Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
le 21 octobre 2022 à Poitiers
par Monsieur Guillaume DELIENCOURT

Existe-t-il un biais cognitif associant « enfant » et « sexualité » chez les auteurs d'infraction à caractère sexuel sur des mineurs de moins de 12 ans ?

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Monsieur le Professeur Jean XAVIER, Madame le Maître de Conférences Ghina HARIKA-GERMANEAU

Directeur et co-directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DAVIGNON, Monsieur le Professeur Armand CHATARD

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation *(en disponibilité)*
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1er cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1er cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro- entérologie, hépatologie – **Assesseur 3e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique *(en dispo 1 an à/c du 31/07/2022)*
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)*
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie **– Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

A monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger mon travail et je vous en suis très reconnaissant. Merci de la bienveillance et de l'écoute que vous portez à vos internes. Votre adaptabilité et votre disponibilité m'ont été précieuses.

A monsieur le Professeur Jean XAVIER, vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie. Merci également pour votre enseignement passionné de pédopsychiatrie et pour vos conseils aiguisés. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères et de mon respect.

A madame le Docteur Ghina HARIKA-GERMANEAU, vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères et de mon respect.

A monsieur le Docteur Guillaume DAVIGNON, tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail et de m'avoir guidé jusqu'à son aboutissement. Merci pour tes conseils et ton soutien comme pour ton implication quant à mon projet de docteur junior. Sois assuré de mon respect et de ma profonde reconnaissance.

A monsieur le Professeur Armand CHATARD, vous m'avez fait l'honneur de co-diriger ce travail et d'avoir apporté toute votre expertise technique utile à sa réalisation. Merci pour votre travail d'analyse statistique et vos explications. Soyez assuré de ma reconnaissance la plus sincère.

A madame le Docteur Virginie CAILLEAU, je vous remercie pour votre disponibilité et votre réactivité sans faille dans l'élaboration de ma bibliographie. Merci pour votre professionnalisme. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

A l'équipe de l'UAOCC d'Angoulême qui m'a accueilli dans les balbutiements du début d'internat et dans le contexte bien particulier de la crise sanitaire liée au COVID-19. Je garderai en mémoire mes premières expériences d'interne à vos côtés.

A toute l'équipe jonzacaise avec qui j'ai pu partager une année entière et appréhender auprès de vous les particularités de l'exercice en milieu périphérique. Merci aux Docteur Jean-Phillipe GRACIET et Mélanie JEANNEY pour votre accueil et votre bienveillance, ce fut un plaisir sincère.

A l'équipe du SMPR de Vivonne et du CMP Espace Vienne pour m'avoir fait découvrir le milieu passionnant de la psychiatrie légale et de m'avoir aidé au recrutement des participants. Ce sera un plaisir de poursuivre l'aventure à vos côtés.

Aux médecins, à toutes les équipes et autres connaissances que je ne peux citer en totalité mais qui ont été présents durant ma formation à Poitiers, à Angoulême et à Jonzac. Merci pour l'expérience partagée auprès de vous.

A mes prédécesseurs Chloé CACHAU et Capucine EYMIN dont ce travail prend la suite, merci pour vos travaux initiaux.

A mes parents, merci pour votre soutien sans faille, votre amour et votre confiance tout au long de ce parcours. J'espère vous rendre fiers.

A l'ensemble de ma famille et belle-famille avec une pensée particulière à mes grands-parents.

A Iness, indéniablement mon plus grand soutien. Merci de m'avoir donné le courage de prendre un nouveau chemin et de m'avoir soutenu dans ce sacré virage malgré les promesses d'un premier parcours professionnel bien engagé. Merci pour les années passées et pour celles à venir. L'avenir s'écrit ensemble.

Sommaire

Remerciements 5
Tableaux et Figures 9
Glossaire / Abréviations 10
I) Champs d'application de l'étude 12
Introduction 12
Epidémiologie 12
Les données administratives 12
Les données scientifiques 13
Population cible : les mineurs 13
Définitions de la violence sexuelle 15
La violence sexuelle du point de vue de la loi 15
La violence sexuelle selon les professionnels du soin 16
La violence sexuelle selon la population générale 17
Le concept de biais cognitif 18
L'empathie / la reconnaissance des émotions 18
Quelques outils d'évaluation 19
Pléthysmographie pénienne 19
Eye Tracking 20
Stop signal task 20
L'IAT 20
II) Objectifs de l'étude 22
Objectif principal 22
Objectifs secondaires 22
III) Matériel et méthode 23
Critère d'évaluation principal 23
Critères d'évaluation secondaires 23
Critères d'inclusion 24
Critères d'exclusion 24
Description de l'étude 25
Outils et échelles utilisées 26
IV) Résultats 31
Description de la population 31
Profil des participants 33
Données croisées 42

Analyses descriptives 45
Analyses principales 45
Analyses complémentaires 47
V) Discussion 48
Données sociodémographiques et de l'état de santé 48
Données judiciaires 49
Données criminologiques 50
Profil de l'AVS cible 50
Réponse à l'objectif principal 51
Réponse aux objectifs secondaires 51
Limites et biais de l'étude 52
Perspectives 53
Conclusion 55
Annexes 58
Bibliographie 74
Résumé 77
SERMENT 78

Tableaux et Figures

Figure 1 : Part des victimes de viols pour 1000 personnes de même sexe et âge enregistrées en 2020 14
Figure 2 : Part des victimes d'agressions sexuelles pour 1000 personnes de même sexe et âge enregistrées en 2020 15
Figure 3 : Diagramme des flux 32

Tableau 1 : Données sociodémographiques 34
Tableau 2 : Données sur l'état de santé 36
Tableau 3 : Données de la situation familiale 37
Tableau 4 : Données judiciaires 38
Tableau 5 : Données criminologiques 41
Tableau 6 : Données croisées pour le groupe cible 43
Tableau 7 : Données croisées pour le groupe contrôle actif 44
Tableau 8 : Données brutes sur l'âge et l'IAT (et variables actuarielles) 46
Tableau 9 : Moyennes et erreurs types ajustées pour l'IAT 47

Glossaire / Abréviations

AICS / AVS : Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuel / Auteur de Violence Sexuelle

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème édition

CIIVISE : Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants

CMP : Centre Médico Psychologique

CVS : Cadre de Vie Santé (enquête)

CP : Centre Pénitentiaire

DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FERT : Facial Emotion Recognition Test

HCR-20 : Historical-Clinical-Risk management

IAT : Implicit Association Test

IPT : Integrated Psychological Therapy

LSRP : Levenson's Self Report Psychopathy Scale

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

MOCA : Montreal Cognitive Assessment

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCL-R : Psychopathy Checklist Revised

RC2S : Remédiation Cognitive de la Cognition Sociale

RRASOR : Rapid Risk Assessment For Sexual Offense Recidivism

SORAG : Sex Offender Risk Appraisal Guide

SCIT : Social Cognition and Interaction Training

SDSE : Sous-Direction de la Statistique et des Etudes

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SSJ : Suivi Socio-Judiciaire

SSMI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TOM : Theory Of Mind

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

SMPR : Service Médico Psychologique Régional

URC : Unité de Recherche Clinique

VIRAGE : Violence dans les Rapports de Genre (enquête)

I) Champs d'application de l'étude

Introduction

La question de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) est une question plus que jamais d'actualité devant la représentation médiatique constante de ces actes (1). Bien entendu, cette prise en charge ne se limite pas à la simple condamnation sur le plan judiciaire (2). Du point de vue de l'opinion publique, elle suscite bien moins d'intérêt que celle des victimes, surtout lorsque celles-ci sont mineures au moment des faits. L'indifférence voire le mépris généré sont les premiers sentiments lorsqu'on aborde l'auteur qui est uniquement perçu comme un monstre dénué d'humanité (3). Pourtant, il est nécessaire de se pencher sur cette problématique si l'on aspire à comprendre et ainsi prévenir le risque de récidive. C'est là qu'intervient le champ de la psychiatrie avec pour rôle principal la prévention avant le soin. En effet, la majorité des experts estime devoir traiter ce problème de Santé Publique avec comme meilleure stratégie la prévention primaire (4). Malheureusement, c'est bien souvent dans un contexte de condamnation prononcée et donc via la justice que la première rencontre entre soignant et auteur intervient.

Epidémiologie

Afin de faire un point sur l'aspect épidémiologique des violences sexuelles sur mineurs en France, il semble important d'aborder le mode de récolte des données dans ce domaine pour mieux interpréter les chiffres et en voir les limites (5). Dans tous les cas, il semble que la prévalence soit mal estimée du fait de sous déclarations.

Les données administratives

Ces données font référence à celles collectées via les services d'état (de police et de gendarmerie), le ministère de l'intérieur (SSMI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure) et de la justice (SDSE : Sous-Direction de la Statistique et des Etudes). Elles entrent dans la catégorie pénale. Elles sont difficilement comparables au cours du temps du fait de l'évolution de la législation mais aussi des systèmes de collecte d'informations. On retrouve tout de même une tendance à l'augmentation des plaintes portées bien que l'augmentation des condamnations n'évolue pas de manière proportionnelle, soulignant entre autres le manque de

temps et de moyens alloués à la justice. Cet effet serait exacerbé par la libération de la parole et la moindre tolérance accordée aux comportements déviants. Selon l'auteur, « *les données administratives ne permettent pas de mesurer l'ampleur des violences sexuelles dans la société, mais plutôt la façon dont les victimes se tournent vers les institutions de répression ou de protection et dont ces institutions se sont saisies du problème* ».

Les données scientifiques

Ces données font référence à celles collectées via les enquêtes socio démographiques. Elles permettent de montrer la prévalence en fonction de l'âge parmi un cortège d'informations sur les victimes dont le lieu de vie et le lien avec l'auteur. Elles indiquent plus spécifiquement les pathologies mentales et physiques qui découlent de l'expérience des violences subies. Les informations sur les auteurs sont quant à elles bien plus difficiles à obtenir avec notamment des biais d'information.

Deux enquêtes de victimation majeures ont été menées en France et permettent un éclairage sur la situation des violences sexuelles dans le pays. L'enquête CVS (Cadre de Vie et Sécurité) est publiée annuellement. Elle permet de recueillir des données auprès de personnes âgées de 18 à 25 ans à propos des viols, tentatives de viol et attouchements sexuels. L'enquête VIRAGE (Violence et rapports de genre) (6) présente un champ d'infractions à caractère sexuel plus large et reprend également les violences sexuelles subies au cours de la vie, notamment dans l'enfance. Elle est évoquée plus bas.

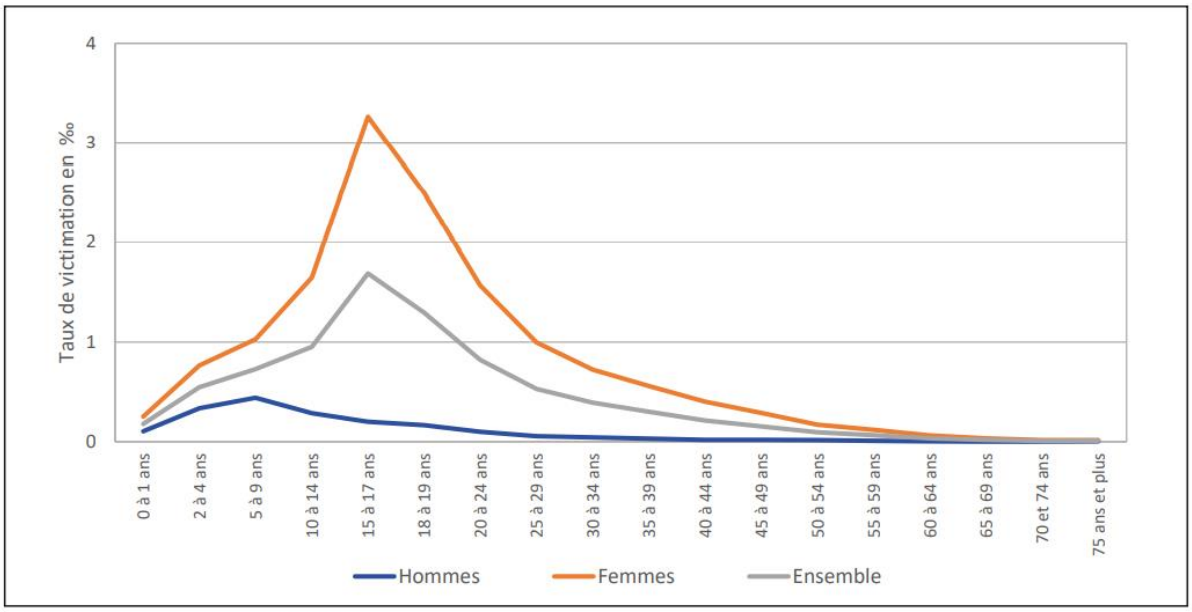
Population cible : les mineurs

Selon plusieurs enquêtes, une part importante des victimes de violences sexuelles l'ont été à un âge précoce. C'est notamment ce que montre l'une d'entre elles, l'enquête VIRAGE menée en France en 2015 sur une population de près de 30 000 femmes et hommes. Ainsi, dans notre pays, plus d'un quart des femmes et un tiers des hommes victimes déclarent que les faits ont débutés avant l'âge de 11 ans. De même, environ 40 % des femmes et 60 % des hommes étaient victimes avant l'âge de 15 ans.

Dans son rapport (7), Fabienne Lemonnier résume également des situations bien différentes selon le sexe des victimes. Ainsi, les hommes sont plutôt victimes à un très jeune âge et dans un milieu familial sur un mode d'abus de confiance ou d'autorité tandis que les femmes sont

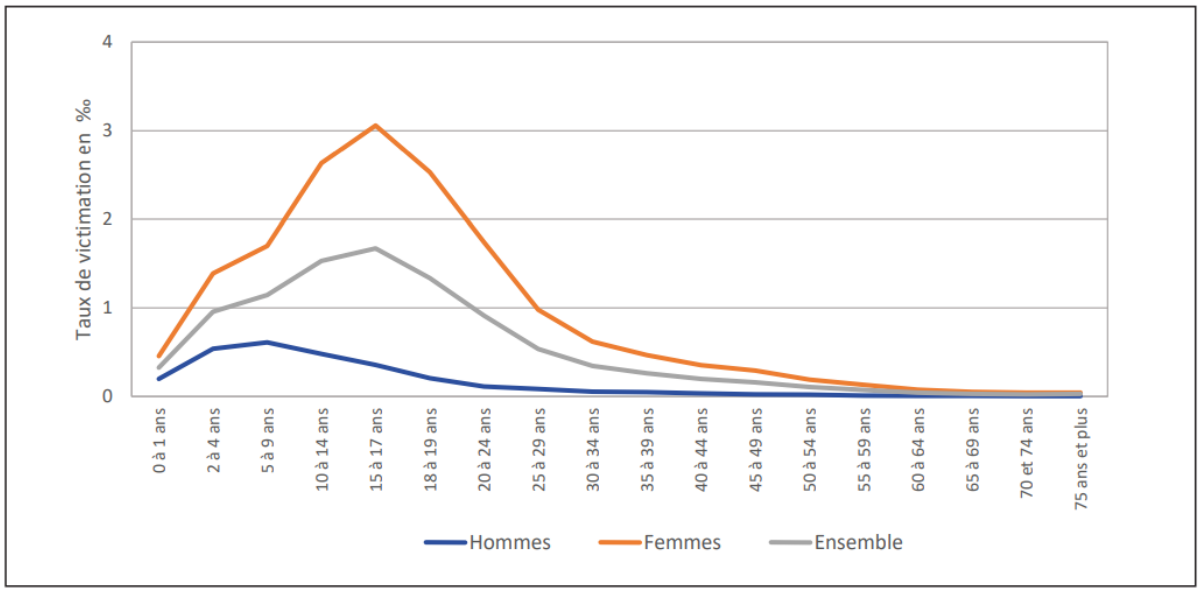
victimes tout au long de leur vie même si 80 % des viols et tentatives de viol à leur encontre dans le cadre familial ont lieu avant l'âge de 15 ans.

La prévalence du jeune âge des victimes est illustrée par les graphiques suivants issus des fiches Interstats du ministère de l'intérieur :



Champ : France métropolitaine.
Lecture : sur 1 000 femmes âgées de 15 à 17 ans, 3,3 ont été enregistrées par les forces de sécurité comme victimes de viols en 2020.
Sources *: SSMSI, base des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie en 2020 ; Insee, estimations de population (résultats provisoires au 29 mars 2021).*

Figure 1 : Part des victimes de viols pour 1000 personnes de même sexe et âge enregistrées en 2020



Champ : France métropolitaine.
Lecture : sur 1 000 femmes âgées de 15 à 17 ans, 3,1 ont été enregistrées par les forces de sécurité comme victimes d'agressions sexuelles en 2020.
Sources *: SSMSI, base des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie en 2020 ; Insee, estimations de population (résultats provisoires au 29 mars 2021).*

Figure 2 : Part des victimes d'agressions sexuelles pour 1000 personnes de même sexe et âge enregistrées en 2020

Définitions de la violence sexuelle

Il est nécessaire de définir clairement la notion de violence sexuelle, a priori simple à concevoir, mais qui peut être nuancée selon différents points de vue. Le rapport d'expert de juin 2018, issu de l'Audition Publique s'attarde sur ces définitions afin d'éclaircir quelques notions primordiales pour la compréhension générale (8).

La violence sexuelle du point de vue de la loi

La loi se doit d'être précise mais n'est pas définitive. Elle varie en effet selon les époques, les crises, les politiques, ou encore les faits médiatiques. Pour exemple, la loi de 1803, impliquant un certain nombre d'obligations entre époux, excluait la possibilité de viol entre ces derniers. Ce n'est que le 5 septembre 1990 que ce principe a évolué par jurisprudence et confirmé par la Cour de cassation seulement le 11 juin 1992. La loi du 4 avril 2006 ajoute par ailleurs les circonstances aggravantes suivantes : qualité de conjoint, concubin et partenaire de pacs. La loi s'accorde donc perpétuellement aux problématiques sociétales contemporaines.

Le terme « violence sexuelle » n'existe pas dans le code pénal. Les agressions sexuelles sont inscrites dans le code pénal à la section III du chapitre II intitulé « des atteintes à l'intégrité physique ou psychique des personnes ».

L'article 222-22 du code pénal définit l'agression sexuelle par « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ».

La loi distingue plusieurs types d'agressions sexuelles :

- Le viol, défini par l'article 222-23 du code pénal, est défini par « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise constitue un viol ».
- L'exhibition sexuelle
- Le harcèlement sexuel
- L'inceste, uniquement s'il est commis sur un mineur

La loi s'évertue à distinguer les infractions pénalement répréhensibles des actes immoraux. Le garant de cette limite entre droit et éthique est le principe du consentement. Le consentement est considéré comme étant valide à partir de l'âge de 15 ans, âge de la majorité sexuelle en France.

Plus récemment, la clause « Roméo et Juliette » de mars 2021, autorise les relations sexuelles avec un mineur si l'auteur et le mineur ont moins de 5 ans d'écart d'âge.

La violence sexuelle selon les professionnels du soin

Selon l'OMS et la CIM 10, les violences sexuelles correspondent à : « *Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail* ».

La dernière version du DSM prend en compte la notion de violence sexuelle en permettant la cotation de l'absence du consentement. Le Dr Shaw, cité par Mormont C. propose une définition du consentement (9) comme « *un accord qui suppose :*

- *une compréhension de ce qui est proposé,*
- *une connaissance des standards sociétaux pour ce qui est proposé,*
- *une connaissance des conséquences potentielles et des alternatives,*
- *la supposition que l'accord ou le refus sera également respecté,*
- *une décision volontaire,*
- *une compétence mentale.* »

La pédophilie est une des paraphilies décrites dans le DSM 5. Le trouble paraphilique est un diagnostic qui nécessite plusieurs critères dont l'altération de la qualité de vie. Il « cause d'une façon concomitante une détresse ou une altération du fonctionnement chez le sujet lui-même » ou il « entraine un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes ». On retrouve 8 types paraphiliques :

- Le trouble fétichisme
- Le trouble pédophilie
- Le trouble exhibitionnisme
- Le trouble voyeurisme
- Le trouble frotteurisme
- Le trouble masochisme sexuel
- Le trouble sadisme sexuel
- Le trouble transvestisme

Le 3 derniers troubles ne présentent généralement pas de risque au niveau médico-légal.

La violence sexuelle selon la population générale

L'image de l'auteur de violence sexuelle est très médiatisée (information, roman, cinéma, etc.) et est source de fantasmes et de représentations sociales nombreuses. Ainsi, cette image retentie sur l'opinion publique qui retentie sur la politique qui elle-même influence la législation (8). Le monstre sexuel provoque dégout et effroi et permet une mise à distance sur l'incompréhensible, la pathologie du « malade » « pervers ». La déviance est stigmatisée pour mieux s'en écarter et affirmer notre propre normalité. Les attitudes diffèrent selon les caractéristiques de l'auteur avec des perceptions plus défavorables selon le sexe (homme), l'âge (jeune), le niveau d'étude (faible niveau), du milieu de vie (rurale vs urbain), la nature de l'acte (sur enfant vs sur adulte). Ces critères sont retrouvés dans la littérature.

Nous avons vu que très souvent, il est retrouvé que les faits d'agression sexuelle ou de viol concernent des victimes mineures. S'agissant a priori d'une population par essence vulnérable, les chercheurs se posent depuis plusieurs dizaines d'années la question de l'origine du passage à l'acte des auteurs. Ainsi, à travers leurs travaux, de nombreux concepts ont vu le jour comme l'analyse de la capacité d'empathie ou bien l'existence de biais cognitifs facilitant le passage à l'acte.

Le concept de biais cognitif

Abel (10) définit en 1989 le biais cognitif comme l'ensemble des « *processus internes, incluant les justifications, perceptions et les jugements utilisés par les AVS sur enfants pour rationaliser leurs actes* ». D'autres études soulignent la présence de distorsions cognitives (11 – 13) sous tendant le passage à l'acte. Ces distorsions permettent le passage à l'acte par la rationalisation du geste tout en abaissant le seuil de culpabilité avec une mise à distance des critères sociologiquement acceptables. De cette manière, des échelles d'évaluation ont vu le jour comme la Molest scale et la Rape scale, respectivement pour évaluer les cognitions concernant l'attirance sexuelle envers les enfants et envers les femmes (14).

Ainsi, comme le précise Cailleau et al (15), des thèmes ont pu être dégagés sous forme de théories implicites chez les AVS sur enfants : « *Les enfants sont des êtres sexués* », « *Certains individus sont en droit d'agir comme ils le souhaitent* », « *Le monde est dangereux* », « *Le monde est incontrôlable* », « *Il y a des degrés de préjudices* », « *L'enfant est un partenaire* ».

De la même manière, Ward (16) précise que ces théories implicites trouveraient naissance pendant l'enfance et les définit comme des valeurs et des croyances structurant la vision du monde de l'agresseur.

L'empathie / la reconnaissance des émotions

Bien qu'abordée de longue date par Marshall et al (17), la question de la reconnaissance des émotions, intégrée au processus empathique, est encore trop peu étudiée dans le champ d'application des AVS. Cailleau et al (15) montrent qu'il existerait chez certains auteurs des

difficultés à distinguer particulièrement la peur du dégout. Il est précisé que les études sont peu nombreuses avec des effectifs restreints et sont sujettes à des biais de prévarication.

Cependant, une méta analyse de 2018 (18) montre que les AVS ont un niveau d'empathie général significativement inférieur par rapport à la population générale sur le plan cognitif comme sur le plan affectif. Tiberi LA et al (19) ont mené une méta analyse sur les capacités de reconnaissance faciale des expressions auprès des AVS et montrent un déficit « *statistiquement significatif de la reconnaissance de l'ensemble des six émotions de base chez les AVS comparé aux auteurs d'infraction à caractère non sexuel et participants contrôles* ». L'auteur évoque également l'implication possible des neurones miroirs émettant l'hypothèse d'un déficit d'activation de ces derniers. Ces neurones sont une interface entre reconnaissance et ressenti avec un rôle dans la cognition sociale mais ne sont pas étudiés auprès des AVS. Ils sont plutôt étudiés dans la physiopathologie de certaines maladies neuropsychiatriques comme la schizophrénie, ce qui pourrait amener à un parallèle de prise en charge sur le plan psychothérapeutique.

Quelques outils d'évaluation

Au fils des années, des outils de plus en plus fiables ont vu le jour afin d'évaluer l'attirance sexuelle chez les auteurs. Bien entendu, les méthodes directes impliquent une fiabilité relative puisqu'elles dépendent de réponses des AVS via des questionnaires ou échelle auto rapportées laissant place à l'expression d'une conformité sociale.

Pléthysmographie pénienne

Une des premières méthodes utilisées est celle de la pléthysmographie pénienne. Il s'agit d'une mesure objective du désir sexuel masculin. Cette technique est principalement utilisée pour évaluer les auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs en termes de récidive. Bien que très rarement utilisée en France pour des questions éthiques, elle fait l'objet de quelques études au Canada qui figure comme l'un des pays pionniers dans le domaine. Ainsi, un récent rapport datant de 2021 (20) dresse le constat de l'utilisation de la pléthysmographie pénienne à travers le monde au cours de ces dernières années. Depuis les années 1990, 261 publications sont référencées. Des efforts sont faits à l'échelle internationale (Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni, République tchèque et Russie) afin de standardiser cette pratique et faciliter sa diffusion dans

le monde (21). Ces travaux visent à améliorer la robustesse sur la base des preuves et l'application pratique selon les législations en vigueur avec l'espoir d'une meilleure acceptation et d'un déploiement dans les années à venir.

Eye Tracking

La technique du eye-tracking a été évaluée dans une revue systématique de 2021 (22). Au total, 6 études respectant les critères d'inclusion sur 16 convergent vers un même résultat : la latence de fixation (délai entre l'apparition du stimulus et la fixation sur celui-ci) serait plus courte chez les sujets présentant un intérêt pédophilique devant des stimuli d'enfant. La durée de fixation cumulée serait également plus longue. Les résultats sont moins significatifs avec des stimuli adultes. Le nombre d'études et d'échantillons de sujets reste cependant restreint et ne permet pas une validité scientifique robuste.

Stop signal task

A l'inverse des autres tests mesurant une attirance envers un stimulus, la stop signal task mesure la capacité d'un sujet à inhiber une action déjà initiée suite à l'émission d'un signal stop. Carrier Emond F et al (23) ont mesuré la capacité d'inhibition d'une population d'homme admettant avoir eu recours à une sexualité coercitive face à des stimuli neutres, de contenu émotionnel positif, de contenu érotique modéré et de contenu érotique plus explicite. Le résultat suggère que la population étudiée présente un temps d'inhibition plus lent que la population générale face à des stimuli sexuels intenses. L'étude étant expérimentale, on ne peut dresser de conclusion à propos du rapport entre la réponse inhibitrice et la sévérité des stratégies coercitives.

L'IAT

Le test d'association implicite (Implicit Association Test, IAT) mesure la force d'association entre des concepts ou des stéréotypes afin de révéler des biais cognitifs (24). Le principe de base repose sur le fait que plus les concepts évalués chez l'individu sont associés, plus le temps pour les identifier sera bref. L'idée est de passer outre les tentatives de dissimulation ou de réflexion afin de se conformer aux conventions sociales communément acceptées. Le(s) biais(s) est (sont) ainsi directement mesuré(s) via le temps de réponse en millisecondes.

L'association des concepts « enfant » et « sexualité » a été régulièrement évaluée ces dernières années sur le principe de l'IAT chez des auteurs de violences sexuelles sur enfants (25-27). La

méta-analyse de Babchishin et al en 2013 (28) retrouvait une efficacité de ce test dans la discrimination des AVS sur enfants, des AVS sur adultes et des non agresseurs. De plus, l'efficacité était plus importante lorsque les variables « sexe » et « pas sexe » étaient utilisées au lieu des variables « sexy » et « non sexy ».

Via le test IAT, Brown et al (29) ont mis en évidence une association des concepts « enfant » et « sexualité » plus forte chez les AVS sur enfants de moins de 12 ans (caractéristique pédophile) que chez les AVS sur enfants de 12 à 15 ans (caractéristique hébéphile).

Ce test présente une validité scientifique à travers plusieurs études, notamment sur les preuves de l'existence de biais cognitifs associant « enfant » et « sexualité » chez des AVS sur enfants. L'IAT a été choisi afin de comparer l'association des concepts « enfants » et « sexualité » distinctement des concepts « non-enfant » et « sexualité » chez une population d'AVS sur enfants de moins de 12 ans et dans 2 groupes contrôles. Le premier groupe contrôle, dit actif, est composé d'AVS sur personnes de plus de 15 ans tandis que le second groupe contrôle, dit passif est composé d'hommes issus de la population générale.

L'hypothèse émise est que l'association des concepts « enfant » et « sexualité » serait plus forte pour le groupe étudié que dans les groupes contrôles.

II) Objectifs de l'étude

Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est de déceler l'existence d'un biais cognitif favorisant l'association des concepts « enfant » et « sexualité » plutôt que « adulte » et « sexualité » chez les auteurs de violences sexuelles sur des enfants de moins de 12 ans. L'idée est de déterminer si ce biais est plus prononcé dans le groupe des patients auteurs de violence à caractère sexuel pédophile que dans les groupes contrôles : les patients auteurs de violence sexuelle sur personne de plus de 15 ans (contrôle actif) et la population générale (contrôle passif).

Objectifs secondaires

- Relier l'existence de ce biais cognitif à la présence ou à l'absence de reconnaissance des faits de violence sexuelle envers des mineurs de moins de 12 ans.
- Déterminer si ce biais est lié à un déficit de reconnaissance faciale des émotions.
- Déterminer si ce biais est lié à la dangerosité psychiatrique et/ou criminologique étudiée via les expertises psychiatriques disponibles et après prise d'informations auprès du SPIP.

III) Matériel et méthode

Critère d'évaluation principal

L'évaluation principale de notre étude consiste en la comparaison de l'association des concepts « enfant » et « sexualité » avec l'association des concepts « adulte » et « sexualité » via un test d'association implicite chez 3 populations déterminées. Ces 3 groupes sont : une population d'AICS sur mineurs de moins de 12 ans (groupe cible), une population d'AICS sur personne de plus de 15 ans (groupe contrôle actif) et une population appariée (population générale = groupe contrôle passif).

Il est important de préciser que l'âge de 12 ans, sélectionné comme âge maximal pour les victimes du groupe cible, a été choisi en accord avec l'étude de Brown (29). Cet âge correspond communément à la moyenne du début de la puberté. Cela permet de s'assurer de ne recruter que des participants AVS à caractère pédophile pour le groupe cible. De la même manière, l'âge de 15 ans a été sélectionné comme âge minimal des victimes du groupe contrôle actif, considérant que le développement pubertaire à cet âge correspond à une morphologie mature. Cela permet de s'assurer de ne recruter que des participants AVS sur adultes. Ainsi, la tranche d'âge 12-15 ans, correspondant à des caractéristiques hébéphiles, est exclue de notre étude car le développement pubertaire à cet âge n'est pas homogène selon les individus.

Comme cité plus haut, l'âge de 15 ans correspond à la majorité sexuelle en France.

Critères d'évaluation secondaires

Les critères secondaires sont mesurés par la recherche d'une corrélation statistiquement significative entre ces associations implicites et le fait de nier ou d'avouer les violences ainsi que le fait d'avoir ou non présenté une récidive d'agression à caractère sexuel pédophile. Les outils utilisés sont l'échelle de reconnaissance faciale des émotions (FERT), ainsi que la passation d'échelles actuarielles : SORAG, STATIQUE-99, RRASOR, HCR-20, PCL-R et Levenson.

Critères d'inclusion

- Groupe cible « auteur de violence à caractère sexuel pédophile » : auteur, de sexe masculin, âgé de plus de 18 ans au moment du passage à l'acte, condamné pour des faits de violence à caractère sexuel sur un ou plusieurs mineurs de moins de 12 ans, quel que soit le sexe de la victime.
- Groupe contrôle actif « auteur de violence à caractère sexuel non pédophile » : auteur, de sexe masculin, âgé de plus de 18 ans au moment du passage à l'acte, condamné pour des faits de violence à caractère sexuel sur un ou plusieurs mineurs de plus de 15 ans, et/ou sur un ou plusieurs majeurs quel que soit le sexe de la victime.
- Groupe contrôle passif « population générale » : personne majeure, de sexe masculin, issue de la population générale.

Critères d'exclusion

- Groupe cible « auteur de violence à caractère sexuel pédophile » : patient présentant des troubles neurocognitifs sévères objectivés par une échelle MoCA ; patient illettré ; patient présentant une dyslexie sévère ; patient ne parlant pas français ; patient de sexe féminin ; patient présentant une pathologie psychiatrique pouvant influer sur sa capacité à consentir à l'étude ; majeur sous tutelle.
- Groupe contrôle actif « auteur de violence à caractère sexuel non pédophile » : patient présentant des troubles neurocognitifs sévères objectivés par une échelle MoCA ; patient illettré ; patient présentant une dyslexie sévère ; patient ne parlant pas français ; patient de sexe féminin ; patient présentant une pathologie psychiatrique pouvant influer sur sa capacité à consentir à l'étude ; majeur sous tutelle.
- Groupe contrôle passif « population générale » : personne présentant des troubles neurocognitifs sévères objectivés par une échelle MoCA ; personne illettrée ; personne présentant une dyslexie sévère ; personne ne parlant pas français ; personne de sexe féminin ; personne présentant une pathologie psychiatrique pouvant influer

sur sa capacité à consentir à l'étude ; majeur sous tutelle ; personne ayant des antécédents judiciaires, quelle que soit leur nature.

Description de l'étude

L'étude réalisée est une étude monocentrique observationnelle comparant un groupe de patient à un groupe de référence et à un groupe contrôle issu de la population générale.

Le numéro d'identification unique relatif à cette étude est le suivant : 2020-A01915-34 (ID RCB) et a été approuvé par le CPP Sud Est V le 05/11/2020.

Toutes les données concernant les patients inclus ont servi à l'analyse d'efficacité. Une valeur de $p < 0,05$ est considérée comme statistiquement significative. Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentage. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart-type ou en médiane et intervalle interquartile. Les différences entre les trois groupes sur les variables quantitatives sont testées avec le test t de Student pour échantillon indépendant.

Le recrutement des patients pour les groupes cible et groupe contrôle actif s'est fait au centre pénitencier de Vivonne ainsi qu'au CMP Espace Vienne, spécialisé dans la prise en charge des personnes sous main de justice.

Il s'est déroulé sous la forme de 2 rendez-vous :

- Le 1er consiste en la présentation et l'explication du protocole au patient par l'investigateur et permet le recueil des informations sociodémographiques ainsi que la recherche de contre-indications à la participation à l'étude à l'aide de différentes échelles détaillées ci-dessous (MoCA et MINI). Une fiche d'informations peut être remise au patient. Un formulaire de consentement éclairé est donné au patient à l'issu de ce premier rendez-vous.
- Le second correspond à la visite d'inclusion et permet le recueil du consentement éclairé et signé du patient. Le passage de l'IAT et du test de reconnaissance faciale des émotions (FERT) est effectué pendant cette visite ainsi que la passation des échelles actuarielles (SORAG, STATIQUE-99, RRASOR, HCR-20 et PCL-R).

Le recrutement du groupe contrôle s'est fait via la base de données en ligne Prolific du fait de la difficulté à impliquer des proches et collègues autour de ce sujet. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, les représentations sociales concernant les AVS sont très péjoratives et suscitent un fort rejet, surtout lorsque les victimes sont des enfants. Il s'agit en effet de la représentation ultime du monstre social par la transgression d'un interdit fondamental. Les traitements médiatiques et politiques associés en font un sujet tabou du point de vue du grand public. Il est difficile d'impliquer des participants volontaires à la recherche dans ce domaine ; d'autant plus que leur représentation n'est souvent alimentée que par la frénésie et le déchainement médiatique soulignant la déshumanisation de l'auteur et la volonté ferme de se distinguer de ce dernier.

La recherche des contre-indications concernant les critères neurocognitifs a été réalisée via l'auto-questionnaire de Mac Nair. A propos de l'absence d'antécédent judiciaire, nous nous sommes simplement basés sur les déclarations des participants car nous ne pouvions vérifier ces données devant la problématique technique et surtout éthique. Après information, les participants ont signé électroniquement leur consentement au protocole afin de passer l'IAT et la FERT de la même manière que les groupes cible et contrôle actif, c'est-à-dire via leur interface informatique. A noter que l'investigateur n'est pas présent lors de ces passations de test. L'évaluation des traits psychopathiques a été réalisée via l'échelle auto rapportée de Levenson.

Outils et échelles utilisées

- MoCA (Montreal Cognitive Assessment) :

Couramment utilisé dans le domaine médical, il s'agit d'un test d'évaluation et de dépistage des dysfonctions neurocognitives légères. Ce test explore les grandes fonctions cognitives que sont : l'attention, la concentration, la mémoire de travail et la mémoire à court terme, les habiletés visuo-spatiales, le calcul, le langage ainsi que l'orientation temporo-spatiale.
Le temps de passation est d'environ 10 à 15 minutes et le score maximum est de 30 points. Un score supérieur ou égal à 26 est considéré comme normal.

- MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) :

Il s'agit d'un guide qui permet de diagnostiquer de façon structurée les principaux troubles psychiatriques en reprenant les critères diagnostiques du DSM-IV et de la CIM-10. Le temps de passation est d'environ 15 à 20 minutes. Ce guide permet donc d'identifier rapidement un éventuel trouble psychiatrique contre-indiquant la participation à l'étude du fait d'une altération de la capacité à consentir du patient.

- Mac Nair :

L'échelle de Mac Nair est un auto-questionnaire qui permet d'explorer les potentiels troubles cognitifs chez les participants de l'étude. Son domaine d'évaluation est semblable à celui de l'échelle MoCA (évaluation de la mémoire, l'attention, la concentration) avec l'avantage, par définition, d'être réalisée sans la présence de l'évaluateur. Le temps de passation est d'environ 10 minutes. Elle se présente sous la forme d'une échelle de Likert en 5 degrés : 0 = jamais ; 1 = rarement ; 2 = parfois ; 3 = souvent ; 4 = très souvent sur 39 items.
Cette échelle a été validée en français via une étude de Michel B et al (30). Nous avons retenu un score de 30 et moins comme étant raisonnable pour définir un seuil de normalité/anormalité. En effet, d'après l'étude GuidAge (31) réalisée sur des sujets âgés chez lesquels on ne retrouvait pas de troubles cognitifs objectivés avec MMS à 27.8 (+/- 1.7) ; cela correspondait à un score de 26.6 (+/- 12) sur l'échelle à 39 items de Mac Nair. D'après Hugonot-Diener et al (32), les sujets jeunes sans aucun trouble cognitif présentent un score de 33.86 (+/- 13.13) tandis que pour les déficits cognitifs légers on retrouve un score de 53.47 (+/- 17.37).

- IAT (Implicit Association Test) :

L'IAT utilisé ici est repris de l'étude « Implicit Measurement of Sexual Associations in Child Sex Abusers: Role of Victim Type and Denial » (29).
Le principe repose sur la rapidité d'association d'un stimulus (photographie, mot) apparaissant au milieu de l'écran d'ordinateur à des concepts ou catégories qui figurent de part et d'autre de cet écran en cliquant respectivement sur une touche partageant la même configuration visuo-spatiale (touche de droite « i » si le stimulus est classé dans le concept affiché à droite et touche de gauche « e » si le stimulus est classé dans le concept affiché à gauche).

Les stimuli concernés dans cette étude sont des photographies d'adulte ou d'enfant de moins de 12 ans prises dans des contextes variés ou bien des mots à connotation neutre ou à connotation sexuelle.
Les concepts étudiés sont les catégories « enfant » et « adulte » d'une part et « sexe » et « pas sexe » d'autre part.
Les photographies sont issues d'une base de données standardisées (International Affective Picture System) et ne présentent aucun caractère érotique ou pornographique.
Le test se déroule en plusieurs sessions avec une modification des configurations visuospatiales des concepts sur l'écran entre chaque session. Ainsi, les concepts « sexe » et « adulte » peuvent être présentés du même côté (gauche ou droite) et les concepts « pas sexe » et « enfant » seront présentés de l'autre côté lors d'une session. Ces derniers peuvent être inversés à la session suivante avec les concepts « sexe » et « enfant » partageant la même configuration tandis que « pas sexe » et « adulte » occupent la configuration opposée.
Le temps de réaction calculé est en millième de seconde et les erreurs sont mesurées par un algorithme développé par Greenwald et al. (24).
Ce phénomène fait appel à la mémoire implicite de l'individu et repose sur un paradigme d'interférence cognitive permettant de mesurer la force d'association entre 2 concepts.
L'idée principale est que si le sujet associe plus rapidement les concepts « enfant » et « sexe » lorsque ceux-ci partagent la même configuration visuospatiale que les concepts « adulte » et « sexe », alors ceci permet de mettre en évidence l'existence du biais cognitif.

- FERT (Facial Expression Recognition Test) :

Le principe est de laisser le participant identifier une des 6 émotions de base (joie, colère, tristesse, dégoût, surprise et peur) affichée sur des photographies d'acteur, sans contrainte de temps. Sur les 36 photographies standardisées et sélectionnées comme étant les plus discriminantes, 18 sont des photographies d'homme et 18 sont des photographies de femme.
Le participant est d'abord exposé au visage de l'acteur avec une expression neutre à gauche de l'écran sur un fond noir. Par la suite, sur la droite de l'écran apparait ce même acteur affichant l'expression à caractériser.
La durée de passation du test est brève et d'environ 5 minutes.
Les résultats sont analysés en prenant en compte le nombre de bonnes réponses mais aussi en identifiant les items pour lesquels les réponses sont justes avec parfois des résultats différents selon la difficulté de l'item en question et sa qualité de discrimination.

- SORAG (Sex Offender Risk Appraisal Guide) :

Cette échelle est composée de 14 items dont 10 de la VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) et mesure le risque de récidive violente et sexuelle chez les auteurs adultes d'agression sexuelle. Le score varie de -26, probabilité minimale, à 51, probabilité maximale.
Elle évalue la probabilité de récidive à 7 ans et à 10 ans en 9 groupes de risque selon la valeur en pourcentage.

- STATIQUE-99 :

Cette échelle mesure le risque de récidive de violence sexuelle chez les délinquants masculins majeurs ayant déjà commis au moins 1 infraction à caractère sexuelle. Elle est très couramment utilisée dans ce domaine. Comme son nom l'indique, elle ne prend en compte que les facteurs statiques, c'est-à-dire non modifiables tels que l'âge, le statut marital ou les antécédents de d'infraction à caractère sexuel ou non.
Le score varie de 0 à 12 permettant de déterminer 4 catégories de risque de récidive : faible ; faible-modéré ; modéré-élevé ; élevé.

- RRASOR (Rapid Risk Assessment for Sex Offender Recidivism) :

Cette échelle résume les principaux prédicteurs statistiques de la récidive sexuelle et est une des échelles les plus utilisées du fait de sa simplicité et de sa robustesse.
Elle contient 4 items statiques dont l'âge de l'auteur, le sexe de la ou des victimes, la nature du lien entre auteur et victime ainsi que le nombre d'infraction(s) sexuelle(s) antérieure(s).
Le score varie de 0 à 6.

- HCR-20 (Historical Clinical Risk management) :

Il s'agit d'un guide d'évaluation structuré explorant en 20 items les informations prédictives d'un risque de récidive concernant l'auteur. Il est constitué en 3 sous parties :
- 10 items concernent l'histoire du patient, notamment sur les antécédents de violence portée ou subie, ainsi que le mode de vie.
- 5 items concernent la clinique en santé mentale de l'individu (présence ou non de pathologie avec présence ou non d'un insight).
- 5 items concernent la gestion du risque.
On y retrouve donc des facteurs statiques et dynamiques.

Le score varie de 0 à 40.

- PCL-R (Psychopathy Checklist - Revised) :

Cette échelle a été développée pour évaluer les tendances psychopathiques ou antisociales des personnes accusées ou reconnues coupables de crime. Elle est reconnue pour évaluer le risque de violence du fait de son caractère prédictif. Elle est constituée de 20 items explorant les dimensions interpersonnelles, émotionnelles, et narcissiques d'une part et le style de vie et la tendance antisociale d'autre part.
Le score varie de 0 à 40 avec une psychopathie avérée avec un score supérieur à 30 et une absence de psychopathie avec un score inférieur à 20.

- Levenson :

Il s'agit d'une échelle auto-rapportée de psychopathie afin d'évaluer les traits de personnalité qui y sont associés au sein de la population générale. Cette échelle est construite de manière à dégager deux facteurs distincts de psychopathie : la psychopathie primaire et secondaire. Elle a été validée en langue française avec de bons indices de preuve et de réplication (33). Elle se présente sous la forme d'une échelle de Likert en 4 degrés : 1 = pas du tout d'accord ; 2 = plutôt pas d'accord ; 3 = plutôt d'accord ; 4 = tout à fait d'accord sur 26 items.
Le choix de cette échelle est également motivé par la littérature soulignant la validité de l'échelle de Levenson comparée à la PCL-R bien qu'elle ne nécessite pas l'intervention d'un évaluateur et donc de l'investigateur (34). De plus, elle apparait comme la seule échelle auto rapportée à être corrélée aux deux facteurs de la PCL-R.
Ainsi, l'échelle de Levenson nous paraît être un très bon outil pour l'évaluation des traits psychopathiques concernant le groupe contrôle passif afin de réaliser une comparaison à distance de ces critères avec les groupes cible et contrôle actif pour lesquels nous avons utilisé la PCL-R.

IV) Résultats

Description de la population

Le recrutement des participants s'est effectué en 3 temps.

L'étude préliminaire réalisée par le Dr Chloé CACHAU a permis de recruter au total 18 sujets entre le 1er décembre 2019 et le 1er juin 2020. 10 patients appartenaient au groupe AVS sur mineurs de moins de 12 ans et 8 patients appartenaient au groupe AVS sur personne de plus de 15 ans. Il est à noter que le temps de recrutement a été écourté du fait de la période de confinement imposée par l'état français entre mars et mai 2020.

La poursuite de l'étude préliminaire par le Dr Capucine EYMIN a permis de recruter 15 sujets supplémentaires, parmi lesquels 8 appartenaient au groupe AVS sur mineurs de moins de 12 ans et 7 patients appartenaient au groupe AVS sur personne de plus de 15 ans. Ces inclusions se sont déroulées entre le 20 janvier 2021 et le 17 juillet 2021. La crise sanitaire n'a également pas permis de constituer le groupe contrôle à cette période.

La dernière phase de recrutement a permis de recruter 5 nouveaux patients dont 2 pour le groupe AVS sur mineurs de moins de 12 ans et 3 pour le groupe AVS sur personne de plus de 15 ans entre le 2 mai et le 30 juin 2022. C'est également durant cette période qu'ont pu être recrutés les 43 participants du groupe contrôle passif via la plateforme en ligne Prolific. Il s'agit d'une plateforme mettant en relation des participants à des études et les chercheurs concernés. Les participants sont rémunérés et le financement a été assuré par l'Unité de Recherche Clinique (URC) de l'hôpital Henri Laborit de Poitiers.

De cette manière, il était plus simple de passer outre les problématiques relevant de l'appréhension à participer à une étude concernant un sujet encore tabou dans notre société.

Au total, 46 participants ont été identifiés comme candidats potentiels à la participation de l'étude pour les groupes cible et groupe contrôle actif. Ils ont ainsi pu se rendre au 1er rendez-vous avec l'investigateur pour présentation du protocole, vérification des critères d'inclusion et de non-inclusion et recueil des données socio-démographiques ainsi que des données socio-judicaires.

Par la suite, 8 sujets ont été exclus de l'étude portant le chiffre à 38 participants. Parmi ces 8 exclusions, 3 participants ont refusé de se rendre au second rendez-vous, 2 ont été perdus de vue et 3 présentaient au moins un critère de non-inclusion dont 1 pour passage à l'acte étant mineur au moment des faits, 1 présentait des troubles cognitifs objectivés par un test neurocognitif et 1 retrouvait un critère d'âge de victime entre 12 et 15 ans.

Parmi tous les participants recrutés pour le groupe cible et le groupe contrôle actif, 16 l'ont été au CMP Espace Vienne et 22 l'ont été en milieu pénitentiaire au CP de Vivonne.

Le diagramme des flux ci-dessous résume la répartition du recrutement.

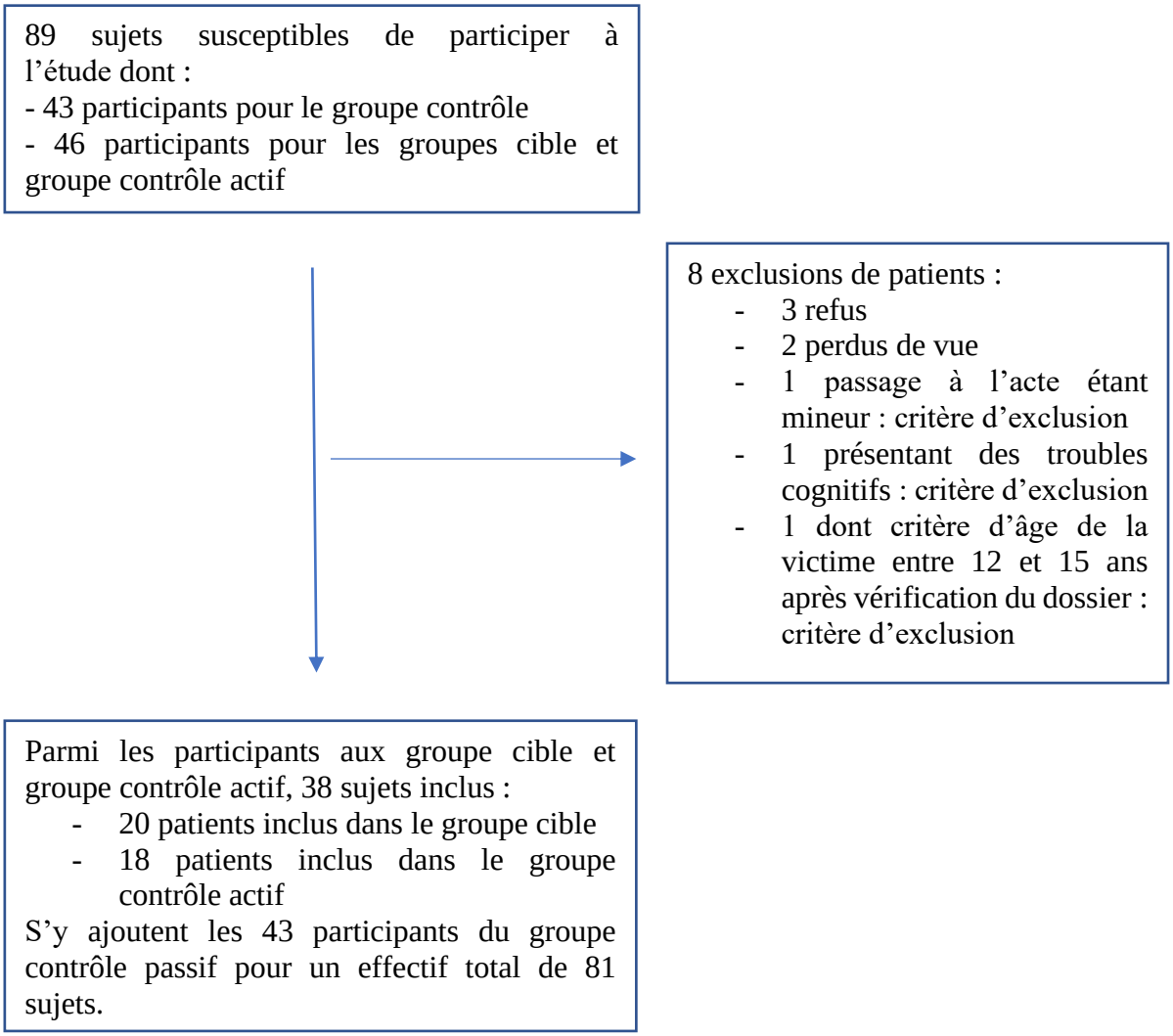


Figure 3 : Diagramme des flux

Profil des participants

Les données sociodémographiques pour les groupes d'AVS ont été collectées lors de la 1ère visite et sont résumées dans le tableau 1. Elles ont été collectées sur la base des déclarations des patients et sur consultation de leur dossier judiciaire. Les données concernant le groupe contrôle ont été recueillies via la base de données Prolific. Tous les sujets inclus sont de sexe masculin.

L'âge moyen des AVS pour le groupe cible est de 47,9 ans, de 38,3 ans pour le groupe contrôle actif et de 40,4 ans pour le groupe contrôle passif.

Le groupe cible présente dans sa globalité un meilleur niveau d'étude que le groupe contrôle actif avec en proportion plus de titulaire du Baccalauréat (15% vs 5,6%) et moins d'individus s'étant arrêtés au collège (25% vs 38,9%). Le groupe contrôle passif quant à lui retrouve une nette propension au niveau d'études supérieures (83,7%).

Dans les groupes cible et contrôle actif réunis, 78,9 % des individus étaient célibataires ou séparés : 80% dans le groupe cible et 77,8% dans le groupe contrôle actif. Pour le groupe contrôle passif, les individus sont en majorité en situation de couple (53,5 %) contre 46 % de célibataires ou séparés.

Les sujets étaient père d'en moyenne 1,7 enfants pour le groupe cible contre 1,2 enfants pour le groupe contrôle actif. Nous n'avons pas les données pour le groupe contrôle passif.

Concernant la situation professionnelle, le groupe cible retrouve plus d'employés (20%) que le groupe contrôle actif (11,1%). Cependant, la proportion de sujet en détention pénitentiaire dans le groupe contrôle actif est plus élevée (72,2% contre 50%). Dans le groupe contrôle passif, la grande majorité des sujets est en situation d'emploi (79%).

Caractéristiques	Groupe cible (n = 20)	Groupe contrôle actif (n = 18)	Groupe contrôle passif (n = 43)	Total (n = 81)
Moyenne d'âge en années (écart type)	47.9 (12.4)	38.3 (13.1)	40.4 (9.87)	41.8 (11.7)
Niveau d'étude				
- Collège, n (%)	5 (25%)	7 (38,9%)	0 (0%)	12 (14,8%)
- Secondaire (CAP, BEP), n (%)	7 (35%)	6 (33,3%)	4 (9,3%)	17 (21%)
- Baccalauréat, n (%)	3 (15%)	1 (5,6%)	2 (4,7%)	6 (7,4%)
- Etudes supérieures, n (%)	4 (20%)	4 (22,2%)	36 (83,7%)	44 (54,3%)
- Milieu spécialisé, n (%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,2%)
- Non renseigné, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,3%)	1 (1,2%)
Situation familiale				
- Célibataire, n (%)	7 (35%)	9 (50%)	17 (39,5%)	33 (40,7%)
- En couple, n (%)	4 (20%)	4 (22,2%)	23 (53,5%)	31 (38,3%)
- Divorcé/séparé, n (%)	9 (45%)	5 (27,8%)	3 (7%)	17 (21%)
- Veuf, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (%)
Nombre d'enfants, moyenne (écart type)	1,7 (1,41)	1,2 (1.50)	NR	NA
Situation professionnelle				
- Employé, n (%)	4 (20%)	2 (11,1%)	34 (79%)	40 (49,4%)
- En recherche d'emploi, n (%)	4 (20%)	3 (16,7%)	6 (14%)	13 (16,1%)
- Retraité, n (%)	2 (10%)	0 (0%)	2 (4,7%)	4 (4,9%)
- Etudiant/en formation, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,3%)	1 (1,2%)
- En détention pénitentiaire, n (%)	10 (50%)	13 (72,2%)	NA (0%)	23 (28,4%)
Lieu de résidence				
- Domicile personnel, n (%)	9 (45%)	4 (22,2%)	NR	NA
- Domicile parental, n (%)	1 (5%)	0 (0%)	NR	NA
- Institution carcérale, n (%)	10 (50%)	13 (72,2%)	NA (0%)	NA
- Autres, n (%)	0 (0%)	1 (5,6%)	NR	NA

Tableau 1 : Données sociodémographiques

Les données sur l'état de santé global des sujets inclus sont résumées dans le tableau 2.

Les antécédents psychiatriques sont répartis de manière relativement homogène entre le groupe cible et le groupe contrôle actif (respectivement 50% et 55,6%) et sont moins représentés dans le groupe contrôle passif (28,4%).

Il en va de même pour les antécédents de tentative de suicide avec 35% pour le groupe cible contre 33,3% pour le groupe contrôle actif et aucun pour le groupe contrôle passif.

Concernant les addictions, la consommation régulière de tabac est plus importante pour le groupe contrôle actif (61,1%) que pour le groupe cible (40%) et le groupe contrôle passif (16,3%).
On note un trouble lié à l'usage de l'alcool réparti de manière homogène pour les groupes cible et contrôle actif (respectivement 15% et 16,7%) alors qu'il est beaucoup plus élevé pour le groupe contrôle passif (55,8%).
Le groupe cible a moins tendance à consommer d'autres substances de toxique (10%) que le groupe contrôle actif (33,3%) mais dans des proportions similaires pour le groupe contrôle passif (9,3%).
1 seul sujet bénéficiait d'un traitement de substitution aux opiacés et appartenait au groupe cible.

Pour ce qui est de la présence d'antécédent d'abus sexuel, le groupe cible est plus souvent victime (45%) que le groupe contrôle actif (33,3%) qui est lui-même plus souvent victime que le groupe contrôle passif (7%).

Pour ce qui est des actes de maltraitance subis, on retrouve également un plus fort pourcentage pour le groupe cible (15%) que pour le groupe contrôle actif (5,6%) et aucun pour le groupe contrôle passif. Il est à noter que les données sur les actes de maltraitance subis n'ont pas été recueillies lors de l'étude préliminaire.

Caractéristiques	Groupe cible (n = 20)	Groupe contrôle actif (n = 18)	Groupe contrôle passif (n = 43)	Total (n = 81)
Présence d'antécédents médico-chirurgicaux, n (%)	12 (60%)	9 (50%)	3 (7%)	24 (29.6%)
Présence d'antécédents psychiatriques avant la PEC actuelle, n (%)	10 (50%)	10 (55,6%)	3 (7%)	23 (28,4%)
Présence d'antécédent de tentative de suicide, n (%)	7 (35%)	6 (33,3%)	0 (0%)	13 (16%)
Présence d'un trouble lié à l'usage du tabac, n (%)	8 (40%)	11 (61,1%)	7 (16,3%)	26 (32,1%)
Présence d'un trouble lié à l'usage de l'alcool, n (%)	3 (15%)	3 (16,7%)	24 (55,8%)	30 (37%)
Présence d'un trouble lié à l'usage d'au moins une autre substance, n (%)	2 (10%)	6 (33,3%)	4 (9,3%)	12 (14,8%)
Traitement substitutif aux opiacés en cours, n (%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,2%)
Sujet victime d'un abus sexuel, n (%)	9 (45%)	6 (33,3%)	3 (7%)	18 (22,2%)
Sujet victime de maltraitance autre, n (%)	3 (15%)	1 (5,6%)	0 (0%)	4 (4,9%)

Tableau 2 : Données sur l'état de santé

Les données familiales sont résumées dans le tableau 3.

On ne retrouve pas de différence significative de sujet plus souvent placé dans l'enfance dans le groupe cible que dans le groupe contrôle actif (20% vs 16,7%). Ils sont au total 18,4% à avoir été placés dans l'enfance dans les groupes cible et contrôle actif réunis.

Caractéristiques	Groupe cible (n = 20)	Groupe contrôle actif (n = 18)
Composition familiale		
- 2 parents vivants, n (%)	7 (35%)	8 (44,4%)
- 1 parent décédé, n (%)	10 (50%)	7 (38,9%)
- 2 parents décédés, n (%)	3 (15%)	3 (16,7%)
Placement dans l'enfance		
- Oui	4 (20%)	3 (16,7%)
- Non	16 (80%)	15 (83,3%)

Tableau 3 : Données de la situation familiale

Le tableau 4 résume les données judiciaires concernant les groupes cible et contrôle actif.

Les patients du groupe cible ont été inclus uniformément au CMP Espace Vienne (50%) et au CP de Vivonne (50%) alors qu'ils sont une majorité à avoir été inclus au CP de Vivonne dans le groupe contrôle actif (66,7%).
La très grande majorité des sujets est condamnée : 90% pour le groupe cible et 83,3% pour le groupe contrôle actif.
Le nombre d'infractions tous faits confondus est en moyenne supérieur pour le groupe contrôle actif (2,33 vs 2,05) tandis que le nombre de condamnations pour infraction à caractère sexuel est plus faible pour ce groupe que pour le groupe cible (1,11 vs 1,5).
La très grande majorité des sujets bénéficient, ou bénéficieront à leur sortie de détention, de soins pénalement ordonnés. Le seul sujet ne bénéficiant pas de tel soin est inclus dans le groupe contrôle actif. 4 sujets au total (10,5%) ne savent pas s'ils en bénéficieront.
Pour le groupe cible, ces soins se présentent majoritairement sous la forme d'injonction de soin (70%) alors que pour le groupe contrôle actif, on retrouve de manière plus homogène l'injonction de soin (38,9%) et l'obligation de soin (44,4%).

Caractéristiques	Groupe cible (n = 20)	Groupe contrôle actif (n = 18)	Total (n = 38)
Lieu d'inclusion			
- CMP Espace Vienne, n (%)	10 (50%)	6 (33,3%)	16 (42,1%)
- CP Vivonne, n (%)	10 (50%)	12 (66,7%)	22 (57,9%)
Statut judiciaire actuel			
- Prévenu, n (%)	2 (10%)	3 (16,7%)	5 (13,2%)
- Condamné, n (%)	18 (90%)	15 (83,3%)	33 (86,8%)
Nombre de condamnation, tous faits confondus, moyenne (écart-type)	2,05 (1,82)	2,33 (1,48)	2.18 (1,67)
Nombre de condamnations pour infraction à caractère sexuel, moyenne (écart-type)	1,5 (1.1)	1.11 (0.47)	1,32 (0,87)
Soin pénalement ordonné			
- Injonction de soins, n (%)	14 (70%)	7 (38,9%)	21 (55,3%)
- Obligation de soins, n (%)	4 (20%)	8 (44,4%)	12 (31,6%)
- Sans, n (%)	0	1 (5,6%)	1 (2.6%)
- Ne sait pas, n (%)	2 (10%)	2 (11,1%)	4 (10,5%)

Tableau 4 : Données judiciaires

Le tableau 5 résume les données criminologiques concernant le passage à l'acte pour les 2 groupes.

En ce qui concerne la reconnaissance de l'acte, le groupe cible présente une plus forte propension à la reconnaissance totale par rapport au groupe contrôle actif (70% vs 55,6%). De manière générale, la majorité des sujets ont une reconnaissance totale (63,1% de tous les sujets inclus dans les 2 groupes). L'absence de reconnaissance est retrouvée dans 10% du groupe cible alors qu'aucun des sujets du groupe contrôle actif ne présente une absence totale de reconnaissance.

Le nombre de victimes est plus élevé dans le groupe cible que dans le groupe contrôle actif (respectivement 2,25 vs 1,61).

L’âge moyen des victimes est de 8,37 ans pour le groupe cible et de 33,87 ans pour le groupe contrôle actif.

On retrouve plus souvent un lien familial entre AVS et victime dans le groupe cible (70%) par rapport au groupe contrôle actif (38,9%).

Le passage à l’acte est plus souvent répété pour le groupe cible (75%) alors qu’il est plus souvent isolé (66,6%) dans le groupe contrôle actif.

Le passage à l’acte est décrit comme impulsif dans la majorité des cas et de proportion légèrement supérieure dans le groupe contrôle actif (60% vs 66,7%).

La présence de fantasme avant le passage à l’acte est nettement plus fréquente dans le groupe cible que dans le groupe contrôle actif (55% vs 22,2%). La présence d’images mentales pendant le passage à l’acte est plus mitigée (30% vs 22%). Pour un sujet, on retrouve des pensées autour des agressions subies, pour deux autres on retrouve un sentiment de dépersonnalisation/dissociation. Un seul sujet exprime le fait que le jeune en question est en capacité de vivre cette relation avec un déni de la différence d’âge, ce qui peut constituer un biais cognitif permettant à l’auteur de s’affranchir de l’interdit incestuel.

Concernant le lieu du passage à l’acte, le domicile de l’AVS est retrouvé en grande majorité pour le groupe cible (70%) tandis que l’espace public est peu représenté (10%). Ceci n’est pas observable pour le groupe contrôle actif où on ne retrouve pas de lieu préférentiel (38,9% pour le domicile de l’AVS, 38,9% pour l’espace public et 22,2% dans un autre domicile).

L’utilisation d’adjuvant toxique lors du passage à l’acte est surreprésentée pour le groupe contrôle actif (61,1%) par rapport au groupe cible (10%).

De la même manière, l'usage de la violence et la multiplicité infractionnelle par des qualificatifs judiciaires tels que la séquestration, la torture ou acte de barbarie peut être retrouvée plus fréquemment dans le groupe contrôle actif que dans le groupe cible. Un niveau de violence exagéré est ainsi retrouvé dans 27,8% des cas pour le groupe contrôle actif contre 5% pour le groupe cible. Dans cet échantillon, aucune multiplicité infractionnelle n’est retrouvée pour le groupe cible alors qu’on la retrouve dans 16,7% des cas pour le groupe contrôle actif.

Dans les 2 groupes, la majorité des AVS présente des remords avec une moyenne totale de 73,7% des sujets.

Caractéristiques	Groupe cible (n = 20)	Groupe contrôle actif (n = 18)	Total (n = 38)
Reconnaissance de l'acte			
- Totale, n (%)	14 (70%)	10 (55,6%)	24 (63,1%)
- Partielle, n (%)	4 (20%)	8 (44,4%)	12 (31,6%)
- Absente, n (%)	2 (10%)	0 (0%)	2 (5,3%)
Nombre de victimes, moyenne (écart-type)	2,25 (2,18)	1,61 (1,19)	1,95 (1,8)
Age des victimes en années, moyenne (écart-type)	8,37 (3,05)	33,87 (17,56)	18,38 (16,6)
Présence d'un lien familial avec ≥ 1 victime, n (%)	14 (70%)	7 (38,9%)	21 (55,3%)
Nature de l'acte			
- Isolé, n (%)	5 (25%)	12 (66,7%)	17 (44,7%)
- Répété, n (%)	15 (75%)	6 (33,3%)	21 (55,3%)
PAA décrit comme impulsif par l'auteur, n (%)	12 (60%)	12 (66,7%)	24 (63,1%)
Présence de fantasme précédent le PAA, n (%)	11 (55%)	4 (22,2%)	15 (39,5%)
Présence d'images mentales pendant le PAA, n (%)	6 (30%)	4 (22,2%)	10 (26,3%)
Lieu du PAA			
- Domicile de l'auteur, n (%)	14 (70%)	7 (38,9%)	21 (55,3%)
- Autre domicile, n (%)	4 (20%)	4 (22,2%)	8 (21%)
- Espace public, n (%)	2 (10%)	7 (38,9%)	9 (23,7%)
Présence d'adjuvant, n (%)	2 (10%)	11 (61,1%)	13 (34,2%)
Description du PAA			
- Utilisation d'objet, n (%)	0 (0%)	2 (11,1%)	2 (5,3%)

- Niveau de violence exagéré par rapport au but initialement recherché, n (%)	1 (5%)	5 (27,8%)	6 (15,8%)
- Multiplicité infractionnelle (séquestration, acte de barbarie, torture), n (%)	0 (0%)	3 (16,7%)	3 (7,9%)
Présence de remords après le PAA, n (%)	12 (60%)	14 (77,8%)	28 (73,7%)
L'auteur s'est rendu de lui-même aux forces de l'ordre, n (%)	1 (5%)	1 (5,6%)	2 (5,3%)
L'auteur a subi des représailles de la part de proches de la/les victime(s), n (%)	0 (0%)	3 (16,7%)	3 (7,9%)

Tableau 5 : Données criminologiques

On retrouve une part importante de fantasmes précédent le passage à l'acte dans le groupe cible par rapport au groupe contrôle actif. Nous avons cherché à vérifier si cet effet n'était pas dû au hasard grâce à un test de Fischer devant le faible échantillon.

A noter que les données récoltées sont partielles quant à ce type de questionnement. Ainsi, 4 participants n'ont pas été pris en compte (16/20) pour le groupe cible et 1 n'a pas été pris en compte (17/18) pour le groupe contrôle actif.

	Groupe cible (n = 16)	**Groupe contrôle actif (n = 17)**	**Total (n = 33)**
Présence de fantasme précédents le PAA	11	4	15
Absence de fantasme précédent le PAA	5	13	18
Total	16	17	33

Le résultat du test de Fischer vaut 0,0149 et est significatif pour $p < 0,05$. Autrement dit, il est très peu probable qu'il n'y ait pas de relation significative entre le fait de présenter des fantasmes avant le passage à l'acte et d'appartenir au groupe cible.

Afin de préciser un peu plus le profil de l'AVS, nous avons par la suite cherché à savoir si la présence de fantasmes pouvait être liée au fait d'avoir subi des violences de même type dans l'enfance pour chacun des 2 groupes. Du fait du faible échantillonnage et du manque de précision dans les réponses, nous ne pouvont pas conclure.
Le résultat du test de Fischer pour le groupe cible quant à la question du lien entre présence d'abus dans l'enfance et présence de fantasme avant le passage à l'acte vaut 0,5962.
Celui pour le groupe contrôle actif vaut 0,55. Ces résultats sont loin d'être significatifs pour l'hypothèse nulle.

Données croisées

Devant les données brutes tirées de nos analyses, il nous a paru intéressant d'isoler les antécédents de violences sexuelles et/ou de maltraitances subies par les auteurs afin de mieux identifier ces derniers.

Si on isole les antécédents de violences sexuelles et/ou de maltraitances subies pour le groupe cible, on retrouve que 100% des individus de ce sous-groupe ont subi ces types de violences dans leur enfance ou leur adolescence et jamais à l'âge adulte.
On note également que 88.9% des AVS du groupe cible ayant subi des violences sexuelles dans leur enfance ont un lien familial avec au moins une de leur victime. Le passage à l'acte est alors répété dans 77,8% des cas.
Le taux d'AVS ayant subi des maltraitances dans leur enfance et ayant un lien familial avec au moins une de leur victime est de 66,6%. Le passage à l'acte est répété dans les mêmes proportions (66%).
D'après les corrélations de nos données, 100% des cas de passage à l'acte sur enfants de moins de 12 ans sont à la fois répétés **et** réalisés sur un enfant de la famille lorsque l'auteur a lui-même subi ce même type de violence (abus sexuel ou maltraitance). Les deux seuls passages à l'acte isolés le sont sur un membre de la famille pour l'un et sur un inconnu pour l'autre.
Pour le sous-groupe « non abusé et non maltraité » du groupe cible, le lien familial avec la victime est retrouvé dans 50% des cas, le reste correspondant pour 37.5% des cas à une connaissance et pour 12.5% à des inconnus.

Caractéristiques	Groupe cible abusé sexuellement (n = 9)	Groupe cible maltraité (n = 3)	Groupe cible ni abusé ni maltraité (n = 8)	Total (n = 20)
Passage à l'acte répété	7 (77,8%)	2 (66,6%)	6 (75%)	15 (75%)
Passage à l'acte isolé	2 (22,2%)	1 (33,3%)	2 (25%)	5 (25%)
Lien avec la victime				
- famille	8 (88,9%)	2 (66,3%)	4 (50%)	14 (70%)
- connaissance	0 (0%)	1 (33,3%)	3 (37,5%)	4 (20%)
- inconnu	1 (11,1%)	0 (0%)	1 (12,5%)	2 (10%)
Age au moment de la 1ère violence subie				
- enfance (≤ 12 ans)	7 (77,8%)	2 (66,6%)	NA	9 (45%)
- adolescence (> 12 et < 18 ans)	2 (22,2%)	1 (33,3%)	NA	3 (15%)
- adulte (≥ 18ans)	0 (0%)	0 (0%)	NA	0

NB : Les participants ayant été à la fois abusés sexuellement et ayant subi des maltraitances ont été classés dans le groupe « abusé sexuellement » uniquement.

Tableau 6 : Données croisées pour le groupe cible

En ce qui concerne le groupe contrôle actif, nos données retrouvent que les violences sexuelles subies chez ces participants sont également très fréquentes dans l'enfance à 83,3%. On ne retrouve qu'un seul participant ayant subi des violences sexuelles à l'âge adulte, ce qui correspond à 16,7% des cas d'antécédent de violence sexuelle subie. Le seul cas de maltraitance subie par l'auteur l'a été dans l'enfance.

On note cette fois que seulement 16,7% des AVS du groupe contrôle actif ayant subi des violences sexuelles dans leur enfance ont un lien familial avec au moins une de leur victime alors qu'ils sont 66,6% à n'avoir aucun lien avec celle-ci et pour 16,7% d'entre eux, la victime est une connaissance. Le passage à l'acte est cette fois répété dans seulement 50% des cas d'antécédents de violences sexuelles subies chez l'auteur et le seul cas d'antécédent de maltraitance subie correspond à un passage à l'acte isolé.

D'après les corrélations de nos données du groupe contrôle actif, on ne retrouve que 33,3% des cas de passage à l'acte sur un membre de la famille qui sont à la fois répétés **et** réalisés lorsque l'auteur a lui-même subi ce même type de violence (abus sexuel ou maltraitance). Ils sont 66,6% à être passés à l'acte de manière répétée sur des inconnus. Les passages à l'acte isolés sont réalisés plus souvent sur des inconnus (66,7% des cas) et moins souvent sur des connaissances (33.3% de cas).

Pour le sous-groupe « non abusé et non maltraité » du groupe contrôle actif, le lien familial avec la victime est retrouvé dans 45,5% des cas, comme pour le fait que la victime soit une connaissance (45,5% des cas), tandis qu'il correspond à une victime inconnue dans 9% des cas.

Caractéristiques	Groupe contrôle actif abusé sexuellement (n = 6)	Groupe contrôle actif maltraité (n = 1)	Groupe contrôle actif ni abusé ni maltraité (n = 11)	Total (n = 18)
Passage à l'acte répété	3 (50%)	0 (0%)	3 (27,3%)	6 (33,3%)
Passage à l'acte isolé	3 (50%)	1 (100%)	8 (72,7%)	12 (66,7%)
Lien avec la victime				
- famille	1 (16,7%)	1 (100%)	5 (45,5%)	7 (38,9%)
- connaissance	1 (16,7%)	0 (0%)	5 (45,5%)	6 (33,3%)
- inconnu	4 (66,6%)	0 (0%)	1 (9%)	5 (27,8%)
Age au moment de la 1ère violence subie				
- enfance (≤ 12 ans)	5 (83,3%)	1 (100%)	NA	6 (33,3%)
- adolescence (> 12 et < 18 ans)	0 (0%)	0 (0%)	NA	0 (0%)
- adulte (≥ 18ans)	1 (16,7%)	0 (0%)	NA	1 (5,6%)

NB : Les participants ayant été à la fois abusés sexuellement et ayant subi des maltraitances ont été classés dans le groupe « abusé sexuellement » uniquement.

Tableau 7 : Données croisées pour le groupe contrôle actif

Analyses descriptives

L'âge moyen de l'échantillon est de 41.8 ans (SD 11,7). En moyenne, le groupe cible (M = 47.9 ans, écart-type = 12.4) est un peu plus âgé que le groupe contrôle actif (M = 38.3 ans, SD 13.1), $t(38) = 2.32$, $p = 0.026$, $d = 0.75$. Le groupe cible est également un peu plus âgé que le groupe contrôle passif (M = 40.4 ans, SD = 9.87), $t(63) = 2.58$, $p = 0.012$, $d = 0.69$. Il n'y a pas de différence significative entre l'âge du groupe contrôle actif et celui du groupe contrôle passif, $t(61) = 0.68$, $p = 0.498$, $d = 0.19$.

Compte tenu des différences d'âge entre nos trois groupes, l'effet de l'âge est contrôlé statistiquement dans les analyses principales rapportées ci-dessous. Nous rapportons aussi les résultats sans ce contrôle pour apporter des comparaisons.

Analyses principales

Nous avons conduit des analyses paramétriques puisque les conditions d'application de ces analyses étaient respectées : le test d'homogénéité des variances, $F(2, 78) = 0.09$, $p = 0.90$, et le test de normalité, S-W = 0.98, $p = 0.41$ étaient non significatifs.

Nous avons tout d'abord testé la différence entre nos trois groupes dans une analyse de variance (ANOVA) sur le score d'association implicite. Contrairement à nos attentes, ce test ne montre pas de différence globalement entre les trois groupes de patients, $F(2, 78) = 2.07$, $p = 0.13$, $\eta^2 = 0.05$. Les moyennes et écarts-types sont présentés dans le tableau 8. Les comparaisons par paire indiquent qu'en moyenne, le groupe des pédophiles n'a pas tendance à associer les enfants à la sexualité plus fortement que le groupe des violeurs, $t(38) = 0.43$, $p = 0.66$, $d = 0.14$. De même, le groupe des pédophiles n'a pas tendance à associer les enfants à la sexualité plus fortement que le groupe contrôle passif, $t(63) = 1.36$, $p = 0.17$, $d = 0.36$. Il n'y a pas non plus de différence significative entre le groupe des violeurs et le groupe contrôle passif, $t(61) = 1.84$, $p = 0.071$, $d = 0.51$.

	Groupe	n	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur-type
Age	Groupe cible	20	47,900	48,500	12,388	2,770
	Groupe contrôle actif	18	38,333	35,000	13,070	3.080
	Groupe contrôle passif	43	40,419	40,000	9,871	1,505
Nombre de victimes	Groupe cible	20	2,250	1,500	2,166	0,484
	Groupe contrôle actif	18	1,611	1,000	1,160	0,273
STATIQUE-99	Groupe cible	20	2,900	2,500	2,223	0,497
	Groupe contrôle actif	18	3,166	3,500	1,455	0.343
SORAG	Groupe cible	20	-10,050	-14,500	11,573	2,588
	Groupe contrôle actif	18	-0,277	-0,500	10,726	2,528
RRASOR	Groupe cible	20	1,850	2,000	1,433	0,320
	Groupe contrôle actif	18	1,388	1,000	0,943	0,222
HCR-20	Groupe cible	20	8,250	7,000	7,674	1,716
	Groupe contrôle actif	18	11,000	11,000	5,510	1,299
D600 (IAT)	Groupe cible	20	0,119	0,175	0.326	0,073
	Groupe contrôle actif	18	0,162	0,198	0,280	0,066
	Groupe contrôle passif	43	-0,00339	0,04387	0,336	0,051

Tableau 8 : Données brutes sur l'âge, l'IAT et les variables actuarielles

Note : comme dans l'étude originale de Brown et al. (29), les scores IAT sont codés de telle sorte que des valeurs positives indiquent une association plus forte entre les catégories « adultes » et « sexualité » alors que des valeurs négatives indiquent une association plus forte entre les catégories « enfants » et « sexualité ».

Nous avons ensuite reproduit les analyses précédentes mais en contrôlant statistiquement l'effet de l'âge dans les analyses. Pour cela, nous avons utilisé des analyses de covariances (ANCOVA) avec l'âge comme covariable. Les résultats de ces analyses sont très similaires à ceux obtenus en l'absence de contrôle de l'âge. Contrairement à nos attentes, l'ANCOVA ne montre pas de différence globalement entre les trois groupes de patients, $F(2, 77) = 2.04$, $p = 0.13$, $\eta^2 = 0.05$. Les moyennes ajustées de l'IAT pour l'âge sont présentées dans le tableau 9. Comme on peut le constater dans cette table, les moyennes corrigées sont très semblables aux moyennes brutes.

			95% Confidence Interval	
Group	**Mean**	**SE**	**Lower**	**Upper**
Cible	0.12124	0.0752	-0.02855	0.2710
Contrôle actif	0.16120	0.0773	0.00726	0.3151
Contrôle passif	-0.00382	0.0497	-0.10276	0.0951

Tableau 9 : Moyennes et erreurs types ajustées pour l'IAT

Analyses complémentaires

Finalement, nous avons examiné si chaque groupe de participants, considéré séparément, présentait un biais sur le test IAT reflétant une tendance à associer de manière préférentielle la sexualité aux enfants ou aux adultes. Pour ce faire, nous avons testé pour chaque groupe la différence entre la moyenne de l'IAT et la valeur nulle dans des tests de Student pour échantillon unique. En accord avec la littérature (27), le groupe des violeurs a significativement tendance à associer de manière préférentielle la sexualité aux images des adultes plutôt qu'aux images des enfants, $t(18) = 2.46$, $p = 0.025$, $d = 0.58$. Toutefois, contrairement à la littérature et nos attentes, le groupe des pédophiles n'a pas tendance à associer de manière préférentielle la sexualité aux images des enfants plutôt qu'aux images des adultes, $t(20) = 1.64$, $p = 0.118$, $d = 0.36$. De manière surprenante, contrairement à la littérature et nos attentes, le groupe contrôle passif n'a pas tendance à associer de manière préférentielle la sexualité aux images des adultes plutôt qu'aux images des enfants, $t(42) = - 0.06$, $p = 0.94$, $d = -0.01$.

V) Discussion

Les données brutes relevées auprès des participants permettent de dresser les contours d'un profil type de l'AVS sur mineurs de moins de 12 ans selon certains critères. Il est important de garder en tête que l'effectif encore insuffisant des sujets inclus ne permet pas d'avoir des confirmations mais plutôt de retrouver des tendances déjà observées dans la littérature.

Données sociodémographiques et de l'état de santé

Comme déjà évoqué dans la partie résultat, il semble que l'âge moyen des AVS sur enfants de moins de 12 ans soit plus élevé que l'âge des AVS sur adultes. Ceci est observé dans plusieurs travaux (35). L'âge des AVS sur adultes est quant à lui équivalent à celui des participants au groupe contrôle passif.

Concernant le parcours scolaire et la situation professionnelle, ces derniers semblent également de meilleur niveau chez la population cible que chez la population d'AVS sur adultes. Le nombre d'employés y est également supérieur. Cependant, le taux de sujet inclus au centre pénitentiaire est plus élevé pour le groupe contrôle actif que pour le groupe cible, ce qui ne permet pas de conclure. La tendance est tout de même observée selon Ciavaldini (36). Le groupe contrôle passif est quant à lui bien inséré socialement avec un taux d'accès aux études supérieures et à l'emploi environ 4 fois plus élevé par rapport aux deux autres groupes.

La situation familiale est également hétérogène avec une tendance au divorce/séparation plus marquée pour le groupe cible, une situation de célibat majoritaire pour le groupe contrôle actif et une situation de couple plus stable pour le groupe contrôle passif. Ces données sont en partie retrouvées dans l'étude de Kingston, et al. (37). Cette étude compare des sujets pédophiles à des sujets non pédophiles sur des critères démographiques, psychologiques et criminologiques notamment. Le groupe « pédophile » ne s'est jamais marié (ever married) dans 28,6% des cas contre 40,3 % du groupe « non-pédophile ». Antérieurement, Harry et al. (38) constataient que les AVS sur adultes sont moins nombreux que les pédophiles à s'être mariés. Dans les 2 cas, le statut divorce/séparation est peu décrit mais semble suivre la même tendance.

En France, selon l'Insee, 58% des personnes vivent en couple, ce qui se rapproche de nos données pour le groupe contrôle passif (53,5%).

A propos des addictions, les études retrouvent une consommation de substances psychotropes plus importante chez les AVS sur adultes que chez les AVS sur mineurs (39), ce qui est constaté ici. En effet, leur usage est retrouvé pour un tiers des cas dans le groupe contrôle actif et contribue entre autres aux difficultés d'insertion. Le groupe cible ne présente pas de différence significative concernant l'usage de tels toxiques comparativement au groupe contrôle passif. La population pédophile ne présenterait donc pas d'usage différent de la population générale.
Il est cependant curieux de constater que le groupe contrôle passif présente un usage de l'alcool bien plus fréquent comparé aux deux autres groupes. Ce constat est probablement biaisé du fait de la non-présence de l'investigateur, de la confusion possible entre usage simple et mésusage et de la tolérance à cette consommation dans notre société. Cet usage est réparti équitablement entre les groupes AVS sur mineurs de moins de 12 ans et AVS sur adultes. Cet effet n'est pas observé avec la consommation de tabac qui est plus fréquemment retrouvée pour le groupe contrôle actif que pour le groupe cible et peu retrouvée dans le groupe contrôle passif.

La présence de victimation d'abus sexuel dans l'enfance est retrouvée en majorité pour le groupe cible, soit deux fois plus que pour le groupe contrôle actif et environ sept fois plus que le groupe contrôle passif. Les proportions retrouvées sont nettement supérieures à celle constatées dans la population générale d'après l'enquête Virage et ne sont guère surprenantes (6). Ainsi, les délinquants sexuels présentent souvent des antécédents d'abus sexuels mais dans des proportions bien différentes selon que leur victime soit adulte (dans un quart de notre groupe contrôle actif) ou non mature sexuellement (la moitié de notre groupe cible).
Bien que l'échantillon soit faible, il en est de même pour les antécédents de maltraitance retrouvés trois fois plus souvent dans le groupe cible que dans le groupe contrôle actif. On ne retrouve aucune prévalence pour le groupe contrôle passif.

Données judiciaires

Il est intéressant de constater que le groupe cible présente plus d'infractions à caractère sexuel que le groupe contrôle actif alors que ces derniers présentent plus d'infractions tous faits confondus. Cela peut souligner une forme d'exclusivité ou du moins un attrait plus tangible aux crimes de nature sexuelle chez la population pédophile au-delà du fait que le parcours de délinquance s'étend sur un spectre plus large chez les AVS sur adultes. Ces données sont observées par Coutanceau (40). Étant donné son domaine d'application, l'injonction de soin est prononcée bien plus fréquemment pour les AVS sur mineurs que pour les AVS sur adultes (41)

comparativement à l'obligation de soin. Ce fait est constaté dans notre étude avec presque deux fois plus d'injonction de soin dans le groupe cible.

Données criminologiques

Selon ce même état des lieux de Langlade et al (41), les AVS sur mineurs sont 68 % à connaitre leur victime tandis que nous observons un lien familial avec la victime dans 70 % des cas du groupe cible.

Nos données mettent en avant que pour le groupe cible, le passage à l'acte est plus souvent répété. Il est donc crucial d'identifier les auteurs afin de les sensibiliser en termes de prévention secondaire. On retrouve également plus de fantasmes avant et d'images mentales pendant l'acte, ce qui souligne un caractère prémédité. Pour la plupart de nos sujets, les images mentales sont en lien avec le visionnage de photos ou vidéos pédopornographiques avec augmentation de l'excitation et désir envahissant. Les pensées masturbatoires sont majoritaires. Des données approfondies pourraient permettre de souligner le caractère déshumanisé de la victime au moment de l'agression. Le passage à l'acte se déroule le plus souvent au domicile de l'auteur avec une utilisation rare d'adjuvant comparativement au passage à l'acte sur adulte.

La violence et la multiplicité infractionnelle sont également moins souvent retrouvées pour le groupe cible par rapport au groupe contrôle actif. Ainsi, le passage à l'acte sur adulte semble plus souvent être isolé, impulsif et violent et moins souvent prémédité.

Profil de l'AVS cible

Grâce à nos données brutes, nous avons pu identifier que le groupe cible est plus souvent victime d'abus sexuel et/ou de maltraitance dans l'enfance (60 % tous faits confondus) par rapport au groupe contrôle actif (38,9 % tous faits confondus). L'AVS sur enfants de moins de 12 ans lui-même victime d'abus sexuel procède dans une grande majorité des cas (88,9%) à des passages à l'acte sur un enfant de sa propre famille et ce, de manière répétée dans 77,8% des cas.

L'AVS sur adultes qui est également victime d'abus sexuel ne passe à l'acte sur un membre de sa famille que dans 16,7% des cas.

Ainsi, il est important de rester vigilant auprès de la population de victimes masculines d'abus sexuels. En effet, nos données montrent que ces derniers sont plus susceptibles de passer à l'acte à leur tour. La vigilance doit être d'autant plus accrue si des enfants évoluent dans leur environnement.

Autrement dit, la victimation d'un fait d'agression sexuelle sur un sujet masculin dans son enfance est un facteur important de risque de passage à l'acte de ce même sujet sur une victime mineure.
Définir les caractéristiques d'une telle population permet de l'identifier et de l'impliquer dans le champ de la prévention primaire.

Réponse à l'objectif principal

Pour rappel, l'objectif principal était de déceler chez les patients auteurs de violences sexuelles sur des enfants de moins de 12 ans un biais cognitif favorisant l'association des concepts « enfant » et « sexualité » plutôt que « adulte » et « sexualité » et déterminer si ce biais cognitif est plus prononcé dans le groupe de patients auteurs de violences à caractère sexuel pédophile que dans les groupes contrôles : les patients auteurs de violence sexuelle sur personnes de plus de 15 ans (contrôle actif) et la population générale (contrôle passif).
Malgré les résultats prometteurs suscités par la métanalyse de Babchishin et al. (28) avec un effectif total de 707 participants provenant de plusieurs pays : l'Australie, la Belgique, le Canada, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et les Etats-Unis, nos résultats ne montrent aucune différence entre les trois groupes de participants. Différentes explications sont avancées pour tenter de rendre compte de ces résultats. Nos données suggèrent toutefois que la méta-analyse de Babchishin et al. surestime la taille d'effet réel. La question de savoir si le test d'association implicite peut permettre de discriminer les patients pédophiles reste entière.

Réponse aux objectifs secondaires

Pour rappel, les objectifs secondaires étaient de relier l'existence de ce biais à la présence ou à l'absence de reconnaissance des faits de violences sexuelles envers des mineurs de moins de 12 ans puis de déterminer si ces biais étaient liés à un déficit de reconnaissance faciale des émotions. Enfin, il s'agissait de déterminer si ces biais étaient liés à la dangerosité psychiatrique et/ou criminologique.

Du fait de l'absence de biais objectivé, nous ne pouvons pas répondre aux objectifs.
Cependant, il est intéressant de remarquer que pour notre échantillon, la reconnaissance totale des faits est plus courante pour le groupe cible ce qui tendrait à penser que le biais, s'il existe, n'est pas associé au déni. D'un autre côté, c'est également dans ce groupe que l'on retrouve un

déni total, même en faible proportion, alors qu'aucun déni n'est retrouvé dans le groupe contrôle actif. Dans tous les cas, le faible échantillonnage ne permet pas de conclure.

En ce qui concerne le déficit de reconnaissance faciale des émotions, les données n'avaient pas été traitées lors des études préliminaires en raison du faible échantillonnage. Cette piste reste cependant prometteuse selon plusieurs études (15, 19).

Concernant la dangerosité psychiatrique et/ou criminologique selon les échelles actuarielles, nous avons choisi de ne pas traiter ces données au regard du manque de significativité statistique.

Limites et biais de l'étude

L'un des principaux biais est sans doute le fait que les données issues du groupe contrôle passif ont été recueillies dans un contexte différent de celles recueillies pour le groupe cible et le groupe contrôle actif. En effet, l'absence de l'investigateur censé encadrer le participant lors de rendez-vous physiques a sans doute permis une interprétation plus large et moins standardisée des données. Ceci semble être retrouvé dans la manière de rapporter les antécédents personnels ou l'évaluation de l'habitus comme la consommation d'alcool par exemple. Cela représente le principal biais de sélection.

De plus, les sujets des groupes cible et contrôle actif ont pour la plupart déjà un suivi (médical, psychologique ou infirmier) dans le cadre de leur détention ou de leur SSJ. Ils s'inscrivent globalement dans une démarche plus volontaire avec consultation possible de leurs données par l'investigateur. Ce second biais peut être accentué par le fait que les participants au groupe cible et contrôle actif ont donné leur accord et que ceux ayant refusé peuvent l'avoir fait par désintérêt, peur du jugement mais aussi à cause d'un déni.

Nous avons tout de même choisi de procéder par un recrutement via la plateforme en ligne Prolific devant les difficultés à intégrer des participants pour le groupe contrôle passif. La simple idée de pouvoir être comparé à un AVS sur enfants, avec les représentations que cela comporte (3, 8) est un frein qui a pu être constaté lors des deux premières études préliminaires. De plus, le contexte sanitaire sans précédent lié au COVID-19 lors de la première étude préliminaire a sérieusement limité la possibilité d'inclusion. Dans tous les cas, le participant n'aurait eu que peu de chance de bénéficier d'un contact direct avec l'investigateur.

Pour résumer, les participants aux groupes cible et contrôle actif qui se sont portés volontaires sont pour une part non négligeable déjà investis dans un travail psychothérapeutique pouvant déjà avoir contribué à un remaniement, même partiel, de leur mode de fonctionnement.

Un autre biais qu'il est important de reconnaitre est le biais de mesure en ce qui concerne les échelles d'hétéro évaluation. En effet, ce sont au total trois investigateurs différents qui ont procédé à ces mesures avec chacun leur subjectivité respective. La standardisation des échelles permet cependant de limiter cet effet.

Bien que le groupe contrôle passif soit complet, nous atteignons à peine la moitié de l'effectif pour les groupes cible et contrôle actif. Le protocole exige en effet des groupes de 41 individus pour chaque groupe (actuellement 20 pour le groupe cible et 18 pour le groupe contrôle actif). Ainsi, l'étude est de faible puissance statistique et ne permet de dessiner qu'une tendance qui reste infirmée par la littérature.

Perspectives

L'idée ambitieuse de pouvoir discriminer les AVS sur enfants et adultes en prévention primaire reste compliquée à satisfaire dans la pratique. Néanmoins, quant à la question de la prévention secondaire, l'utilisation du test IAT et de la FERT pourrait servir d'étalonnage pour la prévention de la récidive chez les auteurs pris en charge pour travailler sur les biais cognitifs.
Il convient de considérer la population particulière que représente les victimes d'abus sexuels dans l'enfance. Des antécédents de victimation chez les auteurs de ces mêmes faits sont fréquemment retrouvés à travers la littérature (36). Cela nous permet de distinguer la victimation d'abus sexuels comme un facteur important de risque de passage à l'acte.
A défaut d'être discriminant dans notre étude à propos des 3 groupes étudiés, l'IAT n'a pas non plus permis de montrer que le groupe AVS sur enfants de moins de 12 ans a tendance à associer de manière préférentielle la sexualité aux images des enfants plutôt qu'aux images des adultes. Cela signifie que nous n'avons pas à faire à un biais cognitif.
L'étude menée par Hudson et al. (42) retrouve des résultats similaires quant à la capacité à identifier des états émotionnels exprimés par des adultes et des enfants. Un groupe d'AVS sur enfant a été comparé à un groupe non agresseur. Les AVS sur enfants échouent plus souvent à reconnaitre les émotions exprimées à la fois par des enfants et des adultes que le groupe non

agresseur. Cependant, ils ne se montraient pas plus déficitaires pour l'identification des émotions chez les enfants par rapport à celles exprimées chez les adultes.

Se pose alors l'intéressante question de la reconnaissance faciale des émotions et du déficit d'empathie. Comme le résume Cailleau et al. (15), il est communément admis que les AVS ont tendance à montrer des difficultés à identifier des émotions spécifiques. Or, selon Marshall et al. (17), la reconnaissance des émotions n'est que la 1ère partie du processus empathique qu'il distingue en 4 étapes :

- La reconnaissance des émotions
- La prise de perspective
- La réplication des émotions
- La réponse décisionnelle

Un individu présentant un déficit d'empathie est plus susceptible de montrer un comportement antisocial et transgressif.
Il est important de noter que pour la population particulière des AVS décrit comme sadiques, la reconnaissance des émotions est essentielle puisqu'elle contribue au plaisir induit par la souffrance de leur victime (43).
Selon la plupart des auteurs, il est donc admis que les AVS au sens large ont plus de difficultés à interpréter certaines émotions faciales (peur et dégoût), et par conséquent feraient plus d'erreur dans l'interprétation des interactions sociales.
La FERT nous semble être un bon outil afin d'évaluer ce premier processus empathique.
De plus, il existe des outils d'entrainement à la reconnaissance des émotions faciales comme le programme Gaïa développé par le centre référent de Lyon. Ce programme est cependant conçu spécifiquement pour des patients souffrant de schizophrénie et son efficacité est reconnue dans ce domaine (44).
Il pourrait être adapté et faire l'objet d'un processus de validation concernant le déficit de reconnaissance des émotions chez les AVS.

On sait que la population d'homme victime d'abus sexuel dans l'enfance est plus susceptible de récidiver sur des enfants du fait de présence d'antécédents de cette nature. Pour en comprendre le mécanisme, si un biais cognitif associant « enfant » et « sexualité » est démontré dans ce cas, il serait intéressant de voir s'il y a un lien avec le traumatisme subi.

En effet, Marshal (45) note que les traitements cognitifs habituels s'orientent plus souvent sur des critères considérés comme criminogènes plutôt que sur des facteurs comme la honte ou la faible estime de soi consécutives au passage à l'acte. Ces facteurs constituent pourtant des obstacles importants dans l'engagement du patient dans sa démarche thérapeutique (46).

Conclusion

Nos hypothèses ne sont pas vérifiées. Ces résultats doivent être interprétés en gardant à l'esprit que la taille modeste de l'échantillon, surtout en ce qui concerne les deux groupes pédophiles et violeurs, ne permet pas de conclure de manière définitive à une absence de différence. En effet, avec cette taille d'échantillon, une analyse de puissance montre que nous avons un peu moins d'une chance sur deux (47%) de détecter une différence significative entre les deux groupes ($p < 0.05$) avec une taille d'effet aussi large que celle rapportée dans la méta-analyse de Babchishin et al. (2013). Cela dit, il convient également de considérer d'autres explications comme les biais d'étude évoqués ci-dessus. Une analyse Bayésienne montre que nos données procurent tout de même un peu plus de support pour l'hypothèse nulle que pour l'hypothèse alternative (BF01 = 1.66, Error = 0.03). Même si le facteur Bayes n'est pas très élevé, nos données suggèrent quand même que la taille d'effet telle qu'estimée dans la méta-analyse de Babchishin et al. (2013) est sans doute surestimée.

Bien que notre étude ne réplique pas la présence objective de biais cognitifs associant « enfant » et « sexualité » chez les AVS sur mineurs, nous nous devons de prendre en considération les nombreuses études antérieures et apporter des éléments au-delà du constat. En effet, le principal intérêt dans ces recherches est de pouvoir apporter une réponse pour l'AVS afin de prévenir du premier passage à l'acte dans l'idéal mais plus pragmatiquement prévenir de la récidive.
Notre groupe cible présente la particularité d'un taux de victimation nettement supérieur, ce qui laisse à penser que la part traumatique liée à l'agression subie pourrait être la cause d'un remaniement cognitif chez la victime. On sait que les abus sexuels subis dans l'enfance sont sources de troubles psychiatriques par la suite (47), or ils peuvent également être à l'origine de scripts sexuels déviants avec des besoins émotionnels et d'intimité que l'AVS interprète comme un signal de recherche de relation sexuelle.
Travailler sur le traumatisme est une piste évidente mais des outils spécifiques pourraient être développés afin de mieux cerner les enjeux profonds chez le sujet concerné et l'amener à prendre conscience des décisions problématiques. Ceux-ci doivent également être accompagnés

d'une prise en charge plus globale car, comme le rapporte De Beaurepaire et al. (48), les modalités défensives pathologiques peuvent être remplacées par des nouveaux aménagements dits « moins pathogènes » comme des rechutes anxieuses par exemple.

Il est montré que la TCC permet une diminution de la récidive d'après Baratta et Morali (49), contrairement aux psychothérapies simples. Il est précisé que la meilleure prise en charge actuelle consiste en une association par TCC et traitement antiandrogénique. Cependant des limites apparaissent car l'orientation sexuelle déviante, que l'on peut assimiler à des cognitions dysfonctionnelles, n'est aucunement modifiée par le traitement antihormonal.
Des outils complémentaires doivent être investigués.

Dans le champ de la psychiatrie, de nombreuses pathologies s'expriment entre autres par une altération des capacités cognitives et émotionnelles avec une distorsion amenant aux comportements problématiques. On pense en premier lieu aux pathologies du registre de la psychose, du spectre de l'autisme ou encore aux troubles sévères de la personnalité. Bien entendu, ces distorsions relèvent de mécanismes différents mais des prises en charges psychothérapeutiques existent et font leurs preuves pour les pathologies concernées. Nous avons abordé le programme Gaïa comme outil de travail à la reconnaissance des émotions mais bien d'autres outils existent. Certains d'entre eux sont recensés dans le *Traité de réhabilitation psychosociale* (50) de Nicolas Franck. Pour exemple, le programme IPT (Integrated Psychological Therapy) contient plusieurs modules dont un intitulé « perception sociale » et permet *d'apprendre progressivement à différencier l'interprétation (subjective) de l'observation (objective)* en travaillant sur des images. Ceci semble pouvoir s'appliquer dans des cas où le passage à l'acte est authentiquement justifié par des situations normalement peu sujettes à discussion. Le module « communication verbale » reprend les fonctions attentionnelles, le décodage et le traitement sémantique de l'information qui peuvent faire défaut chez l'AVS. Enfin, le module « compétences sociales » permet de s'entrainer devant des situations dites à risque faible ou élevé ou des situations plus complexes. Typiquement, le refus d'une victime avec la confrontation des émotions négatives de celle-ci en est un exemple. Pour finir, un autre module intitulé « gestion des émotions » fait écho au programme Gaïa cité plus haut avec la difficulté pour l'AVS à identifier et à gérer les émotions, d'autant plus si la situation est à forte valence émotionnelle.
Un autre outil cité est la SCIT (Social Cognition and Interaction Training) avec encore une fois une partie consacrée à la perception des émotions. La ToM (Theory of Mind), le saut aux

conclusions et le manque de flexibilité cognitive sont également évoqués. Devant une situation ambiguë, l'AVS peut être tenté de couper court à la recherche d'éléments permettant de faire la part des choses. Ce saut à la conclusion peut être travaillé et être amélioré par la prise de perspective de la victime (ToM).

Ces outils sont en plein essor avec comme exemple récent le programme RC2S (Remédiation Cognitive de la Cognition Sociale). Celui-ci consiste à utiliser des techniques de simulation sur logiciel de situations de vie quotidienne via un avatar afin d'appréhender les intentions et les états d'esprits des autres individus. Bien que les champs d'applications soient différents, des supports informatiques sont utilisés pour des thérapies d'expositions en réalité virtuelle concernant des états de stress post traumatique, des TOCs ou autres troubles anxieux (51) mais aucun ne figure à notre connaissance comme support de traitement pour les AVS pour des raisons vraisemblablement éthiques.

Ces outils sont pour la grande majorité conçus pour être appliqués chez des patients souffrant de troubles psychiques sévères. Ils pourraient être utilisés après adaptation et validation pour permettre aux patients de prendre conscience de leurs associations implicites et mieux comprendre la genèse de leur passage à l'acte. L'idée est de s'appuyer sur les ressources du sujet et de renforcer ses capacités de décision et d'action faisant un parallèle avec l'entretien motivationnel développé par Miller et Rollnick (52). En effet, ce style de conversation collaboratif permet de renforcer la motivation propre du sujet et son engagement vers le changement.

Intégrer la psychoéducation des familles dans le processus de prise en charge serait également très intéressant lorsque l'on connait les modalités de passages à l'acte intrafamiliaux. Bien que le sujet soit particulièrement sensible, on pourrait extrapoler jusqu'à l'entraide entre pairs dans des conditions très strictes de contrôle.

La prise en charge de l'auteur est plus que jamais d'actualité. D'après le dernier rapport de la CIIVISE (Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux enfants) du 21 septembre 2022, ce sont 160 000 enfants qui subissent des violences sexuelles chaque année en France, ce qui en fait un problème de santé publique majeur. De nombreuses pistes peuvent être explorées, et certaines existent déjà. L'enjeu est de pouvoir développer et mettre à disposition des outils de réhabilitation psychosociale encore trop cloisonnés sur des pathologies spécifiques dans un contexte où le système de soin en France démontre des carences importantes selon le territoire.

Annexes

STATIQUE-99				
Facteur	Facteur de risque	Codes		Score
1	Jeune	25 ou plus 18 à 24 ans		0 □ 1 □
2	Cohabitation	Ce délinquant a-t-il cohabité avec un partenaire intime pendant au moins deux ans ? Oui Non		0 □ 1 □
3	Infractions répertoriées avec violence non sexuelle Condamnations seulement	Non Oui		0 □ 1 □
4	Infractions antérieures avec violence non sexuelle Condamnations seulement	Non Oui		0 □ 1 □
5	Infractions sexuelles antérieures	Accusations Aucune 1-2 3-5 6+	Condamnations Aucune 1 2-3 4+	0 □ 1 □ 2 □ 3 □
6	Prononcé de peines antérieures (sauf celui visant l'infraction répertoriées)	3 ou moins 4 ou plus		0 □ 1 □
7	Condamnations pour infractions sexuelles sans contact	Non Oui		0 □ 1 □
8	Au moins une victime sans lien de parenté avec le délinquant	Non Oui		0 □ 1 □
9	Au moins une victime qui était un inconnu	Non Oui		0 □ 1 □
10	Au moins une victime de sexe masculin	Non Oui		0 □ 1
Score Total : 0		**Catégorie de risque :** 1-2 faible □ 3-4 faibles modérés □ 4-5 Modéré élevé □ 6 et plus élevé □		

Annexe A : Exemple de fiche questionnaire STATIQUE-99

SORAG (sex offender Risk Appraisal Guide)		
1. A vécu avec ses parents jusqu'à 16 ans (excepté si sujet orphelin)	Oui Non	-2 □ +3 □
2. Problèmes de comportement en primaire	Pas de problèmes Légers ou modérés (de discipline ou d'absence) Problèmes sévères de comportement ou d'absences, expulsions ou suspensions	-1 □ +2 □ +5 □
3. Problèmes d'addiction à l'alcool - Parental - Adolescent -Adulte -Alcool impliqué dans précédentes condamnations -Alcool impliqué dans condamnation actuelle	Aucun 1 ou 2 de la liste 3 de la liste 4 ou 5 de la liste	-1 □ 0 □ +1 □ +2 □
4. Statut marital (actuel ou avant la condamnation actuelle)	A déjà été marié (ou concubin pour au moins 6 mois) Jamais marié	-2 □ +1 □
5. Score d'antécédents de délinquance non-violente (système Cormier-Lang)	Score 0 Score 1 ou 2 Score 3 ou plus	-2 □ 0 □ +3 □
6. Score d'antécédents de délinquance violente (système Cormier-Lang)	Score 0 Score 1 ou 2 Score 3 ou plus	-2 □ 0 □ +6 □
7. Nombre de condamnations précédentes pour des violences à caractère sexuel	0 1 ou 2 3 ou plus	-1 □ + 1 □ + 5 □
8. Antécédents de violences sexuelles seulement sur des filles de moins de 14 ans (si l'agresseur avec moins de 5 ans de plus que la victime, cocher +4)	Oui Non	0 □ +4 □

9. échec d'une mesure de liberté conditionnelle antérieure	Non Oui	0 □ +3 □
10. Age lors des faits visés par la condamnation actuelle	39 ou plus 34-38 28-33 27 26 ou moins	-5 □ -2 □ -1 □ 0 □ + 2 □
11. Troubles de la personnalité (selon critères DSM)	Non Oui	-2 □ + 3 □
12. Schizophrénie (selon critères DSM)	Non Oui	+1 □ -3 □
13. Score PCL-R	4 ou moins 5-9 10-14 15-24 25-34 35 ou plus	-3 □ -3 □ -1 □ 0 □ +4 □ + 12 □
Score Total : Catégorie de risque : -17 à 2 : Bas □ 3 à 19 : Moyen □ 20 à 34 : Haut □		

Annexe B : Exemple de fiche questionnaire SORAG

RRASOR (Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism)	
Infractions sexuelles antérieures (ne comprenant pas les infractions répertoriées)	1 condamnation ; 1-2 accusations □ 1 2-3 condamnations ; 3-5 accusations □ 2 4 condamnations ou plus ; 6 accusations ou plus □ 3 Aucune □ 0
Age à la mise en liberté (age actuel)	Moins de 25 ans □ 1 Plus de 25 ans □ 0
Sexe des victimes	Femmes seulement □ 0 Au moins un homme □ 1
Relation avec la victime	Lien de parenté □ 0 Aucun lien de parenté □ 1
Date du passage :	
SCORE TOTAL :	

Annexe C : Exemple de fiche questionnaire RRASOR

HCR-20		
	ITEMS	**SCORE**
FACTEURS HISTORIQUES (passé)	H1 : violence antérieure	0 1 2
	H2 : premier acte de violence commis dans la jeunesse	0 1 2
	H3 : instabilité des relations intimes	0 1 2
	H4 : problèmes d'emploi	0 1 2
	H5 : problèmes de toxicomanie	0 1 2
	H6 : maladie mentale grave	0 1 2
	H7 : psychopathie	0 1 2
	H8 : inadaptation durant la jeunesse	0 1 2
	H9 : trouble de la personnalité	0 1 2
	H10 : échec antérieur de la surveillance	0 1 2
FACTEURS CLINIQUES (présent)	C1 : introspection difficile	0 1 2
	C2 : attitudes négatives	0 1 2
	C3 : symptômes actifs de la maladie mentale grave	0 1 2
	C4 : impulsivité	0 1 2
	C5 : résistance aux traitements	0 1 2
GESTION DU RISQUE (futur)	R1 : plans irréalisables	0 1 2
	R2 : exposition à des facteurs déstabilisants	0 1 2
	R3 : manque de soutien personnel	0 1 2
	R4 : inobservation des mesures curatives	0 1 2
	R5 : stress	0 1 2

Annexe D : Exemple de fiche questionnaire HCR-20

PCL-R			
Loquacité/charme superficiel	□ 0	□ 1	□ 2
Surestimation de soi	□ 0	□ 1	□ 2
Besoin de stimulation/tendance à s'ennuyer	□ 0	□ 1	□ 2
Tendance au mensonge pathologique	□ 0	□ 1	□ 2
Duperie/manipulation	□ 0	□ 1	□ 2
Absence de remords ou de culpabilité	□ 0	□ 1	□ 2
Affect superficiel	□ 0	□ 1	□ 2
Insensibilité/manque d'empathie	□ 0	□ 1	□ 2
Tendance au parasitisme	□ 0	□ 1	□ 2
Faible maîtrise de soi	□ 0	□ 1	□ 2
Promiscuité sexuelle	□ 0	□ 1	□ 2
Apparition précoce de problèmes de comportement	□ 0	□ 1	□ 2
Incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste	□ 0	□ 1	□ 2
Impulsivité	□ 0	□ 1	□ 2

Irresponsabilité	□ 0	□ 1	□ 2
Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes	□ 0	□ 1	□ 2
Nombreuses cohabitations de courte durée	□ 0	□ 1	□ 2
Délinquance juvenile	□ 0	□ 1	□ 2
Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle	□ 0	□ 1	□ 2
Diversité des types de délits commis par le sujet	□ 0	□ 1	□ 2
Date de passage :			
Score total : …/40			

Annexe E : Exemple de fiche questionnaire PCL-R

Echelle de Levenson 1 = pas du tout d'accord ; 2 = plutôt pas d'accord ; 3 = plutôt d'accord ; 4 = tout à fait d'accord				
1. La réussite est basée sur la loi du plus fort. Je ne me soucie pas des perdants.	1	2	3	4
2. Je me désintéresse rapidement des choses que j'entreprends.	1	2	3	4
3. Quand je suis frustré, je me défoule en m'emportant.	1	2	3	4
4. Mon principal but dans la vie est d'amasser le plus possible de biens désirables.	1	2	3	4
5. Avant de faire quoique ce soit, je réfléchis soigneusement aux conséquences possibles.	1	2	3	4
6. Mon but le plus important est de gagner beaucoup d'argent.	1	2	3	4
7. Pour moi, tous les moyens sont bons pourvu que je m'en tire bien.	1	2	3	4
8. Je m'ennui souvent.	1	2	3	4
9. Je prends plaisir à manipuler les sentiments des autres.	1	2	3	4
10. J'admire souvent une arnaque vraiment ingénieuse.	1	2	3	4
11. Je me sentirais mal à l'aise si ma réussite se faisait aux dépens de quelqu'un d'autre.	1	2	3	4
12. Les personnes qui sont assez bêtes pour se faire avoir le méritent en général.	1	2	3	4
13. Je dis aux autres ce qu'ils on envie d'entendre pour qu'ils agissent comme je le désire.	1	2	3	4
14. Je me sens mal à l'aise si mes propos ou actions font de la peine à quelqu'un.	1	2	3	4
15. Ma principale priorité est de m'occuper de moi.	1	2	3	4
16. La plupart de mes problèmes viennent du fait que les autres ne me comprennent pas.	1	2	3	4

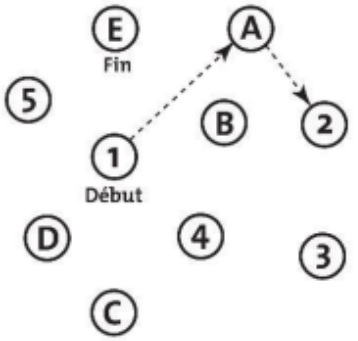
17. La tricherie ne se justifie pas car elle est injuste envers les autres.	1	2	3	4
18. Je me trouve sans cesse face aux mêmes problèmes.	1	2	3	4
19. Même pour vendre quelque chose, je ne mentirais pas.	1	2	3	4
20. Dans le monde actuel, je me sens en droit de faire n'importe quoi pour réussir.	1	2	3	4
21. Je ne prévoie rien longtemps à l'avance.	1	2	3	4
22. Je laisse aux autres le souci des grandes valeurs morales, moi je me préoccupe du résultat concret.	1	2	3	4
23. Je suis capable de poursuivre un même objectif pendant longtemps.	1	2	3	4
24. Je cherche toujours à ne pas léser les autres dans la poursuite de mes objectifs.	1	2	3	4
25. Il m'est souvent arrivé de me disputer en criant.	1	2	3	4
26. On attribue trop de valeur à l'amour	1	2	3	4

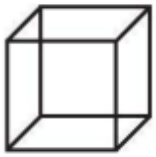
Annexe F : Exemple de fiche questionnaire Levenson

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM :
Scolarité : **Date de naissance :**
Sexe : **DATE :**

VISUOSPATIAL / ÉXÉCUTIF — POINTS





Copier le cube

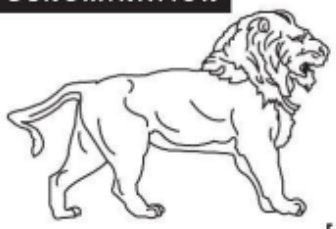
[ ] [ ]

Dessiner HORLOGE (11 h 10 min)
(3 points)

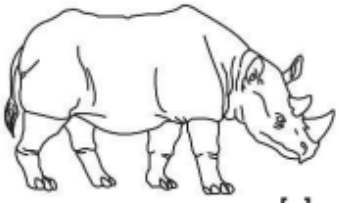
[ ] Contour [ ] Chiffres [ ] Aiguilles

__/5

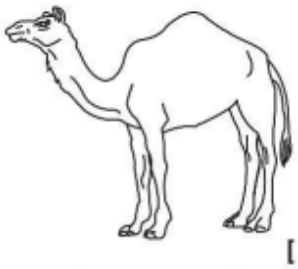
DÉNOMINATION



[ ]



[ ]



[ ]

__/3

MÉMOIRE Lire la liste de mots, le patient doit répéter.
Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi.
Faire un rappel 5 min après.

	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE
1er essai					
2ème essai					

Pas de point

ATTENTION Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.).
Le patient doit la répéter. [ ] 2 1 8 5 4
Le patient doit la répéter à l'envers. [ ] 7 4 2
__/2

Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs
[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B
__/1

Soustraire série de 7 à partir de 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65
4 ou 5 soustractions correctes : **3 pts**, 2 ou 3 correctes : **2 pts**, 1 correcte : **1 pt**, 0 correcte : **0 pt**
__/3

LANGAGE Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable . [ ] L'argument de l'avocat les a convaincus. [ ]
__/2

Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [ ] ____ (N ≥ 11 mots)
__/1

ABSTRACTION Similitude entre ex : banane - orange = fruit [ ] train – bicyclette [ ] montre - règle
__/2

RAPPEL

		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	
	Doit se souvenir des mots SANS INDICES	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Points pour rappel SANS INDICES seulement
Optionnel	Indice de catégorie						
	Indice choix multiples						

__/5

ORIENTATION [ ] Date [ ] Mois [ ] Année [ ] Jour [ ] Endroit [ ] Ville
__/6

© Z.Nasreddine MD **www.mocatest.org** Normal ≥ 26 / 30

TOTAL __/30
Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans

Administré par : _____

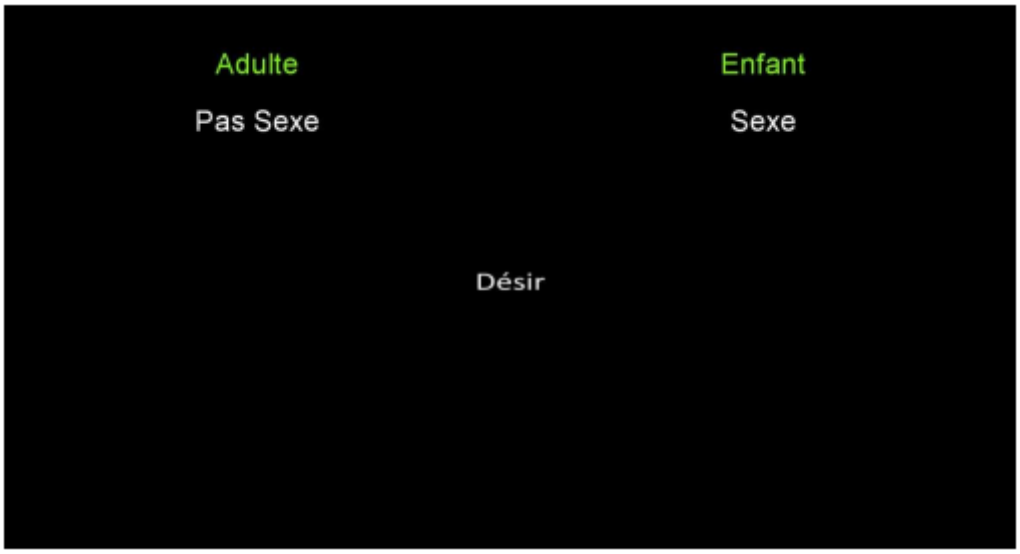
Annexe G : Test MoCA validé en langue française

Questions	**Jamais**	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Très Souvent**
1 J'ai des difficultés à me souvenir des numéros de téléphone familiers					
2 J'oublie où j'ai posé mes lunettes, mes clefs, mon porte-monnaie, mes papiers					
3 Quand je suis interrompu(e) dans une lecture, j'ai du mal à retrouver où j'en étais					
4 Quand je fais des courses, j'ai besoin d'une liste écrite					
5 J'oublie des rendez-vous, des réunions, ou des engagements					
6 J'oublie de téléphoner quand on m'a demandé de rappeler					
7 J'ai du mal à mettre une clef dans la serrure					
8 J'oublie en cours de route des courses que je voulais faire					
9 J'ai du mal à me rappeler le nom des gens que je connais					
10 J'ai du mal à rester concentré sur un travail ou une occupation					
11 J'ai du mal à raconter une émission que je viens de voir à la télévision					
12 J'ai du mal à exprimer clairement ce que je veux dire					
13 Je n'arrive pas à reconnaître des gens que je connais					
14 Il m'arrive d'avoir un mot sur le bout de la langue et de ne pas pouvoir le sortir					
15 J'ai du mal à retrouver le nom des objets					
16 J'ai du mal à comprendre ce que je lis					
17 J'ai du mal à suivre la conversation des autres					
18 J'oublie le nom des gens juste après qu'ils m'ont été présentés					

Questions	**Jamais**	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Très Souvent**
19 Je perds le fil de mes idées en écoutant quelqu'un d'autre					
20 J'oublie les différentes étapes de recettes de cuisine que je connais bien et je dois les vérifier					
21 J'oublie quel jour de la semaine nous sommes					
22 J'oublie de boutonner ou de tirer la fermeture éclair de mes vêtements					
23 J'ai besoin de vérifier une fois ou deux si j'ai bien fermé la porte, coupé le gaz					
24 Je fais des erreurs en écrivant, ou en faisant des calculs					
25 J'ai du mal à fixer mon esprit sur quelque chose de précis					
26 J'ai besoin de me faire répéter plusieurs fois les choses que je dois faire					
27 J'oublie certains produits à utiliser quand je fais la cuisine					
28 J'ai du mal à boutonner mes vêtements ou à tirer la fermeture éclair.					
29 J'ai du mal à ranger mes vêtements à la bonne place					
30 J'ai du mal à coudre ou à raccommoder					
31 J'ai du mal à fixer mon esprit sur ce que je lis					
32 J'oublie immédiatement ce que les gens viennent de me dire					
33 Quand je me promène, j'oublie par où je suis passé(e)					
34 J'ai du mal à savoir si l'on m'a rendu correctement la monnaie					
35 J'oublie de faire certaines démarches connues, de payer des factures, de déposer des chèques, d'affranchir ou poster du courrier					
36 Je dois faire les choses plus lentement qu'avant pour être sûr(e) de les faire bien					
37 J'ai par moments, l'impression d'avoir la tête vide					
38 J'oublie quel jour du mois nous sommes					
39 J'ai du mal à utiliser des outils (marteau, pinces..) pour de petites réparations.					
TOTAL: pour 39 items:……/156					

Annexe H : Echelle auto-rapportée de Mac Nair

Annexe I : Exemple de série d’entrainement - IAT

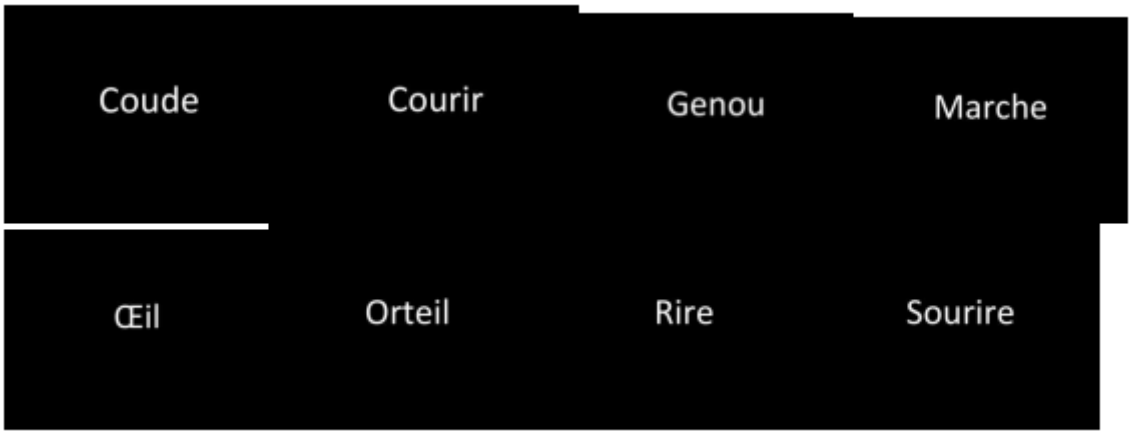


Annexe J : Exemple de série de classement mots et images - IAT

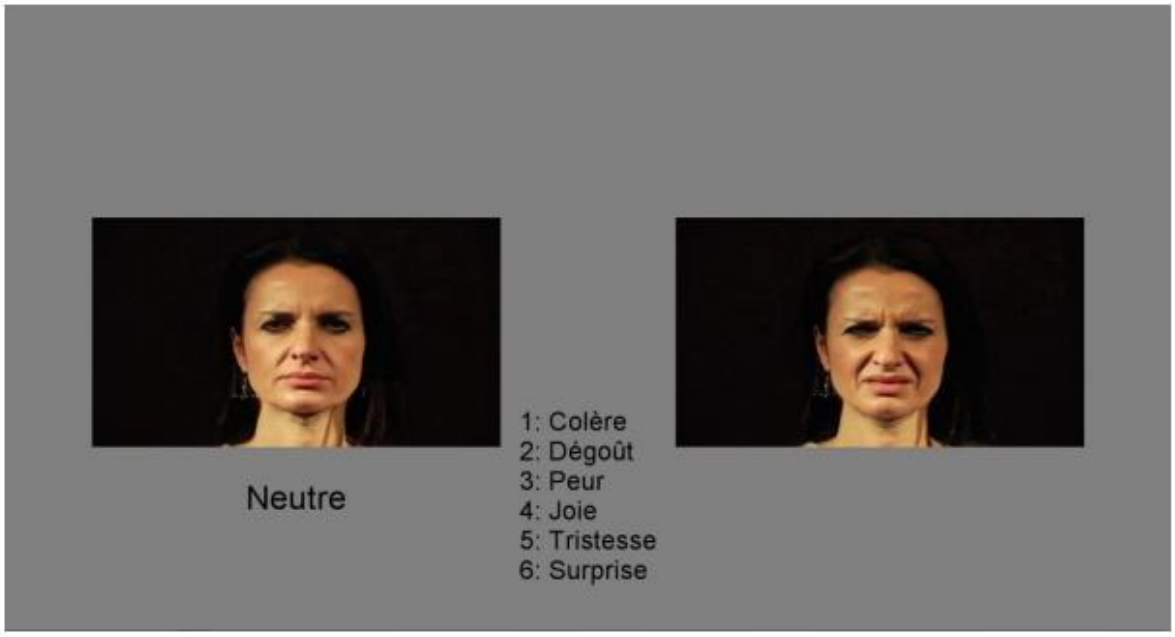
Annexe K : Stimuli « adulte » - IAT

Annexe L : Stimuli « enfants » - IAT

Annexe M : Stimuli « sexe » - IAT



Annexe N : Stimuli « pas sexe » - IAT



Annexe O : Exemple de tâche - FERT

Annexe P : Ensemble de stimuli proposés - FERT

Bibliographie

1. De Fraene D., Exhibition médiatique des crimes sexuels et perversion de la criminalisation, in Sexe et Normes, Bruylant. Bruxelles.
2. Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. 14 juin 2018;
3. Renard, T. (2018). Représentations sociales des violences sexuelles, de leurs auteurs et des victimes. Évolutions, impacts et enjeux. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.
4. Basile KC. Implications of public health for policy on sexual violence. Ann N Y Acad Sci 2003;989:446-463.
5. Debauche, A. (2018). Quelles sont les données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ? Paris : Audition Publique, 14- 15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.
6. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, Dupuis J, Cromer S, Hamel C. Enquête Violences et Rapports de genre (Virage) : Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Paris : INED, Document de travail n°229 ; 2017, 65p.
7. Lemonnier, F. (2018). Quelles interventions ont le plus d'impact sur la prévention du risque de violences sexuelles ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.
8. Manzanera, C. (2018). Quelle est la définition des violences sexuelles, par la loi, par les professionnels du soin, par la population ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.
9. Mormont C. Le concept d'agresseur sexuel. In : Baccino E., Bessoles P. Victimes-Agresseurs. Tome 2. Edt du champ social, Lecques, 2002, p.167-170
10. Abel GG, Gore DK, Holland CL, Camp N, Becker JV, Rathner J. The measurement of the cognitive distortions of child molesters. Annals of Sex Research. 1989;2(2):135-52.
11. Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J. Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. Int J Law Psychiatry. 1984 Jan;7(1):89–103
12. Stermac LE, Segal ZV. Adult sexual contact with children: An examination of cognitive factors. Behav Ther. 1989;20(4):573–84.
13. Marshall WL, Barbaree HE. An Integrated Theory of the Etiology of Sexual Offending. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, editors. Handbook of Sexual Assault [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1990 [cited 2019 Dec 5]. p. 257–75. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4899-0915-2_15.
14. Bumby K. M. (1996). Assessing the Cognitive Distortions of Child Molesters and Rapists: Development and Validation of the MOLEST and RAPE Scales. Sex Abuse, 8(1), 37-54.
15. Cailleau V., Thirioux B., Méry B., Senon J.-L., Jaafari N. (2016). Les altérations du processus empathique chez les agresseurs sexuels. Presse Med; 45:1075–1083.
16. Ward T, Keenan T. Child molesters' implicit theories. Journal of Interpersonal Violence. 1999;14(8):821-38.
17. Marshall WL, Jones R, Hudson SM, McDonald E. Generalized empathy in child molesters. J Child Sex Abuse. 1994;2(4):61–68.
18. Morrow EP. Cognitive, affective, and general empathy in sexual offenders: a meta-analysis [thèse]. Chicago: Chicago School of Professional Psychology; 2018.
19. Tiberi LA, Rossignol M, Vicenzutto A, Saloppé X, Equeter L, Pham TH, Recognition of facial expressions of emotions among sexual offenders: a meta-analysis.

20. Bickle A, Cameron C, Hassan T, Safdar H, Khalifa N. International overview of phallometric testing for sexual offending behaviour and sexual risk. BJPsych Int. nov 2021;18(4):E11.
21. Murphy, L, Fedoroff, JP. Steps towards international standardization in the assessment and treatment of problematic sexual interests and behaviours. Int Rev Psychiatry 2019; 31(2): 111–3.
22. Godet T, Niveau G. Eye tracking and child sexual offenders: a systematic review. Forensic Sciences Research. 3 avr 2021;6(2):133-40.
23. Carrier Emond F, Nolet K, Rochat L, Rouleau JL, Gagnon J. Inhibitory Control in Sexually Coercive Men: Behavioral Insights Using a Stop-Signal Task With Neutral, Emotional, and Erotic Stimuli. Sex Abuse. avr 2020;32(3):301-19.
24. Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JL. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. J Pers Soc Psychol. 1998;74(6):1464.
25. Babchishin KM, Nunes KL, Kessous N. A multimodal examination of sexual interest in children: A comparison of sex offenders and nonsex offenders. Sex Abuse. 2014;26(4):343–374.
26. Banse R, Schmidt AF, Clarbour J. Indirect measures of sexual interest in child sex offenders: A multimethod approach. Crim Justice Behav. 2010;37(3):319–335.
27. Gray NS, Brown AS, MacCulloch MJ, Smith J, Snowden RJ. An implicit test of the associations between children and sex in pedophiles. J Abnorm Psychol. 2005;114(2):304.
28. Babchishin KM, Nunes KL, Hermann CA. The Validity of Implicit Association Test (IAT) Measures of Sexual Attraction to Children: A Meta-Analysis. Arch Sex Behav. 2013 Apr;42(3):487–99.
29. Brown AS, Gray NS, Snowden RJ. Implicit Measurement of Sexual Associations in Child Sex Abusers: Role of Victim Type and Denial. Sex Abuse J Res Treat. 2009 Jun;21(2):166–80.
30. Michel B, Sambuchi N. Principales échelles de mémoire utilisables par le neurologue dans le diagnostic des démences. EMC – Neurologie. Janv 2011;8:1-7.
31. Andrieu S et al. GuidAge study : a 5-year double blind, randomised trial of Egb 761 for the prevention of Alzheimer's disease in elderly subjects with memory complaints. i. rationale, design and baseline data. Curr Alzheimer Res 2008 Aug ;5(4) :406-15.
32. Hugonot-Diener, Laurence, et al. « Retrait et vieillissement », L'information psychiatrique, vol. 93, no. 4, 2017.
33. Savard1 C, Lussier Y, Sabourin S. Échelle auto-rapportée de psychopathie de Levenson : adaptation française et validation. crimino. 30 sept 2014;47(2):263-93.
34. Brinkley C, Schmitt W, Smith S, Newman J. Construct validation of a self-report psychopathy scale: Does Levenson's self-report psychopathy scale measure the same constructs as Hare's psychopathy checklist-revised? Personality and Individual Differences - PERS INDIV DIFFER. 1 nov 2001;31:1021-38.
35. C. Balier, A. Ciavaldini, M. Girard-Khayat. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. nov 1996.
36. Ciavaldini A. Les agressions sexuelles, données épidémiologiques générales, in Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d´agression sexuelle, Conférence de consensus, nov 2001, Éd. John Libbey eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, 581 p., pp. 57-88. 2001;
37. Kingston, D.A., Firestone, P., Moulden, H.M. *et al*. The Utility of the Diagnosis of Pedophilia: A Comparison of Various Classification Procedures. *Arch Sex Behav* **36**, 423–436 (2007).

38. Harry, B., Pierson. T. R. et Kuznetsov, A. (1993). Correlates of sex offender and offense traits by victim age. Journal offorensic Sciences, 38, 1068-1074.
39. Firestone P, Bradford JM, McCoy M, Greenberg DM, Curry S, Larose MR. Recidivism in convicted rapists. J-Am Acad PSYCHIATRY LAW. 1998;26:185–200.
40. Coutanceau R, Smith J. La violence sexuelle. Approche psycho-criminologique. Paris: Dunod; 2010. 400 p. (Psychothérapies)
41. Langlade, A., Vanier, C., & Biamba, L. P. (2018). État des lieux d'un dispositif de soins pénalement ordonnés: l'injonction de soins. *Grand Angle*, *49*.
42. Hudson SM, Marshall WL, Wales D, McDonald E, Bakker LW, McLean A. Emotional recognition skills of sex offenders. Ann Sex Res 1993;6(3):199–211.
43. Fox JA, Levin J. Extreme killing: understanding serial and mass murder. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005.
44. Gaudeleus, B., & Franck, N. (2017). Troubles du traitement des informations faciales. Le programme GAÏA. In N. Franck (Ed.), *La remédiation cognitive, 2e éd*. Elsevier Masson : Issy-les-Moulineaux.
45. Marshall W. L., Marshall, L. E. Kingston D. A. (2011) Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment? Journal of Sexual Agression, 17: 2; 118-119.
46. Gravier, B. (2018). Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours des auteurs ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.
47. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. Mayo Clin Proc. 2010 Jul;85(7):618–29.
48. De Beaurepaire, C. et Haour, F. La thérapie EMDR dans la prise en charge des auteurs de violence sexuelle sur des enfants: intérêt et questions à propos d'un cas. *La Lettre du psychiatre (Puteaux)*, 2011, vol. 7, no 5-6, p. 170-174.
49. BARATTA Alexandre, MORALI Alexandre, « Prise en charge médicale et psychiatrique de la pédophilie : données actuelles », *L'information psychiatrique*, 2011/2 (Volume 87), p. 133-140.
50. Traité de réhabilitation psychosociale, sous la direction de Nicolas Franck, publié le 6 juin 2018, éd Elsevier Masson.
51. M. Lognoul, J. Nasello, J.-M. Triffaux, La thérapie par exposition en réalité virtuelle pour les états de stress post-traumatiques, les troubles obsessionnels compulsifs et les troubles anxieux : indications, plus-value et limites, L'Encéphale, Volume 46, Issue 4, 2020, Pages 293-300.
52. L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement, William R. Miller, Stephen Rollnick, paru le 6 mars 2019, éd Intereditions.

Résumé

Introduction : Des recherches précédentes suggèrent que les pédophiles, comparativement aux violeurs de victimes pubères ou aux personnes sans antécédent de violence sexuelle, présentent un biais implicite consistant à associer automatiquement les enfants, plutôt que les adultes, à la sexualité (e.g., Gray et al., 2005). La plupart des études menées dans ce domaine ont utilisé un test d'association implicite amenant les chercheurs à le proposer pour permettre de discriminer les personnes ayant une attirance sexuelle pour les enfants. L'objectif de cette étude était de répliquer ces effets en utilisant le test IAT adapté en français.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude monocentrique pour laquelle des participants ont été classés en 3 groupes. Le premier groupe est constitué d'auteurs de violences sexuelles sur mineur de moins de 12 ans condamnés (groupe cible). Le deuxième groupe est constitué d'auteurs de violences sexuelles sur personne de plus de 15 ans condamnés (groupe contrôle actif). Ces participants ont été recrutés sur 2 sites : au CP de Vivonne et au CMP Espace Vienne de Poitiers. Le troisième groupe est issu de la population générale et ne présente aucun antécédent judiciaire (groupe contrôle passif). Il a été recruté via la base de données en ligne Prolific.
L'objectif principal est de déceler la présence d'une association implicite entre « enfant » et « sexualité » permettant de discriminer le groupe cible des deux autres groupes et d'en mesurer l'intensité. Les sujets des groupes cible et contrôle actif ont participé à deux entretiens : le premier pour recueillir les données sociodémographiques et criminologiques et le second pour passation du test IAT, d'une tâche de reconnaissance faciale des émotions et de plusieurs échelles actuarielles. Le test utilisé est celui employé par Brown et al., 2009 et a été traduit afin de rechercher la présence d'une association implicite entre « enfant » et « sexualité ».

Résultats : Au total, 81 participants ont été inclus dans l'étude. 20 font partie du groupe cible, 18 font partie du groupe contrôle actif et 43 font partie du groupe contrôle passif. La moyenne d'âge était de 47.9 ans pour le groupe cible, de 38.3 ans pour le groupe contrôle actif et de 40.4 ans pour le groupe contrôle passif. Contrairement à nos hypothèses, les résultats ne montrent aucune différence entre les trois groupes de participants. En accord avec la littérature, le groupe contrôle actif a significativement tendance à associer de manière préférentielle la sexualité aux images des adultes plutôt qu'aux images des enfants. Toutefois, le groupe cible n'a pas tendance à associer préférentiellement la sexualité aux images d'enfants plutôt qu'aux images d'adules. Plus surprenant encore, le groupe contrôle passif n'a pas tendance à associer de manière préférentielle la sexualité aux images des adultes plutôt qu'aux images des enfants.

Discussion : Nos hypothèses ne sont pas vérifiées. Ces résultats doivent être interprétés en gardant à l'esprit que la taille modeste de l'échantillon, surtout en ce qui concerne les groupes cible et contrôle actif, ne permet pas de conclure de manière définitive à une absence de différence. En dépit de nos résultats, les données récoltées permettent de dresser un profil de l'AVS sur mineurs. Il serait intéressant de reprendre les analyses de biais cognitif en comparant des groupes selon des critères plus précis. On pourrait suggérer le fait d'avoir été victime d'abus dans l'enfance, ce qui nous semble primordial, ou encore l'analyse du contenu des images mentales pendant l'acte visant à déshumaniser la victime pour s'affranchir de l'interdit, qu'il soit incestuel ou non. La présence de biais cognitifs objectivés par les études antérieures amène à envisager l'élaboration ou l'adaptation d'outils de psychothérapie pour la population d'AVS sur mineurs. Bien que cette question relève d'un problème de santé publique, les soins proposés restent limités et méritent un investissement plus important en termes de recherche et de moyens.

Mots clés : pédophilie, AVS, IAT, biais cognitifs.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !