



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

## **THÈSE**

pour obtenir le grade de

### **DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

**Emmanuelle WALTER**

Le 3 décembre 2015

**ÉVALUATION DE LA DANGEROUSITÉ ET DU RISQUE DE RÉCIDIVE D'AUTEURS**

**MINEURS D'INFRACTION À CARACTÈRE SEXUEL :**

**À PARTIR DE 64 EXPERTISES PSYCHIATRIQUES PÉNALES**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Bernard KABUTH

Président du jury

M. le Professeur Jean-Pierre KAHN )

Mme le Professeur Eliane ALBUISSON )

Juges

M. le Maître de Conférences Laurent MARTRILLE )

M. le Docteur Pierre HORRACH

Directeur de thèse



**Président de l'Université de Lorraine :**  
**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyens**

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen  
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

**Assesseurs :**

**Premier cycle :** Dr Guillaume GAUCHOTTE  
**Deuxième cycle :** Pr Marie-Reine LOSSER  
**Troisième cycle :** Pr Marc DEBOUVERIE

*Innovations pédagogiques :* Pr Bruno CHENUÉL

*Formation à la recherche :* Dr Nelly AGRINIER  
*Animation de la recherche clinique :* Pr François ALLA

*Affaires juridiques et Relations extérieures :* Dr Frédérique CLAUDOT  
*Vie Facultaire et SIDES :* Dr Laure JOLY  
*Relations Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER  
*Etudiant :* M. Lucas SALVATI

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie :* Dr Guillaume GAUCHOTTE  
*Commission de prospective facultaire :* Pr Pierre-Edouard BOLLAERT  
*Universitarisation des professions paramédicales :* Pr Annick BARBAUD  
*Orthophonie :* Pr Cécile PARIETTI-WINKLER  
*PACES :* Dr Chantal KOHLER  
*Plan Campus :* Pr Bruno LEHEUP  
*International :* Pr Jacques HUBERT

=====

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER  
Professeur Henry COUDANE

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY  
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE  
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -  
François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de  
LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS  
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre  
GAUCHER  
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET  
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre  
LANDES  
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS  
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise  
MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN  
- Gilbert PERCEBOIS  
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - François PLENAT - Jean-Marie POLU -

Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND  
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE  
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE  
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN  
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

---

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

*(Disciplines du Conseil National des Universités)*

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

#### **47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

#### **48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

#### **49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

#### **50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

#### **51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur Jean-Marc BOIVIN

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

Docteure Nelly AGRINIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

#### 3<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

### 47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*)

Docteur Aurore PERROT

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

### 48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'Urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Docteure Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Dermato-vénérologie*)**

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)**

Docteur Stéphane ZUILY

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)**

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)**

Docteure Laure JOLY

**55<sup>ème</sup> Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)**

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

**MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteure Elisabeth STEYER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**19<sup>ème</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**60<sup>ème</sup> Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL**

Monsieur Alain DURAND

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

**66<sup>ème</sup> Section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

### Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de  
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS  
(1996)  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume-Uni)*  
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)  
*Université de Wuhan (CHINE)*  
Professeur David ALPERS (2011)  
*Université de Washington (U.S.A)*  
Professeur Martin EXNER (2012)  
*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

**Monsieur le Professeur Bernard KABUTH**

Professeur de pédopsychiatrie

Vous nous avez fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse. Votre bienveillance, votre écoute, vos conseils et vos remarques nous ont permis de mener à bien ce travail.

Nous souhaitons vous exprimer tous nos remerciements les plus sincères pour votre confiance et votre soutien, en diverses occasions, qui nous ont permis de trouver la force de continuer ce chemin de l'apprentissage de l'art de la médecine.

Nous vous remercions pour votre enseignement de la pédopsychiatrie et pour votre disponibilité, toujours accompagné de votre bonne humeur et de votre sourire.

Veillez trouver ici le témoignage de notre haute considération, de notre profond respect, et de nos sincères remerciements.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

**Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN**

Professeur de psychiatrie adulte

Vous nous faites le grand honneur d'accepter de juger notre travail.

C'est avec beaucoup de gratitude que nous vous remercions de la confiance et du soutien que vous nous avez témoigné pour l'ensemble de la formation en psychiatrie et psychiatrie légale.

Nous vous sommes extrêmement reconnaissantes du soutien que vous nous avez apporté afin de mener à bien certains projets pédagogiques ainsi que de l'opportunité de nous former à Paris et à l'étranger.

Recevez l'expression de notre haute considération, de nos profonds remerciements et de notre respectueuse reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

**Madame le Professeur Eliane ALBUISSON**

Professeur de biostatistiques, informatique médicale et technologie de communication

Nous vous remercions de la considération que vous nous témoignez en ayant accepté d'apporter votre précieuse contribution à cette étude et du grand intérêt que vous accordez à ce sujet, travaillant vous-même sur cette thématique.

Nous vous sommes extrêmement reconnaissantes de l'aide que vous nous avez apporté afin que ce travail de thèse aboutisse. Vous vous êtes montrée d'une très grande disponibilité, toujours à l'écoute, très enthousiaste. Votre soutien et vos conseils nous ont beaucoup aidés.

Vous nous aviez fait le grand honneur, il y a plus de dix ans, alors que nous étions en P2, de nous proposer votre soutien dans le cadre d'un travail de thèse.

Nous vous remercions d'avoir respecté votre engagement et surtout, de ne pas avoir oublié.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

**Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE**

Maître de Conférences en médecine légale et droit de la santé

Nous souhaitons vous exprimer nos remerciements d'avoir accepté de juger notre travail.

Nous vous sommes reconnaissantes d'avoir accepté notre participation à la formation du DESC de Médecine Légale et Expertises Médicales dont vous avez la responsabilité pédagogique.

Nous espérons être dignes de votre contribution à notre formation.

Recevez ici le témoignage de notre profonde et très sincère reconnaissance.

À NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE ET JUGE

**Monsieur le Docteur Pierre HORRACH**

Psychiatre, responsable du SMPR de Metz

Vous nous avez fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la direction de cette thèse.

Vos connaissances, vos conseils pratiques, l'intérêt que vous avez porté à ce travail et vos encouragements nous ont touchés.

Vos remarques et votre soutien nous ont permis de mener à bien ce projet. Nous vous remercions de nous avoir guidé dans ce travail, en nous proposant de nouvelles idées tout en respectant les nôtres.

Que ce travail puisse vous témoigner notre gratitude et notre admiration.

À NOTRE MAÎTRE

**Monsieur le Professeur Henry COUDANE**

Doyen honoraire

Nous vous remercions pour le soutien que vous nous avez témoigné dès le master 2 et de l'intérêt que vous avez porté à l'orientation de notre carrière vers la médecine légale et les expertises médicales.

Nous vous serons éternellement reconnaissantes.

Qu'il nous soit permis de vous témoigner par ce travail notre gratitude et notre profond respect.

## **À L'ENSEMBLE DES PSYCHIATRES ET PÉDOPSYCHIATRES EXPERTS,**

Nous vous remercions très chaleureusement, sans votre participation, ce travail n'aurait pas été possible.

Nous avons tout particulièrement apprécié vos messages de soutien, d'encouragement, d'enthousiasme et accepté, avec beaucoup d'humilité, vos conseils, vos avertissements voir vos messages de révolte.

Nous pensons particulièrement à ceux qui nous ont fait l'honneur de souhaiter nous recevoir afin d'échanger et nous faire partager leurs expériences professionnelles sur la thématique des violences sexuelles chez les mineurs et leurs opinions sur les outils d'évaluation du risque de récidive.

**À notre Maître Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC**

Nous vous remercions pour nous avoir proposé de nous inscrire au DESC 1 de pédopsychiatrie dès la deuxième année d'internat et de votre confiance.

Merci pour votre bienveillance, votre disponibilité, vos encouragements envers les internes et votre formation.

Merci à **Monsieur le Professeur Thierry PHAM** pour votre formation aux outils standardisés, votre sympathie, vos nombreuses explications, conseils et encouragements.

Merci à **Madame le Juge CAZALS**, pour nos échanges d'information en droit et sur les attentes des juges sur la dangerosité. Merci à vous et vos collègues d'avoir répondu à mes questionnaires.

Merci à **Madame le Juge BAYET** pour vos conseils et vos explications données après les cours.

Merci à **Madame le Docteur Sophie BARON-LAFORÊT**, psychiatre, pour vos encouragements et votre soutien tout au long de ce travail de thèse. Merci d'avoir défendu l'intérêt de mon travail et pour votre proposition de présenter les résultats.

Merci à **Monsieur le Docteur Roland COUTANCEAU**, psychiatre, pour avoir accepté d'être mon directeur de mémoire au DU de Criminologie appliquée à l'expertise mentale à Paris. Nos échanges pendant le CIFAS 2015, en Belgique ont été enrichissants.

Merci au **Docteur Ariane CASANOVA**, pédopsychiatre, expert, pour les heures que vous m'avez consacrées. Nos échanges professionnels ont été bénéfiques.

Merci au **Docteur Gérard LOPEZ**, psychiatre, pour nos échanges sur la dangerosité.

Merci au **Docteur Ian BARSETTI**, docteur en psychologie du Service Correctionnel du Canada pour m'avoir transmis le matériel d'évaluation du risque de récidive utilisé Outre-Atlantique pour les MAICS et de m'avoir donné toutes les explications nécessaires.

Merci au **Docteur Claire DUCRO**, docteur en psychologie, chercheur au CRDS, pour votre sourire qui ne s'est jamais éclipsé lors de mes nombreuses questions.

Merci à l'équipe du DSAVS et du CRIAVS. Surtout **ARNAULD** et **BAPTISTE**, qui me trouvent toujours un colloque pour déposer un poster ou faire une présentation. Merci pour ces opportunités professionnelles que vous m'offrez.

Merci au **Docteur Claude CARNIO**, psychiatre pour votre soutien.

Merci au **Docteur Frédérique CLAUDOT**, Maître de Conférences pour votre formation méthodologique dans le cadre du Master 2, qui m'a beaucoup apporté.

Merci au **Docteur Sylvie LECUIVRE**, pédopsychiatre pour nos échanges sur la pédopsychiatrie et la PJJ.

Merci au **Docteur Alexandre BARATTA**, psychiatre.

À tous mes chefs de services de stage d'externe et d'interne.

À mon papa,

Tu es décédé pendant mes examens de première année de médecine et tu n'auras jamais eu connaissance de mes résultats...

Je te remercie pour l'éducation que tu m'as donnée, pour ton humanisme, pour ta joie de vivre, pour le goût d'apprendre et pour les capacités de résilience que tu m'as transmises. J'ai certainement hérité de toi, mon double cursus professionnel...

Tu m'as toujours appris que « les difficultés de la vie sont comme des escabeaux qui servent à aller plus haut » et « que tant que toutes les solutions face à un problème ne sont pas épuisées, il reste toujours un espoir ».

Merci pour cette force.

J'espère que là où tu es, tu seras fier du médecin que je suis devenue...

Bises.

À ma maman,

Merci pour notre complicité.

Merci pour ton soutien même lorsque j'ai pris la décision tardive, d'une réorientation professionnelle à 180 degrés.

Merci pour tes heures de relecture.

Merci pour la vie que tu m'as donnée.

À mon compagnon,

Merci pour toi, pour la « belle » personne que tu es, pour ta gentillesse, ta présence toujours discrète mais inconditionnelle. Et surtout, merci pour ta patience face à ma vie professionnelle agitée.

À sa maman, qui se faisait une telle joie de venir à ma soutenance, désolée je n'ai pas été en possibilité de finir plus vite. Merci pour le souvenir, de nos longues discussions.

À son papa.

À tous mes amis de France,

Surtout à Pascale, merci pour tout, ta joie, tes encouragements et les traductions.

À Sophie, merci de m'avoir soutenu pendant le stage de pédiatrie avec des glaces !!!

Courage ton tour viendra vite.

À Diane pour nos fous rires très sonores...

À Véronique et Claude, merci pour vos bons petits plats lors de nos belles soirées.

À Dorota, merci pour nos longues discussions et nos visites à Paris.

À Nadia et son époux, merci pour votre amitié.

À mes voisins et aux amis en Alsace.

À mes amis du Luxembourg,

En particulier à Denis, merci d'avoir une si grande qualité d'écoute.

À Zenda et Ildefonze, merci pour vos prières pendant les ECN (et oui, j'ai eu psychiatrie...tant désirée).

À Gilles pour ses sketches..... sur la psychiatrie.

Merci à tous ceux que j'ai oublié.... Je vous prie de bien vouloir m'excuser.

À mon petit Jumper, qui couché sur mes genoux pendant la rédaction de mon travail de thèse, doit être le lapin nain, le plus spécialisé en psychiatrie légale !!!

À ceux qui m'ont dit que « c'était impossible », merci pour la force de caractère que vous m'avez donné.

À ma formation musicale qui m'a tant apporté et m'a appris la persévérance dans l'effort.

MERCI A LA VIE !!!!

## SERMENT

« **A**u 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 sont 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 ».

## Abréviations utilisées

AICS : adolescent auteur d'infraction à caractère sexuel

ASC : air sous la courbe

CAPP : Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality

CAT : Test d'aperception pour enfant

CAT'S : Test d'aperception pour enfant supplément

CEF : centre éducatif fermé

CIM : classification internationale des maladies

CFTMEA : classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

CPIP : conseiller pénitencier d'insertion et de probation

CPP : Code de Procédure Pénale

CP : Code Pénal

CSMJRS : Centre socio-médico-judiciaire de rétention de sureté

DPJJ : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

DSM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

ERASOR : Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offence Recidivism

ERRRS : Echelle d'Evaluation Rapide du Risque de Récidive Sexuelle

FNAEG : fichier national automatisé des empreintes génétiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HCR-20 : Historical Clinical Risk Management Revised

JAP : juge d'application des peines

JE : juge pour enfant

LSI-R : Level of Supervision Inventory- Revised

LSI/CMI : Level of Supervision Inventory- Revised/Case Management Inventory

MAICS : mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel

MCMi : Million Clinical Multiaxial inventory

MMPI : Minnesota multiphasic personality inventory

MnSOST-R : Minnesota Sex Offender Tool Revised

ODARA : Ontario Domestic Assault Risk Assessment

ONDD : Observatoire national de la délinquance

ONDRP : Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales

OPP : ordonnance de placement provisoire

PCL-R : Psychopathy Checklist-Revisited  
PCL-R-YV : Psychopathy Checklist-Revisited- young version  
PJJ : protection judiciaire de la jeunesse  
QICPAAS : Questionnaire Investigation Clinique Pour les Auteurs Agression Sexuelle  
QICAAICS : Questionnaire Investigation Clinique pour les Adolescents Auteurs Agression Sexuelle  
RRASOR : Rapid Risk Assessment for sex offender redcidivism  
SAPROF : Structured Assessment of Protective Factors for violence  
SARA : Spousa Assault Risk Assesment Guide  
SAVRY : Structured Assessment of Violence Risk in Youth  
SONAR : Sex Offender Need Assessment Rating  
SORAG : Sex Offender Risk Appraisal Guide  
SRV : Sexual Violence Risk pour le risque de violence sexuelle  
TAT : Thématic apperception test  
TCC : thérapie-cognitivo-comportementale  
TDAH : trouble de déficit de l'attention/hyperactivité  
TIG : travail d'intérêt général  
TPE : tribunal pour enfant  
UMD : Unité pour Malades Difficiles  
VRAG : Violence Risk Appraisal Guide  
VRS : Violence Risk Scale  
VRS-SO : Violence Risk Scale-Sexual Offender Version  
WAIS : Weschler Adult Intelligence Scale  
WNC : Wechsler non verbale  
WISC : Weschler Intelligence Scale for Children

# Table des matières

Abréviations utilisées .....	21
Première partie : Éléments théorico-cliniques sur l'évaluation de la dangerosité et de la récidive dans la cadre de l'expertise psychiatrique pénale des mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel (MAICS) .....	27
1.1. Introduction .....	28
1.2. Cadre légal applicable aux MAICS en France .....	30
1.2.1. Système judiciaire spécialisé pour mineurs .....	30
1.2.1.1. Ordonnance N° 45-174 du 2 février 1945 .....	30
1.2.1.2. Juridiction spécialisée des mineurs.....	30
1.2.1.3. Responsabilité pénale des mineurs .....	32
1.2.1.4. Dispositions pénales possibles à l'encontre d'un mineur .....	33
1.2.2. Définition de l'agression sexuelle selon le CP .....	37
1.2.3. Particularités des MAICS.....	39
1.2.3.1. Épidémiologie des MAICS .....	39
1.2.3.2. Caractéristiques des MAICS .....	42
1.2.3.3. Différents profils de MAICS.....	43
1.2.3.4. Facteurs de risque de récidive des MAICS .....	47
1.2.4. Expertise psychiatrique pénale des MAICS .....	47
1.2.4.1. Cadre légal de l'expertise psychiatrique pénale.....	47
1.2.4.2. Différents temps des expertises psychiatriques pénales .....	49
1.2.4.3. Particularités de l'expertise psychiatrique pénale du fait de minorité .....	52
1.3. Dangerosité et risque de récidive .....	54
1.3.1. Historique du concept de dangerosité en psychiatrie légale.....	54
1.3.2. Dangerosité .....	57

1.3.2.1. Définition au sens pénal.....	57
1.3.2.2. Définition médico-légale.....	59
1.3.2.2. Dangérosité psychiatrique.....	62
1.3.2.3. Dangérosité criminologique.....	63
1.3.3. Évaluation de la dangérosité et recherche scientifique.....	64
1.3.4. Du risque de la récidive vers les risques des récidives .....	65
1.3.4.1. Généralités.....	65
1.3.4.2. Concept du risque de récidive.....	67
1.3.4.3. Récidive ou réitération .....	69
1.3.4.4. Types de risque de récidive .....	71
1.3.4.5. Facteur de risque : statique, dynamique, protecteur, prédisposant, déclencheur ou de désistance .....	73
1.3.5. Questionnement éthique et déontologique sur l'évaluation de la dangérosité .....	75
1.4. Méthodes d'évaluation du risque de récidive disponible pour les mineurs.....	76
1.4.1. Qualités métrologiques des méthodes d'évaluation du risque de récidive.....	76
1.4.1.1. Critères : validité, fidélité, sensibilité et qualité d'utilisation .....	76
1.4.1.2. Comparaison des méthodes d'évaluation spécifique du risque de récidive .....	77
1.4.2. Différentes générations de méthode d'évaluation du risque de récidive..	78
1.4.2.1. Première génération : l'approche clinique.....	79
1.4.2.2. Deuxième génération : les échelles actuarielles .....	81
1.4.2.3. Troisième génération : les échelles de jugement clinique structurées .....	85
1.4.2.4. Quatrième génération : les « outils informatiques » .....	87
1.4.2.5. Cinquième génération : le modèle RBR.....	88
1.4.1.6. Dernière génération : le modèle de la désistance .....	89

1.4.2. Autres tests, échelles, questionnaires et références disponibles pour les mineurs.....	90
1.4.3. Évaluation clinique intégrée.....	92
1.5. Conclusion .....	94
Deuxième partie : L'étude.....	96
2.1. Introduction .....	98
2.2. Matériels et méthodes.....	99
2.2.1. Type d'étude.....	99
2.2.2. Échantillon .....	100
2.2.3. Recueil des données .....	100
2.3. Résultats .....	102
2.3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	102
2.3.1.1. Concernant les experts .....	102
2.3.1.2. Concernant les agresseurs .....	102
2.3.1.3. Concernant les victimes .....	103
2.3.1.4. Concernant l'agression .....	103
2.3.2. Résultats en lien avec la dangerosité dans le rapport d'expertise .....	104
2.3.3. Résultats sur l'utilisation des facteurs de risque de récurrence.....	108
2.3.4. Utilisation de références scientifiques ou classifications internationales ou d'une bibliographie .....	119
2.3.5. Utilisation d'outils d'évaluation du risque de récurrence.....	120
2.3.6. Recherche de facteurs protecteurs dans le rapport d'expertise .....	120
2.3.7. Utilisation de facteurs pour justifier l'évaluation du risque de récurrence, non retrouvés dans la littérature internationale.....	121
2.4. Discussion.....	122
2.4.1. Limites de l'étude.....	122
2.4.2. Particularités de la population de l'étude .....	124

2.4.3. Éléments expliquant la diversité des missions demandées par les juges .....	125
2.4.4. Éléments expliquant la diversité des réponses données par les experts	127
2.4.5. Utilisation d'outils d'évaluation standardisés pour mineurs.....	132
2.5. Perspectives .....	134
2.6. Conclusion .....	137
Bibliographie.....	138
Annexes.....	147
Annexe N°1 : Schéma de la chaîne pénale.....	147
Annexe N°2 : Facteurs de risque des MAICS.....	148
Annexe N°3 : La PCL : YV, feuille de cotation.....	151
Annexe N°4 : La Statique 99, feuille de cotation .....	152
Annexe N°5 : La SAVRY, synthèse.....	153
Annexe N°6 : L'ERASOR, feuille de cotation.....	154
Annexe N°7 : La SAPROF, feuille de cotation.....	155
Annexe N°8 : Grille d'évaluation du déni et de la minimisation : AAAS .....	156

Première partie : Éléments théorico-cliniques sur l'évaluation de la dangerosité et de la récidive dans la cadre de l'expertise psychiatrique pénale des mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel (MAICS)

## 1.1. Introduction

La plupart de nos sociétés occidentalisées montrent depuis quelques décennies, une volonté croissante d'évaluer la dangerosité et le risque de récurrence d'actes délictueux. Cette volonté est d'autant plus marquée lorsqu'elle concerne les auteurs de crimes et/ou délits sexuels. Depuis les années 1960 et sur le plan international, les professionnels de la santé et de la justice, se sont penchés sur cette question et ont cherché à répondre aux différents problèmes méthodologiques soulevés par cette évaluation souhaitant passer d'une évaluation jugée subjective à une évaluation plus objective. Certaines équipes de recherche ont développé et validé différentes générations d'outils adaptés à différentes situations criminologiques.

L'expert psychiatre qui se voyait initialement confier des missions relatives à l'irresponsabilité s'est vu confier des missions d'évaluation de la dangerosité de plus en plus importantes depuis la promulgation de la loi du 17 juin 1998. (1) La notion même de la dangerosité a ainsi évolué de la seule dangerosité psychiatrique à une dangerosité plus difficile à définir, tant il en existe des approches différentes.

Un même acte sur le plan juridique peut avoir des lectures bien diverses en psychiatrie et aboutir à des conclusions très différentes de niveaux de dangerosité, le risque de récurrence n'étant pas le même selon les individus. L'exemple d'une agression à caractère sexuel le démontre assez facilement : s'agissait-il uniquement d'un acte sexuel pour la recherche d'un plaisir immédiat, ou bien d'une volonté de domination de la victime par l'utilisation de la sexualité ? S'agissait-il d'un acte unique ou répétitif ? Était-il programmé ou s'est-il déroulé de façon opportuniste au décours d'un autre délit ?

Bien qu'en France, cette volonté d'évaluation se fasse grandissante sur le plan juridique, celle-ci évolue très peu et très lentement en pratique expertale psychiatrique pénale. Cette situation peut s'expliquer car cette évaluation soulève de nombreuses questions aussi bien sur le plan méthodologique, que déontologique et éthique, la prudence est très certainement restée la priorité freinant ainsi la recherche dans ce domaine.

De ce fait peu d'études cliniques de validité ou de non validité ont été menées en France, imposant une référence quasi constante aux données statistiques de sources étrangères surtout américaines et canadiennes. Récemment quelques données de source européenne ont été publiées, notamment par des équipes francophones belges.

L'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive reste une prédiction difficile à établir surtout lorsque le sujet à expertiser est un mineur, un être encore en devenir, pour lequel la structure psychique n'est pas encore fixée.

Le passage à l'acte chez l'adolescent mineur ne peut-il être la seule conséquence d'une carence éducative à laquelle il suffirait de remédier pour que la situation « rentre dans l'ordre »? D'une simple immaturité psychique n'ayant permis une bonne évaluation des conséquences de ses actes ?

En France, l'Ordonnance de 1945 sur l'enfance délinquante est très claire et prévoit que l'éducatif prévaut toujours sur le répressif. Rappelons que 40 % des agresseurs adultes ont commencé leurs carrières criminelles à l'adolescence et cette volonté de protection des mineurs sur le plan légal ne devrait pas entraver la réflexion de la qualité de l'évaluation de la récidive et de la dangerosité des mineurs.

Dans la première partie de ce travail, nous reprenons les fondamentaux indispensables en terme de connaissances théoriques sur les notions du cadre légal applicable aux MAICS (système judiciaire spécialisé des mineurs, définition de l'agression sexuelle selon le Code pénal ou CP, particularités des MAICS, l'expertise psychiatrique pénale des MAICS), sur la notion de la dangerosité et du risque de récidive et sur les différentes méthodes d'évaluation disponibles.

Dans la deuxième partie, nous présenterons notre étude avec la méthode, les résultats et analyses puis la discussion avec des perspectives de recherche.

La réflexion de notre travail portera sur les MAICS qui ne présentent pas de déficiences mentales ou de pathologies psychiatriques diagnostiquées (schizophrénie, troubles de l'humeur,...).

## 1.2. Cadre légal applicable aux MAICS en France

### 1.2.1. Système judiciaire spécialisé pour mineurs

#### 1.2.1.1. Ordonnance N° 45-174 du 2 février 1945

La justice a mis longtemps à prendre en compte la spécificité des mineurs (phénomène développemental et besoin de protection) pour organiser son fonctionnement et prendre des décisions pénales.

Initialement régit par le droit commun des adultes, il faut attendre une première loi en 1912 pour voir le système pénal s'adapter progressivement aux mineurs. (2) (3) Suite aux conséquences démographiques et économiques de la seconde Guerre Mondiale, le besoin de protection des mineurs paraît primordiale pour les autorités. Le point culminant de cette réflexion sera l'Ordonnance N° 45-174 du 2 février 1945, relative à l'enfance délinquante. Dès lors, un corps de magistrats spécialisés, les juges pour enfants (JE), sont présents dans chaque tribunal et disposent dorénavant d'un large panel de mesures éducatives. (3) (4) Elle crée aussi des postes de fonctionnaires avertis aux problèmes de rééducation des mineurs. (5) (4)

Depuis cette ordonnance, la priorité est donnée à la prévention des comportements à risque mais aussi à la protection des mineurs ayant de tel comportement, en facilitant leur réinsertion sociale dans l'objectif de limiter leur récidive. (6) La prééminence de l'éducatif sur le répressif devient la règle absolue, la peine d'emprisonnement devient exceptionnelle et doit être justifiée lorsque « les circonstances et la personnalité du délinquant semblent l'exiger ». (6) (5) (3) (4)

#### 1.2.1.2. Juridiction spécialisée des mineurs

Cette Ordonnance affirme le privilège de juridiction, c'est-à-dire que si la personne est mineure au moment des faits qui lui sont reprochés, elle sera jugée par une juridiction spécialisée. Elle est constituée de magistrats spécialisés et de tribunaux spécifiques. (4) (Ce principe s'applique même si la personne est devenue majeure au moment de la judiciarisation des faits.) (4)

La juridiction spécialisée est entièrement repensée et restructurée afin de mieux prendre en charge la délinquance des mineurs et lutter contre la récidive. (7)

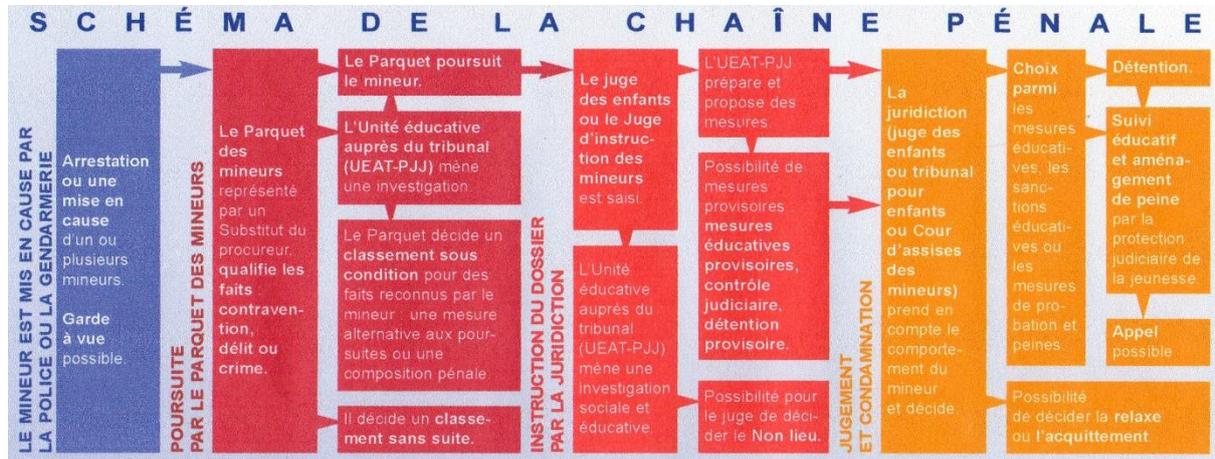
Les juridictions des mineurs sont constituées ainsi :

- Le juge pour enfant : en audience de cabinet (bureau), décide seul c'est-à-dire en chambre du conseil pour les délits les moins graves. (8)
- Le tribunal pour enfant (TPE) : présidé par un JE avec deux assesseurs non magistrat qui siègent pour juger les délits les plus sérieux et certains crimes en fonction de l'âge. (9)
- La Cour d'assises des mineurs : composée de trois magistrats professionnels dont deux JE et d'un jury populaire de neuf citoyens tirés au sort. Pour les crimes (meurtre, viol, ...) commis par un mineur à partir de 16 ans. (10)
- Le tribunal correctionnel pour mineur : créé en 2011, pour les mineurs de plus de 16 ans en récidive pour des délits punis à des peines de prison de plus de trois ans. (11)
- La Cour d'appel avec la chambre spéciale des mineurs. (8)

Les acteurs de la juridiction spécialisée des mineurs sont : (12)

- Le Procureur de la République ou le substitut chargé des affaires des mineurs : est à l'origine de l'ensemble des procédures pénales qui concernent les mineurs, des mesures alternatives aux poursuites ou poursuites pénales, représente les intérêts de la société au tribunal, fait exécuter la décision prise au pénal. (7)
- Le juge pour enfant : magistrat du siège, instruit l'ensemble des dossiers, ordonne pendant le temps de l'instruction des mesures éducatives ou de coercition (contrôle judiciaire principalement). Peut juger seul, en chambre et ne prononce alors que des sanctions éducatives, ou au tribunal pour enfant pour les délits, mais aussi les crimes des plus jeunes. (13)
- Le juge d'instruction des mineurs : instruit les dossiers criminels ou les plus complexes, lorsque plusieurs mineurs sont impliqués. Peut s'agir du JE. (13)
- Le juge de l'application des peines (JAP) est le JE. (8)
- Le juge des libertés et de la détention : peut statuer une décision de détention provisoire.
- Les services de la PJJ : interviennent dans le cadre des mesures d'investigation préalables aux décisions du juge puis dans l'application des mesures éducatives et des peines nécessitant un accompagnement.
- Les avocats : deviennent de plus en plus spécialisés pour les mineurs.

Le schéma de la chaîne pénale d'un mineur suit les différentes étapes des procédures judiciaires : mise en cause, poursuite, instruction du dossier, jugement et condamnation. (7) (Annexe N°1)



L'Ordonnance de 1945 a été réformée de nombreuses fois par les politiques publiques, permettant une grande diversification des réponses pénales possibles mais la finalité éducative et d'insertion sociale demeurent la priorité. (2) (4)

### 1.2.1.3. Responsabilité pénale des mineurs

L'âge de la responsabilité pénale coïncide avec l'âge de la majorité pénale soit 18 ans mais elle peut être abaissée à 13 ans dans certains cas.

La loi ne fixe pas d'âge minimum en dessous duquel un mineur ne peut rendre de comptes, seul sa capacité de discernement avec la notion de compréhension de ses actes est pris en considération. (14)

La responsabilité pénale est conditionnée à la faculté de discernement du mineur, ce qui est rappelé dans l'article 122-8 du CP, aucun âge minimal n'est retenu en droit français.

De ce fait, un enfant de moins de 10 ans peut être reconnu responsable et devoir rendre des comptes devant la justice mais il ne peut faire l'objet que de seules mesures éducatives. En pratique, les JE décident que 7 ans est « l'âge de raison ».

Entre 10 et 13 ans, le mineur peut faire l'objet de mesures et sanctions éducatives. On parle d'irresponsabilité pénale absolue des mineurs de moins de 13 ans.

Ce n'est qu'à partir de l'âge de 13 ans, avec la notion de l'irresponsabilité relative, que des peines, en plus des mesures éducatives et des sanctions éducatives, peuvent être prononcées à l'égard des mineurs soit par le JE, soit par le TPE, soit par la Cour d'assises des mineurs et plus récemment le tribunal correctionnel de mineurs. (6) (3)

Ces peines sont clairement précisées dans l'Ordonnance de 1945. (3) Mais un mineur n'encourt jamais les mêmes peines qu'un adulte. Elles deviennent plus lourdes quand l'âge se rapproche de la majorité ne dépassant jamais la moitié de celle d'un adulte. Dans des cas très particuliers d'une extrême gravité, le mineur peut toutefois se voir attribuer une peine égale à celle d'un adulte. (14)

Les classements sans suite et certaines mesures éducatives (les rappels à la loi avec remise aux parents et les admonestations notamment) ont montré une certaine limite face à l'émergence d'une nouvelle délinquance des mineurs. (6) Selon les enquêtes de victimisation, cela participerait à un sentiment d'impunité et d'insécurité ressenti dans l'opinion publique ainsi que chez certaines victimes d'infraction, face aux agresseurs. (15)

Afin de respecter l'ensemble des contraintes de protection des mineurs et de sécurité de la population, de nouvelles dispositions légales ont été prises. La responsabilité devient de moins en moins atténuée surtout en cas de première récidive et peut être exclue en cas de multi-récidives.

#### 1.2.1.4. Dispositions pénales possibles à l'encontre d'un mineur

Un mineur, en fonction de son âge, peut devoir rendre des comptes, être retenu ou placé en garde à vue pour les besoins d'une enquête (16), le juge peut prendre des mesures à titre provisoire (8) sans mesures de restriction (un placement dans un établissement fermé, une mesure de liberté surveillée, une mesure de réparation à l'égard de la victime) ou avec mesures de restriction de liberté (17) (contrôle judiciaire, placement en centre éducatif fermé ou CEF, assignation à résidence, et détention provisoire).

Les mesures éducatives, les sanctions éducatives et les peines sont clairement définies dans l'Ordonnance de 1945 et se présentent sous la forme d'une peine principale, de peines complémentaires éventuelles. Les mesures alternatives aux poursuites sont possibles pour les primo-délinquants. (14)

- Les mesures éducatives consistent en une remise aux parents, remise aux services de l'assistance publique, placement dans un établissement d'éducation ou dans un établissement médical, une admonestation, une mesure de liberté surveillée ou des mesures d'activités de jour. (17)
- Les sanctions éducatives peuvent être un avertissement solennel (admonestation plus sévère), une interdiction de paraître dans certains lieux, une interdiction de fréquenter certaines personnes, confiscation d'objets, mesure d'aide ou de réparation, suivi obligatoire d'un stage de formation civique. La violation d'une de ces obligations peut être sanctionnée par un placement de mineur. (17)
- Les sanctions pénales doivent dès que cela est possible, privilégier le milieu ouvert au milieu fermé par un emprisonnement avec sursis simple, un emprisonnement avec un sursis et mise à l'épreuve, emprisonnement avec sursis et un travail d'intérêt général (TIG). Lorsqu'une peine privative de liberté est prononcée, des mesures d'individualisation d'une peine privative de liberté peuvent l'accompagner (permission de sortir, semi-liberté, placement extérieur, bracelet électronique, libération conditionnelle, suspension ou fractionnement de peine). Un placement dans un CEF dans le cas d'un sursis avec mise à l'épreuve est possible. Dans certains cas la peine de prison sera effective. (17)
- De nombreuses mesures alternatives aux poursuites ont vu le jour pour les mineurs, prononcées par le Procureur de la République en tenant compte de la gravité des faits et de la personnalité du mineur : un rappel à la loi en présence des parents ou représentants légaux, une formation civique, des consultations médicales ou psychologiques obligatoires, une réparation des dommages, le suivi de scolarité jusqu'à la majorité, le TIG à partir de 16 ans ....(6) (17)

Les mesures, sanctions et peines applicables aux mineurs capables de discernement, selon l'infraction (sans caractère de récidive) et la juridiction peuvent être résumées dans le tableau ci-dessous :

		Juge enfant (JE)	Tribunal pour enfant (TPE)	Cour assises mineurs
Délits	Moins de 10 ans	Mesures éducatives		-
	De 10 à 13 ans	Mesures éducatives Sanctions éducatives		-
	De 13 à 16 ans	Mesures éducatives Sanctions éducatives Peines		-
Crimes	Moins de 10 ans	-	Mesures éducatives	-
	De 10 à 13 ans	-	Mesures éducatives Sanctions éducatives	-
	De 13 à 16 ans	-	Mesures éducatives Sanctions éducatives Peines	-
	Plus de 16 ans	-	-	Mesures éducatives Sanctions éducatives Peines

Le JE peut décider à tout moment de renvoyer l'affaire devant le TPE si nécessaire. En cas de récidive d'un délit, le mineur sera présenté devant le tribunal correctionnel pour mineur. (11)

Les juridictions de l'application des peines pour les mineurs sont le JE et le TPE.

L'application des décisions de justice s'est vue confiée à différentes structures.

Initialement par l'Ordonnance du 1<sup>er</sup> septembre 1945, l'éducation surveillée (service du ministère de la justice chargé de la protection et de l'éducation des mineurs délinquants et des enfants en danger) était responsable de l'exécution des peines prononcées par la juridiction des mineurs. (6) (18) (19) (20)

Ensuite par décret du 21 février 1990, l'éducation surveillée devient la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) qui concentre son activité sur la mise en œuvre des décisions pénales concernant les mineurs délinquants. (18) Ce sont les éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) qui interviennent dans le suivi des mesures éducatives, des sanctions éducatives et des peines. Une attention particulière est portée aux mineurs multirécidivistes ou multirécidivants. (6)

Il revient aux services de la PJJ de garantir l'évaluation et la prise en compte des besoins éducatifs des mineurs à chaque moment de la procédure.

L'atténuation de peines privatives de liberté est obligatoire pour les mineurs de 13 à 16 ans mais devient facultative pour les mineurs de 16 à 18 ans. Si la peine encourue pour un adulte est la perpétuité, la peine du mineur ne pourra dépasser 20 ans de prison. (10)

Des aménagements de peines peuvent être proposés : un sursis simple (pour un emprisonnement inférieur à 5 ans), un sursis avec mise à l'épreuve (pour un emprisonnement inférieur à 5 ans, combiné avec une mesure éducative ou un placement en CEF), un sursis-TIG (uniquement pour les mineurs de 16-18 ans), un placement sous surveillance électronique.

Le caractère sexuel de l'infraction soumet les décisions du juge à d'autres contraintes. Ainsi l'expertise psychiatrique est obligatoire selon l'article 706-47-1 du CPP et le bien fondé d'un suivi socio-judiciaire avec ou sans injonction de soins est recherché, même si l'auteur est mineur selon la loi du 17 juin 1998 relative « à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs ». (21) (22)

Le suivi socio-judiciaire, peine complémentaire en Cour d'assises peut devenir une peine principale en matière correctionnelle (TPE pour les mineurs). D'autres peines complémentaires sont possibles comme l'interdiction de fréquenter certains lieux.

Mais pour les délits et les crimes à caractère sexuel grave, la place prépondérante reste accordée à la prison. Des peines de prison ferme peuvent être fréquentes, les peines d'une durée d'environ un an sont les plus représentées. (23)

Le juge peut décider l'inscription au FNAEG (fichier national automatisé des empreintes génétiques) lorsque le mineur est âgé d'au moins 13 ans et si l'infraction est inscrite à l'article 70647 du CCP. (24)

L'âge au moment des faits, la qualification de l'infraction en délit ou en crime, le dossier unique de personnalité avec les antécédents judiciaires sont essentiels et restent les éléments clés lors des prises de décision des juges.

Les décisions judiciaires sont donc toujours adaptées au mineur en fonction des « circonstances et de la personnalité du mineur ». (3)

### 1.2.2. Définition de l'agression sexuelle selon le CP

Toutes les relations sexuelles consenties entre mineurs et d'âge en rapport (moins de cinq ans d'écart) ne sont pas des infractions à caractère sexuel et confèrent l'immunité pénale. La définition de l'agression sexuelle ne dépend pas de l'âge de l'agresseur, elle reste la même que celle-ci soit effectuée par un majeur ou un mineur.

L'agression sexuelle est définie dans le CP, partie législative, dans le Livre II - Des crimes et les 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 3 : Des agressions sexuelles, définit très précisément les différentes infractions à caractère sexuel. (25)

Sont séparés les actes à caractère sexuel commis sans le consentement de la victime mineure ou majeure, qualifiées d' « agression sexuelle » dans le CP et les actes à caractère sexuel sur mineur, commises avec le consentement de la victime, qualifiées d' « atteintes sexuelles sur mineur » dans le CP, Chapitre VII : Des atteintes des mineurs et de la famille, Section 5 de la mise en péril des mineurs. (26)

Dans l'article 222-22 du CP « constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». (27)

L'article 222-22-1 du CP précise que la contrainte peut être physique ou morale. La contrainte morale peut résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime. (28)

Les différentes formes d'agressions sexuelles sont détaillées dans les articles suivants :

Le viol est défini dans les articles 222-23 à 222-26 du CP comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ». Le viol est un crime caractérisé par un acte de pénétration sexuelle non consenti (fellation, sodomie, pénétration digitale ou par divers objets,...) puni de 15 ans de réclusion criminelle. (29)

Un viol est aggravé selon les articles 222-24 à 222-26 du CP par fait de mutilation, par la qualité de la victime (mineur âgé de moins de 15 ans), par la qualité de l'auteur (par ascendance ou personne ayant autorité), par le mode opératoire (en réunion, usage ou menace d'une arme, état d'ivresse ou usage de stupéfiants), est condamné à 20 ans de réclusion criminelle. Par des faits de mort de la victime, est condamné à 30 ans de réclusion criminelle et par des faits d'actes de torture ou de barbarie, est condamné à la réclusion criminelle à perpétuité.

La récidive est générale (pour toute nouvelle infraction) et perpétuelle (sans limite de temps). Le délai de prescription est de 10 ans pour un majeur et de 20 ans à partir de l'âge de la majorité pour un mineur. (29)

Les agressions sexuelles, autres que le viol, sont définies aux articles 222-27 à 222-31 du CP et sont considérées comme des délits punis de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Ces délits peuvent être aggravés selon les mêmes critères que les crimes, la peine passant à 7 ans d'emprisonnement et 100 000 euros. Si plusieurs critères sont présents, la peine passe à 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende. (30)

L'exhibition qui consiste à imposer à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public les parties génitales, constitue une agression sexuelle qui est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. (31)

Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui, soit portent atteintes à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. 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. (31)

La qualification de l'infraction dépendra aussi du statut pénal du mineur.

L'atteinte sexuelle n'est pas une agression sexuelle selon le CP, mais constitue une infraction pénale. Les atteintes sexuelles sur mineur de moins de 15 ans sont définies aux articles 227-25 et 227-26 du CP comme le fait pour un majeur d'exercer sans violence, contrainte, menace ou surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de moins de 15 ans. Il s'agit d'un délit caractérisé par tout acte de nature sexuelle entre un majeur et un mineur de moins de 15 ans puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. (26)

Les atteintes sexuelles sur mineur de 15 à 18 ans sont définies à l'article 227-27 du CP comme le fait pour un majeur ascendant ou ayant autorité de droit ou de fait d'exercer sans violence, contrainte, menace ou surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de 15 à 18 ans. Il s'agit d'un délit caractérisé puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. (26)

### 1.2.3. Particularités des MAICS

#### 1.2.3.1. Épidémiologie des MAICS

Les données épidémiologiques concernant les mineurs sont issues d'études utilisant des définitions et des méthodes très différentes en fonction de leurs sources, médicales ou judiciaires. Les définitions et les sources statistiques sont multiples et peuvent facilement aboutir à des données difficilement exploitables et surtout incomparables entre elles de façon brute. (32) (15)

Différentes qualifications existent : mineurs agresseurs sexuels, mineurs auteurs d'une agression sexuelle, mineurs auteurs de violence sexuelle (AVS), adolescents transgresseurs à caractère sexuel, MAICS, agresseur sexuel auto-rapporté. Le choix de la terminologie se fait soit en fonction de l'approche de considération des valeurs (générale, médicale, thérapeutique, ou juridique) soit en fonction du pays d'origine. Ainsi au Canada on parle d'adolescents auteurs d'abus sexuel (AAAS). (33)

D'après les sources policières, les violences par mineur auraient été multipliées par cinq en vingt ans. Elles seraient considérées comme en partie responsables du sentiment d'insécurité sociale. (34)

L'ONDRP (Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales) exploite et confronte régulièrement les chiffres statistiques de différentes sources officielles dont deux sont principalement utilisées : (15) (35)

- l' « état 4001 » qui est un système d'enregistrement des infractions constatées par les services de police et de gendarmerie nationale. Il permet de dénombrer pour chaque type d'infraction le nombre de garçons et de filles dans les mis en cause.

- les « enquêtes cadre de vie et sécurité » ou enquêtes de victimisation existent en France depuis 2007.

La confrontation des données de ces deux sources permet de montrer que la commission d'infraction n'est suivie que rarement d'un dépôt de plainte. Ainsi moins de 20% des actes de violences physiques ou sexuelles sont suivis d'un dépôt de plainte. (15) (35)

Il en ressort des notions très différentes entre auteur d'une infraction, auteur décrit par la victime, mis en cause et condamnation avec pour chacun, notion des chiffres statistiques différents et variant en fonction des sources. (15)

Puisque les auteurs mineurs bénéficient d'un système judiciaire spécialisé, il est possible d'en exclure quelques statistiques qui leur sont propres pour les crimes et délits. (35)

Dans la publication Grand Angle N°27 de l'ONDRP, la comparaison des différentes sources permet de confirmer la part élevée des mineurs parmi les auteurs de vols avec violence : entre 2005 et 2010, 46 % des mis en cause pour vols violents contre des particuliers sont des mineurs alors qu'il n'est que de 33% pour des vols simples.

Seul 18 % des mis en cause pour coups et violences non mortels sont mineurs et seul 11% des mis en cause pour menaces et chantages dans un autre but que le vol sont mineurs.

Le nombre et la part des mineurs au sein des mis en cause varient en fonction du type de crimes et de délits et en fonction du sexe. Ces distinctions sont nécessaires du point de vue criminologique pour l'analyse des statistiques.

En 2011, 17,7 % des mis en cause sont des mineurs soit 207 274 sujets avec 14,7 % de garçons et 3 % de filles. Les garçons sont plus représentés dans les vols avec violence et dégradation de biens publics alors que les filles bien que moins représentées, ont une part importante dans les vols à la tire (33%), vols à l'étalage et vols contre des femmes (13%).

Une distinction par tranche d'âge est aussi nécessaire sur le plan criminologique et est facilement disponible par « les chiffres clés de la justice » publiés chaque année. (35)

En 2012, le JE a été saisi pour 68065 mineurs avec des répartitions par tranche d'âge, très différentes : exemple 2785 mineurs pour les moins de 13 ans et 32 739 mineurs entre 15 et 16 ans. 65 913 mineurs ont été jugés avec 39 525 en audience de cabinet et 26 388 en audience de TE dont 266 mineurs jugés pour crime. (36)

Au niveau des poursuites 59 637 mineurs ont reçu des mesures et des sanctions définitivement prises dont 3805 avec emprisonnement ferme. (37)

Selon l'Observatoire National de la Délinquance, les 14-18 ans représentent 5% de la population française mais 25% des mis en cause pour viols et agressions sexuelles. (36)

D'après les Statistiques 2007-2008 du Ministère de la Justice, les mineurs de moins de 13 ans représentent 15% des mineurs condamnés pour des infractions sexuelles et 1% des mineurs condamnés pour viol. (38)

Comparé aux données épidémiologiques des adultes auteurs d'infractions à caractère sexuel, celles concernant les adolescents sont moins disponibles et tiennent peu compte de l'hétérogénéité de ce grand groupe (âge, stade du développement, antécédent, mode opératoire,...). Il existe des caractéristiques différentes entre un adolescent de 11-12 ans pré-pubère et un adolescent ayant presque atteint sa majorité. (39) Toutefois l'augmentation des infractions causées par des adolescents a obligé les instances judiciaires et médicales à se pencher sur ce problème. Dans la littérature, la proportion des adolescents auteurs de violences sexuelles varie entre 25 et 50 % sur l'ensemble des agresseurs sexuels avec un âge moyen de 14 ans. (40) (38) Des chiffres similaires sont retrouvés en Amérique, au Canada, en Allemagne mais semblent plus faibles en Suisse. (41)

Une étude de Groth et collaborateurs en 1982, fait apparaître que presque la moitié d'un échantillon de 128 délinquants sexuels (violeurs et pédophiles) ont commis leurs premières agressions à l'adolescence. (42) D'autres études de Abel de 1985 et 1990 confirment que la moitié des agresseurs sexuels adultes ont débuté leur carrière criminelle pendant leur adolescence (avant 18 ans) et que celle-ci s'accompagnait de deux paraphilies. (41) L'étude démontre que l'âge moyen d'entrée dans la délinquance sexuelle est de 16 ans, avec un âge minimum de 8 ans pour les pédophiles et de 9 ans pour les violeurs.

Dans la population carcérale française, il y a environ 16% d'auteurs d'agressions sexuelles adultes, les MAICS représentent seulement environ 1% des détenus. (43)

#### 1.2.3.2. Caractéristiques des MAICS

L'exposition précoce à la violence fait partie des facteurs de vulnérabilité retrouvés et fréquemment cités chez les adolescents auteurs d'agression sexuelle. Plusieurs études le confirment et retrouvent des proportions de 39% d'abus sexuels, 42% de violences physiques, 63% témoins de violences familiales (44), carences affectives et négligences sont fréquentes. (41)

Un modèle familial dysfonctionnel apparaît comme un facteur de vulnérabilité, il est retrouvé chez 85% des adolescents auteurs d'agression. (45) Le modèle paternel est souvent absent ou défaillant. (41)

65% des adolescents agresseurs disposaient au sein de leur domicile, de références sexuelles inadaptées pour leur stade de développement, et d'un accès précoce à la pornographie ou d'une exposition précoce à des actes sexuels. (45)

Lorsque des abus sexuels ont été commis dans l'enfance de l'agresseur (45) ce dernier développe fréquemment une psychopathologie propre avec une moins bonne habilité sociale par des stratégies d'adaptation inefficaces, une difficulté à initier des relations hétéro sociales et par conséquent hétéro sexuelles, l'apparition de paraphilies (46) avec une forte représentativité de l'exhibitionnisme et d'une alexithymie. (41)

Une autre approche est celle d'un passage à l'acte sexuel comme action libératrice pour évacuer la surcharge et ramener au calme intérieur l'appareil psychique. Ces surcharges sont provoquées par des carences affectives précoces, des violences dans l'enfance (physiques ou sexuelles) créant un milieu « insécure » Il en résulte des perturbations multiples tant sur le plan affectif que dans le domaine de la sexualité, de ses représentations et dans ses habilités sociales (alexithymie). L'agression sexuelle serait une stratégie de survie psychique afin d'éviter un effondrement dans des angoisses psychotiques. Ce ne serait pas forcément le plaisir qui serait recherché mais le schéma sensori-moteur qui permet la décharge affective et trouver un apaisement. (47)

Le passage à l'agit permettrait de révéler l'existence de traumatisme non mentalisé mais mémorisé dans le corps. (47)

#### 1.2.3.3. Différents profils de MAICS

- En fonction du profil de l'agresseur

Toute agression sexuelle n'est pas forcément la conséquence d'une pathologie psychiatrique ou d'une déficience intellectuelle, pour la majorité des affaires judiciaires de mineurs, aucune pathologie psychiatrique n'est retrouvée. Un délire chez le schizophrène altérant le discernement ainsi qu'une désinhibition/hypersexualité de l'état maniaque ou une absence de frein des pulsions sexuelles dans le cas d'un retard mental peuvent expliquer certains actes de violences sexuelles mais restent assez rares chez les adolescents.

Un antécédent de trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) traité par psychostimulant le méthyphénidate (Ritaline® ou Concerta®) est retrouvé chez 50% des adolescents agresseurs. (47) (45)

Un enfant peut développer indépendamment ou en association un TDAH, un trouble oppositionnel avec provocation ou un trouble du comportement. L'ensemble de ces troubles du comportement de l'enfant peut conduire un adolescent mineur à réaliser des actes aux conséquences médico-légales, poly-délinquentielles. (39)

Malheureusement, à l'âge adulte, ces troubles peuvent persister dans 50% des cas avec une impulsivité majeure et/ou évoluer notamment pour les troubles du comportement vers des troubles de la personnalité de type antisocial. (39) (48)

La raison du passage à l'acte est complexe et les mécanismes très diversifiés ainsi les conduites de violences sexuelles ne découlent pas d'une organisation psychopathologique unique.

De même la structure « perverse », qui n'est pas une pathologie psychiatrique mais une pathologie sociale, ne se retrouve pas systématiquement chez tous les auteurs d'agression sexuelle et doit être évoqué avec la plus grande prudence dans un rapport d'expertise psychiatrique, surtout chez le mineur puisque la structure de la personnalité n'est pas encore fixée. (49) Seule une tonalité perverse ou des traits pervers peuvent être cités chez le mineur, selon Coutanceau.

Il faut toutefois noter que le lien entre des traits de personnalité et des personnalités criminelles sont retrouvés sans être systématique, car le mécanisme du passage à l'acte est complexe et reste lié aux données situationnelles et/ou sociologiques pouvant même correspondre à un véritable « projet criminel ». (50)

De façon un peu schématique, trois types d'adolescents MAICS semblent se détacher :

- des adolescents mineurs plutôt introvertis, inhibés, peu ou pas expérimentés sexuellement, ayant peu de capacités hétéro sociales (grandes difficultés à initier des contacts sociaux et notamment avec les filles de leur âge). Leurs victimes sont le plus souvent des enfants de sexe masculin. Des comportements de type paraphilie sont fréquents (voyeurisme, exhibitionnisme ou pédophilie). Ces mineurs évolueront plus vers un profil de personnalité évitante, groupe C des troubles de la personnalité. (41)
- des adolescents mineurs plutôt confiants en eux, sexuellement expérimentés, agressant des pairs ou adultes de sexe opposé. Les antécédents poly-délinquents sont importants appartenant souvent à un groupe pro délinquant, incapable de se conformer aux normes sociales. L'agressivité, l'impulsivité, l'irritabilité ou le mépris pour les autres ainsi qu'une absence de remord sont retrouvés. (51) Un TDAH voir un trouble du comportement de type antisocial peut être retrouvé, (41) les comportements de type paraphilie sont rares.

Ces adolescents évolueront plus facilement vers une personnalité antisociale appartenant au groupe B des troubles de la personnalité. (52)

- des adolescents qui agressent à la fois des enfants et des pairs ou adultes. Les paraphilies sont très fréquentes et multiples. (53)

Mais la question de la psychopathie se pose, car certains adolescents montrent déjà des traits psychopathiques, marqués notamment par un manque d'empathie important et une impulsivité. Ils pourront évoluer vers un profil psychopathique. Seulement 15% des personnalités dyssociales correspondent au profil des psychopathes, les autres 85 % étant des pseudos psychopathes au pronostic moins mauvais. (53) Il n'est pas possible de poser un diagnostic de personnalité avant l'âge de 16 ans, suivant les recommandations de l'OMS. (54)

Dans la littérature d'autres traits de personnalité sont retrouvés : (55)

Des éléments de personnalité narcissique peuvent être évoqués surtout dans le cadre de jeunes adolescents agressant en réunion. Le mineur peut présenter un égocentrisme, un sentiment de supériorité et/ou d'être spécial, une arrogance, une absence d'empathie. (52)

Des éléments de personnalité émotionnellement labiles ou de type Borderline, marqués par une impulsivité avec auto et hétéro agressivité, une peur de l'abandon dans les relations intimes, celles-ci étant le plus souvent surinvesties et instables, un trouble de l'image de soi avec un sentiment chronique de vide, un usage de toxiques à visée anxiolytique ainsi qu'une instabilité de l'humeur avec des éléments dépressifs. (52)

- En fonction du profil de la victime

En prenant l'âge de la victime comme élément de comparaison des adolescents auteurs de violences sexuelles, trois groupes bien distincts se forment, ceux agressant uniquement des enfants (majoritairement masculin), ceux agressant leurs pairs ou des adultes (41) et ceux agressant les deux.

Chacun de ces sous-groupes présente des caractéristiques biographiques, cliniques et criminologiques bien différentes. (41)

- En fonction du mode opératoire de l'agression

Un certain nombre d'agressions sexuelles est commis sous l'emprise de l'alcool qui agit comme un désinhibiteur et un facilitateur d'un agir pulsionnel. (51)

L'utilisation d'une arme réaffirme la volonté de porter atteinte et la détermination du sujet auteur de l'infraction, il s'agit d'un facteur élevé de risque de récurrence.

Le mode opératoire dit en réunion (qualification de crime et/ou délit aggravé) (56), est différent de l'agresseur unique, puisque plusieurs agresseurs avec des profils différents vont porter atteinte à une ou plusieurs victimes en même temps. Le traumatisme et les conséquences psychologiques pour la ou les victimes sont très importants. (47)

Le besoin d'appartenance à un groupe se retrouve à la période de l'adolescence, les mineurs s'identifiant à un groupe avec lequel ils partagent les opinions, en général à l'opposé de celles partagées par le milieu familial. (39) Les caractéristiques de ces adolescents sont identiques à ceux agissant seuls mais il y a un effet potentialisateur de groupe avec un passage à l'acte plus facile. Par contre, l'usage de la violence et/ou d'éléments attribués aux troubles de type paraphilie et/ou une tonalité de sadisme, sont plus fréquents car les membres du groupe sont facilement désinhibés et gagnent plus vite en assurance. Si un adolescent présente en plus une tonalité perverse, celle-ci pourra se trouver démultipliée. (48)

Des adolescents de tempérament plus « suiveur » ou moins expérimentés peuvent se faire entraîner dans ce genre d'agression profitant du caractère opportuniste de la situation sans rien enlever au côté répréhensible de leurs actes et à leur totale culpabilité. (39)

Le type de victime sera plus facilement un inconnu et l'agression se déroulera plus souvent dans un lieu public. Le choix de personne vulnérable, plus faible physiquement, plus jeune et/ou déficiente mentale est fréquente. (47)

Même si la recherche de l'appartenance à un groupe se retrouve à l'adolescence, le « phénomène des tournantes » n'est pas un événement « normal » dans l'adolescence. Il est l'œuvre en général de mineurs au profil antisocial appartenant à des groupes d'adolescents.

#### 1.2.3.4. Facteurs de risque de récurrence des MAICS

Il est nécessaire de différencier les caractéristiques des MAICS, des facteurs de risque de récurrence des MAICS. Malheureusement ces données sont fréquemment confondues par certains professionnels. La confusion peut être entretenue du fait que certains facteurs spécifiques aux mineurs correspondent à des caractéristiques des auteurs AICS majeurs.

Prenons par exemple, les antécédents de violence sexuelle dans l'enfance. Selon les statistiques des AICS majeurs, 40% d'entre eux ont été victimes de violence sexuelle dans l'enfance mais selon les études scientifiques menées sur cette population, la corrélation avec le passage à l'acte ou d'une récurrence peut être faible alors que chez le MAICS, la corrélation est très élevée surtout pour la récurrence à caractère sexuel. (45) (57) Il est nécessaire d'étudier les facteurs corrélés aux risques de récurrence dans la population des MAICS. (Annexe N°2)

Les différents types de facteur de risque seront développés dans la partie 1.3.4. « Du risque de la récurrence vers les risques des récurrences ».

#### 1.2.4. Expertise psychiatrique pénale des MAICS

##### 1.2.4.1. Cadre légal de l'expertise psychiatrique pénale

Selon Carol Jonas « l'expertise est un dispositif d'aide à la décision, par la recherche des faits techniques ou scientifiques, dans des affaires où le décideur a des questions hors de sa compétence directe. L'expertise requiert la conjonction des trois éléments : une mission diligentée, la réalisation de celle-ci et un rapport », « l'expertise est destinée à apporter une aide à un mandant. C'est ce dernier qui fixe le cadre du travail que l'on dénomme mission ». (34)

Il dit encore : « les missions peuvent être diverses mais ont toujours pour spécificité de s'imposer à l'expert qui doit répondre aux missions et à elles seules ». (34)

Par contre la mission de l'expert garde des aspects propres à la rencontre médicale : le secret médical et le Code de Déontologie.

L'expert psychiatre est l'assistant du juge et n'a aucune fonction de jugement.

L'expertise pénale est abordée dans le titre III du CPP qui traite des juridictions d'instruction et plus spécialement dans le chapitre 1 relatif au juge d'instruction, section 9. Les règles à suivre sont précisées dans les articles 156 à 169-1.

L'article 156 du CPP précise : « toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique, peut, soit à la demande du ministère public, soit d'office, ou à la demande des parties, ordonner une expertise. Le ministère public ou la partie qui demande une expertise peut préciser dans sa demande les questions qu'il voudrait voir poser..... Les experts procèdent à leur mission sous le contrôle du juge d'instruction ou du magistrat que doit désigner la juridiction ordonnant la mission »

C'est uniquement lorsque l'infraction est portée à la connaissance de la justice, que l'expert psychiatre peut être amené à rencontrer le mineur, victime ou auteur, d'une infraction pénale.

L'article 157 précise que le juge choisit en principe le ou les experts sur les listes établies par le Cour de cassation ou les Cours d'appel. Si l'expert ne figure pas sur une liste, il doit prêter serment.

L'article 158 indique que la mission des experts doit porter sur un aspect technique et non sur le fond de l'affaire.

L'article 161 dit que l'expert informe le juge des développements de sa mission.

L'article 162 permet à l'expert, en cas de besoin, de s'adjoindre des personnes qualifiées par leurs compétences (un sapiteur). L'expert ne doit pas dépasser ses compétences et se récuser lorsque la mission va au-delà de ses connaissances.

L'article 164 autorise l'expert à recevoir des informations d'un tiers hors présence du juge ou des avocats.

Les articles 166 et suivants portent sur la rédaction du rapport.

La loi 2012-409 du 27 mars 2012 dite loi de « programmation relative à l'exécution des peines » a donné une place particulière à l'expertise psychiatrique pénale ayant pour objectif :

- Garantir l'efficacité de l'exécution des peines en réduisant la peine en attente d'exécution ;
- Renforcer les dispositifs de prévention de la récidive ;
- Améliorer la prise en charge des mineurs délinquants.

La prévention de la récidive devient un axe majeur de la prévention de la délinquance et consiste en une prévention tertiaire. (58)

Lorsque l'expression « prévention de la récidive » est utilisée dans les textes officiels et légaux, le terme récidive n'est plus utilisé au sens strict du point de vue légal mais dans un sens plus général de la réitération. (58)

#### 1.2.4.2. Différents temps des expertises psychiatriques pénales

Ils sont identiques à ceux de l'expertise pour un sujet majeur.

Actuellement en France, les expertises pour mineurs sont surtout demandées dans les cas d'agressions sexuelles. (59) (34)

- Expertise psychiatrique sur réquisition, dite de garde à vue

Elle fait partie des expertises pré-sentencielles mais se pratique sur réquisition, dans l'urgence (Article 77-1 du CPP).

Les mineurs peuvent être placés en garde à vue, mais cela reste exceptionnel et surtout réservé à des situations très encadrées sur le plan juridique.

Les expertises dans le cadre d'une garde à vue peuvent être demandées afin de vérifier la compatibilité de l'état psychique avec cette restriction de liberté. Toute la difficulté réside dans le fait de trouver des psychiatres, et qui plus est, qualifiés en pédopsychiatrie.

L'objectif de cette expertise est de dépister des troubles psychiatriques qui nécessitent une hospitalisation et contre-indiquent un maintien en garde à vue. L'indication d'une hospitalisation à la demande du représentant de l'état peut être demandée conformément à la loi du 5 juillet 2011. (60)

De plus en plus, de questions sur une éventuelle indication de soins, voire sur la mission de la dangerosité sont parfois posées à ce stade, dans une certaine urgence, afin de faciliter les procédures, éviter des délais longs, des reports d'audience et limiter les frais. Mais cette démarche de plus en plus demandée, relativement appréciée par la justice, est fortement critiquée par certains experts.

- Expertise psychiatrique pré-sentencielle et sentencielle

Les expertises psychiatriques pré-sentencielles sont demandées par le juge d'instruction ou le JE occupant cette fonction pendant le temps de l'enquête de l'instruction.

Elles sont demandées par le JE pour une audience en cabinet ou pour un jugement en chambre correctionnelle ou pour un jugement devant le tribunal des assises, le temps du jugement. A ce stade une nouvelle expertise peut être demandée, parce que le délai de validité de l'expertise est dépassé ou pour faire le bilan de l'évolution possible, positif ou négatif, quelques années plus tard.

La saisine de l'expert est obligatoire en matière criminelle et pour les infractions à caractère sexuel, aussi bien pour les majeurs que pour les mineurs.

La mission d'expertise psychiatrique comporte les missions types qui sont identiques à celles des majeurs à savoir :

- Existence d'un trouble chez le sujet et analyse clinique.
- Relation éventuelle entre ce trouble et les faits reprochés.
- Existence ou non d'une cause d'irresponsabilité en lien avec l'article 122-1 alinéas 1 et 2 du CP.
- Dangerosité.
- Accessibilité à une sanction pénale.
- Curabilité et réadaptabilité.
- Utilité éventuelle d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.
- Liberté du juge de poser toutes missions qu'il juge nécessaire.

A ce stade de la procédure, le mis en examen ou accusé n'est pas jugé et bénéficie encore de la présomption d'innocence. Le psychiatre expert doit faire preuve de beaucoup de réserve lorsque l'expertisé nie les faits.

L'expert psychiatre doit rechercher une pathologie psychiatrique chez le sujet, comme une psychose, une dépression, un trouble de l'humeur ainsi que des troubles de la personnalité ou des troubles « névrotiques » et si ce trouble est intervenu au moment des faits. La difficulté réside dans le caractère rétro prospectif de cette recherche.

- Expertise psychiatrique post-sentencielle

Elle est demandée par le juge d'application des peines lorsqu'il envisage un aménagement de peine (permission, libération conditionnelle, bracelet électronique,..), cette expertise est souvent appelé « expertise de pré libération ou de conditionnelle ». Le sujet a été reconnu coupable, il ne se pose plus la question de la responsabilité mais celle de la dangerosité en milieu libre avec le besoin d'évaluer le risque de récidive d'actes identiques ou différents.

Comme peu de condamnations à des peines de prison sont prononcées pour les mineurs, il y a peu d'expertises post-sentencielles de « libération », de plus le condamné devient souvent majeur au moment de l'ordonnance.

Une expertise peut aussi être demandée par le juge pour prononcer ou réactualiser une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire selon la gravité des faits conformément à la loi du 17 juin 1998. (21)

Cette expertise comporte des missions différentes sur la présence de troubles psychopathologiques, d'une organisation perverse, des troubles de la préférence sexuelle, une dangerosité pour lui-même ou pour autrui et si oui, si cette dangerosité est psychiatrique ou criminologique, l'évolution du sujet, la nécessité d'un traitement, d'un suivi ou d'une injonction.

### 1.2.4.3. Particularités de l'expertise psychiatrique pénale du fait de minorité

Toute la difficulté pour l'expert est de tenir compte de cette capacité du mineur à évoluer, son évaluation expertale n'étant qu'une photographie à un moment T d'une situation donnée qui peut très vite se modifier (favorablement ou non). (34) (59)

- Du fait de l'expérience de l'expert

En théorie et selon l'Audition Publique du 25 et 26 janvier 2007, il est souhaitable que l'expert soit spécialisé dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence dans l'intérêt du mineur. (54) Il est indispensable qu'il ait développé des qualités d'écoute et de communication avec un enfant.

Mais la réalité d'exercice est différente, la pénurie d'expert est très importante dans certaines régions essentiellement pour la Cour de cassation. Ainsi un certain nombre de mineurs se voient expertisés par des professionnels qui n'exercent pas ou plus en pédopsychiatrie mais en psychiatrie générale ou ont peu de connaissances en psychiatrie légale.

- Du fait de la minorité de l'expertisé

L'âge du sujet expertisé n'influence pas le déroulement des temps de l'expertise psychiatrique.

Mais les expertises, rencontres singulières, sont imposées au sujet et nécessitent une technique particulière qui doit être adaptée à l'âge du mineur et à son stade développemental. L'obligation d'information faite à l'expert de sa mission n'est en rien dispensée par l'état de minorité du sujet.

Il faut vérifier qu'il comprenne bien la situation d'expertise, les faits qui lui sont reprochés et les conséquences qui en découlent. (34) (51)

L'expert doit évaluer une éventuelle immaturité sur le plan cognitif, affectif et émotionnel en fonction du stade de développement du mineur expertisé. Il explique si besoin, au juge, en quoi elle est intervenue dans le passage à l'acte. Il doit rechercher le niveau cognitif réel du sujet, son rapport au temps et à l'imaginaire.

L'évaluation se fait sur un plan psycho-dynamique. (59)

Certains experts souhaitent la présence des parents afin de confirmer les antécédents, l'histoire familiale, l'évolution scolaire...mais les parents ne peuvent rester durant l'ensemble de l'expertise (sauf si l'expert en informe le juge). L'expert peut leur demander d'apporter certains documents : carnet de santé, bulletins scolaires, comptes rendus médicaux,...

L'expert devra trouver rapidement le moyen de rentrer en contact avec le mineur surtout s'il est adolescent, car il peut être arrogant, évitant, agressif, cynique, mutique dépressif, traumatisé...

- Du fait du type d'infraction

Pour chaque type d'infraction et situation clinique, l'expert doit adapter ses questions. La connaissance des antécédents médicaux et judiciaires est essentielle mais souvent difficile à obtenir et doit alors être notifiée dans son rapport. (34) En ce sens, l'expertise de MAICS ne diffère pas de celle de l'adulte.

Exemple, pour des infractions à caractère sexuel, une évaluation spécifique est nécessaire. Il faut explorer, les rapports entre la clinique et l'acte reproché, la biographie du sujet ainsi que sa sexualité aux moments des faits et au moment de l'expertise, par les éléments suivants : (34)

- développement de la sexualité depuis la petite enfance
- existence ou non d'abus allégués
- orientation de la sexualité en fonction des divers âges de la vie
- âge des premières relations complètes
- rapport sexualité et affectivité
- type de relation avec les partenaires
- intensité de la vie sexuelle (hyper ou hypo sexualité)
- déviations éventuelles
- visionnage de matériel pornographique et contexte de visionnage
- évolution de la sexualité au fil du temps
- recherche de la vie imaginaire confrontée au monde réel
- conséquences de l'infraction

Cependant dans la forme, l'expert doit s'adapter au langage de l'enfant et respecter son stade de développement. Une grande habilité professionnelle de la part de l'expert psychiatre est exigée. Toutefois, certains experts s'interrogent sur les conséquences que l'expertise peut avoir sur un jeune en devenir. (54) Pour Vaucher Neil, l'expertise marque un temps important dans la vie de l'adolescent, lui permettant de commencer un travail psychique sur ses actes.

### 1.3. Dangersité et risque de récidive

#### 1.3.1. Historique du concept de dangersité en psychiatrie légale

La notion de danger a existé depuis fort longtemps et certainement depuis que l'humanité existe. Son évaluation était principalement subjective et éventuellement guidée par le sentiment de peur face à une situation ou à une personne et par l'affectivité. (61)

Le Littré, définit le terme de dangereux comme « un sujet qui a pouvoir de nuire, en qui on ne peut se fier »

Avant que le concept de dangersité n'apparaisse, les philosophes réfléchissaient déjà à la problématique posée par le comportement de certains individus. Au siècle des Lumières par exemple, l'auteur d'une infraction est considéré responsable car il a volontairement porté atteinte au contrat social et doit être en ce sens puni. Cependant les philosophes s'intéressent à l'intention morale de l'acte ainsi certains auteurs comme les mineurs peuvent être considérés moins responsables (mais pas pour le système judiciaire de l'époque). (62)

Ainsi plusieurs notions finissent par se distinguer, un comportement dangereux (action ponctuelle et supposée réversible), une situation à risque (situation qui lorsqu'elle se réalise présente un risque de survenu de danger supplémentaire), et un état dangereux (constant dans le temps). (48)

Le concept de dangersité apparait au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle dans le cadre des sciences sociales et plus précisément dans les sciences émergentes de la criminologie

développé par Lombroso (1835-1909). C'est Raffaele Garofalo, élève de Lombroso qui sera le premier à utiliser ce terme qui se répandra rapidement. Initialement, il qualifie les criminels dit « d'habitude » ou « professionnels », le terme verra son utilisation étendue aux agresseurs violents et sexuels au courant du XX<sup>ème</sup> siècle.

(62) (48)

Le concept de dangerosité est finalement assez difficile à définir tant il a subi d'évolutions historiques, cette notion garde en fait toute son ambiguïté puisqu'il n'existe au travers des écoles de pensée et des époques, aucune définition homogène sur le plan criminologique ou juridique. (48)

Plusieurs éléments se retrouvent toutefois dans les différentes définitions : la présence ou non de trouble mental, le type d'infraction, la recherche d'une punition par la société, soit adaptée à l'acte, soit sécuritaire. Dès lors plusieurs questions se poseront sur le plan clinique et pénal.

Les premières réflexions porteront sur l'irresponsabilité pénale d'une infraction. Elles trouveront leurs places juridiques dans les Codes Pénaux successifs de 1810 puis de 1990. Ainsi certaines maladies (avec l'article 64 puis avec l'article 122-1 alinéa 1 et 2 du CP) ou certaines situations de commission de l'infraction peuvent conduire, sous conditions, à une irresponsabilité pénale totale ou à une responsabilité atténuée.

Le deuxième type de réflexions a débuté en même temps que la notion de dangerosité est apparue et celles-ci font toujours débat aujourd'hui. Actuellement elles portent sur la présence d'éléments permettant de prédire la commission d'un acte criminel futur.

Ainsi plusieurs concepts de dangerosité se succéderont sur le plan historique guidés le plus souvent par des approches philosophiques très différentes voir en contradiction.

L'évolution historique du concept de dangerosité peut se résumer schématiquement par trois grands concepts philosophiques.

L'approche positiviste définit le concept de la dangerosité « scientifique », l'approche humaniste celui de la dangerosité « judiciaire » et l'approche victimiste celui de la dangerosité « sociale ». (48)

Le concept de la dangerosité scientifique est fondé par Lombroso dans la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle avec l'école positiviste italienne. Dans cette approche théorique, l'auteur de l'infraction ne dispose pas de son libre arbitre mais est

déterminé, c'est-à-dire qu'il agit en fonction de facteurs individuels (biologiques, psychiatriques, ...) et environnementaux (relationnels, ...). C'est la rencontre de dispositions ou facteurs intrinsèques et de situations extérieures qui constituent la dangerosité de l'individu. Aucune cause d'irresponsabilité n'est retenue, pas même pour les déments ou les mineurs. L'individu dangereux doit être puni en raison du dommage social qu'il a créé et son action justifie que la société cherche à l'identifier puis le neutraliser par une sanction pénale et/ou un traitement médical. Le positivisme cherche à traiter l'être et non son acte et ne s'intéresse pas à l'intention morale de l'acte. La protection sociale reste la priorité avec la défense du principe d'individualisme des peines. La dangerosité scientifique sera fortement critiquée d'une part car elle permettra et justifiera des internements « thérapeutiques » sans limite de temps et d'autre part puisque la dangerosité peut se retrouver complètement dissocié de l'acte accompli.

La mission de la curabilité de l'individu provient de ce concept, surtout en cas de récidive. (62) (48)

Le concept de la dangerosité « judiciaire » apparaît dans la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle à partir des théories humanistes des organisations de protection des droits fondamentaux notamment des auteurs d'infraction. En France, c'est Marc Ancel qui développera la « défense sociale nouvelle » défendant l'humanisation des peines. La détermination de la volonté de l'auteur d'une infraction est essentielle. Ainsi la peine (ou le châtement) est justifiée lorsque l'auteur est responsable mais il faut que l'intentionnalité de l'acte soit retrouvée. Le peine doit être la plus adaptée possible mais dans un but de réinsertion sociale (ou resocialisation).

Dans ce concept, la relation de l'auteur avec la société est toujours présente mais la victime n'a pas encore sa place.

La question de l'accessibilité de la sanction découle de ce concept ainsi que celle de la réadaptabilité.

Le concept de la dangerosité « sociale » ou « criminologique » émerge à la toute fin du XX<sup>ème</sup> siècle sous la pression des mouvements de défense des victimes. La principale caractéristique de ce concept est de se pencher sur la potentialité de la commission de nouvelles infractions avec la nécessité d'évaluer la probabilité du risque de récidive dans la vie future de l'auteur de l'infraction. La protection de la

société, par la prévention de la récidive, devient la priorité. Ainsi la dangerosité de l'auteur d'une infraction ne sera plus uniquement définie à partir de l'évaluation de ce qu'il est (présent et/ou passé), de ce qu'il a fait mais sera estimé pour des actes futurs qui sont à risque de se réaliser. (62)

Le concept de la dangerosité « criminologique » est fortement critiqué par certains professionnels d'horizons divers depuis les dernières évolutions. Les modifications juridiques de 2008 et 2010 soulèvent de nombreuses interrogations car elles permettent de maintenir quelqu'un en rétention de sûreté (procédure visant à permettre le placement dans un CSMJRS, de prisonniers ayant exécuté leur peine mais présentant un risque très élevé de récidive parce qu'ils souffrent d'un trouble grave de la personnalité). (63)

Historiquement la dangerosité des mineurs n'a suscité qu'un intérêt à minima puisqu'elle ne se différenciait pas de celle des adultes. Peu de recherches seront effectuées en dehors du cadre de la théorie de l'hérédité des gènes de la violence considérant la criminalité à cette époque comme une fatalité et permettant ainsi d'expliquer la dangerosité des adultes.

La question de la délinquance des mineurs émergera au début du XXème siècle et se posera surtout à partir de la seconde guerre mondiale avec une prise de conscience de la nécessité d'aide éducative pour les mineurs. L'aboutissement de cette réflexion sera l'Ordonnance du 2 février 1945 maintes fois remaniée depuis. Il faut attendre ces dernières décennies pour trouver des études scientifiques spécifiques aux mineurs sur le plan international. (2) (5)

### 1.3.2. Dangerosité

#### 1.3.2.1. Définition au sens pénal

Bien que son évaluation soit demandée dans le cadre des expertises psychiatriques, il n'existe pas de définition de la dangerosité dans le CP. Il peut être difficile alors pour les intervenants provenant de divers horizons de parler de la même chose.

La première notion de l'évaluation de la dangerosité apparaît en 1958 dans le cadre de l'expertise psychiatrique avant le procès dans le cadre de l'instruction et dans le

cadre d'expertises diligentées par le juge d'application des peines pour l'examen d'une demande de libération conditionnelle.

Avec la 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, l'expertise post-sentencielle avec l'évaluation de la dangerosité a vu le jour. (1) La question de la dangerosité quitte le champ de la notion de responsabilité pénale dans lequel elle pouvait éventuellement intervenir pour établir une irresponsabilité pénale (pour trouble mental et neuropsychique), pour rejoindre celui du sécuritaire.

Un certain nombre de loi, sur le sujet de la récidive dont la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 qui renforce la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs et fixe les peines planchers. (64)

C'est avec la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative « à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » dite loi « de rétention de sûreté » qu'est introduite la possibilité de prononcer des mesures de suivi ou d'enfermement, sans qu'aucun terme prévisible ne soit précisé lors de la décision. La loi fait relever de la rétention de sûreté « les personnes présentant une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité ». (65)

Puis la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tend à amoindrir le risque de récidive criminelle et porte diverses dispositions de procédure pénale permettant la création de CSMJRS. (63)

L'autorité judiciaire peut demander aux experts de répondre lors de la mission à l'évaluation de la dangerosité. Eventuellement elle demande une précision sur le risque de dangerosité souhaité, en séparant le risque de dangerosité psychiatrique du risque de dangerosité criminologique voire du risque de dangerosité sexuelle dans le cas d'une infraction à caractère sexuel. Puisque la dangerosité demandée n'est pas un fait réellement établi mais une notion probabiliste de la dangerosité future, certains juges peuvent compléter la mission par une évaluation du risque de récidive. (59) (34)

Du point de vue judiciaire, il y a évolution du concept de dangerosité vers le risque de récidive et la prévention de la récidive des mineurs.

Dans la loi N°2007-297 du 5 mars 2007, relative à la prévention de la délinquance, l'objectif est de mieux prévenir cette délinquance en améliorant la prise en charge des mineurs et en évitant ainsi la récidive. (66) (67)

Le traitement de la délinquance des mineurs devient une politique publique à part entière. Des conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD) sont créés par décret N° 2007-1126 du 23 juillet 2007. (6) Cependant cette loi a été difficile dans son application.

Le décret N°2010-1667 du 29 décembre 2010 relatif à l'organisation du ministère de la Justice définit les actions de la direction de la protection de la jeunesse dans l'article 7, réaffirmant ainsi les missions de celle-ci en faveur de la prévention de la délinquance et de la récidive. (6)

A partir de septembre 2012, les travaux de la conférence de consensus de la prévention de la récidive ont débuté, et le rapport intitulé « Pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive : Principes d'action et méthodes » a été remis le 20 février 2013. (68)

### 1.3.2.2. Définition médico-légale

Le terme de « dangerosité » n'est apparu en France que dans les années 1969. (69) Ce terme est de fait assez récent et les définitions sont très différentes selon les axes considérés par les auteurs : théorique, clinique, criminologique,...

Lopez et Bornsteins en critiquent le signifié plus que le mot, « cet ouvrage de criminologie devait s'intituler « L'Homme dangereux », tant il est difficile de s'affranchir de cette notion de « dangerosité », fondatrice de la criminologie clinique classique ». (70)

Il est, de nos jours sur le plan théorique, plus classique de différencier certaines notions :

- la dangerosité : (constante)
- l'état de dangerosité (+/- constant) : ensemble des réactions d'adaptation internes ou externes de l'état de l'individu (71)
- le comportement dangereux (transitoire) traits préexistants latents qui peuvent se déclencher dans un contexte particulier (69)
- la situation dangereuse (ponctuel) : apparait quand une situation est perçue comme un danger, une agression. Concept développé par Buffard. (72)

Cette classification, simpliste est vite ébranlée par d'autres concepts.

Pour Senninger « l'état dangereux devient un complexe de conditions sous l'action desquelles il est probable qu'un individu commette un délit ». (73)

Bornstein et Rymond vont même plus loin en concluant qu'il n'existe que des notions de situations de danger. (69) Ces situations présentent trois éléments, l'auteur, la victime et le tiers, qui est représenté par la loi.

La définition de la dangerosité est aussi différente selon les écoles de pensée psychiatrique (en lien avec une pathologie), psycho-criminologique (en lien avec l'environnement) et néopositiviste (en lien avec le déterminisme). (62) (74)

De Montleau propose quant à lui de la différencier selon trois champs : médecine légale et criminologie (notion de récidive), intervention sociale (notion de rapport de force entre les gens) et la clinique psychiatrique (repérer des configurations symptomatologiques susceptibles d'influencer la dangerosité). (48)

Ainsi la notion de dangerosité est une donnée très subjective, difficilement définissable, qui évolue en fonction de nombreux facteurs extérieurs, eux-mêmes sous influence et qui n'échappe pas à la médiatisation de certaines affaires de récidive ainsi qu'au besoin sécuritaire de l'opinion publique.

Pour Michel Benezech, aucune définition n'est valable actuellement car elle dépend trop de concepts historiques ou du langage courant. (71)

Le caractère dangereux d'un individu est lié à la présence ou non d'un processus psychopathologique ou d'une maladie psychiatrique, de son évolution, de sa prise en charge actuelle et de son risque criminogène.

Finalement si la définition de la dangerosité ne fait pas consensus, les auteurs s'accordent sur les éléments nécessaires afin d'évoquer la dangerosité d'un sujet : connaître son passé et son présent, étudier différents aspects de sa vie dans des domaines très variées, explorer les sphères affectives et sociales (couple, enfance, travail, activité, financier, enfants et famille) et les antécédents médicaux et judiciaires. Il est indispensable que l'évaluation se fasse de façon longitudinale sur la durée de l'existence par son histoire de vie et transversale au moment T de l'expertise. L'exploration de la dangerosité nécessite de connaître l'individu et son environnement. (34)

Pour les mineurs il est nécessaire d'évaluer en plus le niveau de développement intellectuel et affectif, l'imaginaire, les stades de développement pubertaire, la connaissance en sexualité.....

La dangerosité peut être évaluée au sens général ou en séparant la dangerosité psychiatrique et criminologique. Cette distinction, pratique d'un point de vue intellectuel est contestée par le Professeur Gravier sur le plan clinique. (48)  
De plus en plus la dangerosité est considérée comme dynamique et la séparation de dangerosité psychiatrique et criminologique peut devenir difficile. (48)

Si l'intervention du psychiatre en matière de dangerosité et de récidive, n'est pas nouvelle, il semble qu'un certain nombre de psychiatres contourne la question dans le cadre de leurs expertises. « Notre analyse d'un large échantillon d'expertises montre en effet que certains experts n'y répondent pas, et que d'autres se contentent de répondre à la question de la « dangerosité psychiatrique » esquivant la question de la dangerosité « criminologique ». (75) Rappelons juste la pétition faite par les psychiatres en 2008 « non à la prescription de la perpétuité sur ordonnance » refusant « de prédire les actes criminels d'une personne ».

### 1.3.2.2. Dangersité psychiatrique

Selon l'HAS, la dangersité psychiatrique fait référence au risque de passage à l'acte hétéro et/ou auto-agressif lié à la présence d'un trouble mental chez un individu. (75)

Pour Gravier, la dangersité réside uniquement en la manifestation symptomatologique liée à l'expression directe de la maladie. (48) Cette distinction a été réaffirmée au cours de l'Audition Publique sur l'expertise psychiatrique. (54)

Son évaluation repose sur une connaissance psychopathologique très rigoureuse de la part de l'expert.

Pour les mineurs, comme l'indiquent les Recommandations de la commission d'audition, « d'exiger que l'expert désigné pour évaluer un mineur (auteur ou victime) possède une compétence en pédopsychiatrie ou en psychiatrie de l'adolescent par sa formation et par une pratique régulière de la spécialité » (32)

Toutes les difficultés de l'évaluation de la dangersité psychiatrique résident en la présence ou non d'une pathologie, de sa stabilité clinique, et de sa prise en charge thérapeutique.

Certaines pathologies ont une réputation de haute et systématique dangersité psychiatrique ce qui n'est pas validée par la littérature internationale. L'exemple le plus fréquemment retrouvé est la schizophrénie mais les troubles de l'humeur avec la maladie bipolaire et la dépression sont aussi cités. La notion du « fou dangereux » longtemps pratiquée laisse de nombreux stigmates. (69)

La dangersité psychiatrique dépendant fortement du type de pathologie, de son évolution, Senninger propose en 2007, une classification en tenant compte de la trajectoire du patient, ainsi il définit :

- le patient « dangereux précoce » inaugurant ses troubles psychiques par un acte délictueux ;
- le patient « dangereux tardif » passant à l'acte après une longue maturation des troubles ;
- le patient « dangereux par intermittence » dont la dangersité suit l'évolution de sa maladie par intermittence (comme dans les troubles bipolaires)

- le patient « dangereux aigu » passant à l'acte de façon brutale sans forcément de lien avec sa pathologie.
- le patient « dangereux chronique » dont le fonctionnement par la violence semble être une nécessité vitale impérieuse. (76)

Ainsi il n'existe pas de lien simple entre pathologie psychiatrique, passage à l'acte et dangerosité. Pour les mineurs AICS, la présence de troubles psychiatriques est très rare. La quasi-totalité des agressions sexuelles sont perpétrées par des mineurs qui ne sont pas atteints de troubles psychiatriques. (33) (77) (78) (79) (80)

### 1.3.2.3. Dangerosité criminologique

Selon Christian Debuyst, « la notion de dangerosité, une maladie infantile de la criminologie », « la dangerosité criminologique est la probabilité que présente un individu de commettre une infraction, que cette infraction soit contre les biens ou les personnes ». (75)

Elle est définie par des éléments environnementaux et sociétaux majorant ou diminuant le risque de passage à l'acte. Fortement critiquée par certains experts qui considèrent que l'évaluation criminologique se base uniquement sur des éléments immuables pour valider ses concepts de lien de causalité de l'acte. La corrélation entre l'existence du risque du passage à l'acte serait en fonction de caractéristiques souvent extérieures au sujet comme son insertion-socioprofessionnelle. La nécessité de connaître certains éléments de la vie du sujet est primordiale comme les antécédents judiciaires, ce qui peut poser un certain problème en France avec les lois sur la protection des mineurs. De plus en plus la dangerosité criminologique s'oriente vers les éléments de vie modifiables ou dynamiques.

La prise de stupéfiants ou toxiques s'évalue dans la dangerosité criminologique. Qu'en est-il d'une prise d'alcool à visée anxiolytique, chez un patient atteint d'une pathologie psychiatrique en phase de décompensation ? La frontière peut devenir difficile à établir.

### 1.3.3. Évaluation de la dangerosité et recherche scientifique

Dès que des recherches ont été menées sur la dangerosité et que les besoins d'une évaluation ont émergé, cette mission a été confiée aux spécialistes de la santé mentale. Ainsi les aliénistes, neuropsychiatres, puis psychiatres et psychologues se sont penchés sur le sujet.

L'évaluation de la dangerosité ne date pas du XXème siècle, mais la littérature spécialisée sur le sujet commence à apparaître à partir des années 1960. Date à partir desquelles les professionnels en charge de cette évaluation vont commencer à remettre en cause leur pratique. Cette volonté de réflexion sera aussi induite par des faits judiciaires ayant principalement marqué Outre-Atlantique.

Deux affaires bouleverseront les acteurs concernés : l'affaire du jugement Baxstrom C. Herold en 1966 et l'affaire du jugement Dixon. (61)

Dans la première affaire, suite à un jugement pénal aux USA, 967 patients d'une unité de haute-sécurité ont été soit libérés, soit transférés vers des unités peu sécurisées. Pendant quatre ans cette cohorte a été suivie et l'étude de Steadman et Coccoza a montré que seulement 3 % d'entre eux ont été à nouveau emprisonnés ou internés dans un hôpital sécurisé et 20 % avaient commis des actes illégaux pour la plupart non violent.

Dans l'affaire Dixon, le jugement d'une Cour fédérale, toujours aux USA, avait jugé anticonstitutionnelle l'hospitalisation sous contrainte de 414 patients qui ont été libérés. La récurrence violente n'a été que de 13,8 % dans cette population en 1979.

De nombreuses études ont été menées ensuite aux Etats-Unis, aboutissant finalement à l'idée que l'évaluation de la dangerosité était surestimée dans de nombreux dossiers.

Etude	Années d'observation	Sujets évalués dangereux		Sujets évalués non dangereux	
		Récidive	Non récidive	Récidive	Non récidive
Kozol et al. 1972	5	35%	65%	8%	92%
Steadman et Coccoza, 1974	4	20%	80%		
Coccoza et Steadman 1976	3	14%	86%	16%	84%
Steadmen 1977	3	41%	59%	31%	69%
Thornberry et Jacoby, 1979	4	14%	86%		
Webster et al. 1984	2	24%	76%	21%	79%

Tableau : études concernant la validité des évaluations cliniques non structurés de la dangerosité (61).

Ces d'études posent le problème de la définition de la dangerosité et de la non-dangerosité, de la récurrence et de sa durée.

#### 1.3.4. Du risque de la récurrence vers les risques des récurrences

##### 1.3.4.1. Généralités

Évaluer un risque de récurrence revient à évaluer un comportement humain qui dépend de plusieurs facteurs bio-psycho-sociaux. Le comportement humain n'est pas prédéterminé ni par des gènes, ni par l'appartenance à un groupe et ne peut se réduire, pour les mineurs, à une simple histoire familiale de délinquance. Si tel était le cas, l'évaluation serait très simple, il suffirait de repérer l'ensemble des facteurs entraînant

de façon systématique un certain type de comportement, puis de rechercher leur présence ou non chez le sujet à évaluer et d'en déduire un niveau de risque qui serait fiable, significatif et reproductible.

Mais le comportement d'un individu n'est pas non plus totalement libre de toutes contraintes, ne dépendant d'aucun facteur intrinsèque ou extrinsèque. Dans ce cas précis, aucune évaluation ne serait alors envisageable puisque le comportement resterait entièrement imprévisible.

Cet aspect pluri factoriel du comportement de l'humain est fondamental pour envisager une évaluation surtout dans le domaine de la psychiatrie légale.

Ainsi, même si certains facteurs de risque peuvent être retrouvés lors d'une évaluation, l'individu expertisé garde une autonomie d'action avec une partie de libre arbitre dans le choix et la réalisation de ses désirs. Le comportement d'un individu n'est pas figé dans le temps mais est en constante évolution et dans l'hypothèse où l'individu souhaiterait rester immuable, le monde qui l'entoure, en mouvement perpétuel, continuerait de l'influencer même contre sa volonté.

L'évaluation du risque de récidive dépend donc de facteurs intrinsèques mais aussi de facteurs extrinsèques à l'individu que l'expert doit rechercher.

Mais comment le professionnel peut-il les connaître ? Par la formation, par l'intuition, par son unique expérience professionnelle ? Un facteur de risque représente-t-il toujours le même risque en fonction de l'acte ou de l'individu qui a commis cet acte ? Seules des études précises permettent d'identifier de manière scientifique les facteurs intervenant dans la récidive et d'écarter une subjectivité qui entraîne un risque de surévaluer le risque de récidive.

Cette notion est très présente pour les mineurs dont la structure psychique est encore en évolution et dont les caractéristiques criminologiques ne peuvent se calquer sur celles des auteurs majeurs.

L'évaluation du risque de récidive reste un pronostic de récidive qui ne peut prétendre à une exactitude. L'évaluation du comportement garde toujours une part d'imprévisibilité qui peut dépendre soit de la partie libre de l'individu, soit des limites physiques et psychiques qui s'imposent à lui.

Mais cette évaluation devrait tendre vers un degré d'exactitude plus précis surtout si l'on tient compte des conséquences pénales que cette évaluation peut avoir pour l'avenir du mineur.

#### 1.3.4.2. Concept du risque de récidive

Un risque est défini comme « un évènement dont l'occurrence ne peut être prédite avec exactitude ». L'évaluation du risque de récidive et par conséquent l'évaluation de la dangerosité demandée dans les expertises psychiatriques pénales n'est rien d'autre qu'une probabilité de la survenue d'un évènement médico-légal, donc une mesure de cet acte.

Toute évaluation suppose une méthode rigoureuse et au vu de l'importance de l'expertise psychiatrique dans la procédure pénale, la subjectivité devrait être écartée en faveur du maximum d'objectivité.

Afin d'étudier la récidive, les chercheurs se sont servis de la méthode dite « des courbes de survie ». Il faut faire attention à la lecture de cet outil car les pourcentages de récidive sont cumulatifs. Le lecteur ne doit pas se tromper en affirmant par exemple que « plus le temps entre l'agression sexuelle et l'évaluation augmente, plus l'agresseur a de risque de récidiver sur le plan sexuel ». En effet, les études ont montré que le risque est nettement majoré dans la période qui suit l'agression, et situent la période de risque maximum entre 0 à 5 ans. Puis le risque diminue progressivement pour différentes raisons (la principale étant l'âge de l'agresseur). (81)

Ce type d'étude a permis de rechercher et d'identifier très clairement des facteurs de risque de récidive en fonction du type de population d'agresseur (libre, incarcéré, libéré,...) et des profils criminologiques. Le type de récidive a ainsi été étudié. Un grand nombre de variables a été identifié comme le temps écoulé, l'âge de l'agresseur, le type d'agression,... (61) (81)

Mais dans le domaine de la médecine, de la sociologie, de la criminologie et de bien d'autres, le risque dépend du type de variable qui n'est pas toujours quantifiable, c'est-

à-dire non mesurable par une observation directe. (82) Comme l'anxiété, la capacité de gestion du stress, l'impulsivité,....

Ces variables sont appelées variables latentes, traits latents, attributs ou encore facteurs car elles caractérisent un aspect du sujet de la mesure, ici le mineur expertisé. Ces variables sont des constructions de l'esprit, des notions abstraites mais leur grandeur peut être inférée si elles se manifestent concrètement, comme par une colère, des pleurs, une impulsivité, des angoisses... Une mesure de variable latente peut se réaliser par différentes méthodes (questionnaire structuré ou test, évaluation grâce à une succession de questions libres ou semi-structurées). (82)

Une réponse positive à une question portant sur un facteur de risque va indiquer un niveau d'existence de ce facteur sans permettre d'en définir la quantité précise. La mesure d'une variable latente se fait par le comptage d'évènements discrets et par comparaison à d'autres mesures. Donc plus il y a d'évènements, plus le facteur est puissant. Cependant la comparaison ne sera possible que si la valeur de la mesure reste identique tout au long de la mesure pendant le test. (82)

Georg Rasch, mathématicien danois, 1901-1980, a établi dans les années 1960, un modèle probabiliste dit modèle de Rasch, qui permet de déterminer la valeur d'une grandeur latente en comparant la réponse d'un sujet avec les niveaux de réponses pour chaque épreuve du test, pour autant que la valeur de mesure reste constante. Ce modèle a servi de base à de nombreuses recherches surtout dans le domaine de la psychologie et de la psychiatrie pour construire des questionnaires ou des tests d'évaluation. A partir de cette méthode, un facteur de risque de récurrence, bien qu'étant une variable non mesurable devient quantifiable. (82)

Mais dans le domaine de la psychiatrie légale, la notion de valeur constante d'une mesure d'un facteur de risque peut être discutable car la subjectivité de l'examineur risque de beaucoup intervenir. Cette subjectivité dépend de sa formation et de son expérience. (82)

#### 1.3.4.3. Récidive ou réitération

Il existe différentes définitions de la récidive selon que l'on se place dans le domaine de la justice, de la criminologie, de la médecine ou de la société.

Pour la justice, la récidive légale a une définition très stricte dans le CP qui est différente du grand public ou des professionnels intervenants.

La notion de récidive légale est importante en termes de qualification de l'infraction et du quantum de peine. Une infraction pénale peut être qualifiée d'aggravée par « faits de récidive » si le fait de récidive est constitué : soit l'auteur a commis un premier délit (ou un crime), défini par un article du Code Pénal et en commet un nouveau (délit ou crime) qualifié de façon identique, soit la première infraction comporte une notion de récidive générale. En cas de culpabilité retenue, la récidive légale fixe le quantum de peine qui sera augmentée selon les dispositions prévues dans le CP.

Ainsi toute commission d'un nouvel acte délictueux ne fait pas systématiquement état de récidive mais cet acte pourra se voir intégré dans le dossier de la personnalité du sujet. Ce dossier de personnalité est fondamental concernant les sujets mineurs.

Le CP prévoit que la durée de la peine et la notion de récidive soit variable afin de respecter le principe d'individualisation de la peine. La durée de la récidive est ainsi définie dans le cadre de la qualification de la première infraction pénale, elle peut durer de 5 ans à une récidive générale et perpétuelle. Par exemple pour un vol simple, elle est de 5 ans et pour un assassinat avec torture, la récidive est perpétuelle et générale.

Par contre, lorsque la question de la récidive est posée par la justice à l'expert psychiatre, elle fait référence à la question du risque de récidive. Elle est alors considérée au sens le plus large du terme sans restriction de domaine ou de durée, comme la commission d'un nouvel acte délictueux.

Le système juridique a créé toute une terminologie pour définir le statut du sujet que l'expert doit absolument maîtriser : le primo-délinquant, le récidiviste et le réitérant.

- Le primo-délinquant est le sujet qui commet pour la première fois une infraction pénale. Il existe une subtilité, si le sujet commet une nouvelle infraction dont la qualification pénale est différente de la première infraction, il n'y aura pas forcément notion de récidive dans la qualification de l'infraction sur le plan pénal et le sujet pourra être considéré, pour définir son quantum de peine, comme un primo-délinquant.
- Le réitérant n'est pas un récidiviste sur le plan pénal. Le sujet commet la même infraction mais passé le délai de récidive légale retenu pour cette infraction ou il commet une nouvelle infraction.
- Le récidiviste est celui qui commet une nouvelle infraction qualifiée en état de récidive.

Un autre élément très important doit être clarifié : le casier judiciaire. Il ne va pas refléter l'ensemble des infractions commises par le sujet toutes les infractions pénales ne se retrouvent pas systématiquement inscrites. Effectivement un juge peut décider de la « non inscription d'une peine sur le casier judiciaire » au moment du verdict. Il faut savoir qu'en cas d'inscription initiale, certaines infractions inscrites peuvent être « effacée » de certain feuillet du casier. Seul le feuillet numéro 1 contient l'ensemble des informations judiciaires. Ainsi le casier judiciaire ne donne pas toutes les informations sur les éléments de récidive au sens pénal.

Concernant les mineurs, l'Ordonnance de 1945 a prévu un effacement de certaines condamnations à la majorité dans le but de les protéger et favoriser leurs réinsertions.

Cette vision juridique de la notion de récidive, ne s'applique pas au raisonnement criminologique. La récidive consiste alors en la commission d'un nouvel acte délictueux, identique ou non au précédent, la notion de délai n'intervenant pas. Sur le plan criminologique, la récidive inclue aussi bien les actes délictueux connus par le système judiciaire que les actes auto rapportés par le sujet alors qu'ils ne sont pas forcément connus du système judiciaire et n'ont pas fait l'objet de poursuite.

Sur le plan médico-légal, la plus grande vigilance doit être observée par les experts psychiatres car selon les acteurs ou les documents utilisés, la terminologie peut prêter à confusion. L'expert psychiatre se doit d'être le plus précis possible dans ses rapports, quitte à redéfinir le terme utilisé et le contexte.

Par conséquent pour l'expert psychiatre, la notion de récidive peut être difficile à établir surtout lorsque le sujet est un mineur. Elle nécessite la connaissance des données juridiques provenant de sources différentes souvent difficile à obtenir pour les mineurs en raison de l'ordonnance de 1945 dont ils bénéficient.

#### 1.3.4.4. Types de risque de récidive

De façon empirique d'abord puis, par la recherche scientifique, il a été démontré que certains sujets sont plus à risque de récidiver que d'autres et inversement, certains individus sont moins à risque de récidiver que d'autres voire même ne récidiveront que très rarement.

Grâce au recul donné par des années d'étude sur le sujet des AICS et des MAICS, différents profils criminologiques ont été mis en évidence. Au final, plusieurs catégories de risques de récidive ont été identifiées et divisées en trois types : général, violent et sexuel.

Ainsi le risque de récidive général pourrait se définir comme le risque de récidiver par n'importe quel acte délictueux, le risque de récidive violent celui de récidiver par un acte délictueux accompagné de violence physique et le risque de violence sexuelle celui de récidiver par un acte délictueux à caractère sexuel.

Etablir un risque de récidive sexuelle exclusif a fait immédiatement émerger des débats au sein des professionnels exerçant auprès des agresseurs sexuels. Il n'est pas possible de parler d'un risque de récidive sexuel exclusif car il n'existe pas un seul profil d'agresseur sexuel. Il est préférable de parler des risques de récidive sexuelle et non sexuelle (violence physique), des agresseurs sexuels au vu des différents profils criminologiques qui existent.

De façon un peu schématique, un frère incestueux au profil « classique », plutôt inhibé, n'a pas le même risque de récidive en terme de catégorie et de pourcentage de risque de récidive, qu'un adolescent avec un comportement antisocial. Bien évidemment le

premier adolescent a principalement un risque sexuel intrafamilial souvent sans violence physique alors que le second a surtout un risque de récurrence général avec la commission d'actes antisociaux en tout genre avec ou sans violence physique dans lequel le caractère sexuel ne sera présent que secondairement.

Comme il existe plusieurs risques de récurrence, toutes évaluations de la dangerosité et du risque de récurrence pratiquées par un expert psychiatre devraient s'intéresser au risque de récurrence selon ces trois axes : général, violent et sexuel.

Les études scientifiques ont ensuite identifié des facteurs de risque de récurrence spécifiques à chacun de ces risques. La criminologie des agressions sexuelles a permis d'identifier des facteurs de risque spécifiques de la récurrence sexuelle. Ainsi des antécédents de violence sexuelle, des victimes de sexe masculin, une absence de vie en communauté ou une qualité de vie sentimentale insuffisante sont des exemples de facteurs spécifiques, fortement corrélé à un haut risque de récurrence sexuelle. De nombreux facteurs ont ainsi été identifiés, initialement chez l'adulte AICS puis recherchés chez les MAICS. (83) (Annexe N°2)

Puis chacun de ces facteurs a été corrélé aux différents types de risques de récurrence, et en fonction de l'intensité du facteur, le risque de récurrence peut se retrouver majoré ou diminué. (57)

Pour chacune des catégories de risque de récurrence et des sous-catégories de risque de récurrence sexuelle, deux types de facteurs de risque de récurrence sont étudiées par certains chercheurs et professionnels auprès d'agresseurs sexuels.

Ils sont dits statiques ou dynamiques et depuis quelques années seulement, des facteurs dits protecteurs sont aussi étudiés et doivent être recherchés lors d'une évaluation. D'autres chercheurs parleront de facteurs majeurs ou mineurs, majeurs quand ils sont en lien direct avec le risque de récurrence qui est recherché et mineurs pour les autres facteurs.

Les études scientifiques cherchent à mettre en évidence les facteurs les plus corrélés avec le risque de récurrence sexuelle et/ou non sexuelle de comportement violent.

#### 1.3.4.5. Facteur de risque : statique, dynamique, protecteur, prédisposant, déclencheur ou de désistance

Dès le début du 20<sup>ème</sup> siècle, des études sont menées sur d'importantes cohortes de sujet libérés sous conditions afin d'étudier les paramètres de récidives ou de non récidives et permettre ainsi d'identifier des facteurs propre à la récidive et de diviser ces facteurs en deux catégories.

Un facteur de risque dit statique est un facteur qui ne peut être influencé par une intervention professionnelle extérieure, socioéducative ou thérapeutique. Certains professionnels se méprennent sur le sens de « statique ». Ils pensent qu'il s'agit uniquement d'un facteur qui n'évoluera pas dans le temps, qui est « fixé » ou qui ne peut évoluer qu'en augmentant le risque de récidive auquel il est corrélé.

Un exemple de facteur de risque statique « fixé » est « la non présence du père dans les premières années de vie et dans l'enfance » car cette donnée ne peut être modifiée.

Un facteur de risque statique qui ne peut qu'augmenter le risque de récidive est par exemple la notion d'antécédents judiciaires. Le sujet ne pourra jamais avoir moins d'antécédents judiciaires que lors de sa dernière évaluation mais il pourra toujours en avoir plus, lors d'une évaluation future. De ce fait son risque de récidive ne pourra jamais diminuer.

Pourtant parmi les facteurs dits statiques, certains varient en augmentant tout en diminuant le risque de récidive. Ainsi lorsque l'âge, bien que facteur reconnu comme statique, augmente (après 40 ans) il peut, dans certain cas, diminuer le risque de récidive sexuel et de violence.

Un facteur dit dynamique est un facteur qui pourra évoluer par des actions intrinsèques ou extrinsèques au sujet expertisé et impacter le risque de récidive en le faisant augmenter ou diminuer. Une prise en charge psychiatrique adaptée (psychothérapeutique et/ou médicamenteuse) et/ou socioéducative, peut influencer ces facteurs. Un exemple de facteur de risque dynamique serait la prise d'alcool ou de stupéfiant, qui pourrait être importante au moment du passage à l'acte voire même avoir favorisé celui-ci et être diminué ou arrêté lors de l'évaluation psychiatrique.

Pour certains délits comme les infractions à caractère sexuel, le facteur temps ou âge de l'auteur de l'agression est essentiel car le taux de récidive est plus élevé juste après la commission de la dernière infraction. Le risque de récidive sexuel diminue avec le temps dans la plupart des profils criminologiques.

Il est nécessaire de donner une notion de temps à l'évaluation du risque : court, moyen et long terme.

Un facteur est dit protecteur, lorsque sa présence limite ou réduit le risque de récidive. Souvent un facteur protecteur est l'inverse d'un facteur de risque mais ce n'est pas toujours le cas. Par exemple la prise de toxique est un facteur de risque mais la non-consommation de toxique n'est pas un facteur protecteur.

De nombreux facteurs protecteurs ont été étudiés chez l'adulte. Mais certains ne sont pas adaptés au mineur comme « la vie en communauté depuis plus de deux ans ». Pour les MAICS un entourage familial présent et sécure, un investissement dans une formation et un projet professionnel constituent des facteurs protecteurs.

Les facteurs déclencheurs et prédisposants s'appellent ainsi car ils sont présents avant le passage à l'acte. Les facteurs déclencheurs sont présents peu de temps avant que le passage à l'évènement ne se déroule. A l'inverse les facteurs déclencheurs sont présents mais plus éloignés dans le temps.

Les déviances pédophiles sont souvent prises comme exemple. Le facteur prédisposant est l'attrait sexuel pour les enfants et le facteur déclencheur peut être une garde d'enfant pour une voisine malade. (81)

Les facteurs de désistance sont encore au stade de la recherche. La désistance est un anglicisme qui signifie « le moment où le délinquant, décide de lui-même de quitter sa carrière criminelle ». (51) La naissance d'un enfant peut être un facteur de désistance.

Ainsi différentes catégories de facteurs de risque sont identifiées dont il faut rechercher l'intensité et la variation dans le temps.

Un très grand nombre de facteurs a été retrouvé dans de nombreuses études internationales. (Annexe N°2) Certains facteurs sont fréquemment cités : un passé

criminel, fréquentation négative, attitude favorable à certaines activités délinquentielles, personnalités antisociales, éducation, relation familiale, consommation de drogue et d'alcool,... (81)

D'autres études se sont orientées vers un certain type de facteurs ou vers certains profils criminologiques comme la violence ou le caractère sexuel de l'agression.

Ainsi dans le cadre d'une infraction à caractère sexuel, les études ont démontré l'utilité de chercher : la nature de l'infraction, le nombre d'infractions commises avec leur caractère sexuel ou non, l'augmentation de la gravité des infractions dans le temps, le délai entre deux passages à l'acte, la présence de contrainte physique ou psychologique, le contexte de l'infraction, le motif de l'agression sexuelle (opportuniste, sadique, violente,...), la volonté de récidiver, les distorsions cognitives,... (77) (34) (84) (78) (59)

Dans les agressions avec violence les facteurs de risque spécifique de violence ont été identifiés : antécédents de violence physique ou d'actes antisociaux, présence de traits de personnalité psychopathique, consommation de drogues ou d'alcool, fréquentation négative...(77) (34) (84) (78) (59)

#### 1.3.5. Questionnement éthique et déontologique sur l'évaluation de la dangerosité

Sur le plan éthique, l'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence soulève un questionnement d'autant plus important quand la population est mineure que la crainte de la stigmatisation est grande.

Si on se réfère au Principisme de Beauchamp et Childress, une des références en éthique médicale, l'expert psychiatre, ne doit pas nuire et être bienveillant. Dans le troisième principe qui est celui de la non-malfaisance, un problème peut être soulevé. En effet, si le psychiatre retrouve lors d'une expertise de mineur des éléments inquiétants pour le devenir de celui-ci et qu'il ne les signalerait pas dans son rapport ou qu'il le minimiserait, n'en deviendrait-il pas malfaisant ? Ceci dans l'éventualité où son action limiterait des interventions qui auraient pu être mises en place lors d'un éventuel suivi socio-judiciaire. (85)

C'est un débat qui mérite un travail à part entière et qui ne peut être développé ici de façon complète.

Le statut d'expert ne le libère pas de ses obligations déontologiques.

Rappelons les articles 105 à 108 du Code de Déontologie Médicale, qui précisent que le sujet doit être informé du cadre expertal et que l'expert ne doit pas être le médecin traitant en exécutant sa mission dans le cadre unique de sa mission. (86)

Certains auteurs estiment que cette évaluation est un retour à l'hygiénisme, au totalitarisme ou reposant sur le principe de l'utilitarisme. (48)

La réflexion peut se pencher sur l'utilisation qui pourrait être faite de certains rapports d'expertise dans le temps. Ainsi un rapport fait à la minorité resterait combien de temps « valable et utilisable » pour argumenter une évaluation ? (87)

## 1.4. Méthodes d'évaluation du risque de récurrence disponible pour les mineurs

### 1.4.1. Qualités métrologiques des méthodes d'évaluation du risque de récurrence

Même si plusieurs générations de méthode d'évaluation du risque de récurrence ont vu successivement le jour, les questions qu'elles soulèvent restent peu spécifiques de chacune d'elles. Mais la méthode est laissée au libre choix de l'expert.

#### 1.4.1.1. Critères : validité, fidélité, sensibilité et qualité d'utilisation

Les méthodes sont appréciées, par un protocole d'étude, en comparant soit le groupe étudié à un groupe témoin soit le groupe étudié à lui-même mais dans le temps.

Plusieurs éléments sont ainsi retrouvés. (88)

La validité : la corrélation des items soit du score total soit du score des items et comparée entre eux. On retrouve la validité faciale (compréhension de l'item), validité de contenu (mesure ce qu'il faut mesurer et rien d'autre), validité de critère (mesure la

performance obtenue), validité prédictive (possibilité d'émettre un pronostic), validité concourante (comparaison du résultat à celui de méthode déjà validée), validité du construit (accumulation de données convergentes ou discriminatives). La validité faciale pose le plus de problème pour les échelles provenant de l'étranger et non validées en France.

La fidélité : soit fidélité inter-juges (corrélation obtenue entre plusieurs observateurs avec le même instrument et en cotant les mêmes patients) soit fidélité test-retest (répétition de l'évaluation dans le temps sur les mêmes sujets mais à des moments différents sans intervention thérapeutique), consistance interne ou homogénéité (vérifier que les items mesurent bien la même chose).

La sensibilité : soit interindividuelle (capacité à mesurer des individus différents), soit intra-individuelle (capacité à mesurer des différences chez un même individu à des moments différents).

La facilité d'utilisation : critère assez subjectif et propre à l'utilisateur. La durée de passation est souvent évoquée.

#### 1.4.1.2. Comparaison des méthodes d'évaluation spécifique du risque de récurrence

Dans la littérature internationale, les auteurs (ou adeptes) des différentes méthodes mènent des combats sans merci pour justifier de la supériorité de leur outil d'évaluation du risque de récurrence face à un autre outil issu de méthodes comparables ou non. (61) (89)

Afin de pouvoir comparer les méthodes entre elles, il a été nécessaire d'uniformiser les méthodes statistiques utilisées. A partir de 1990, la procédure de ROC a été uniformément validée et utilisée. Elle permet de minimiser les effets du comportement criminel de base, de la personne issue de l'échantillon, sur l'évaluation du risque de récurrence, d'où une bonne comparaison des méthodes entre elles. (61) (90)

La procédure de ROC aboutit à une courbe dont chaque point représente l'équilibre entre la sensibilité et la spécificité avec en abscisse, le taux de faux positif et en ordonnée, le taux de vrai positif. A partir de cette courbe, il devient possible de calculer

l'ASC (Aire Sous la Courbe). Ceci permet d'apprécier l'efficacité d'un outil d'évaluation du risque donc de la qualité de sa prédiction du risque.

Quand l'ASC est égale à « zéro », la prédiction est complètement fautive, pour résultat d'« un demi », la prédiction correspond au hasard, et pour « un » la prédiction est exacte. (82)

L'ASC dans les échelles du risque de récurrence donne la probabilité du risque de récurrence d'un sujet tiré au hasard. Si le sujet est réellement à risque de récurrence, il aura un score supérieur à un sujet tiré au hasard sans risque de récurrence et inversement si le sujet n'est pas à risque de récurrence, il aura un score inférieur à un sujet tiré au hasard qui serait à risque de récurrence.

Lors d'évaluation d'un instrument de mesure du risque de récurrence, un score à partir de 0,6 est moyen, celui de 0,7 est jugé comme moyen-bon et au-dessus de 0,7 un bon test. (82)

Grâce à cette méthode, les chercheurs étudient quel est l'instrument qui prédit le mieux le risque de récurrence en fonction de la population de délinquants étudiée.

Ainsi il a été démontré que certains outils de la quatrième génération sont moins performants que la SORAG pour évaluer le risque de récurrence sexuelle. (61)

Actuellement, il est souvent publié des revues de la littérature comparant les outils d'évaluation du risque de récurrence même pour la population des mineurs. (91)

Toutes comparaisons de méthode sans utilisation de l'ASC sont non valides.

#### 1.4.2. Différentes générations de méthode d'évaluation du risque de récurrence

Les chercheurs et spécialistes du sujet ont défini plusieurs générations de méthodes spécifiques d'évaluation du risque de récurrence en fonction de qualités métrologiques. Sur le plan méthodologique, il existe deux grandes catégories : l'entretien clinique et les instruments de mesure du risque de récurrence. Actuellement et surtout en France, ces deux catégories au lieu d'être considérées comme complémentaires à l'évaluation du risque sont jugés contradictoires par les professionnels de l'expertise qui mènent un combat assez virulent par articles médicaux et colloques interposés.

#### 1.4.2.1. Première génération : l'approche clinique

L'approche clinique, aussi appelée par les auteurs « approche clinique non structurée », est historiquement, la plus ancienne des méthodes. Elle est de ce fait considérée comme la première génération de méthode d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive. Inspirée de l'approche médicale diagnostique, elle se sert de l'anamnèse du sujet et de son examen clinique afin de recueillir le maximum d'éléments nécessaires à l'évaluation du risque d'un nouveau passage à l'acte qu'il se produise dans le domaine criminologique initial et/ou dans un autre domaine criminologique.

Cette méthode est centrée sur le sujet en tant qu'individu unique avec une existence unique et un passage à l'acte unique. C'est essentiellement ce principe qui l'oppose selon les auteurs aux autres générations de méthodes d'évaluation.

Le qualificatif de « non structuré » peut sembler péjoratif, car l'entretien mené par l'expert psychiatre dans le cadre de l'expertise pénale, peut être et se doit même d'être structuré. Le qualificatif de « non structuré » fait référence à la méthode utilisée. Elle est considérée comme empirique et non validée par une recherche scientifique. Elle présenterait une grande variabilité selon les experts (variabilité inter-juges) qui dépend de ses connaissances et de son expérience. Elle n'est pas reproductible car non standardisée.

Mais comme le prévoit le CP, tout en respectant les obligations légales, l'expert reste libre du déroulement de l'expertise, des questions qu'il pose et des facteurs statistiques ou dynamiques qu'il va rechercher. La principale obligation faite à l'expert est de répondre aux questions posées par le juge dans l'ordonnance de sa mission.

Les points forts de la première génération sont la facilité d'utilisation avec une durée de réalisation modulable, sa flexibilité et son adaptabilité aux différentes situations de passage à l'acte, aux différents profils criminologiques et situations juridiques. Il n'y a pas de contraintes matérielles à sa réalisation excepté la présence et la participation du sujet à expertiser.

Les points faibles de cette méthode sont en relation avec la subjectivité et la rigueur de l'évaluateur. Ainsi son peu de fiabilité inter-juges et même intra-juges est avancé par de nombreux auteurs, son manque de spécificité en caractère de risque, sa faible

reproductibilité et son peu de pertinence à l'aide à la décision peuvent lui être reprochées. (Monahan et Steadman en 1994, Borum en 1996 et Webster et al. en 1997). L'utilisation de notions de corrélation entre facteur et risque de récidive erronées est retrouvée dans certaines recherches scientifiques. Mais les références utilisées par les experts psychiatres ne sont quasiment jamais explicitées dans les rapports d'expertise, empêchant ainsi toute critique ultérieure. (92)

Plusieurs recherches ont été menées dans ce domaine. En 1980 et 1981, Monahan montre dans ses études, que la prédiction maximale de cette méthode était de 0,3 de l'ASC ce qui est inférieur au hasard.

En 1996, Gardner et al. montre que la qualité de la méthode avait une importance et que, si celle-ci était de bonne qualité et menée avec rigueur, l'évaluation faite par l'approche clinique était meilleure que le hasard.

En 1997, Monahan dans une nouvelle étude, retrouve des prédictions un peu meilleures que la chance. (61)

Certaines de ces études, ont montré que l'approche clinique non structurée avait, contre toute attente et idées reçues, un risque élevé de surestimation du risque de récidive et non un risque de sous-estimation du risque (comme cela est souvent avancé pour justifier l'utilité d'outils de la deuxième génération).

Cette surestimation du risque de récidive pour l'expertisé peut avoir de graves conséquences comme un maintien en détention ou en service hospitalier sécurisé plus long ou de se voir appliquer des mesures de suivi socio-judiciaires plus sévères.

Cette méthode donne selon certaines études, des résultats intra et inter-juges très différents en fonction de l'expérience et de la formation de l'expert. Cela participe à une certaine dévalorisation du travail fourni voire discréditer la notion même de l'expertise psychiatrique. La différence inter-juges est encore plus marquée en cas de contre-expertises.

Cette méthode d'évaluation reste la plus utilisée en France, par les experts psychiatres dans le cadre des expertises psychiatriques pénales.

Elle est très adaptée aux mineurs, surtout si l'évaluateur est sensibilisé à la pédopsychiatrie comme le conseille l'Audition Publique de 2007. (54) Il est

indispensable que l'expert connaisse bien les différents profils des MAICS afin de recueillir le maximum d'information adaptée et nécessaire à l'évaluation du risque de récidive.

Mais dans ce domaine, la question de la formation de l'expert peut réellement se poser en l'état actuel de pénurie d'expert psychiatre et surtout de pédopsychiatre. (34)

L'avantage majeur de cette évaluation pour les mineurs, est qu'elle peut se réaliser en même temps que d'autres évaluations. Elle se retrouve en ce sens moins stigmatisante et participe à diminuer l'appréhension ou la crainte que le mineur peut avoir de « mal répondre spécifiquement aux questions de l'évaluation de la dangerosité et de son risque de récidive ».

#### 1.4.2.2. Deuxième génération : les échelles actuarielles

Plusieurs équipes de psychiatres et psychologues ont réfléchi à la façon de rendre l'évaluation aussi objective et scientifique que possible afin d'écartier la subjectivité reprochée à la première méthode d'évaluation du risque. Ces chercheurs se serviront d'une méthode statistique dite méthode actuarielle, qui donnera son nom aux échelles d'évaluation du risque de récidive. Cette méthode est utilisée dans le domaine des assurances et cherche à établir un risque de survenue d'un incident à partir de facteurs objectifs, statiques et d'un système de codage préétabli. (53)

La méthode statistique utilisée par les compagnies d'assurances a pour but d'établir des niveaux de risque dans différents domaines, en étudiant de grands échantillons de population sur des durées très longues, supérieures à 10 ans, afin d'en extraire les caractéristiques qui les définissent. Puis elles observent la survenue d'événements et leurs éventuelles répétitions. Elles ont calculé le pourcentage de risque de subir un ou plusieurs événements « de novo » ainsi que le risque de subir des événements « répétitifs » dans des domaines identiques ou non aux premiers événements. Par la suite, elles ont établi des tables statistiques, très complexes, permettant en fonction des caractéristiques présentes chez un individu d'en déduire une prédiction du risque de survenue d'un incident. Le principe est de comparer l'individu à un groupe de personnes présentant les mêmes caractéristiques, dont on connaît le niveau de risque afin de pouvoir, par comparaison, fournir une probabilité de survenue d'un incident dans un domaine donné pour le sujet. (53)

Les professionnels de la santé mentale exerçant dans le domaine de la psychiatrie légale ont, en s'inspirant de cette méthode, étudiés des échantillons de population assez larges ayant commis ou non des actes délictueux. Puis ils ont observé leurs taux de commission d'actes « de novo » et leurs taux de récurrence sur des périodes déterminées (5, 7 et 15 ans). (53)

Plusieurs catégories de passage à l'acte ou de population ont ainsi été individualisées (passage à l'acte violent ou non, agression à caractère sexuel ou non, type d'agression sexuelle, populations étudiées précédemment incarcérées ou non, récidivistes ou non,....).

Ensuite, les chercheurs ont étudié le maximum de variables et par régressions statistiques, déterminé les facteurs impliqués dans la récurrence étudiée et le poids de ces facteurs. Trois principaux axes d'évaluation ressortent de ces travaux et seront utilisés et pondérés différemment selon les échelles. Le premier axe est la violence passée (âge à la première agression, âge et sexe des précédentes victimes, antécédents judiciaires généraux/violents/sexuels, antécédents de violences dans l'enfance subies directement ou comme témoin, ....). Le second et troisième axe font réciproquement référence aux variables qui renforcent ou qui induisent un comportement violent avec l'impulsivité, l'isolement social ou les mauvaises fréquentations, une vie familiale décomposée, l'abus de substances psychotropes, des troubles psychiatriques, des difficultés de gestion du stress ou des angoisses ....

Puis les chercheurs ont défini des groupes de récidivistes correspondant à différents profils et ayant pour conséquence des niveaux de risque différents pour chaque groupe.

L'évaluation du sujet permet en principe d'établir un résultat (score ou une valeur nominale ou percentile) en fonction de la présence ou non de ces variables et de rechercher le pourcentage de récurrence du groupe comportant les mêmes caractéristiques que le sujet étudié.

En finalité, l'expert utilisant cette méthode obtient une probabilité d'un pourcentage de risque de récurrence des personnes comportant les mêmes caractéristiques que le sujet expertisé. (61)

En aucun cas, l'expert ne peut affirmer qu'il s'agit du risque de récurrence du sujet expertisé. Lors des formations aux échelles actuarielles (uniquement disponibles à

l'étranger et dont la plus proche pour nos régions, se situe pour l'instant à Mons en Belgique), les formateurs conseillent de donner les résultats plutôt sous forme nominale (faible, moyenne, élevé) que sous forme chiffrée, ceci afin d'éviter toute ambiguïté méthodologique des résultats. Ils sensibilisent aussi les participants aux conséquences que des données chiffrées pourraient avoir dans un tribunal d'assises voire même par la lecture ultérieure et hors contexte des conclusions par un professionnel non ou peu formé aux méthodes des outils d'évaluation du risque de récidive. (93)

Depuis les années 1960, de nombreuses échelles actuarielles ont été créées aux Etats-Unis, il en existe plus de deux cents actuellement. Elles sont spécifiques du risque de récidive qu'elles cherchent à explorer et du type de population qui a servi à établir l'échelle. Une échelle actuarielle ne peut être utilisée que pour la population pour laquelle elle a été validée.

Par exemple la VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) est spécialisée dans le risque de violence générale et la SORAG (Sex Offender Risk Appraisal Guide) dans le risque de violence sexuelle.

Des échelles sont spécialisées dans un certain trouble du comportement ou d'une pathologie comme la PCL-R (Psychopathy Checklist-Revisited) pour la psychopathie. Et d'autres, dans un type d'agression comme ODARA (Ontario Domestic Assault Risk Assessment) ou la SARA (Spousal Assault Risk Assessment Guide) pour les violences conjugales. (53) (61)

Pour évaluer le risque de récidive sexuelle, l'échelle la plus utilisée à travers le monde est la Static-99 qui peut être complétée par la Stable et l'Acute, il existe aussi l'ERRRS (échelle d'Evaluation Rapide du Risque de Récidive Sexuelle), la MnSOST-R (la Minnesota Sex Offender Tool Revised).

Les points forts des échelles actuarielles mis en avant par les chercheurs sont l'amélioration de la fiabilité inter et intra-juge de l'évaluation du risque de récidive. En fonction du type d'échelle utilisée et des études menées, une prédiction du risque de récidive est retrouvée comme supérieure à la première méthode d'évaluation.

Les points faibles de cette méthode d'évaluation du risque de récurrence sont assez nombreux malgré ce qui est avancé par certains auteurs. Le premier point est la perte d'individualisation de l'évaluation du risque de récurrence puisque seules les variabilités inter-individus sont prises en compte comme éléments de comparaison du risque, les variabilités intra-individuelles n'étant plus prises en compte. L'utilisation uniquement de facteurs de risque statiques limite la flexibilité de l'évaluation par l'évaluateur et supprime ainsi toute notion de « capacité de changement de l'individu », ce qui pose une réflexion éthique sur cette génération d'outils.

Le deuxième point est la nécessité d'une formation spécifique à l'utilisation de chaque échelle, ce qui pour l'instant n'est pas disponible en France. Certaines formations peuvent au final se révéler onéreuses et assez longues (jusqu'à trois jours). Elles sont nécessaires pour comprendre les guides méthodologiques et grilles de notation, quelquefois complexes, ainsi que la façon de présenter les résultats de ces échelles. Ces formations n'attestent que de la participation avec assiduité et non de la compréhension et de la qualité de leurs utilisations par l'expert dit « formé ».

La tentation peut être assez grande pour un expert, non ou insuffisamment formé, d'utiliser s'il le souhaite, ce type d'outil d'évaluation puisque le matériel est le plus souvent disponible sur internet. Le risque peut alors être élevé de mal comprendre les items de notation et de présenter les résultats de l'évaluation sous une forme erronée. Ainsi l'expert peut, dans ses conclusions, se méprendre dans la présentation des résultats de l'évaluation, donnant un risque de récurrence attribué au sujet expertisé au lieu de donner un risque de récurrence attribué au groupe auquel il appartient et ayant les mêmes caractéristiques.

Les échelles actuarielles sont aussi comparées entre elles dans des études de plus en plus approfondies. Malheureusement sur un plan méthodologique, en raison des populations étudiées et des durées de suivi très variables, les résultats des études peuvent être peu significatifs et difficilement comparables entre eux. Actuellement si une équipe de chercheurs souhaite valider une nouvelle échelle, il est nécessaire que celle-ci soit meilleure que celles déjà existantes (réflexion identique à celle appliquée à l'industrie pharmaceutique).

En France, l'utilisation d'échelles actuarielles pour les évaluations dans les expertises psychiatriques pénales reste rare bien qu'elle soit en augmentation. (94) (89)

Mais cette utilisation pose inévitablement la question de la validité de l'échelle dans la population que l'on cherche à évaluer car peu d'études sont menées en France sur ce sujet qui reste assez controversé voir tabou. (53)

Pour les mineurs, rares sont les échelles validées. La PCL-R-YV, qui recherche des traits psychopathiques chez les mineurs est la seule échelle validée en France. Elle est conseillée par l'Académie de Médecine. (95) (96) (Annexe N°3)

L'échelle du risque de récidive sexuelle la plus utilisée à travers le monde est la Statique 99. Bien que validée initialement auprès des mineurs, le guide de méthodologie d'utilisation de l'échelle, indique d'utiliser avec beaucoup de précaution l'échelle pour cette tranche de la population et de limiter son usage à partir de l'âge de 16 ans. Cette échelle n'est pas validée en France pour les mineurs. (53) (Annexe N°4)

#### 1.4.2.3. Troisième génération : les échelles de jugement clinique structurées

Cette méthode s'oppose à la précédente par sa méthode d'évaluation du risque de récidive et la relation faite avec un niveau de traitement nécessaire et proposé. Elle redonne à l'évaluateur la possibilité de pondérer les résultats de son évaluation. Les échelles de jugement clinique structurées sont apparues dans les années 1990 suite à une volonté de prendre en compte la personne évaluée non dans un aspect statique mais dans un aspect plus dynamique. Les chercheurs ont souhaité prendre en compte la capacité de la personne de changer « négativement ou positivement ». (51)

La méthodologie est très différente, car l'instrument d'évaluation du risque est composé à la fois de variables historiques et cliniques, statiques et dynamiques, choisies dans les études de la littérature scientifique reconnue et de connaissances cliniques des spécialistes validées ainsi que des variables sur les éléments de la gestion du risque futur. Les items qui sont présents dans les échelles de jugement clinique structurées ne sont pas reliés par des liens statistiques ou de proportionnalité. Il revient à l'examineur de les pondérer lui-même en fonction de la clinique du sujet et de sa propre expérience.

L'évaluation étant plus globale, le résultat n'est jamais chiffré comme il pourrait l'être dans les échelles actuarielles, mais est donnée de façon nominale (fiable, moyen/modéré ou élevé).

L'évaluation du risque de récurrence est comme pour les échelles actuarielles spécifiques du risque qu'elles cherchent à étudier, soit du risque de violence générale, soit du risque de violence sexuelle, soit d'un type de comportement.

Les échelles les plus connues sont la HCR-20 (Historical Clinical Risk Management Revised) pour la violence générale dont l'utilisation est recommandée par l'HAS pour l'évaluation du risque de violence chez l'adulte et la SRV (Sexual Violence Risk) pour le risque de violence sexuelle. Il existe aussi la SONAR (Sex Offender Need Assessment Rating) qui a pour but de repérer les risques de récurrence tardive de certains agresseurs sexuels.

Les points forts des outils de troisième génération, sont la prise en compte plus globale du sujet, un résultat non chiffré pondérable par l'examineur, la recherche de variables dynamiques et de facteurs protecteurs pour certains.

Les points faibles sont un temps de réalisation très long (plusieurs heures), et le risque pour l'évaluateur de vouloir donner un résultat chiffré.

La seule échelle de jugement clinique structurée traduite et spécialisée pour les mineurs est la SAVRY, (Structured Assessment of Violence Risk in Youth) (Annexe N°5) qui est assez proche de la HCR-20. (97) Elle évalue le risque de récurrence violent.

L'ERASOR (Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offence Recidivism pour les mineurs) bien que non validée en France est une échelle qui dans son élaboration a utilisé un grand nombre de facteurs de risque de récurrence sexuel spécifique aux mineurs. Son manuel, très bien élaboré, fournit une liste de facteurs avec une bibliographie internationale à l'appui. (57) (Annexe N°6) Malheureusement elle n'est pas traduite en français, elle évalue le risque de récurrence violent et sexuel sur le modèle de la SRV-20.

#### 1.4.2.4. Quatrième génération : les « outils informatiques »

Vers la fin des années 1990, de nouveaux instruments ont vu le jour et peuvent être considérés comme la quatrième génération d'outils d'évaluation du risque. Ils recensent une grande quantité de variables aussi bien criminologiques, que sociodémographiques et cliniques. Très lourds, ils nécessitent l'utilisation d'un logiciel adapté souvent commercialisé et protégé par un copyright.

Le principe est que l'utilisateur rentre les données recueillies sur l'expertisé dans le logiciel. Ces données sont très nombreuses, issues de la clinique et des éléments compris dans les dossiers administratifs et médicaux. Les variables statiques et dynamiques ne sont pas systématiquement différenciées par l'utilisateur. Il ne connaît pas les algorithmes utilisés et le résultat du risque de récidive est ainsi calculé par le logiciel qui ne peut être pondéré par l'évaluateur.

Cet outil ne se limite pas seulement à calculer le risque de récidive mais donne aussi des informations sur la possibilité de prise en charge et le niveau nécessaire de celle-ci. De façon longitudinale, grâce à plusieurs évaluations successives, il donne des informations sur l'évolution de l'expertisé.

Ces outils se veulent un instrument d'aide à la décision et sont plutôt utilisés par les services d'application des peines et de probation.

L'outil le plus connu est le Risk Matrix 2000, il existe aussi le LSI-R (Level of Supervision Inventory- Revised) avec sa dernière version le LSI/CMI (Level of Supervision Inventory- Revised/Case Management Inventory) qui mesure le risque de récidive général, le CORV (Classification Of Violence Risk) qui fonctionne comme un arbre décisionnel, le FOTRES (Forensic Operationalized Therapy and Risk Evaluation-System) et le VRS (Violence Risk Scale). (61)

Seul le VRS-SO (Violence Risk Scale-Sexual Offender Version) est spécialisé pour le risque de récidive sexuel.

Le LSI/CMI et le FOTRES existent en français mais aucun de ces outils n'est validé en France.

Les points forts sont la grande quantité de variables utilisées, la capacité de traiter un grand nombre de dossiers en peu de temps.

Les points faibles sont la nécessité de collaboration entre plusieurs catégories de professionnels, la difficulté d'obtenir l'ensemble des données, la perte complète de possibilité de personnalisation de l'évaluation du risque de récidive par l'examineur, car il ne peut modifier la pondération affectée aux différents facteurs. Le risque de voir attribuer l'évaluation du risque de récidive uniquement à du personnel purement administratif et non médical ou juridique, est réel. La question de la compréhension de certaines données pourrait alors se poser. Ces outils sont de bonne prédiction pour la récidive générale. Mais les résultats sont assez moyens voir mauvais pour la récidive sexuelle et ses spécificités, ces instruments n'étant pas assez spécialisés. (61)

Pour les délinquants mineurs, il n'existe que la YO-LSI, non validée et pour ainsi dire inconnue en France.

#### 1.4.2.5. Cinquième génération : le modèle RBR

Le modèle RBR (Risque-Besoin-Réceptivité) d'évaluation et de réadaptation des délinquants a été fondé par J.Bonta au Canada. (98)

Il se base sur trois principes :

- Le principe du risque : adapter le niveau de service au risque de récidive du délinquant.
- Le principe des besoins : évaluer les facteurs criminogènes et les cibler dans le traitement.
- le principe de la réceptivité : optimiser la capacité du délinquant de tirer avantage des enseignements d'une intervention en l'adaptant à son style d'apprentissage, à sa motivation, à ses aptitudes et à ses points forts (avec la réceptivité spécifique et générale). Cette approche s'appuie sur l'utilisation d'une TCC (thérapie-cognitivo-comportementale).

Ce modèle définit sept facteurs principaux de risque et de besoin : personnalité antisociale, attitudes pro criminelles, soutien social de la criminalité, toxicomanie, relations familiales/conjugales, école/travail, activités récréatives. Il retrouve des facteurs mineurs dit non criminogènes : estime de soi, vagues sentiments de détresse, trouble mental grave, santé physique.

Les points forts de ce modèle est qu'il est davantage personnalisé et adapté aux délinquants, considérés de façon plus globale. Il peut s'adapter facilement aux mineurs.

Les points faibles de ce modèle est qu'il n'est adapté que partiellement à l'expertise psychiatrique. Seul son principe d'évaluation du risque convient dans son intégralité, le principe des besoins pour éventuellement donner des éléments en cas de demande d'un avis sur un éventuel suivi socio-judiciaire. Il renvoie à une prise en charge thérapeutique par TCC. Bien que recommandée par l'HAS (32), elle est encore peu répandue en France.

#### 1.4.1.6. Dernière génération : le modèle de la désistance

Les travaux sur la désistance se développent actuellement dans plusieurs pays. Le processus considéré est dynamique mais avec la notion fondamentale et novatrice en criminologie, que le délinquant peut décider de quitter la délinquance.

Les études portent actuellement sur la recherche des facteurs qui suscitent l'abandon du comportement pro-délinquencyiel : arrêt des stupéfiants, naissance d'un enfant, insertion professionnelle, ...plusieurs auteurs travaillent sur le sujet, S. Maruna, C. Trotter, G.Robinson, McNeil. (81)

Cusson en France, développe, mais sans parler de désistance, des arguments de la récidive et de la possibilité de son arrêt, expliquant que l'activité délinquante est transitoire pour certains sujets. (62)

A ce jour, il n'y a pas encore d'outil validé qui utilise ce concept.

#### 1.4.2. Autres tests, échelles, questionnaires et références disponibles pour les mineurs

Il existe beaucoup d'autres outils qui peuvent s'avérer intéressants dans l'évaluation du risque de récidive et de la dangerosité sans qu'ils soient pourtant spécifiques de ce risque. Ces outils peuvent éclairer certains éléments ou aspects de la vie et de la personnalité du mineur par exemple son niveau d'intelligence, son niveau d'anxiété, ... Ces instruments comme ceux utilisés pour mesurer le risque de récidive nécessitent une formation spécifique. Certains outils relèvent plus du domaine de la psychologie pourtant quelques psychiatres s'y sont formés.

On y retrouve tous les tests projectifs qui peuvent donner des informations sur les ressentis du sujet face à une situation et quelques éléments sur sa personnalité. Pour les mineurs, il n'est pas possible de parler de personnalité puisqu'elle n'est pas encore structurée de manière définitive, les professionnels de la pédopsychiatrie évoquent en général des traits de personnalité ou une « tonalité ». Quelques tests projectifs sont validés pour les mineurs et disponibles sur des sites d'éditeurs spécialisés. Le TAT avec le CAT ou le CAT'S, le test du Rorschach, Patte noire, le test des contes, sont validés pour les mineurs. (99) Les tests de personnalité avec le MMPI, la MCMI, ne devraient pas être utilisés chez les mineurs. (100)

Peuvent être citées, toutes les échelles d'évaluation des mécanismes de défense qui peuvent intervenir lors de passage à l'acte. (101)

Il existe les tests d'évaluation de l'intelligence spécialisés pour les mineurs comme le WISC-IV (pour les enfants et les adolescents) et le WAIS (pour adolescents), le WNC (pour les mineurs qui non pas acquis le langage). Ces tests peuvent être nécessaires pour éclairer l'expert sur la maturité des fonctions cognitives et expliquer si un déficit intellectuel serait intervenu comme facilitateur d'un passage à l'acte ou limitant la compréhension intellectuelle du caractère délictueux de l'acte. (102)

Il existe ensuite une liste assez longue d'outils spécialisés pour les mineurs relatifs aux pathologies : anxiété, troubles obsessionnels compulsifs, dépression, autisme, état de stress post traumatique, ... Ils sont le plus souvent utilisés par des psychologues ou

dans le cadre de recherches scientifiques. Malheureusement ils ne sont que très rarement validés en France. (103)

La SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for violence) est un instrument spécialement conçu pour permettre une évaluation structurée des facteurs de protection contre la violence à partir du concept de la HCR-20. Elle est composée de 17 facteurs interne et externe. Les facteurs internes : intelligence, attachement sécure dans l'enfance, empathie, habilité d'adaptation, maîtrise de soi, facteurs liés à la motivation, travail, activités de loisir, gestion des finances, motivation au traitement, attitudes envers l'autorité, objectifs de vie, médication) et facteurs externes : réseau social, relation intime, soins professionnels, conditions de vie et contrôle externe (104) (Annexe N°7)

Le QICPAAS (Questionnaire Investigation Clinique Pour les Auteurs Agression Sexuelle), créé par Balier et Al, est un guide d'entretien structuré qui ne possède pas de critères de cotation, ni de grille d'interprétation. Comme le précise Ciavaldini (1999), cet outil est un « aménageur de la relation ». Sa passation dure 3 à 4 heures et se déroule sur plusieurs entretiens selon Cornet et Al. Il a toute sa place dans le suivi et la prise en charge des sujets. (105)

Une version a été réalisée pour les mineurs, le QICAAICS (Questionnaire Investigation Clinique pour les Adolescents Auteurs Agression Sexuelle) vers 2005.

La CAPP (Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality) développée par David Cook vient d'être présentée ce printemps par l'auteur lui-même pour la première fois en Europe. Cet outil souhaite développer d'autres aspects moins statiques que la PCL-R de Hare. (106)

Citons pour finir, les références des pathologies psychiatriques et des troubles de la personnalité utilisées par les psychiatres et pédopsychiatres, le DSM-IV (107) et maintenant le DSM-V, la CIM 10 (108) , la CFTMEA qui ont toutes leur importance pour l'évaluation de la dangerosité.

Les neurosciences appliquées en médecine légale sont en phase de recherche aux Etats-Unis, mais ne semblent pas aboutir à des conclusions utiles dans l'application

de l'expertise pénale sur le modèle français. Les études portant sur une méthode couplée avec la pléthysmographie pénienne donnent des résultats plus intéressants surtout dans le domaine de la pédophilie. Cette technique pose dans l'ensemble des pays mais surtout en France, des problèmes sur le plan éthique et soulève une certaine opposition sur le plan professionnel. La méthode de mesure est intrusive pour l'expertisé, l'origine des stimuli visuels interroge, photos ou films de mineurs sont interdits. D'après Hunter, cette méthode semble peu adaptée aux mineurs. (53)

#### 1.4.3. Évaluation clinique intégrée

Depuis les années 2000, certains auteurs préconisent une évaluation clinique intégrée. Rien ne peut remplacer une connaissance parfaite de la clinique mais le but est d'éviter la sur ou sous-estimation d'un facteur de risque et donc de limiter la marge d'erreur de l'évaluation.

Certains auteurs, comme Niveau, préconisent l'usage raisonné des instruments standardisés en les intégrant dans le processus d'évaluation clinique et présentent la méthode comme la solution à l'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence. (61) Ils orientent l'évaluation sur les liens entre le sujet et son environnement, considérant qu'ils sont indissociables et interagissent constamment.

Pour Norko et Baranoski en 2005, l'expertise psychiatrique garde une part de subjectivité même en utilisant des outils validés. Ils estiment que l'ensemble des facteurs ne sera jamais retrouvé par les seuls outils et expliquent qu'il est indispensable de personnaliser l'évaluation. En ce sens, l'entretien clinique garde toute sa place et ne peut être remplacé par des outils.

Mais cette évaluation semble méthodologique, difficilement adaptable à l'ensemble des expertises psychiatriques pénales en France et très longue au vu du nombre d'entretien nécessaire (au moins trois) et de la durée de déroulement de chacun (plusieurs heures).

L'organisation proposée par les auteurs est la suivante :

1. Prise de connaissances attentive de la mission et lecture des dossiers.
2. Premier entretien avec le sujet pour évaluation de son état psychique et si possible obtention de levée du secret professionnel concernant les médecins et les institutions l'ayant soigné.
3. Recueil des informations manquantes.
4. Deuxième entretien pour approfondissement de l'examen clinique et obtention des précisions nécessaires sur certains points obscurs.
5. Utilisation des instruments standardisés.
6. Troisième entretien pour explications des conclusions préalables au sujet et recueil de ses commentaires.
7. Rédaction du rapport.

Bien évidemment ce schéma très long peut être adapté aux contraintes environnementales plus facilement observables pour une évaluation post-sentencielle que pour une expertise en urgence lors d'une garde à vue.

L'objectif de cette méthode est d'éviter le seul entretien clinique.

La méthode précise que si l'expert ne peut réunir un minimum de conditions, il devra reporter son évaluation afin de respecter le sujet. (61)

Le problème majeur de cette méthode est le recueil d'informations : le sujet lui-même, les dossiers médicaux, judiciaires et sociaux mais il faut absolument l'accord de l'expertisé. En cas de refus, la méthode devient moins fiable. Toute information est prise en compte qu'elle soit officielle ou auto-rapportée.

Pour les mineurs, la grande difficulté réside dans l'obtention des informations judiciaires et éventuellement de l'accord des parents.

De plus, la cinquième étape n'est pas applicable en France puisque les outils standardisés pour mineurs ne sont pas validés.

## 1.5. Conclusion

Nous pouvons constater que le système judiciaire applicable aux mineurs est bien compliqué et que différents éléments, en plus de l'infraction, sont pris en compte pour une décision de justice, tout au long de la chaîne pénale.

Une agression sexuelle est une infraction qualifiée selon le CP, en délit ou en crime et correspond à différents types d'agression (attouchements, viol, exhibition,...). Les peines encourues ainsi que la procédure dépendent de la qualification initiale de l'infraction. Cette agression peut être faite par un mineur.

Les MAICS présentent sur le plan épidémiologique, des statistiques et des caractéristiques différentes de celles des adultes. Il n'est plus pensable de parler de l'agresseur mais il est indispensable de parler des agresseurs à caractère sexuel tant les profils sont différents. De nombreux facteurs de risque ont été identifiés dans la littérature internationale.

Le caractère sexuel de l'infraction rend obligatoire l'expertise psychiatrique en pénal. Suivant le moment de l'ordonnance de commission dans la chaîne pénale, l'expertise psychiatrique devra répondre à des missions différentes. Parmi celles-ci la question de la dangerosité est présente.

Non défini juridiquement, le concept de dangerosité est très difficile à préciser tant les écoles s'opposent. En France, la dichotomie dangerosité psychiatrique et criminologique est de règle même si elle est contestée sur le plan international. L'intérêt porté à la notion de la dangerosité a obligé les chercheurs à s'interroger sur la notion du risque de récurrence et leur a permis de préciser le risque selon trois modalités : général, violent et sexuel.

Différentes méthodes d'évaluation du risque de récurrence ont été développées mais elles suscitent de nombreux débats surtout dans le domaine des agresseurs sexuels. La réflexion semble quasi tabou lorsqu'elle touche aux MAICS.

La différence méthodologique de ces méthodes a au moins le mérite de forcer à la réflexion sur la qualité de l'expertise donnée, de l'existence de facteurs de risque spécifiques à un type de récurrence dont certains sont modifiables par une action extérieure.

Les méthodes des dernières générations recherchent une validation scientifique, donner un crédit de l'expertise inter-juges et rendre l'expertise reproductible. Mais il ne

faut pas oublier que le sujet est un être en évolution et l'expertise psychiatrique n'est qu'une photo voir même un film de la vie d'un mineur auteur d'une agression sexuelle avec un arrêt sur image au moment de l'expertise.

Mais ces méthodes posent toutes des problèmes méthodologiques, éthiques et déontologiques. La solution est peut-être dans l'association de ces méthodes plus que dans la rivalité de celles-ci.

## Deuxième partie : L'étude

## **Évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence d'auteurs mineurs d'infraction à caractère sexuel : À partir de 64 expertises psychiatriques pénales**

### **Résumé :**

**Contexte :** L'évaluation du risque de récurrence et de la dangerosité est un sujet d'actualité en France, aussi bien sur le plan médiatique que médical et juridique. Le cadre législatif français impose une expertise psychiatrique pénale lors de toute procédure pénale pour tout suspect d'agression sexuelle même en cas de minorité. L'expert psychiatre qui devait initialement répondre à la notion de l'irresponsabilité pénale, a vu ses missions s'étendre à l'évaluation de la dangerosité. Uniquement psychiatrique, cette évaluation tend de plus en plus vers une évaluation de la dangerosité criminologique, ce que contestent certains experts qui estiment qu'elle sort du champ de leurs compétences professionnelles. En France, cette contestation est d'autant plus importante, car il y a obligation de respecter l'Ordonnance du 2 février 1945, privilégiant l'éducatif sur le répressif pour les mineurs.

**Objectif :** Cette étude a pour but de rechercher si les experts utilisent des facteurs de risque validés par la littérature internationale et adaptés aux mineurs pour répondre à la mission de l'évaluation de la dangerosité dans le cadre des ordonnances de commission d'expertise pénale de MAICS de sexe masculin, expertisés mineurs.

**Méthode :** Etude pilote, rétrospective, descriptive, réalisée à partir de rapports d'expertises obtenus auprès d'experts par contact mail de l'ensemble des psychiatres et pédopsychiatres inscrits sur les listes officielles des Cours d'appel de France pour l'année 2014.

**Résultats :** 64 des rapports d'expertises pré-sentencielles satisfont aux critères d'inclusion. La mission d'évaluation de la dangerosité (98,4 %, n=63) ainsi que les réponses (96,9 %, n= 62) présentent une grande diversité. Les facteurs de risque bien que présents dans le rapport d'expertise, servent peu à la justification de l'évaluation de la dangerosité (générale, psychiatrique ou criminologique). Les outils d'évaluation du risque de récurrence sont peu utilisés (3,2 %, n=2) comme les références aux classifications internationales (23,4 %, n=15).

**Conclusion :** Dans le rapport d'expertise psychiatrique pénale des MAICS, l'entretien clinique reste encore le moyen d'évaluation de la dangerosité le plus utilisé.

**Mots clés :** Expertise psychiatrique pénale, agresseurs sexuels mineurs, dangerosité, risque de récurrence, évaluation.

## 2.1. Introduction

Des études menées dans plusieurs pays, montrent que de nombreux agresseurs sexuels adultes commencent leurs agressions à leur minorité. L'étude de Martine Jacob au Canada, a démontré qu'un pourcentage élevé, 40 % des agresseurs sexuels adultes avaient débuté leurs carrières criminelles en tant que mineur, pourcentage très élevé qui semble se confirmer vers la hausse. (45)

Selon l'Observatoire National de la Délinquance en France, les 14-18 ans ne représentent que 5 % de la population générale mais 25 % des mis en cause pour viols et agressions sexuelles. (36) Des chiffres similaires sont retrouvés dans l'ensemble des pays et sont en augmentation constante. Seul 10 à 15 % d'entre eux récidiveront sur le plan sexuel et 30 à 40 % pour des actes violents. (74)

Dans un contexte judiciaire en évolution depuis la loi du 17 juin 1998, les questions de la dangerosité et de la récidive sont au premier plan de l'actualité médiatique, médicale, judiciaire et criminologique. Ainsi l'expert psychiatre a vu ses missions expertales en pénal évoluer et la question de la dangerosité devenir un élément central de ses missions. (1)

La France, semble faire figure d'exception dans l'évaluation expertale. Selon une étude de Giovannangelli de l'Université de Liège, en 2000, les experts français semblent peu favorables à l'utilisation des nouveaux outils d'évaluation du risque de récidive violent et/ ou sexuel préférant l'entretien clinique. (109)

L'entretien clinique est une méthode qui présente de nombreux avantages, bien adaptée aux mineurs, elle est critiquée à cause de sa grande variabilité inter-juge.

Cette méthode est très dépendante de l'expérience de l'expert et de ses connaissances des différents profils des MAICS et des modes opératoires de l'agression.

Ce travail a pour objectif principal de rechercher dans des rapports d'expertises psychiatriques pénales de MAICS la présence de facteurs de risque de récidive validés par la littérature internationale et d'étudier si ces derniers servent à la justification de l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive.

Pour cela, il est nécessaire d'étudier au préalable la question de la dangerosité dans la mission et la réponse faite par les experts dans le rapport.

## 2.2. Matériels et méthodes

### 2.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective pilote à partir d'expertises psychiatriques pénales de mineurs AICS, expertisés mineurs, en France.

Nous nous sommes concentrés sur la question de la dangerosité posée par les juges et le type de réponse donné par les experts psychiatres. Nous avons cherché à étudier plus particulièrement si les juges et/ou les experts différencient le type de dangerosité à savoir la dangerosité générale, psychiatrique et/ou criminologique. Puis nous nous sommes intéressés au moyen éventuellement demandé par le juge et/ou utilisé par l'expert pour justifier sa décision : classifications internationales (CIM 10, DSM), entretien, échelles actuarielles ou entretien semi-structuré,...

Nous avons recherché la présence ou non dans le rapport d'expertise de facteurs de risque de récurrence aussi bien sexuel que général ou violent puis nous avons observé si ceux-ci étaient clairement utilisés pour justifier l'évaluation faite par le psychiatre et/ou le pédopsychiatre.

Nous avons aussi relevé les facteurs de risque non reconnus par la littérature internationale mais présentés par certains experts.

Il n'est pas étudié ici la qualité de cette évaluation.

A cet effet nous avons contacté, par mail l'ensemble des psychiatres et pédopsychiatres disposant d'une adresse mail et inscrits sur les listes officielles des Cours d'appel de France pour l'année 2014 (sauf pour Bastia, Besançon, Caen, Nîmes, Pau, Rouen et Versailles, année 2013 et Papeete, année 2012). La demande précisait les critères d'inclusion, accompagnée de l'approbation du sujet de thèse. Les experts pouvaient mettre à disposition un ou plusieurs rapports d'expertise, anonymisés.

### 2.2.2. Échantillon

Critères d'inclusion :

Les rapports d'expertises psychiatriques pré ou post-sentencielles (exception faite des expertises de garde à vue) pour des sujets mineurs au moment des faits d'infraction, expertisés mineurs uniquement (moins de 18 ans), de sexe masculin et AICS.

Critères d'exclusion :

Les rapports d'expertises psychologiques ou psychiatriques effectuées pendant une garde à vue, pour des sujets expertisés ou auteurs majeurs (à partir de 18 ans), les sujets de sexe féminin, les sujets auteurs mais non AICS, les expertises concernant des victimes d'AICS et les rapports antérieurs à 2009.

### 2.2.3. Recueil des données

Sur l'ensemble des experts inscrits comme psychiatre et/ou pédopsychiatre sur les listes officielles des Cours d'appel de France pour l'année 2014 (sauf pour Bastia, Besançon, Caen, Nîmes, Pau, Rouen et Versailles, année 2013 et Papeeté, année 2012), 310 experts possédaient une adresse mail.

Pour les 567 experts inscrits, 310 mails ont été envoyés directement aux experts, le 22 février 2015, seuls 37 mails n'ont pas été distribués. Aucun mail de rappel n'a été envoyé.

Ainsi 273 experts (48,2 %) ont été contactés. La date d'arrêt pour la réception des rapports était fixée au 1er avril 2015.

Sur l'ensemble des rapports mis à disposition (plusieurs centaines), seuls 64 rapports d'expertise satisfont aux critères d'inclusion. Les réponses étaient anonymes.

Tous proviennent de France métropolitaine et tous les rapports d'expertise sont pré-sentencielles. Il n'y a, dans cette étude, aucun rapport d'expertise psychiatrique post-sentencielle de MAICS expertisé mineur.

Le choix des variables étudiées s'est porté sur les concepts suivants :

- Mission d'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence dans l'ordonnance de commission de l'expertise avec réponse à cette mission par l'expert psychiatre ou pédopsychiatre.
- Facteurs de risque de récurrence statiques et dynamiques de récurrence psychiatrique et criminologique (générale, sexuelle et de violence) sélectionnés en fonction de données de la littérature internationale. Seule la citation du facteur de risque dans le rapport d'expertise est recherchée. Ne sont présents dans les différents tableaux, que les facteurs retrouvés.
- Utilisation de références scientifiques, d'une classification internationale et d'une bibliographie.
- Utilisation d'une (ou plusieurs) méthode (s) d'évaluation du risque de récurrence
- Recherche de facteurs protecteurs.
- Utilisation de facteurs non validés.

Au sein des rapports, 96 variables ont été recherchées par une lecture du rapport d'expertise à deux reprises, à un mois d'intervalle, avec transcription sur une grille de recueil de données et saisies dans un fichier informatique (anonyme y compris sur l'origine géographique).

L'analyse méthodologique et statistique a été réalisée dans l'unité Espri-Biobase du CHRU de Nancy avec le logiciel IBM-SPSS v22.

## 2.3. Résultats

### 2.3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

#### 2.3.1.1. Concernant les experts

- Sexe de l'expert

56,3 % (n=36) des experts sont des femmes contre 43,8 % (n=28) d'hommes.

- Âge de l'expert

Les moins de 50 ans représentent 19 % (n=12) des experts dont seulement 5 % (n=3) ont entre 30 et 39 ans. 22 % (n=14) ont plus de 60 ans.

Presque 60 % des experts ont entre 50 et 59 ans.

#### 2.3.1.2. Concernant les agresseurs

- Âge de l'agresseur à l'expertise

Les agresseurs sont des garçons âgés de 12 à 17 ans à l'expertise. [12 ans : 1,6 % (n=1), 13 ans : 7,8 % (n=5), 14 ans : 25,0 % (n=16), 15 ans : 21,9 % (n=14), 16 ans : 17,2 % (n=11), 17 ans : 26,6 % (n=17)].

- Âge de l'agresseur à la commission de l'infraction

Les mineurs étaient âgés de 9 à 17 ans [9 ans : 1,6 % (n=1), 11 ans : 4,7 % (n=3), 12 ans : 4,7 % (n=3), 13 ans : 15,6 % (n=10), 14 ans : 12,5 % (n=8), 15 ans : 9,4 % (n=6), 16 ans : 7,8 % (n=5), 17 ans : 7,8 % (n=5)].

Mais cette donnée est inconnue dans 35,9 % (n=23) des rapports.

- Nombre d'agresseurs

60,9 % (n=39) d'entre eux ont agi seul contre 39,9 % (n=25) en groupe [2 agresseurs : 10,9 % (n=7), 3 agresseurs : 4,7 % (n=3), 4 agresseurs : 7,8 % (n=5), 6 et plus : 15,6 % (n=10)].

- Pathologie mentale chez l'agresseur

Aucun agresseur ne présente de pathologie mentale actuelle ou dans ses antécédents, ni de passage en Unité pour Malades Difficiles ou UMD.

### 2.3.1.3. Concernant les victimes

- Sexe de la victime :

67,2 % (n=43) des victimes sont de sexe féminin uniquement, 29,7 % (n= 19) de sexe masculin uniquement et 1,6 % (n=1) des deux.

- Lien avec la victime :

34,4 % (n=22) des victimes sont inconnues de l'agresseur, 65,7 % (n=42) sont connues de l'agresseur [50 % (n= 32) extrafamiliales, 14,1 % (n=9) intrafamiliales et 1,6 % (n=1) les deux].

- Âge de la victime :

45 % (n=29) sont des pairs de l'agresseur contre 28,1 % (n=18) d'enfants, 3,2 % (n=2) d'adultes et 4,7 % (n= 3) mixtes. Dans 18,8 % (n= 12) des rapports d'expertise, l'âge de la victime n'est pas précisé.

### 2.3.1.4. Concernant l'agression

- Le type d'agression

82,7 % (n=53) des agressions sexuelles concernent des actes de pénétration [dont 7,8 % (n=5) sous la contrainte d'une arme et 4,7 % (n=3) avec acte de torture ou barbarie, ou tentative de meurtre].

14,1 % (n=9) des actes d'attouchements sexuels, 1,6 % (n=1) un acte d'exhibition et 1,6 % (n=1) ne précise pas le type d'agression.

- Le lieu de l'agression

Les agressions se déroulent dans un lieu public (rue, jardin, piscine ..) pour 39 % (n=25), au domicile de l'agresseur et/ou de la victime pour 31,3 % (n=20), au domicile d'un ami pour 4,7 % (n=3), dans un foyer ou une famille d'accueil pour 3,2 % (n=2), à l'école pour 1,6 % (n=1) et dans plusieurs lieux pour 3,2 % (n=2).

17,2 % (n=11) des rapports d'expertise ne précisent pas le lieu de l'agression.

- Dans l'ensemble des rapports, pas de consommation de stupéfiants ou d'alcool pendant la commission de ou des infractions pénales (facteur d'aggravation).

- Nombre de victimes par agresseur

75 % (n=48) des agresseurs ont agressé une seule victime, 9,4 % (n=6) plusieurs victimes en même temps et 15,6 % (n=10) plusieurs victimes mais à des moments différents.

## 2.3.2. Résultats en lien avec la dangerosité dans le rapport d'expertise

- Caractéristiques sur la mission et la réponse de la dangerosité (Tableau 1)

Tableau 1		Fréquence		Pourcentage	
		Mission juge	Réponse expert	Mission juge	Réponse expert
Caractéristiques sur la mission et la réponse de la dangerosité					
Mission sur la dangerosité		63	62	98,4	96,9
Pas de mission sur la dangerosité		1	2	1,6	3,1
Total		64	64	100,0	100,0
Pas de type de dangerosité précisée		52	8	81,3	12,5
Type de dangerosité précisée :		12	56	18,7	87,5
Dont	Psychiatrique	2	41	3,1	64,0
	Criminologique/sociale	4	3	6,3	4,7
	Psychiatrique et criminologique	4	11	6,3	17,2
	Les deux et pour lui et les autres	1	1	1,6	1,6
	Au sens pénal	1	0	1,6	0
Total		64	64	100,0	100,0
Pas de graduation		61	8	95,3	12,5
Type de graduation précisée :		3	56	4,7	87,5
Dont	Avérée, défavorable	3	1	4,7	1,6
	Non avérée, aucune	0	44	0	68,8
	Existe si culpabilité	0	1	0	1,6
	Extrême	0	1	0	1,6
	Autres : limitée, degré potentiel, certain degré, continue...	0	9	0	13,9
Total		64	64	100,0	100,0
Pas de justification		58	52	90,6	81,3
Justification sans facteurs de risque identifiés		3	9	4,7	14,0
Justification avec facteurs de risque identifiés		3	3	4,7	4,7
Total		64	64	100,0	100,0

Bien que la mission d'évaluation de la dangerosité soit présente dans quasi toutes les missions des juges (98,4 %, n=63), sans demande de précision du type de dangerosité (81,3 %, n=52), les réponses des experts (96,9 %, n=62) contiennent très fréquemment une précision du type de dangerosité (87,5 %, n=56).

La dangerosité psychiatrique est très représentée avec 82,9 % (n=53) de réponse alors que la dangerosité criminologique n'est présente que dans 23,5 % (n=15) des rapports.

Seulement 4,7 % (n=3) des missions demandent une graduation de la dangerosité et 9,4 % (n=6) une justification.

87,5 % (n=56) des experts graduent la dangerosité en utilisant une terminologie variable (non avéré, aucune, extrême, un degré potentiel...). Ce qui permet de constater que lorsque les experts précisent la dangerosité, ils la présentent de façon graduée. Par contre l'évaluation n'est justifiée que dans 18,7 % (n=12) avec 4,7 % (n=3) de justification de l'évaluation par des facteurs validés dans la littérature Internationale.

- Caractéristiques sur la mission et la réponse de la récidive (Tableau 2)

Tableau 2		Fréquence		Pourcentage	
		Mission juge	Réponse expert	Mission juge	Réponse expert
Caractéristiques sur la mission et la réponse de la récidive					
Mission sur la récidive		5	19	7,8	29,7
Pas de mission sur la récidive		59	45	92,2	70,3
Total		64	64	100,0	100,0
Pas de type de récidive précisée		61	51	95,2	79,7
Type de récidive précisée :		3	13	4,8	20,3
Dont	Psychiatrique	0	1	0	1,6
	Criminologique	0	5	0	7,8
	Psychiatrique et criminologique	1	0	1,6	0
	Toutes sortes de passage à l'acte	0	2	0	3,1
	Violence physique et sexuelle	0	1	0	1,6
	Sexuelle	1	2	1,6	3,1
	Plus sexuelle que non sexuelle	0	1	0	1,6
	En milieu libre	1	0	1,6	0
Total		64	64	100,0	100,0
Pas de graduation		62	51	96,9	79,7
Type de graduation précisée :		2	13	3,1	20,3
Dont	Favorable, défavorable	1	0	1,6	0
	Echelle de faible à élevée	1	0	1,6	0
	Non avérée	0	2	0	3,1
	Modérée/moyenne	0	2	0	3,1
	Elevée	0	2	0	3,1
	Très élevée	0	1	0	1,6
	Pas exclue mais ne peut être écartée	0	3	0	4,7
	Autres : peu probable, possible, limitée	0	3	0	4,7
Total		64	64	100,0	100,0
Pas de justification		63	53	98,4	82,8
Justification sans facteurs de risque identifiés		0	4	0	6,3
Justification facteurs de risque identifiés		1	7	1,6	10,9
Total		64	64	100,0	100,0

Seuls 7,8 % (n=5) des juges posent spécifiquement la mission de la récidive.

Pour 4,8 % (n=3) de ces missions, une précision est demandée.

29,7 % (n=19) des experts, presque un tiers, évaluent le risque de récidive avec 20,3 % (n=13) de réponses précisées.

Peu de missions 1,6 % (n=1) concernent la récidive sexuelle et 6,3 % (n=4) des rapports évoquent ce risque spécifique. 1,6 % (n=1) des rapports d'expertise citent la récidive psychiatrique et 7,8 % (n=5) la récidive criminologique.

Une graduation du risque de récidive est demandée dans 3,1 % (n=2) des missions alors que 20,3 % (n=13) des experts graduent le risque de récidive qu'ils évaluent. Dans ce cas une présentation en « non avérée, faible, modérée, élevée et très élevée » est retrouvée dans 50 % des rapports.

17,2 % (n=11) des évaluations du risque de récidive sont justifiées alors que 1,6 % (n=1) des missions le demandaient, et pour plus de la moitié des rapports, la justification se fait avec des facteurs retrouvés dans la littérature internationale.

### 2.3.3. Résultats sur l'utilisation des facteurs de risque de récurrence

- Facteurs de risque de récurrence en lien avec l'agresseur (Tableau 3)

Tableau 3  Facteurs de risque de récurrence en lien avec l'agresseur	Fréquence				Pourcentage			
	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert pas clairement à la justification	Non présent dans le rapport	Total	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert pas clairement à la justification	Non présent dans le rapport	Total
Âge de l'agresseur à l'expertise	1	63	0	64	1,6	98,4	0	100,0
Âge de l'agresseur à l'agression	2	39	23	64	3,1	60,9	35,9	100,0
Sexe de l'agresseur	0	64	0	64	0	100,0	0	100,0
Absence du père dans l'éducation	1	59	4	64	1,6	92,2	6,3	100,0
Ne pas avoir vécu avec ses parents jusqu'à 16 ans	0	56	8	64	0	87,5	12,5	100,0
Représentation parentale	0	29	35	64	0	45,3	54,7	100,0
Carences éducatives	2	54	8	64	3,1	84,4	12,5	100,0
Antécédents de maltraitance physique ou psychologique	0	30	34	64	0	46,9	53,1	100,0
Antécédents de maltraitance sexuelle	0	28	36	64	0	43,8	56,3	100,0
Antécédents judiciaires généraux	2	23	39	64	3,1	35,9	60,9	100,0
Antécédents judiciaires sexuels	1	15	48	64	1,6	23,4	75	100,0

Tableau 3 (suite)	Fréquence				Pourcentage			
	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert pas clairement à la justification	Non présent dans le rapport	Total	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert pas clairement à la justification	Non présent dans le rapport	Total
Facteurs de risque de récidive en lien avec l'agresseur								
Antécédents judiciaires de violences seules	1	14	49	64	1,6	21,9	76,6	100,0
Pathologie mentale	2	62	0	64	3,1	96,9	0	100,0
Déficience intellectuelle	0	46	18	64	0	71,9	28,1	100,0
Immaturité, alexithymie	3	34	27	64	4,7	53,1	42,2	100,0
TDAH	1	8	55	64	1,6	12,5	85,9	100,0
Affects négatifs, dépression, suicidaire	0	36	28	64	0	56,3	43,8	100,0
Autres : anxiété, angoisse, troubles du sommeil ...	0	37	27	64	0	57,8	42,2	100,0
Trouble du comportement +/- provocation, rixe, TC	2	39	23	64	3,1	60,9	35,9	100,0
Impulsivité intolérance frustration	3	15	46	64	4,7	23,4	71,9	100,0
Tonalité antisociale/ psychopathique	5	12	47	64	7,8	18,8	73,4	100,0
Tonalité de personnalité autre	4	47	13	64	6,3	47	20,3	100,0
Mauvaise gestion du stress, planification	0	7	57	64	0	10,9	89,1	100,0

Les facteurs de risque concernant l'agresseur peuvent, dans cette étude, être classés en cinq groupes bien distincts : l'état civil, l'histoire familiale, les antécédents judiciaires, les troubles psychiques et neuropsychiques (antécédents et état clinique actuel) et les troubles en lien avec le comportement.

Les facteurs en lien avec l'état civil : les facteurs de risque, « l'âge de l'agresseur à l'expertise » et le « sexe de l'agresseur » sont présents à 100 % (n=64) mais ne servent quasiment pas explicitement à la justification de l'évaluation du rapport [réciproquement 1,6 % (n=1) et 0 % (n=0)]. L' « âge de l'agresseur à l'agression » qui est facteur de risque de récurrence sexuelle important (puisque rappelons-le, plus l'âge de la commission de l'infraction est jeune, plus le risque de récurrence est élevé) est absent dans 35,9 % (n=23) des rapports mais sert à 3,1 % (n=2) pour la justification.

Les facteurs en lien avec l'histoire familiale : un constat similaire peut se faire pour les facteurs de risque en lien avec l'histoire familiale. Il faut noter que la notion de recherche d'antécédents de maltraitance est absente dans la moitié (53,1 %, n=34) des rapports et les antécédents plus spécifiques de maltraitance sexuelle sont absents dans 56,3 % (n=36).

Les facteurs en lien avec les antécédents judiciaires : facteur très important dans l'évaluation du risque de récurrence en général et surtout du risque sexuel, est peu évoqué dans les rapports. Un premier passage à l'acte est à risque d'une nouvelle commission dans un temps rapproché. Le facteur « antécédents judiciaires sexuels » n'est pas cité dans 75 % (n=48) des rapports et n'est utilisé comme élément de justification que dans 1,6 % (n=1) des rapports. Le facteur de risque de violence peut être estimé par le risque d'antécédents judiciaires de violence mais celui-ci est absent dans 76,6 % (n=49).

Les facteurs en lien avec les troubles psychiques et neuropsychiques (antécédents et état clinique actuel) : la recherche du facteur « pathologie mentale » est recherchée dans 100% (n=64) des rapports avec les facteurs « TDAH » : 14,1 % (n=9), « déficience intellectuelle » : 71,9 % (n=46), « immaturité » : 57,8 % (n=37). La recherche des facteurs « affects négatifs,... » ou de « autres : anxiété, angoisse,

trouble du sommeil,... » sont absents dans presque la moitié des rapports d'expertise [soit réciproquement 43,8 % (n=28) et 42,2 % (n=27)].

Les facteurs en lien avec les troubles du comportement sont quant à eux peu présents dans l'ensemble des rapports. 71,9 % (n=46) des rapports n'évoquent pas le facteur « impulsivité, intolérance à la frustration », 89,1 % (n=57) celui de la « mauvaise gestion du risque ». 53,3 % (n=51) des rapports font référence à des traits de personnalité autre que psychopathique/antisocial, ces derniers sont présents uniquement dans 26,6 % (n=17).

- Facteurs de risque de récidive en lien avec la victime (Tableau 4)

Tableau 4	Fréquence				Pourcentage			
	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert pas à la justification	Non présent dans le rapport	Total	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert pas à la justification	Non présent dans le rapport	Total
Facteurs de risque de récidive en lien avec la victime								
Âge de la victime	1	52	11	64	1,6	81,2	17,2	100,0
Sexe de la victime	3	60	1	64	4,7	93,7	1,6	100,0
Lien avec victime	4	60	0	64	6,2	93,8	0	100,0

Le facteur « âge de la victime » est corrélé au risque de récidive sexuelle. En effet, le risque de récidive est beaucoup plus élevé si la victime est d'âge pré-pubère (avec une différence de 5 ans pour justifier d'un trait de comportement évoquant une paraphilie) que si la victime est un pair ou un adulte. Bien que présent à 82,8 % (n=53), il ne sert qu'à 1,6 % (n=1) pour justifier l'évaluation de la dangerosité ou du risque de récidive.

De même, le sexe de la victime de type masculin, est corrélé à un fort risque de récidive sexuelle, présent à 98,4 % (n=63), ce facteur ne sert que dans 6,2 % (n=4) des évaluations.

Le lien existant ou non entre l'agresseur et la victime est primordial. En l'absence de lien, c'est-à-dire si la victime est inconnue de l'agresseur, le risque d'un nouveau passage à l'acte de caractère sexuel est très important. Cette information présente dans tous les rapports d'expertise ne sert que dans 6,2 % (n=4) des justifications.

- Facteurs de risque de récidive en lien avec la sexualité (Tableau 5)

Tableau 5  Facteurs de risque de récidive en lien avec la sexualité	Fréquence				Pourcentage			
	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert pas clairement à la justification	Non présent dans le rapport	Total	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert pas clairement à la justification	Non présent dans le rapport	Total
Inexpérience sexuelle	0	57	7	64	0	89,1	10,9	100,0
Sexualité à l'expertise	0	27	37	64	0	42,2	57,8	100,0
Qualité relations sexuelles ou sentimentales	0	27	37	64	0	42,2	57,8	100,0
Masturbation	0	3	60	64	0	4,7	93,8	100,0
Distorsions cognitives	1	20	43	64	1,6	31,3	67,2	100,0
Intérêt sexuel actif et déviant	3	15	46	64	4,7	23,4	71,9	100,0
Intérêt pour l'exhibitionnisme	1	3	60	64	1,6	4,7	93,7	100,0
Intérêt pour paraphilies autres	5	9	78,1	64	7,8	14,1	78,1	100,0
Visionnage de films pornographiques	0	39	25	64	0	60,9	39,1	100,0
Préférence sexuelle pédophile	2	10	52	64	3,1	15,6	81,3	100,0

Dans la cadre d'une infraction à caractère sexuel, la sphère de la sexualité est de grand intérêt. Celle-ci doit être détaillée et explorée selon différents axes (les connaissances, l'expérience, l'affectivité, les intérêts sexuels, les fantasmes, les distorsions cognitives,...).

Ainsi dans le cadre des expertises psychiatriques pénales des MAICS les connaissances et les expériences de la sexualité doivent être étudiées.

Le facteur « inexpérience sexuelle » est fortement évoqué dans les rapports d'expertise 89,1 % (n=57). Les facteurs « qualité des relations » et « sexualité à l'expertise » sont absents à 57,8 % (n=37).

Les distorsions cognitives ne sont pas recherchées dans 67,2 % (n=43) des rapports bien que ce soit un facteur de risque primordial dans le passage à l'acte. Il ne sert que 1,6 % (n=1) à la justification de l'évaluation.

Tous les autres facteurs, touchant davantage à l'intime, sont plus faiblement représentés mais lorsqu'ils le sont, ils servent à la justification de l'évaluation. Ainsi la présence du facteur « intérêt pour l'exhibitionnisme » (6,3 %, n=4) et « intérêt pour autres paraphilies » (21,9 %, n=14) sont peu recherchés alors qu'ils sont corrélés à un risque élevé de récurrence sexuelle. Ils servent respectivement à 1,6 % (n=1) et 7,8 % (n=5) des évaluations de la dangerosité et du risque de récurrence.

Le facteur « masturbation » n'est présent que dans 4,7 % (n=3). La présence de masturbation est à explorer chez le mineur puisqu'elle informe sur le stade de développement de la sexualité et de ses intérêts sexuels. Il est nécessaire d'arriver à faire exprimer le mineur sur ses masturbations avec le contexte ou le cadre, la fréquence, la durée, la qualité masturbatoire, les intérêts sexuels, la présence d'un aspect compulsif sans oublier la finalité recherchée par l'acte. Ainsi des masturbations effectuées dans des lieux publics ou à visée anxiolytique (et non de recherche de plaisir), sont corrélées à un risque très élevé de passage à l'acte.

Bien que l'agression présente une spécificité, les évaluations des experts n'explorent peut-être pas assez les différents aspects de la sexualité qui sont rarement développés sur le plan qualitatif.

- Facteurs de risque de récidive en lien avec les liens sociaux (Tableau 6)

Tableau 6  Facteurs de risque de récidive en lien avec les liens sociaux	Fréquence				Pourcentage			
	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert clairement pas à la justification	Non présent dans le rapport	Total	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert clairement pas à la justification	Non présent dans le rapport	Total
Rejet par la structure familiale	1	5	58	64	1,6	7,8	98,4	100,0
Isolement social	2	38	24	64	3,1	59,4	37,5	100,0
Projet scolaire ou professionnel	0	34	30	64	0	53,1	46,9	100,0
Echec scolaire ou retard scolaire	2	58	4	64	3,1	90,6	6,3	100,0
Fréquentations Négatives	0	13	51	64	0	20,3	79,7	100,0

L'intégration de l'agresseur dans un tissu social de qualité diminue fortement le risque de récidive sur les trois axes (général, sexuel et violent).

En écartant le facteur de risque lié à l' « échec ou au retard scolaire », fortement recherché à 93,7 % (n=60), les autres facteurs le sont beaucoup moins.

Par exemple, le « rejet ou non par la structure familiale » est absent dans 98,4 % (n=58) des rapports d'expertise ainsi que les « fréquentations négatives » à 79,7 % (n=51).

- Facteurs de risque de récidive en lien avec le mode opératoire (Tableau 7)

Tableau 7  Facteurs de risque de récidive en lien avec le mode opératoire	Fréquence				Pourcentage			
	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert pas clairement à la justification	Non présent dans le rapport	Total	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert pas clairement à la justification	Non présent dans le rapport	Total
Mode opératoire de l'agression	7	6	51	64	10,9	9,4	79,7	100,0
Profil victimologique	3	2	59	64	4,7	3,1	92,2	100,0
Volonté de réitération	2	1	61	64	3,1	1,6	95,3	100,0
Consommation de substance ou d'alcool	1	36	27	64	1,6	58,3	79,7	100,0
Utilisation d'une arme	1	5	58	64	1,6	7,8	90,6	100,0
Violence physique pendant l'agression	3	19	42	64	4,7	29,7	65,6	100,0
Emprise psychologique	0	11	53	64	0	17,2	82,8	100,0
Prédation	2	2	60	64	3,1	3,1	93,8	100,0
Variabilités des violences sexuelles	0	7	57	64	0	10,9	89,1	100,0
Sadisme	3	2	59	64	4,7	3,1	92,2	100,0
Tonalité perverse	2	8	54	64	3,1	12,5	84,4	100,0
Acte de torture/barbarie	0	1	63	64	0	1,6	98,4	100,0
Aggression à visée anxiolytique	1	7	56	64	1,6	10,9	87,5	100,0

Tableau 7 (suite)	Fréquence				Pourcentage			
	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert pas clairement à la justification	Non présent dans le rapport	Total	Présent dans le rapport et sert clairement à la justification	Présent dans le rapport mais ne sert pas clairement à la justification	Non présent dans le rapport	Total
Explication du passage à l'acte	0	16	48	64	0	25,5	75,0	100,0
Empathie face à la victime	4	16	44	64	6,3	25,0	68,8	100,0
Sentiment de honte, culpabilité, ..	2	32	30	64	3,1	50,0	46,9	100,0
Ebauche de maturation	2	5	57	64	3,1	7,8	89,1	100,0
Compréhension des faits	3	18	43	64	4,7	28,1	67,2	100,0
Non reconnaissance des faits	1	50	13	64	1,6	78,1	20,3	100,0
Minimisation des faits	0	20	44	64	0	31,3	68,8	100,0
Manque de motivation pour un traitement	2	7	55	64	3,1	10,9	85,9	100,0

Ces facteurs de risque de récidive, plus en lien avec l'évaluation de la dangerosité criminologique, sont peu présents dans les rapports d'expertise (moins de 50 %).

Ainsi le « mode opératoire » et le « profil victimologique » ne sont cités respectivement par les experts que 20,3 % (n=13) et 7,8 % (n=5) dans les rapports.

Par contre, lorsqu'ils sont présents, ils sont utilisés à environ 50 % pour la justification de l'évaluation.

Par exemple, le facteur « utilisation d'une arme » est présent dans 9,4 % (n=6) des rapports mais n'est utilisé qu'une seule fois pour la justification de la mission alors que

7,8 % (n=5) des infractions avaient eu lieu sous la contrainte d'une arme. La présence d'une arme pendant l'agression montre une volonté de nuire très élevée.

Le même raisonnement s'applique aux infractions commises avec un « acte de torture ou de barbarie », le facteur n'est retrouvé que dans 1,6 % (n=1) des rapports d'expertise et n'est pas utilisé lors de la justification de la dangerosité ou du risque de récidive. Rappelons que 4,7 % (n=3) des agressions comportaient une accusation avec usage de torture ou de barbarie.

La « consommation de substance ou d'alcool » pourtant un facteur facilitateur du passage à l'acte, n'est recherché que dans 59,9 % (n=36) des rapports et n'apparaît que dans 1,6 % (n=1) des justifications.

Pour des faits d'agression sexuelle, l'exploration de la motivation ou du contexte du passage à l'acte est très important à rechercher et à explorer.

Certains éléments constituent des facteurs de risque à étudier, corrélés à un risque de récidive sexuelle et/ou violente : « la volonté de réitération » (4,7 %, n=3), une « prédation » (6,2 %, n=4), « une emprise psychologique » (17,2 %, n=11), « la variabilité des violences sexuelles » pendant les agressions (10,9%, n=7), l'utilisation de la « violence pendant l'agression » (34,4 %, n=22), un acte exécuté avec « sadisme » (7,8 %, n=5), une « tonalité perverse » retrouvée chez le mineur (15,6 %, n=10), une « agression à visée anxiolytique » (12,5 %, n=8).

La recherche d'une explication du passage à l'acte est présente à 25,5 % (n=16) dans les rapports. 32,8 % (n=21) des rapports indiquent une « compréhension des faits »

La « non reconnaissance des faits » par l'agresseur est importante à signaler dans l'expertise. 79,7 % (n=51) des rapports contiennent cette information.

Lorsque la « non-reconnaissance des faits » par l'agresseur est avérée, certaines précautions de formulation des résultats par l'expert sont nécessaires surtout dans le cadre des expertises pré-sentencielles. L'adolescent est « suspecté » d'agression s'il nie les faits alors qu'il bénéficie toujours de la présomption d'innocence. La « non-reconnaissance des faits » présentée initialement comme un facteur de risque de récidive, ne l'est plus actuellement. Elle est considérée comme un indicateur important de l'adhésion de l'agresseur à la prise en charge actuelle ou future qui lorsqu'elle est, faible voire inexistante, est un facteur de risque de récidive.

#### 2.3.4. Utilisation de références scientifiques ou classifications internationales ou d'une bibliographie

- Références scientifiques ou classifications internationales (Tableau 8)

<b>Tableau 8</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Références classifications internationales</b>		
Pas de classifications ou de références utilisées	49	76,6
Classifications internationales ou références scientifiques utilisées	15	23,4
Total	64	100,0

76,6 % (n=49) des rapports d'expertise ne contiennent pas de références à des classifications comme le DSM, la CIM... pour justifier ou expliquer le contenu du rapport concernant la pathologie psychiatrique.

- Présence d'une bibliographie dans le rapport (Tableau 9)

<b>Tableau 9</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Référence à une bibliographie</b>		
Pas de référence bibliographique utilisée	56	87,5
Références bibliographiques utilisées	8	12,5
Total	64	100,0

Seul 12,5 % (n=8) des rapports d'expertise contiennent une référence bibliographique scientifique étayant les éléments du rapport.

### 2.3.5. Utilisation d'outils d'évaluation du risque de récurrence

(Tableau 10)

<b>Tableau 10</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Utilisation d'outils d'évaluation du risque de récurrence</b>		
Pas d'échelle utilisée	62	96,8
Une échelle utilisée	1	1,6
Deux échelles utilisées	1	1,6
Total	64	100,0

L'entretien clinique reste majoritairement utilisé (96,8 %, n=62) par les experts lors de l'expertise psychiatrique pénale de MAICS.

3,2 % (n=2) des évaluations sont faites en utilisant un outil d'évaluation : la PCLR-YV est utilisée deux fois et la SAVRY une fois.

### 2.3.6. Recherche de facteurs protecteurs dans le rapport d'expertise

(Tableau 11)

<b>Tableau 11</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Facteurs protecteurs</b>		
Pas évoqués	59	92,1
Evoqués mais non justifiés	1	1,6
Evoqués et justifiés	4	6,3
Total	64	100,0

La présence de facteurs protecteurs, validés sur le plan scientifique, limitent le risque de récurrence mais ne sont évoqués que dans 7,9 % (n=5) des rapports avec 6,3 % (n=4) de justification de leurs effets protecteurs. Sont évoquées : la présence d'une famille

« cadrante », le non rejet familial, une bonne insertion sociale avec projet scolaire et/ou professionnel adapté, une capacité de maturation.

2.3.7. Utilisation de facteurs pour justifier l'évaluation du risque de récurrence, non retrouvés dans la littérature internationale

(Tableau 12)

<b>Tableau 12</b> <b>Facteurs non retrouvés dans la littérature</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Aspect physique : beauté/grandeur	1 fois sur 64	1,6
Élément du développement de la sexualité d'un adolescent	3 fois sur 64	4,7
Agression comme curiosité	2 fois sur 64	3,1

L'aspect physique n'est pas un facteur de risque de récurrence validé par la littérature internationale, ni d'ailleurs un facteur protecteur.

Les deux autres facteurs retrouvés dans les rapports d'expertise ne le sont pas.

## 2.4. Discussion

Cette étude nous permet de faire un point sur les pratiques des experts psychiatres français, concernant l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive dans le cadre des expertises psychiatriques pénales pour les mineurs auteurs (suspectés ou avérés) d'une infraction à caractère sexuel et expertisés mineurs. Elle nous permet de constater la grande variabilité, des missions des juges et des réponses des experts. Cette étude nous permet également de vérifier l'importante diversité de facteurs de risque de récidive utilisés par les experts. Elle nous permet d'explorer leurs évocations dans les rapports, sans pouvoir retrouver une utilisation standardisée dans la pratique professionnelle des experts. Elle met en évidence que les facteurs ne servent que rarement, de façon explicite, à l'évaluation du risque de récidive. Cette étude nous permet d'affirmer que l'utilisation de références et d'outils d'évaluation sont peu utilisés.

Enfin cette étude nous permet de proposer des hypothèses pouvant expliquer le choix méthodologique des experts psychiatres français.

A notre connaissance, aucune étude identique n'a été menée, auprès de l'ensemble des experts psychiatres français, pour une population de MAICS, expertisés mineurs, utilisant comme source de données, des rapports d'expertise pré-sentencielles (n=64).

### 2.4.1. Limites de l'étude

Cette étude pilote, utilisant des rapports d'expertise psychiatrique pénale, comporte un certain nombre de biais, qu'il n'a pas été possible matériellement de corriger dans le cadre d'un travail de thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine.

La méthode choisie, nous a permis de recueillir un grand nombre de rapports d'expertise issus de l'ensemble du territoire, réduisant ainsi les influences méthodologiques régionales éventuelles.

Cette étude comporte un biais de recrutement des experts : seuls les experts inscrits sur les listes officielles des Cours d'appel de France sur une période donnée et ayant une adresse mail valide ont été contactés. L'impact de ce biais peut être discuté : si

l'ensemble des experts avaient été contactés, cette méthode ne reflèterait toujours pas la réalité judiciaire. Un grand nombre d'experts pour les MAICS ne sont pas inscrits sur les listes officielles des Cours d'appel. Rappelons ici que le juge est libre de nommer l'expert de son choix pour sa compétence dans le domaine dont il désire un avis technique. Il suffit à ce professionnel de prêter serment lors de l'audience au tribunal.

Il existe très probablement un biais de sélection des expertises. Les experts étaient libres de donner les expertises qu'ils mettaient à disposition. Deux hypothèses sont alors possible : d'une part les experts ont pu choisir les expertises qu'ils ont estimé avoir le mieux exécuté, et d'autre part, sélectionner, consciemment ou non, les expertises concernant des infractions plus « spectaculaires » ou criminologiques plus grave. Ce biais a peu d'influence sur notre étude, dans les deux hypothèses, ces rapports d'expertises devraient être ceux qui évaluent un maximum les facteurs de risque de récidive des MAICS.

Un autre biais se trouve éventuellement dans la sélection des facteurs de risque de récidive. Effectivement, selon les études scientifiques internationales, ces facteurs ne sont pas pondérés de façon identique selon le mode opératoire.

L'impact reste faible car l'étude ne fait que rechercher la présence du facteur de risque dans le rapport d'expertise et son utilisation dans la justification. La méthodologie des expertises psychiatriques détaillée dans la littérature, recommande aux experts d'indiquer les critères contenus dans leurs évaluations, que cet élément soit présent ou non chez la personne expertisée. L'expert doit indiquer que le symptôme, facteur ou élément X, n'est pas présent chez l'expertisé. Ceci doit nous permettre de retrouver les facteurs de risque dans les rapports d'expertise.

Enfin un dernier biais pourrait être la date des expertises. En effet la mission de la dangerosité apparait avec la loi 98-468 du 17 juin 1998 « relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs » qui s'applique aussi aux auteurs mineurs. (1) Ce biais n'existe pas dans notre étude, les expertises antérieures à l'année 2009 ont été exclues.

Rappelons que cette étude pilote, ne cherche pas à explorer la qualité de l'évaluation, elle ne fait qu'étudier les moyens utilisés pour la mise en œuvre de celle-ci.

#### 2.4.2. Particularités de la population de l'étude

Les statistiques de notre étude ne correspondent pas tout à fait aux chiffres des statistiques officielles françaises ou à celles de la littérature nationale et internationale des MAICS.

La raison à cette variation statistique que nous proposons d'évoquer est l'origine de la population étudiée. Il s'agit d'une population « judiciairisée » car extraite des rapports d'expertise psychiatrique pénale.

Les MAICS extraits de cette étude constituent un sous-groupe des MAICS car :

- ils sont identifiés comme auteurs d'une infraction, et ne correspondent qu'aux auteurs des agressions sexuelles qui aboutissent aux 20 % maximum de dépôt de plainte, réalisés par les victimes. L'adolescent reste qualifié sur le plan pénal de « mis en cause pour des faits d'agression sexuelle ».
- le Procureur de la République estime qu'il y avait assez d'éléments à charge pour qualifier l'infraction pénalement, en délit ou en crime, et qu'il engageait des poursuites contre le mineur. Cette notion est importante, l'orientation du mineur dans la chaîne pénale va être différente. (7)
- l'expertise psychiatrique pénale est obligatoire pour des faits qualifiés à caractère sexuel.

Nous constatons dans notre étude, une proportion de mineurs de moins de 13 ans auteurs d'agression sexuelle avec pénétration, supérieure à la littérature (11 %, n=7 contre 1 à 2 %) bien que cette donnée soit absente dans 35,9 % (n=25) des rapports. Ces résultats laissent supposer que le chiffre serait bien supérieur à 11 %.

Dans notre étude, la proportion d'actes d'agression sexuelle avec pénétration (viol sur le plan légal) à 82,7 % (n=53) est très élevée. En 2007 d'après une étude de Mucchielli sur l'évolution de la délinquance juvénile en France, le rapport entre les agressions sexuelles et les viols est constant et d'environ 50 %.

L'usage de la torture ou de la barbarie et celle d'une arme, restent exceptionnels dans les agressions alors qu'ils sont présents dans la population de notre étude (4,7 %, n=3 et 7,5 %, n=5).

Normalement les agressions à caractère sexuel se déroulent rarement dans des lieux publics (moins de 10 %) contre 39 % (n=25) dans cette étude.

La population de notre étude est donc supposée être plus « criminelle » que les MAICS retrouvés dans la littérature.

Cette constatation peut être amplifiée par le biais de sélection des rapports d'expertise. Rappelons que les experts ont pu choisir les expertises dont les faits criminels les ont davantage marqués pour la recherche des rapports.

Nous pouvons supposer sur le plan criminologique que notre population présente plus de facteurs de risque que la population des MAICS dans son ensemble et permettre aux experts de rechercher plus facilement leurs présences.

#### 2.4.3. Éléments expliquant la diversité des missions demandées par les juges

Notre étude montre que la mission de la dangerosité est posée à 98,4 % (n=63) dans les rapports d'expertise pré-sentencielle par le juge. Mais elle trouve une variabilité de la mission d'évaluation de la dangerosité. Quelques juges (18,7 %, n=12) préfèrent préciser dans la mission, la dangerosité qu'il souhaite voir explorer lors de l'expertise. Peu de juges demandent explicitement dans la mission une graduation (4,7%, n= 3) ou une justification (9,4 %, n=6) de la dangerosité.

Comme la notion de dangerosité « sexuelle » n'existe pas, elle ne peut être demandée par les juges malgré le contexte de ces expertises.

Cette évaluation supplémentaire et nécessaire du fait du caractère sexuel de l'infraction, semble faire partie intégrante de la mission de l'évaluation de la dangerosité mais paraît implicite à la question et se retrouve plus fréquemment évoquée dans la mission d'évaluation du risque de récidive.

Cette variabilité est rendue possible par le cadre légal des expertises. Rappelons que dans le cadre de la procédure pénale, les juges sont libres de demander les missions (questions ou indications) qu'ils estiment nécessaires à la prise de leur décision lors de la commission de l'expert prévue par l'article 156 du CPP. Les missions habituelles des expertises psychiatriques pré-sentencielles contiennent celles de l'évaluation de la dangerosité. Le juge peut estimer nécessaire ou non de préciser sa question en fonction des éléments dont il souhaite disposer. L'expert psychiatre n'est que le technicien qui doit éclairer le juge et uniquement dans un domaine relevant de sa compétence. Le juge reste souverain et peut décider, sans se justifier, de tenir compte ou non de l'avis de l'expert au moment du rendu du jugement.

Notre étude laisse penser que sous le terme de dangerosité, les attentes professionnelles des juges ne sont pas les mêmes. Un questionnaire que nous avons distribué à quelques juges confirme cette impression.

Cette tendance est confirmée par les échanges entre professionnels lors de rencontres ou de colloques et la littérature abondante sur le sujet. Le terme de dangerosité renvoie à des concepts bien différents en l'absence d'une définition pénale claire.

Comme le montre notre étude, les juges sous le même mot de « dangerosité », peuvent évoquer différentes facettes de la dangerosité : générale, psychiatrique, criminologique, psychiatrique et criminologique ou « pour lui et les autres ».

Quelques juges préfèrent compléter la mission de la dangerosité par la mission de l'évaluation du risque de récidive. Cette tendance est retrouvée dans notre étude puisque seulement 7,8 % (n=5) des juges posent la question de la récidive avec seulement 1,6 % (n=1) la question de la récidive sexuelle.

Comme il n'existe pas de définition juridique précise de la dangerosité, la mission de l'évaluation de la dangerosité garde une part d'imprécision. Peut-être faudrait-il réfléchir à clarifier le terme de dangerosité sur le plan juridique, afin de faciliter les échanges interprofessionnels ?

Il paraît difficile de collaborer sans faire référence à la même notion de la dangerosité. Puisqu'une définition partagée par l'ensemble des professionnels n'est pas d'actualité, il peut revenir à chacun de se poser la question dans sa pratique professionnelle.

Eventuellement, le corps de la magistrature pourrait clarifier dans la mission, la notion de la dangerosité qu'il souhaite voir aborder dans les expertises psychiatriques pénales. Il pourrait aussi, si tel est sa demande, évoquer précisément la mission d'évaluation du risque de récidive. Notamment, dans le contexte des agressions à caractère sexuel, les juges pourraient préciser l'évaluation du risque de récidive sexuel.

Cette proposition aurait le mérite de supprimer toute ambiguïté sur le terme de dangerosité et de ne pas transférer la responsabilité de la définition de terme à un autre professionnel, le laissant libre de toute interprétation.

Les magistrats qui souhaitent l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque devraient le préciser plus explicitement. Ainsi ils laissent l'opportunité à l'expert, de leur communiquer une difficulté rencontrée dans le cas où il ne serait pas formé ou s'il ne souhaite pas l'utiliser.

En ne mentionnant que la dangerosité sans aucune précision, le magistrat laisse à l'expert la possibilité et la responsabilité d'interpréter le concept de dangerosité qu'il souhaite développer dans son évaluation. Les experts se voient de plus en plus reprocher le fait de ne pas répondre à la mission de la dangerosité criminologique, esquivant la réponse en ne répondant qu'à celle de la dangerosité psychiatrique. (Samuel Lézé, séminaire du Groupe Européen Recherche sur les Normativités, Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité. Paris, MSH, vendredi 21 mars 2008) (75)

Les experts peuvent-ils être considérés comme entièrement ou uniques responsables d'une certaine imprécision dans la réponse de la mission et porter seul cette responsabilité ? Le débat est toujours ouvert.

#### 2.4.4. Éléments expliquant la diversité des réponses données par les experts

Notre étude montre une diversité des réponses des experts.

87,5 % (n=56) des experts précisent le type de dangerosité alors qu'elle n'était demandée que dans 18,7 % (n=12) des missions.

Comme le faisait remarquer Monsieur Lézé au GERN (75), la dangerosité psychiatrique est davantage présente dans les rapports. Il trouve que les experts esquivent la mission de la dangerosité criminologique.

Notre étude retrouve aussi cette disparité puisque la dangerosité psychiatrique est très représentée 82,8 % (n=53) contre 23,5 % (n=15) pour la dangerosité criminologique.

- Réponses à la mission de la dangerosité criminologique : un choix ?

Comme le montre notre étude, certains experts font le choix de ne pas répondre à la mission de la dangerosité criminologique se limitant à l'évaluation de la dangerosité psychiatrique. Nous n'en connaissons pas la raison mais rappelons que d'après le rapport de la Commission d'Audition Publique du 25 et 26 janvier 2007 de la Fédération Française de Psychiatrie, il existe trois niveaux d'expertise. (54)

Le niveau 1 comporte notamment comme mission l'identification d'une pathologie psychiatrique et la recherche de la dangerosité psychiatrique.

Le niveau 2 concerne une lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet.

Seul le niveau 3 (sous réserve de formations multidisciplinaires en criminologie à développer) consiste en une analyse psychocriminologique du passage à l'acte et l'évaluation de la dangerosité criminologique.

Les psychiatres de notre étude qui ne répondent pas à l'évaluation de la dangerosité sur le plan criminologique estiment éventuellement qu'ils n'ont pas à y répondre ou que cette mission dépasse leurs champs de compétences professionnelles.

Cette décision peut découler de trois types de raisonnement, soit il se fait sur le plan de la situation juridique, soit sur le plan méthodologique, soit sur le plan de la formation.

Sur le plan de la situation juridique : notre étude ne concerne que des expertises pré-sentencielles et en cas de non reconnaissance des faits par le MAICS, rappelons que celui-ci bénéficie toujours de la présomption d'innocence. Comme le précisent plusieurs auteurs dont Jonas ou Lopez, l'expert doit faire preuve de mesure et prendre toutes les précautions nécessaires dans la rédaction du rapport. (34) (59) Gérard Dubret lors de L'Audition Publique précisait quand cas de négation des faits par l'auteur présumé, l'expert doit se limiter à l'évaluation de la dangerosité psychiatrique.

Sur le plan méthodologique : certains experts, comme Nicole Vacher Neill, expert à la Cour d'appel de Paris, ont le sentiment de se faire instrumentaliser pour satisfaire aux demandes du système judiciaire dans un but d' « apporter une caution scientifique et idéologie préventive et sécuritaire ». (110) Ils trouvent que la psychiatrie est utilisée et détournée de sa mission première, soigner et aider les gens. (110) Ce sentiment est

conforté par les lois successives sur la rétention de sureté (procédure visant à permettre le placement dans un CSMJRS, de prisonniers ayant exécuté leur peine mais présentant un risque très élevé de récidive parce qu'ils souffrent d'un trouble grave de la personnalité) et prévention de la récidive.

Sur le plan de la formation : certains psychiatres estiment ne pas pouvoir répondre à la mission n'ayant pas reçu de formation en criminologie. La solution dans ce cas serait éventuellement de réfléchir à créer des formations validantes, spécifiques de la dangerosité criminologique afin de pouvoir effectuer de façon optimum cette mission.

Toutefois ce raisonnement d'actualité ne devrait s'appliquer qu'aux uniques expertises post-sentencielles et ne semble pas concerner les expertises pré-sentencielles qui contenaient cette mission depuis plus de 50 ans. (48)

Mais les limites entre la dangerosité psychiatrique et criminologique peuvent être très floues dans certaines circonstances même si cliniquement elles sont plus rares. Il paraît difficile de séparer complètement les deux évaluations ou de les attribuer à deux professionnels d'horizon différent.

Nous pensons qu'il est nécessaire de réfléchir à une nouvelle spécialité complémentaire de psychiatrie-criminologie afin de répondre aux exigences des Recommandations de la Commission d'Audition. (54)

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Kahn, dans le rapport de la commission d'audition de l'Audition Publique, du 25 et 26 janvier 2007, présentait dans le texte de l'expert intitulé « Comment envisager une formation adaptée des psychiatres à la pratique expertale ? Comment envisager l'évaluation des pratiques et la formation permanente ? », la nécessité de formation de qualité des experts. Il évoque la création d'un DESC de psychiatrie légale dès 2006 avec trois centres universitaires : Poitiers, Nancy et Paris.

Nous déplorons que fin 2015, cette formation n'a pas encore aboutie afin de satisfaire aux exigences de l'exercice expertal et aux demandes des professionnels motivés.

Le positionnement professionnel de quelques experts est à respecter par l'ensemble de la profession.

Mais nous sommes interpellés quant à l'impact qu'un tel choix pourrait avoir, dans un cadre judiciaire. Est-il légitime de ne pas relever certaines informations capitales (facteurs de récidive ou protecteur) dans une évaluation expertale, si celles-ci sont évidentes ? Ce choix pourrait éventuellement ne pas être sans conséquences pour le MAICS.

Ainsi une injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire pourrait ne pas être prononcée faute d'élément qui le justifiait. La démarche est-elle alors éthique vis à vis de l'avenir du mineur qui pourrait éventuellement récidiver ?

Rappelons juste que seulement 10 à 15 % des agresseurs sexuels, tous profils confondus, récidivent mais que plus de 40 % des agresseurs adultes avaient commencé leurs carrières criminelles à l'adolescence. (45)

- Le risque de récidive

L'évaluation du risque de récidive est l'une des missions que le juge peut ordonner à l'expert mais elle ne fait pas partie des missions habituelles dans toutes les d'expertises.

Notre étude montre que 29,7 % (n=19) des experts évaluent ce risque alors que la mission n'était posée que dans 7,8 % (n=5) des rapports. Nous pouvons supposer que pour certains experts l'évaluation du risque de récidive est implicite à la mission de la dangerosité. Rappelons que l'expert doit se contenter de répondre aux missions et seulement aux missions comprises dans l'ordonnance de commission de l'expertise, selon le Code de Déontologie Médicale (article 106 et 108). (86)

Malgré le profil des agresseurs, notre étude montre que seulement 1,6 % (n=1) des missions posent la question de la récidive sexuelle et 6,3 % (n=4) des rapports évoquent ce risque spécifique.

Nous faisons ici l'hypothèse, que la nature de l'infraction devait laisser penser aux juges que l'évaluation du risque sexuel était implicite dans la mission. Par contre, nous avons beaucoup de mal à justifier le peu d'évaluation de risque de récidive sexuelle alors même que l'infraction était à caractère sexuel. S'agit-il d'un oubli, d'une gêne, d'un refus, ... cette étude ne nous permet pas de donner une réponse.

Notons qu'aucun rapport d'expertise n'évalue et ne présente le risque de récurrence en général, violent ou sexuel. Seul 1,6 % (n=1) des rapports évaluent le risque en violence physique et sexuelle.

Rappelons qu'une agression sexuelle n'a pas toujours que l'intention de l'acte sexuel. L'agresseur peut rechercher la domination de sa victime par l'acte sexuel qui sert de vecteur de sa violence. Il s'agirait comme le dit Coutanceau, « d'un acte violent avec la volonté de dominer ou nuire, par procuration ou utilisation d'un acte sexuel ».

- Le choix des facteurs de risque

Notre étude met en évidence que l'utilisation des facteurs de risque de récurrence pour justifier explicitement l'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence n'est pas systématique dans les rapports d'expertise psychiatrique pénale. Elle est même plutôt rare. Nous pouvons en déduire que cette méthode n'est pratiquée que par quelques experts.

Notre étude relève un grand nombre de facteurs validés par la littérature internationale mais leur présence n'est pas systématique dans l'ensemble des rapports.

Nous proposons plusieurs hypothèses suite à nos entretiens avec des experts pour expliquer la variabilité de leurs réponses dans les rapports d'expertise : des profils d'agresseurs très différents, la non-connaissance de certains facteurs de risque, un manque de formation, un oubli pendant la réalisation de l'entretien, une omission volontaire et une gêne vis-à-vis de l'expertisé concernant les questions posées sur sa sexualité.

Certains experts nous ont expliqué ne pas vouloir poser certaines questions aux mineurs de peur de les mettre mal à l'aise. Celles ayant trait à l'intimité de la sexualité (masturbation, fantasmes, déviations...) ne sont pas toujours posées. C'est le rôle de l'expert de créer un climat de confiance et d'inviter le mineur à accepter de dévoiler des aspects de sa vie les plus intimes.

La gêne qui peut être évoquée par les experts, est certainement réciproque, rappelons que les moyens doivent être mis en œuvre pour la mission demandée. Il se peut que l'expert se trouvant face à un mineur, ne souhaite pas lui être préjudiciable ou stigmatisant.

Notre étude montre que le mode opératoire ne semble pas orienter naturellement l'expert vers certains facteurs qui paraissent pourtant assez logiques. (Comme l'utilisation d'une arme).

Nous préférons une présentation des facteurs de risque en général, violent et sexuel qui est plus facile d'utilisation et rappelle naturellement les axes à rechercher.

La présentation en facteur de risque statique ou dynamique montre moins d'intérêt mnémotechnique pour l'évaluation du risque de récidive mais cette distinction conserve tout son intérêt pour la recherche statistique des outils d'évaluation.

Nous pensons que la recherche complète et détaillée des facteurs de risque est essentielle et ne doit absolument pas être minimisée surtout dans le cadre de l'expertise des mineurs et d'une agression sexuelle.

Des facteurs propres aux différents stades du développement du MAICS, à la famille de l'agresseur, à son mode de vie, ses projets ... sont impératifs.

Nous déplorons que les facteurs dit protecteurs soient si peu recherchés dans notre étude. Cela nous interpelle fortement déontologiquement et éthiquement. Nous pensons qu'il est capital de rechercher les facteurs protecteurs chez les mineurs afin de ne pas les stigmatiser dans le rapport d'expertise.

#### 2.4.5. Utilisation d'outils d'évaluation standardisés pour mineurs

Dans notre étude, l'utilisation de matériel standardisé reste exceptionnelle : 3,2 % (n=2). Pourtant il semble, d'après des études récentes et une thèse de médecine pour l'obtention du titre de docteur en Médecine de Sophie Crampagne, que cette tendance s'inverse dans les expertises psychiatriques pénales des adultes depuis quelques années. (94) Cette différence s'explique très probablement par notre population de MAICS et le peu d'outils développés par rapport à ceux des adultes. (61)

Les limites des outils standardisés pour sujets majeurs ou mineurs sont bien connues et développées d'une part, par les auteurs (Hare, Borum, Worling, ...) (57) (96) (97) qui précisent dans les guides méthodologiques les limites de validité de leurs outils et d'autre part par les chercheurs qui les valident dans certains pays (Pham). (111)

Nous savons que l'expert reste libre du choix méthodologique utilisé. (34) Aucune méthode n'est fautive en soi mais l'utilisation faite de certains outils peut être quelques fois erronée puisqu'elle ne correspond pas au manuel d'utilisation. Lors des formations aux différents outils, (93) nous avons appris qu'il ne suffit pas de chercher les grilles d'évaluation sur internet pour coter un outil mais qu'il était obligatoire de connaître la définition de chaque item. Il est nécessaire que le guide méthodologique soit validé pour le pays concerné et la grille utilisée pour la population concernée.

Pour exemple les antécédents judiciaires : pour certains outils, cotation des actes inscrits au casier, pour d'autres, tout acte inscrit au casier avec les actes auto-rapportés et même les antécédents de « mis en cause ». (93)

L'évaluation de l'expert se doit d'être précise et fiable car l'avenir d'un mineur expertisé est en jeu. D'un point de vue professionnel, nous pensons qu'il vaut mieux ne pas utiliser un outil dont la méthode n'est pas maîtrisée pour ne pas fausser les résultats obtenus. (93) (111)

Comme l'a démontré Giovannangeli, la France fait figure d'exception en la matière et ne recherche pas pour l'instant à valider les outils (109) qui comportent des contraintes et des limites à leur utilisation aussi bien pour les sujets majeurs que mineurs.

Aucune recherche de validation ne semble être en cours actuellement.

Les résultats de la thèse de Sophie Crampagne nous montrent que certains experts se refusent à l'exercice des outils préférant le seul entretien clinique, alors que d'autres ne souhaitent pas les utiliser ou se former pour des raisons qui sont tout à fait acceptables (trop long à réaliser, manque de temps, pas de formations proches géographiquement disponibles,...) (94) la plupart ne veulent pas faire une évaluation de facteurs de risque dit statique, et stigmatiser la personne, ou évoquent la crainte de l'utilisation des résultats hors contexte.

Actuellement quelques experts vont même plus loin, comme Madame le Professeur Irène François-Purssell (Professeur en Médecine Légale, CHU de Dijon), lors du CIFAS 2015, qui remet en cause certains aspects de l'expertise psychiatrique chez les mineurs. (87)

## 2.5. Perspectives

L'annonce de cette étude pilote a suscité un grand intérêt et de nombreuses réactions auprès des professionnels concernés par la thématique, tant du côté juridique que médical. (Téléphoniques, mails et rencontres)

Les résultats présentés lors de colloques et congrès ont interpellé chaque catégorie de professionnels sur leurs pratiques, favorisant ainsi des échanges de connaissances sur le sujet des MAICS ou sur la méthode expertale.

Malheureusement, les biais qu'elle comporte limitent quelque peu son impact. Il serait très intéressant de pouvoir refaire une nouvelle étude en réduisant au maximum les biais tout en respectant les spécificités de l'expertise psychiatrique et de la juridiction française.

Nous sommes actuellement dans l'ère des évaluations de pratiques professionnelles, et nous ne voyons pas pour quelle raison, la pratique expertale psychiatrique serait une exception. Aucune profession n'échappe aux évaluations de pratique.

Au vu de l'importance de cet acte, il serait légitime de se poser la question et de s'interroger sur la ou les méthodes utilisées. Les réactions hostiles voir très hostiles que ce travail a amené chez quelques personnes, nous interrogent à savoir si cette démarche est vraiment souhaitée ? Mais les multiples encouragements des experts ainsi que leurs sollicitations et attentes pour la lecture d'un futur article, nous laissent penser que ce sujet intéresse le plus grand nombre d'entre eux.

Pour optimiser au maximum les répercussions de l'étude, il faudrait pouvoir réaliser une étude prospective à partir des expertises psychiatriques pénales des mineurs. Cette méthodologie serait plus puissante sur le plan statistique.

Pour limiter les biais de recrutement et de sélection, les expertises devraient pouvoir être obtenues à la source, sur une période donnée assez importante pour valider le nombre de sujets nécessaire à l'étude.

Si une étude prospective n'est pas possible, il faudrait que les expertises soient récentes pour refléter la méthode d'évaluation de la dangerosité et du risque de

récidive des experts en cours actuellement, sans entraver bien sûr, le secret de l'instruction selon le CPP.

Dans les deux types d'études, prospective ou rétrospective par défaut, le recueil des données devrait se faire de façon systématique afin qu'aucune expertise psychiatrique pénale de MAICS ne soit écartée.

Pour augmenter la puissance de l'étude, un grand nombre d'expertises de MAICS devrait être inclus. Il est indispensable d'un point de vue statistique d'obtenir des effectifs de 30 sujets dans chaque groupe afin de pouvoir réaliser des tests statistiques plus précis (par exemple : Kappa) et autre que descriptif.

Nous pensons qu'une stratification soit par type de profil criminologique soit par type de profil victimologique apporterait beaucoup de précision aux données.

Afin d'éviter l'impact que pourrait avoir la non reconnaissance des faits par l'agresseur (suspecté ou avéré), nous pensons qu'il serait préférable de séparer ces deux groupes d'agresseurs (supposé ou avéré), ce qui n'a pas été possible dans cette étude. Rappelons que 20,3 % (n= 13) des rapports de notre étude ne comportaient pas cette information car manquante à l'entretien.

Ce travail de recherche permettrait de confirmer la grande variabilité des facteurs de risque utilisés dans les expertises psychiatriques pénales des MAICS en minimisant l'impact du profil criminologique de l'auteur.

Il devrait permettre, en étudiant premièrement la question des juges sur la dangerosité et la réponse donnée par les experts, de montrer si la formulation plus précise de la mission dépend ou non du profil de l'agresseur. Puis secondairement de rechercher la corrélation des résultats avec la qualité de la réponse des experts. Une autre approche serait d'étudier si le profil criminologique impacte l'évaluation de l'expert.

Afin de minimiser au maximum le biais consécutif aux concepts différents sur le sujet de la dangerosité, cette recherche devrait, peut-être différencier méthodologiquement les juges qui incluent la dangerosité criminologique dans l'intitulé de « dangerosité sans précision » et les experts souhaitant répondre ou non à cet aspect de la mission d'évaluation de la dangerosité. Cette distinction est nécessaire car certains

professionnels ne souhaitent pas aborder toutes les facettes du concept de dangerosité.

Ce genre d'étude ne sera possible que si le juge qui a ordonné la mission, répond de façon simultanée à un questionnaire indiquant la dangerosité qu'il souhaite voir évaluer.

Rappelons comme l'a indiqué le Professeur Bruno Gravier, Professeur de psychiatrie à la Faculté de Biologie et de médecine en Suisse, que la distinction de dangerosité criminologique et/ou psychiatrique n'est pas toujours aussi simple. (48)

Un travail plus lointain pourrait être envisagé avec la création d'un petit guide méthodologique de poche, validé en France pour les MAICS. Il pourrait s'avérer structurant et utile, afin d'orienter les experts qui le souhaitent soit en début de carrière soit dans le cas d'une mission d'expertise pour un expert moins expérimenté dans le domaine des MAICS. Un simple rappel d'informations à chercher sous forme de check liste comme il en existe dans d'autres spécialités (réanimation).

Il devra être clair, court et présenter les éléments à rechercher en fonction de certains profils criminologiques. Pour faciliter l'accès aux informations celui-ci pourrait avoir des entrées par thématique selon le type d'agression, le profil de l'agresseur ou le profil de la victime.

Un autre travail, beaucoup plus conséquent, serait de s'interroger sur la création d'un outil d'évaluation, spécialisé pour les MAICS, en français ou de se pencher sur la validation pour la population en France, d'un outil déjà validé à l'étranger. Ce type d'exploration méthodologique clôturerait éventuellement le débat qui se déroule actuellement en France et pour lequel les professionnels ne semblent pas trouver de solution.

Nous pensons que ce travail de recherche est indispensable dans le seul et unique but d'améliorer les pratiques professionnelles.

En espérant qu'une meilleure connaissance des facteurs de risque permettra une meilleure évaluation, une optimisation de la prise en charge future des MAICS et diminuera ainsi la récurrence.

## 2.6. Conclusion

Cette étude pilote sur l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive, à partir de 64 expertises psychiatriques pénales de MAICS, montre toute la diversité possible de missions demandées par le juge et de réponses données par l'expert psychiatre ainsi que l'utilisation limitée des facteurs de risque spécifiques ou non au risque de récidive général, sexuel ou violent.

Si la médecine est décrite comme un art, la pratique des expertises psychiatriques en pénal reste un exercice périlleux, surtout si le sujet expertisé est un mineur, qui plus est auteur d'une infraction à caractère sexuel. Les attentes de la justice sont grandes en qualité de certitudes demandées à l'expert. Toutefois, l'expertise psychiatrique gardera toujours une part d'incertitude dans l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive que seule une pratique professionnelle rigoureuse pourra diminuer. Personne ne peut prédire l'avenir....toutefois il ne faudrait pas minimiser certains profils criminologiques et limiter trop facilement l'impact de certains facteurs à haut risque de récidive sexuelle, sous prétexte de minorité. Seule une formation de qualité ou une expérience des AVS permettra aux experts d'être plus sensibilisés aux MAICS et d'améliorer leurs pratiques professionnelles.

La recherche scientifique sur le plan international, s'est penchée sur le phénomène criminologique des MAICS et a cherché à répondre à la question du risque de récidive sexuelle. Différentes méthodes d'évaluation du risque de récidive, spécifiques ou non se sont développées, chacune présentant des avantages et des inconvénients mais elles restent peu validées pour les mineurs en France. Les études menées sur ce sujet restent limitées et il serait souhaitable de développer enfin la recherche en psychiatrie légale.

S'il est bien un domaine dans lequel la phrase de Socrate « tout ce que je sais, c'est que je ne sais rien » garde tout son sens, c'est bien celui de l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive chez les mineurs.

N'oublions pas que les profils criminologiques de MAICS sont très différents, certains à haut risque de récidive et d'autres à risque beaucoup plus faible, voire nul et qu'un mineur, sujet unique, est un être en devenir.

## Bibliographie

1. 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 | Legifrance [Internet]. 2015 [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000556901>
2. Justice / Portail / Fragments d'histoire [Internet]. 2015 [cited 2015 Apr 18]. Available from: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/presentation-10043/fragments-dhistoire-18667.html>
3. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante | Legifrance [Internet]. [cited 2015 Apr 19]. Available from: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=7C4FB0B0262571EC7AD6FE32AC29C4B9.tpdila08v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000517521&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=7C4FB0B0262571EC7AD6FE32AC29C4B9.tpdila08v_2?cidTexte=JORFTEXT000000517521&categorieLien=id)
4. Justice / Textes et réformes / Ordonnance du 2 février 1945 [Internet]. [cited 2015 Apr 18]. Available from: <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/justice-des-mineurs-10088/ordonnance-du-2-fevrier-1945-11029.html>
5. Justice / Portail / Histoire de la protection judiciaire de la jeunesse [Internet]. 2015 [cited 2015 Apr 18]. Available from: <http://www.justice.gouv.fr/histoire-et-patrimoine-10050/le-ministere-dans-lhistoire-10289/histoire-de-la-protection-judiciaire-de-la-jeunesse-16946.html>
6. Meslem F, Refalo P. Guide de la protection judiciaire de la jeunesse. ASH. Wolters Kluwer France; 2012. 151 p.
7. Chaîne pénale, schéma simplifié.qxp - chainePEN.pdf [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/chainePEN.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chainePEN.pdf)
8. Mineur délinquant : procédure devant le juge des enfants - Service-public.fr [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1840.xhtml>
9. Mineur délinquant : procédure devant le tribunal pour enfants - Service-public.fr [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1830.xhtml>
10. Procédure devant la cour d'assises des mineurs - Service-public.fr [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1486.xhtml>
11. Procédure devant le tribunal correctionnel pour mineurs - Service-public.fr [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1828.xhtml>
12. Les acteurs de la justice pénale des mineurs / SGCIPI / Files / MI - Ministère de l'Intérieur [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from:

<http://www.interieur.gouv.fr/Media/MI/Files/SGCIPD/Les-acteurs-de-la-justice-penale-des-mineurs>

13. Mineur soupçonné d'un délit ou d'un crime : instruction d'une affaire - Service-public.fr [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1820.xhtml>
14. Quelles mesures et sanctions pénales sont appliquées aux mineurs ? [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1837.xhtml>
15. Bauer A, Rizk C, Soullez C. Statistiques criminelles et enquêtes de victimisation. PUF; 2011. 127 p.
16. Garde à vue pour un mineur - Service-public.fr [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1469.xhtml>
17. Mineur mis en examen : mesures de restriction de liberté - Service-public.fr [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1826.xhtml>
18. Justice / Portail / Fragments d'histoire [Internet]. [cited 2015 Apr 18]. Available from: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/presentation-10043/fragments-dhistoire-18667.html>
19. Justice / Textes et réformes / L'Ordonnance du 1er septembre 1945 [Internet]. [cited 2015 Apr 18]. Available from: <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/justice-des-mineurs-10088/lordonnance-du-1er-septembre-1945-11028.html>
20. Ordonnance n°45-1967 du 1 septembre 1945 sur la correction paternelle | Legifrance [Internet]. 2015 [cited 2015 Apr 19]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000698670&fastPos=1&fastReqId=37353180&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
21. 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 | Legifrance [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000556901>
22. Guide\_injonction\_de\_soins.pdf [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_injonction\\_de\\_soins.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf)
23. Justice / Portail / Tableaux de l'annuaire statistique [Internet]. [cited 2015 Apr 21]. Available from: <http://www.justice.gouv.fr/budget-et-statistiques-10054/annuaire-statistiques-de-la-justice-10304/tableaux-de-lannuaire-statistique-27054.html>
24. Code de procédure pénale - Article 706-47 | Legifrance [Internet]. [cited 2015 Apr 22]. Available from: <http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006577680&dateTexte=&categorieLien=cid>

25. Code pénal - Section 3 : des agressions sexuelles - Legifrance [Internet]. [cited 2015 Apr 22]. Available from: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=EA6D34208D4828214DB3A10FA51199D9.tpdila08v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006165281&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20150422](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=EA6D34208D4828214DB3A10FA51199D9.tpdila08v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006165281&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20150422)
26. Code pénal Section 5 : De la mise en péril des mineurs - Legifrance [Internet]. [cited 2015 Apr 22]. Available from: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=08FDB914DE8D34FE10B1D363334CB9A3.tpdila08v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006165321&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20150422](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=08FDB914DE8D34FE10B1D363334CB9A3.tpdila08v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006165321&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20150422)
27. Code pénal - Article 222-22 - Legifrance [Internet]. [cited 2015 Apr 22]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417677&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
28. Code pénal - Article 222-22-1 - Legifrance [Internet]. [cited 2015 Apr 22]. Available from: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=EA6D34208D4828214DB3A10FA51199D9.tpdila08v\\_2?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000021796921&dateTexte=20150422&categorieLien=cid#LEGIARTI000021796921](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=EA6D34208D4828214DB3A10FA51199D9.tpdila08v_2?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000021796921&dateTexte=20150422&categorieLien=cid#LEGIARTI000021796921)
29. Code pénal - Paragraphe 1 : Du viol - Legifrance [Internet]. [cited 2015 Apr 22]. Available from: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=EA6D34208D4828214DB3A10FA51199D9.tpdila08v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006181753&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20150422](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=EA6D34208D4828214DB3A10FA51199D9.tpdila08v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006181753&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20150422)
30. Code pénal - paragraphe 2 : Des autres agressions sexuelles - Legifrance [Internet]. [cited 2015 Apr 22]. Available from: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=EA6D34208D4828214DB3A10FA51199D9.tpdila08v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006181754&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20150422](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=EA6D34208D4828214DB3A10FA51199D9.tpdila08v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006181754&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20150422)
31. Code pénal Paragraphe 4 : De l'exhibition sexuelle et du harcèlement sexuel - Legifrance [Internet]. [cited 2015 Apr 22]. Available from: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=08FDB914DE8D34FE10B1D363334CB9A3.tpdila08v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000021796946&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20150422](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=08FDB914DE8D34FE10B1D363334CB9A3.tpdila08v_2?idSectionTA=LEGISCTA000021796946&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20150422)
32. HAS. Recommandations de Bonne Pratique. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. 2009.
33. Tardif M, Jacob M, Quenneville R, Proulx J. La délinquance sexuelle des mineurs. Approches cliniques. Les Presses de l'Université de Montréal; 2012. 603 p.
34. Jonas C, Senon J-L, Delbreil A, Voyer M. Méthodologie de l'expertise en psychiatrie. Dunod; 2013. 90-107, 200-204 p.

35. Chiffres-clés de la justice 2013 - 1\_stat\_Chiffres\_cles\_2013.pdf [Internet]. [cited 2015 Aug 2]. Available from: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/1\\_stat\\_Chiffres\\_cles\\_2013.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_stat_Chiffres_cles_2013.pdf)
36. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Criminalité et délinquance enregistrées en 2012.
37. Crimes et délits par département 2014 | INHESJ [Internet]. 2015 [cited 2015 Apr 18]. Available from: <http://www.inhesj.fr/fr/ondrp/les-publications/crimes-et-delits-par-departement/2014>
38. CRIAVS-LR, Toullier Marc. Quelles sanctions pour les auteurs mineurs de violence sexuelle? [Internet]. 2014. Available from: <http://wwwold.chu-monpellier613/A11062/Lessanctions.pdf>
39. Peeters Jos DGM-J, Patterson Gérald. Les adolescents difficiles et leurs parents. De Boeck Supérieur. 2005. 208 p.
40. Haesevoets Y.H. Evaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels: de la transgression à la stigmatisation abusive. PUF.
41. Baratta Alexandre. Les adolescents auteurs de violences sexuelles: état des connaissances en 2012. :1–9.
42. Groth AN LR, McFadin JB. Undetected recidivism among rapists and child molesters. *Crime and délinquency*. 1982;28:450–8.
43. Administration française. Mineurs auteurs d'infraction [Internet]. Service-Public.fr. 2014. Available from: <http://www.vosdroits.service-public.fr/particuliers/N23248.xhtml>
44. Borowsky IW, Hogen M, Ireland M. Adolescent sexual aggression:risk and protective factors. *pediatrics*. 1997;100.
45. Jacob M. Les préadolescents auteurs d'abus sexuels [Internet]. 2001. Available from: [www.pinel.qc.ca/psychiatrie\\_violence](http://www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence)
46. Richard-Bessette S. Les habilités hétéro sociales des adolescents agresseurs sexuels. *Revue de sexologie*. 1996;4:55–76.
47. Ciavaldini André. Prise en charge des délinquants sexuels. Yapaka.be. 2012. 60 p.
48. Senon JL, Cario R, Lopez G. *Psycho-criminologie*. Dunod. 2012. 527 p.
49. Barbier D. *La fabrique de l'homme pervers*. Paris: Odile Jacob; 2013. 199 p.
50. Debuyst C. Le concept de personnalité dangeureuse considéré comme expression d'un point de vue. *Dangeurosité et justice, ambiguïté d'une pratique*. Médecine et Hygiène Genève. 1981;19–35.

51. Senon J-L, Voyer M, Jonas C. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson. 2008. 65-71, 153-155, 215-219, 285-345 p.
52. Guelfi JD, American Psychiatric Association. Mini DSM-IV-TR : critères diagnostiques : version française complétée des codes CIM-10. Paris: Masson; 2008.
53. H. Pham T. L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels. Mardaga; 238 p.
54. Senon J-L, Pascal J-C, Rossinelli G. Audition Publique du 25 et 26 janvier 2007, Expertise psychiatrique pénale. Fédération Française de Psychiatrie. John Libbey Eurotext. 2007. 308 p.
55. Adam C. Les classifications psychologiques d'auteurs d'infractions à caractère sexuel : une approche critique de la littérature. *Déviance Société*. 2006 Jun 1;Vol. 30(2):233-61.
56. Code pénal - Article 222-24. Code pénal.
57. Worling JR. Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offence Recidivism (Eraser). 2001.
58. Prévention de la délinquance des jeunes les plus exposés [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Prevention-delinquance/Programme-d-actions-a-l-intention-des-jeunes-exposes-a-la-delinquance/Prevention-de-la-delinquance-des-jeunes-les-plus-exposes>. [cited 2015 Apr 19]. Available from: <http://www.interieur.gouv.fr/Prevention-delinquance/Programme-d-actions-a-l-intention-des-jeunes-exposes-a-la-delinquance/Prevention-de-la-delinquance-des-jeunes-les-plus-exposes>
59. Lopez G, Cédile G. L'expertise pénale psychologique et psychiatrique en 32 notions. Dunod; 2014. 419 p.
60. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juillet, 2011.
61. Niveau G. Evaluation de la dangerosité et du risque de récidive. L'Harmattan; 2014. 175 p.
62. Cusson M. La criminologie. 6ème édition. Hachette Supérieure; 164 p.
63. Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale [Internet]. JORF n°0059 du 11 mars 2010 page 4808. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021954436&categorieLien=id>
64. Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs (1). [Internet]. NOR: JUSX0755260L. Available from: <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000278633>

65. Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental [Internet]. Légifrance, NOR: JUSX0768872L. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018162705>
66. Justice / Textes et réformes / Loi relative à la prévention de la délinquance [Internet]. [cited 2015 Apr 18]. Available from: <http://www.textes.justice.gouv.fr/lois-et-ordonnances-10180/loi-relative-a-la-prevention-de-la-delinquance-12610.html>
67. Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance | Legifrance [Internet]. [cited 2015 Apr 19]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000615568>
68. Prévention judiciaire de la récidive [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Prevention-delinquance/Programme-d-actions-a-l-intention-des-jeunes-exposes-a-la-delinquance/Prevention-judiciaire-de-la-recidive>. [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://www.interieur.gouv.fr/Prevention-delinquance/Programme-d-actions-a-l-intention-des-jeunes-exposes-a-la-delinquance/Prevention-judiciaire-de-la-recidive>
69. Albernhe T. Criminologie et psychiatrie. Ellipses; 1997.
70. Lopez G, Bornstein S. Les comportements criminels. Paris: PUF; 1994.
71. Senon JL. Dangersité criminologique : données criminelles enjeux cliniques et experts. 2009;85:719–25.
72. Debuyst C, Tulkens F. Dangersité et justice pénale. Ambiguités d'une pratique. Ed Médecien Hygiène Genève. 1982;1:177–88.
73. Senniger JL. Dangersité, étude historique. Inf Psychiatr. 1990;(66):689–96.
74. Le Blanc M, Cusson M. Traité de criminologie empirique. Les Presses de l'Université de Montréal. 4ème édition; 2010. 451 p.
75. Protais C, Moreau D. L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangersité, entre le médical et le judiciaire. Commentaires du texte de Samuel Lézé. GERM. Champ Pénal. 2009;VI.
76. Senniger J-L. Notion de dangersité en psychiatrie médico-légale. EMC-Psychiatr 2007. (Article 37-510-A-10):1–8.
77. Coutanceau R, Smith J. La violence sexuelle. Approche psycho-criminologique. Evaluer, soigner, prévenir. Dunod; 2011. 386 p.
78. Cornet J-P, Giovannangeli D, Mormont C. Les délinquants sexuels. Théories, évaluations et traitements. Frison-Roche Paris; 2009.
79. Roman P. Les violences sexuelles à l'adolescence. Comprendre, accueillir, prévenir. Elviesier Masson; 2012. 197 p.

80. Ciavaldini A. Violences sexuelles chez les mineurs. Moins pénaliser, mieux prévenir. Editions in press; 2012. 245 p.
81. FFP (Fédération Française de Psychiatrie). Conférence de consensus du 22 et 23 novembre 2001. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. John Libbey Eurotext; 2001. 580 p.
82. Penta M, Arnould C, Decruynaere C. Développer et interpréter une échelle de mesure. Application du modèle de Rasch. Mardaga; 2005. 187 p.
83. Miner MH. Factors associated with recidivism in juveniles: an analysis of serious juvenile sex offender. *Journal of research in crime and delinquency*. 2002;39:421–36.
84. Aubut J, et collaborateurs. Les agresseurs sexuels, théorie, évaluation et traitement. Quebec ou Paris: Les éditions de la Chenelière, Montréal, Quebec ou Maloine, Paris; 1993. 328 p.
85. Beauchamp TL, Childress JF. Les principes de l'éthique biomédicale. Les Belles Lettres. 2008. 613 p.
86. Code de Déontologie Médicale. 2011.
87. Pr François-Purssel I. Les expertises des auteurs de violences sexuelles sont déterminantes. Toutefois...CIFAS 2015, Congrès international francophone sur les auteurs agressions sexuelles. 2015 juin; Charleroi en Belgique.
88. Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. 5ème édition. Paris: Elsevier Masson; 2010. 348 p.
89. Barrata A. La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle. *Ann Méd-Psychol*. 2012;(170):96–8.
90. Rice ME, Harris GT, Quinsey VL. The appraisal of violence risk. *Curr Opin Psychiatry*. 2002;15:589–93.
91. Hempel I, Buck N, Cima M, van Marle H. Review of risk assessment instruments for sex offenders: What is next? *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2013 février;(57):228–208.
92. Herzog-Evans M. Outils d'évaluation : sortir des fantasmes et de l'aveuglement idéologique. *AJ Pénal*. 2012 février.
93. UMONS , diplôme de violence et troubles mentaux. formation aux outils d'évaluation du risque de récurrence. 2014 2015; Belgique.
94. Crampagne S. L'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale [Internet]. [Grenoble]: Université de Médecine de Grenoble; 2013. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00871486>

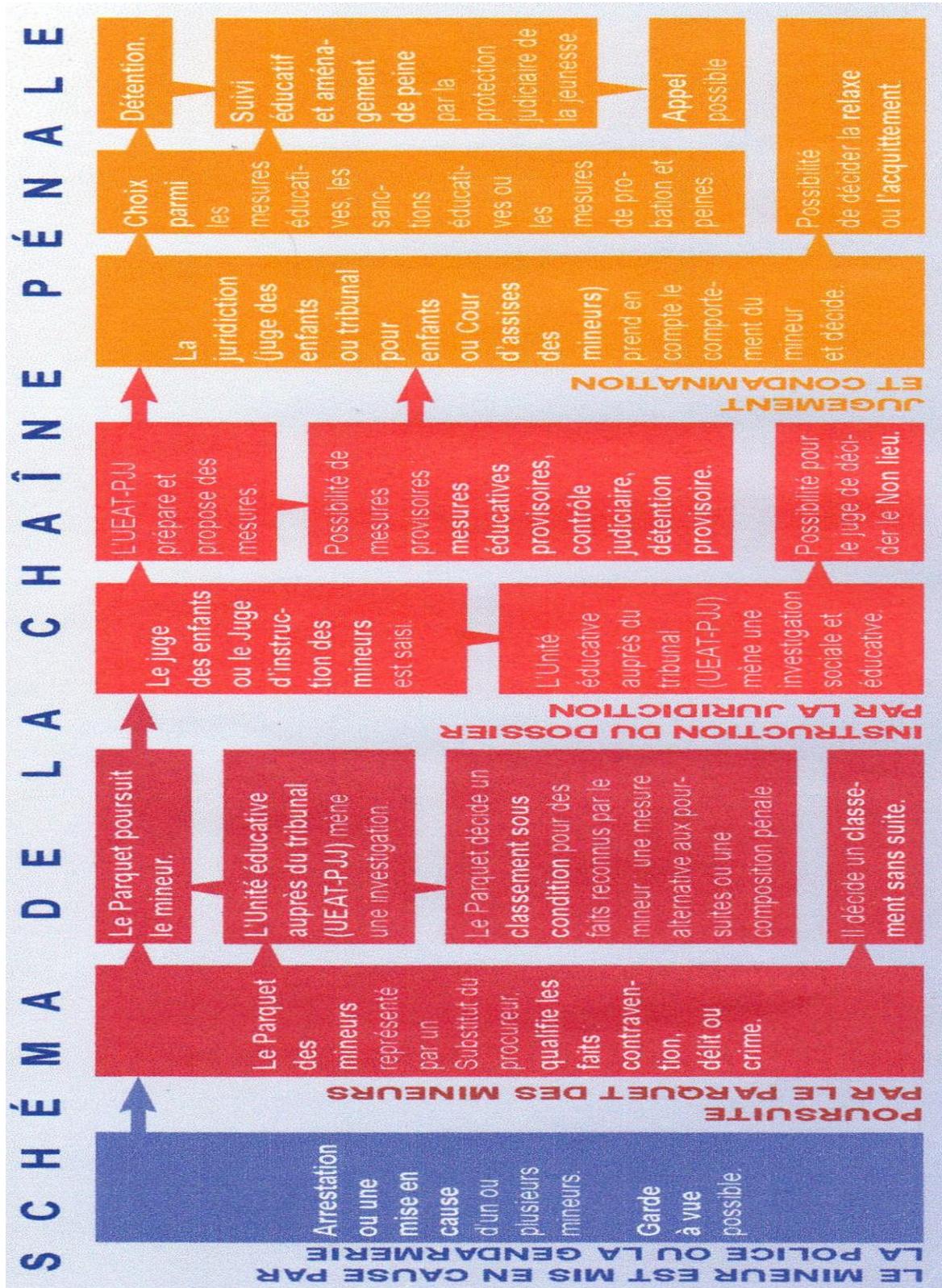
95. Académie Nationale de Médecine. La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels. [Internet]. Académie Nationale de Médecine; 2010 juin. Available from: [WWW.academie-medecine.fr/publication100036185/](http://WWW.academie-medecine.fr/publication100036185/)
96. Forth AE, Kosson DS, Hare RD. The Hare psychopathy Checklist: Youth Version (PCL-R : YV). Canada : Multi-Health Systems; 2003.
97. Borum R, Bartel P, Forth A. Manuel for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY). Tampa:University of South Florida; 2002.
98. Bonta J. Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé les principes du risque, des besoins et de la réceptivité 2007-06 [Internet]. Sécurité publique Canada; 2007 [cited 2015 Oct 30]. Available from: [.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-fra.aspw](http://.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-fra.aspw)
99. Liste des tests de personnalité disponibles aux Editions du Centre de Psychologie Appliquée (ECSA) [Internet]. [cited 2015 Oct 30]. Available from: [www.ecpa.fr/psychologie-clinique/test-liste.asp?id\\_rubrique=55&pg=](http://www.ecpa.fr/psychologie-clinique/test-liste.asp?id_rubrique=55&pg=)
100. Bouvard M. Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. 3ème édition. Paris: Elsevier Masson; 2009. 327 p.
101. Perry JC, Guelfi JD, Despland J-N, Hanin B, Lamas C. Mécanismes de défense: principes et échelles d'évaluation. 2ème édition. Paris: Elsevier Masson; 2009. 170 p.
102. Liste des tests d'intelligence disponibles aux Editions du Centre de Psychologie Appliquée (ECSA) [Internet]. française [cited 2015 Oct 30]. Available from: [www.ecpa.fr/psychologie-clinique/test-liste.asp?id\\_rubrique=41&pg=](http://www.ecpa.fr/psychologie-clinique/test-liste.asp?id_rubrique=41&pg=)
103. Bouvard M. Echelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Paris: Elsevier Masson; 2008. 173 p.
104. SAPROF Structured Assessment of Protective Factors for violence risk [Internet]. [cited 2015 Oct 30]. Available from: <http://www.saprof.com/>
105. Balier C., Ciavaldini M., Girard-Khayat M. Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agresions Sexuelles. 1996.
106. Kreis M, Cooke D, Michie C, Hoff H, Logan C. The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP): content validation using prototypical analysis. J Disord. 2012 Jun;(26):13–402.
107. Guelfi JD, American Psychiatric Association. Mini DSM-IV-TR: critères diagnostiques : version française complétée des codes CIM-10. Paris: Masson; 2008.
108. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2009.

109. Giovannangeli D, et Al. Etude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne: les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels. Programme STOP de la Commission Européenne. 2000 Sep;Université de Liège.
110. Vacher Neill N. Incidences psycho-pédagogiques de l'expertise psychiatrique dans le cadre de la justice des mineurs auteurs d'agressions sexuelles. Lett Psychiatr Fr. 2010 Décembre;(196):6–9.
111. Pham TH. Les limites des moyens actuariels de recherche de la vérité en prédictivité. Ann Méd Psychol. 2012;(170):103–5.

# Annexes

## Annexe N°1 : Schéma de la chaîne pénale.

(7)



## Annexe N°2 : Facteurs de risque des MAICS.

(33)

### Histoire personnelle et familiale

Contenus	Points d'analyse	Liens possibles avec abus sexuel ou conduites à tenir
<b>Développement personnel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestations somatiques : maladie, symptômes neurologiques, dysfonction, dimorphisme</li> <li>• Fonctions exécutives de bas niveau et de haut niveau</li> <li>• Manifestations d'anxiété et anxiété</li> <li>• Comportements problématiques</li> <li>• Accomplissement de soi</li> <li>• Conditions de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carences en lien au développement</li> <li>• Atteinte à l'identité</li> <li>• Altération du jugement, des capacités de contrôle, de l'humeur</li> <li>• Atteinte à l'image de soi</li> <li>• Défaut de mentalisation et gestion des affects</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés individuation, autonomisation</li> <li>• Difficultés d'apprentissage et d'adaptation</li> <li>• Problèmes d'impulsivité</li> <li>• Marginalisation et ostracisme</li> <li>• Non-intégration des interdits</li> <li>• Pauvre estime de soi, atteinte de l'image corporelle</li> <li>• Repliement sur soi</li> <li>• Isolement social</li> </ul>
<b>Figures parentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caractéristiques famille d'origine et recomposée</li> <li>• Réactions aux ruptures et pertes d'objet</li> <li>• Fratrie : rivalité, décès</li> <li>• Antécédents médicaux, psychiatriques</li> <li>• Histoire de délinquance et consommation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacités des parents à assumer leurs fonctions</li> <li>• Défaillances parentales au développement</li> <li>• Différenciation génération</li> <li>• Rapport à la filiation</li> <li>• Parentification de l'adolescent</li> <li>• Dynamique familiale pathologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficits identitaires : différence de genre, masculinité, du Moi</li> <li>• Non-intégration des interdits et des limites</li> <li>• Liens d'attachement problématiques</li> <li>• Indicateurs de négligence, rejet, domination, exploitation</li> <li>• Rivalité fraternelle marquée</li> <li>• Mécanismes compensatoires</li> </ul>
<b>Antécédents de troubles mentaux et de délinquance non sexuelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Type et description du trouble ou de délinquance</li> <li>• Motifs de consultation</li> <li>• Interventions effectuées et perceptions de celles-ci</li> <li>• Effets des interventions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs héréditaires</li> <li>• Idées ou pensées violentes ou dangereuses</li> <li>• Répercussions et interaction trouble mental avec trouble du comportement et problématique sexuelle</li> <li>• Nature répétitive des comportements problématiques</li> <li>• Sévérité des gestes posés</li> <li>• Présence de modèles délinquants</li> <li>• Détails de la trajectoire évolutive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propension à l'expression de la violence</li> <li>• Capacité à se contrôler</li> <li>• Capacité à intégrer l'interdit</li> <li>• Adhésion aux modèles de délinquance</li> <li>• Propension à la récidive</li> <li>• Dangereusité</li> <li>• Dispositions au traitement</li> <li>• Modulation du pronostic : effets traitement, rémission, vulnérabilité</li> </ul>
<b>Histoire de consommation de substances</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Types de substances</li> <li>• Fréquence et quantité par substance</li> <li>• Contexte de consommation</li> <li>• Aspects relationnels lors des consommations</li> <li>• Effets recherchés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détails de la trajectoire évolutive</li> <li>• Sensations recherchées</li> <li>• Impact sur le mode de vie, la réussite scolaire et professionnelle, les activités</li> <li>• Liens à vérifier avec fréquentations</li> <li>• Présence de modèles de consommation</li> <li>• Présence d'antécédents familiaux de consommation</li> <li>• Impact de ces antécédents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correspondance de consommation avec signes de désorganisation dans secteurs de vie</li> <li>• Mode prédominant de sensations recherchées (pôle sédatif, pôle excitatif ou mixte)</li> <li>• Rôle de consommation dans la problématique sexuelle (pré-, per, post-)</li> <li>• Utilisation de substances toxiques pour contraindre ou manipuler les victimes</li> <li>• Perception subjective du rôle de la consommation dans la problématique sexuelle</li> </ul>
<b>Histoire des relations avec les pairs et amoureuses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Première relation amoureuse</li> <li>• Investissement affectif</li> <li>• Nature des conflits</li> <li>• Contexte de rupture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des bases affectives du lien d'intimité</li> <li>• Identification des facteurs de stress</li> <li>• Aspects problématiques actuels</li> <li>• Aspects problématiques non résolus du passé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment de rejet</li> <li>• Absence de relations affectives avec pairs</li> <li>• Surinvestissement de la sexualité</li> <li>• Conflits importants et frustrations</li> <li>• Sentiment de rivalité envers enfants</li> <li>• Manifestations de contrôle et de violence (sous toutes ses formes)</li> </ul>

## Évaluation clinique de la sexualité

AXE 1 : DÉVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL		
Contenus	Points d'analyse	Liens possibles avec abus sexuel
<b>Aspects sexuels à l'enfance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anomalies physiques ou génitales</li> <li>Éveil sexuel et circonstances</li> <li>Connaissances sexuelles</li> <li>Expériences sexuelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Précocité (âge et concordance avec stades de développement)</li> <li>Atteinte à l'image de soi</li> <li>Perception de l'autre genre</li> <li>Intégration des limites et interdits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facteurs potentiellement contributifs</li> <li>Isolement social</li> <li>Identification d'expériences négatives</li> <li>Expériences de rejet dans un contexte sexualisé</li> <li>Place de la sexualité par rapport aux autres sphères de vie</li> </ul>
<b>Aspects sexuels à l'adolescence</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identité de genre</li> <li>Orientation sexuelle</li> <li>Apparence physique</li> <li>Activités masturbatoires</li> <li>Contenu fantasmatique</li> <li>Consommation de pornographie, sites sexuels dans Internet</li> <li>Stéréotypes sexuels</li> <li>Intérêts sexuels</li> <li>Expériences sexuelles et d'intimité</li> <li>Préférences sexuelles</li> <li>Perception subjective de la sexualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nature du matériel (déviant ou non, violent ou non, enfant, adulte, autre)</li> <li>Réaction aux changements pubertaires</li> <li>Perception de l'autre genre</li> <li>Perception de soi sexuel</li> <li>Nature de l'investissement dans la sexualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence de sexualité déviante</li> <li>Aspects compensatoires ou compulsifs des activités sexuelles</li> <li>Surinvestissement ou désinvestissement de la sexualité</li> </ul>
<b>Victimisation de nature sexuelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposition induite à la sexualité</li> <li>Victime d'abus sexuel et contexte</li> <li>Dévoilement des situations d'AS</li> <li>Secrets de famille</li> <li>Victimisation d'autres membres de la famille</li> <li>Expériences sexuelles postabus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Répercussions des abus (niveau de déviance, fréquence, généralisation, violence, niveau de stimulation)</li> <li>Réactions postdévilement de personnes significatives</li> <li>Présence de soutien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caractère inhabituel ou traumatique de la sexualité</li> <li>Caractère excitatif en rapport avec la sexualité</li> <li>Comportements sexuels à risque</li> <li>Préoccupations ou pratiques sexuelles particulières</li> </ul>

AXE 2 : PROBLÉMATIQUE SEXUELLE		
Contenus	Points d'analyse	Objectifs cliniques et recommandations
<b>Phase prédélictuelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durée : jours, semaines, mois</li> <li>Facteurs de stress</li> <li>Conflits ou problèmes relationnels</li> <li>Liens avec les parents et la victime</li> <li>Dispositions émotives</li> <li>Consommation de substances</li> <li>Consommation de matériel pornographique</li> <li>Activités masturbatoires</li> <li>Accessibilité ou proximité avec la victime</li> <li>Contexte de l'émergence des idées déviantes</li> <li>Distorsions cognitives</li> <li>Autres déviations sexuelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facteurs en rupture ou en continuité avec quotidien</li> <li>Capacité de gérer les facteurs de stress (préciser si générale ou spécifique)</li> <li>Prédominance des états émotifs (dépressifs, frustration, colère, ennui)</li> <li>Caractère excitatif ou désinhibiteur de consommation de substances</li> <li>Caractère compensatoire ou compulsif des activités sexuelles</li> <li>Isolement social</li> <li>Oisiveté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficulté d'adaptation</li> <li>Difficulté à gérer ses états émotifs</li> <li>Difficulté à gérer les facteurs de stress ou les conflits</li> <li>Préoccupations sexuelles envahissantes</li> <li>Faible maîtrise de soi</li> <li>Facteurs situationnels à risque</li> <li>Polymorphie des déviations sexuelles</li> <li>Intensité des activités sexuelles</li> <li>Durée des fantasmes sexuels déviants</li> <li>Caractère autonome ou réactionnel des fantasmes ou activités sexuelles</li> <li>Préméditation et planification</li> </ul>
<b>Phase délictuelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Description du délit (contexte, moment, lieu, gestes, rôles de chacun)</li> <li>Indicateurs du mode opératoire : types, fréquence; nombre, caractéristiques, liens avec victimes, et fantasmatique sexuelle déviante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivations</li> <li>Évolution des délits (changements de passage)</li> <li>Niveau de sexualisation (généralisation et dimension intrusive)</li> <li>Niveau de coercition : contrôle, domination, emprise, agressivité</li> <li>Niveau de fixation</li> <li>Niveau de prise de risque</li> <li>Mode relationnel avec la victime</li> <li>Désistance personnelle ou situationnelle à transgresser d'autres limites</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identification des facteurs de risque</li> <li>Identification du mode opératoire</li> <li>Stratégies coercitives</li> <li>Identification du mode de gratification</li> <li>Dimension instrumentale, domination-soumission ou pseudoaffective du lien à victime</li> <li>Évaluation de la dangerosité</li> <li>Particularités ou éléments atypiques</li> <li>Niveau de reconnaissance (négation, minimisation, omission)</li> <li>Conscientisation</li> </ul>
<b>Phase postdélictuelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comportement envers la victime</li> <li>Dispositions relativement au secret</li> <li>Reprise des activités quotidiennes</li> <li>Réactions émotives et attitudes</li> <li>Pensées postabus relatives à AS</li> <li>Idéation suicidaire</li> <li>Consommation de substances</li> <li>Dispositions pour éviter récurrence</li> <li>Fantasmatique sexuelle déviante</li> <li>Comportement sexuel déviant</li> <li>Distorsions cognitives</li> <li>Situations à risque</li> <li>Déni et minimisation</li> <li>Contexte et conséquences du dévoilement</li> <li>Perception de soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Égosyntonie ou égodystonie de l'AS en fonction de préoccupations (victime, secret, réactions émotives, pensées postabus, comportements)</li> <li>Modifications ou changements dans le fonctionnement</li> <li>Indicateurs de déviance sexuelle (comportement, fantasmatique, activités masturbatoires, situations à risque)</li> <li>Reconnaissance, déni, minimisation</li> <li>Ampleur de l'attitude défensive</li> <li>Prise de conscience des impacts (lui, les autres)</li> <li>Fonctionnement du milieu familial et du couple : détérioration, adaptation, crise, rupture de liens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Égosyntonie ou égodystonie de l'abus sexuel</li> <li>Mode réactionnel postabus : excitatoire, d'évitement ou d'inhibition ou de soulagement, états dépressifs</li> <li>Identification des situations à risque potentielles</li> <li>Évaluation de la possible adhésion aux objectifs cliniques (parents)</li> <li>Dispositions pour éviter la récurrence et protéger la victime</li> <li>Dispositions pour encadrement et soutien à la famille</li> </ul>

AXE 3: RISQUE DE RÉCIDIVE		
Résumés des contenus	Points d'analyse	Estimation du risque et recommandations
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs victimes</li> <li>• Divers types de victimes (enfants, adolescents)</li> <li>• Accessibilité à des victimes potentielles</li> <li>• Victimes inconnues ou connues</li> <li>• Sexualisation ou génitalisation (diversité des types d'abus sexuel, avec ou sans contact, avec ou sans pénétration orale, anale, génitale)</li> <li>• Présence de violence physique</li> <li>• Ritualisation des comportements d'abus sexuel</li> <li>• Fixation de la problématique sexuelle</li> <li>• Distorsions cognitives</li> <li>• Présence exclusive de fantasmes sexuelles déviantes</li> <li>• Excitation manifestée lors des propos sur les abus sexuels</li> <li>• Faible maîtrise de soi</li> <li>• Dénier et minimisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau de concordance entre caractéristiques des situations d'AS perpétrées et situations à risque actuelles, potentielles à moyen terme</li> <li>• Niveau d'occurrence de situations à risque</li> <li>• Niveau de planification</li> <li>• Niveau d'opportunisme</li> <li>• Niveau de recherche de gratification</li> <li>• Niveau de sexualisation ou de génitalisation</li> <li>• Niveau des préoccupations sexuelles et des intérêts sexuels déviantes</li> <li>• Niveau de violence et de coercition</li> <li>• Niveau de frustrations cumulées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de récidive sexuelle</li> <li>• Risque de récidive violente</li> <li>• Dénier, minimisation</li> <li>• Facteurs personnels contributifs</li> <li>• Comorbidité</li> <li>• Antécédents de victimisation (sexuelle ou physique, autre)</li> <li>• Facteurs d'aggravation ou de pondération</li> <li>• Adaptation sociale</li> <li>• Adéquation fonctionnement familial</li> <li>• Estimation des facteurs de risque environnementaux</li> <li>• Préciser le niveau de risque de récidive: faible, modéré, élevé</li> </ul> <p><b>Recommandations:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protection des victimes</li> <li>• Encadrement requis (supervision parentale, mesures de contrôle externe)</li> <li>• Évitement de situations à risque</li> <li>• Objectifs et modalités de traitement</li> <li>• Évaluations supplémentaires</li> <li>• Consultations avec autres professionnels</li> <li>• Interventions familiales</li> <li>• Environnement scolaire et scolarisation ou activités éducatives</li> <li>• Activités parathérapeutiques</li> <li>• Pharmacothérapie</li> </ul>

### Cadre général d'indicateurs de risque

- **Facteurs de risque associés à l'environnement:** facteurs externes qui affectent et influencent la pensée et le comportement.
- **Facteurs de risque du caractère:** aspects qui sont intégrés dans la personnalité depuis longtemps ou plus récemment.
- **Facteurs de risque du comportement:** ceux qui sont englobés ou exacerbés par le comportement du jeune.
- **Facteurs de risque cognitifs:** incorporent les idées, les attitudes, les croyances et les patrons de pensée qui influencent et forment les comportements.
- **Facteurs de risque développementaux:** ceux qui contribuent et forment la personnalité, le comportement et les réponses aux stimuli.
- **Facteurs de risque sexuels:** expériences sexuelles et intérêts qui contribuent aux délits sexuels.
- **Facteurs de risque de troubles psychiatriques (ou comorbidité):** peuvent interférer avec l'habileté du jeune à bénéficier d'un traitement spécialisé.
- **Facteurs de risque individuels:** peuvent refléter des déficits cognitifs ou des habiletés qui peuvent aider à expliquer le comportement de l'adolescent ou interférer avec le traitement.
- **Facteurs de risque familiaux:** les conditions à l'intérieur de la structure familiale qui ont défini et formé le comportement du jeune et leur influence actuelle à titre de facteurs de risque.

Traduction libre de Rich (2003, p. 150-151).

Annexe N°3 : La PCL : YV, feuille de cotation

**Annexe 1 PCL:YV Feuille de cotation**

NOM .....Date.....Evaluateur.....

Cotation:0-1-2

1. Séducteur et superficiel (F1)	<input type="checkbox"/>
2. Surestimation de soi (F1)	<input type="checkbox"/>
3. Recherche de sensation (F3)	<input type="checkbox"/>
4. Mensonge pathologique (F1)	<input type="checkbox"/>
5. Manipulation (F1)	<input type="checkbox"/>
6. Défaut de remords (F2)	<input type="checkbox"/>
7. Affectivité superficielle (F2)	<input type="checkbox"/>
8. Insensibilité / Manque d'empathie (F2)	<input type="checkbox"/>
9. Tendance au parasitisme (F3)	<input type="checkbox"/>
10. Faible maîtrise de soi (F4)	<input type="checkbox"/>
11. Promiscuité sexuelle (F1 + F2)	<input type="checkbox"/>
12. Précocité des problèmes de comportement (F4)	<input type="checkbox"/>
13. Absence de but (F3)	<input type="checkbox"/>
14. Impulsivité (F3)	<input type="checkbox"/>
15. Irresponsabilité (F3)	<input type="checkbox"/>
16. Incapacité à assumer les responsabilités de ses actes (F1)	<input type="checkbox"/>
17. Instabilité relationnelle (F1 + F2)	<input type="checkbox"/>
18. Comportement criminel grave (F4)	<input type="checkbox"/>
19. Violation grave des conditions de mise en liberté (F4)	<input type="checkbox"/>
20. Diversité des types de délits (F4)	<input type="checkbox"/>
Score total	<input type="checkbox"/>
Score ajusté	<input type="checkbox"/>

Extrait du livre Evaluation de la dangerosité et du risque de récidive de Gérard Niveau  
page 136. (61)

Annexe N°4 : La Statique 99, feuille de cotation

**Annexe 5 Feuille de cotation de la statique 99**

	Facteur de risque	Codes	Score
1	Age	25 ans ou plus Moins de 25 ans	0 1
2	Cohabitation	Cohabitation avec partenaire depuis au moins deux ans ? Oui Non	  0 1
3	Condamnations pour violences non sexuelles dans l'affaire de référence	Non Oui	0 1
4	Condamnations antérieures pour violences non sexuelles	Non Oui	0 1
5	Crimes ou délits sexuels antérieurs	Aucune 1 ou 2 3 à 5 6 et plus	0 1 2 3
6	Prononcés de peine antérieurs	0 à 3 4 et plus	0 1
7	Condamnations pour actes sexuelles sans contact	Non Oui	0 1
8	Au moins une victime sans lien de parenté avec le sujet évalué	Non Oui	0 1
9	Au moins une victime qui était inconnue du sujet évalué	Non Oui	0 1
10	Au moins une victime de sexe masculin	Non Oui	0 1
		Score total	

Evaluation du risque de récidive :

Score

0 ou 1

2 ou 3

4 ou 5

6 et plus

Catégorie de risque

Faible

Faible à modéré

Modéré à élevé

Elevé

Extrait du livre Evaluation de la dangerosité et du risque de récidive de Gérard Niveau  
page 80. (61)

## Annexe N°5 : La SAVRY, synthèse

La SAVRY comprend 24 items regroupés dans trois domaines (historiques, contextuels et individuels) auquel s'ajoute un domaine de facteurs protecteurs. Chaque item des trois premiers groupes est coté selon trois degrés : bas (0), moyen (1) et haut (2). Les items du groupe relatif aux facteurs de protection sont cotés absents ou présents. Les auteurs de la SAVRY ont édité un guide explicatif pour le codage des items (Borum et al., 2002).

Les items de la SAVRY sont les suivants :

### *Items historiques :*

- Item 1. Antécédents de violence.
- Item 2. Antécédents d'actes illégaux non violents.
- Item 3. Début précoce des comportements violents.
- Item 4. Echecs antérieurs des mesures de supervision ou de contrôle.
- Item 5. Antécédents d'actes auto-dommageables ou de tentatives de suicide.
- Item 6. Exposition à la violence domestique.
- Item 7. Antécédents de maltraitance infantile.
- Item 8. Criminalité chez les parents ou leurs substituts.

- Item 9. Disparition précoce des parents ou de leurs substituts.
- Item 10. Faibles résultats scolaires.

### *Items contextuels et sociaux*

- Item 11. Délinquance des pairs.
- Item 12. Rejet de la part des pairs.
- Item 13. Stress et défaillance du soutien.
- Item 14. Défaillance du soutien parental.
- Item 15. Défaut de soutien social ou individuel.
- Item 16. Désorganisation du milieu social.

### *Items individuels*

- Item 17. Attitudes négatives.
- Item 18. Prise de risque, impulsivité.
- Item 19. Problèmes de consommation de substance.
- Item 20. Problèmes de gestion de la colère.
- Item 21. Défaut d'empathie ou de remords.
- Item 22. Déficit de l'attention, hyperactivité.
- Item 23. Faiblesse de la compliance.
- Item 24. Faibles intérêts ou engagements à l'égard de l'école ou du travail.

### *Items protecteurs*

- P1. Implication sociale.
- P2. Support social solide.
- P3. Liens affectifs solides.
- P4. Attitude positive à l'égard des interventions et de l'autorité
- P5. Fort engagement vis-à-vis de l'école.
- P6. Personnalité résiliente.

**L'évaluation finale** se fait, d'une part en additionnant les scores obtenus aux 24 premiers items ainsi qu'à la présence ou l'absence d'items protecteurs, mais également, d'autre part, en fonction de l'avis personnel de l'évaluateur, ce qui relève effectivement du processus d'utilisation d'une échelle clinique structurée et non actuarielle.

Extrait du livre Evaluation de la dangerosité et du risque de récidive de Gérard Niveau page 124-125. (61)

**This is a SUMMARY sheet ONLY.**  
**VALID ONLY IF ratings have been transferred from Coding Form attached.**  
**Name of Adolescent and Date of Assessment are noted on Page 1**

High Risk Factors for Sexual Reoffense	Present	Partially/Possibly Present	Not Present	Unknown
<b>Sexual Interests, Attitudes, and Behaviours</b>				
1. Deviant sexual interests (younger children, violence, or both)				
2. Obsessive sexual interests/Preoccupation with sexual thoughts				
3. Attitudes supportive of sexual offending				
4. Unwillingness to alter deviant sexual interests/attitudes				
<b>Historical Sexual Assaults</b>				
5. Ever sexually assaulted 2 or more victims				
6. Ever sexually assaulted same victim 2 or more times				
7. Prior adult sanctions for sexual assault(s)				
8. Threats of, or use of, violence/weapons during sexual offense				
9. Ever sexually assaulted a child				
10. Ever sexually assaulted a stranger				
11. Indiscriminate choice of victims				
12. Ever sexually assaulted a male victim ( <i>male offenders only</i> )				
13. Diverse sexual-assault behaviours				
<b>Psychosocial Functioning</b>				
14. Antisocial interpersonal orientation				
15. Lack of intimate peer relationships / Social isolation				
16. Negative peer associations and influences				
17. Interpersonal aggression				
18. Recent escalation in anger or negative affect				
19. Poor self-regulation of affect and behaviour (Impulsivity)				
<b>Family/Environmental Functioning</b>				
20. High-stress family environment				
21. Problematic parent-offender relationships/Parental rejection				
22. Parent(s) not supporting sexual-offense-specific assessment/treatment				
23. Environment supporting opportunities to reoffend sexually				
<b>Treatment</b>				
24. No development or practice of realistic prevention plans/strategies				
25. Incomplete sexual-offense-specific treatment				
<b>Other Factor</b>				
<b>Overall Risk Rating</b> <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High				

(104)

## Feuille de cotation du SAPROF

### Facteurs de protection liés au risque de violence

*À utiliser seulement en association avec le HCR-20  
ou les outils d'évaluation du risque structurés apparentés*

<b>Nom :</b>		<b>Numéro :</b>		<b>Date :</b>	
<b>Âge :</b>		<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme			
<b>Contexte de l'évaluation du risque :</b>					
Facteurs internes		Cote	Acquis	But	
1.	Intelligence		<input type="checkbox"/>		
2.	Attachement sécuritaire dans l'enfance		<input type="checkbox"/>		
3.	Empathie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Habiletés d'adaptation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Maîtrise de soi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Facteurs liés à la motivation		Cote	Acquis	But	
6.	Travail		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Activités de loisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Gestion des finances		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Motivation au traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Attitudes envers l'autorité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Objectifs de vie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Médication <input type="checkbox"/> s.o.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Facteurs externes		Cote	Acquis	But	
13.	Réseau social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Relation intime		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Soins professionnels		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Conditions de vie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Contrôle externe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Autres considérations :</b>					
<b>Jugement final sur la protection et jugement final intégré du risque</b> <i>SAPROF + HCR-20</i>		<b>Protection</b>		<b>Risque</b>	
		<input type="checkbox"/> Faible		<input type="checkbox"/> Faible	
		<input type="checkbox"/> Modérée		<input type="checkbox"/> Modéré	
		<input type="checkbox"/> Élevée		<input type="checkbox"/> Élevé	
<b>Noms des évaluateurs :</b>			<b>Postes occupés :</b>		
<b>Signature :</b>					

© Copyright Juin 2011, Forum Éducatif

Vivienne de Vogel, Corine de Ruiter, Yvonne Bouman et Michiel de Vries Robbé

(33)

**Grille d'évaluation du déni et de la minimisation : adolescents auteurs d'abus sexuels (adaptée de McKibben, 1999)**

**FAITS RELATIFS AU DÉLIT**

L'adolescent nie globalement les faits relatifs aux abus sexuels.

1. Ne nie pas les faits, mais nie l'intention sexuelle déviante (exemple : a touché l'autre pour l'aider, la laver) ou dit ne pas se souvenir des événements en admettant qu'ils soient possiblement survenus.
2. L'adolescent reconnaît les faits et une partie de l'intention, mais un écart important subsiste quant au nombre de victimes, au niveau de génitalisation, au niveau de violence.
3. Un écart léger subsiste quant aux mêmes éléments.
4. L'adolescent reconnaît globalement les faits et admet spontanément les délits non judiciairisés.

**RESPONSABILITÉ PAR RAPPORT AU DÉLIT**

1. L'adolescent nie toute responsabilité par rapport à son ou ses délit(s). La responsabilité est massivement attribuée à l'extérieur de lui-même (la victime, un état d'intoxication au moment du délit, les agressions sexuelles subies dans l'enfance).
2. L'adolescent admet une responsabilité réduite pour certains de ses délits (exemple : il aurait pu résister aux « avances » de l'enfant, il plaide l'« accident », les circonstances, l'erreur, l'exploration).
3. L'adolescent admet une responsabilité réduite pour la majorité des délits.
4. L'adolescent reconnaît avoir pris des initiatives dans la commission du ou des délit(s).
5. L'adolescent se reconnaît un rôle actif dans toutes les phases du délit (identification, séduction, contrôle ou intimidation de la victime), incluant les actes sexuels proprement dits.

**CONSÉQUENCES SUR LA VICTIME**

1. L'adolescent estime que la victime n'a subi aucune conséquence néfaste (exemple : « elle aimait ça, je l'ai revue au procès, elle n'était pas affectée du tout »).
2. La victime a subi quelques conséquences néfastes, mais l'adolescent dit ne pas en être responsable (exemple : « Ce sont les réactions des parents ou le processus judiciaire qui en sont responsables »).
3. La victime a pu subir quelques conséquences, mais elles sont légères et/ou de courte durée (exemple : « Elle a pu avoir peur ou paniquer au moment du délit, mais pas après »); l'adolescent s'attribue, au moins partiellement, la responsabilité.
4. L'adolescent reconnaît que la victime a subi des conséquences à long terme quant aux délits commis. Il est incapable de nommer quelques-unes de ces conséquences (angoisse, peur, méfiance, difficultés sexuelles).
5. L'adolescent généralise les conséquences de son comportement. Il reconnaît ainsi les conséquences de son délit sur la victime, sur les proches et sur sa propre famille, ses amis.

**LES PROBLÈMES DANS LEUR VIE**

1. L'adolescent dit n'avoir aucun problème, aucun malaise ou déficit dans quel que domaine que ce soit.
2. L'adolescent ne sait pas s'il a un ou des problèmes, il ne peut en identifier, mais dit croire que cela soit possible (exemple : « Si j'ai fait quelque chose comme ça, j'ai probablement des problèmes »).
3. L'adolescent identifie quelques problèmes, mais son engagement est superficiel. Les problèmes identifiés sont plutôt banals ou leur signification est banalisée, l'importance réelle en est réduite. L'adolescent peut aussi identifier une série de problèmes, mais il désire surtout être pris en charge, il recherche principalement de l'attention ou un autre bénéfice secondaire.
4. L'adolescent reconnaît avoir des problèmes dans une sphère particulière (exemple : toxicomanie, problèmes scolaires), mais il minimise par rapport aux autres sphères de sa vie.
5. L'adolescent reconnaît avoir des problèmes dans plusieurs sphères de sa vie.

VU

NANCY, le **4/11/2015**

Le Président de Thèse

NANCY, le **13/11/2015**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur B. KABUTH**

**Professeur M. BRAUN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9010 NANCY,  
le **23/11/2015**  
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

---

## **RÉSUMÉ DE LA THÈSE :**

L'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel (MAICS) dans le cadre des expertises psychiatriques pénales est un sujet d'actualité (une réforme de l'Ordonnance du 2 février 1945, encadrant le système judiciaire spécifique aux mineurs, est prévue pour 2017).

Les débats en France concernant le choix des méthodes d'évaluation sont déjà très compliqués pour les auteurs adultes et deviennent très difficiles, pour les MAICS.

Nous nous sommes tout d'abord intéressés aux données nécessaires pour la compréhension du sujet et l'élaboration d'une étude : système judiciaire spécifique aux mineurs, définition pénale d'une infraction à caractère sexuel, particularités des MAICS, type d'expertise psychiatrique pénale, notion de dangerosité et du risque de récidive et générations d'outils d'évaluation du risque.

Nous avons ensuite réalisé une étude pilote, rétrospective, à partir de 64 rapports d'expertises psychiatriques pénales de MAICS, expertisés mineurs, obtenus auprès d'experts par contact mail de l'ensemble des psychiatres et pédopsychiatres inscrits sur les listes officielles des Cours d'appel de France pour l'année 2014.

L'analyse descriptive des données montre une grande diversité dans les missions et les réponses des évaluations de la dangerosité (générale, psychiatrique et/ou criminologique) et du risque de récidive (général, violent et/ou sexuel).

Nous avons pu mettre en évidence les facteurs de risque de récidive, présents dans les rapports, utilisés ou non, pour justifier l'évaluation effectuée.

Au final, nos résultats confirment la grande variabilité des évaluations de la dangerosité et du risque de récidive dans les rapports, trop rarement justifiée par des facteurs de risque validés par la littérature internationale.

Ce travail souligne l'intérêt d'une étude qui serait menée à plus grande échelle en France afin de stratifier la population selon des profils criminologiques distincts.

---

## **TITRE EN ANGLAIS :**

Assessment of the dangerousness and recidivism risk among minor perpetrators of offences of a sexual nature : based on 64 criminal psychiatric reports

---

THÈSE : Médecine Spécialisée – Année 2015

---

## **MOTS CLEFS :**

Expertise psychiatrique pénale, agresseurs sexuels mineurs, dangerosité, risque de récidive, évaluation

---

## **INTITULÉE ET ADRESSE :**

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**  
**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex