultats.** Il n'existe pas de dispositif spécifique pour la prise en charge de ces adolescents en Haute-Garonne et les prises en charge proposées sont de natures variées. Les professionnels mettent en avant une insuffisance de formation et des difficultés de communication avec les partenaires. **Conclusion.** Les modalités de prise en charge pédopsychiatrique des adolescents auteurs de violences sexuelles dans les structures sanitaires et médicosociales de Haute-Garonne apparaissent complexes. Il paraîtrait intéressant de développer l'offre de formations à l'attention des professionnels ainsi que de favoriser les échanges entre les différents acteurs de la prise en charge.

TITRE EN ANGLAIS : Psychiatric care proposed to juvenile sex offenders in Haute-Garonne : a description

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Psychiatrie

MOTS-CLÉS : violences sexuelles, prise en charge des adolescents auteurs de violences sexuelles, mineurs auteurs de violences sexuelles, adolescents auteurs de violences sexuelles, psychiatrie

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Purpan,

37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directrices de thèse : Anne-Hélène MONCANY, Marie FRERE