

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 88

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de PSYCHIATRIE

par

Delphine DIDELOT

née le 31 octobre 1981 à Montélimar

Présentée et soutenue publiquement le *14 octobre 2011*

LA PLACE DU PSYCHIATRE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS
DANS LE PARCOURS DE JEUNES DÉLINQUANTS

Président : Monsieur le Professeur AMAR

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur GORANS

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
INTRODUCTION	13
1 ^{ERE} PARTIE : LE PEDOPSYCHIATRE A-T-IL DES RAISONS DE S'INTERESSER AU JEUNE DELINQUANT ?	17
I. PREAMBULE D'UNE REFLEXION CLINIQUE : HISTOIRE DE RAFAEL	18
II. INTERETS ET PERSPECTIVES HISTORIQUES	20
A. HISTOIRE DE L'ENFANCE DELINQUANTE ET EVOLUTION LEGISLATIVE	20
1. Antiquité et Moyen-Âge	20
2. Époque Moderne	21
3. Époque Contemporaine	22
4. Évolution des différents pouvoirs ministériels en jeu dans l'intérêt de l'enfant des années 1920 jusqu'à la Libération ⁽¹²⁾	30
5. L'Ordonnance n° 45-174 de février 1945 relative à l'enfance délinquante : l'esprit, l'usage, l'évolution... ⁽¹³⁾	31
6. Les réponses judiciaires actuelles	36
B. PLACE DE LA PSYCHIATRIE INFANTILE FACE A LA DELINQUANCE JUVENILE AU COURS DE L'HISTOIRE	39
1. L'orthopédagogie, une contribution spécifiquement américaine à la psychiatrie infantile.....	39
2. Théories organicistes et constitutionnalistes.....	40
3. En France : De Georges Heuyer à Daniel Lagache	41
4. La prise en charge du jeune délinquant dans la première moitié du XX ^e siècle à Vienne : l'approche originale d'August Aichhorn :.....	43
III. EPIDEMIOLOGIE	44
A. LES DONNEES DE LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE	44
B. LES CONNAISSANCES EPIDEMIOLOGIQUES SUR L'ETAT DE SANTE DES MINEURS PLACES SOUS MAIN DE JUSTICE EN FRANCE	47
1. Méthodologie	48
2. Les enseignements de ces enquêtes	49
3. Ce que nous pouvons retenir de ces deux enquêtes.....	71
IV. QUELQUES ELEMENTS DE REFLEXION GENERAUX POUR APPREHENDER CETTE POPULATION	73
A. REGARD SOCIOLOGIQUE SUR LES DELINQUANCES JUVENILES ET LES ADOLESCENTS DIFFICILES	74

1. La question des données	75
2. Critères sociologiques	79
3. Toxicomanie et délinquance : des comportements liés ?.....	82
4. La problématique des « incasables »	83
B. APPROCHE CATEGORIELLE : DE LA PSYCHOPATHIE AU TROUBLE DES CONDUITES	87
1. Personnalité psychopathique : Organisation autour d'un triptyque existentiel	87
2. Définitions internationales.....	89
C. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DE LA VIOLENCE ET DU PASSAGE A L'ACTE.....	95
1. Définition de la violence selon l'OMS	95
2. L'agir et le passage à l'acte à l'adolescence.....	96
3. Les agissements délictueux	98
 2EME PARTIE : QUELLES SONT LES REPNSES ACTUELLES ? QUELLES COLLABORATIONS SANTE-JUSTICE ? SITUATIONS CLINIQUES ET ECLAIRAGES PSYCHOPATHOLOGIQUES.....	
I. SITUATIONS CLINIQUES.....	102
A. RAFAEL : JUSTICE OU INJUSTICES	102
1. La place de l'expert en pédopsychiatrie dans la prise en charge des mineurs en grande difficulté	107
2. L'intégration de la loi symbolique et du système juridique.....	112
3. Un contexte atemporel et déspatialisé	118
4. Une difficulté de mise en place de la différence générationnelle durant l'enfance.....	119
B. MARINE : LA LUTTE CONTRE L'EFFONDREMENT DEPRESSIF	120
1. Place et fonction de la dépression ⁽⁹⁵⁾	122
C. JASON : ITINERAIRE D'UN ENFANT « CABOSSE ».....	125
1. Les enfants victimes de violences familiales	126
2. Notion de carences et perturbations du lien précoce	127
3. Identification à l'agresseur.....	133
4. Notion de troubles cognitifs et de troubles des apprentissages	136
II. PRESENTATION ET ASPECTS CRITIQUES DES REPNSES ACTUELLES	140
A. LES CENTRES EDUCATIFS FERMES (CEF) : EXEMPLE DU MARQUISAT	140
1. Contexte de création	142
2. Le public pris en charge	143
3. Le personnel.....	143
4. Organisation et principes de prise en charge	143
5. La clinique rencontrée	144
6. Critique	144

B. LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES POUR MINEURS (EPM) : EXEMPLE DE L’EPM D’ORVAULT	145
1. Contexte de création	146
2. Le public pris en charge	146
3. Le personnel.....	147
4. Organisation et principes de prise en charge	147
5. La clinique rencontrée	148
C. LA STRUCTURE INTERSECTORIELLE POUR ADOLESCENTS DIFFICILES (SIPAD).....	149
1. Contexte de création	149
2. Le public pris en charge	149
3. Le personnel.....	150
4. Organisation et principes de prise en charge	150
5. La clinique rencontrée	150
6. Critique	150
D. UNITE KARIBU : UNE EXPERIENCE BELGE ^{(112) (113)}	151
1. Contexte de création	151
2. Le public pris en charge	151
3. Le personnel.....	152
4. Organisation et principes de prise en charge ⁽¹¹⁴⁾	153
3 ^{EME} PARTIE : SYNTHESE ET PROPOSITIONS	159
I. LA RENCONTRE ET LE TRAVAIL D’EVALUATION.....	161
II. LA SITUATION DE CRISE.....	163
III. LE TRAVAIL DE SUPERVISION – LA POSITION DE TIERS.....	164
IV. LE TRAVAIL EN RESEAU	167
L’EXEMPLE DU RESEAU D’OBSERVATIONS CROISEES EN LOIRE- ATLANTIQUE.....	167
V. EPILOGUE : A PROPOS DE RAFAEL.....	170
CONCLUSION	173
GLOSSAIRE	177
ANNEXES.....	179
BIBLIOGRAPHIE.....	189

INTRODUCTION

De tout temps, la délinquance infanto-juvénile est un sujet qui a suscité passions et controverses.

« *Un des problèmes sociaux les plus importants de notre époque est celui que pose l'augmentation du nombre des délinquants juvéniles et la gravité croissante de leurs délits. Législateurs, magistrats, médecins s'en préoccupent, dressent des statistiques et proposent des remèdes* ». Ainsi commence la thèse du Dr G. Heuyer, *Enfants anormaux et délinquants juvéniles*, soutenue en 1914 à la veille de son départ pour la guerre.⁽¹⁾

L'association du terme de psychiatre à celui de délinquance juvénile n'est pas sans poser problème. En effet, en quoi le psychiatre a-t-il affaire à cette question politique et juridique qu'est la délinquance ?

En effet, en tant que psychiatre d'enfants et d'adolescents, il peut sembler qu'il ne nous appartient pas de gérer les problèmes de délinquance qui sont du domaine de la loi. Toutefois, entendre et comprendre certaines manifestations comme l'expression d'un dysfonctionnement psychique et tenter de le prendre en charge peut apparaître légitime.

Dans la conception traditionnelle de la justice, l'expertise psychiatrique cherche à différencier le délinquant pleinement responsable du malade plus ou moins partiellement irresponsable, ce qui inscrit la réflexion dans une logique opposant soin et sanction, judiciarisation et psychiatisation. Bien que marquée par cette tradition, la justice des mineurs pose les choses de façon différente à cause des principes qui la fondent, en particulier avec l'ordonnance du 2 février 1945 sur l'enfance délinquante. La prise en compte de la personnalité du mineur et de son fonctionnement psychique occupe une place centrale dans la justice des mineurs, au point qu'il ne peut y avoir de réponse judiciaire chez le mineur qui ne comporte de volet éducatif et « protectionnel », associant soin et éducation, protection et sanction, adhésion et contrainte. Cette intrication entre approche judiciaire et approche « clinique » est une des spécificités de la justice française des mineurs, actuellement débattue.

Beaucoup de jeunes mineurs suivis dans le cadre d'un mandat judiciaire souffrent de difficultés psychiques réelles et reconnues même si elles n'entrent pas toujours dans les grilles nosographiques psychiatriques traditionnelles, c'est-à-dire dans les classifications de ces maladies. Leur comportement, leur violence à l'égard des autres ou d'eux-mêmes ou leur capacité à déstabiliser le fonctionnement institutionnel posent des problèmes récurrents aux établissements de soins comme aux structures médico-sociales ou aux établissements éducatifs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

Ces situations provoquent chez les professionnels un sentiment d'inquiétude et d'impuissance qui les conduit à se tourner vers les équipes de psychiatrie pour trouver des solutions. Or, très souvent les structures de soins psychiatriques ambulatoires comme hospitalières se jugent elles-mêmes peu adaptées pour répondre, sans support extérieur, aux problématiques de ces adolescents pris en charge par la PJJ, tout en reconnaissant une réelle souffrance psychique de ces jeunes.

Ces adolescents dits difficiles, en souffrance, qui sont à l'interface du psychiatrique, du judiciaire et du socio-éducatif, et dont l'expression clinique emprunte le masque comportemental de l'agir et de la destructivité, se trouvent le plus souvent en voie de marginalisation. Ils engendrent presque toujours chez les équipes soignantes, pédagogiques et judiciaires, qui s'en occupent, un hyper-investissement suivi de rejets et de ruptures avec souvent un renvoi sur d'autres filières de prise en charge, souhaitées plus « contenant ».

Face aux situations de refus répétés de prise en charge de ces jeunes, parfois qualifiés « d'incasables », un séminaire Santé Justice a été organisé les 25 et 26 mai 2000 par le ministère de la Santé et le ministère de la Justice qui souhaitaient réunir de nombreux professionnels, de la justice, de l'action sociale, de l'éducation, de la PJJ et de la santé, afin d'élaborer en concertation des réponses pertinentes pour la prise en charge des adolescents en grande difficulté.⁽²⁾

En 2005, une audition publique⁽³⁾, sous la direction de la Haute Autorité de Santé, réunissant un collège d'experts dans le domaine de la santé mentale, du droit et du social, tentait de déterminer des éléments faisant consensus, si tant est que cela puisse être possible,

pour définir et prendre en charge le sujet psychopathe et en particulier l'adolescent à comportement psychopathique.

Nous pouvons donc nous rendre compte que la souffrance psychique et les troubles graves du comportement des adolescents sont des thèmes qui interpellent régulièrement les pouvoirs publics mais on peut être étonné du décalage entre la prise de conscience des lacunes dans la prise en charge de ces jeunes et la mise en œuvre de solutions opérationnelles.

Pour notre part, l'intérêt pour ce sujet est venu d'une part de notre pratique clinique auprès d'enfants et d'adolescents. En effet, nous sommes de plus en plus confrontés à des sujets, enfants ou adolescents, qui présentent comme principal symptôme une violence extrême, incoercible, imprévisible, et semblant parfois sans limite dans la destruction réelle de l'environnement humain et matériel qu'elle attaque, comme s'ils n'avaient rien à perdre. Puis une demande de l'Observatoire International de la Justice Juvénile (OIJJ), qui proposait de réfléchir sur les collaborations possibles entre la justice juvénile et le système de soins dans la prise en charge des jeunes délinquants, a concrétisé l'envie de réfléchir sur cette question. Cette demande s'inscrivait dans le cadre du programme DAPHNE, portant sur une analyse européenne comparative et transfert de connaissances sur les ressources en santé mentale pour les jeunes délinquants.

Dans ce travail, il s'agit donc de s'interroger dans un premier temps en quoi le psychiatre pour enfants et adolescents a-t-il affaire à cette question politique et juridique qu'est la délinquance. Pour cela, nous tenterons de définir cette population à travers différents éclairages (épidémiologique, sociologique, psychodynamique...). Puis à travers des situations cliniques et éclairages psychopathologiques nous proposerons une analyse des réponses actuelles au travers différentes structures, réseaux et projets mis en œuvre. Enfin, nous exposerons des propositions concernant les différentes places que peut prendre le pédopsychiatre dans le parcours de jeunes délinquants.

Nous avons dû renoncer à parler de l'évolution de nos sociétés contemporaines et de leurs incidences sur la jeunesse, qui nécessiterait un travail plus approfondi au niveau sociologique, culturel, anthropologique, politique... approches pourtant très intéressantes pour la

compréhension du contexte général dans lequel se trouvent ces jeunes. Par ailleurs, nous n'aborderons pas en détail la question des conduites délictueuses sexuelles, ni celle des conduites addictives, qui nécessiteraient un travail spécifique.

1^{ère} PARTIE :
**LE PÉDOPSYCHIATRE A-T-IL DES RAISONS DE
S'INTÉRESSER AU JEUNE DÉLINQUANT ?**

« Les niais s'imaginent que les grosses dimensions des phénomènes sociaux sont une excellente occasion de pénétrer plus avant dans l'âme humaine ; ils devraient au contraire comprendre que c'est en descendant en profondeur dans une individualité qu'ils auraient chance de comprendre ces phénomènes ».

Marcel Proust⁽⁴⁾

I. PREAMBULE D'UNE REFLEXION CLINIQUE : HISTOIRE DE RAFAEL

Cette histoire commence un soir dans l'Etablissement de Placement Educatif (EPE), où Rafael, suite à une frustration et dans un contexte de rapproché corporel pour tenter de le contenir, frappe plusieurs membres du personnel, poussé par le reste du groupe de jeunes, globalement plus âgés, à passer à l'acte. Il s'en suit un état d'excitation psychomotrice avec hétéroagressivité, mais également mise en danger, Rafael menaçant de sauter par la fenêtre. Devant la situation, l'équipe éducative appelle le SAMU et un transfert aux urgences est organisé. Toujours dans un état d'extrême violence, une sédation médicamenteuse est réalisée. Dans ce contexte, les éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) du foyer expriment leur profonde réticence à un retour de Rafael dans la structure et celui-ci est alors transféré dans le service d'hospitalisation intersectoriel de pédopsychiatrie.

C'est donc le lendemain de cette soirée agitée que je fais sa rencontre. Rafael, jeune garçon de 13 ans et demi, au visage enfantin mais à la recherche d'une allure de « caïd » se présente étonnamment calme voire apaisé. L'absence de possibilité de fumer ou d'utiliser son téléphone portable dans le service semblent les seuls points pouvant susciter une opposition chez Rafael, mais finalement celui-ci se plie assez facilement au cadre. Rafael, lors de nos entretiens, se montre plutôt sensible à l'échange, mais est corporellement instable, avec la nécessité de se lever régulièrement et d'aller toucher tous les objets de la pièce, comme un tout petit explorerait un nouvel environnement. De la même manière, il semble incapable de s'occuper seul et il est constaté dans l'unité qu'il est dans une recherche permanente d'être l'unique centre d'intérêt des adultes, ce qui le pousse à monopoliser les soignants par tous les moyens. Il devient extrêmement défensif lorsque sont abordés des éléments de son histoire jusqu'au besoin de fuir physiquement. Les temps de rencontre plus informels sont l'occasion d'avoir tout de même un peu accès à son vécu. Il apporte quelques bribes de son histoire, mais cela reste très parcellaire. Par ailleurs, rencontrer le père de Rafael s'avère

difficile, celui-ci étant à la fois dépassé par le comportement de son fils mais aussi souvent rejetant voire abandonnique. Enfin, lorsque je tente de retracer son parcours institutionnel, l'exercice n'est pas aisé tant il est émaillé de ruptures.

Il est alors proposé une hospitalisation courte de deux-trois jours afin que Rafael garde une empreinte d'un lieu contenant de ses angoisses, de ses pulsions... et permettant peut être de faire émerger, dans un deuxième temps, une demande pour revenir de lui-même.

Rapidement une réunion de concertation pluridisciplinaire est donc organisée et l'on est alors étonné du nombre d'intervenants différents mobilisés autour de cette situation, comprenant des professionnels éducatifs de l'EPE, du Service Territorial Educatif en Milieu Ouvert (STEMO), de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), de la Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), ainsi que les psychologues respectifs de ces services et un médecin pédopsychiatre de secteur. Les regards croisés permettent de mettre en lumière plus précisément le parcours de Rafael. C'est donc à travers le récit de tiers, presque plus qu'à travers celui de l'adolescent que j'ai pu me faire une idée plus précise de l'histoire de Rafael et de ses troubles du comportement.

On voit à travers cette situation clinique, qui sera développée dans la deuxième partie que, de fait, il est demandé au psychiatre pour enfants et adolescents de s'intéresser aux jeunes délinquants.

C'est donc de cette rencontre singulière que sont apparues mes interrogations sur la place du pédopsychiatre dans le parcours de ces jeunes, et que ma curiosité pour ce sujet s'est peu à peu aiguisée.

Nous nous sommes intéressés, dans un premier temps, à l'aspect historique de la prise en charge de l'enfant délinquant, aux évolutions législatives et historiquement, l'arrivée de la pédopsychiatrie dans le monde de la justice.

II. INTERETS ET PERSPECTIVES HISTORIQUES

Il semble essentiel pour comprendre les mesures concernant les jeunes qui se mettent en infraction avec les lois du moment, de se remémorer, au travers des législations et institutions qui jalonnent l'histoire, le regard que la société, à des périodes différentes, porte sur cette jeunesse.

Nous allons donc retracer dans un premier temps une histoire des représentations de l'enfant délinquant, puis nous aborderons les liens complexes que celui-ci noue avec la psychiatrie infantile.

A. HISTOIRE DE L'ENFANCE DELINQUANTE ET EVOLUTION LEGISLATIVE

Retracer une histoire du comportement de la société française face à l'enfance délinquante n'est pas un exercice aisé. Les différents discours qui tentent de cerner la complexité du jeune délinquant, évoluant au cours du temps, entraînent une redéfinition perpétuelle des institutions les prenant en charge.

Par ailleurs, cette évolution n'est pas linéaire, il y a régulièrement des retours en arrière et des pauses dus aux conditions politiques ou économiques. Nous allons tenter ici de les retracer.

1. Antiquité et Moyen-Âge

Il semble que déjà dans la Loi des XII tables, le premier corpus de lois romaines écrites, une atténuation de peine était consacrée à l'impubère, celui-ci étant distingué du pubère par l'examen des organes génitaux. L'impubère était alors considéré comme celui qui sait mal ou qui ne sait pas.⁽⁵⁾

Les droits médiévaux seront influencés par le droit romain, les jeunes bénéficiant de réduction de peine.

Ainsi du droit romain jusqu'à l'Ancien Régime, l'enfant est considéré comme un adulte en miniature ayant un régime marqué par l'atténuation du droit strict et non par l'application

d'une règle de droit particulière. Seul l'« *Infans* », mineur âgé de moins de sept ans, bénéficie d'une irresponsabilité pénale absolue.

2. Époque Moderne

Du début de l'Ancien Régime aux lendemains de la Révolution Française, on commence à voir un changement dans la prise en charge de l'enfance délinquante, et ceci à travers l'apparition d'un intérêt pour l'enfant et l'adolescent.

Le Siècle des Lumières - XVIII^e siècle

L'enfant s'individualise progressivement avec les débuts de l'Éducation sous l'influence des Encyclopédistes (publication en 1757 du *Fils naturel* de Diderot), et de Jean-Jacques Rousseau (parution de l'ouvrage *Émile ou De l'éducation* en 1762). L'enfant cesse d'être un divertissement ou une gêne, il devient un être à éduquer.⁽⁶⁾

La question de l'éducation est, cependant, source de contradictions entre une vision qui prône une éducation comme ennemie de la violence et de la contrainte, dans l'intérêt de l'enfant, et un courant moins philanthropique qui voit l'éducation comme un moyen de rendre l'enfant plus docile et travailleur, dans l'intérêt de la société. Il est probable que cette contradiction ait été d'autant plus marquée lorsqu'il s'agissait d'enfants abandonnés, vagabonds ou délinquants, à la charge de l'État.⁽¹⁾

En lien avec la philosophie des Lumières, la justice au XVIII^e siècle se pense progressivement dans un rapport de modération et d'éducation.

On retrouve dans les cahiers de doléances adressés aux États Généraux de 1789, dans le contexte de la Révolution française, de nombreuses demandes en faveur de la création d'établissements d'éducation pour les enfants abandonnés et vagabonds.

Mais, c'est avec le Code Criminel de 1791, rédigé par l'Assemblée Constituante, que l'on voit apparaître la notion « d'excuse de minorité » avec la détermination de l'âge légal de la minorité pénale fixé alors à seize ans. Par ailleurs, bien qu'il n'existe pas encore de juridictions spécialisées, la possibilité de prononcer des mesures éducatives ou des peines atténuées est

laissée à l'appréciation du juge. Ce code introduit également la notion de discernement défini par le législateur comme « *la faculté que possède une personne de savoir si un acte accompli par elle est bon ou mauvais, susceptible ou non de punition, et de même que pour l'intelligence ou la volonté, il serait logique d'admettre que cette faculté se développe progressivement et qu'il est des périodes où elle existe très peu ou pas du tout* ». ⁽⁷⁾

Il apparaît donc une distinction entre les mineurs « discernants » censés être responsables de leurs actes et donc condamnés à des peines d'emprisonnement atténuées, et les « non-discernants » acquittés et remis à leur famille ou, si celle-ci est jugée défailante, placés dans une maison d'éducation correctionnelle pour y être « détenu et élevé ». ⁽¹⁾

Ainsi, avec la création de maisons de correction, est envisagée la séparation des mineurs et des majeurs dans les prisons.

Ces différents points seront repris dans les articles 66 et 67 du Code Pénal de 1810, consacrés aux délits des mineurs.

On voit donc apparaître une différence de traitement des mineurs délinquants par rapport aux adultes, envisagée en théorie. Toutefois, dans les faits, il faudra de nombreuses années avant de voir la création d'établissements distincts.

3. Époque Contemporaine

On assiste progressivement, au cours de cette période, à la remise en cause du modèle de l'enfermement, puis le glissement de l'enfance coupable à l'enfance inadaptée et l'essor de nouvelles politiques préventives et éducatives.

a. XIX^e siècle

Le XIX^e siècle prolonge et amplifie les mouvements amorcés au siècle précédent, non sans singularités. D'un côté, il conforte la différenciation du traitement pénal de la jeunesse par

rapport à celui de l'adulte ; de l'autre, il consacre un dispositif d'encadrement moral et institutionnel de type pénitentiaire.

Les droits de l'enfant, tels que nous les comprenons aujourd'hui, sont encore bien loin dans les esprits, même les plus généreux.

En effet, malgré l'esprit du projet de 1791 qui considérait que la pénalité devait être éducative et utile, et plus que d'expiation, il s'agissait de « rendre le détenu meilleur par le bienfait du travail, de l'apprentissage », la prison reste dans les faits, pendant de nombreuses années, la réponse privilégiée vis-à-vis des enfants discernants ou non.⁽⁷⁾

En 1819, un arrêté ordonne la création de quartiers spéciaux pour les mineurs en prison, mais restera de nombreuses années sans effet.⁽¹⁾

À partir de la Restauration, le sort des jeunes détenus redevient une préoccupation d'Etat. Dans l'ordonnance du 18 août 1814, le Roi Louis XVIII expose : « *Nous étant fait rendre compte de la situation des jeunes condamnés et sachant que, répartis dans plusieurs prisons, ils y sont confondus avec des coupables vieillis dans le crime ; que ces jeunes condamnés plus susceptibles que les autres de reconnaître leurs erreurs et de mériter de rentrer dans la société non seulement sans danger, mais étant dignes de reprendre leur rang, doivent être l'objet de notre sollicitude... et séparés des adultes* ». La suite se trouve dans l'ordonnance de septembre 1814 « *portant création d'une commission chargée d'établir et de présenter un projet de prisons d'amendement pour les jeunes détenus* ».⁽¹⁾

b. 1830-1860 : des enfants à amender

Il faudra toutefois attendre la Monarchie de Juillet pour voir apparaître ces prisons d'amendement comme les Madelonnettes et surtout la Petite Roquette qui s'inspire à la fois des règles monacales et du modèle du panoptique de Bentham dans sa construction. On y observe un isolement cellulaire, un système progressif reposant sur la crainte de la punition et l'attrait de la récompense, le travail en atelier le jour, le silence et le recueillement, une instruction élémentaire, morale et religieuse. Dans les faits, les mineurs y sont beaucoup plus détenus qu'éduqués. Plus qu'un lieu d'amendement, le séjour souvent de plusieurs années dans cette maison d'éducation correctionnelle sera un temps d'expiation, de repentir et de révolte.

Ce régime se perpétuera jusqu'en 1865, la Petite Roquette deviendra alors une maison d'arrêt pour mineurs jusqu'en 1932.⁽⁷⁾

Une autre réalisation, quasi contemporaine des précédentes, sera celle des colonies pénitentiaires agricoles. « *Sauver le colon par la terre, et la terre par le colon* ». Cette formule de Charles Lucas, inspecteur général des prisons et théoricien de la science pénitentiaire, symbolise parfaitement le courant des colonies agricoles dont la plus célèbre fut celle de Mettray, fondée en 1839 près de Tours par le magistrat Frédéric-Auguste Demetz. Celui-ci définit ainsi le rôle de la colonie : « *Enlever ces enfants à la corruption des villes pour les ramener aux principes fondamentaux des sociétés primitives : la salubrité, l'ordre, la moralisation, l'économie* ». ⁽⁷⁾

La discipline y est stricte et associée à une éducation soutenue par un personnel formé, puisqu'on y trouve également une « école préparatoire » destinée à la formation du personnel, précurseur du concept d'éducateur. Pour Demetz et ses collaborateurs, ce qui comptait surtout était de « *faire des hommes honnêtes, aptes à prendre rang, suivant leurs aptitudes diverses, parmi les gens de bien de toutes les conditions* ». Pour cela, « *les fondateurs de cette colonie se sont surtout appliqués à inculquer aux jeunes détenus des notions de morale pratique et de sociabilité. Ce n'est dès lors, à Mettray, ni le sentiment religieux que l'on appelle à dominer l'enseignement, ni même l'intelligence que l'on cultive avec le plus grand soin. L'enseignement intellectuel y est faible, l'enseignement religieux secondaire. Ce qu'on applique à développer, ce sont les sentiments du juste, l'amour de la famille, les affections ou, pour me servir d'un mot de Gall, l'affectuosité* ». Demetz, pédagogue inspiré, semblait avoir perçu l'importance de la vie affective dans la formation de la personnalité.⁽¹⁾

Mais, avec les changements de directeur, le projet se déroulera dans un univers qui s'inspire plus de la discipline militaire et pénitentiaire que de la vie familiale.

Par ailleurs, alors que la Monarchie de Juillet se dégrade, le régime durcit sa position à l'égard des mineurs. En décembre 1840, le Ministre de l'Intérieur M. Duchâtel expose ainsi: « *Il peut être utile, dans un intérêt général, qu'on sache bien que tout enfant, même acquitté comme ayant agi sans discernement, commencera par être renfermé dans une prison et soumis à un régime bienveillant sans doute, mais sévère* », « *la société est obligée d'agir ici d'après un autre principe que celui de la charité* ». ⁽¹⁾

La loi du 5 août 1850 sur *L'Education et le patronage des jeunes détenus*, très inspirée par l'expérience de la colonie de Mettray, ne remet pas en cause le statut légal du mineur de justice, mais affirme la nécessité de l'éducation correctionnelle des jeunes détenus. Elle institue trois catégories d'établissements :

- Les établissements pénitentiaires accueillant les mineures enfermées au titre de la correction paternelle, le père pouvant en vertu de l'article 376 du Code Civil de 1804 demander l'enfermement de son enfant pour une durée déterminée (un à six mois).
- Les colonies pénitentiaires, publiques ou privées, qui reçoivent des mineurs acquittés pour manque de discernement en vertu de l'article 66 du Code Pénal et des jeunes condamnés dont la peine est comprise entre six mois et deux ans d'emprisonnement.
- Les colonies correctionnelles, qui reçoivent les mineurs condamnés à plus de deux ans d'emprisonnement et ceux qui, dans les colonies pénitentiaires, sont déclarés insubordonnés.

La loi laisse entendre par ailleurs que l'État se substituera à l'initiative privée si le besoin s'en fait sentir.

c. 1860-1890 : des enfants à discipliner et redresser

À partir de 1860, l'image de l'enfant pauvre et vagabond des villes, de « *l'innocent coupable* » de Demetz, laisse la place à celle beaucoup plus inquiétante de l'enfant criminel, inamendable. Le regard posé sur l'enfant de justice change et l'on assiste à un glissement idéologique. Le courant positiviste se développe notamment en criminologie avec la théorie du « *criminel né* » de César Lombroso, l'idée étant que le délinquant porte sa criminalité dans son propre patrimoine génétique.⁽⁷⁾

Rapidement, on observe un passage des structures correctionnelles vers un mode de fonctionnement uniquement disciplinaire et répressif pur, sans visée éducative. Dans un congrès de 1890 on retrouve ces mots : « *Il faut soumettre l'enfant, s'il continue à fauter, c'est que la discipline n'est pas suffisante* ».

Comme le prévoyait la loi de 1850, l'Administration Pénitentiaire va ouvrir ses propres colonies et entériner le déclin du secteur privé. Ce sera la création des colonies des Douaires, de Saint-Hilaire en 1860, de Saint-Maurice en 1872, de Belle-Île en 1880, d'Aniane en 1885.

On voit alors progressivement l'industrie s'introduire dans ces structures privées qui se conçoivent alors à des fins exclusives de rendement.

Le secteur privé n'est pas le seul à s'occuper de l'enfance malheureuse. Le décret du 19 janvier 1811 crée l'Assistance Publique et, à la suite de la loi révolutionnaire du 14 juillet 1793 faisant des enfants abandonnés « *les enfants naturels de la Patrie* », confie à la Nation l'entretien de différents publics : enfants trouvés, abandonnés, orphelins pauvres (les « pupilles ») et les enfants en dépôt placés provisoirement⁽⁸⁾.

Il faut cependant noter, qu'au cours du XIX^e siècle, l'enfance abandonnée sera souvent assimilée à l'enfance délinquante. Les représentations de l'enfance abandonnée sont empreintes de préjugés héréditaristes. Dès lors, l'éducation des enfants de l'Assistance Publique n'est pas exempte, à cette époque-là, d'une dimension punitive et d'un régime répressif sévère. Les enfants les plus difficiles voient s'ouvrir les portes des maisons de correction et colonies pénitentiaires, en l'absence même de toute infraction pénale et hors du cadre légal puisque ces institutions sont initialement destinées aux enfants de justice, acquittés, condamnés ou en correction paternelle.⁽⁹⁾

Ainsi l'État, oscillant entre paradigme assistanciel, caritatif, et doctrine de la défense sociale dans un mouvement sécuritaire, étend son contrôle sur l'enfance délinquante et élargit le panel des mesures disponibles, entre charité et répression.

d. Fin XIX^e : des enfants à protéger

À la fin du XIX^e siècle, on voit émerger des considérations accrues pour la « question sociale », l'enfance, l'éducation. Par ailleurs, un nouveau courant criminologique français met

en lumière des causes sociales de la délinquance. Le docteur Lacassagne écrit en 1895 « *la société a les criminels qu'elle mérite* ». ⁽⁷⁾

Ainsi, à côté du champ pénal, mais aussi en lien avec celui-ci, un champ social est aménagé, à partir d'une collaboration théorique entre justice et assistance, dans une optique de prévention de la délinquance. Deux lois, l'une votée en 1889 et l'autre en 1898, s'inscrivent dans cette réflexion.

La loi du 24 juillet 1889 sur « *la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés* » établit des mesures de déchéance de la puissance paternelle lorsque la santé et/ou la moralité de l'enfant semblent compromises mais aussi des mesures de délégation de cette puissance à l'autorité administrative qui a recueilli l'enfant moralement abandonné. Ces mesures concernent donc les parents qui se sont rendus coupables d'infractions vis-à-vis de leur enfant. Cette loi opère ainsi un renversement doctrinal où l'enfant menacé de correction paternelle peut être considéré comme victime et non plus comme coupable.

La loi du 19 avril 1898 sur « *la répression des violences, voies de fait et attentats commis contre des enfants* » autorise les premières mesures de placement en donnant la possibilité au juge de confier la garde de tout mineur victime à un parent, à une personne autre, à une institution charitable ou à l'Assistance publique et ainsi des jeunes, auteurs de crime ou délit, peuvent être placés dans des institutions dépourvues de caractère pénal ⁽⁸⁾.

Ce nouveau courant s'inscrit alors dans les premiers travaux sur la psychologie de l'enfant et du mouvement de la défense sociale qui, s'opposant à la notion de « criminel né », propose celle de l'étude de la personnalité du délinquant et la nécessaire individualisation de la peine.

On voit progressivement la réponse du juriste s'accompagner de celle du médecin, du sociologue, du psychologue...

e. XX^e siècle

Dans la continuité des mesures prises à la fin du XIX^e siècle, le début du XX^e siècle est marqué par une prise de conscience du **particularisme du droit pénal des mineurs**.

L'idée d'une protection renforcée apparaît avec la loi du 12 avril 1906 qui diminue le régime répressif et favorise l'émergence de mesures éducatives. Elle élève également l'âge de la majorité pénale de 16 à 18 ans et fixe à 21 ans l'âge jusqu'auquel peuvent se poursuivre les mesures d'éducation.

Les changements de pratiques dans le champ juridique légitiment un savoir médico-psycho-pédagogique sur l'enfance délinquante. Notons que le premier « tribunal pour enfants » ouvre à Chicago en 1899 : il s'agit d'une institution autonome qui fonde son jugement sur une expertise à partir de questions pédagogiques, éducatives, sociales et médico-psychiatriques plus que sur l'acte. En Europe, la Belgique est le premier pays à instaurer ce système, dans la loi du 15 mai 1912 sur la protection de l'enfance : le Tribunal pour enfant, autonome, étaye ses prises en charge sur un « institut médico-pédagogique », institut de recherche tentant de fonder une pratique de l'observation afin d'établir un diagnostic précis et scientifique sur l'éducabilité et la curabilité des jeunes en situation de déviance.

La même année en France, la loi du 22 juillet 1912, portée par les comités de défense des enfants traduits en justice, composés de juristes, de médecins, de pédagogues, institue la création d'une juridiction spécialisée, le tribunal pour enfants et adolescents, et présente quelques innovations. Ainsi, elle prévoit pour le juge d'instruction de procéder à une enquête autant sur les faits, que sur la situation morale du jeune et de sa famille, ce que préfigurait la loi de 1898, et elle instaure la mesure de liberté surveillée qui introduit l'idée de probation, une sorte de temps d'épreuve qui permet de tenter le maintien du jeune dans son environnement familial.

Même si on constate que bien souvent les magistrats ont été réticents à rompre avec leurs pratiques pour se saisir de ce nouvel outil, on voit que la vision répressive dans la prise en charge des jeunes délinquants s'estompe.

Par ailleurs, c'est le secteur privé qui, au lendemain de la Première Guerre Mondiale, sera à l'origine des premières activités de dépistage et d'orientation, en relation étroite avec le tout jeune courant de neuropsychiatrie infantile. On retient, en particulier, la création en 1925 de la clinique de neuropsychiatrie infantile du docteur Heuyer au sein du Patronage Rollet, une fondation privée qui prend en charge les mineurs délinquants, pour « *examiner les enfants du Patronage et de sa consultation, et faire, en même temps, un enseignement pour intéresser les médecins au problème social de la délinquance infantile* »⁽¹⁰⁾. Ainsi, un laboratoire de psychologie est mis en place très tôt dans le service.

La psychiatrie infantile se développe donc sur un pôle médical et sur un pôle psychosocial⁽¹¹⁾, et la justice apparaît comme la première instance de légitimation de la psychiatrie de l'enfant à cette époque.

Le foisonnement théorique en pédopsychiatrie et en psychologie de l'enfant, l'observation directe des enfants dans le cadre de la liberté surveillée, plus généralement la technique de l'observation médico-pédagogique dans le champ judiciaire font que la responsabilité parentale dans l'équilibre psychique des enfants est reconnue. Le juge des enfants, l'officier de probation et le psychologue se penchent sur la généalogie sociale du crime et mettent les familles dysfonctionnelles sous le regard des institutions sanitaires et sociales. De social, le regard juridique se fait de plus en plus médical et médico-psychologique. Et cela d'autant plus que la question de l'enfance abandonnée est elle-même sanitarisée par le biais des décrets-lois de 1935 qui dépénalisent le vagabondage des mineurs⁽⁸⁾.

Si le milieu ouvert est normalement préconisé, des institutions fermées perdurent, paradoxalement renforcées par le vaste réservoir de jeunes placés à l'épreuve de la liberté surveillée. La médiatisation de la révolte des colons et le regard péjoratif que la société porte sur les « bagnes d'enfants » aboutissent à la fermeture en 1937 de Mettray, dernière colonie pénitentiaire française⁽¹⁾.

4. Évolution des différents pouvoirs ministériels en jeu dans l'intérêt de l'enfant des années 1920 jusqu'à la Libération ⁽¹²⁾

Trois acteurs publics sont à considérer :

- Le ministère de la Justice est le plus ancien, et sans doute aussi le plus légitime en matière d'enfance délinquante et plus largement d'ordre public. C'est en son sein que s'est lentement construit le droit des mineurs, la défense sociale, l'éducation surveillée en attendant la protection judiciaire de la jeunesse.
- Le ministère de l'Éducation nationale, ainsi nommé depuis 1932, se définit par sa mission civilisatrice. Cependant, celle-ci bute tout à la fois sur l'existence de courants pédagogiques alternatifs, catholiques ou simplement proactifs, sur la découverte de la « débilite intellectuelle » et, corollairement, la révélation d'une indiscipline du comportement à l'école, tous phénomènes qui, cumulés, ruinent les bases du projet scolaire. C'est un acteur très légitime, mais à ces dates, il reste relativement marginal dans le domaine de l'enfance difficile.
- Enfin le ministère de la Santé publique n'a guère de compétences en début de période (hormis l'assistance publique et le contrôle sanitaire des établissements), mais bénéficie dès le régime de Vichy d'une valorisation inattendue, au nom d'alliances conjoncturelles familialistes et contre l'école publique. C'est lui qui va offrir toute sa place à la modernité médico-psychiatrique dans le diagnostic comme dans le traitement de l'enfance « irrégulière ».

Ainsi pendant la première moitié du XX^e siècle, la légitimation de la psychiatrie de l'enfant se fait dans un lien fort avec le ministère de la Justice. Le ministère de la Santé Publique prend le relais sous Vichy, mais l'Etat à la Libération ne laissera pas la Santé « s'approprier » le secteur de la justice des mineurs. On observe ainsi un rééquilibrage des pouvoirs ministériels à travers l'Ordonnance de février 1945 qui rappelle les prérogatives des magistrats.

5. L'Ordonnance n° 45-174 de février 1945 relative à l'enfance délinquante : l'esprit, l'usage, l'évolution...⁽¹³⁾

Plus qu'une révolution, l'Ordonnance de 1945 apparaît comme l'aboutissement d'une longue série de débats et de réformes autour de l'enfant délinquant qui remontent, comme nous venons de le voir, à la fin du XIX^e siècle.

J. Bourquin⁽¹⁴⁾, anciennement directeur de la PJJ, rappelle qu'au sortir de la Seconde Guerre Mondiale, on se trouve dans une problématique de rééducation et de sauvetage de cette enfance dont l'exposé des motifs de l'Ordonnance de 1945 souligne combien elle est indispensable au pays : « *Il est peu de problèmes aussi graves que ceux qui concernent la protection de l'enfance, et parmi eux, ceux qui ont trait au sort de l'enfance traduite en justice. La France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut faire des êtres sains.* »

C'est donc dans ce contexte de reconstruction du pays, tant sur le plan matériel que sur le plan moral, et face à une forte croissance de la criminalité juvénile, que le gouvernement provisoire de la République met en place une justice des mineurs novatrice à l'égard des enfants et adolescents délinquants.

Dans l'exposé des motifs de l'ordonnance, le législateur signifie sa volonté de « *se dégager des cadres traditionnels de notre droit* » et de s'appuyer sur « *le progrès de la science pénitentiaire d'une part, les données expérimentales fournies par l'application de la loi d'autre part, les conceptions nouvelles qui se sont fait jour sur le plan psychologique et pédagogique* ».

Le délit commis par un mineur est alors considéré avant tout comme un symptôme, et la justice doit agir selon un modèle « thérapeutique » avec l'apport des sciences sociales, médicales et psychologiques, qui doivent être sollicitées avant toute décision.⁽¹⁵⁾

Ainsi, « *Le juge des enfants devra obligatoirement – sauf circonstances exceptionnelles, justifiées par une ordonnance motivée – procéder à une enquête approfondie sur le compte du mineur, notamment sur la situation matérielle et morale de la famille, sur le caractère et les antécédents de l'enfant, car ce qu'il importe de connaître c'est bien plus que le fait matériel reproché au mineur, sa véritable personnalité, qui conditionnera*

les mesures à prendre dans son intérêt... L'enquête sociale sera complétée par un examen médical et médicopsychologique sur l'importance duquel il n'est point nécessaire d'insister ».⁽¹⁶⁾

Il ne s'agit plus alors de punir, par un système de peines, un sujet qui a réalisé un acte volontaire avec discernement, il s'agit de révéler la causalité à l'origine de cet acte grâce à un examen de personnalité qui permettra de prendre la mesure la plus adaptée, afin de traiter cette origine sociale, psychologique et familiale.

De plus, en affirmant l'irresponsabilité pénale du mineur, le législateur en 1945 entend affirmer la responsabilité du monde adulte à son égard, ainsi que la spécificité du temps de l'enfance.

La priorité à l'éducatif est clairement posée, et le décret du 1^{er} septembre 1945, sur « L'Éducation Surveillée », rebaptisée « Protection Judiciaire de la Jeunesse » en 1990, met en œuvre ces grands principes éducatifs. Les missions de la PJJ sont d'apporter les informations nécessaires et utiles à la prise de décision du juge des enfants et de mettre en œuvre les mesures ordonnées par celui-ci dans la perspective de protéger, éduquer et sanctionner.

En 1958, le domaine d'intervention de la justice des mineurs est étendu en matière civile à l'enfance en danger. L'Ordonnance du 23 décembre 1958 donne compétence au juge des enfants pour prendre des mesures éducatives à l'égard des jeunes en danger. Elle est définie dans l'article 375 du Code Civil : « *Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice à la requête des père et mère conjointement, ou l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public* ».

Parallèlement, cette période voit aussi le renforcement de l'apport psychiatrique dans le champ de la « subnormalité », via l'affirmation de la « psychopédagogie médico-sociale ». En se démarquant de la psychiatrie hospitalière, les pédopsychiatres s'imposent comme conseillers des services de l'action sociale. Ils sont soutenus par des associations de parents, qui entendent éviter à leurs enfants l'hospitalisation, via l'ouverture de centres de rééducation et d'associations⁽¹⁷⁾. Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) sont réglementés en

1963. La création des intersecteurs de pédopsychiatrie en 1972 consacre l'institution pédopsychiatrique comme lieu d'échanges et d'exercices de savoirs et savoir-faire médico-psycho-pédagogiques⁽¹¹⁾.

Depuis sa promulgation, l'Ordonnance du 2 février 1945 a été modifiée à maintes reprises. Des réformes successives et par petites touches vont appliquer des dispositions normalement adaptées aux majeurs, et marquer une déspecialisation progressive de la justice pénale des mineurs.

Cependant jusqu'aux années 1990, le modèle thérapeutique n'est pas remis en cause.

Les parquets, dont le rôle est renforcé dans la prévention de la délinquance, dispose d'un arsenal de mesures alternatives aux poursuites telles que la médiation pénale, l'injonction thérapeutique, le classement sous conditions, les mesures de réparations à l'égard de la victime ou dans l'intérêt de la collectivité...

Mais au milieu de cette décennie, les réformes de l'Ordonnance de 1945 prennent une autre tournure, marquée par une philosophie pénale alternative, venue d'outre-atlantique, qui considère que le modèle thérapeutique crée chez le mineur un sentiment d'impunité, et a donc la volonté d'une plus grande coercition et une rapidité dans le traitement des procédures.⁽¹⁵⁾ C'est dans ce contexte que Laurent Mucchielli⁽¹⁸⁾, sociologue, analyse le retour progressif des centres fermés. La création des Unités Educatives à Encadrement Renforcé (UEER) en 1996, transformées en 1999 en Centres Educatifs Renforcés (CER), conduit à la loi Perben du 9 septembre 2002, créant les Centres Educatifs Fermés (CEF). Il y aurait un changement paradigmatique important : la finalité du CEF n'est plus éducative, contrairement au CER, même si le contenu reste éducatif, le but visé serait l'enfermement. Par ailleurs, le dispositif réintroduit la possibilité de mettre en détention provisoire des mineurs de moins de 16 ans auteurs de simples délits, ce qui avait été supprimé par l'Ordonnance du 2 février 1945

En effet, la loi du 9 septembre 2002, dite loi Perben I, s'inscrit dans un contexte politique et social bien différent de celui de 1945 ; au souci de protection de l'enfance qui sous-tend le texte initial se substitue celui de la défense de l'ordre public et des victimes, avec la nécessité de réaffirmer la valeur de la sanction, introduisant la notion de « sanction éducative », face à une

délinquance des mineurs dont la progression inquiète. Elle reformule également le principe de la responsabilité du mineur, en la fondant non plus sur l'âge mais sur ses capacités de discernement. Par ailleurs, en plus des CEF, elle amène aussi la création des Établissements Pour Mineurs (EPM).

La loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, a profondément remanié l'Ordonnance du 2 février 1945 sur l'enfance délinquante. Cette loi place le maire au centre du dispositif de prévention de la délinquance, en lui permettant d'être informé des difficultés sociales, éducatives ou matérielles d'une personne ou d'une famille, et ceci en dépit du secret professionnel des travailleurs sociaux. Ce texte est à articuler avec les dispositions relatives à l'enfance en danger, réformées également le 5 mars 2007. L'orientation revendiquée est un clivage et une distinction entre enfance en danger et enfance délinquante, le conseil général étant chargé de la première, le maire et la PJJ de la seconde.

Placée avant tout sous le signe de la répression, la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance a été suivie rapidement par la loi du 10 août 2007 de lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, qui confirme la tendance répressive, en instaurant des « peines planchers » en cas de récidive légale, peines planchers qui s'établissent à la moitié de celles prévues pour les adultes et en remettant en cause le principe de l'excuse de minorité pour les plus de 16 ans récidivistes, qui peuvent alors encourir les mêmes peines que les majeurs récidivistes.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a, quant à elle, renforcé le rôle du conseil général. La cellule de recueil et de traitement des informations préoccupantes, placée sous l'autorité du président du conseil général, est chargée de l'examen des signalements. La mise en œuvre des décisions administratives (par exemple : suivi social, action éducative à domicile...) est confiée aux services du département, qui interviennent sur la base de l'accord de la famille et du mineur. Dans un second temps ou si aucune mesure administrative ne peut être prise (par refus de la famille par exemple), un signalement au parquet est effectué, et le juge des enfants peut, après avoir sollicité l'adhésion de la famille, imposer ses décisions en matière d'assistance éducative. Elles comportent des mesures d'investigation (enquête sociale, investigation-orientation éducative (IOE)), le placement en

foyer ou famille d'accueil et l'assistance éducative en milieu ouvert. On peut voir dans cette réforme, au-delà d'un simple glissement vers l'administratif, un réel désengagement du judiciaire dans le domaine de la protection de l'enfance et plus généralement, la fin d'une justice des mineurs spécialisée, comme en témoigne la proposition du Garde des Sceaux en 2007 d'une scission entre les fonctions civiles et pénales.⁽¹⁹⁾

Mais les spécificités des problématiques de l'enfant et de l'adolescent peuvent-elles être prises en compte en dehors de cette logique d'intervention complémentaire entre protection et répression ?

On peut enfin conclure que l'on observe un accroissement constant des échanges institutionnels au travers de la prise en charge des adolescents difficiles et en difficulté.

C. Blatier, psychologue clinicienne, souligne l'accroissement de ces liens unissant la justice des mineurs et la psychiatrie. Les « incasables », aux confins de la psychiatrie et de la délinquance et ne relevant pas à strictement parler de l'une ou de l'autre, font l'objet d'un renvoi d'une institution à une autre. Les enjeux de pouvoir se complexifient encore, du fait que le juge des enfants peut prendre une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) dans un service hospitalier. Toutefois cette décision ne peut être prise « *qu'après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours* » selon l'article 375-9 du Code Civil ; « *cette mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable* ». Par ailleurs, le manque de structures d'hospitalisation en psychiatrie de l'enfant, dans les suites du mouvement de sectorisation, rejoint dans le domaine judiciaire, l'insistance sur le milieu ouvert. Enfin, des commissions départementales nouvellement créées s'efforcent de trouver des solutions originales, à la marge des dispositifs de chacun, et la psychiatrie infanto-juvénile voit une augmentation de sa capacité d'accueil des adolescents, et un accroissement de ses capacités de consultation et d'hospitalisation⁽²⁰⁾.

6. Les réponses judiciaires actuelles

Au vu des différentes évolutions législatives dans le traitement des jeunes délinquants, nous faisons un rappel rapide des réponses actuelles en matière pénale pour un mineur en infraction avec la loi.

« Les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils ont été reconnus coupables, dans des conditions fixées par une loi particulière qui détermine les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation dont ils peuvent faire l'objet. Cette loi détermine également les sanctions éducatives qui peuvent être prononcées à l'encontre des mineurs de 10 à 18 ans ainsi que les peines auxquelles peuvent être condamnés les mineurs de 13 à 18 ans, en tenant compte de l'atténuation de responsabilité dont ils bénéficient en raison de leur âge » (Code pénal, article 122-8).

La loi ne fixe pas d'âge minimal en dessous duquel les poursuites pénales seraient impossibles ; le mineur doit avoir compris et voulu l'acte qui lui est reproché.

Ainsi, un enfant en bas âge (en dessous de 6 ans) est considéré comme totalement irresponsable, faute de raison suffisante.

Avant 13 ans, il existe une présomption d'irresponsabilité pénale en termes de condamnations mais pas de poursuites, le mineur n'est donc justiciable que de mesures éducatives.

Après 13 ans, des mesures répressives sont envisageables avec une division de moitié des peines, du fait de l'excuse atténuante de minorité, qui n'est cependant plus systématique à partir de 16 ans.

Après 18 ans, la responsabilité pénale est présumée pleine et entière, même s'il est évident que la notion de majorité est éminemment relative⁽²¹⁾.

Dans les sanctions applicables aux mineurs, on peut ainsi distinguer :

- Les mesures éducatives qui comprennent :
 - **Les mesures de remise à la famille, d’admonestation et d’avertissement solennel.**
 - **Les mesures d’activité de jour** qui doivent se concilier avec les obligations scolaires et qui peuvent comprendre une mesure de placement dans une institution d’éducation ou l’exécution de travaux scolaires et le placement en internat.
 - **Les mesures de placement** qui consistent à placer le mineur dans un établissement – public ou privé habilité – d’éducation ou de formation professionnelle, médical ou médico-pédagogique. Le mineur de moins de 13 ans peut par ailleurs être remis au service de l’Aide Sociale à l’Enfance (ASE) ou placé dans un internat approprié. Le mineur de plus de 13 ans peut, quant à lui, être placé dans une institution publique d’éducation surveillée ou d’éducation corrective. Il peut également être envoyé en CEF par le juge des enfants ou par le tribunal des enfants, à titre d’obligation principale d’un emprisonnement avec sursis assorti d’une mise à l’épreuve.
 - **Les mesures d’accompagnement éducatif** sous forme de **liberté surveillée**, de **mise sous protection judiciaire** et de **mesure de réparation**. Cette dernière fait appel à une double démarche, psychologique et sociale, de la part du mineur. Son contenu essentiellement symbolique et socialisant doit amener le mineur à engager une réflexion sur son acte, sur la notion de victime et établir une relation positive entre lui-même, l’Autre et la loi. De même, elle induit une possibilité de restauration du lien social à laquelle le mineur participe concrètement. M. Vaillant définit la mesure de réparation comme « *une voie médiane entre sanction et éducation qui autorise de penser des espaces intermédiaires, transitionnels, des champs de créativité sociale et éducative* ». Ces différentes

mesures sont réalisées avec les éducateurs de la PJJ. Il semble important que la confrontation de l'enfant avec l'interdit se doit d'être médiatisée et personnalisée.

- Les peines sont prononcées seulement par la Cour d'Assises des mineurs et le tribunal pour enfants. On distingue :

- **L'emprisonnement ferme** ou **avec sursis** (simple ou avec mise à l'épreuve)
- **Les mesures de suivi en milieu ouvert** qui comprennent le **suivi socio-judiciaire**, **l'ajournement de peine avec mise à l'épreuve**, **le travail d'intérêt général** et les **sanctions éducatives**. Le travail d'intérêt général consiste, pour le condamné, à effectuer au profit d'une personne morale de droit public ou d'une association habilitée un certain nombre d'heures de travail non rémunéré (de 40 à 200 heures). Il s'agit bien d'un travail au sens de la législation et donc seuls les mineurs de plus de 16 ans peuvent faire l'objet de cette sanction, par ailleurs il s'agit d'une peine et son inexécution est susceptible d'entraîner des sanctions pénales. Les sanctions pénales peuvent être la confiscation d'un objet ayant servi à commettre une infraction ou qui en est le produit ; l'interdiction de paraître, pour une durée qui peut aller jusqu'à un an, dans les lieux que désigne le juge ou le tribunal ; l'interdiction de rencontrer la victime d'une infraction, les coauteurs ou les complices ; une mesure d'aide ou de réparation ; un stage de formation civique.
- **L'amende**

À noter également qu'un adolescent qui fait usage de stupéfiants est, au regard du droit, à la fois un mineur en danger et un mineur délinquant, relevant à ce titre des dispositifs juridiques de protection de l'enfance en danger et de l'ordonnance de 1945. Par ailleurs, il est soumis, au même titre qu'un majeur, aux règles particulières applicables à l'usage illicite de stupéfiants résultant de la loi du 31 décembre 1970, modifiée par la loi du 5 mars 2007 sur la prévention de la délinquance. Ces textes abordent l'usager de drogues à la fois comme un malade et comme un délinquant, de telle sorte que la lutte contre la toxicomanie présente à la fois un

volet curatif et un volet répressif, placé sous le double tutelle des autorités sanitaires et judiciaires.

Ce rappel nous est apparu important car, pour un travail de réflexion centrée sur la collaboration entre santé et justice, avoir quelques notions juridiques et sur l'évolution de la législation semble essentiel.

B. PLACE DE LA PSYCHIATRIE INFANTILE FACE A LA DELINQUANCE JUVENILE AU COURS DE L'HISTOIRE

Nous allons ici exposer en quoi l'histoire de la psychiatrie infantile est intimement liée à l'abord de l'enfance délinquante.

Comme nous venons de le voir, les troubles du comportement des enfants et des adolescents ne sont pas une préoccupation récente. Ils ont donné lieu, plus précisément au cours du XIX^e puis du XX^e siècle, à de nombreux travaux au carrefour de la médecine et de la justice. Ceux-ci tentent de décrire et d'expliquer les origines de ces comportements violents dont les incidences sociojudiciaires, possibles mais jamais certaines, questionnent les normes sociales et culturelles et le degré de tolérance à ces comportements. La question de ces troubles viendra régulièrement radicaliser les antagonismes nature/culture, génome/environnement, et les oppositions soin-éducation/répression.

1. L'orthopédagogie, une contribution spécifiquement américaine à la psychiatrie infantile

D.J. Duché⁽¹¹⁾, psychiatre, rapporte que c'est aux Etats-Unis, à la fin du XIX^e siècle, que des éducateurs, des psychologues, des juristes et des médecins commencent à s'intéresser aux problèmes de délinquance des mineurs. Les premiers tribunaux pour enfants y sont créés à partir de 1885 et les jeunes délinquants ayant enfreint la loi sont alors traités différemment des adultes.

En 1909, W. Healy se lance dans la recherche psychiatrique concernant les enfants et adolescents délinquants, préfigurant une investigation systématique et spécifique de

l'adolescence. Il s'inspire des travaux du psychologue Stanley-Hall et se fonde sur le travail minutieux de « casework » réalisé par les officiers de probation. Il entend mettre en œuvre une étude globale des antécédents des jeunes délinquants, afin de « dépasser les notions de bien et de mal » pour lever le voile sur « les processus mentaux » et l'étude de la « personnalité » des jeunes déviants. Grâce au mécénat, il fonde le Juvenile Psychopathic Institute et publie *The Individual Delinquent : a Textbook of Diagnosis and Prognosis for All Concerned in Understanding Offenders*, dans lequel il insiste sur l'origine socio-économique de la délinquance juvénile, l'importance de l'environnement et des conditions de vie dans la genèse du comportement délictueux, et s'oppose à toute idée de dégénérescence ou de tare génétique ainsi qu'à la notion de criminel-né.

En 1924 est fondée l'Association américaine d'Orthopsychiatrie composée d'équipes pluridisciplinaires dont les membres sont des sociologues, criminologues, psychologues, psychiatres, assistantes sociales ainsi que d'autres spécialistes s'intéressant à la compréhension et au traitement de la délinquance. Progressivement, l'orthopsychopédie ou thérapeutique des troubles infantiles étend son domaine de recherche au-delà de la délinquance, à toutes les formes d'inadaptation du comportement.⁽¹¹⁾

2. Théories organicistes et constitutionnalistes

Au début du XX^e siècle, les aliénistes sont alarmistes et proclament que les enfants anormaux, abandonnés à eux-mêmes sombreront fatalement dans la mendicité, le crime et la folie. Ils sont « les fous et les criminels de demain ». A. Binet, psychologue, est, quant à lui plus circonspect. Dans *Les enfants anormaux* en 1907, il exprime ainsi, « ceux qui croient que les anormaux sont destinés à devenir des fous sont autant dans la fantaisie que ceux qui prétendent que les anormaux deviennent des délinquants. La vérité est qu'on l'ignore complètement parce qu'on a sans cesse reculé devant une enquête qui promet d'être aussi longue que pénible ». Ces propos attestent d'une incertitude quant au devenir des enfants qui présentent des troubles du caractère et du comportement à cette époque. Les théories constitutionnalistes d'alors balayaient ces incertitudes.⁽²²⁾

E. Dupré, psychiatre, défenseur de la doctrine de la dégénérescence mentale introduite par B.A. Morel au XIX^e siècle, établit en 1919 la « théorie des constitutions ». Sous le nom de

« *perversions instinctives* », E. Dupré décrit comme atteints d'une maladie neurologique constitutive des sujets qui se laissent conduire par leurs instincts, sans freins à tous les vices. Cette définition d'un pervers constitutionnel n'est pas sans rappeler le type criminel décrit par C. Lombroso au siècle précédent, le « *criminel-né* » qui repose sur une série de stigmates morphologiques et psychologiques⁽²³⁾. E. Dupré propose huit constitutions, entre folie et responsabilité, caractérisées par une « *tendance constitutionnelle au crime et au mensonge* », dont la première est la mythomanie.

Mais comme le précise C. Balier et Diatkine⁽²⁴⁾, la pédopsychiatrie contemporaine en France s'est faite en réaction contre Dupré, dont le constitutionnalisme impliquait un pessimisme absolu quant aux résultats de l'éducation comme de la psychothérapie dans ces domaines. Comme la pratique quotidienne des psychiatres d'enfants et des pédagogues montrait qu'un tel pessimisme n'était nullement justifié dans tous les cas, ils préférèrent réserver leur diagnostic et parler de « troubles du caractères » ou « enfants caractériels ».

3. En France : De Georges Heuyer à Daniel Lagache

Il paraît intéressant de souligner ici combien le repérage d'une délinquance juvénile distincte de celle des adultes va intriquer d'emblée le judiciaire au psychiatrique.

Georges Heuyer joue un rôle primordial dans l'élaboration de la neuropsychiatrie infantile, il réussit à autonomiser et institutionnaliser sa discipline, à faire que la pédopsychiatrie ne soit pas « *une discipline d'adulte en miniature, pas plus qu'une pédiatrie qui aurait évolué vers la psychanalyse sans être passé par le moule de la psychiatrie* ». Il est également un des premiers à introduire la psychanalyse dans un service de pédopsychiatrie avec Mme Morgenstern.

L'entre-deux-guerres marque ensuite une forme d'officialisation et d'institutionnalisation de la psychiatrie de l'enfant en France, dans un lien majeur, mais non exclusif, avec la justice et la question de l'enfance délinquante. En effet, en 1925, la clinique de psychiatrie infantile est ouverte à la demande des juges du tribunal de la Seine, sous la direction de Georges Heuyer. Elle résulte d'une convention entre la faculté de médecine de Paris et le Patronage de l'enfance

et de l'adolescence, fondée en 1890 par Henri Rollet, juge spécialisé pour les affaires de mineurs. Elle a pour vocation d'examiner les enfants délinquants.⁽²⁵⁾

Elle deviendra ensuite une polyclinique spécialisée dans la prise en charge des troubles mentaux de l'enfant et sera à l'origine de la chaire de psychiatrie infantile, créée en 1948. Georges Heuyer en sera le premier titulaire « *Ainsi, de façon apparemment paradoxale, c'est de l'examen psychiatrique des adolescents délinquants que naquit et se développa l'enseignement officiel de la psychiatrie infantile. Sa consécration fut donnée en 1937 à Paris lors du I^{er} Congrès international de psychiatrie infantile* ». ⁽¹¹⁾

Au cours des années trente, la clinique se détache progressivement du patronage et devient un service rattaché à l'Assistance publique.

Les travaux de G. Heuyer et de ses collaborateurs établissent avec autorité que les causes de la délinquance juvénile sont la dissociation familiale, l'alcoolisme, les taudis et l'hérédosyphilis. Il est alors évoqué la possibilité d'une prophylaxie sociale et médicale de la dégénérescence et de la criminalité ; puisqu'elles sont la conséquence de mauvais comportements familiaux, il faut intervenir en amont via une politique hygiéniste pour lutter contre l'influence des parents (alcooliques, syphilitiques...) et protéger leur descendance. Les écrits de G. Heuyer évoluent, celui-ci s'éloignant de plus en plus de la notion de constitution pour faire intervenir le milieu.

Daniel Lagache, psychiatre, psychanalyste, est un des fondateurs de la Société Française de Psychanalyse. L'intérêt de D. Lagache pour la délinquance et la criminologie est précoce, puisqu'il participe à l'activité de l'infirmerie spéciale du dépôt où G. Heuyer interviendra durant de nombreuses années. Il développe l'idée de « la fonction synthétique de la personnalité », il estimait qu'une « *bonne sociabilité est généralement corrélative à une bonne fonction synthétique* ». Il maintiendra cette position en soutenant que « *la délinquance est une désadaptation, un conflit patent entre le délinquant et la société, qui recouvre un conflit latent, à la fois plus intime, plus enfoui et plus diffus, plus mêlé à d'autres aspects de l'existence* ». Il soulignait aussi l'apport de « *la psychopathologie, à qui l'on doit la connaissance de l'envisagement dynamique et fonctionnel de l'activité*

antisociale comme conflit et comme tentative de résolution d'un conflit personnel, et cela, nous le devons à la psychanalyse et la psychologie comparée de l'adaptation, plus qu'à la pathologie mentale ».⁽²⁶⁾

Ils ont ainsi tous deux apporté une contribution au champ de la criminologie naissante avec des apports théorico-cliniques sur l'étude de la délinquance des mineurs et notamment sur la consultation médico-psychologique dans l'examen et le traitement des jeunes délinquants.

4. La prise en charge du jeune délinquant dans la première moitié du XX^e siècle à Vienne : l'approche originale d'August Aichhorn :

« C'est en continuant à chercher que j'ai rencontré la psychanalyse, non pour devenir psychanalyste, non pour m'approprier un nouveau savoir, mais (...) pour trouver de l'aide dans la lutte contre la délinquance ; pour comprendre les délinquants, pour déterminer le début d'une méthode qui ferait que la société et l'Etat ne le persécutent plus, ne l'arrêtent, ne le condamnent et ne l'enferment plus » (Lettre d'A. Aichhorn à O. Pfister).

Dans son ouvrage "Jeunesse à l'abandon" (1925), le premier psychanalyste à s'intéresser de façon spécifique aux adolescents délinquants, August Aichhorn, faisait le même constat que celui qui est dressé actuellement : les adolescents étaient devenus plus violents et instables qu'à l'époque de sa jeunesse. Considéré comme un pionnier dans la prise en charge des jeunes délinquants et dans le développement de la pédagogie psychanalytique⁽²⁷⁾, Aichhorn obtient des résultats avec les « jeunes à la dérive » qui suscitent la curiosité des psychanalystes mais aussi l'admiration d'Anna Freud. C'est à partir de la praxie qu'il oriente sa réflexion sur les conduites transgressives de l'adolescent en soulignant le rôle important des processus psychologiques. Il s'oppose à l'utilisation de châtiments corporels comme seules réponses aux comportements transgressifs de l'adolescent. Les mesures de rétorsion envers les adolescents renforceraient les symptômes qu'elles sont censées éradiquer. Pour A. Aichhorn, *« cette méthode répressive est vouée à l'échec puisqu'elle ne traite pas la question fondamentale à l'origine du comportement délictueux, à savoir les motifs inconscients auxquels l'adolescent lui-même n'a pas accès »*⁽²⁸⁾. Il est le premier à réellement saisir l'implication des carences des figures parentales dans le développement des comportements délictueux, soulignant ainsi la nécessité de travailler avec les familles et de mettre le jeune au centre du dispositif éducatif. Sa connaissance très précise de

l'adolescent l'amène à adapter un cadre thérapeutique tout en se dégageant de toutes les systématisations des procédés psychanalytiques. Étant lucide sur la capacité d'un jeune délinquant à intégrer un cadre analytique classique, il propose de travailler avec le transfert (et non sur le transfert) dans le cadre élargi de la pédagogie, notamment sur les « *tentatives d'identifications réciproques* » qui interviennent dans les premiers instants de la rencontre initiale⁽²⁹⁾. Aichhorn fonde ainsi son approche clinique sur la constitution d'un environnement thérapeutique.

Ses travaux précurseurs ont permis d'ouvrir un champ d'intervention qui restait peu exploré par la psychanalyse dans les années 1920.

Aichhorn caractérise la « délinquance latente » par le fait que, selon lui, la satisfaction directe des besoins instinctuels est toujours plus forte que la satisfaction obtenue grâce à une relation objectale. La suprématie du principe de réalité sur le principe de plaisir ne peut s'établir qu'à travers la formation d'un lien objectal satisfaisant, ce qui devient le but pédagogique d'une institution psychothérapique⁽²⁴⁾.

Nous avons ainsi pu nous rendre compte que, essentiellement à partir du XIX^e siècle, les professionnels du champ de la psychiatrie ont montré des préoccupations importantes pour les jeunes en infraction avec la loi. Intéressons-nous donc maintenant aux données actuelles.

III. EPIDEMIOLOGIE

A. LES DONNEES DE LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE

La littérature scientifique internationale a montré, depuis le début des années 2000, un intérêt croissant concernant l'existence de manifestations psychopathologiques, voire de troubles psychiatriques chez les adolescents délinquants et argumentant au cours de la dernière décennie, la nécessité d'offrir des prises en charge spécialisées pour cette population spécifique.

Notons toutefois que la plupart des auteurs qui ont étudié cette question ont utilisé des outils diagnostics catégoriels tels que le DSM.

Abram⁽³⁰⁾ a étudié la prévalence des troubles psychiatriques au sein d'un échantillon de 1 829 adolescents masculins et féminins âgés de 10 à 18 ans (âge moyen 14,9 ans) placés en institution pour adolescents délinquants aux Etats-Unis. De manière synthétique, les auteurs identifient un trouble psychiatrique sévère chez 7,7% des adolescents masculins placés, un trouble psychotique ou un épisode maniaque chez 1,9% de ces adolescents et un épisode dépressif majeur chez 7,4% de ces adolescents. Ces prévalences augmentent fortement chez les adolescents qui consomment des substances psychoactives, elles passent alors respectivement à 21,4%, 4,6% et 18,5%.

Fazel⁽³¹⁾, à travers une méta-analyse (incluant 25 études portant sur 16 750 adolescents délinquants placés), montre que 3% de ces adolescents ont un trouble psychotique, et que 11% des adolescents délinquants et 29% des adolescentes délinquantes, placés en institution ont un trouble dépressif majeur.

Certains auteurs ont pris soin d'exclure le diagnostic du trouble des conduites afin d'étudier la prévalence des troubles psychiatriques dans la population des adolescents délinquants.

Teplin⁽³²⁾ a ainsi mis en évidence que 60,9% des adolescents présentent un trouble psychiatrique autre que le trouble des conduites. Parmi ces troubles psychiatriques, l'auteur a recensé que 18,7% des adolescents masculins présentent un trouble affectif (dépression majeure, dysthymie, épisode maniaque), 1% présente des troubles psychotiques et 21,3% présentent des troubles anxieux.

D'autres auteurs ont axé leurs recherches sur l'existence de symptômes plutôt que de syndromes correspondant aux diagnostics catégoriels du DSM-IV, conscients, à l'instar de Sourander⁽³³⁾ notamment, des limites de tels systèmes catégoriels à l'adolescence.

Ainsi, Vreugdenhil⁽³⁴⁾ a étudié la prévalence des symptômes psychotiques au sein d'un groupe de 204 adolescents délinquants masculins âgés de 12 à 18 ans placés en institution en Hollande. Parmi ceux-ci, 34% présentent les critères diagnostiques d'un trouble psychotique : 25% rapportent au moins un symptôme pathognomonique de la schizophrénie et 9%

rappellent au moins trois symptômes non pathognomoniques. De plus, 33% des adolescents évalués rapportent un ou deux symptômes psychotiques isolés ou atypiques.

Récemment, Colins⁽³⁵⁾ a réalisé une étude de la prévalence des manifestations psychotiques chez les adolescents délinquants placés en institution en Belgique. Cet auteur a montré que 78% de ces adolescents rapportent au moins une expérience psychotique, 72% évoquent des idées délirantes et 43% rapportent au moins un épisode hallucinatoire. Les manifestations de type paranoïde étant particulièrement fréquentes (67%), l'auteur les a exclues et a montré que la prévalence des manifestations psychotiques reste élevée même dans ce cas, puisqu'elle atteint 51% en ce qui concerne les manifestations psychotiques et 25% en ce qui concerne les idées délirantes.

Au vu de ces données, les auteurs soulignent la nécessité de **mettre en place une évaluation diagnostique systématique**, faite par des cliniciens formés et expérimentés, pour les adolescents qui entrent en contact avec le système judiciaire en vue **d'une prise en charge précoce des problématiques psychiatriques**. Ils estiment de plus qu'il est indispensable de développer des stratégies d'intervention efficaces pour les adolescents présentant des troubles du comportement associés à des éléments psychopathologiques ⁽³¹⁾ ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾ ⁽³⁶⁾.

Enfin, certains auteurs, tels que Teplin⁽³²⁾, déplorent le manque de recherches relatives à l'efficacité des programmes de prise en charge des adolescents délinquants présentant des troubles psychiatriques, soulignant la nécessité de mettre en place des recherches qui permettraient de guider la politique des soins de santé et de mieux comprendre les interactions complexes entre les différents sous-systèmes de prise en charge de ces jeunes, notamment la santé mentale, l'éducation et la justice.

Il se dégage de ces différentes études internationales une prévalence des troubles psychiatriques notable chez les adolescents délinquants, en particulier les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et des manifestations psychotiques parfois isolées.

B. LES CONNAISSANCES EPIDEMIOLOGIQUES SUR L'ETAT DE SANTE DES MINEURS PLACES SOUS MAIN DE JUSTICE EN FRANCE

Étudier la prise en compte de l'état de santé des mineurs placés sous main de justice conduit à s'interroger sur les sources d'informations disponibles en France et particulièrement les données statistiques. Le constat est que les enquêtes de portée générale sont rares. Certaines études existantes concernent soit un public beaucoup plus restreint (étude sur les caractéristiques des mineurs délinquants de telle ou telle juridiction), soit des problématiques spécifiques (les consommations addictives...) mais sans être centrées sur les mineurs en infraction avec la loi.

Deux enquêtes ont été menées en 1997 et en 2004 par une équipe de l'INSERM du laboratoire d'épidémiologie psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent sous la direction de Marie Choquet, sur la santé des jeunes pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse ⁽³⁷⁾ ⁽³⁸⁾.

La PJJ a estimé intéressant de pouvoir disposer d'éléments d'information sur l'état de santé (aspects somatiques et psychologiques) des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge aussi bien au titre de l'enfance délinquante (ordonnance du 2 février 1945) qu'au titre de l'enfance en danger (article 375 du Code Civil) par le biais de l'assistance éducative et d'analyser en quoi cette population présente des caractéristiques de santé différents de la population des jeunes scolarisés. Ces comparaisons ont été basées sur deux populations ayant en commun l'âge et le statut scolaire :

- Les scolaires PJJ 2004 âgés de 14 à 18 ans (N=488)
- Les scolaires de la population générale âgés de 14 à 18 ans issus de l'enquête nationale ESPAD 2003 effectuée auprès d'un échantillon représentatif des élèves de second degré (N=10684)

1. Méthodologie

Ces enquêtes ne concernent que les jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la PJJ en France métropolitaine, hors mesures d'investigations et hors quartiers de mineurs de milieu pénitentiaire.

Il faut noter que les secteurs public et associatif ne se focalisent pas sur les mêmes populations. Ainsi,

- Le secteur associatif habilité prend en charge surtout les enfants et les jeunes adolescents, le secteur public surtout les adolescents et les jeunes adultes.
- Le secteur associatif habilité prend particulièrement en charge les enfants « au titre de l'enfance en danger », le secteur public « au titre de l'enfance délinquante ».
- Les mesures pénales sont surtout prises en charge par le secteur public.
- Les garçons sont largement majoritaires dans le secteur public.

L'équipe de l'INSERM précise qu'il faudra, dans l'avenir, inclure un échantillon d'adolescents du secteur associatif. En effet, l'hypothèse est faite a priori que les adolescents du secteur associatif (nombreux et plus souvent pris en charge au titre de l'enfance en danger) ont moins de troubles et de conduites à risque, reste à le démontrer et à mesurer l'écart entre ces groupes d'adolescents.

Par ailleurs, ils soulignent les précautions à prendre dans l'interprétation des résultats de ces enquêtes. En effet, le taux de réponse des jeunes est faible (20% de l'échantillon en 2004) et l'enquête concerne surtout les jeunes les plus insérés ou les mieux socialisés (les répondants sont plus scolarisés que les non-répondants, en majorité sous mesures civiles, de sexe féminin et plus jeunes).

Toutes les prévalences obtenues sont donc des prévalences « a minima » d'une population « PJJ secteur public ».

Les différents thèmes abordés dans l'enquête de 2004 étaient les suivants :

- Caractéristiques socio-démographiques du jeune et de sa famille

- Scolarité, formation, activité professionnelle
- Poids, corps et comportements alimentaires
- Maladies chroniques, accidents, troubles du sommeil
- Dépression, tentatives de suicide, fugue
- Recours aux soins : consultation, connaissance des droits à la santé, hospitalisations, usage de médicaments
- Consommation d'alcool, tabac, drogues illicites
- Environnement familial, relationnel et loisirs
- Violences subies et/ou agies, délits
- Sexualité et prévention

2. Les enseignements de ces enquêtes

a. Caractéristiques socio-démographiques

Les conditions d'existence en famille présentent des caractéristiques qui sont différentes de celles rencontrées en population générale et les difficultés socio-familiales, scolaires et professionnelles sont nombreuses parmi les jeunes PJJ, trois jeunes PJJ sur quatre cumulant au moins trois facteurs défavorables. On note en particulier la **fréquence de la monoparentalité**, du **faible niveau d'étude des parents** et du **faible niveau de scolarisation des jeunes eux-mêmes**.

Tableau 5 : Les caractéristiques socio-démographiques des jeunes PJJ par sexe (en %)

	GARCONS N=1083 %	FILLES N=216 %
Age moyen (ans)	17.4 ans	17.4 ans
Sexe	83.4	16.6
Nationalité et origine		
Français	55.4	62.0
Les 2 parents étrangers	32.1	22.9
1 des 2 parents étrangers	12.6	15.1
Situation professionnelle du père		
Travaille	59.1	60.1
Chômage	13.6	9.2
Invalidité-longue maladie	6.4	4.9
Retraite ou pré-retraite	10.6	9.2
Au foyer	2.2	1.8
Décédé	8.1	14.7
Situation professionnelle de la mère		
Travaille	45.3	41.0
Chômage	13.1	15.0
Invalidité-longue maladie	5.1	5.0
Retraite ou pré-retraite	1.0	2.0
Au foyer	32.6	30.0
Décédée	2.9	7.0
Vivre avec		
Ses deux parents	42.1	22.2
1 des 2 parents	27.6	29.2
1 des 2 parents et conjoint	10.1	12.0
En foyer	8.0	14.0
En famille d'accueil	3.3	3.2
Autre	8.8	19.4
Lieu d'habitation		
Ville	54.5	62.3
Banlieue	30.2	23.6
Campagne	15.2	14.2
Taille de la fratrie		
1 enfant	6.1	5.3
2-3 enfants	37.8	41.1
4 enfants et plus	56.1	53.6

Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

À noter que la situation de monoparentalité est partiellement liée à une augmentation du décès des pères, surtout pour les filles (8% chez les garçons et 15% chez les filles), alors que dans la population générale la tendance est inverse. En effet, l'accroissement de la durée de vie

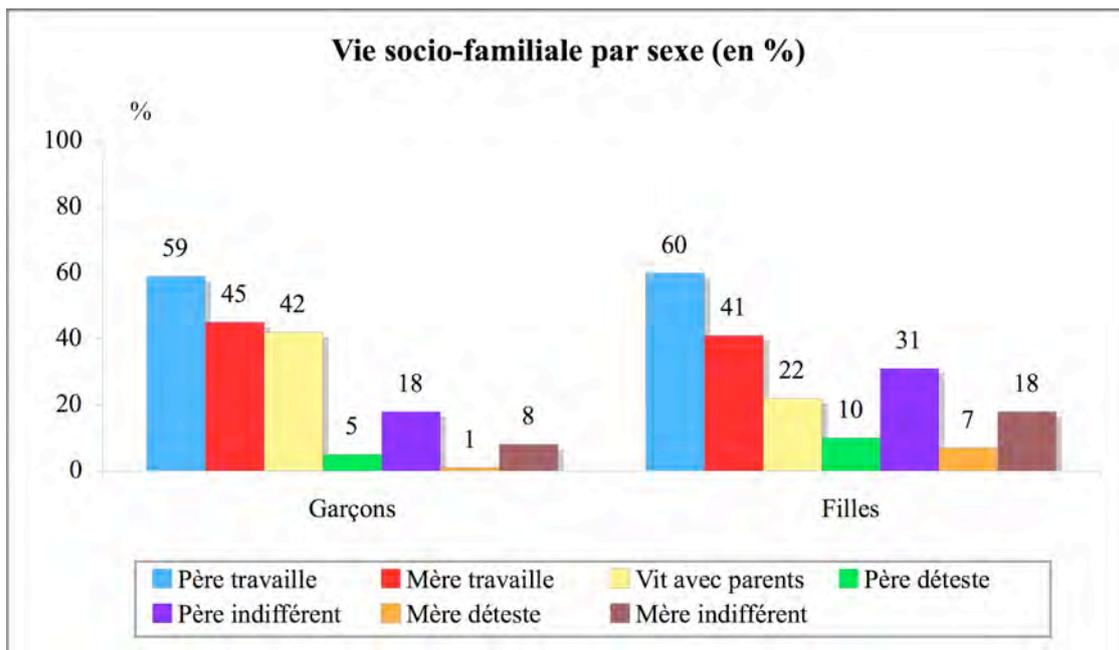
des hommes a nettement diminué la proportion des orphelins de père dans la population générale (4%).

Les filles vivent plus souvent hors de la famille, soit dans un foyer, soit en famille d'accueil, soit seules ou avec un conjoint.

Reste que l'on peut être étonné par la faible proportion de jeunes vivant en milieu rural. En effet, parmi les jeunes PJJ près d'un sur 8 seulement vit « à la campagne » alors qu'en population générale près d'un sur 4 y vit. Le comportement seul ne peut expliquer cette sous-représentation des jeunes ruraux, la dernière enquête ESPAD tout comme les statistiques de la gendarmerie montrant une extension des violences juvéniles des centres urbains ou périurbains vers le milieu rural.

Dans la population PJJ, les jeunes expriment plutôt leur satisfaction quant aux relations avec leurs parents. Cette satisfaction des relations familiales (dont il est difficile de mesurer objectivement la réalité tant les critères de satisfaction peuvent être différents d'une population à une autre) reste une donnée importante et, en tout cas semble-t-il, à prendre en considération dans toute action envers cette population a priori en grande difficulté.

Malgré l'augmentation de la satisfaction exprimée, 40% des filles PJJ relate des relations « inexistantes », « mauvaises », « ni bonnes, ni mauvaises » avec leur mère (contre 22% des garçons PJJ) et 56% en disent autant de leur père (contre 34% des garçons)... Rappelons que les filles sont moins nombreuses à habiter avec leurs parents que les garçons... Cause ou conséquence de cette mésentente familiale ?



Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

b. Les difficultés scolaires sont une des problématiques majeures des jeunes pris en charge par la PJJ

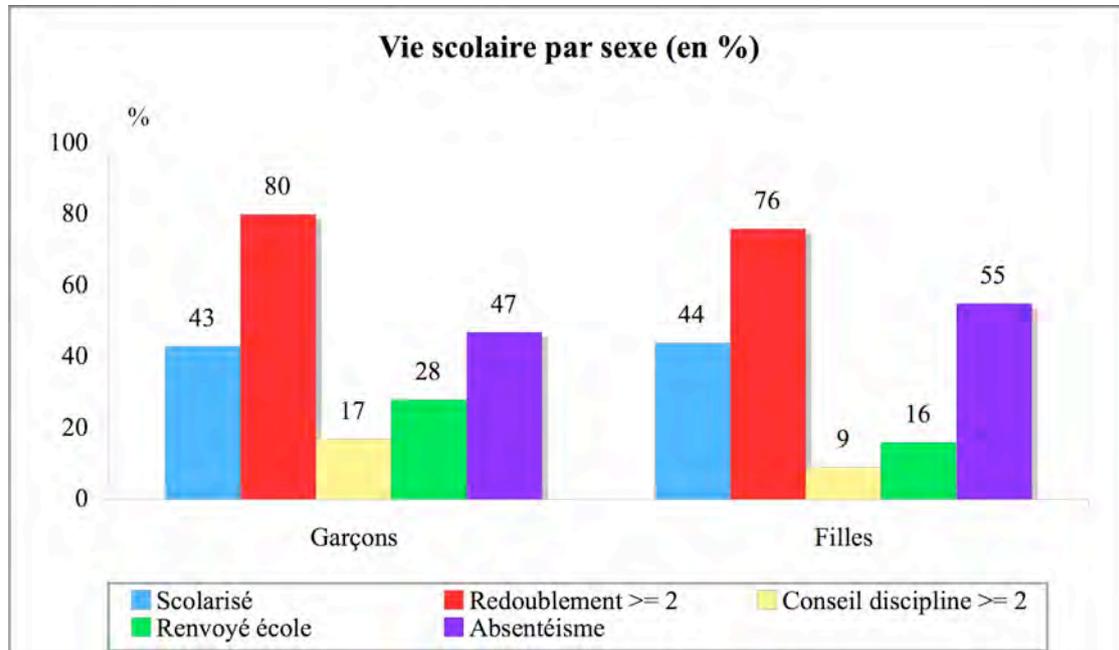
Moins d'un adolescent sur deux ayant répondu aux enquêtes est encore scolarisé (43% des garçons, 44% des filles). De plus, si le taux de scolarisation est élevé parmi les 14-15 ans (91%), il diminue nettement avec l'âge et passe à 50% parmi les 16-17 ans et plus qu'à 26% parmi les 18-20 ans.

Il convient de souligner le renforcement du phénomène de déscolarisation précoce entre 1997 et 2004 qui est surtout marqué chez les filles. L'âge moyen d'arrêt de la scolarité se situe à 15,3 ans pour les garçons et 15,5 ans pour les filles (15,9 en 1997).

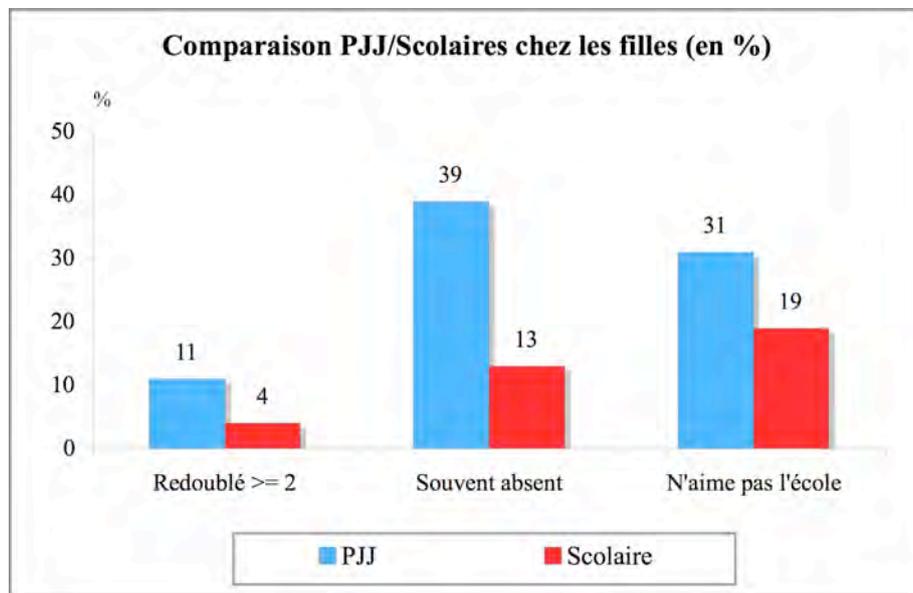
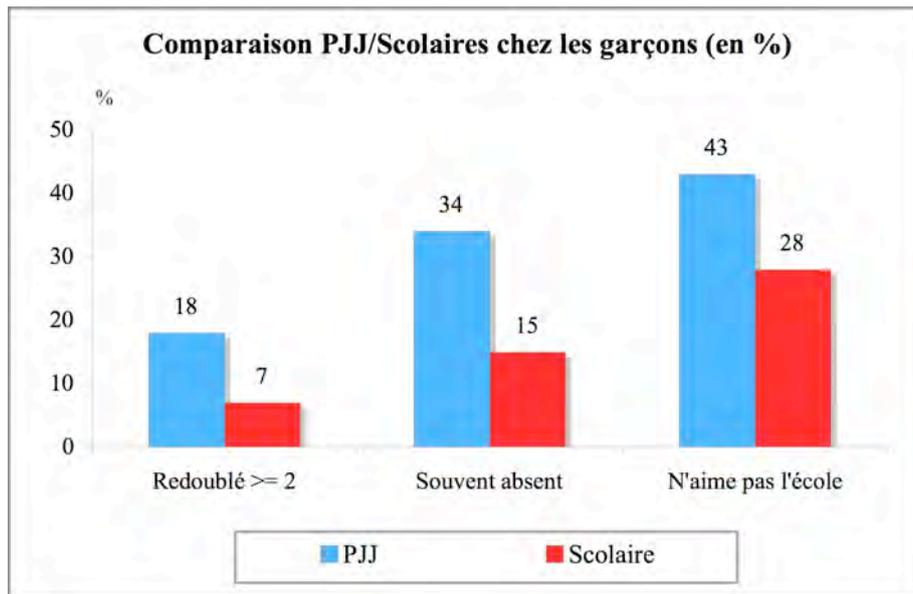
Comme dans la population générale, les filles prises en charge par la PJJ sont plus souvent dans l'enseignement général alors que les garçons sont plus nombreux à fréquenter l'enseignement technique. Mais, contrairement à ce qui se passe dans la population générale, elles sont aussi nombreuses que les garçons à déclarer des difficultés scolaires.

Ainsi, bien que les garçons soient plus nombreux à connaître des renvois et des passages devant le conseil de discipline, globalement la scolarité des filles sous main de justice est aussi perturbée que celle des garçons (âge de la déscolarisation, redoublements multiples), ce qui est

étonnant car dans la population générale, les filles ont un parcours scolaire moins chaotique que les garçons. On note même un comportement d'absences injustifiées plus marqué chez les filles que chez les garçons.



Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET



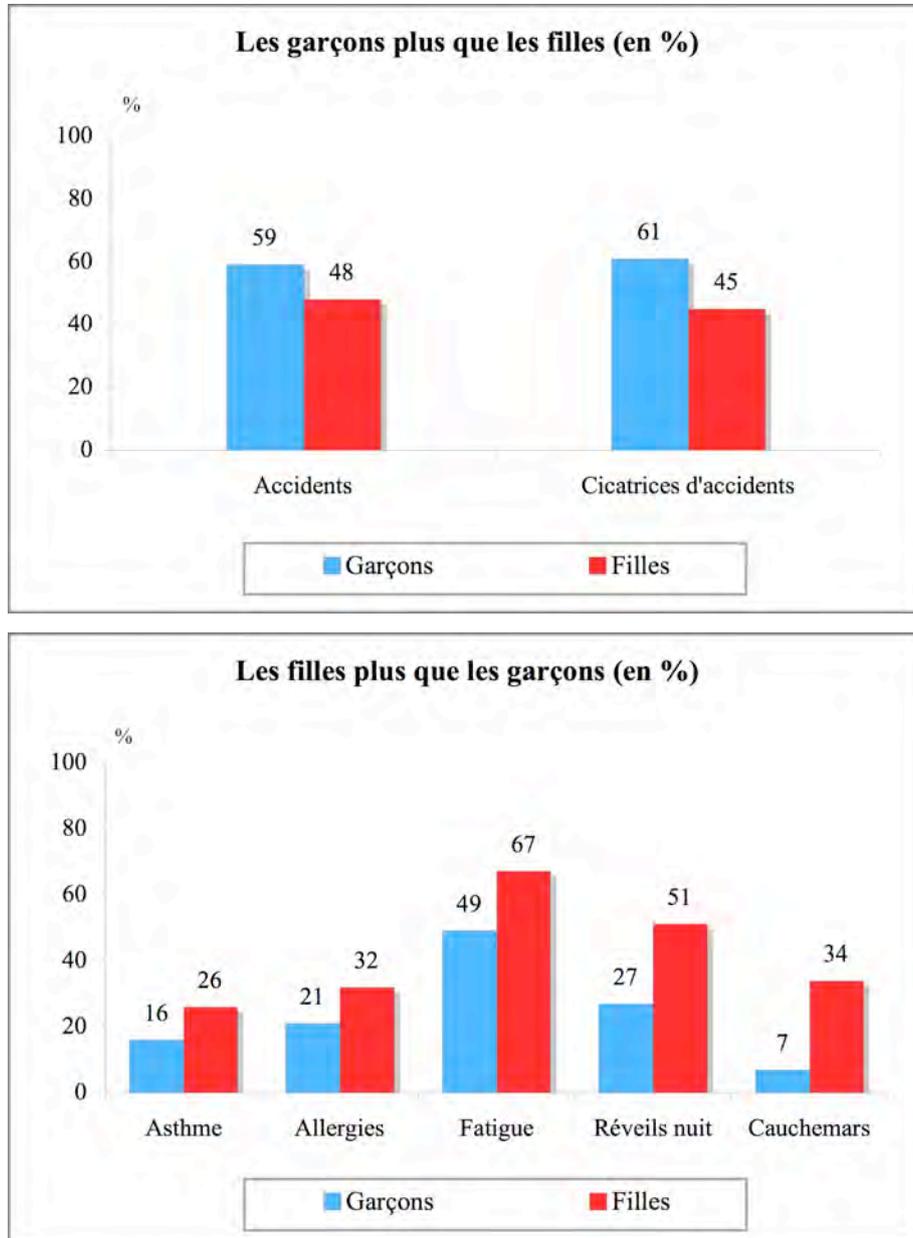
Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

Par ailleurs, l'insertion professionnelle reste très difficile pour ces jeunes. On peut noter pour la tranche d'âge des 18-20 ans une proportion plus élevée d'inactifs (19%) que de jeunes au travail ou en apprentissage (17%). Ce phénomène est préoccupant car il traduit la difficulté pour ces jeunes de s'intégrer dans la société puisqu'ils ne relèvent d'aucun dispositif et ne sont même pas inscrits comme demandeurs d'emploi.

c. L'état de santé somatique et l'accès aux soins

Malgré une santé jugée globalement satisfaisante, les problèmes existent, surtout ceux qui ont une forte composante psychosociale comme les accidents, l'asthme, les allergies, la fatigue,

les troubles du sommeil, les tentatives de suicide, les fugues, la consommation de substances psychoactives, les conduites de violence. Sur tous ces points, les jeunes PJJ se révèlent très vulnérables. On peut noter une prépondérance différentielle selon le sexe : accidents et cicatrices d'accidents chez les garçons ; allergies, asthme et problèmes de vue chez les filles.



Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

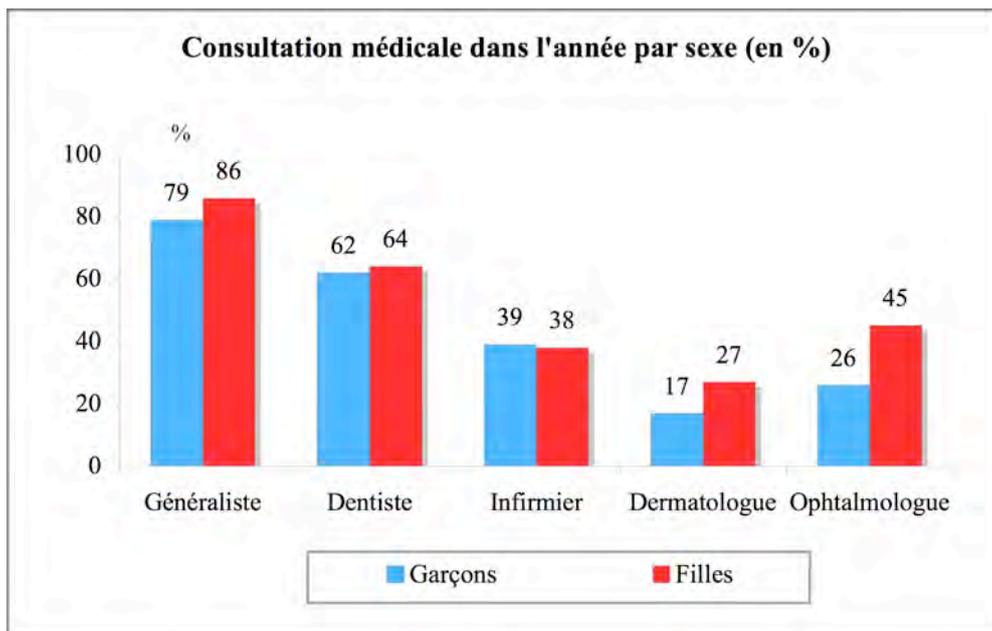
Marie Choquet retrouve également que les « marquages » volontaires du corps sont fréquents, en particulier les piercings, les tatouages et les scarifications. Tous ces « marquages du corps » sont nettement plus fréquents chez les filles que chez les garçons ; par contre, il n’y a

pas de différence entre les sexes quant aux cicatrices de brûlures (auto infligées ou séquelles de sévices ?) qui concernent environ un tiers de ces jeunes.

Par ailleurs le rythme des repas est loin d'être régulier parmi les jeunes PJJ et le grignotage est fréquent et en augmentation. Pourtant, la majorité a une estimation positive de son poids (70%). Toutefois, il reste de grandes différences entre garçons et filles du point de vue des rythmes alimentaires, tout comme de la perception du corps. En effet, Les filles sont moins nombreuses que les garçons à prendre quotidiennement les principaux repas et elles sont plus nombreuses à se considérer comme « trop grosses » (34,1% vs 8,4%).

d. Le recours aux soins

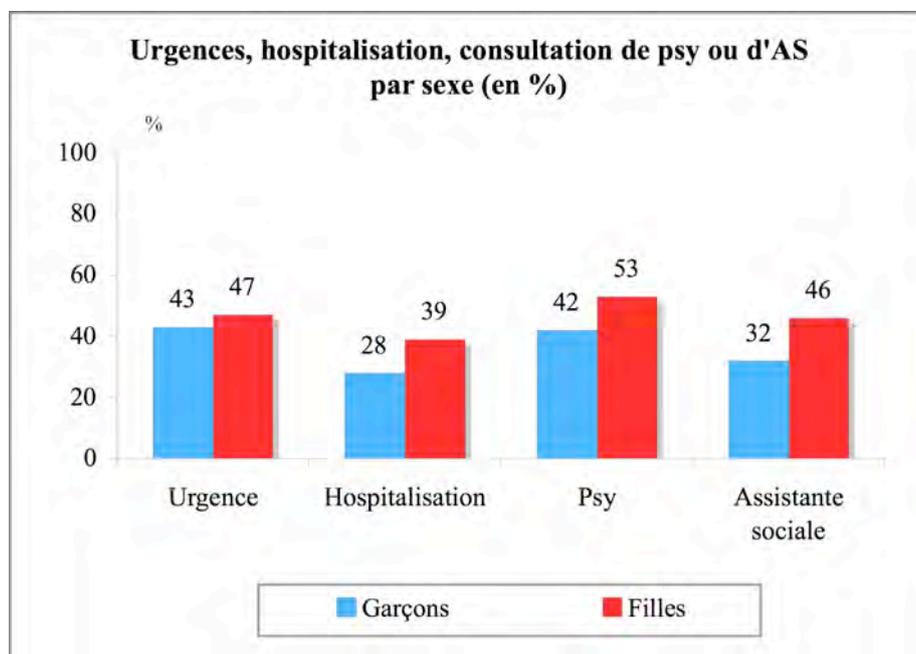
Les jeunes PJJ ont globalement recours au système de santé avec entre 1997 et 2004, une tendance à l'augmentation de la consultation médicale, et ceux qui n'ont consulté aucun professionnel de santé sont peu nombreux. Ils ont souvent une mutuelle en plus de la sécurité sociale. Les filles sont, comme en population générale, plus consultantes que les garçons.



Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

De plus, une proportion élevée de jeunes a été hospitalisée, a été admis aux urgences, a consulté un spécialiste de la santé mentale (psychologue ou psychiatre) ou a rencontré une assistante sociale. Ici encore, les filles sont plus nombreuses que les garçons... Le passage aux

urgences concerne près de la moitié des jeunes PJJ, même si les filles sont un peu plus nombreuses dans ce cas que les garçons. Plus d'un quart des jeunes a été hospitalisé pour au moins une nuit durant l'année. Par ailleurs, près de la moitié a vu un spécialiste « psy » et plus d'un sur 3 une assistante sociale.



Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

Comparativement aux jeunes de la population générale, les jeunes PJJ sont nettement plus nombreux à avoir consulté un psychologue, un psychiatre ou une assistante sociale. Cependant, comme le rappelle l'équipe de Marie Choquet, ces consultations spécialisées peuvent être directement liées à la prise en charge judiciaire.

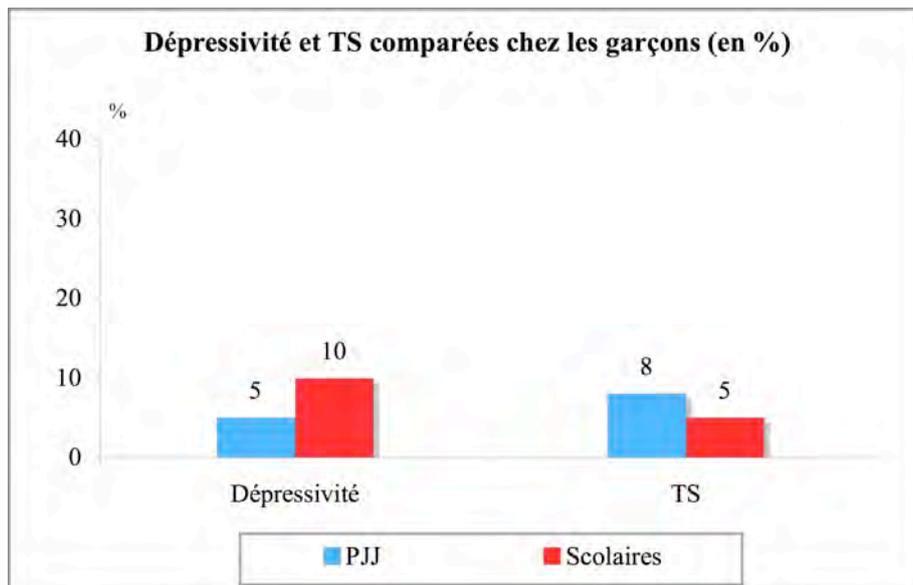
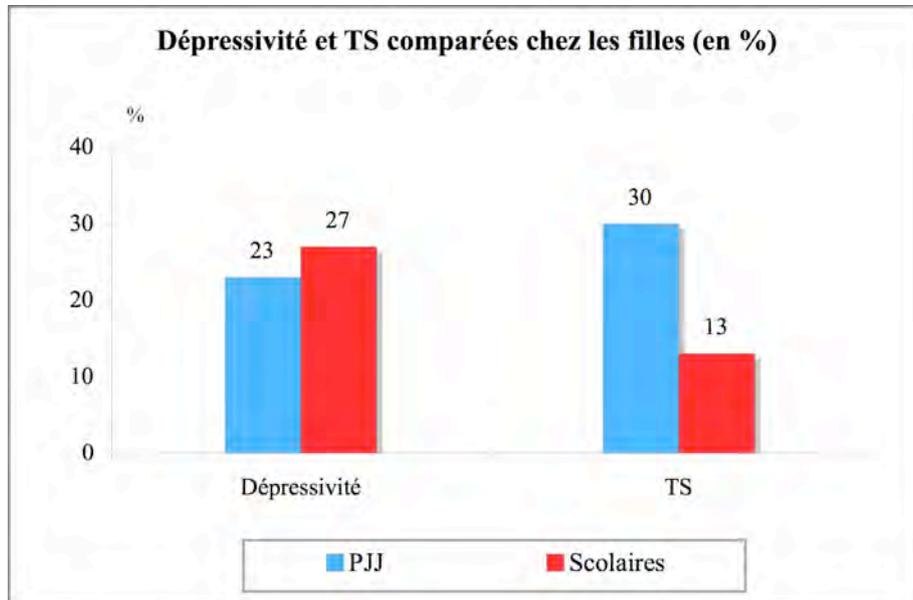
e. L'état de santé psychique

Tout d'abord, le taux de jeunes PJJ ayant une symptomatologie dépressive et la fréquence des idées suicidaires sont légèrement inférieurs à ceux de la population scolaire générale.

À noter que la dépressivité a été évaluée par l'échelle de Kandel qui ne permet pas une mesure de la dépression clinique mais de l'humeur dépressive.

Par contre, les tentatives de suicide et les récurrences sont plus fréquentes dans la population PJJ surtout chez les filles.

Par ailleurs, depuis 1997, on constate une stabilité des tentatives de suicide dans la population PJJ et une augmentation des hospitalisations pour ce motif, ce qui pourrait signifier un recours plus systématique au système de soins dans ce contexte.



Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

f. Sexualité

Les jeunes PJJ manifestent une initiation à la sexualité plus précoce... En effet, plus de 77% des jeunes enquêtés de 16 ans et près de 85% de ceux de 17 ans ont eu au moins un rapport sexuel alors qu'en population générale et scolaire, l'initiation sexuelle est plus

tardive. Le baromètre santé 2000 (INPES), en population générale, montre que près de 41% des 16 ans et 50% des 17 ans ont eu au moins un rapport sexuel ; l'enquête ESPAD 2003 (INSERM, OFDT) montre en population scolaire que près de 32% des 16 ans et 45% des 17 ans ont eu au moins un rapport sexuel.

...mais avec une contraception loin d'être systématique. Une méthode de contraception est utilisée chez 50% des garçons et 45% des filles mais sans être systématique pour 24% des garçons et 27% des filles. Le moyen de contraception le plus utilisé lors du dernier rapport sexuel est le préservatif chez 57% des garçons et 37% des filles. L'usage déclaré de la pilule contraceptive est de 33% chez les filles.

g. Les troubles du sommeil, un indicateur de santé psychosociale ?

Les jeunes qui ont souvent des problèmes de sommeil, à savoir 30% des garçons PJJ et 61% des filles PJJ se caractérisent par des difficultés de tout ordre :

- Au niveau social : ils habitent hors de la famille, ne sont plus scolarisés ou sont souvent absents ;
- Au niveau comportemental : tentative de suicide, fugue, accidents multiples, conduites violentes.

En pratique, cela signifie que les troubles chroniques du sommeil devraient mettre en garde les intervenants et inciter à mettre en évidence les troubles et conduites associés.

h. La fugue, une conduite anodine ?

Alors qu'en population générale moins de 5% des jeunes ont fait une fugue dans l'année avec une proportion identique pour garçons et filles (Sex Ratio=1), force est de constater que, parmi les jeunes PJJ, la fugue est non seulement plus fréquente mais aussi plus féminine (multipliée par 4 pour les garçons et par 8 pour les filles).

La fréquence de la fugue parmi les jeunes PJJ pousse à la banalisation de cette conduite. En effet, avec 22% de garçons et 40% de filles qui ont fugué au moins une fois dans l'année et respectivement 11% de garçons et 29% de filles qui ont fugué plusieurs fois, il apparaît clairement que cette conduite est très répandue dans la population des jeunes PJJ.

Devant cette banalisation des fugues, particulièrement chez les filles sous main de justice, une question se pose : s'agit-il d'un groupe à risque comme c'est le cas en population générale, où le lien entre fugue et tentative de suicide est très important et où les fugueurs se caractérisent par le cumul de trouble du comportement ?

L'analyse du groupe des fugueurs dans la population des jeunes pris en charge par la PJJ permet de mettre en évidence :

- **Peu de différences socio-démographiques comparativement au groupe des non-fugueurs**
- **Une scolarité caractérisée par un absentéisme scolaire**
- **Des troubles de santé plus fréquents**

Tableau 78 : Comparaison des fugueurs aux non fugueurs à propos des troubles de santé, par sexe (en % et OR ajusté selon l'âge)

	GARÇONS N=1083 %			FILLES N=216 %		
	Fugueurs %	Non fugueurs %	ORa(1)	Fugueuses %	Non fugueuses %	ORa(1)
Accidents multiples	27	16	1.5	18	6	3.5
Réveils fréquents pendant la nuit	17	10	2.0	39	22	2.0
Cauchemars fréquents	4	3	1.4	22	7	2.1
Troubles dépressifs majeurs	13	7	2.3	37	25	3.1

(1) OR ajusté sur l'âge

Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

L'Odds Ratio (OR) est une mesure d'effet relatif calculée comme un rapport de côtes. En épidémiologie, l'OR est utilisé avec les études cas-témoin pour appréhender le risque relatif qui ne peut pas être calculé directement. Il se calcule par le rapport des cas/témoins. L'OR s'interprète de façon similaire au risque relatif. Un OR de 1 correspond à l'absence d'effet. En cas d'effet bénéfique, l'OR est inférieur à 1 et il est supérieur à 1 en cas d'effet délétère. Plus l'OR est éloigné de 1, plus l'effet est important.

- **Des consommations régulières de substances psychoactives**

En effet, quelle que soit la substance psychoactive considérée, les fugueurs sont nettement plus consommateurs que les non fugueurs. Ces liaisons existent pour garçons et filles, même si elles sont plus importantes chez les filles concernant le tabagisme et la consommation d'alcool.

Tableau 79 : Comparaison des fugueurs aux non fugueurs à propos de la consommation régulière de substances psychoactives, par sexe (en % et OR ajusté selon l'âge)

	GARÇONS N=1083 %			FILLES N=216 %		
	Fugueurs %	Non fugueurs %	ORa(1)	Fugueuses %	Non fugueuses %	ORa(1)
Tabac quotidien	80	64	2.4	88	65	5.6
Alcool > 10 fois/mois	19	14	1.7	14	6	3.2
Ivresses répétées	14	10	1.8	11	3	3.5
Cannabis > 10 fois/mois	44	29	2.2	37	21	2.3
Autre drogue illicite	9	3	3.5	12	7	2.1

(1) OR ajusté sur l'âge

Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

– Des manifestations de violence agie et subie plus présentes

La violence est la principale caractéristique des fugueurs, en particulier les violences les plus graves. Cette différence entre fugueurs et non fugueurs est surtout très importante chez les filles et celles qui ont fugué sont d'une extrême violence, même s'il s'agit d'un sous-groupe numériquement faible.

À noter que la différence des sexes (exprimée à travers le Sex Ratio, rapport Garçons/Filles) s'estompe parmi les fugueurs alors qu'il est plus élevé parmi les non fugueurs.

Tableau 80 : Comparaison des fugueurs aux non fugueurs à propos des violences graves, par sexe (en % et OR ajusté selon l'âge)

	GARÇONS N=1083 %			FILLES N=216 %		
	Fugueurs %	Non fugueurs %	ORa(1)	Fugueuses %	Non fugueuses %	ORa(1)
Frapper professeur	26	14	2.2	19	0.8	3.0
Utiliser une arme pour obtenir quelque chose	33	15	3.8	22	7.0	3.5
Mettre le feu exprès	18	10	1.9	14	0.8	3.0
Voler des objets de valeur	59	39	2.2	45	21	3.1
Vendre des objets volés	55	37	2.2	27	12	3.1

(1) OR ajusté sur l'âge

Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

Par ailleurs, il apparaît que les fugueurs, et surtout les fugueuses, ont été plus souvent victimes de violences, et ce quel que soit le type de violences subies (violences sexuelles mais aussi coups, vol, racket...). On note cependant que la liaison avec la fugue est plus forte pour la violence agie que pour la violence subie, en particulier chez les filles.

Tableau 82 : Comparaison des fugueurs aux non fugueurs à propos des violences graves, par sexe (en % et OR ajusté selon l'âge)

	GARÇONS N=1083 %			FILLES N=216 %		
	Fugueurs %	Non fugueurs %	ORa(1)	Fugueuses %	Non fugueuses %	ORa(1)
Victime de coups	32	22	1.7	44	28	2.4
Victime de vol	24	15	1.9	33	13	3.0
Victime de racket	13	6	2.1	8	4	2.0
Victime d'actes racistes	19	16	1.3	20	9	2.3
Victime de violences sexuelles	6	2	1.7	23	8	2.1

(1) OR ajusté sur l'âge

Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

– Des tentatives de suicide en plus grande proportion dans cette population

Tableau 81 : Comparaison des fugeurs aux non fugeurs à propos de la tentative de suicide, par sexe (en % et OR ajusté selon l'âge)

		GARCONS N=1083 %			FILLES N=216 %		
		Fugueurs %	Non fugeurs %	ORa(1)	Fugueuses %	Non fugeuses %	ORa(1)
Tentative de suicide	Oui	19	7		59	34	
	Une seule	12	5	4.0	21	25	4.0
	Plusieurs	7	2		38	9	

(1) OR ajusté sur l'âge

Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

Notons que, en particulier chez le garçon, l'OR entre fugue et tentative de suicide est plus élevé qu'entre fugue et les autres troubles et conduites.

La fugue apparaît ainsi comme un clignotant pertinent de jeunes cumulant des difficultés. Les fugeurs vivent plus dans un foyer que les non fugeurs mais ils se distinguent surtout des autres par leurs troubles scolaires, leur consommation régulière de substances psychoactives, leur violence mais aussi, élément notable, par leurs troubles de santé. De plus, les filles fugeuses s'avèrent plus en difficultés que les garçons fugeurs.

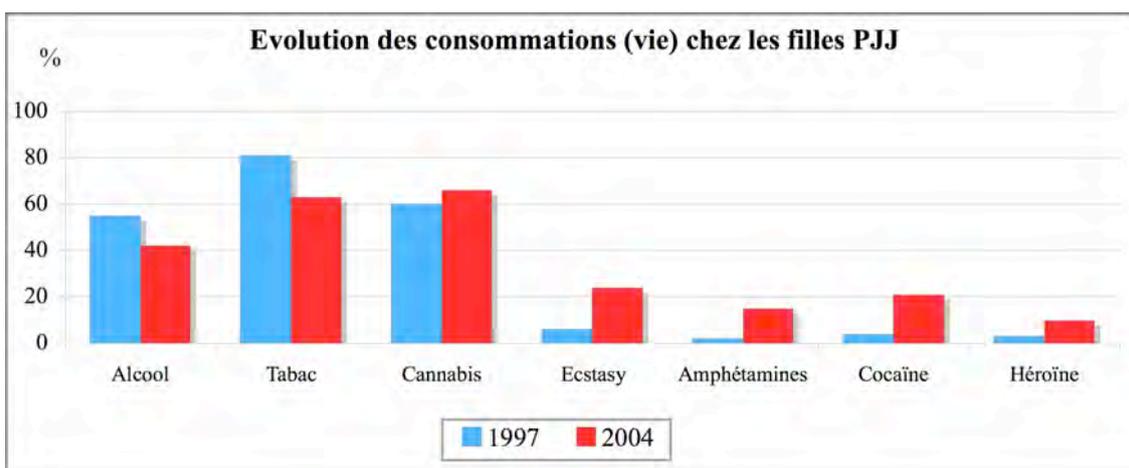
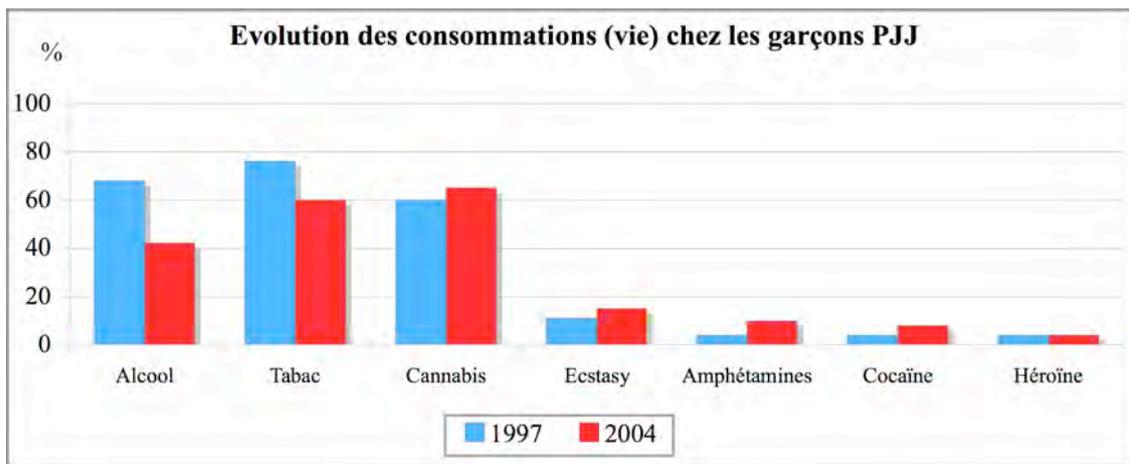
i. La consommation de drogues licites et illicites

Globalement, les filles apparaissent plus consommatrices que les garçons, en particulier pour le tabac et les drogues illicites.

Le tabac est le produit le plus largement consommé par les jeunes pris en charge par la PJJ et le cannabis est le premier produit illicite chez ces jeunes (65% des garçons, 66% des filles).

Avec l'âge, la consommation s'accroît quelle que soit la substance.

Depuis 1997, la consommation de toutes les substances illicites a augmenté. En revanche, les produits licites, comme le tabac et l'alcool, sont en baisse.



Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

Concernant la consommation d'alcool, elle est étudiée sous deux angles : la régularité de la consommation (consommation/vie, consommation/mois) et le nombre d'ivresses (durant l'année).

On note d'abord la faible différence entre garçons et filles. Alors qu'en population générale, les filles sont nettement moins consommatrices d'alcool que les garçons, différence qui augmente avec la régularité de la consommation, parmi les jeunes PJJ, cette différence est faible, voire nulle au niveau de l'ivresse.

Tableau 50 : La consommation d'alcool, par sexe (en %)

	GARCONS N=1083 %	FILLES N=216 %
Avoir consommé		
au moins une fois dans sa vie de l'alcool	74.5	80.3
au moins 10 fois dans le mois de l'alcool	15.4	9.9
Avoir été ivre dans l'année		
Jamais	57.6	58.4
1-2 fois	16.9	20.3
au moins 3 fois	25.5	21.3
10 fois ou plus	11.2	6.8
Age de la première ivresse	14.5 ans	14.3 ans

Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

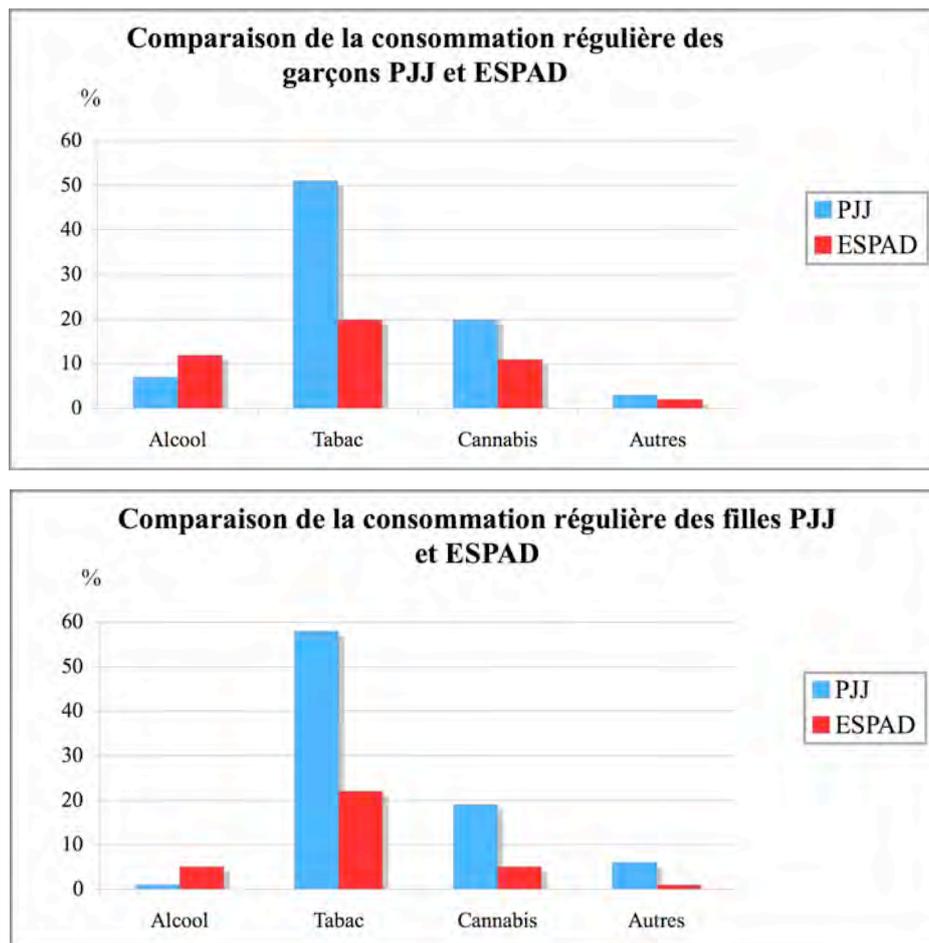
Par contre, et de façon inattendue, lorsqu'on compare avec la population scolaire générale, on constate que la population scolaire PJJ consomme moins d'alcool : ils sont nettement moins nombreux à boire au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours (ORa = 0,3). Cependant, cette différence n'est pas notable quant à la recherche répétée d'ivresse.

Par ailleurs, l'augmentation de la consommation de cannabis constatée en population scolaire existe aussi en population PJJ où la consommation demeure supérieure. De même, la diminution du nombre de fumeurs de tabac, notamment réguliers, constatée depuis quelques années en population scolaire, est aussi observée chez les jeunes pris en charge par la PJJ. Par contre, la consommation des autres substances illicites a nettement augmenté alors que ce phénomène est resté stable en population scolaire.

Tableau 91 : Comparaison des SCOL PJJ aux SCOL ESPAD à propos de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites, par sexe (en % et OR ajusté selon l'âge)

	GARÇONS			FILLES		
	PJJ 2004 N=407	ESPAD 2003 N=5204	ORa	PJJ 2004 N=81	ESPAD 2003 N=5456	ORa
Consommation alcool						
Non	54.9	39.0	1	52.0	48.6	1
Irrégu­liè­re­ment	39.1	49.5	0.5	46.7	47.4	0.83
Régu­liè­re­ment (10+/mois)	6.0	11.5	0.3	1.3	4.0	0.26
Consommation tabac						
Non	41.1	69.4	1	31.2	66.6	1
Irrégu­liè­re­ment	7.7	9.7	1.3	10.0	11.6	1.8
Régu­liè­re­ment	51.2	20.9	3.8	58.7	21.8	5.5
Ivresses						
Non	73.5	66.8	1	70.5	73.4	1
Irrégu­liè­re­ment	20.6	28.2	0.56	25.6	25.3	0.9
Régu­liè­re­ment (10+/an)	5.9	4.9	0.85	3.9	1.2	2.9
Consommation de cannabis						
Non	65.4	74.8	1	65.3	84.4	1
Irrégu­liè­re­ment	15.1	14.8	1.1	16.0	11.8	1.6
Régu­liè­re­ment (10+/mois)	19.5	10.4	1.9	18.7	3.8	5.9
Consommation d'autres drogues illicites						
Non	87.2	92.0	1	79.5	94.3	1
Occasionnel­le­ment	10.2	6.0	1.3	14.4	4.8	3.7
Ré­pé­té­es (10+/vie)	2.6	2.0	1.7	5.1	0.9	6.5

Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET



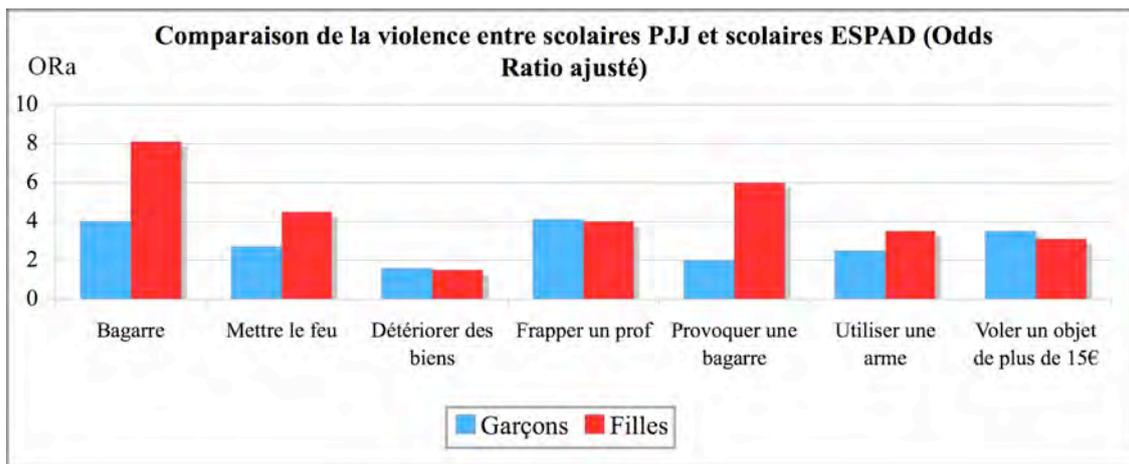
Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

j. Conduites violentes agies et subies

Les conduites violentes et les actes délictueux font partie de la vie quotidienne de ces jeunes. En effet, toutes les conduites de violence sont plus fréquentes dans la population PJJ que dans la population générale. De plus, dans la population PJJ, certaines conduites graves sont aussi importantes que les conduites de violence plus ordinaires.

Par ailleurs, on note la fréquence des violences sur adultes, professeurs ou parents, avec toutefois une inversion par sexe, la violence sur les parents étant plutôt le fait des filles (16,1% des filles contre 9,2% des garçons).

Il apparaît également que les violences déjà importantes à 14-15 ans, présentent un pic chez les 16-17 ans, plus violents que les plus jeunes et les plus âgés.



Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

Durant les 12 derniers mois, les jeunes relevant de la PJJ déclarent avoir été victimes de violences verbales (37%), de coups (26%), de vols (18%) et de racket (7%).

Comme en 1997, la violence sexuelle subie est importante, surtout chez les filles (41% et 6% des garçons) de la population PJJ. Elle est dans la grande majorité des cas (86%) le fait d'une personne connue par la victime. Les jeunes victimes de violence sexuelle se caractérisent par un passage à l'acte suicidaire ; en effet, 54% ont déjà fait une TS durant la vie contre 10% des non-victimes.

k. Violences et conduites associées

Violences et conduites à risque sont souvent associées. Ainsi, les jeunes « violents » sont plus enclins à adopter des conduites à risque, tels que la consommation de substances, les conduites délictueuses ou tout autre conduite de désocialisation. Mais la question se pose sur le type de violence associé aux conduites à risque. L'équipe de l'INSERM s'est interrogée à savoir si les violences les plus ordinaires, et donc les plus fréquentes, sont associées de la même façon aux conduites à risques que les violences les plus graves.

Tableau 83 : Violences, consommation de substances psychoactives et absentéisme scolaire

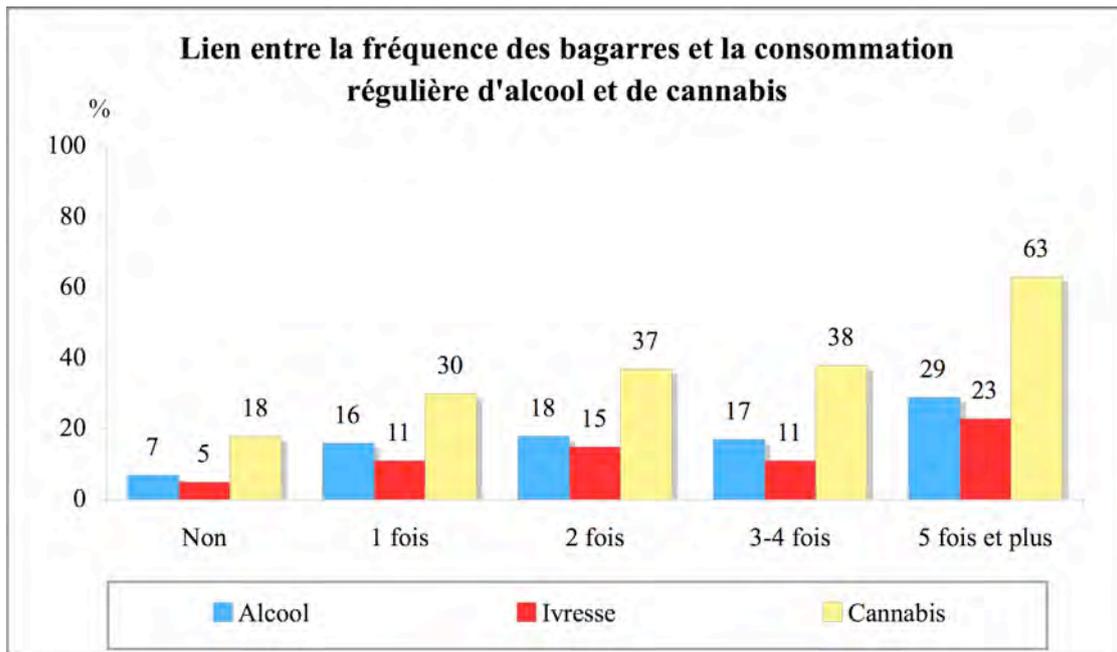
Bagarres en groupe	Non n=531	1 fois n=252	2 fois n=125	3-4 fois n=114	5 et plus n=171
Alcool régulier	7%	16%	18%	17%	29%
Ivresses répétées	5%	11%	15%	11%	23%
Tabac quotidien	24%	36%	41%	41%	51%
Cannabis régulier	18%	30%	37%	38%	63%
Absentéisme fréquent	38%	44%	58%	64%	70%

Violence sur professeur	Non n=1017	1 fois n=120	2 fois n=25	3-4 fois n=16	5 et plus n=25
Alcool régulier	12%	22%	36%	50%	44%
Ivresses répétées	9%	15%	17%	33%	24%
Tabac quotidien	31%	43%	44%	56%	64%
Cannabis régulier	27%	53%	48%	69%	75%
Absentéisme fréquent	43%	74%	87%	100%	92%

Violence sur parents	Non n=1076	1 fois n=80	2 fois n=18	3-4 fois n=8	5 et plus n=21
Alcool régulier	13%	26%	26%	25%	35%
Ivresses répétées	9%	16%	22%	25%	35%
Tabac quotidien	32%	40%	59%	43%	67%
Cannabis régulier	29%	43%	52%	25%	55%
Absentéisme fréquent	46%	65%	68%	100%	68%

Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

Il se dégage de cette analyse que toutes les conduites de violences, même celles qui paraissent les plus banales sont associées aux conduites de consommation et à l'absentéisme scolaire. Une liaison quasi linéaire est observée entre la fréquence de la violence et le taux de consommation (en particulier celle de l'alcool et du cannabis) ou l'absentéisme scolaire, et ce quel que soit le type de violence considéré. Est ainsi battue en brèche une opinion commune qui banaliserait certains types de violence comme les bagarres, par exemple.



Source : Enquête INSERM 2004 « Santé des 14-20 ans pris en charge par la PJJ – sept ans après » - Marie CHOQUET

3. Ce que nous pouvons retenir de ces deux enquêtes

- La proportion des jeunes ayant un score de dépressivité élevé est moins importante parmi les PJJ scolaires que parmi les scolaires de la population générale, alors que **le taux de passage à l'acte suicidaire est plus élevé**. Ceci semble aller dans le sens d'une population des jeunes PJJ, qu'ils soient scolaires ou non, plus dans le passage à l'acte ou l'agir que dans la mentalisation des problèmes.
- **Les troubles du sommeil** sont un excellent indicateur de santé mentale et donc à rechercher systématiquement.
- **Leur modèle de consommation de produits psychotropes est atypique** : tabac et cannabis viennent largement en tête, alors que leur consommation d'alcool s'avère moindre qu'en population générale
- **La fugue est fréquente et rarement anodine**
- **Les violences, même les plus banales, sont associées à des troubles graves**
- **La différence, entre garçons et filles**, déjà constatée en 1997 persiste en 2004, voire augmente. Ainsi les filles PJJ se caractérisent par une situation familiale très fragilisée (monoparentalité, mauvaise qualité des relations intrafamiliales), par des troubles de santé (allergies, fatigue, troubles du sommeil), par des actes de violence répétés et parfois d'une extrême gravité (sur les personnes et les biens, sur soi, sur ses parents), par la consommation de drogues illicites (et en particulier les substances autres que le cannabis), par la fugue et par la violence subie (41% des filles ont été victimes de violence sexuelle)... Certes les filles sont minoritaires parmi les jeunes PJJ, mais elles sont en très grande difficulté et déjà largement marginalisées. Marie Choquet et ses collaborateurs insistent donc pour considérer que **les actions en direction des filles sont urgentes, prioritaires et devraient être spécifiques**.

Ces deux enquêtes de l'INSERM sont intéressantes, mais elles donnent une image déjà quelque peu ancienne des jeunes pris en charge par la PJJ. Elles ne permettent pas, par exemple, d'appréhender certains nouveaux comportements comme celui de l'alcoolisation massive (binge drinking) des adolescents dont les implications en termes de délinquance ne sont sans doute pas négligeables.

De même, il pourrait paraître intéressant d'évaluer si les mineurs auteurs d'agressions sexuelles ont pu être influencés dans leur comportement par des scénarii directement inspirés par des films pornographiques. Mme Versini, Défenseure des enfants, constatait dans son rapport thématique de 2007 sur les adolescents en souffrance⁽³⁹⁾ que de multiples professionnels (magistrats, policiers, experts psychiatres) témoignaient de cette réalité : l'immense majorité des adolescents poursuivis pour agression sexuelle avaient l'habitude de visionner des images ou des films de ce genre, leur agression étant très souvent directement inspirée par ces films. De la même façon, la violence mise en scène à la télévision, au cinéma...pourrait être incriminée par la banalisation, la légitimation voire la valorisation qu'elle produit chez les jeunes, et ce d'autant plus agissante et insidieuse que la télévision s'avèrerait avoir une influence dominante en l'absence du filtre des adultes. Il semblerait donc pertinent de pouvoir évaluer les conséquences de ces violences extrafamiliales et sociales auxquelles sont soumis actuellement ces jeunes.

Dans le rapport d'information sur *Un meilleur partenariat santé/justice pour une justice pénale des mineurs efficace*⁽⁴⁰⁾, la mission parlementaire évoque l'importance d'améliorer les connaissances sur la santé psychique des mineurs en danger et des jeunes délinquants. À titre informatif, elle fait état de trois nouvelles enquêtes épidémiologiques lancées par la direction de la PJJ, actuellement en cours, et dont les résultats présenteront un grand intérêt, concernant :

- La prévalence des troubles psychopathologiques chez les mineurs en danger ou pris en charge par la PJJ
- L'étude sur les liens entre délinquance et addictions, violences subies et agies. S'il semble que certaines addictions facilitent le passage à l'acte et paraissent favoriser la violence, avec une perte de la conscience des conséquences néfastes de

l'agressivité, une des difficultés de l'étude sera de dissocier la délinquance concomitante d'une addiction avérée et les actes de délinquance provoqués par une prise de toxiques inhabituelle.

- La prise en charge par les urgences psychiatriques des adolescents ayant de graves troubles du comportement.

Nous venons de voir à travers la littérature internationale et française que les populations d'adolescents délinquants présentaient des signes de souffrance psychique. Ceci représente donc un premier argument en faveur de l'intérêt que le psychiatre pour enfants et adolescents peut porter aux jeunes sous main de justice. Nous allons ensuite tenter de définir cette population à travers le croisement de différents regards et confirmer les raisons de cet intérêt.

IV. QUELQUES ELEMENTS DE REFLEXION GENERAUX POUR APPREHENDER CETTE POPULATION

Rappelons que le terme « délinquance » est une notion sociale ou criminologique née dans le dynamisme des études sociologiques, à la fin du XIX^e siècle, et qui se définit comme « *l'ensemble des agissements délictueux, infractions aux lois, commis en un temps et un lieu donnés* ⁽³⁰⁾ ».

Ce terme venant du vocabulaire juridique ne convergerait pas nécessairement vers le champ de la psychiatrie, s'il n'introduisait pas, étymologiquement, la notion de rupture du lien. En effet, le terme « délinquant » provient du latin *linquere* ou *relinquere* qui signifie « laisser », « abandonner », « lâcher », « rompre » au sens de « rompre un lien », de « se séparer ». À cette même généalogie étymologique appartiennent le verbe *derelinquere* signifiant « délaisser complètement » et le substantif *derelictio* désignant « un total abandon ». C'est au sein de toute cette parenté étymologique qu'est apparu l'ancêtre latin du terme « délinquant », à savoir le verbe *delinquere*. Au sens premier, le vocable « délinquant » veut alors dire « faire défaut », « manquer ». Dans un sens second, figuré, se plaçant d'un point de vue moral ou légal, il signifie « faillir, être en faute donc responsable, commettre une faute », c'est-à-dire manquer à ce que l'on doit à une règle.

Par ailleurs, l'adolescence apparaît comme une période propice aux agirs. Dès que les éléments d'une crise s'annoncent, les symptômes paraissent plus actifs et plus aigus. Ils se situent alors plus au niveau du passage à l'acte, soit retourné contre soi, soit vis-à-vis d'autrui.

Le diagnostic de ces conduites se complique notamment lorsqu'il s'agit de comportements délinquants, violents. Nous nous retrouvons alors confrontés à la question de ce qui sous-tend de tels comportements : s'agit-il d'un incident momentané dans une évolution normale de la personnalité ou s'agit-il d'un symptôme inquiétant risquant d'entraîner peu à peu la constitution d'une organisation morbide de la personnalité ?

Selon Philippe Jeammet, « *derrière le comportement délictueux se profile une grande diversité de situation, et indéniablement un continuum entre le normal et le pathologique* ».

Portons des regards croisés, pluridisciplinaires sur ces jeunes, pour tenter de mieux les comprendre.

A. REGARD SOCIOLOGIQUE SUR LES DELINQUANCES JUVENILES ET LES ADOLESCENTS DIFFICILES

Le délinquant se définit d'abord selon l'infraction qu'il commet. L'appréhension de ce phénomène déviant ne se fait donc que dans un contexte légal donné, qui peut varier d'un Code Pénal à l'autre. D'une manière plus générale, le délinquant est celui qui rompt le pacte social, celui qui cause pour les autres un dommage. Il participe à un certain nombre de repérages et de délimitations dichotomiques : autorisé/interdit, bien/mal, bon/mauvais... Il est ainsi désigné comme déviant, antisocial, dyssocial, inadapté. De fait, il se définit par rapport à des contraintes normatives qui restent éminemment variables selon les cultures.

Selon Durkheim, la criminalité générale des adultes est un phénomène « normal » parce qu'il est général : il n'est pas de société qui possède des lois qui n'aie aussi certains de ses citoyens qui les transgressent. La criminalité serait universelle, relativement constante dans son volume jusqu'à ses dernières décennies où elle aurait considérablement augmenté. La délinquance infantojuvénile connaîtrait elle-même un accroissement important. Ce phénomène d'augmentation, plus spécifique à la jeunesse et commun aux diverses sociétés

occidentales, participe certainement d'un bouleversement plus général et questionne nécessairement le modèle social « postindustriel », la société de consommation, le culte de la jouissance immédiate, l'individualisme, le matérialisme, la disparition des idéaux communs, le déclin de la religion...

En effet, la pathologie adolescente témoigne des formes que prend l'organisation sociale adulte des plaisirs, des limites et des interdits posés sur la jouissance individuelle au nom de la vie en collectivité. En cela la psychopathologie est fluctuante dans le temps historique, et chaque époque, chaque société produit une forme particulière des troubles adolescents. Selon S. Lesourd, psychologue clinicien, psychanalyste, « *l'organisation sociale, l'ordre symbolique d'une société, est la façon toujours singulière dont une société rend compte de cet incontournable : la cause ultime du désir est manquante* ». Les interdits sociaux fondamentaux (meurtre, inceste, propriété...) sont la mise en forme de ce manque constitutif du rapport de l'être humain au plaisir et au désir. C'est dans ce contexte toujours social et symbolique que se développent les expressions de la psychopathologie adolescente en fonction de la façon dont un lien social donné met en forme les possibles et les impossibles de la réalisation du plaisir et pose les interdits quant à la jouissance⁽⁴¹⁾.

Ceci nous amène à reconnaître qu'il existe une délinquance juvénile qui est liée de façon « structurelle » au fonctionnement de notre société, qui suit logiquement l'évolution de la société de consommation et qui opère en son sein une sorte de redistribution violente. Mais face aux discours actuels tels que : « *les statistiques indiqueraient une explosion de la délinquance des mineurs* », les délinquants seraient « *de plus en plus jeunes et de plus en plus violents* », ils n'auraient « *aucun repère* » et seraient « *désocialisés* », l'école serait « *envahie* » voire « *submergée* » par le « *violence* », les parents auraient « *démisionné* », la police serait « *désemparé* » et la justice « *laxiste* », il nous apparaît utile de tempérer ces propos.

1. La question des données

En 2008, près de 218 000 mineurs ont été mis en cause par la police et la gendarmerie, soit 17% des 1 254 000 personnes identifiées comme auteurs présumés d'infractions.



Source : *Les chiffres clés de la justice des mineurs 2008 – Direction de la PJJ*

Concernant l'évolution de la délinquance des mineurs, les statistiques des services de police et de gendarmerie témoignent effectivement de son augmentation mesurée à partir du nombre des mineurs mis en cause. Ainsi, selon ce recueil de données, entre 1977 et 1992, le nombre de mineurs mis en cause est passé de 82 151 à 98 864, soit une augmentation de 20,4 % puis entre 1992 et 2001, le nombre de mineurs mis en cause a augmenté de 79 % pour atteindre 177 017 en 2001. En outre, selon ces mêmes sources, la délinquance des mineurs n'a pas seulement progressé en nombre, mais également en taux puisque la part des mineurs impliqués dans les différents types d'infractions a crû plus rapidement que celle des majeurs, sauf en matière d'homicides.

Toutefois, il paraît essentiel de préciser que les délinquances juvéniles sont plurielles et qu'aucun outil statistique ne permet d'en mesurer avec précision l'évolution au fil du temps.

Laurent Mucchielli⁽⁴²⁾, sociologue, décrit plusieurs types de séries statistiques, qui émaillent les discours, et rappelle leur nature :

- La statistique de police (et de gendarmerie) renseigne d'abord sur les « faits constatés » : telle année, nous avons dressé tant de procès-verbaux pour vols, agressions... Mais la majorité de ces faits « constatés » n'ont pas été « élucidés » et l'on ne connaît donc pas leurs auteurs (on ne sait donc pas s'ils sont majeurs ou mineurs, par exemple).

- Lorsque, au contraire, les faits sont élucidés, la statistique de police (et de gendarmerie) renseigne ensuite sur les « personnes mises en cause » à l’issue des enquêtes. Et elle indique notamment si ces personnes sont majeures ou mineures. Mais cette « mise en cause » policière ne signifie pas que les personnes seront poursuivies de la même manière (sous la même qualification des faits) par la justice, ni même qu’elles seront reconnues effectivement coupables (les dossiers policiers peuvent manquer de preuves par exemple).
- La justice produit également ses statistiques. Au niveau des parquets, l’on peut ainsi voir ce qui est retenu des procédures policières, mesurer l’orientation des affaires et les modes de traitement judiciaire.
- Au niveau des magistrats du siège, une statistique des condamnations est publiée chaque année à partir des registres du casier judiciaire. Elle renseigne sur les « personnes condamnées », notamment sur le fait qu’elles soient majeures ou mineurs, en donnant de surcroît un détail par tranches d’âge que ne connaît pas la statistique policière.

L. Mucchielli rappelle enfin que ces statistiques administratives ne sont en aucun cas des enquêtes annuelles à visée exhaustive visant à mesurer l’évolution des comportements délinquants dans la population générale. Elles sont le résultat des procédures réalisées sur la partie de la délinquance qui est poursuivie par ces institutions. Et cette partie varie non seulement en fonction de l’évolution des comportements, mais aussi en fonction de l’évolution du droit pénal qui définit les infractions, et en fonction des politiques de sécurité qui donnent pour consignes aux forces de l’ordre et aux parquets de poursuivre plus ou moins tel ou tel type d’infractions. Pour approcher non pas le résultat de l’activité des institutions mais la réalité des comportements, il faut donc regarder aussi les résultats des enquêtes scientifiques réalisées sur des échantillons représentatifs de la population : enquêtes de victimation et enquêtes de délinquance auto-déclarée.

On retrouve donc trois types de données statistiques, fort différentes et qui ne renvoient pas aux mêmes « réalités » :

- Les statistiques de police et de gendarmerie. Celles-ci qualifiées à tort de « statistiques de la délinquance » sont souvent la source quasi-exclusive des chiffres qui circulent dans le débat public. Or ces données constituent en réalité le résultat de l'enregistrement d'une partie de l'activité des services de police et de gendarmerie. Elles réagissent donc logiquement à toute modification intervenant dans les effectifs des forces de l'ordre, dans leurs modes de travail « *proactifs* », c'est-à-dire leurs priorités d'action, et « *réactifs* », c'est-à-dire leur façon de traiter les plaintes ou les faits constatés.
- Les enquêtes de victimation, réalisées directement auprès des victimes, que ces dernières aient ou non porté plainte, renseignent de façon beaucoup plus précise sur la réalité de certaines délinquances.
- Les enquêtes de délinquance auto-déclarée menées par des chercheurs auprès de populations pour les interroger sur leurs éventuelles pratiques délinquantes. La première enquête de ce type en France est très récente⁽⁴³⁾.

Ces deux derniers types d'enquête fournissent une évaluation approximative des phénomènes de « délinquance non apparente » et une description plus nuancée de la délinquance infantojuvénile en générale.

Par ailleurs, à côté d'une « délinquance apparente » constituée par le sous-ensemble des conduites réprouvées, découvertes et sanctionnées existe une « délinquance cachée » qui n'est pas réprimée juridiquement et que les parents, les éducateurs, les intervenants sociaux rencontrent dans l'exercice de leurs pratiques.

Les chiffres de la délinquance juvénile affirmant une augmentation, avec des délinquants de plus en plus jeunes et des faits de plus en plus graves sont donc à nuancer. Il apparaît important de pouvoir s'appuyer sur d'autres recueils de données que les statistiques de police et de gendarmerie, notamment à travers des enquêtes scientifiques (enquêtes de victimation et de délinquance auto-déclarée).

2. Critères sociologiques

Classiquement, quatre facteurs sont généralement étudiés: l'écologie (position sociale, rôle, statut); l'effet du groupe ou de la bande; les influences institutionnelles; et les configurations familiales.

a. Caractéristiques écologiques

On retrouve la fréquence de certaines caractéristiques écologiques dans l'environnement de ces jeunes telles que la vie en centre urbain, la détérioration matérielle et architecturale, le bas niveau socio-économique de la population. On peut toutefois noter un biais, les autorités et l'ensemble de la population n'adoptant pas la même attitude vis-à-vis des milieux défavorisés. Le délit y est davantage repéré et puni, et a plus de conséquences négatives à long terme. Néanmoins, il est indéniable que pour certains jeunes la délinquance est une voie « normale » ou « classique » d'ascension sociale voire de survie. La délinquance infanto-juvénile est donc un phénomène plutôt urbain, plus important dans les grands ensembles peu investis par leurs habitants et vite détériorés. À cela s'additionnent la juxtaposition de populations transplantées et à faibles revenus, une pyramide des âges inhabituelle par le nombre élevé de jeunes, le manque d'équipements socioculturels, d'effectifs de police, la présence de supermarché « provocateurs », de « zones » propices à la loi de la jungle et parfois à une véritable économie parallèle.

b. Influences institutionnelles : la place de l'école

Pour beaucoup d'observateurs, la fréquence croissante de certains faits, tels que les troubles du comportement, apparaissent en lien avec les mutations profondes que l'hypermodernité apporte dans les institutions familiales, éducatives, sociales, notamment à travers le déclin de leur fonctions symboliques, l'école n'échappant pas à ce constat.

Par ailleurs, la violence à l'école est un problème rendu opaque par les exagérations sensationnalistes et médiatiques qui lui sont attachées. Ce fond fantasmatique s'appuie sur des récits de violence où se mêlent une peur archaïque de la « sauvagerie » de l'enfant et une peur tout aussi primitive pour les dangers encourus par l'enfant dès qu'il est éloigné du « cocon » familial. Cependant, la violence à l'école n'est pas pur fantasme, et il convient de ne pas tomber dans l'excès inverse.

Ainsi, normalement espace privilégié de socialisation après la famille et d'apprentissage de la vie en collectivité, elle se trouve de plus en plus mise en avant comme lieu de survenue de multiples transgressions (des bavardages continuels aux agressions physiques, en passant par l'agitation incessante, l'oubli et la détérioration du matériel, les retards fréquents et l'absentéisme quelquefois prolongé, le refus plus ou moins ouvert de travailler). Il est souvent fait allusion à des « noyaux » d'élèves particulièrement instables et perturbateurs, dont le fonctionnement apparaît de plus en plus isolé, replié, opposé vis-à-vis des adultes mais aussi parfois de leurs pairs. Se singularisant très tôt vis-à-vis de leurs congénères, ils ne se revalorisent plus que par ce statut marginal, d'autant qu'ils échouent répétitivement sur le plan des résultats scolaires... Globalement, il existe ainsi une inadéquation croissante de l'école pour certains enfants et un rejet qui devient réciproque ; s'enclenche la spirale de l'exclusion et de la marginalité.

De plus, lorsqu'à la marginalisation et à l'exclusion sociale s'ajoutent la discrimination et la stigmatisation d'une ou de plusieurs institutions (l'école en est un exemple), un discrédit s'instaure vis-à-vis de tout système normatif et réglementaire mais aussi vis-à-vis de leurs représentants. C'est dans cette perspective que le poids de l'échec scolaire intervient. Car, comme le précise J. Selosse⁽⁴⁴⁾, l'école n'est pas seulement le lieu révélateur des discordances socioculturelles des familles et des déficits propres aux enfants : elle est de plus en plus chargée

de suppléer aux carences sociales et familiales et de policer les mœurs des élèves dans une société en mutation. Ainsi, la vulnérabilité individuelle et socioculturelle des adolescents se voit renforcée par une vulnérabilité institutionnelle qui, trop souvent, confirme l'exclusion sans arriver à injecter de la justice, de l'ordre et de la loi.

L'échec scolaire s'avère un facteur crucial, très fréquemment retrouvé chez les jeunes sous mains de justice.

c. L'effet de groupe ou de bande

La bande est souvent pour l'adolescent le moyen grâce auquel il tente de trouver une identification, une protection, une exaltation, un rôle social. La dépendance de l'adolescent à l'égard de « sa bande » est souvent extrême, mais Winnicott souligne que « *les jeunes adolescents sont des isolés rassemblés* » : en effet sous cet attachement parfois contraignant au conformisme de la bande, l'individu développe peu d'attachements profonds aux autres comme en témoignent les fréquentes ruptures, dispersions, regroupements de bandes sur de nouvelles bases...

Au-delà de ces diverses fonctions dans le processus adolescent, le groupe peut aussi avoir une fonction dans le champ psychopathologique. Ainsi Winnicott souligne que le groupe peut être utilisé par les adolescents pour « *rendre réelle leur propre symptomatologie en puissance* ». Ceci explique qu'un groupe s'identifie volontiers au membre le plus malade : si dans un groupe il y a un adolescent dépressif ou délinquant, le groupe tout entier manifeste une humeur dépressive ou des comportements délinquants : « *dans le groupe que trouve l'adolescent afin de s'y identifier ou dans les agrégats isolés qui se transforment en groupe en liaison avec la persécution, les membres extrêmes du groupe agissent pour le groupe entier. La dynamique de ce groupe, assis en rond à écouter du jazz ou participant à une beuverie, doit englober toutes sortes d'instruments de la lutte de l'adolescent : le vol, les couteaux, l'explosion et la dépression. Et si rien ne se passe, les membres commencent à se sentir individuellement peu sûrs de la réalité de leur protestation, tout en n'étant pas assez perturbés eux-mêmes pour commettre l'acte anti-social qui arrangerait les choses. Mais s'il y a dans un groupe un, deux ou trois membres antisociaux qui veulent commettre l'acte antisocial, ceci crée une cohésion de tous les autres membres, les fait sentir réels et structure temporairement le groupe. Chaque individu sera loyal et donnera son*

soutien à celui qui veut agir pour le groupe, bien qu'aucun n'individu n'aurait approuvé ce que fait ce personnage très antisocial » ⁽⁴⁵⁾.

La bande suscite chez l'adolescent une régression et favorise l'usage de mécanismes archaïques, clivage, projection... et parmi ces positions pathologiques, le vécu persécutif de la bande est probablement un des plus fréquents : la bande se sent menacée et doit par conséquent se replier plus fortement sur elle-même en s'homogénéisant le plus possible afin de pouvoir se défendre et voire même attaquer. On observe là le déplacement sur le groupe de la problématique paranoïde potentielle de l'individu adolescent.

On voit ainsi, entre ces jeunes, des phénomènes d'entraînement dont on constate aujourd'hui les effets de l'accroissement de comportements violents en groupe.

Traitant du phénomène de la violence en groupe, S. Lesourd⁽⁴⁶⁾ a pu mettre en avant un système référentiel différencié qui n'est pas sans nous permettre d'articuler cette dialectique à la question de la mise en acte infractionnelle. Passer de la jalousie à l'envie serait glisser d'un contrôle social fonctionnant sur le « permis-interdit », c'est-à-dire la transgression et le rapport à la loi du Père, à un contrôle social fondé sur le « possible-pas possible » au-delà de ce qui fait autorité. Discours actuel que promeut paradoxalement de plus en plus celui notre société malgré les réponses sécuritaires qu'elle apporte, et par lequel le sujet ne se sent plus confronté à de l'interdit mais à de l'impuissance, celle d'être celui qu'on n'est pas. Peut-être pourrions nous penser alors les formes de violences contemporaines, notamment à l'adolescence, non plus comme une transgression des interdits, mais peut être comme une tentative de sortie active d'un sentiment d'impuissance face au discours du libre arbitre qui recherche l'attestation, la preuve, la trace, la démonstration.

3. Toxicomanie et délinquance : des comportements liés ?

Dans nos représentations sociales et notamment depuis la loi de 1970, l'association drogue et délinquance semble évidente, le consommateur de substances psychoactives étant considéré comme un délinquant répondant d'une infraction à la législation sur les stupéfiants.

Cependant, si certaines relations entre délinquance et drogues sont établies, il n'a pas été montré de rapport causal direct.

Toutefois, sur un plan psychodynamique, on peut retrouver la présence de processus psychiques communs aux comportements délinquants et toxicomaniaques autour des aménagements de la dépendance.⁽⁴⁷⁾ Ces aménagements (par les défenses psychiques, par le comportement, par le négatif, par la violence et par le masochisme) s'avèrent problématiques lorsqu'ils deviennent un mode prévalent de fonctionnement psychique du sujet et que ce dernier utilise essentiellement la réalité externe comme contre-investissement de la réalité interne défaillante. La dépendance est ici à envisager comme un processus complexe dont les spécificités psychodynamiques orientent le mode de relation à l'objet externe et renvoient à des modalités diverses de fonctionnement. Dans ce contexte, les aménagements psychiques de la dépendance constituent le socle psychologique commun générant l'agir toxicomaniaque et délinquant/violent. La nécessité pour le sujet de trouver un support narcissique suffisamment étayant pour son équilibre psychique, l'entraîne à surinvestir la réalité externe.⁽⁴⁸⁾

De plus, les phénomènes d'addiction dans la délinquance infanto-juvénile doivent être éclairés par une approche mettant en relief le **rôle antidépresseur** ainsi que leur **effet « pervers » anti-introjectif** qui vulnérabilise et chronicise le sujet.

Les offres de l'environnement, de la réalité externe (la consommation de drogues, les comportements délinquants, les conduites extrêmes...) constituent des objets privilégiés sur lesquels le sujet s'appuie pour soutenir son narcissisme, véritables substituts aux défaillances internes, indispensables au maintien de l'équilibre psychique du sujet.

4. La problématique des « incasables »

Le terme « incasable » apparu à la fin du XX^e siècle ne semble a priori relever d'aucune définition précise ou admise par la communauté scientifique. Il s'agit d'un terme utilisé par les professionnels de terrain pour désigner des situations d'enfants ou de jeunes en danger qui posent problème aux institutions sanitaires et sociales. Ces jeunes, dont les caractéristiques et

les besoins spécifiques relèvent le plus souvent de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale et judiciaire), ont en général mis à l'épreuve, voire en échec, des équipes professionnelles successives. J.Y. Barreyre, sociologue, parle de « *population à la limite des institutions* ». Par « incasables », nous entendons ainsi ces mineurs qui posent problème au regard du cadre, ceux qui, quel que soit le lieu ou les modalités de prise en charge, sont à la limite, et qui se retrouvent régulièrement confrontés à une impasse. Au sens premier du terme, « incasable » renvoie également à l'idée d'un comportement qui dérange. Pour autant cette problématique signe des difficultés multiples : éducatives, sociales, psychiques, réelles et reconnues, bien qu'elles n'entrent pas toujours dans les grilles nosographiques *ad hoc* et traditionnelles. On parle aussi parfois de « patate chaude », métaphore usitée pour expliquer le rejet que génère cette catégorie de jeunes auprès des institutions scolaires, éducatives, de santé, judiciaire, au sein même de leur propre famille et que donc, tout le monde se renvoie. Des difficultés qui s'entendent certes du côté du sujet, mais également des professionnels et des institutions qui éprouvent souvent un certain désarroi face à cette population qui leur montre leurs failles, à un temps donné, « l'incasable » d'aujourd'hui n'étant pas celui d'hier. Comme le souligne J.-C. Ferrand, « *l'incasable est le produit de l'inadéquation entre une personnalité et les ressources thérapeutiques héritées de la mentalité d'un moment* »⁽⁴⁹⁾.

Pour S. Lesourd⁽⁵⁰⁾, les incasables, qu'il préfère nommer « *les désarrimés du social et de ses lois* », interpellent les institutions dans leur déviance et leur errance, institutions avec lesquelles ils ont « *un rapport défailant* », les amenant à « *être mis à l'écart* » et assignés à « *un lieu du ban* », aux marges du reste, bien que demeurant une fois de plus « *sujet de la Loi du groupe* ».

Dans une recherche réalisée en 2008 pour l'ONED, le Conseil Général du Val-de-Marne et le Conseil Général du Val d'Oise, J.Y. Barreyre et P. Fiacre tentent de comprendre ce que recouvrent, pour les professionnels de terrain, les situations « d'incasabilité » à travers l'analyse de parcours de différents jeunes dits « incasables »⁽⁵¹⁾.

Ils partent de l'hypothèse que ce sont moins les faits sociaux qui importent pour comprendre ces situations d'incasabilité que ce qui se passe dans l'interaction, ce que Max Weber appelle « *l'activité sociale* » et plus particulièrement « *la conscience que les individus ont de leurs activités sociales, le sens qu'ils donnent à ce qui leur arrive, l'interprétation qu'ils font de ce qui se passe dans*

la réalité dans laquelle les acteurs sont engagés, une situation dans laquelle ils agissent et ils sont agis ». L'hypothèse sous-jacente proposée est alors que « *les acteurs ont une interprétation différente d'une situation donnée et caractérisée à un moment donné par des ressources et des contextes qui n'ont pas été vécus et lus de la même manière* ». Cette recherche s'est donnée pour objectifs de mettre en regard les histoires de vie des jeunes, les caractéristiques des situations de vie actuelles et l'intérêt des réponses institutionnelles actuelles.

Dans les différents critères rapportés par les professionnels pour décrire ce qui rend un jeune « incasable », les auteurs retrouvent fréquemment et prioritairement :

- Le critère des placements multiples, répétés et marqués par l'échec
- Une solution institutionnelle inadaptée ou inopérante
- Les fugues et les comportements violents
- La présence de troubles psychiques nécessitant souvent une prise en charge médico-sociale et sanitaire
- Des difficultés scolaires jusqu'à la déscolarisation complète
- La présence dans leur parcours de vie d'événements traumatiques graves et source d'une grande souffrance.

Mais comme l'explique J.Y. Barreyre, le parcours du jeune est une expérience différente pour le jeune, sa famille et les professionnels. En effet, ces parcours peuvent être décrits selon deux points de vue qui, confrontés, mettent en exergue une différence importante. L'institution intervient sur des situations problématiques déjà installées parfois depuis longtemps, dont elle ne connaît pas forcément tous les éléments en jeu, qu'elle va découvrir au fur et à mesure, parfois partiellement. Ainsi pour l'institution, le parcours commence au moment où elle hérite de la situation. Le jeune, au contraire, vit une situation source de souffrance depuis un certain temps plus ou moins long avant qu'elle ne soit connue de l'institution. Il arrive alors avec une souffrance installée et active.

Selon Barreyre, l'incasabilité pourrait donc être liée à **une non lecture de la souffrance initiale et de son développement tout au long du parcours.**

Bien qu'une partie des histoires de vie individuelles soit mise sur le devant de la scène, elle escamote parfois d'autres éléments-clés comme les croyances, les représentations, les idéalités, les secrets, les transmissions transgénérationnelles, les vulnérabilités psychiques ... Autant de facteurs qui, dans le silence de l'enfant dit « en danger » peuvent accélérer une mise à feu transgressive, une lutte active pour échapper à la fuite ou à la mort psychique, une attaque des cadres institutionnels dans un processus où l'incapacité est encore le plus sûr chemin pour agir le conflit psychique mortifère.

Et malgré une mémoire de l'institution, la mémoire des événements vécus par l'enfant et de l'histoire de la prise en charge se perd au fur et à mesure de la succession des référents.

En effet, la situation des jeunes dits incapables se caractérise par de **nombreuses ruptures de prises en charge**. La question de la cohérence du parcours dans la succession de prise en charge est donc une question centrale. Or les périodes de fortes manifestations, de « turbulences », sont pour les professionnels de l'aide à l'enfance des moments où la cohérence est particulièrement mise à mal, avec par exemple des montages pour permettre à l'équipe, à l'accueillant de supporter la situation, « *de souffler* ». Il ressort de cette investigation, selon Barreyre, que les pratiques « d'échappement » des jeunes et les manifestations fortes qu'ils développent, véritables énigmes, trouvent une explication dans le sens qu'ils attribuent aux événements du passé et du présent. De même, la mauvaise circulation de l'information risque parfois de créer des zones de vide, une discontinuité dans la prise en charge des jeunes dits « incapables ». C'est ce que certains d'entre eux renvoient : l'image d'une juxtaposition de professionnels qui font chacun ce qu'ils ont à faire mais qui en quelque sorte **morcellent l'accompagnement et renvoient au jeune le sentiment d'être lui-même morcelé**. Le problème qui se pose alors est celui de la perte de sens d'un objectif qui ne constituerait plus une ligne directrice forte et repérée par le jeune et les professionnels. Ainsi, le sens et la cohérence gagnent à être recherchés de manière pluridisciplinaire. Chaque acteur, fort de ses compétences et de son observation disciplinaire, apporte des éléments essentiels que les autres ne perçoivent pas forcément. ⁽⁵²⁾

Le croisement des regards disciplinaires et des hypothèses apparaît indispensable pour construire une stratégie d'intervention partagée qui fasse sens et qui permette de lier dynamique subjective et dynamique institutionnelle jusqu'alors discordantes.

B. APPROCHE CATEGORIELLE : DE LA PSYCHOPATHIE AU TROUBLE DES CONDUITES

L'idée que certaines déviations relèvent d'une forme de pathologie est une conception qu'on retrouve aux origines même de la psychiatrie moderne. Définir et soigner les troubles du comportement de l'enfant sont depuis longtemps des sujets délicats où l'on oscille entre inné et acquis, entre soin et punition, entre psychiatrie et justice... L'introduction d'un chapitre concernant les « troubles du comportement et des conduites » dans les classifications médicopsychiatriques⁽⁵³⁾ ⁽⁵⁴⁾ correspond à la tentative de leur appliquer un modèle de compréhension médical.

1. Personnalité psychopathe : Organisation autour d'un triptyque existentiel

En effet, certains auteurs évoquent le diagnostic de psychopathie pour ces jeunes, pourtant décrit uniquement chez l'adulte.

C. Balier et G. Diatkine, dans le Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, tentent de synthétiser les notions communément admises⁽²⁴⁾. Ils considèrent comme « psychopathes » dans une première approximation, « *ces adolescents dont la forme quasi exclusive de décharge pour toutes leurs tensions psychiques est le passage à l'acte agressif, délinquant ou non* ». Ils rattachent, avec quelques réserves, à cette catégorie « *les troubles graves du comportement et de la conduite des jeunes enfants et des enfants à la période de latence, dont la psychopathie à l'âge adulte constitue l'une des possibilités évolutives, mais non la seule* » et « *les comportements psychopathiques transitoires et localisés d'enfants et d'adolescents ayant par ailleurs toutes sortes d'autres modalités d'élaboration et de*

décharge de leurs tensions psychiques ». Au total, dans la perspective qu'ils ont retenu, « la psychopathie n'est ni *une maladie dont il faut faire l'inventaire des signes et les décrire, ni un trouble de la personnalité qu'on ne peut guère qu'observer, mais un mode particulier de faire face à la tension psychique en évitant l'élaboration mentale par des réponses agies* ».

H. Flavigny⁽⁵⁵⁾ préfère parler **d'Organisation à expression psychopathique**. Quatre éléments seraient indispensables pour pouvoir porter ce diagnostic :

- « *l'explosion de violences de façon répétée, qui à elles seules ne sont pas spécifiques, pas plus que n'importe quel comportement de l'adolescent* » ;
- « *l'importance de la dépendance, qui fait présager des difficultés de prise en charge* » ;
- « *la découverte du rôle de tout événement extérieur chargé d'une résonance affective dans le déclenchement des violences* » ;
- « *la mise en évidence progressive et prudente derrière le masque des violences d'une mal-organisation profonde, ancienne. Cette organisation détermine une « empreinte » qui rend possible l'extériorisation d'une conduite psychopathologique, c'est une disposition potentielle à l'émergence de violences ; l'essentiel de l'organisation à expression psychopathique est donc caractérisée par un « manque »* ».

J.P. Chartier⁽⁵⁶⁾ définit quant à lui le jeune « psychopathe » par sa « *faculté à créer de la zizanie entre tous les intervenants et dans toutes les institutions qui s'occupent de lui (...) et sa capacité plus grande que chez n'importe quel autre sujet à se faire exclure et renvoyer de n'importe quel type d'établissement et service* ». Le fonctionnement de ces jeunes « incasables » s'organise autour de la formule existentielle des 3D : Dénî, Défi, Délit :

- **Le Dénî** est « *cette incapacité structurale chez le jeune à se situer en tant que responsable de ses actions. L'autre sera toujours jugé, de bonne foi, comme l'auteur des tribulations qui l'accablent* ». Ces jeunes se présentent avec la conviction ancrée qu'ils sont toujours victimes et qu'ils ont à se venger.

- **Le Défi** est au cœur de leurs conduites que ce soit le défi du droit et de l'autorité sous toutes ses formes, mais aussi le défi de l'autre et de soi-même, censés démontrer leur omnipotence.
- **Le Délit**, infraction punie par loi, inconduite qui cause un dommage contre la société, est fréquemment retrouvée chez ces jeunes.

J. Selosse⁽⁵⁷⁾, quelques années après, a ajouté à ce triptyque un nouvel élément, celui de la Délocation. D'après l'auteur, les incasables n'auraient jamais eu d'espace propre, marqués depuis l'origine d'exclusion, de carences et d'absences, caractérisés par une position d'errance et d'instabilité. Ainsi mis au ban, ils se donnent à voir par un manque de place symbolique et affective, de reconnaissance identitaire et de position sociale, échappant aux limites du cadre, ni dedans, ni dehors, mais dans l'entre-deux des prises en charge qu'instaurent successivement les structures, les unes après les autres. L'agir serait alors le moyen qu'ils ont de se donner à voir à l'autre, mais qui en retour les isole de l'institution qui s'inquiète de ne pouvoir les contenir.

Ces différents auteurs tentent donc d'apporter une compréhension psychodynamique au diagnostic de psychopathie parfois posé chez les jeunes délinquants bien qu'il ne s'adresse normalement qu'à l'adulte. Qu'en est-il des diagnostics décrits dans les classifications internationales et souvent rapportés aux jeunes délinquants ?

2. Définitions internationales

En pédopsychiatrie, le DSM-IV⁽⁵⁸⁾ décrit le Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP) et le Trouble des Conduites (TC) dans la catégorie des troubles disruptifs à côté du Trouble Hyper Activité Déficit de l'Attention (THADA). Le TOP recouvre « *un ensemble de comportements négativistes et provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité* ». Le TC s'apparente à « *un ensemble de conduites répétitives et persistantes au cours desquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales* », rencontré lors de l'adolescence. La CIM 10 les inclut dans les Troubles du comportement et des émotions (F.90), en proposant des critères descriptifs tels que le contexte, l'existence de comorbidités ou de facteurs réactionnels et la sévérité des troubles⁽⁵³⁾. Le trouble des conduites s'exprime chez

l'enfant et l'adolescent par une palette de comportements assez vaste allant des crises de colère et de désobéissance répétées de l'enfant difficile aux agressions graves comme le viol, les coups et blessures et le vol du délinquant. Le concept de « trouble » renvoie à « *un ensemble de conditions morbides susceptibles de caractériser l'état de dysfonctionnement comportemental, relationnel et psychologique d'un individu en référence aux normes attendues pour son âge* »⁽⁵⁹⁾. À noter que la CIM 10⁽⁵³⁾ reconnaît dans son introduction l'imprécision du terme « trouble » et indique qu'il a été utilisé parce que le recours à d'autres termes tels que « affection » ou « maladie » aurait soulevé des problèmes encore plus importants. Il est encore précisé qu'une « *conduite sociale déviante ou conflictuelle, non accompagnée d'une perturbation du fonctionnement personnel, ne doit pas être considérée comme un trouble mental* ». Dans son préambule, le DSM-IV ⁽⁵⁸⁾ discute également du choix de la notion de trouble mental (*disorder*) pour désigner les différentes entités qu'il décrit. De plus, la qualification même de troubles des conduites prend en français une connotation morale et disciplinaire.

Les comportements de ces enfants et adolescents sont donc reconnus en tant que trouble lorsqu'ils deviennent bruyants et dérangeants pour l'individu lui-même, et souvent plus encore pour son entourage. Les différentes classifications internationales ont tenté de définir ce trouble, et il semble que le point commun en soit la notion de transgression répétée des règles sociales (Annexes).

Ces attitudes de transgression des règles sociales font poser la question de la délinquance, et de l'appartenance du trouble des conduites au concept social de délinquance. Le trouble des conduites peut être associé à des situations de délinquance, mais tout adolescent coupable selon la loi d'actes délictueux n'est pas nécessairement atteint d'un trouble des conduites (par exemple, un acte délictueux isolé et réalisé sous l'emprise d'un produit psychotrope ou dans un contexte passionnel...). Le trouble des conduites (notion médicale) doit donc être distingué des différentes formes de délinquance (notion juridique). Les données épidémiologiques corroborent cette variabilité d'interprétation puisqu'en population délinquante, la prévalence du trouble des conduites se situe chez le garçon entre 29% et 95% selon les études⁽⁶⁰⁾.

Dans la nosographie classique, ces conduites externalisées graves et répétitives de l'adolescence (comportements violents et impulsifs, prises de risques et accidents,

consommation de produits, actes délinquantiels...) trouvaient leur place dans le cadre de personnalité antisociale déjà organisée comme telle dès l'adolescence ou dans le cadre d'organisation « limite » de la personnalité.

On retrouve ici les troubles dominés par la tendance à l'agir, les troubles des conduites dans les échanges avec autrui, le défaut de contrôle, le déni des règles sociales, la répétition des échecs, le défaut d'influence des sanctions.

Par ailleurs, M.T. Greenberg avance que les troubles des conduites apparaissent lors de la présence d'au moins trois des facteurs de risque parmi les suivants : un attachement insécure, des troubles des relations familiales, des événements familiaux défavorables et un tempérament difficile⁽⁶¹⁾.

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent ⁽⁶²⁾ (CFTMEA), quant à elle, ne consiste pas en une énumération de symptômes, mais est censée permettre d'intégrer les troubles dans une « dimension processuelle » en tenant compte de la psychopathologie. La version révisée de la CFTMEA publiée en 2002 propose dans son chapitre 7 intitulé « troubles des conduites et des comportements », une distinction entre notamment, les pyromanies, les kleptomanies, les fugues, les violences contre les personnes, les conduites à risque, les errances et autres troubles caractérisés des conduites (comportements inadaptés persistants et répétés, non secondaire à un syndrome psychiatrique avéré). On retrouve également une notion de trouble des conduites dans le chapitre 3 consacré aux « pathologies limites à dominante comportementale » qui regroupent les troubles des conduites sous-tendu par des organisations limites de la personnalité.

Les cliniciens d'orientation dynamique se sont efforcés d'apporter des précisions sur les données cliniques et psychopathologiques qui, au cours de l'enfance, incluent le risque d'une évolution vers des troubles dominés par les agirs et les expressions de la violence. Les risques évolutifs sont divers, ils sont influencés tout au long de l'histoire, par de multiples facteurs. Cependant, R. Misès⁽⁶³⁾ explique que le plus souvent les enfants concernés sont pris dans des dysharmonies graves et évolutives que l'on regroupe aujourd'hui dans le cadre des « pathologies limites ou narcissiques du jeune âge ». Les critères psychopathologiques qui spécifient ces

organisations ne sauraient être dégagés du simple relevé des comportements extériorisés ; une approche compréhensive s'impose, incluant une orientation dynamique. Les repères apportés par la CFTMEA conduisent à faire une place aux investigations d'ordre sémiologique afin de délimiter un syndrome dominé par les agirs et les expressions comportementales de la violence, mais de surcroît, il revient au clinicien de préciser les composantes psychopathologiques d'ordre structural qui caractérisent l'enfant à un moment de son histoire. Une telle approche s'inscrit dans une saisie élargie où se trouvent articulés ce qui relève respectivement de l'intrapsychique et de l'intersubjectif.

Les pathologies limites de l'enfant décrites dans la CFTMEA s'expriment à travers des manifestations très diversifiées, variables d'un cas à l'autre et qui peuvent se modifier dans le cours de l'évolution. Beaucoup se présentent sous l'aspect dominant de troubles de la personnalité qui occupent une place originale entre troubles névrotiques et organisation psychotique.

Au point de vue clinique et psychopathologique, on relève les éléments suivants :

- des défauts précoces d'étayage d'où résultent des failles et des distorsions dans l'organisation de la vie mentale ; cependant l'enfant met en oeuvre des capacités adaptatives notables, en s'appuyant sur des fonctionnements en faux-self ;
- des défaillances portant sur l'abord du champ transitionnel et sur les supports de la pensée : en découle une dominance des expressions par le corps et par les agirs ;
- des atteintes portées au travail de séparation et à l'élaboration de la position dépressive : elles ne permettent pas l'intégration des angoisses dépressives ; elles entraînent une extrême vulnérabilité à la perte d'objet ; néanmoins l'enfant accède à une différenciation soi / non soi où se marque l'écart vis-à-vis des psychoses ;
- des failles narcissiques constantes : elles peuvent inclure une représentation de soi inacceptable, au point de porter atteinte au sentiment d'identité ; à titre défensif, l'enfant est souvent conduit à développer des réactions de prestance qui mènent à des affrontements répétitifs avec le milieu.

En dépit de ces composantes péjoratives, des ouvertures de type névrotique se dessinent, mais sans permettre un véritable affrontement aux conflits de désir et d'identification. En résulte une hétérogénéité structurelle, soutenue par des clivages, de sorte que, d'un côté, se développent des capacités d'adaptation, tandis que, sur un autre versant, persistent des modalités archaïques de symbolisation et de fonctionnement mental.

Les traits de la personnalité sous-jacents incluent les défauts de maturité affective, l'altération du sentiment de soi, la pauvreté de la vie intérieure, l'incapacité à nouer des investissements stables. La tonalité dépressive est souvent recouverte par des constructions mégalomaniaques et par les affrontements au milieu. Elle se relie parfois à des conduites addictives. On verra par la suite que les parcours des jeunes délinquants sont émaillés d'éléments proches de ceux décrits ici pour les pathologies limites.

Par ailleurs, la notion de trouble des conduites est actuellement controversée du fait des problèmes conceptuels qu'elle pose dont la superposition de cette notion nosographique avec une notion sociale ou juridique, celle de la délinquance. M. Botbol, psychiatre, psychanalyste, rappelle que le risque de baser un diagnostic psychiatrique sur des critères descriptifs se rapportant à des valeurs et compétences sociales est que cette catégorie diagnostique ne soit qu'une façon de psychiatriser le social et utiliser la nosographie pour donner une dénomination médicale à un comportement transgressif.⁽⁶⁴⁾

De plus, la méthode de collecte des données de l'expertise de l'INSERM dans le rapport sur le trouble des conduites de l'enfant et de l'adolescent⁽⁵⁹⁾ s'appuie sur la classification du DSM-IV, refuse les syndromes complexes qui sont considérés comme des juxtapositions de maladies élémentaires, des « comorbidités », et rejette délibérément la perspective clinique et psychopathologique au prétexte qu'elle ne serait pas « scientifique ». De surcroît, la lecture du chapitre 10 montre que le projet des chercheurs est d'établir l'existence de corrélations neuroanatomiques et/ou génétiques entre ces troubles et le cerveau. Il semble aller de soi pour eux qu'il n'existe aucune autre hypothèse recevable pour comprendre l'origine de ce qu'ils nomment les « troubles des conduites ». B. Gibello explique que nous savons aujourd'hui qu'à côté des relations de cause à effet de la perspective anatomoclinique, il existe tout un ensemble de relations de signification, enregistrées dans les mémoires, intimement liées à l'histoire du

sujet, à ses expériences et aux différentes interactions qu'il a vécues depuis sa prime enfance, qui influencent considérablement les « conduites » de chacun⁽⁶⁵⁾.

Suite à ce rapport de l'INSERM, le risque serait, comme le précise R. Misès⁽⁶⁶⁾, de voir se développer des interventions étroitement codifiées, orientées par les seuls aspects comportementaux, cela en favorisant les mesures qui s'appuient sur une conception neurodéveloppementale dont le réductionnisme exclut la prise en compte des données issues d'approches ouvertes, menées sous une orientation dynamique.

De plus, à l'adolescence, les professionnels de la santé répugnent souvent à utiliser ce diagnostic, de **Crainte de surenchériser dans la quête identitaire de ces patients**. En effet, lorsqu'ils s'engagent dans des activités antisociales, ces jeunes semblent chercher à se faire confirmer une identité négative, et la confirmation qui s'ensuit accentue alors leur recherche d'opportunités délictueuses. De même, il faut aussi échapper au risque de réduire l'auteur à son acte, notamment en le déclarant d'emblée affecté d'un trouble psychopathologique.

Des perspectives et pressions morales, idéologiques, voire sécuritaires, interfèrent actuellement dans la définition de ces « troubles » médicaux, de leur traitement et de leur prévention, au risque d'une médicalisation de l'existence et d'une naturalisation de problème telle que la délinquance dont les déterminants psychosociaux, économiques et culturels sont majeurs.

Comme le rappelle R. Misès⁽⁶⁷⁾, dans la pratique usuelle, loin de se centrer sur le recueil exclusif des aspects comportementaux, l'attention se trouve portée vers les composantes psychologiques ou psychopathologiques qui caractérisent un sujet que l'on s'efforce de ressaisir, à la fois, dans son fonctionnement interne et dans ses interactions avec son environnement : *« seule cette approche ouverte permet de reconnaître la diversité des cadres où peuvent s'exprimer la violence et les recours à l'agir »*.

Nous allons donc, au-delà des tentatives de poser un diagnostic qui « collerait » au jeune délinquant, développer au niveau psychodynamique la violence et le passage à l'acte chez l'adolescent en général puis chez le jeune délinquant.

C. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DE LA VIOLENCE ET DU PASSAGE A L'ACTE

Comme nous venons de le voir, on ne pourrait envisager d'acte délinquant chez un mineur qui ne soit pas en même temps la manifestation de difficultés éducatives et/ou psychiques.

Par ailleurs, un passage à l'acte peut révéler un trait de caractère (adolescent à versant psychopathique), un symptôme (adolescent déprimé) ou les deux (adolescent délinquant, par exemple) et ainsi prendre un sens différent selon les situations et selon les approches.

D'une logique nosographique (normal versus pathologique), on passe ainsi à une logique psychopathologique, où ce qui compte n'est plus « l'étiquetage » d'un trouble mais le mode de fonctionnement psychique du sujet.

L'opposition entre conduite agie et conduite mentalisée prend toute son importance à l'adolescence. Il apparaît alors intéressant de pouvoir aborder dans un premier temps la problématique de l'agir chez les adolescents puis nous étudierons particulièrement les significations psychologiques et psychopathologiques du passage à l'acte dans la population de jeunes délinquants.

À noter que la violence sexuelle qui relève d'un abord psychopathologique spécifique et différent ne sera pas abordée ici.

1. Définition de la violence selon l'OMS

L'OMS décrit la violence comme « *l'usage délibéré ou menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance, de la menace directe ou indirecte contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, une discrimination, un mal développement ou une carence* ».

Cette définition suppose une intentionnalité, un rapport de force et une conséquence négative mais d'autres points de vue sont possibles...

2. L'agir et le passage à l'acte à l'adolescence

Le temps de l'adolescence, période de transition, de passage entre l'enfance et l'âge adulte, s'organise autour de deux phénomènes : la **puberté** et le **pubertaire** :

- **la puberté**, phénomène biologique et physiologique, s'accompagne des transformations somatiques, psychologiques et affectives, métaboliques et hormonales conduisant à la possibilité de procréer ;
- **le pubertaire**, phénomène psychologique théorisé par P. Gutton « *le mot puberté est au corps ce que le pubertaire est à la psyché* », correspond au déséquilibre de l'organisation psychique sous la poussée des transformations du corps réel et pulsionnel⁽⁶⁸⁾. La relation de l'enfant à son corps et à ses pulsions se voit modifiée puisque le corps pubère devient apte à agir celles-ci. En effet, la sexualité génitale est désormais possible et peut être mise en actes, réactivant les fantasmes et la problématique œdipienne.

En ce sens, la puberté intervient comme un facteur de déséquilibre de l'organisation psychique du sujet et peut même contribuer selon Kestemberg⁽⁶⁹⁾ à troubler les capacités de fonctionnement du moi dans son rapport au monde.

Cette période se caractérise aussi par de nombreux remaniements identitaires et réaménagements narcissiques qui viennent bouleverser toutes les dimensions de l'existence du sujet et de ses relations aux autres, au lien social. Le passage adolescent est transformation de la structure psychique et du rapport au manque et au désir. L'événement pubertaire s'impose au sujet comme une force qui vient du dehors et agit sur la réalité interne par une pression envahissante et absorbante. La pression pulsionnelle et la liaison fantasmatique, que le temps de l'adolescence engage, viennent bousculer l'organisation antérieure et impose à l'adolescent de se réorganiser. L'adolescence apparaît donc également comme un temps de déconstruction-reconstruction.

C'est cette double prise de conscience simultanée du poids d'un héritage qu'il n'a pas choisi, dont ce corps pubère nouveau est le témoignage concret, et de l'étendue des possibilités nouvelles qui s'offrent à lui, dont la sexualisation du corps est également la manifestation, qui

font naître l'adolescent à son statut de sujet à la fois unique, un monde à lui tout seul, et en même temps si tributaire de son environnement.

La puberté menace de plonger l'adolescent dans cette situation de lien paradoxal avec ceux dont il a le plus besoin, en faisant de ce besoin une menace pour son autonomie et même son identité.

L'adolescent se voit ainsi confronté à deux angoisses : la peur d'être dépendant s'il fait l'objet de l'attention d'autrui et la peur d'être abandonné si personne ne s'occupe de lui. C'est de ce paradoxe relationnel, propre à l'adolescence, que naît le conflit. La transformation du corps et de l'esprit, la reviviscence du conflit œdipien, la recherche d'identité et d'autonomie, la violence des sentiments et la sexualisation du désir sont ainsi inhérentes à cette étape fondamentale de l'existence.

L'agir apparaît comme une caractéristique de tout adolescent, il n'est pas seulement le fait de l'adolescent présentant des troubles psychiques.

Les psychanalystes distinguent l'acting-out, en rapport avec une difficulté dans la cure, dont le sens donc est accessible, de l'acting de comportement traduisant un conflit interne insoluble par les voies psychiques. D'une manière générale, l'acte se situe hors le champ psychique.

Enfin, nous insistons sur le fait de différencier l'agressivité qui apparaît comme une difficulté d'ajustement entre les différentes exigences rencontrées par l'adolescent, une adresse à l'autre, objet vécu comme différencié de soi, qui fait lien, et la violence comme une incapacité à aménager les différentes exigences, avec annulation du lien à l'autre « *c'est moi ou l'autre* ». ⁽⁷⁰⁾ La violence apparaît alors lorsque la parole ne fait plus tiers.

Face aux bouleversements intérieurs, les adolescents cherchent en-dehors d'eux-mêmes, au besoin en intervenant sur le réel de l'autre, de quoi satisfaire leurs pulsions, leurs angoisses et leurs fragilités narcissiques.

3. Les agissements délictueux

Selon J. Selosse⁽⁴⁴⁾, le caractère transgressif d'une conduite illicite traduit les rapports conflictuels entre l'intériorisation de la loi et la régulation des interactions avec autrui et la collectivité. Au travers d'une mise en acte d'emprise sur le réel, d'omnipotence et d'agression, la conduite délictueuse tend à réduire certaines tensions et à réaliser certaines possibilités. Parmi les activités antisociales, certains « agirs » subversifs, impulsifs et agressifs surgissent en court-circuitant toute élaboration mentale. Il n'est alors plus question de mise en acte mais de passage à l'acte.

Pour Ph. Jeammet « *Le passage à l'acte devient à ce moment-là une façon de faire appel à la réalité externe pour contre investir une réalité interne qui était en train de déborder l'adolescent, d'une façon que justement il ne pouvait pas aménager au niveau psychique* ». Il protège ainsi l'adolescent du conflit intériorisé et de la souffrance psychique, mais il entrave toute possibilité de maturation progressive de telle sorte que l'incessante répétition de cette mise en acte apparaît souvent comme la seule issue. Le paradoxe du passage à l'acte délictueux tient donc au fait que le sujet agi y perd sa liberté et qu'il risque de plus d'en être privé en cas de condamnation.⁽⁷¹⁾

Les agissements des adolescents en infraction avec la loi sont souvent évoqués sur fond d'instabilité, d'avidité et d'impulsivité, sous-tendus par des mécanismes projectifs et agressifs. L'analyse du contenu de ces comportements demeure à l'extérieur des problématiques personnelles de ces jeunes, qui propulsent sur la scène sociale la négativité de leur marginalisation et leurs conflits psychiques et identitaires, ne sachant ni les dévoiler, ni les représenter autrement.

Les conduites antisociales sont à distinguer des autres mises en actes juvéniles.

De plus, l'évolution sociale actuelle avec la liberté d'expression et le questionnement des limites agit comme un interrogateur mettant à l'épreuve les ressources narcissiques du sujet et la force de son Moi ce qui entre en résonance avec la dynamique de l'adolescence. Les plus vulnérables de ces adolescents, sans limites suffisamment contenantantes, sont abandonnés à leurs contraintes émotionnelles et à leurs passages à l'acte. Les conduites d'emprise deviennent la

seule façon de trouver un rôle actif face aux débordements émotionnels et aux personnes qui les suscitent.

Ces sujets en échec relatif d'intériorisation, avec une insécurité interne, des assises narcissiques fragiles et des structures intra-psychiques mal différenciées, se raccrochent défensivement aux données perceptives et à des objets externes surinvestis, et ils vont être particulièrement sensibles aux variations de la distance relationnelle. L'agir est pour eux le moyen de renverser ce qu'ils craignent de subir et de reprendre une maîtrise qu'ils étaient en train de perdre. L'acte permet de figurer sur la scène externe, et par là de contrôler ce qu'ils ne pouvaient représenter au niveau d'un Moi sidéré par la massivité des affects, avec un espace psychique effacé, et où le jeu subtil des déplacements de représentations est remplacé par les mécanismes plus archaïques de projection, de renversement dans le contraire et de retournement contre soi. ^{(72) (73)}

Par ailleurs, selon J. Selosse⁽⁴⁴⁾, les jeunes délinquants, en accomplissant leurs premiers actes délictueux, semblent interroger la place qu'ils occupent dans une filiation défectueuse en faisant appel à des figures d'autorités chargées de resituer les places de chacun, les assises des liens socialisés mais aussi chargées de justifier les positions sociales visant au respect d'une normalité référentielle. D'autre part, les conduites délictueuses peuvent être initialement des interpellations pour se voir reconnue une place de sujet et sortir d'un destin mortifère. Le regard social prend chez ces jeunes une importance prépondérante dans la mesure où le regard des parents, miroir fondateur de leur identité et de leur intégrité corporelle, leur a fait défaut.

Devant le caractère polymorphe de la pathologie adolescente, les différents auteurs, qu'ils soient ou non d'obédience psychanalytique, reconnaissent l'extrême difficulté de poser un diagnostic non équivoque face à ces troubles du comportements. C'est pourquoi, H. Flavigny⁽⁷⁴⁾ préfère adopter, à propos d'adolescents présentant des comportements violents, la notion « *d'organisations intermédiaires à expression comportementale* ».

Certes, la question de la délinquance infantojuvénile nous interroge sur les limites de la prise en charge psychiatrique. Cependant, comme nous venons de le voir, la présomption du normal et du pathologique ne repose pas sur les conduites et comportements en eux-mêmes

mais sur leur signification. Aucun de ces comportements n'appartient à une structure psychopathologique particulière.

On peut ainsi rencontrer des agissements délictueux entre autre chez :

- **des adolescents qui ne disposent pas d'autres moyens que l'agir et le passage à l'acte, à tendance psychopathique ;**
- **des adolescents présentant un deuil pathologique des imagos parentales, source de dépression ;**
- **des adolescents dont un trouble de l'identité est au premier plan pouvant révéler un état limite voire même psychotique.**

L'adolescence semble être le temps où l'expression de la souffrance passe par la provocation du corps social. La délinquance, voire la criminalité, révèlent non seulement les vicissitudes des relations précoces, mais peuvent être envisagées comme une problématique de l'adolescence. La transgression serait un moment propre aux régressions narcissico-objectales de l'adolescence, où l'acte vient faire signe. Sommes-nous aujourd'hui en mesure de penser et proposer des modalités de soin, pouvant inclure des médiations éducatives, qui donnent à ces adolescents perturbés un environnement stable et source de supports identificatoires ? Avons-nous réussi à renouveler nos pratiques pour mettre en œuvre des prises en charge adaptées à ces jeunes ?

Nous allons donc à travers des situations cliniques apporter un éclairage psychopathologique sur le parcours de ces jeunes puis nous proposerons une analyse de différentes structures prenant en charge ces adolescents.

2ème PARTIE :
QUELLES SONT LES RÉPONSES ACTUELLES ?
QUELLES COLLABORATIONS SANTÉ-JUSTICE ?
SITUATIONS CLINIQUES ET ÉCLAIRAGES
PSYCHOPATHOLOGIQUES



Widlöcher pose clairement les termes de nos interrogations de cliniciens face à un adolescent « faut-il objectiver au maximum la conduite pour la réduire à un symptôme rattachable à une étiologie ? ou faut-il au contraire réduire cette conduite au sens qu'elle revêt dans la subjectivité de l'adolescent et ne s'intéresser qu'au « vécu de ce dernier » ? ». Par exemple, entre les conduites psychopathiques d'un adolescent malade d'un côté et le conflit de génération ou revendications sociales propres à la « crise d'adolescence », y a-t-il une similitude structurelle ? Selon Widlöcher, la solution résiderait dans une meilleure compréhension des conduites de l'adolescent : cet auteur refuse le partage trop fréquent entre des conduites qui seraient le témoin d'une pathologie (conduite-symptôme) et des conduites qui seraient l'expression d'une psychologie normale (conduite-vécu). Toute conduite doit être envisagée pour elle-même, puis replacée dans l'ensemble des conduites du sujet en appréciant l'harmonie, la fluidité de ces groupes de conduites ou au contraire la dissonance, la rigidité. Ainsi « *tel symptôme très inquiétant s'inscrit dans un système de conduites fluides, tel autre dans un système rigide et parfaitement typé du point de vue psychopathologique* ». ⁽⁷⁵⁾

Il nous semble que c'est à la lumière de ces propos qu'il nous faut porter notre regard sur les situations cliniques présentées.

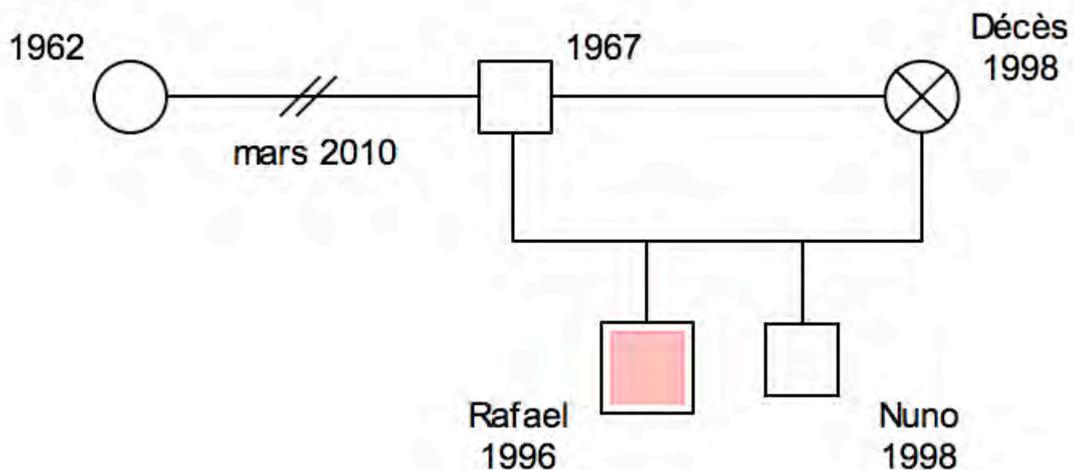
I. SITUATIONS CLINIQUES

A. RAFAEL : JUSTICE OU INJUSTICES

Retrouvons Rafael.

- *Histoire familiale*

Les éléments présentés concernant l'histoire de Rafael ont été recueilli, entre autre, au cours d'une réunion de concertation que nous avons organisé entre les différents intervenants, afin de remettre en perspective son parcours de vie.



Rafael est l'aîné d'une fratrie de deux garçons. Ils sont tous deux nés au Portugal ainsi que leurs parents. Leur mère décède brutalement d'une encéphalite virale alors que Rafael est âgé de 22 mois et son frère de quelques mois. L'accès à cette période de vie est difficile, Rafael élude toutes questions concernant sa mère ou son histoire. Pour Monsieur, l'évocation de sa première femme reste douloureuse « comme si le temps n'avait pas fait son œuvre ». La mère de Rafael est décrite par Monsieur comme imprévisible dans ses réactions. Il associe les troubles de Rafael au comportement de Madame, notamment le mensonge et l'hyperactivité.

Le père, après avoir traversé une longue phase dépressive, « cherche ensuite une mère pour ses enfants » et épouse la nourrice, 18 mois après le décès de sa femme. La relation conjugale entre le père et la belle-mère est d'emblée difficile, Monsieur disant qu'il n'aimait pas celle-ci et qu'elle n'était pas autonome pour s'occuper des enfants et de la maison.

La famille s'installe alors en France lorsque Rafael est âgé de 8 ans, les raisons variant selon les interlocuteurs, que ce soit du fait de troubles déjà existants chez Rafael « la médecine est meilleure en France » ou à cause de la situation économique du père. Celui-ci peut dire « Rafael, il est né comme cela, je pense. Même lorsque sa mère vivait, il était difficile, je l'avais emmené voir un médium au Portugal après avoir vu plusieurs médecins, sans résultats. Il était suivi en

neurologie pour les enfants...le médium m'a dit que c'était un problème que Rafael avait dans son cœur et dans sa tête ».

A l'arrivée en France, Rafael ne parle pas le français ; à l'école il crie et se déplace librement dans la classe. Au bout d'un an, il a acquis les règles de base et son français est suffisamment bon pour avoir le rôle de traducteur à la maison. Il est alors parentifié.

Lorsque Rafael a 13 ans, son père et sa belle-mère se sépare, ce qu'il vit comme un nouvel abandon. Autour de cette séparation, Rafael peut laisser parler sa souffrance « j'ai perdu ma belle-mère », « je vais la voir, mais je l'ai perdue, c'est comme ma mère »... Sa souffrance fuse.

- *Le parcours institutionnel*

Notre tentative pour redonner du sens à ce parcours n'a pas été aisé, nous avons obtenu des informations des différents intervenants, mais aussi de l'examen du dossier judiciaire dans lequel apparaissent les éléments d'assistance éducative et de mesures pénales. Ce parcours est fait de ruptures, de rejets, et aux passages à l'acte de Rafael semblent répondre les passages à l'acte familiaux et institutionnels.

Lorsque Rafael est âgé de 8 ans et demi, une information préoccupante est réalisée par le service de santé scolaire, suivi d'une décision d'OPP de Rafael et de son frère au CHU de Nantes pour suspicion de maltraitance par le père. Le certificat médical, auquel nous avons pu avoir accès dans le dossier judiciaire, montre de nombreuses ecchymoses en forme de boucle de ceinture sur le corps de Rafael. Après enquête pénale, le placement est levé et une mesure d'AEMO est ordonnée (violence du père, difficultés éducatives de son épouse, comportement et langage sexualisé de Rafael). À la rentrée scolaire, à 9 ans, Rafael est admis en ITEP en internat. Levée de la mesure d'AEMO, contre la préconisation du service, après deux ans d'accompagnement, car le père de Rafael est hostile à la mesure et que le service n'observe plus de violences. On peut s'interroger ici sur le sens de la décision d'orientation scolaire et la décision judiciaire. La même année, un premier

signalement est réalisé par l'ITEP pour attouchements sexuels. Un an plus tard, alors que Rafael a 12 ans, un nouveau signalement est adressé au magistrat concernant des comportements sexualisés et répétés sur trois fillettes du quartier ainsi que la violence du père. Puis Rafael est exclu des transports collectifs de l'ITEP pour tentative d'attouchements. Le magistrat demande alors une IOE et une expertise psychiatrique. Rafael est ensuite jugé et déclaré coupable pour atteinte sexuelle avec violence, contrainte, menace ou surprise sur 3 mineures de moins de quinze ans. Il est alors placé, à 12 ans, sous protection judiciaire pour 3 ans (STEMO). Rafael est ensuite exclu de l'ITEP pour une accusation de viol (levée par la suite). Un nouveau signalement est adressé à la veille enfant en danger et une décision de placement ASE est prise. Rafael intègre un nouvel ITEP en internat mais est dans l'escalade des passages à l'acte et retourne régulièrement au domicile de son père. Il est alors déclaré en fugue. Après un bref séjour au Centre de Placement Immédiat (CPI) de la Roche sur Yon qui ne se passe pas bien (dépôt de plainte suite à violences et dégradations), Rafael intègre l'EPE à Nantes pour l'hébergement et un aménagement de prise en charge la journée est mis en place temporairement dans des ateliers de remobilisation, en attendant que l'orientation MDPH en ITEP puisse être honorée, aucune place n'étant disponible pour Rafael.

De plus, à chaque fois que Rafael intègre une structure, il lui est signifié qu'elle n'est pas adaptée à sa problématique et qu'il ne va pas rester. Le discours récurrent concernant Rafael est que c'est le plus souvent la structure qui s'adapte à Rafael que l'inverse. On voit donc que régulièrement une solution institutionnelle inadaptée ou inopérante est adoptée par défaut, ce qui renforce les conduites de rejet et le vécu abandonnique.

Concernant sa personnalité, Rafael peut être décrit par les différents intervenants à la fois comme impulsif, calculateur, manipulateur et inintimidable mais aussi comme influençable, vulnérable, instrumentalisé par ses pairs surtout qu'il se retrouve souvent avec des jeunes plus âgés que lui. C'est un jeune garçon intelligent, qui manie l'humour pour rester en lien avec l'adulte. Il nous apparaît

ainsi à travers les différents éléments rapportés que Rafael souffre de carences affectives importantes et d'une problématique abandonnique. Il présente également des failles narcissiques importantes. Il semble avoir besoin d'une prise en charge quasi-individuelle pour être rassuré et sécurisé par les adultes.

Nous avons pu avoir accès à des éléments de l'expertise psychiatrique réalisée lorsque Rafael est âgé de 12 ans et demi suite à une accusation d'attouchements sexuels réalisés à l'ITEP. L'expert s'interroge « de quelle manière les services publics de l'éducation et de la santé ont pris Rafael en charge ? Cet enfant, qui se trouvait en France depuis peu, avait appris le français et témoignait d'une certaine intelligence mais également de troubles du comportement. Le départ en ITEP a-t-il été véritablement préparé ? Le recours à l'internat correspondait-il à une véritable indication médicale ou était-il destiné à pallier une carence sociale ? Que s'est-il réellement passé à l'ITEP ? la mauvaise conduite des garçons plus âgés et leur vantardise semblent avoir joué un rôle excitant mais surtout de mauvais exemple pour Rafael qui a par la suite voulu faire comme les grands, c'est-à-dire explorer les différences sexuelles garçon/fille. Rafael a intégré la prescription médicamenteuse comme une sanction. Mais ayant recommencé suite à des impulsions sexuelles sur des filles de son quartier, il exprime son incrédulité vis-à-vis des adultes en faisant remarquer qu'il n'a jamais cessé de prendre le traitement qui lui avait été donné pour le punir. L'ensemble de cette situation évoque une transformation perverse et chaotique de la situation dans laquelle s'est trouvé cet enfant. Pour ce qui est des actes qui lui sont reprochés, la curiosité sexuelle semble être le primum movens de son passage à l'acte. S'il y avait perversion, c'est au sens de perversion polymorphe du petit enfant plutôt que de passage à l'acte pervers d'un adulte, ce qui ne correspondrait d'ailleurs pas à son âge ».

Par ailleurs, « sa dispersion, ses passages à l'acte, son déni et sa nécessité de se préserver dans son mensonge révèlent son extrême souffrance et ses angoisses de perdre l'autre. Il se montre parfois dans un collage où la violence peut être la

seule issue afin de maîtriser l'invasion de l'autre et garantir sa survie psychique ».

Les conclusions de l'expert sont alors « Son examen neurologique ne révèle pas de maladie mentale au sens strict mais un caractère impulsif, calculateur, éventuellement manipulateur et inintimidable. Nécessité de la présence du secteur pédopsychiatrique pour différencier la prise en charge à l'ITEP et la prescription de traitement ».

1. La place de l'expert en pédopsychiatrie dans la prise en charge des mineurs en grande difficulté

L'expertise psychiatrique peut être définie comme : « un acte à visée non thérapeutique demandé à un psychiatre par une autorité ou un organisme afin d'apprécier l'état mental d'une personne et d'en évaluer les conséquences qui ont des incidences pénales, civiles, administratives ou contractuelles »⁽⁷⁶⁾. Dans le cas des expertises judiciaires, sur lesquelles se centre notre propos, l'expert pédopsychiatre est donc un clinicien alliant savoir théorique et expérience clinique, et s'engageant à éclairer la justice sans nuire à l'intérêt de l'enfant⁽⁷⁷⁾.

L'expertise judiciaire peut être requise dans diverses situations mais dans le cadre des mineurs en grande difficulté, les deux qui retiennent particulièrement notre attention sont l'expertise civile en assistance éducative et l'expertise pénale d'un auteur présumé⁽⁷⁶⁾.

- L'expertise civile : Suite à une procédure de signalement d'une situation de danger actuel ou imminent pour un mineur, un juge des enfants est saisi. Ce dernier rend une décision motivée par une enquête approfondie sur la situation de la famille. L'expertise, psychiatrique ou médicopsychologique, vient compléter les données de la mesure d'IOE lorsque des troubles psychiques sont relevés ou suspectés chez l'enfant ou ses parents. La mission peut ainsi porter sur l'évaluation du développement psychique d'un mineur ou sur l'examen psychiatrique d'un ou des deux parents, chez qui la mise en évidence de troubles mentaux ou de la personnalité doit conduire à déterminer s'il existe une répercussion de cette psychopathologie sur le mineur et sur les relations parents-enfants. La capacité de

perception des besoins de l'enfant ainsi que l'évolution prévisible des troubles et l'indication de soins doivent alors être interrogées⁽⁷⁸⁾. L'indication de ce type d'expertise réside en définitive dans une analyse intergénérationnelle dynamique des interactions familiales et des différents facteurs socioculturels en jeu, au regard de circonstances ayant motivé la demande d'examen. L'expert est couramment questionné sur les mesures, transitoires ou durables, qu'il estime devoir être mises en place (placement en foyer ou en famille d'accueil, reprise des liens familiaux...)⁽⁷⁹⁾.

- L'expertise pénale d'un mineur : Le contenu des missions diffère peu de celles concernant les auteurs majeurs⁽⁸⁰⁾ ⁽⁷⁷⁾. L'évaluation de la responsabilité pénale est déterminante. Elle interroge, d'une part la question du discernement, c'est-à-dire que le mineur doit avoir intégré les interdits et les conséquences inhérentes à leur transgression pour pouvoir être considéré comme responsable de ses actes. La capacité de discernement intègre la volonté d'accomplir une action, la compréhension de la finalité à laquelle aboutit cet acte (c'est-à-dire l'anticipation des effets), l'anticipation des conséquences pour un tiers ou la collectivité et enfin la conscience que l'acte ou sa finalité sont frappés d'interdits sociaux. Cette notion pourrait renvoyer à celle d'âge « de raison » situé classiquement autour de 7 ans⁽⁸⁰⁾, mais l'âge civil ne suffit pas pour évaluer cette capacité de discernement. Celle-ci doit ainsi être appréciée en fonction du niveau de développement psychoaffectif de l'enfant, de ses capacités cognitives, de ses apprentissages et de la qualité éducative de son environnement. En effet, dans certaines situations, les adolescents délinquants ne présentent pas de déficit intellectuel, mais témoignent, pour des raisons développementales et éducatives, d'une méconnaissance profonde des normes sociales⁽⁸⁰⁾. Par ailleurs, la recherche de cause d'irresponsabilité pénale nécessite d'établir un diagnostic rétrospectif de l'état mental au moment de l'acte. Schweitzer⁽⁸¹⁾ rappelle que « *les analyses sur le discernement trouvent leur place à un moment où la revendication des adolescents pour une autonomie toujours accrue conduit aussi la société à vouloir davantage les responsabiliser, au sens d'assumer les actes qu'ils commettent et leurs conséquences, tant au plan psychique que vis-à-vis des conséquences individuelles et*

sociales qu'ils pourraient induire ». Au-delà de la recherche d'un trouble psychiatrique avéré, ceci nécessite chez le mineur une évaluation de la dynamique évolutive de la personnalité et une prise en compte des interactions du sujet avec son environnement⁽⁷⁷⁾ ⁽⁷⁹⁾. Il importe également de distinguer des états structurels, caractérisés par des passages à l'acte répétés, de réactions conjoncturelles, dépendantes de circonstances événementielles⁽⁷⁷⁾. La question de la capacité pénale consiste à déterminer si le mineur est apte à assumer les conséquences de ses actes, c'est-à-dire à comprendre et à subir la sanction éventuelle. Enfin, la question de la curabilité et la réadaptabilité s'intéresse à la prise en charge des troubles psychiques et du comportement, ainsi qu'à leur pronostic. Or, les enfants et les adolescents présentent une personnalité en construction, avec des capacités de remaniements psychiques qui peuvent généralement permettre d'envisager une évolution des troubles⁽⁷⁷⁾.

- Cas particulier de l'expertise d'un mineur auteur présumé d'une agression sexuelle⁽⁷⁶⁾. Il faut tout d'abord noter que les affaires d'agressions sexuelles suscitent une forte inquiétude sociale et que les décisions politiques se succèdent, notamment autour de la question de la récidive. Ce climat de tension et de répression conduit à une judiciarisation croissante d'affaire à connotation sexuelle⁽⁷⁸⁾ ⁽⁸⁰⁾. Cette situation révèle bien l'ambivalence de la société face à la sexualité, et plus encore face à la sexualité infantile et aux modes de découvertes de la sexualité par les adolescents. Le rôle du pédopsychiatre-expert est alors de s'intéresser à ce jeune, le plus souvent en plein remaniement pubertaire. Les modalités d'émergence de la sexualité, dans ce contexte de réaménagements pulsionnels intenses, font l'objet d'une attention particulière. Les antécédents personnels d'abus sexuels, qui ne sont pas rares chez ces auteurs, sont systématiquement recherchés. Enfin, prendre des mesures adaptées nécessite de considérer les singularités de l'adolescent auteur d'une infraction sexuelle et donc de ne pas focaliser sur l'acte commis. De tels passages à l'acte peuvent être volontiers associés à d'autres formes de conduites transgressives, et s'inscrivent plus souvent dans des problématiques éducatives ou développementales que dans le cadre de troubles mentaux ou de la personnalité

caractérisés⁽⁸⁰⁾. Toutefois, la loi du 17 juin 1998⁽⁸²⁾ prévoit qu'une injonction de soins, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, peut être prononcé à l'égard d'un mineur auteur d'une infraction à caractère sexuel⁽⁸³⁾, « *s'il est établi après une expertise médicale (...) que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement* ».

Bien que l'article 8 de l'ordonnance du 8 février 1945⁽¹⁶⁾ mentionne l'obligation faite au juge des enfants d'effectuer « *toutes diligences et investigations utiles pour parvenir à la manifestation de la vérité et à la connaissance de la personnalité du mineur ainsi que des moyens appropriés à sa rééducation* », l'enquête sociale et l'examen de la personnalité ne seraient réalisés que pour environ 11% des délinquants mineurs jugés⁽¹⁵⁾. La littérature souligne, de plus, le faible recours à l'expertise dans le cas des adolescents délinquants^{(78) (80) (84)}, recours qui semble « réservé » aux délits les plus graves ainsi qu'aux crimes. Monsieur Mulliez, magistrat, explique ainsi que la demande d'une expertise émane parfois d'une tentative de donner une réponse scientifique à ce qui semble irrationnel ou impensable, comme peuvent l'être certains comportements d'enfants et d'adolescents, et qui alors sidèrent et empêchent de penser⁽⁸⁴⁾.

Le discours prononcé sur l'histoire de l'enfant par le mineur lui-même, ses parents, ses éducateurs, permet de mettre en lumière les étapes clés de son existence, les moments de rupture, les rencontres. L'entretien doit également permettre d'appréhender son développement cognitif et affectif, le processus évolutif d'une personnalité en construction, ses stratégies défensives, ses problématiques corporelles et narcissiques, ses modalités relationnelles⁽⁷⁶⁾. Le contexte à l'origine de la situation d'expertise, intégré à son histoire, peut alors être abordé, dans une approche phénoménologique autour du vécu des faits, du regard sur la procédure, des sentiments rattachés aux actes (honte, culpabilité...), en tentant ainsi de leur conférer un sens. Enfin, la place de l'environnement dans lequel évolue l'enfant ou l'adolescent est primordiale du fait des influences réciproques en jeu. L'étayage relationnel ou au contraire les situations de carences peuvent représenter des facteurs pronostiques quant à l'évolution de troubles et orientent la détermination des mesures pouvant être mises en place⁽⁷⁹⁾. Dans tous les cas, il importe de souligner dans le rapport cette perspective évolutive et de distinguer les éléments psychopathologiques relevant de troubles caractérisés de ceux contemporains d'une crise,

processus évolutif, transitoire, souvent liés aux étapes développementales de l'enfance et de l'adolescence⁽⁸⁰⁾ ⁽⁸⁵⁾.

Enfin, P. Huerre, psychiatre, psychanalyste, explique que le premier entretien avec un « psy » pour les adolescents en expertise, et notamment parce qu'ils ne l'ont pas choisi, représente pour la plupart, une occasion d'expression verbale inédite jusqu'alors. Dégagés d'une position de demandeur qui les exposerait trop, au décours de l'expertise, ils apparaissent très souvent surpris par leur capacité méconnue de rendre compte d'une existence chaotique, voire morcelée, « *comme l'enfant reconstitue l'image d'un puzzle à partir de pièces sans signification à elles seules* ». L'espoir n'est donc pas qu'ils optent pour une psychothérapie dès la fin de la première rencontre, mais qu'ils aient dans un coin de leur mémoire la trace d'une rencontre d'un autre type, certes avec un professionnel de la vie psychique, mais surtout avec la singularité de leur histoire, sans que cela ait été trop menaçant mais plutôt « *intrigant* »⁽⁸⁶⁾.

L'expertise pédopsychiatrique peut apporter un éclairage sur l'organisation de la personnalité et les possibilités évolutives de l'enfant ou de l'adolescent et tente de distinguer les éléments psychopathologiques relevant de troubles caractérisés de ceux contemporains d'une crise, processus évolutif, transitoire, liés aux étapes développementales de l'enfance et de l'adolescence

L'expert dans la situation de Rafael a ainsi permis qu'un suivi avec un pédopsychiatre de secteur soit mis en place. Celui-ci rencontrera Rafael régulièrement et prendra en charge la prescription du traitement à visée anxiolytique et anti-impulsive, ce qui permettra de différencier les espaces entre l'ITTEP et le secteur, et éviter que Rafael vive la prescription médicamenteuse comme une punition.

Par ailleurs, lorsque je me suis plongée dans le dossier judiciaire de Rafael, j'ai été frappée par la liste d'événements au niveau assistance éducative mais aussi du nombre de faits inscrits au Pénal : Premiers faits à 12 ans (corruption de mineur et atteinte sexuelle) qui justifient d'une mise sous protection judiciaire en

milieu ouvert pendant 3 ans, puis très rapidement en l'espace de quelques mois entre ses 13 et 14 ans, une dizaine de faits (violences sur mineur, vol simple, délit de fuite, conduite d'un véhicule sans permis à une vitesse excessive, exhibition sexuelle, incendie, violence envers l'autorité publique, envers des personnes chargée de mission de service public...) qui entraînent des mesures de réparations, admonestation et enfin une décision de placement sous contrôle judiciaire.

En outre, lorsque je me penche sur la vie familiale, il est décrit une absence de cadre, sans règles pour les repas, les couchers, Rafael et son frère étant livrés à eux-mêmes. Rafael semble ne pas avoir été confronté aux interdits, aux limites, il répond immédiatement à ses désirs et a du mal à accepter la frustration. Par ailleurs, il n'a pas conscience du danger et se met régulièrement en danger. De plus, la question de la sexualité et des limites interpelle dans cette famille avec une confusion, Rafael évoquant les infidélités de son père lorsqu'il parle de sa propre sexualité mais aussi le frère qui partage l'intimité du couple dormant entre eux jusqu'à l'âge de 6-7 ans.

Enfin, le père de Rafael dit souvent trouver « injuste lorsqu'il corrige son fils parce qu'il est un peu handicapé... ». Lorsque nous rencontrons Monsieur, il peut se montrer dans l'ambivalence à poser un cadre éducatif et des limites, présentant souvent Rafael comme malade et donc pas tout à fait responsable, tout en disant cependant que Rafael n'a pas besoin de soins « mon fils n'est pas fou », qu'il ne fait aucun effort et qu'il n'y a que Rafael, lui-même, qui puisse changer les choses. Monsieur peut alors user de la violence parce qu'il est dépassé. Se pose alors la question de la loi chez Rafael, discerne-t-il le bien et le mal ? la loi peut-elle venir l'arrêter dans l'escalade de ses transgressions en sachant qu'il y est assez peu confronté?

2. L'intégration de la loi symbolique et du système juridique

Beaucoup des jeunes sous main de justice présentent en commun des défaillances dans l'organisation des limites par rapport à l'intériorisation de la loi au sens symbolique et

s'enferment dans un refus des contraintes intégratives. Au-delà de la question du passage à l'acte, la transgression renvoie à celle du rapport à la loi, au sens symbolique et pas seulement légal. La question de l'intériorisation des limites se reformule à différentes étapes du développement de l'adolescent. Ainsi, au terme des remaniements intra-psychiques propres à l'adolescence, la constitution d'un nouveau cadre de repères intériorisés doit normalement s'affirmer avec de nouvelles modalités de relations à la loi, à l'autorité ainsi qu'avec les pairs⁽⁸¹⁾. L'interdit de la loi vise à transformer les désirs pulsionnels en rapports socialisés.

J.P. Chartier⁽⁵⁶⁾ explique que, bien que le mécanisme originaire d'intégration de la loi symbolique et de celle du Code Pénal soit au départ identique (à savoir l'intériorisation des interdits par le biais de frustrations), il paraît abusif de confondre la loi du discours du psychisme qui interdit l'inceste au cœur de la famille et ouvre à l'échange social, et celles de la Cité et de la République.

Toutefois, on peut constater l'existence d'une certaine corrélation entre la possibilité d'intégrer la loi symbolique et la capacité du sujet à se conformer au système juridique de son pays. De même, le sujet « hors la loi symbolique » s'illustrera souvent par des délits. J. Selosse⁽⁴⁴⁾ résume ainsi cette corrélation « *ignorer, nier, défier, transgresser la loi ou désirer imposer la sienne sont autant de façons de débattre des rapports implicites entre l'interdit de la loi symbolique et les limites posées et défendues par la loi juridique* ».

Par ailleurs, l'effervescence d'actes illicites durant l'adolescence rappelle l'articulation dialectique des systèmes légiférants, c'est-à-dire celui de la loi symbolique qui structure l'aménagement de la vie intérieure et celui de la loi juridique qui ordonne et structure la vie sociale à une période où l'enfant quitte l'espace familial pour celui de la cité.

Les processus d'autonomisation et d'identification vont être l'occasion d'une remise en question des mécanismes psychiques d'intériorisation de la loi symbolique et d'une interrogation sur les motifs d'acceptation, d'obéissance ou de soumission aux lois sociales ainsi que sur le bien-fondé de leur établissement. Le rapport aux lois constitue donc, manifestement, une problématique essentielle de l'adolescence.

La question du fonctionnement psychique face à la loi du délinquant divise encore aujourd'hui les théoriciens. Certains considèrent que le délinquant, ou le psychopathe plus précisément, souffre d'une absence, d'une carence de « Surmoi » ; pour d'autres, il serait la victime inconsciente d'un excès tyrannique de cette instance psychique.

Le Surmoi, initialement conçu par S. Freud, renvoie à la deuxième topique dans laquelle sont décrites les trois instances de l'appareil psychique, le ça, le Moi et le Surmoi. Ce dernier est l'instance qui juge et critique, elle est constituée par l'intériorisation des exigences et des interdits. Freud définit le Surmoi comme « *l'héritier du complexe d'Œdipe* ». Le Surmoi se verra enrichi par les apports ultérieurs des exigences sociales et culturelles transmises notamment par l'école. Faute d'intériorisation, avant l'âge de 5 ans, on ne peut parler ni de Surmoi, ni de culpabilité. Freud évoquera une « *angoisse sociale* », qui correspond à la peur d'être abandonné par l'objet d'amour. Dans ce cadre décrit par Freud, le Surmoi apparaît être principalement une instance qui incarne la loi et interdit qu'on la transgresse.

Dans cette perspective, ébauchée par Freud et reprise par A. Aichhorn dans son ouvrage « *Jeunesse à l'abandon* », la conduite antisociale est interprétée comme résultante d'une déficience du Surmoi, face au déferlement incontrôlée des pulsions agressives et sexuelles.

D'autres auteurs évoquent l'existence d'un Surmoi précoce. Selon M. Klein, dès le début de la vie psychique, un processus de clivage sépare le versant gratifiant de l'objet d'amour (le sein maternel) de ses aspects frustrateurs. L'objet d'amour est alternativement « *bon* » ou « *mauvais* ». La projection de la libido et de la pulsion de vie se faisant donc sur l'objet gratifiant, la pulsion de mort est au contraire projetée sur l'objet frustrant. Ainsi, la privation

n'est pas seulement le sens d'un manque de gratification, mais aussi celui d'une menace d'anéantissement par l'objet persécuteur et que réciproquement, la gratification n'est pas simplement nécessaire pour la satisfaction des besoins, mais qu'elle l'est aussi pour contrecarrer et surmonter les angoisses de persécution. Au cours des différents stades de l'évolution libidinale, la libido mais aussi l'agressivité revêtent des formes différentes qui, projetées sur les divers objets, leur donnent des caractères spécifiques. Au stade sadique-oral, l'agressivité s'exprime, par exemple, dans des fantasmes dans lesquels l'objet oral (le sein) est vidé, mordu, dévoré ; la projection de cette agressivité fait paraître l'objet avide, mordant et dévorant. L'introjection installe alors un « sein » persécuteur doté de ces mêmes caractéristiques à l'intérieur du Moi. Au stade sadique-anal, l'agressivité sadique prend une forme anale que l'on peut repérer dans des contenus fantasmatiques comme salir, maîtriser, faire exploser, battre, torturer... ; quant à la composante urétrale de ce stade, elle peut être à l'origine de fantasmes dans lesquels l'objet est inondé, brûlé, empoisonné. Toutes ces caractéristiques de l'angoisse, des relations d'objet et des défenses définissent ce que M. Klein a appelé la « position schizo-paranoïde ». À noter qu'il ne s'agit pas d'un stade de développement mais plutôt un mode de fonctionnement psychique qui peut être à l'œuvre à n'importe quel moment du développement libidinal et à n'importe quel âge de la vie. Les objets internes, et en premier lieu les « mauvais » objets internes, qui ont été introjectés très précocement doivent être considérés comme constituant un véritable Surmoi précoce car ce sont des objets parentaux inconscients et fantasmatiques dotés d'un rôle interdictif. Ce Surmoi précoce n'a pas la forme structurée d'une conscience morale et n'est constitué que de l'assemblage plus ou moins hétéroclite des objets partiels qui, souvent, promeuvent des exigences extrêmes, contradictoires et irréalisables. Ce Surmoi archaïque a un aspect déréel et terrifiant, le Moi redoutant de subir de sa part des attaques comparables à celles qu'il a perpétrées fantasmatiquement contre ces objets. Le passage de la « position schizo-paranoïde » à la « position dépressive » correspond à un changement fondamental d'attitude envers l'objet, qui est corrélatif du passage de la relation d'objet partiel à la relation d'objet total. La réunification du bon et du mauvais objet et l'intégration de l'ambivalence, qui au cœur de la « position dépressive » produit le sentiment d'avoir détruit le bon objet par sa propre haine et sa propre destructivité, engendrant la culpabilité, permettront l'établissement d'un Surmoi oedipien. L'enfant accède alors à la

capacité de sollicitude pour l'objet et au besoin de réparation, la capacité d'appréhender la perte et de la symboliser et la capacité de tolérer la douleur psychique, la dépression et la culpabilité.

J.P. Chartier⁽⁵⁶⁾ explique qu'à partir de cette conception, M. Klein a centré sa réflexion sur le Surmoi du criminel, estimant que le délinquant n'est pas un être dépourvu de conscience morale, un individu sans Surmoi, mais un sujet dont le Surmoi est resté fixé à un stade archaïque de son développement. Le criminel sera incapable de dépasser une relation au monde non fondée sur l'hostilité et la crainte de la persécution. « *C'est parce qu'il se sent persécuté qu'il détruit les autres* ».

Chartier tente de concilier les deux positions précédemment décrites en avançant que le délinquant est « ***un sujet qui n'a pu constituer un Surmoi œdipien suffisamment solide*** » et qui reste de ce fait prisonnier d'un Surmoi archaïque particulièrement rigide et cruel »⁽⁵⁶⁾.

On retrouve régulièrement chez Rafael ce vécu persécutoire. Par exemple, dans la situation où il a agressé un éducateur, Rafael dira « il me cherchait...c'est lui qui m'a agressé ».

Si l'on observe également cette situation avec le regard du thérapeute contextuel, Rafael ne présenterait pas des lacunes dans son développement moral mais plutôt paradoxalement un intérêt exacerbé pour les questions de justice. S'il s'en prend aux autres et ne respecte pas leurs droits, c'est pour se venger des injustices subies dans son enfance. I. Boszormenyi-Nagy, l'un des pionniers de la thérapie familiale et fondateur de la thérapie contextuelle, était arrivé à la conclusion suivante : dans toutes nos relations, nous faisons le compte de ce que nous donnons et de ce que nous recevons. Ainsi, notre comportement envers les autres résulte pour une bonne part de notre tendance « innée » à tenir des comptes relationnels et à attendre la justice dans nos relations avec les autres. Les thérapeutes contextuels utilisent le terme « **d'éthique relationnelle** » pour décrire cette dimension des relations humaines et c'est dans cette dimension qu'ils interviennent.⁽⁸⁷⁾ C. Ducommun-Nagy s'appuie sur l'apport de la thérapie

contextuelle et ses notions pour proposer un modèle de compréhension des troubles des conduites chez les adolescents.^{(88) (89)} Elle considère que l'abord du rôle des injustices est indispensable pour appréhender ces jeunes. Les thérapeutes contextuels font une distinction entre les ***injustices distributives*** et les ***injustices rétributives***. Les injustices distributives résultent d'événements ou de situations dont personne n'est directement responsable. Dans la situation de Rafael, le décès de sa mère est ainsi une injustice distributive. L'injustice rétributive survient dans la relation-même. Dans la relation parent-enfant, elle résulte d'un manque d'engagement du parent, du refus d'assumer ses responsabilités parentales, d'un dommage commis par le parent, qui refuse de le réparer. Pour Rafael, on peut, par exemple, évoquer les maltraitances infligées par son père. Face à ces injustices, deux choix sont possibles : soit accepter celles-ci, ce qui est certainement très difficile, soit chercher à rétablir l'équité en réclamant son dû auprès de tiers. Mais la personne qui fait ce choix en devient alors elle-même injuste puisqu'elle place ce tiers devant la demande de réparer un dommage qu'il n'a pas commis lui-même. Puisque cette demande est légitime, la personne ne voit pas qu'elle devient destructrice pour les autres, d'où le terme de ***légitimité destructive***. Dans la mesure où c'est justement le manque de capacité à tenir compte des droits des autres qui amène les jeunes à adopter des conduites antisociales, C. Ducommun-Nagy conclue que même si la légitimité destructive n'explique pas entièrement l'émergence d'un trouble des conduites, elle contribue de manière significative à sa genèse et à sa transmission au cours des générations.

Selon le point de vue du thérapeute contextuel, le symptôme clef du trouble des conduites est ainsi la difficulté du jeune à prendre en compte le droit des autres, qui émerge de la légitimité destructive, résultante du degré de dommages subis par l'enfant sans réparation.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu, il est extrêmement difficile pour Rafael d'évoquer son histoire personnelle et familiale, son « historicité » et de la même manière, il lui est totalement impossible de se projeter et d'imaginer son avenir.

On retrouve souvent ces caractéristiques chez ces jeunes, sans passé, sans avenir.

3. Un contexte atemporel et déspatialisé

L'Agir se situe pratiquement toujours dans un contexte atemporel et déspatialisé. Le rapport au temps et à l'espace de ces sujets est spécifique.

Selon la formule de J.P. Chartier, ces sujets « *conjuguent le temps suivant trois modalités : le « passé indéfini », le « présent immédiat » et le « futur inexistant ».*

« Le passé indéfini signifie que les aléas (abandon, carences, rejets...) vécus par ces sujets pendant leur petite enfance ne leur ont pas permis de se construire une histoire personnelle ; ils ne sont pas situés dans la chronologie ; le passé n'est que fragments dans le désordre. L'absence d'une temporalité structurée à sens unique, de la naissance à la mort a pour conséquence immédiate l'impossibilité de tirer profit de l'expérience vécue. »⁽⁵⁶⁾

« Le présent immédiat les amène à vivre sur le mode du « tout, tout de suite » ou « rien, jamais ». Pour ces jeunes, différer, retarder, temporiser, vient signifier le refus de prendre en compte leur demande. C'est ainsi fréquent que l'on voit une crise clastique démarrer simplement après que l'on ait demandé au jeune de patienter.

Enfin, pour ces jeunes, le futur n'existe pas, « *no future* » est leur seule perspective.

Par ailleurs, le père de Rafael, qui paraît lui-même épuisé, se disant dépassé par le comportement de son fils, est régulièrement disqualifiant vis-à-vis des différentes prises en charge pour son fils, annihilant tout espoir possible pour son fils.

De plus, des éléments abandonniques sont régulièrement apparents dans le parcours de Rafael. Nous pouvons décrire un épisode qui nous a particulièrement marqué au cours duquel Rafael qui était admis dans le service pour une courte hospitalisation « séquentielle » de trois jours est arrivé non accompagné, venu tout seul de chez lui en tramway avec pour seules affaires, le survêtement qu'il portait et son téléphone portable. Lorsque nous avons tenté de mobiliser le père pour le rencontrer cela s'est avéré infructueux, ce qui a particulièrement touché

Rafael qui pouvait exprimer alors ses inquiétudes pour ce père déprimé. On voit ici la faiblesse de la figure paternelle. Quelles conséquences peut-on envisager ?

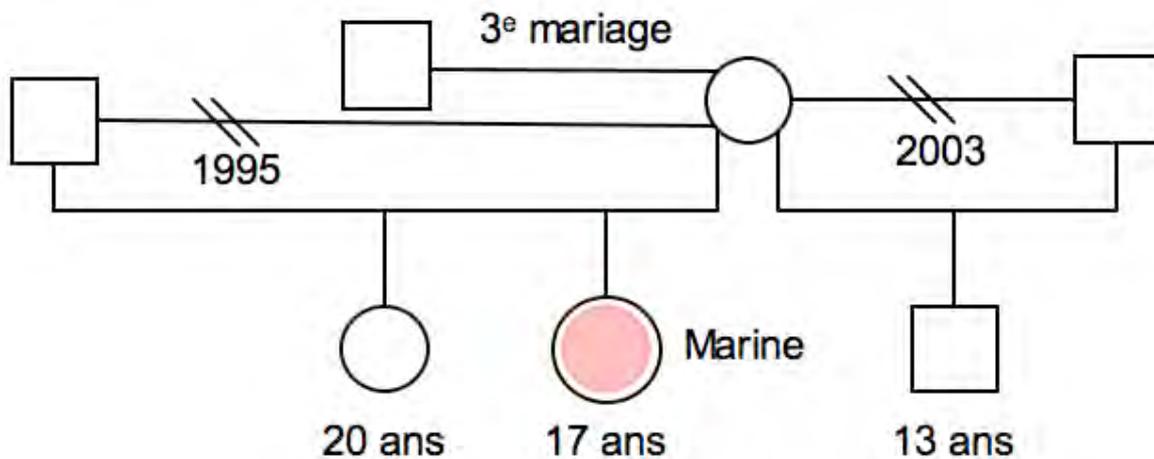
4. Une difficulté de mise en place de la différence générationnelle durant l'enfance

Pour S. Lesourd, psychanalyste, les enfants des sociétés libérales ont du mal à construire la figure du père interdicteur de l'Œdipe, le père imaginaire potent⁽⁹⁰⁾, et les adolescents de ces sociétés tentent alors désespérément de le faire exister pour mieux le destituer de sa place. Ainsi, les incivilités modernes n'apparaissent plus comme une lutte contre un Idéal du Moi intériorisé, contre un Surmoi œdipien, mais bien comme une rivalité narcissique. Il découle de cette panne œdipienne l'augmentation des violences sur les personnes qui sont prises dans cette rivalité narcissique. La figure du père œdipien, l'imgo paternelle, est une incarnation de l'Autre. Elle est pour l'enfant une figure du rival qui, du fait de son autorité se substitue à l'imgo du frère, autre figure du rival, en pacifiant⁽⁹¹⁾ les rapports de haine que celle-ci induit⁽⁹¹⁾. Son absence, ou sa défaillance, laisse le frère en figure central de la psyché infantile et maintient ainsi active la violence contre le frère. Autrement dit, la faiblesse de la figure paternelle œdipienne du père imaginaire met à mal l'interdit du meurtre et de la violence contre autrui. Du coup, le sujet n'est plus pris dans les enjeux de l'agressivité et de la rivalité qui sont en leur fond une « *identification au semblable* »⁽⁹²⁾ mais dans ceux de l'envie de la jalousie qui emportent avec eux la destruction de l'Autre⁽⁹³⁾. L'Autre, le semblable, n'est plus considéré comme un rival, c'est-à-dire un semblable, mais comme un usurpateur ou un persécuteur⁽⁹⁴⁾ et livré à la guerre à mort des enjeux destructeurs.

Devant l'escalade des passages à l'acte durant l'été, le magistrat lève le placement et une OPP est prononcée, confiant Rafael à un Centre Educatif Renforcé. Nous rencontrons alors l'équipe afin de préparer le relais et cette nouvelle prise en charge. Il est prévu que les jeunes partent sur un voilier, encadrés par une équipe d'éducateurs spécialisés et un équipage pour la navigation. Rafael et son père sont favorables au projet. Rafael part donc en bateau...à suivre...

B. MARINE : LA LUTTE CONTRE L'EFFONDREMENT DEPRESSIF

Je fais la connaissance de Marine lors de son hospitalisation à l'institut psychothérapique. Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, un peu ronde, qui alterne entre une présentation féminisée à l'extrême avec décolleté, talons hauts et maquillage particulièrement appuyé, et allure plus « garçon manqué » avec sweat ample à capuche et grosses baskets. De la même manière, sa relation avec les autres patients, qui ont tous entre 16 et 30 ans, oscille entre séduction et intimidation. Marine est très à l'aise dans la relation voire même d'un contact un peu familier.



Au niveau biographique, Marine nous fait part d'un passé de ruptures multiples en lien avec la vie sentimentale de sa mère. Elle a une grande sœur de 20 ans et un demi-frère de 13 ans du côté maternel qui vit chez son propre père. Ses parents se sont séparés lorsqu'elle était âgée de 10 mois. À l'issue de cette séparation, Madame reconnaît avoir traversé une période particulièrement difficile pour elle avec, semble-t-il des éléments dépressifs. C'est à ce moment-là qu'apparaissent les premiers troubles du comportement de Marine. Ceux-ci vont s'amender, d'après la mère, lorsqu'elle refait sa vie avec son second mari, père du

demi-frère de Marine. Madame nous explique que ce nouveau couple va s'installer dans une boulangerie, que le travail va devenir particulièrement accaparant et qu'elle sera donc moins disponible pour ses filles. Marine recommence à devenir exigeante voire tyrannique à l'égard de sa mère. À l'âge de 3 ans, Madame, exaspérée par sa fille, va la pousser et celle-ci en tombant se fend la lèvre. La mère de Marine l'emmène à l'hôpital et un premier signalement sera réalisé. Le service social de secteur fera également un signalement à cette période. Une mesure d'AEMO est alors décidée. Un placement en Maison d'enfants est alors mis en place de l'âge de 6 ans à 9 ans. Puis, pendant plusieurs années vont se succéder divers placements, tentative de retour à domicile et hospitalisations en milieu pédiatrique ou pédopsychiatrique.

Sur le plan scolaire, Marine a obtenu son brevet des collèges.

Sur le plan judiciaire, Marine a été mise en examen pour violence sur ascendant légitime, son père, avec ordonnance d'une mesure de réparation de 4 mois, violence sur ascendant légitime, sa mère, avec la prise d'une mesure de liberté surveillée préjudicielle, et enfin pour faits d'agression sur des éducateurs du foyer avec décision du magistrat de mise sous contrôle judiciaire.

*Depuis son arrivée à l'institut psychothérapique, Marine se met régulièrement en scène devant le bureau infirmier, attire l'attention, rie fort, provoque, fait mine de taper dans le mur, s'assurant bien que l'on ne l'oublie pas. Mais à la moindre intervention soignante, elle se montre persécutée, agressive, insultante. L'absence de ressources internes de Marine, la profonde insécurité qui l'habite la rend, paradoxalement, massivement dépendante du regard des autres, les adultes ou les pairs, sur un mode qui oscille de **l'angoisse d'abandon** « tu ne me regardes pas tu me méprises » d'où les nombreuses manifestations bruyantes devant le bureau infirmier, Marine cherchant à être toujours sous le regard des soignants, à **l'angoisse d'intrusion persécutive** « qu'est-ce que tu as à me regarder ? qu'est-ce que tu me veux ? » ressentie très vite comme une menace sur son identité et une forme de violence à laquelle elle se sent justifiée de répondre par une violence en miroir de celle éprouvée.*

Racontons un épisode significatif. Le 24 décembre de l'année dernière, Marine doit sortir en permission pour passer les fêtes de Noël avec sa mère, sa sœur, son demi-frère et son beau-père. Il est prévu que ceux-ci viennent la chercher vers 14 heures. À cette heure-ci, personne n'est arrivé. Les minutes, puis les heures passent et toujours personne. Marine commence à tourner en rond devant le bureau infirmier, agrippée à son téléphone portable, tentant de joindre désespérément sa mère. La tension monte. Essayant de faire passer le temps, Marine finit par interpeller les soignants à travers des demandes qui ne peuvent qu'essuyer des refus. La tension monte de plus en plus. La mère de Marine finit par appeler, disant qu'ils se sont arrêtés en route pour manger au restaurant et qu'ils n'arriveront donc qu'en fin d'après-midi pour récupérer Marine. Celle-ci est à la porte du bureau, elle fait alors une nouvelle demande à laquelle il n'est pas possible d'accéder, Marine semblant chercher la confrontation et c'est ce qui arrive. Face au refus, Marine s'énerve, insulte et le soignant poursuit en élevant la voix. Il nous semble alors important à ce moment-là de désamorcer l'escalade en miroir de l'agressivité, celle-ci ne paraissant pas, au vue du contexte, véritablement adressée au soignant. Nous mettons alors des mots sur le vécu de Marine, que cette situation d'attente n'est peut-être pas simple pour elle. Elle fond alors en larmes. Nous la recevons en entretien et elle peut enfin commencer à mettre elle-même des mots sur son vécu abandonnique, le sentiment d'être nulle et de ne servir à rien, qu'elle ne fait que du mal autour d'elle avec un vrai sentiment de culpabilité... À ce qui pouvait sembler être de l'intolérance à la frustration et de la toute-puissance, ce mouvement d'agressivité apparaît plutôt comme une véritable lutte contre des affects dépressifs.

1. Place et fonction de la dépression ⁽⁹⁵⁾

Selon F. Marty « blessure narcissique et perte objectale favorisent la survenue d'un affect dépressif à l'adolescence. L'élaboration psychique permet habituellement de faire le deuil des objets infantiles et d'intégrer la nouveauté pubertaire. L'affect dépressif peut donc être considéré comme faisant partie de toute expérience adolescente ».

Le dépassement de ce moment dépressif dépend de la qualité des étayages narcissiques, de la solidité des défenses du Moi et de la façon dont l'expérience de séparation d'avec l'objet d'amour initial aura été vécue par l'enfant. À cela s'ajoute la qualité de l'entourage et sa capacité à gérer les multiples paradoxes auxquels est confronté l'adolescent et à savoir rendre tolérable ce dont il a besoin.

Mais dans le cadre des conduites agies délinquantes, pulsions destructrices et défenses maniaques, rejet de l'objet et engouffrement dans l'objet cohabitent dans le symptôme agi et témoignent de la mauvaise constitution des objets internes et des faibles capacités d'élaboration. Ainsi ces conduites constituent une modalité particulière du fonctionnement psychique servant à aménager un temps des angoisses désorganisantes et à prévenir une décompensation dépressive. Le risque est que cet état d'équilibre instable, cette rupture sans effondrement, accentue le déficit narcissique de ces personnalités « prédépressives », car elles vont alors du fait de leur agir et pour se défendre de tout réveil de blessures narcissiques, avoir tendance à organiser un mode de vie pauvre en relations humaines, les objets de la réalité externe étant vécus comme dangereux ou inadéquats à donner une réponse satisfaisante à l'expérience de vide, ce qui renvoie aux expériences interactionnelles précoces vécues par ces jeunes. La menace dépressive reste pour eux suspendue, soumise aux aléas évolutifs de la vie, dans leur capacité à faire résonner la problématique en cause. Ils déploient ainsi divers moyens dans une lutte constante contre un risque de dévalorisation brutale, de dépression narcissique lié à la menace de la perte de l'objet et aux imagos parentales dangereuses.

Un autre jour, alors qu'il est 13 heures passées, Marine se lève à peine. Elle se dirige alors vers les cuisines exigeant son repas bien qu'elle sache que celui-ci est servi à midi. Face au refus du personnel des cuisines, Marine jette par terre les plateaux présent devant elle, les insultes pleuvent. Des soignants présents à proximité tentent de la raisonner mais ceci a plutôt tendance à ne faire qu'augmenter son agressivité. Elle crie, elle jette les chaises puis finit par donner des coups de pieds aux soignants qui essaient de s'interposer. Je suis appelée à ce moment-là. Les soignants doivent la contenir physiquement...les coups laissent alors place aux pleurs. Marine se laisse glisser le long du mur et on assiste alors à un véritable effondrement à la fois corporel et psychique. Comme une toute

petite, elle réclame dans des sanglots sa mère...certainement comme elle avait déjà dû le vivre lorsqu'elle était en foyer. Alors plus accessible à ses propres émotions, elle raconte les sentiment de solitude, d'injustice, de colère...vécus pendant ces périodes-là.

Régulièrement, Marine, suite à diverses frustrations, montre des états d'agitation qu'il faut contenir, attaque le cadre qui toujours tente de résister à sa puissance destructrice.

L'autre est représenté, par la négative certes, mais il l'est. La destruction de l'autre qui l'anime, si elle relève d'une lutte pour la survie, viendrait justifier la mise en péril du menaçant, le passage à l'acte, l'absence possible d'un certain sentiment de culpabilité lorsque le sujet n'a « plus rien à perdre » si ce n'est lui-même, et non pas « rassurer le sujet sur sa toute-puissance narcissique » ⁽⁵⁶⁾. *Marine, parfois dans ses accès de violence, donne l'impression qu'elle n'a plus rien à perdre.*

C. Laval, sociologue, définit également ces relations de violence par un rapport à soi et à autrui marqué par la dépréciation⁽⁹⁶⁾. Ce qui est en jeu dans les conduites de violence au cadre peut aussi être compris comme l'expression d'un individu singulier dont le sens est à décrypter dans l'espace des relations intersubjectives. Si on considère que le quartier, la « cité » est un lieu affectivement et positivement investi par les jeunes, on doit aussi admettre qu'à certains moments tel jeune, pour une raison qui lui est propre, fait sien le regard dépréciatif posé par le social sur son environnement. En réaction, il investit le social comme lieu où il rejoue et répète la dépréciation. Pour ce jeune, un premier enjeu lié à son arrivée dans un foyer ou un service hospitalier touche à la question d'assurer l'existence d'une dignité dans la rencontre avec les adultes/éducateurs/soignants. En quoi les adultes qu'il rencontre, le regard qu'ils posent sur lui, les activités proposées, seront-ils plus appréciables pour lui parce que appréciés par des autrui significatifs qui portent d'autres valeurs que celles de son groupe de pair ? *Marine, au sein de l'institut, a en effet plutôt tendance à créer des liens avec des jeunes qui fonctionnent sur le même mode qu'elle, s'alliant parfois pour disqualifier et décrédibiliser les prises en charge soignantes.*

Par ailleurs, le cadre contenant, tenant toujours malgré les nombreuses attaques de Marine, et l'accompagnement des soignants dans un véritable holding, permettent une certaine régression qui rend Marine plus accessible à des « soins de maternage ». On observe alors une phase dépressive. Dans cette période-là, Marine peut revenir plus facilement, certaines défenses étant tombées, mais douloureusement sur son vécu d'enfant placée. Elle se montre effectivement plus accessible et explique ainsi son sentiment d'abandon, de « lâchage » notamment lorsque sa mère ou son père la ramenait au foyer après un week-end passé au domicile de l'un ou l'autre « je me souviens que je courais après la voiture mais je n'arrivais pas à pleurer ».

Au cours d'un entretien familial avec son père, elle peut également aborder la difficulté à parler de ses émotions, notamment autour de la tristesse, avec le sentiment que cela pourrait « détruire » ; la détruire elle-même mais aussi ses parents. Lorsque nous interrogeons le père sur ce vécu, il ajoute qu'il est lui-même dans ce fonctionnement, qu'exprimer sa tristesse « ce serait prendre le risque de ne pas pouvoir se relever ». Marine est calme, très attentive aux propos de son père.

Après quelques mois de prise en charge, on observera alors une bonne stabilisation de l'humeur, une très nette diminution de l'hétéroagressivité, une capacité nouvelle à différer les demandes et à supporter les frustrations ainsi qu'une diminution des angoisses déstructurantes. Par ailleurs, Marine pourra commencer à se projeter dans l'avenir avec l'idée d'un apprentissage dans le milieu de la restauration et un accueil en foyer jeunes travailleurs, la désespérance laissant place à l'espoir.

C. JASON : ITINERAIRE D'UN ENFANT « CABOSSE »

La situation de Jason m'a été présentée par les soignants avec lesquels je travaille actuellement, car ils avaient été amenés à prendre en charge Jason dans sa petite enfance et ayant appris qu'il venait d'être incarcéré en EPM, ils s'interrogeaient sur ce qui faisait, dans son histoire, qu'il avait évolué ainsi. Nous nous sommes donc penchés sur son parcours.

Jason est enfant unique. La grossesse était désirée, cependant la situation est rapidement conflictuelle entre les parents avec un contexte de violences conjugales extrême et de maltraitances in utero.

1. Les enfants victimes de violences familiales

Les définitions élaborées par l'Observatoire National de l'Enfance en Danger distinguent :

- Les enfants en danger : ensemble des enfants maltraités et des enfants à risque,
- Les enfants maltraités : enfants victimes de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur leur développement physique et psychique,
- Les enfants à risque : enfants qui connaissent des conditions d'existence susceptibles de compromettre leur santé, leur sécurité, leur moralité ou leur entretien mais ne sont pas pour autant maltraités.

Cette typologie est construite sur le type de traumatisme subi. L'intentionnalité sous-tend souvent une situation de violence à enfants mais elle est délicate à caractériser. On peut alors évoquer aussi bien les violences subies que les violences vues.

Les enfants témoins des violences familiales subissent de nombreuses conséquences de ces actes et ont un risque considérablement plus grand d'être eux-mêmes maltraités. Il en résulte des lésions traumatiques, des troubles sphinctériens, des troubles de l'audition et du langage, des retards de croissance mais aussi des troubles du comportement (agressivité, violence, fugues, délinquance, tentatives de suicide), des troubles psychologiques (troubles du sommeil, de l'alimentation, symptômes anxieux et dépressifs). On peut voir le lien entre violences subies et violences agies.⁽⁹⁷⁾

De nombreuses études nord-américaines relatives aux conséquences à long terme sur les victimes font observer des comportements agressifs et violents, l'abus de toxiques, des comportements auto-agressifs et suicidaires, des problèmes émotionnels, des problèmes relationnels et des difficultés scolaires et professionnelles.⁽⁹⁸⁾ En France, des études récentes

rejoignent ces conclusions : tentatives de suicides chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance⁽⁹⁹⁾, faible estime de soi, antécédents de violences physiques et sexuelles subies chez les adolescents criminels.⁽¹⁰⁰⁾

Dans ce contexte de violence pour Jason, les interactions parents-enfants précoces sont très perturbées. On observe une situation alliant prise de toxiques et précarité. La mère de Jason est en souffrance par rapport à son histoire personnelle, régulièrement sous antidépresseurs, elle fait des crises d'angoisses et de spasmophilie la rendant peu disponible psychologiquement pour son bébé et elle se trouve régulièrement démunie pour en prendre soin. Par ailleurs, on constate une séparation mère-enfant très précoce puisque Jason est confié « à une dame de la DDASS » pendant 15 jours, en raison des violences au domicile, dès le premier mois de vie. Les interactions parents-enfants sont marquées du sceau de l'imprévisibilité et de la discontinuité. Le comportement, surtout maternel, oscille entre des périodes d'hyperstimulation et des phases de négligence, entre des phases de rapproché intense, quasi « dévorant » et des phases de vide relationnel. Cette alternance des modalités relationnelles extrêmes implique l'absence d'anticipation et de repérage possible pour l'enfant. Dès lors, il ne peut lier le passé et le futur à l'instant présent.

Les parents se séparent alors que Jason n'a que quelques mois, Madame passant par un foyer d'accueil pour femmes avant de prendre un logement. On voit ainsi que dès sa première année, Jason est confronté à la violence, à la rupture et aux multiples carences. Quelles conséquences à cela ?

2. Notion de carences et perturbations du lien précoce

Comme le dit M. Soulé : « *En trente ans, la prise en compte des conséquences proches et lointaines qu'entraîne la séparation d'un jeune enfant et de sa mère est devenue un des rôles privilégiés de la psychiatrie infantile* »⁽¹⁰¹⁾. Les travaux portant sur ce que l'on peut appeler la carence affective sont très nombreux.

R. Chartier⁽⁵⁶⁾ s'interroge sur quelles seraient les conséquences psychopathologiques et comportementales d'un arrêt ou au minimum d'une fixation du psychisme naissant à l'un ou

l'autre des organisateurs décrit par R. Spitz. Dans sa théorie des organisateurs du psychisme, Spitz va distinguer chez le nourrisson trois réactions symptomatiques, historiquement repérables, qui révèlent des transformations essentielles et qui sont autant d'étapes-clés dans la connaissance du monde extérieur et dans la construction progressive du moi du sujet. Le premier organisateur, apparaissant autour de la huitième semaine, est le *sourire au visage humain* « *ce sourire est la première manifestation active dirigée et intentionnelle du comportement de l'enfant* »⁽¹⁰²⁾. *L'angoisse du huitième mois*, second organisateur, est le signe latent que la relation objectale s'est établie, désormais la mère est reconnue en tant que personne singulière et unique. *La maîtrise du non* entre 12 et 18 mois, troisième organisateur que Spitz considère comme le premier mot signifiant de l'enfant, signe « *le tournant le plus important de l'évolution de l'individu. Ici commence l'humanisation de l'espèce, l'animal politique, la société* »⁽¹⁰²⁾. Le troisième organisateur sera donc l'indicateur tangible de la première prise de conscience d'un soi qui se distingue désormais de l'objet, en s'autonomisant dans l'opposition à l'Autre. Il sera aussi la marque du début d'insertion dans la communauté car l'enfant peut désormais utiliser des messages intentionnels sous formes de symboles sémantiques, précurseurs, selon Spitz, du concept. Chartier fait l'hypothèse que pour ceux qui ne peuvent que très partiellement dépasser le troisième organisateur, être c'est s'opposer. Ils correspondent aux sujets désignés « caractériels ». En effet, l'enfant qui ne peut dépasser le stade où son autonomie ne peut s'exprimer que par l'opposition active continuera ultérieurement de s'affirmer en tant que sujet à travers la révolte et la transgression des normes de son environnement.

R. Spitz est un des premiers à étudier sur le terrain les « maladies de carence affective du nourrisson ». Il décrit en 1946, sous le terme de *dépression anaclitique* ou encore de *privation maternelle partielle*, la réaction de jeunes enfants privés temporairement de leur mère. L'institution a fourni le modèle des conditions carencielles, conjuguant séparation prolongée et frustration par maternage substitutif insuffisant, multiple et discontinu : absence de figure maternelle, cantonnement aux soins d'hygiène et de nourrissage. La conséquence en est *l'hospitalisme* décrit par Spitz en 1968.

Si les institutions fournissent un modèle d'étude quasi-expérimental de la séparation, elles ne fournissent pas un modèle tout à fait satisfaisant de la carence qui peut s'observer chez des

enfants élevés par leurs propres parents. J. Dayan⁽¹⁰³⁾, pédopsychiatre, explique que les carences dans ces situations sont plus complexes, plus parcellaires, plus discontinues et s'y ajoutent des distorsions plus ou moins importantes des relations. La *carence intra-familiale* associe à des degrés divers le manque de soins et de stimulations et la privation affective. Le terme de *négligence* introduit la notion de responsabilité parentale. Elle peut s'appliquer à toutes les situations où les besoins primaires de l'enfant ne sont pas satisfaits : nourriture, habillement, hygiène et soins de santé, logement, affection, protection, éducation et scolarisation.

Spitz, interrogé sur le devenir des enfants qui avaient connu des déprivations moins grave que l'hospitalisme, semblait formel : « *privés de la nourriture affective à laquelle ils avaient droit, leur seule ressource est la violence. La seule voie qui leur reste est la destruction de l'ordre social dont ils ont été les victimes. Enfants privés d'amour, ils deviendront des adultes pleins de haine* ».

D. Winnicott a, quant à lui, proposé une explication de la tendance antisociale à travers le principe de déprivation .^{(104) (105)} En effet, pour D. Winnicott, il existe une relation directe entre la tendance anti-sociale et la déprivation. Les spécialistes dans ce domaine le savaient de puis longtemps, mais c'est surtout grâce à J. Bowlby que l'on admet généralement maintenant qu'il y a une relation entre la tendance anti-sociale chez les individus et la déprivation affective à la fin de la première année et au cours de la deuxième année. Winnicott explique ainsi que lorsqu'il y a une tendance antisociale, c'est « *qu'il y a eu une véritable déprivation (pas une simple privation)* » ; c'est-à-dire qu'il y a eu une perte de quelque chose de bon, qui a été positif dans l'expérience de l'enfant jusqu'à une certaine date, et qui lui a été retiré. Ce retrait a dépassé la durée pendant laquelle l'enfant est capable d'en maintenir le souvenir vivant. À la base de la tendance antisociale se trouve donc une bonne expérience primitive qui a été perdue. Ce qui la caractérise essentiellement, « *c'est que l'enfant est devenu capable de percevoir que la cause du malheur réside dans une faille de l'environnement* ». Le fait de savoir précisément que la cause de la dépression ou de la désintégration est externe et non interne entraîne la distorsion de la personnalité et le besoin de rechercher un remède dans les dispositions nouvelles que l'environnement peut lui offrir. « *Il y a toujours deux aspects dans la tendance antisociale, quoique l'accent porte parfois davantage sur l'un que sur l'autre. L'un des aspects est représenté de façon typique par le vol, et l'autre par le penchant à détruire. D'une certaine façon, l'enfant cherche quelque chose quelque part, et*

ne le trouvant pas, il cherche ailleurs lorsqu'il a de l'espoir. Mais l'enfant cherche aussi cette stabilité de l'environnement qui pourra supporter la tension résultant du comportement impulsif; c'est la quête d'un environnement perdu, d'une attitude humaine qui, parce qu'on peut s'y fier, donne à l'individu la liberté de bouger, d'agir et de s'exciter ». Si la situation de déprivation se maintient, l'environnement devra donc être mis constamment à l'épreuve pour s'assurer qu'il est capable de supporter le comportement agressif, de prévenir ou de réparer la destruction, de tolérer la gêne, de reconnaître l'élément positif dans la tendance antisociale, de fournir et de préserver l'objet qu'il faut chercher et trouver. Dans un cas propice, si l'importance de la « folie » n'est pas trop grande, les conditions favorables peuvent avec le temps permettre à l'enfant de trouver une personne à aimer, au lieu de poursuivre sa quête en jetant son dévolu sur des substituts d'objet dont la valeur symbolique est perdue. Winnicott explique qu'au stade suivant, il faut que l'enfant soit capable de ressentir le désespoir dans une relation, et non plus seulement l'espoir. C'est au-delà de ce stade que se trouve la véritable possibilité d'une vie pour l'enfant, « *lorsque les éducateurs et le personnel d'un foyer pour enfants inadaptés font passer l'enfant par ces processus, ils ont effectué une thérapie qui est sûrement comparable au travail analytique* ».

Par ailleurs, la constitution de ce que P. Jeammet⁽⁷²⁾ appelle « les assises narcissiques » se nourrit de la qualité des échanges et des investissements objectaux⁽¹⁰⁶⁾. Les assises narcissiques représentent ce qui assure la continuité du sujet et la permanence de son investissement de lui-même. Dans les situations, schématiquement, de défaut ou d'excès de présence de l'objet d'investissement, les assises narcissiques ne se constituent plus avec et par l'objet, imprégnées de la qualité de la relation ainsi nouée, mais contre l'objet. Ce travail d'exclusion de l'objet, avant tout parce qu'il menace l'intégrité du sujet, se perçoit également dans la qualité de l'auto-érotisme qui se met alors en place. Plutôt que l'auto-érotisme positif, libidinal, liant, porteur des expériences de plaisir associées aux objets, qui incite à la rêverie, à la recherche de la satisfaction hallucinatoire de plaisir et au travail de la représentation ; il s'agit de son opposé, l'auto-stimulation négative, destructrice, à la fonction d'anti-introjection et anti-pensée qui relève d'une quête de sensations et de stimulations essentiellement somatiques qui tiennent lieu d'objet et permettent au sujet de se sentir exister, mais au prix d'une tendance à l'auto-renforcement au fur et à mesure que la relation se désobjectalise. Ainsi, dans les cas de carences relationnelles précoces, l'enfant développe une activité de quête de sensations. À la place de la

mère, il recherche des sensations physiques douloureuses qui ont toujours une dimension autodestructrice. L'absence de l'objet investi n'est plus remplacée par le plaisir du recours à une activité mentale ou corporelle, mais par l'auto-stimulation mécanique du corps. Ainsi, la clinique illustre le lien étroit entre l'absence de relation objectale et l'attaque contre le corps propre. La violence destructrice est un des seuls moyens pour les enfants carencés d'arriver à se sentir exister, c'est-à-dire à avoir un contact avec eux-mêmes à la place du contact avec l'objet. Mais ce contact, à partir du moment où il n'est pas lié à une qualité libidinale de tendresse donnée par la présence de l'objet, est toujours destructeur. La qualité libidinale suppose que l'objet soit devenu pour partie interne, consubstantiel au sujet par le biais des auto-érotismes puis par celui des identifications. Les premiers constituent les assises narcissiques de la personnalité ; les secondes servent de support à la constitution des structures différenciées intra-psychiques. Plus le sujet dispose d'imagos différenciées à l'intérieur de lui, plus s'individualisent un Surmoi, un Idéal du Moi, moins l'investissement des objets sera massif, totalitaire, donc moins il sera menaçant pour le narcissisme. À l'inverse, plus il est dans une attente importante, plus les réponses de l'environnement sont ressenties comme potentiellement menaçantes, violentes et susceptibles de générer à son tour des violences.

Il existe ainsi une relation dialectique entre équilibre narcissique et investissement objectal et les défaillances de l'un contribuent à conflictualiser l'autre en en rendant l'aménagement plus difficile. Dès que l'adaptation de l'environnement aux besoins du bébé est en défaut et que ce dernier est confronté trop précocement et trop massivement à son impuissance, se créent donc les conditions d'une opposition entre le sujet et l'objet, entre l'appétence pour l'objet et la sauvegarde narcissique.

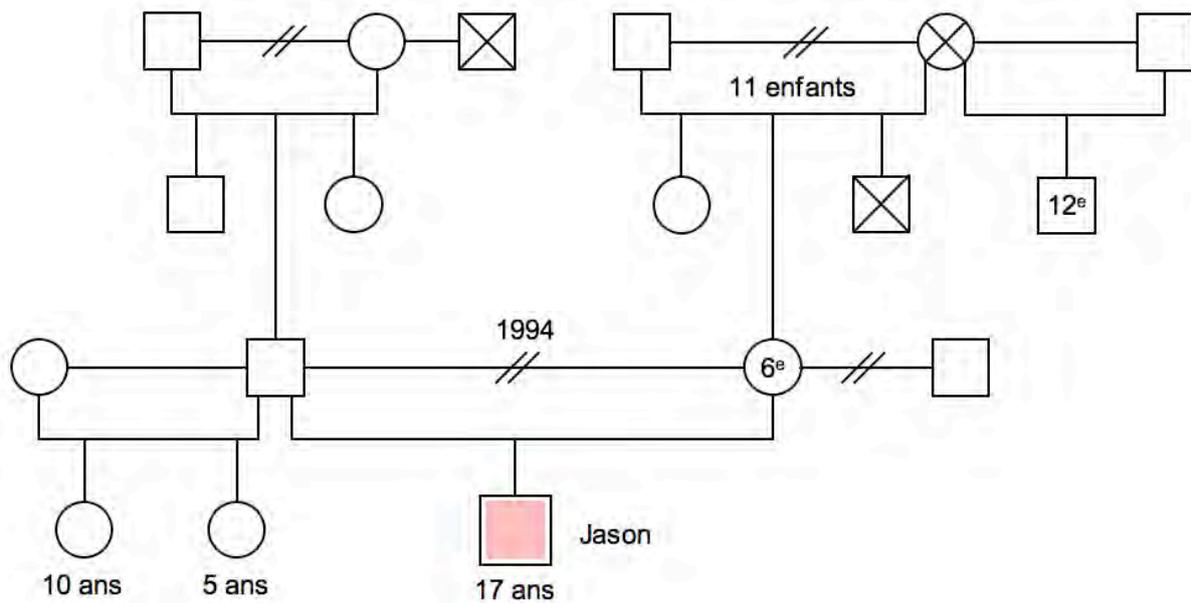
Les enfants potentiellement violents, dont le parcours est émaillé de situations de carences, ressentent leur besoin des autres comme une dépendance intolérable. Ce besoin n'est plus ressenti comme tel, mais comme un pouvoir d'autrui sur eux. Ils se sentent menacés dans leur identité personnelle.

À partir du moment où le territoire personnel, l'image de soi, l'identité sont vécus comme menacés et où le narcissisme subit une effraction la réponse violente apparaît en miroir de la menace ressentie par le sujet.

Ces jeunes que R. Puyuelo⁽¹⁰⁷⁾, psychiatre, psychanalyste, appelle « **les abusés narcissiques** » sont ces enfants et adolescents qui très précocement ont subi des carences et des blessures narcissiques qui ont empiété leur psychisme en devenir et qui maintiennent, grâce à des mécanismes de survie, une cohésion identitaire précaire.

Après l'abord des relations mère-enfant, intéressons nous à l'histoire de la mère. Madame est la sixième enfant d'une fratrie de 11 enfants et elle a un demi-frère du côté maternel. Son enfance est compliquée, avec un abandon par sa propre mère lors de la séparation du couple parental et des soins psychiatriques sous contrainte pour son propre père pour alcoolisme et violence. Dans les suites, les onze enfants de la fratrie sont placés en foyers ou en famille d'accueil, souvenir dont Madame garde un vécu douloureux, encore à vif, ravivé par le parcours de Jason. Madame a peu de liens avec sa fratrie, hormis une de ses sœurs aînées et un jeune frère qui avait été suivi et hospitalisé en pédopsychiatrie dans son jeune âge. Ce frère se suicide par arme à feu à l'âge de 30 ans alors que Jason est lui-même hospitalisé dans le même service de pédopsychiatrie et pour des motifs analogues, à savoir des troubles du comportement réactionnels à des troubles de l'attachement sans véritables troubles de la personnalité. Madame, déjà avant ce décès, compare et identifie son fils Jason à ce frère.

Concernant Monsieur, il est le deuxième enfant d'une fratrie de trois dont les parents sont séparés. Dans l'enfance, Monsieur a également été hospitalisé en pédopsychiatrie dans un autre secteur. Il est actuellement remarié et a deux filles de 10 et 5 ans.



On constate ainsi dans l'histoire de Jason des relations discontinues avec ses parents, dans un climat de violence (séparation à 2 mois avec son père, séparation précoce avec la mère suite à un placement de courte durée). Cette réalité de discontinuité des relations précoces pour Jason, empreintes de violence, est à l'origine d'une impossibilité pour lui d'établir des liens sécurisés avec des adultes de références et une structuration progressive sur un mode limite.

Jason se montre très tôt lui-même violent et madame l'identifie alors au père.

3. Identification à l'agresseur

Le mécanisme d'*identification à l'agresseur* a été décrit initialement par S. Ferenczi. Ce mécanisme très précoce de défense du Moi consiste à s'identifier à son agresseur et à se soumettre à ses désirs, afin de protéger son Moi. Par cet ultime recours, l'enfant peut maintenir une image suffisamment bonne de ce parent maltraitant, dont il dépend totalement, pour se préserver psychiquement. Par la suite, A. Freud reprend ce concept en l'étendant au comportement de l'enfant qui, par anticipation de l'agression redoutée, devient lui-même maltraitant en identification à l'agresseur.

Lorsque Jason a trois ans, une mesure d'AEMO judiciaire est prise devant la « violence circulaire ». Peu de temps après cette décision judiciaire, Madame prend contact avec le CMP de secteur sur les conseils de l'école et du pédiatre pour instabilité psychomotrice, agressivité à l'école et au domicile maternel. Il apparaît un enfant effectivement très instable, dont la violence est mandatée, semble-t-il, pour faire justice contre le père. Les visites chez le père sont irrégulières avec une poursuite des violences entre les parents. Les temps de présence chez la mère sont dans l'ensemble difficiles pour Jason comme pour Madame. Celle-ci décrit Jason comme « insupportable », voulant l'exclusivité de sa mère, qui elle veut sortir, recevoir, elle dit vouloir qu'il la « lâche ». Par ailleurs, elle tient souvent un discours culpabilisant « tu m'as empêché de vivre ma vie... je veux vivre pour moi » et ambivalent « je t'aime, tu me manques... ». Elle oscille ainsi entre récupérer son fils à plein temps et ne plus le prendre du tout le week-end. On note également diverses contradictions, par exemple lorsqu'elle demande à Jason d'être autonome tout en surveillant de près voire participant à sa douche. La crainte permanente exprimée par la mère de perdre son fils alimente cette relation de trop grande proximité. Jason, quant à lui, peut s'inquiéter pour sa mère lorsqu'il n'est pas avec elle et se montrer extrêmement agressif lorsqu'il est avec elle. La relation mère-fils apparaît fusionnelle et probablement très excitante. On retrouve une relation objectale différenciée mais ambivalente à l'égard de la figure maternelle. Elle-même ambivalente à l'égard de son enfant, elle établit avec celui-ci une relation sur le mode alternance rejet-agressif / récupération-coupable. Cette redoutable séparation forcée, imposée et brutale entrave l'élaboration d'identifications solides et stables et laisse l'enfant démuné. Ainsi, pour échapper à cette alternance destructrice, l'enfant se réfugie dans une sorte d'illusion, celle de contrôler lui-même la situation. Il devient ainsi, sur un mode illusoire, le seul maître de sa destinée dans une position d'omnipotence ou de « mégalomanie narcissique » et le moyen utilisé pour préserver cette illusion est alors l'agressivité.

Monsieur est peu demandeur pour voir son fils et maintenir des liens. Lorsque Jason est âgé de 10 ans, il va même dans un courrier adressé au juge demander un désaveu de paternité.

On voit ainsi ici que le père, exclu ou en retrait de la dyade mère/enfant, n'instaure pas la rupture symbolique et ne permet pas l'intégration de la loi ; ce qui alimente les fantasmes incestueux des adolescents et génère des conduites ambivalentes de séparation et de dépendance.

Jason, au cours de son hospitalisation montre souvent une violence verbale voire physique lors des moments de frustration. L'enfant présentant des troubles du comportement, n'a pas été confronté à un Surmoi « régulateur », à travers des règles interdites non excessives, accompagnées d'une explication du bien fondé de l'interdit. Le chemin vers la toute-puissance et la domination par les pulsions agressives et sexuelles semble alors tout tracé. De la même façon, l'intolérance à la frustration et l'incapacité à gérer le surcroît de tensions qui en découle est une composante fondamentale de l'éducation. En effet, si la confrontation du jeune enfant aux expériences de frustration est nécessaire pour la maturation psychique, cela suppose en contrepartie de lui proposer des investissements de substitution afin d'évacuer ces tensions d'insatisfaction. Or, au sein d'une famille comme celle de Jason, l'enfant est livré à ses pulsions et à la frustration, sans possibilité de les maîtriser grâce à la mentalisation et la sublimation. En conséquence, la seule voie de dérivation s'offrant à lui est celle d'une décharge pulsionnelle dans le passage à l'acte immédiat. Il apparaît alors adopter un mécanisme de défense identique à celui que ses parents ont été contraints de choisir étant enfant, dans les mêmes circonstances.

Devant une maman ambivalente et un papa ne souhaitant pas la garde, un projet d'accueil à la Maison d'Enfants est mis en place. Mais suite aux échos du comportement de Jason, le directeur émet des réserves à accueillir celui-ci. Finalement, Jason est hospitalisé dans un service de pédopsychiatrie en temps plein comprenant des temps de scolarisation avec des enseignants spécialisés, une prise en charge orthophonique individuelle et des groupes thérapeutiques. Jason se montre plutôt agréable sur les temps en individuel, il apprécie ce qui lui est proposé et en garde encore aujourd'hui plutôt un bon souvenir. Les moments de tension avec violence verbale voire physique repérés chez Jason par l'équipe apparaissent lors des moments de transition (par exemple, les passages de relais

entre équipe), de confrontation au groupe même restreint, de rivalité avec les plus jeunes mais aussi avant et après les visites chez sa maman.

Régulièrement, les prises en charge en famille d'accueil sont mises en échec, Jason étant souvent très agressif et difficile à contenir dans ce contexte. Ainsi, dans sa troisième famille d'accueil par exemple, Madame se retrouve à plusieurs reprises en arrêt de travail, épuisée par le comportement de Jason, c'est alors son mari qui doit prendre le relais dans ses moments là. M. Soulé et Lauzanne expliquent cela « Tout investissement affectif, réactivant des blessures précoces avec une très vive angoisse d'abandon, instaure une compulsion tragiquement masochiste à revendiquer l'affection dans des limites intolérables pour l'entourage en raison de la connotation toujours agressive de la revendication »⁽¹⁰¹⁾.

L'intégration dans la partie pédagogique de l'ITEP est mise en échec par des troubles du comportement avec violence et difficulté de socialisation même au sein d'un petit groupe. Une réorientation est organisée vers un IME mais l'essai de quelques semaines se solde par un échec. Jason, malgré une orientation MDPH « IME avec admission progressive », n'a pas de prise en charge médico-éducative ni pédagogique, cette orientation s'avérant inapplicable devant les divers refus des directeurs d'établissements. Jason est donc déscolarisé depuis qu'il a onze ans, ce qui est source de souffrance pour lui et se retrouve à temps plein en famille d'accueil, avec un risque d'épuisement pour la famille d'accueil qui est au bord de la rupture.

On observe ainsi une accumulation de ruptures avec de nombreuses familles d'accueil et établissements majorant la souffrance de Jason et entravant l'entrée dans les apprentissages. À la défaillance parentale a succédé la maltraitance institutionnelle à l'origine de l'installation d'une déficience progressive.

4. Notion de troubles cognitifs et de troubles des apprentissages

B. Gibello, en 1973, dans une recherche ayant pour point de départ les difficultés d'apprentissage scolaire et professionnel de quelques centaines d'adolescents marginaux rencontrés dans un foyer éducatif habilité « justice » recevant des adolescents délinquants ou

pré-délinquants, c'est-à-dire présentant une variété bien connue d'« inconduites », avait constaté que plus de 80% des enfants du foyer éducatif présentaient d'importantes difficultés d'apprentissage scolaire et professionnel, qui ne relevaient pas d'une déficience mentale. Elles étaient généralement attribuées à une attitude hypothétique de mauvaise volonté ou d'opposition. Diverses remarques cliniques avaient amené B. Gibello à faire l'hypothèse d'anomalies de leurs compétences cognitives. Un bilan systématique de ces compétences avait confirmé qu'en effet, plus de 80% d'entre eux présentaient des anomalies du développement des processus cognitifs, sous forme de *disparités* importantes dans ce développement, par exemple, certains avaient des difficultés particulièrement graves pour penser l'espace, pour d'autres, le temps, pour d'autres encore, les nombres, pour d'autres encore, leurs postures et leurs mouvements...alors que pour chacun, les autres secteurs des processus cognitifs étaient normaux. À partir de ces premières observations, une recherche sur plus de 150 « mineurs de justice » pris en charge dans des internats spécialisés a été menée. Il est ressorti de cette recherche que presque tous avaient des capacités intellectuelles normales, évalué cliniquement et par l'épreuve de Wechsler et que pour presque tous, le développement de leurs processus cognitifs était très disparate, certains secteurs étant normalement développés, alors que d'autres demeuraient à un stade de développement dépassé habituellement depuis longtemps à leur âge. B. Gibello désignât cette anomalie : «**dysharmonie cognitive pathologique**».⁽⁶⁵⁾

Sur le plan intellectuel, les jeunes dyssociaux présentent donc des signes de dysfonctionnement et de dysharmonie cognitive avec des troubles des apprentissages portant tout à la fois sur leurs capacités intellectuelles et sur l'organisation de leur pensée, perceptibles surtout par une déficience langagière, une faiblesse de symbolisation et des lacunes d'intégration temporo-spatiale.

Néanmoins, l'échec scolaire de ces jeunes ne s'explique pas exclusivement en terme de troubles cognitifs, mais aussi en terme de souffrances qui empêchent de penser. L'envahissement par des pensées terrifiantes ou des inquiétudes ne laisse aucune place pour le désir d'apprendre. Ces enfants s'avèrent incapables de transférer leurs potentialités, pourtant

réelles, dans les apprentissages. S. Boimare, psychologue clinicien, psychopédagogue, parle de la « *peur d'apprendre* » chez ces enfants, qui dès le plus jeune âge se sont forgés une carapace protectrice pour éviter l'exercice de penser au sein d'un environnement insécurisant. Or la situation d'apprentissage confronte au doute, au manque et à la frustration et suppose donc l'existence d'une sécurité interne suffisante pour tolérer cet état de « non-savoir ». De plus, l'enfant doit pouvoir accepter une forme de dépendance à « celui qui sait », faire l'aveu de son incompetence, se soumettre à une règle, à l'adulte, et pouvoir intégrer un groupe. Ces exigences font ressurgir les angoisses précoces de la petite enfance, ainsi l'exercice de « penser » réveille les angoisses abandonniques, les sentiments de dévalorisation et est vécu sur le mode de la persécution. L'apprentissage menace l'équilibre psychique précaire. Pour s'en préserver, l'enfant va mettre en place soit des stratégies d'évitement, au travers des troubles du comportement ou de la fuite, soit des stratégies compensatoires qui font illusion et aboutissent à des stratégies « anti-pensées ».⁽¹⁰⁸⁾

M. Berger⁽¹⁰⁹⁾ décrit, quant à lui, une clinique qui s'inscrit dans « *les conséquences des traumatismes psychiques précoces* » ou « *les conséquences des distorsions du lien précoce* » et qui associe une déficience intellectuelle acquise avec des troubles du schéma corporel, des troubles de l'attachement de type désorganisé, désorienté, une instabilité psychomotrice liée à des interactions précoces très chaotiques, ainsi que des comportements violents et parfois des fugues compulsives. M. Berger décrit également des épisodes de violence pathologique extrême qu'il compare à un resurgissement hallucinatoire de l'adulte violent dans l'enfant. Cette description renvoie au mécanisme d'identification à l'agresseur décrit ci-dessus et à celui de l'incorporation du parent violent dans le psychisme de l'enfant. Il sous-tend une reviviscence hallucinatoire d'épisodes répétitifs du passé au cours desquels l'enfant, à la période préverbale, s'est trouvé impuissant et terrifié sans possibilité de partager ce qu'il ressentait. La réémergence de ces affects provoque de véritables crises clastiques, soit lors d'une défaillance de l'adulte même minime, soit sans raisons particulières. M. Berger précise que ce processus apparaît dans un contexte de violence antérieure subie par l'enfant, mais également lors d'une exposition, en bas âge, à des violences conjugales.

Il s'agit là de la situation de Jason et en effet celui-ci semblait s'identifier très tôt à la violence subie et vue. Il la transposait, la reproduisait chaque fois qu'il était confronté à une nécessité de vie en groupe ou en famille, a fortiori avec une exigence d'apprentissage. Il est apparu difficile de protéger Jason de la maltraitance et des abandons successifs qu'il subissait et reproduisait. De nombreuses institutions éducatives et de soins ont tenté de contenir l'enfant et de lui permettre de se construire avec son histoire et celle de ses ascendants.

Enfin, tentant de s'échapper de l'emprise familiale, Jason semble avoir recherché dans le groupe de pairs des supports pour s'affirmer et se rassurer ainsi que des modèles d'identifications « héroïques ». C'est dans ce contexte que, entraîné par un camarade, ils commettent le viol d'une personne vulnérable. C'est pour ce crime qu'il est incarcéré à l'Etablissement pour Mineurs à l'âge de 17 ans.

À la lumière de ces faits cliniques, on entrevoit que les mesures préventives et curatives exigibles vis-à-vis des troubles du comportement, au-delà des manifestations extériorisées, doivent viser les processus sous-jacents, notamment ceux qui caractérisent les pathologies limites ou narcissiques, en se rappelant que ces enfants présentent aussi d'autres risques évolutifs, en particulier du côté des atteintes portées aux fonctions cognitives et instrumentales.

On retrouve dans ces situations quelques caractéristiques cliniques communes :

- Des troubles graves du narcissisme**
- Une lutte contre la dépression**
- Un vide des représentations internes**
- Des carences, traumatismes et séparations fréquents dans l'enfance**
- Une atteinte possible des fonctions cognitives et instrumentales**

II. PRESENTATION ET ASPECTS CRITIQUES DES REPONSES ACTUELLES

Ces adolescents aux comportements violents mettent à mal toutes les tentatives de politiques sociales, que celles-ci soient locales, régionales ou nationales. Malgré les tentations du « tout répressif » pour répondre aux pressions sociales et politiques liées à la peur qu'ils suscitent et à la violence qu'ils engendrent, les professionnels de la santé, de l'éducation et de la justice, savent bien que l'incarcération seule des mineurs a ses limites, alimente et amplifie le plus souvent les troubles du comportement de ces adolescents. Il est donc nécessaire de trouver des alternatives. En voici quelques unes.

Il ne s'agit pas là de présenter un travail exhaustif ni représentatif de toutes les structures prenant en charge les jeunes sous main de justice mais plutôt de présenter une comparaison intéressante de ce qui existe dans les prises en charge actuelles.

A. LES CENTRES EDUCATIFS FERMES (CEF) : EXEMPLE DU MARQUISAT

Les centres éducatifs fermés mettent en œuvre une pédagogie éducative contraignante.

Créés par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002, dite « loi Perben I », les CEF viennent compléter le dispositif de prise en charge déjà existant des mineurs délinquants les plus difficiles et constituent une alternative à l'incarcération, entièrement orientée vers la réinsertion et la prévention de la récidive. La loi du 9 septembre 2002, complétée par les lois du 10 mars 2004 et du 5 mars 2007, est ainsi venue modifier l'article 33 de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante et définit les CEF comme suit :

« Les centres éducatifs fermés sont des établissements publics ou des établissements privés habilités dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, dans lesquels les mineurs sont placés en application d'un contrôle judiciaire ou d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'un placement à l'extérieur ou à la suite d'une libération conditionnelle ».

Au sein de ces centres, les mineurs font l'objet des mesures de surveillance et de contrôle permettant d'assurer un suivi éducatif et pédagogique renforcé et adapté à leur personnalité.

La violation des obligations auxquelles le mineur est astreint, en vertu des mesures qui ont entraîné son placement dans le centre, peut entraîner, selon le cas, le placement en détention provisoire ou l'emprisonnement du mineur.

L'ordonnance de 1945 précise, par ailleurs, qu'à l'issue du placement en centre éducatif fermé ou, en cas de révocation du contrôle judiciaire ou du sursis avec mise à l'épreuve, à la fin de la mise en détention, le juge des enfants prend toute mesure permettant d'assurer la continuité de la prise en charge éducative du mineur en vue de sa réinsertion durable dans la société.

Plusieurs circulaires sont venues préciser le déroulement d'un placement en CEF. Ces établissements s'adressent en priorité à des mineurs de 13 à 18 ans, récidivistes ou réitérants, qui se sont montrés rétifs aux autres mesures d'assistance éducative de placement moins contraignant. La circulaire du 28 mars 2003 souligne qu'« *à la différence des centres éducatifs renforcés, les centres éducatifs fermés ne répondent pas au souci de créer un éloignement du mineur d'avec son environnement familial, social ou scolaire ; ils assurent par ailleurs des prises en charge pouvant être relativement longues* ».

La circulaire apporte des précisions sur la prise en charge sanitaire et psychologique des mineurs en indiquant qu'un bilan de santé tant somatique que psychique doit être réalisé. Si des soins s'avèrent nécessaires le mineur devra les recevoir y compris s'il s'agit d'une psychothérapie.

Cinq établissements expérimentaux ont normalement été prévu avec des moyens supplémentaires pour traiter les questions de santé mentale. Exemple de l'expérience du CEF de Valence présenté dans le rapport d'information n°2130 sur un meilleur partenariat santé/justice pour une justice pénale des mineurs efficace⁽⁴⁰⁾. L'originalité de ce CEF est d'avoir réussi une véritable coopération avec le réseau de soins de santé mentale du département et plus particulièrement l'hôpital psychiatrique. Ainsi, le CEF a pu mettre en place au sein même de l'établissement une équipe mixte regroupant des éducateurs et du personnel soignant issu de l'hôpital psychiatrique et travaillant à temps partiel dans les deux structures. À noter que le financement des postes de personnels soignants intervenant au CEF (3,5 ETP (Équivalent

Temps Plein) dont un médecin psychiatre à mi-temps et un psychologue) est assuré par le ministère de la Justice. Un comité de pilotage local associant la direction du CEF et la direction de l'hôpital psychiatrique ainsi que des représentants de la Maison des Adolescents (MDA) a permis une lente gestation du projet de prise en charge de ces adolescents délinquants par une équipe pluridisciplinaire. Une convention organisant cette coopération a pu être signée entre les deux établissements. Elle prévoit notamment qu'en cas de crise, certains adolescents peuvent être hospitalisés alors que l'essentiel des thérapies se fait au sein du CEF. Les éducateurs et intervenants éducatifs du CEF ont fait évoluer leur pratique professionnelle vers un « positionnement clinique ». Inspirée des travaux du Dr Alecian, une pratique d'observations cliniques collectives est mise en place. Elle permet une approche pluridisciplinaire des troubles du comportement. Des divergences d'appréciation subsistent entre les éducateurs et les soignants, par exemple sur la notion d'agitation pathologique. Mais ces divergences sont aussi source d'enrichissement mutuel. Ainsi, un travail commun a été mené entre les soignants de l'hôpital et le personnel éducatif du CEF pour chercher des critères communs de diagnostic ce qui a permis aux soignants de mieux connaître les spécificités de ces adolescents et aux éducateurs de réfléchir à la manière dont ils réagissaient face à certains comportements violents.

1. Contexte de création

Le CEF de Gévezé est géré par l'association Diagrama, loi 1901, de dimension nationale, constituée le 14 octobre 2003, en Bretagne. Elle est membre de l'association « Diagrama International ».

Son objectif est de promouvoir le développement d'Établissements, de Programmes et de Recherches, destinés à la prévention, au traitement et à l'intégration d'enfants et de jeunes en difficultés sociales, ainsi que de sensibiliser l'opinion publique et les agents sociaux quant aux problèmes de ce secteur de la population, dans le but d'obtenir une participation active et créative, permettant la mise en œuvre de réponses efficaces pour parvenir à leur intégration et à leur vie autonome

2. Le public pris en charge

Il reçoit des mineurs, 12 garçons âgés de 13 à 16 ans, placés en application d'un contrôle judiciaire, d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'une libération conditionnelle.

3. Le personnel

Les douze jeunes pris en charge au CEF sont encadrés par une équipe composée de 27,3 ETP réparti entre un éducateur « bois », un éducateur « horticulture », 12 éducateurs « vie quotidienne », une enseignante, 2 maîtresses de maison, 2 cuisiniers, 2 chefs de service éducatif, 4 veilleurs, une secrétaire de direction, un directeur et un psychologue. Par ailleurs, il y a une vacation d'un médecin et d'une infirmière une fois par semaine. Enfin, il y a une réunion mensuelle avec une pédopsychiatre de secteur.

4. Organisation et principes de prise en charge

Un bilan des acquis scolaires et sociaux est réalisé lors de l'arrivée au CEF afin de mettre en œuvre un projet éducatif individualisé. Durant cette phase d'observation, le mineur bénéficie aussi d'un entretien psychologique pour détecter des souffrances psychiques et déterminer éventuellement si une prise en charge renforcée est nécessaire. Puis la rencontre avec le psychologue est hebdomadaire. Celui-ci n'a pas une mission d'évaluation ou d'expertise mais plutôt un travail d'accompagnement. Dans certaine situation, le juge peut avoir ordonné une obligation de soins pour un mineur, qui peut être alors être utilisée comme un levier thérapeutique par le psychologue pour l'adhésion du jeune.

On observe au sein de ce CEF trois orientations de travail : comportementale, cognitive et psychoaffective/familiale. Des repères spatiaux et temporeux très précis sont fixés pour les jeunes avec des temps d'activités (scolarité, bois, horticulture, ménage, atelier découverte) trois fois une heure et demi dans la journée ainsi qu'une heure et demi de sport en fin d'après-midi. Un contrat pour favoriser le sevrage de la consommation tabagique est systématiquement mis en place, la consommation quotidienne étant au maximum de 6 cigarettes. De plus, une grille d'évaluation objective des comportements avec une note quotidienne est mise en place. Il y a une augmentation progressive par palier en fonction des notes avec progressivement une

ouverture vers l'extérieur (sortie accompagnée, week-end, stage...) et une prise de responsabilité sur le fonctionnement du CEF. De même, les procédures de sanction sont codifiées en fonction des transgressions. Pour ces jeunes pour lesquels ce sont toujours, l'autre, les autres qui sont responsables, eux-mêmes n'étant jamais en cause, cet outil peut être intéressant pour le travail de la responsabilisation et de la prise de conscience des conséquences de leurs actes.

Compte tenu des exigences personnelles que suppose l'exercice en CEF, notamment face à la violence des jeunes, les personnels éducatifs disposent d'un temps de supervision avec un psychiatre ou un psychologue extérieur, un tiers, qui leur permet de prendre du recul vis-à-vis de leur pratique et qui les aide à analyser les difficultés relationnelles avec les adolescents et au sein de l'équipe éducative. Toutefois, de manière générale, M. Zumkeller, député, explique dans son rapport d'information n° 2130 que certains établissements et tout particulièrement les établissements publics ont renoncé à ces réunions faute de crédits pour rémunérer les intervenants extérieurs. « *Cet état de fait est très dommageable pour la qualité de la prise en charge et il semble indispensable d'y remédier* »⁽⁴⁰⁾.

5. La clinique rencontrée

- On retrouve fréquemment bien sûr des troubles du comportement mais aussi des troubles des apprentissages.
- Moins fréquemment (5-10 %), il est décrit une symptomatologie psychotique soit qui était déjà diagnostiquée avant l'arrivée au CEF, soit qui n'avait pas été repérée avant et qui peut « décompenser » dans le cadre du CEF.
- Une problématique addictive assez peu représentée dans ce cadre.

6. Critique

En théorie, les fondements psychopathologiques des CEF semblent pertinents comme l'explique D. Marcelli, pédopsychiatre « *Pour ces adolescents impulsifs, violents, intolérants à la frustration, non respectueux des lois et des règles de vie communautaire, d'autant plus qu'ils sont récidivistes et refusent d'entendre la moindre limite à leur toute puissante impuissance, des murs, une clôture, un*

enfermement représentent l'indispensable contention à l'intérieur de laquelle ce premier mouvement psychique pourra advenir. Cela n'est pas faux car en l'absence de limites imposées à ces jeunes, les bénéfices secondaires des passages à l'acte sont tels qu'ils empêchent souvent toute prise de conscience et toute possibilité d'élaboration : de passages à l'acte en passages à l'acte ils sont répétitivement confrontés au rejet, ce qui les confirme dans le sentiment de mauvaiseté des adultes tout en les mettant ainsi en échec, ce qui renforce leur sentiment de toute puissance, quand ne s'ajoute pas en prime la jouissance frauduleuse de la conduite délinquante »⁽¹¹⁰⁾. Il apparaît ainsi que dans un cadre contenant, le jeune rassuré par la non-destructivité des adultes présents, grâce au mouvement de régression induit par l'empêchement de passer à l'acte, un lien de confiance réparateur pourra peu à peu s'instaurer, à partir duquel un travail de réassurance, d'accompagnement éducatif et de réinsertion progressive pourra être envisagée.

Toutefois, il semble que pour pouvoir tenir ces engagements là, il faut des moyens considérables, matériels et humains « *le mur en lui-même n'a jamais soigné personne* ». D. Marcelli exprime ainsi ses craintes concernant les conditions matérielles et financières capables de garantir, sur le long cours, la viabilité et la qualité de fonctionnement de ses structures et s'interroge à savoir si la collectivité sera désireuse et capable d'investir et de s'investir sur le long terme pour ce type de population.

B. LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES POUR MINEURS (EPM) : EXEMPLE DE L'EPM D'ORVAULT

La création des EPM ou la volonté d'allier contrainte carcérale et objectifs éducatifs.

En application de la loi d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ) du 9 septembre 2002 (loi Perben I), l'action éducative auprès des mineurs détenus a été considérablement renforcée notamment par la création de sept établissements pénitentiaires entièrement voués à l'accueil de ces publics (EPM).

Ce nouveau dispositif répond aux exigences posées par les normes internationales et européennes et consacre certains principes dont celui de la séparation stricte des mineurs et des majeurs, l'encellulement individuel des mineurs la nuit, l'accompagnement éducatif constant

des détenus par les services éducatifs et l'accès des mineurs détenus à l'enseignement, à la santé, aux activités socio-éducatives, culturelles et sportives.

Le pari des EPM est de faire du temps de l'incarcération, un temps qui ne soit pas pour le mineur un facteur d'aggravation de sa situation et de sa délinquance, mais un temps imprégné d'un contenu éducatif qui lui permette, entre autres objectifs, d'appréhender sa situation pénale et de préparer dans les meilleures conditions sa sortie de détention. À cette fin, le dispositif s'appuie sur l'articulation et l'engagement de quatre acteurs institutionnels, qui s'inscrivent au coeur de la prise en charge des mineurs incarcérés.

Les personnels de la PJJ, de l'administration pénitentiaire (AP), de l'éducation nationale et de la santé participent, chacun pour son champ de compétences, à cette nécessaire pluridisciplinarité, dont l'illustration la plus aboutie est le concept du binôme éducateur/surveillant, qui entraîne néanmoins des ajustements et une appropriation de nouvelles pratiques professionnelles, liées entre autres à l'interdépendance des personnels dans ces nouveaux établissements. Il convient de relever que les administrations de la PJJ et de l'AP, soucieuses des difficultés inhérentes à ces nouvelles pratiques, ont mis en oeuvre des formations conjointes pour les personnels intervenant en EPM.

1. Contexte de création

L'EPM d'Orvault a ouvert en février 2008

Il est à noter qu'il n'y a pas de budget alloué spécifiquement au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), l'enveloppe budgétaire est déléguée à l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA).

2. Le public pris en charge

D'une capacité totale théorique de 60 places, l'EPM a ouvert à mi-capacité et accueille ainsi une trentaine de jeunes garçons mineurs (10% avaient entre 13 et 16 ans en 2009) ; les jeunes filles étant actuellement encore incarcérée à la maison d'arrêt pour femmes à Rennes.

L'augmentation du nombre de détenus et la possible mixité de la population carcérale est prévue.

3. Le personnel

Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire, issue d'administrations différentes. Elle comprend des membres de :

- L'Administration pénitentiaire : 68 personnels dont 51 surveillants
- La PJJ : 33 personnels dont 26 éducateurs et 1 psychologue
- L'Éducation Nationale : 5 professeurs et 1 proviseur

Le dispositif de soins est composé de :

- L'UCSA comprenant 1,5 ETP infirmiers, 0,5 ETP médecin généraliste, une vacation de dentiste, 0,5 ETP secrétaire
- Le SMPR comprenant 1,5 ETP infirmiers, 0,5 ETP psychologue, 0,5 ETP psychiatre

4. Organisation et principes de prise en charge

Les professionnels de la PJJ assurent l'élaboration des emplois du temps individuels des jeunes, les soutiennent dans l'ensemble des temps forts de leur détention, programment et construisent des activités socio-éducatives conçues comme un support à la médiation éducative, travaillent au maintien de leur lien familiaux, définissent et mettent en œuvre avec eux des projets de sortie fondés sur leur situation et leurs besoins réels.

L'intervention des soignants s'inscrit dans le cadre de la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés telle que décrite par la circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/153 du 13 mai 2008.

À l'arrivée dans l'établissement, un bilan médical est réalisé. Les missions du SMPR sont un dépistage systématique à l'admission de pathologie mentale, du risque et de l'urgence suicidaire, des conduites addictives, de toute situation de souffrance psychique. Deux entretiens

infirmiers permettent outre ce repérage, de présenter l'offre de soins dès l'arrivée dans l'établissement et après affectation du mineur dans l'unité de vie. C'est une approche incitative, inhérente à la clinique de l'adolescent pour lequel formuler une demande d'aide semble quasi impossible. Les situations sont évoquées en réunion clinique pluriprofessionnelle hebdomadaire où est définie une orientation vers une poursuite de soins. Les prises en charge proposées comprennent des entretiens individuels avec le psychiatre, le psychologue ou l'infirmier ; des groupes thérapeutiques utilisant des médiations (écoute musicale, extrait de films suivis d'un débat, pâtisserie, dessin...) mais aussi une médiation plus originale et particulièrement riche pour certains de ces jeunes, la zoothérapie utilisant un lapin domestique, Mlle Oasis ; des entretiens familiaux bien que les familles aient peu de demandes.

5. La clinique rencontrée

Le diagnostic principal, motif de la rencontre avec le soignant, situe la difficulté mise en avant par le jeune détenu.

La grande majorité des troubles notés est représentée par les troubles anxieux, les réactions à un facteur de stress important et les troubles de l'adaptation à la situation carcérale. Mais la dimension contenante de l'institution n'est pas toujours suffisante. L'hospitalisation peut alors être nécessaire. Elle est un temps particulier qui ne doit pas signifier sur le plan symbolique l'échappement à la loi par l'adolescent. Elle comporte plusieurs possibilités :

- L'extraction aux urgences médico-psychologiques du CHU qui permet de réduire certains troubles anxieux et de réaliser une évaluation en terrain « neutre » par des professionnels habitués à l'exercice
- L'hospitalisation au SMPR correspond à une prise en charge en hôpital de jour avec cellule d'hébergement la nuit. Le consentement est nécessaire. Le mineur est isolé des adultes mais peut participer à quelques activités

- L'hospitalisation d'office (article D-398 du Code de Procédure Pénale) dans un service de psychiatrie adulte, le plus souvent au titre du hors secteur, qui est une mesure à réserver aux situations les plus critiques.

Les auteurs de violences sexuelles sont peu nombreux et bénéficient de soins adaptés.

Les troubles addictifs sont systématiquement évalués pour chaque détenu. La dimension addictive est très souvent retrouvée dans les antécédents mais est rarement le motif de recours aux soins à l'EPM. La dépendance avec des symptômes de sevrage est peu présente d'après l'équipe soignante, sauf pour le tabac.

C. LA STRUCTURE INTERSECTORIELLE POUR ADOLESCENTS DIFFICILES (SIPAD)

1. Contexte de création

La SIPAD a vu le jour à Nice en septembre 2000, au sein du centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie, concrétisant un partenariat entre la PJJ, le Conseil Général, l'Education Nationale et la ville de Nice à l'initiative du Dr Roure, chef de service d'un secteur de psychiatrie et de Mr Marchesin, directeur départemental adjoint de la DPJJ des Alpes-Maritime.

2. Le public pris en charge

Il s'agit d'une structure fermée, mixte, au sein d'un centre hospitalier spécialisé qui peut accueillir actuellement 9 adolescents.

Les adolescents accueillis sont en majorité des garçons (62%), aux comportements violents (99%), fugueurs (8 fois sur 10), et dont l'âge moyen se situe autour de 15 ans et demi.

40% environ d'entre eux sont hospitalisés sous autorité parentale et 60% par ordonnance de placement provisoire d'un juge des enfants.

3. Le personnel

La composition de l'équipe est pluridisciplinaire. Elle comprend des infirmier(e)s dont un cadre de santé, des aides-soignants, un psychiatre, un psychologue, une psychomotricienne, une assistante sociale, une enseignante, un éducateur sportif, un éducateur accompagnement scolaire/insertion professionnelle et deux éducateurs PJJ. Elle fait aussi appel à des intervenants extérieurs spécifiques incluses dans les évaluations (escalade, VTT, expression corporelle...).

4. Organisation et principes de prise en charge

Il s'agit au cours de cette hospitalisation de faire un bilan des difficultés, d'initier une pause dans l'engrenage de celles-ci, d'établir des évaluations multidisciplinaires (tests psychologiques d'efficience et de personnalité, bilan social, bilan et observations infirmiers et éducatifs), une orientation et des axes de travail au plus juste d'une problématique toujours très complexe.

Les accompagnements aux activités, notamment celles à l'extérieur, se font par un double encadrement (infirmier/éducatif par exemple) pour que les observations croisées prennent tout leur sens lors du travail d'élaboration effectué en commun, à travers les différentes compétences de chacun.

Les éducateurs PJJ détachés à la SIPAD font le lien avec les éducateurs PJJ référents, le juge, le foyer...

5. La clinique rencontrée

La répartition par pathologie s'établit autour de 53% de troubles de la personnalité, 29% une pathologie psychiatrique avérée ou constituée et 18% des « agirs réactionnels »⁽¹¹⁾.

6. Critique

Les adolescents qui sont admis à la SIPAD perçoivent parfois cette prise en charge comme une dernière chance. L'institution est alors mandatée avec l'obligation de réussir ce qui paraît extrêmement ambitieux pour cette population avec le risque de renforcement négatif des

nombreuses failles narcissiques, venant confirmer pour ces jeunes que leur situation est désespérée. Il semble important de pouvoir se dégager de ce mandat.

Par ailleurs, il faut pouvoir être vigilant à ce qu'une admission à la SIPAD ne représente pas une alternative à l'incarcération.

D. UNITE KARIBU : UNE EXPERIENCE BELGE ⁽¹¹²⁾ ⁽¹¹³⁾

1. Contexte de création

Dès 1996, le constat avait été fait en Belgique qu'il n'existait pas, à l'époque, de lieu/dispositif résidentiel psychiatrique adapté aux adolescents présentant à la fois des troubles psychiatriques et une problématique comportementale nécessitant des mesures protectionnelles éducatives et sociales.

En 2003, le Ministre fédéral des Affaires Sociales et des Pensions et le Ministre fédéral de la Protection de la Consommation, de la Santé Publique et de l'Environnement ont invité le centre hospitalier Jean Titeca à Bruxelles à signer une convention pour le financement d'un projet pilote intitulé « *l'offre d'un traitement clinique intensif aux délinquants juvéniles présentant des troubles psychiatriques* ». La convention précise que « *l'objectif poursuivi par la création d'unités d'accueil et de traitement est d'offrir un traitement clinique intensif aux délinquants juvéniles ayant un diagnostic de trouble pédopsychiatrique, en vue, dans la mesure du possible de leur (re)socialisation optimale. Ce traitement doit être limité dans le temps avec comme objectif prioritaire de pouvoir garantir l'écoulement vers les structures de prise en charge ambulatoire* ».

Karibu, le nom choisi pour nommer l'unité ainsi créée, signifie « bienvenue » en swahili et pose comme principe de base : « *qui que tu sois, quoi que tu aies fait, sois le bienvenu* ».

2. Le public pris en charge

Dès l'ouverture de l'unité Karibu, des critères d'inclusion précis ont été définis :

- Adolescents masculins de 12 à 18 ans, voire jusqu'à 20 ans dans le cadre d'une prolongation de mesure imposée par le Tribunal de la Jeunesse. Les jeunes âgés de

moins de 15 ans ne sont admis que dans des conditions exceptionnelles se rapportant à des situations d'une particulière gravité.

- Présenter des perturbations psychologiques sévères (soit des manifestations psychotiques débutantes ou avérées, soit des manifestations thymiques sévères et persistantes) nécessitant une prise en charge médico-psychiatrique en milieu hospitalier « résidentiel ».
- Présenter des troubles du comportement sévères se caractérisant par des manifestations auto- et/ou hétéro-agressives récurrentes et/ou intenses.
- Faire l'objet de poursuites judiciaires pour un délit.

Tous ces critères doivent être réunis pour permettre l'admission et le maintien d'un jeune dans l'unité.

En critères d'exclusion, le retard mental moyen, grave et profond ($QI < 70$) et les troubles envahissants du développement (tels que les troubles autistiques) sont retenus car ils requièrent un traitement spécifique.

Aux 8 lits initialement prévus, se sont ajoutés 12 lits complémentaires.

3. Le personnel

Le personnel pluridisciplinaire prévu pour l'unité K de 8 lits est composé comme suit :

- 0,5 ETP médecin psychiatre
- 1 ETP psychologue, chef de service adjoint
- 1,5 ETP psychologue
- 0,5 ETP sexologue
- 0,5 ETP juriste criminologue
- 1 ETP assistant social
- 0,5 ETP infirmier chef
- 1 ETP infirmier

- 4 ETP éducateurs
- 4 ETP kinésithérapeute
- 1 ETP aide-soignant

Le personnel prévu pour l'unité K complémentaire de 12 lits est composé comme suit :

- 0,75 ETP psychologue
- 0,5 ETP sexologue
- 0,5 ETP assistant social
- 0,5 ETP infirmier chef
- 13,4 ETP pour le reste du personnel soignant

Deux référents soignants assurent le suivi socio-éducatif personnalisé de l'adolescent. Le premier est désigné lors de l'admission. Le second est choisi par l'adolescent durant la deuxième semaine d'hospitalisation ce qui représente une option thérapeutique intéressante.

4. Organisation et principes de prise en charge⁽¹¹⁴⁾

a. Admission et maintien

L'équipe pluridisciplinaire du service examine la demande qui lui est adressée grâce :

- Aux informations transmises par le juge de la jeunesse et/ou les intervenants ;
- A la consultation du dossier judiciaire, dans le respect des réglementations pertinentes ;
- Et à un (ou plusieurs) entretien(s) clinique(s) réalisé(s) par des intervenants de l'équipe psycho-médico-sociale, assistés d'un membre de l'équipe soignante. Ces entretiens sont tenus avec le jeune, les intervenants impliqués dans la situation et, dans la mesure du possible, avec les représentants légaux du jeune. Ils visent à objectiver la présence des critères d'admission et à présenter le projet thérapeutique de l'unité.

Une fois que la demande est acceptée, le Tribunal de la jeunesse prend une décision de placement de l'adolescent en vue de son traitement au sein du Centre Hospitalier Jean Titeca,

pour une durée de trois mois renouvelables. Comme pour toutes mesures ordonnées par le Tribunal de la jeunesse, l'admission du jeune au sein du service ne suppose pas, au début, son adhésion pleine et entière. Toutefois, l'adhésion du jeune et de ses représentants légaux à la prise en charge thérapeutique est immédiatement recherchée. La prise en charge commence donc par une phase d'observation ponctuée par les réunions cliniques, de « clarification » et de synthèse. Cette première phase doit permettre l'établissement d'une « alliance thérapeutique » entre le patient et l'équipe soignante pour leur permettre de « co-construire » un projet thérapeutique individualisé.

b. Principes fondamentaux

Pour prendre en charge le public-cible défini par les critères d'inclusion, les acteurs du projet n'avaient connaissance d'aucun modèle de référence qu'il aurait été possible « d'importer ». Dès lors, ils ont relevé le pari de **co-construire un modèle d'intervention original** prenant appui sur un ensemble de principes éthiques et humanistes, tout en s'inspirant des courants théoriques balisant les prises en charge thérapeutiques résidentielles.

- Le modèle multisystémique :

La thérapie multisystémique, historiquement, a été utilisée dans le traitement de différents types de problématiques dont la délinquance juvénile⁽¹¹⁵⁾ ⁽¹¹⁶⁾ ainsi que la délinquance sexuelle⁽¹¹⁷⁾.

Le modèle multisystémique désigne une approche thérapeutique prenant en compte l'individu en interaction avec son environnement familial et social. Cette approche est basée sur le principe selon lequel les individus évoluent dans des systèmes complexes interconnectés incluant des influences proximales (l'individu, la famille, les pairs, l'école) et distales (l'environnement, la communauté, les systèmes de prise en charge des enfants et des adolescents). Le comportement est alors vu comme étant le produit des interactions réciproques entre les individus et ces systèmes interconnectés.

Concrètement, l'équipe de l'Unité Karibu explore, dans une première phase, les ressources et les caractéristiques du fonctionnement familial (frontière transgénérationnelle, types de transactions prédominants, mythes familiaux...) pour,

entre autres, apprécier la possibilité d'une implication des parents (ou des tuteurs légaux) et de la fratrie dans le processus thérapeutique. Si une alliance thérapeutique avec la famille est envisageable, dans un deuxième temps, les interventions cherchent à apporter aux parents et aux jeunes les « outils » nécessaires à la gestion efficace de leur écologie familiale et sociale.

La prise en charge est centrée sur la reconstruction de l'histoire familiale (**notion d'historicité** développée par G. Ausloos, psychiatre), dans le but « *de rendre un passé pour permettre un futur dans la durée* »⁽¹¹⁸⁾.

De plus, les interventions ont pour objectif d'améliorer la qualité des liens familiaux, de la communication intrafamiliale et de la gestion des conflits. Les crises sont envisagées comme des moments privilégiés, source de changements. L'approche est également centrée sur l'autonomisation-individuation du jeune vis-à-vis de son milieu familial. Dans le cas où la situation du jeune l'exige (maltraitements sévères et irréductibles, contamination, déni...), la mise à distance voire l'écartement seront travaillés avec le jeune afin qu'il puisse échapper à la « toxicité » de son milieu.

Au-delà de la prise en charge familiale, l'approche multisystémique prend également en compte les relations avec les pairs « déviants », encourage et stimule les relations avec des pairs « non-déviants » ; l'accent est également mis sur le milieu scolaire⁽¹¹⁵⁾

- Le modèle psycho-éducatif :

La psycho-éducation, née dans les années 60 au Québec, a émergé suite à la nécessité d'intervenir d'une façon spécifique auprès des enfants et des adolescents présentant des problématiques particulières. Notamment, les premiers psycho-éducateurs ont développé des techniques pour intervenir auprès d'enfants éprouvant des troubles affectifs graves, d'adolescents délinquants incarcérés jusque dans les prisons pour adultes, ou d'enfants abandonnés en institutions.

A l'heure actuelle, la psycho-éducation se consacre à l'étude du phénomène de l'adaptation sociale et des modalités d'intervention susceptibles de favoriser un développement personnel harmonieux et une meilleure intégration sociale.

Cette approche considère que le vécu quotidien des sujets offre des occasions d'intervention privilégiée et fait du partage de ce vécu quotidien la pierre angulaire de son intervention. Ainsi, le type d'interventions qu'elle préconise se caractérise par une implication directe auprès des personnes par l'établissement d'une relation significative et soutenue afin de susciter le changement.

Ces principes gouvernent la gestion des interactions entre le personnel soignant et les jeunes au sein de l'unité Karibu.

De plus, les approches éducatives se référant au modèle réparateur compléteront les interventions à visée médiatrice pour aborder la gestion des conflits et des transgressions au sein du service.

- Les autres modèles :

Les interventions collectives et individuelles se fondent également sur les modèles psychanalytiques et behavioriste.

Concrètement, en entretien individuel, les récits de vie, souvent chaotiques, désorganisés et parsemés de périodes n'ayant laissées aucun souvenir, seront travaillés par la reconstruction du parcours biographique. L'accent sera mis sur l'identification des éléments traumatiques (maltraitements, abandons, isolement, pauvreté, désordres familiaux...) ainsi que sur celle des événements et des rencontres porteurs de résilience. Les jeunes seront soutenus dans l'élaboration progressive de leurs traumatismes, cette élaboration leur permettant de redonner un sens à des événements souvent vécus dans la solitude, le silence et l'incompréhension. Ces mises à distance constitueront les fondements de leur « reconstruction ». Enfin, les entretiens veilleront à permettre au jeune de restaurer une estime de lui-même, les jeunes visés par ce projet ayant de manière constante de profondes failles narcissiques et image extrêmement dégradée d'eux-mêmes.

Même si tous les courants théoriques ont inspiré cette élaboration, la pensée et les modèles d'intervention systémiques occupent une place centrale dans la philosophie de la prise en charge proposée à l'unité Karibu. En effet, **le contexte**, en constante évolution, a une influence majeure à l'adolescence et ce, tant dans la verticalité (autonomisation et individuation par rapport aux figures parentales) que dans l'horizontalité (influence du groupe de pairs).

Concrètement, toutes les personnes faisant partie de l'univers de l'adolescent, soit les figures affectives significatives, y compris les intervenants auxquels il s'est attaché et les tiers judiciaires, sont considérées, a priori, comme ressources du processus thérapeutique et donc impliquées dans celui-ci.

Dans cet esprit, sachant que les jeunes admis sont avant tout des êtres en profonde souffrance, même si leur mode d'entrée en relation prédominant se caractérise par l'hostilité et l'agression, **la notion de bienveillance** fut retenue comme fondatrice de l'éthique du projet. Développée dans une perspective systémique par J. Barudy, ce dernier la définit comme « *le résultat de la mobilisation des ressources communautaires et des compétences parentales en vue de répondre aux besoins de l'enfant, en considérant aussi les ressources résilientes de toutes les personnes impliquées dans le processus* ». Il ajoute que « *la capacité de résilience humaine est surtout liée à des expériences d'attachement sécurisant, à la possibilité de prendre conscience de la réalité et surtout de l'appartenance à des relations communautaires saines et solides* »⁽¹¹⁹⁾.

Un des autres principes fondateurs est que les attaques du cadre, dont celles visant les relations aux acteurs de soin, ne peuvent par elles-mêmes dénoncer la prise en charge, donc y mettre un terme. Ce principe a une double importance. Premièrement, les troubles du comportement des adolescents sont envisagés comme leur mode privilégié de fonctionnement, leur «carte de visite». En somme, ces adolescents «cultivent» ou «donnent à voir» d'emblée une identité négative, résultat de leur passé traumatique et des multiples exclusions dont ils ont été objets. Les troubles du comportement précoces ou développementaux sont l'héritage d'une histoire où l'insécurité et la violence furent la norme. Au fil des années, ces jeunes ne trouvent plus de valorisation, ou même le sentiment d'exister, que dans des comportements transgressifs leur procurant à la fois décharge émotionnelle et pulsionnelle et leur donnant corrélativement

une forme de reconnaissance auprès de pairs vivant souvent les mêmes difficultés. Ainsi, leurs perturbations comportementales ne doivent pas être approchées comme étant associées ou concurrentes à leurs difficultés, mais comme étant au coeur de leur problématique, en lien direct avec une estime d'eux-mêmes profondément altérée. Deuxièmement, appliquer ce principe de «non-renvoi» permet de rompre avec leurs expériences antérieures. En effet, la grande majorité de ces jeunes ont connu de multiples rejets et exclusions (familiales, scolaires puis institutionnelles, notamment dans les réseaux de soins) en raison même de leurs perturbations comportementales.

c. Extension du dispositif de soins

En 2007, après une évaluation de ce dispositif, le Ministère fédéral de la Santé et des Affaires Sociales a décidé d'élargir le projet, permettant l'ouverture d'une deuxième unité de soin (appelée Kalima), projet situé « en aval » de Karibu qui accueille jusqu'à 11 jeunes stabilisés ou en voie de stabilisation, en vue de travailler leurs capacités d'autonomie et leur resocialisation. De surcroît, des moyens complémentaires ont permis l'ouverture de huit places en habitation protégée (autonomie encadrée) ainsi que la création d'une équipe mobile (outreaching), sur le même principe que l'équipe mobile développée par le Pr Tordjman à Rennes, prenant en charge, en ambulatoire, des adolescents présentant des difficultés comparables à celles présentées par le public-cible de Karibu, mais dont l'état n'exige pas une hospitalisation. Ce dernier service a particulièrement pour objectifs soit d'éviter les hospitalisations, soit de la préparer et d'en diminuer la durée ou encore de limiter les risques de réhospitalisation.

3^{ème} PARTIE :
SYNTHÈSE ET PROPOSITIONS

« Toute chose visible est en rapport avec une force invisible qui a pouvoir sur elle et à laquelle il faut s'adresser si on veut l'utiliser ».

Amadou Hampâte Bâ

Les délinquants, aujourd'hui, sont probablement d'autant plus mal tolérés qu'ils remettent en cause l'idéal aconflictuel de notre époque mais aussi qu'ils renvoient aux inégalités et violences, diverses quoique parfois masquées, inhérentes à toute société. Ces sujets plus fragiles, carencés et désarmés narcissiquement, sont les premiers leurrés en croyant combler leur avidité grâce à des biens matériels ou défouler et soulager leur rage en attaquant les objets, les lieux ou les personnes. Ils nous montrent involontairement la facticité et le dérisoire d'un mode de vie axé sur la jouissance individuelle et matérielle, privilégiant l'immédiateté et l'apparence, négligeant les liens interhumains, affectifs, au profit d'une course effrénée vers les objets. Signes vivants d'un échec ou d'une dérive de la civilisation, ils renvoient quelque chose d'insupportable.

Pourtant, il apparaît indispensable d'aller à leur rencontre afin d'enrayer la spirale négative et de limiter les conséquences, pour eux mais aussi pour l'ensemble du corps social. En effet, de mon échange avec Mme Rousteau, juge des enfants à Nantes et présidente de l'Observatoire Européen de la Justice Juvenile, il ressortait l'importance pour le juge, du regard de tiers du pédopsychiatre pour l'orientation du jeune, mais aussi un éclairage extérieur pour éviter l'escalade en miroir et tenter de casser cette escalade dans laquelle le jeune poussait le juge à prendre des peines de plus en plus sévères.

Nous avons vu, par ailleurs, que tout trouble du comportement contribue à plonger le sujet dans un cercle vicieux aboutissant à un appauvrissement de ses relations lorsqu'il s'inscrit dans la répétition. Face à l'absence de réponses appropriées, l'accentuation de ces troubles risque d'être quasi inéluctable avec une désinsertion scolaire, marginalisation et délinquance.

Les rejets itératifs, y compris des institutions soignantes non suffisamment contenantantes, viennent confirmer l'adolescent dans sa mauvaise estime de lui-même et/ou dans l'incapacité des adultes à le contenir.

Comment faire autrement ? Quelles réponses apporter ? Que mettons-nous en place concernant les différents plans de fragilité de ces jeunes ?

Précisons tout d'abord quelques préalables. Le premier cadre contenant peut être la parole du magistrat si elle est signifiante et adaptée. Il semble que trop soigner sans responsabilisation n'est pas suffisant et trop punir sans réfléchir est contre-productif. De plus, comme nous l'avons

vu précédemment, les jeunes sous main de justice sont à la fois victimes de violence (en particulier des violences sexuelles) et acteurs de violence (en particulier de violences sur les personnes), les deux comportements étant intimement associés, d'où la nécessité **d'être à la fois compréhensifs, éducatifs, répressifs**, trois attitudes nécessaires et complémentaires dans la prise en charge de ces jeunes.

Toute infraction est d'une certaine façon appel et confrontation à un jugement ; car agir de manière illégale, c'est aussi rechercher un interlocuteur référent par infractions interposées.

Repérer, comprendre et soigner la part de troubles et souffrances psychiques à l'oeuvre dans l'expression de comportements souvent socialement indésirables, tout en soutenant la qualité de la relation et de l'action éducative engagées par de nombreux professionnels auprès de ces jeunes, constitue l'un des enjeux forts d'une politique de santé publique et de protection de l'enfance et de la jeunesse.

Il nous apparaît donc, devant les différents arguments exposés jusqu'alors, que le psychiatre pour enfants et adolescents a une réelle place à prendre dans le parcours de ces jeunes et nous allons ici vous proposer les différentes modalités d'intervention directe ou indirecte que nous imaginons pour le pédopsychiatre dans le parcours de ces jeunes.

I. LA RENCONTRE ET LE TRAVAIL D'EVALUATION

Au travers de ce que nous avons développé, il peut paraître intéressant de mettre en place une évaluation diagnostique systématique, faite par des cliniciens formés et expérimentés, pour les adolescents qui entrent en contact avec le système judiciaire pour permettre une prise en charge précoce des problématiques psychiatriques. Ceci pourrait relever du travail d'expertise judiciaire.

La rencontre avec le jeune doit avoir pour objet l'évaluation de tout type de transgression qui est alors considérée comme un symptôme, un indice observable du fonctionnement

psychique. Le symptôme décrit en quelque sorte une manière d'être au monde, la transgression ne pouvant être pensée dans le réseau subjectif de ses motivations, sans la situer dans **le contexte qui lui donne sens**. Elle se base sur une analyse non seulement des relations du jeune avec la loi codifiée ou les règles et le cadre d'une institution, mais elle nécessite aussi plus largement d'analyser la qualité des limites externes et internes, concrètes ou symboliques auxquelles le sujet se heurte et risque d'être considéré comme « incasable », parce que en conflit avec ces différentes limites.

De plus, comme nous avons pu le voir, les jeunes qui présentent des comportements antisociaux se placent souvent dans une situation d'escalade de la défiance, à laquelle les adultes répondent souvent par une escalade de la punition. Les conséquences négatives sont faciles à repérer. Par contre, il est plus difficile de s'apercevoir qu'une des conséquences les plus graves de leur attitude résulte du fait qu'ils n'arrivent plus à contribuer de manière positive à la vie des autres. Ils risquent de perdre le peu d'estime de Soi qu'ils avaient et seront, de fait, de moins en moins enclins à se soucier des conséquences négatives de leurs actes. Une question apparaît alors primordiale dans la relation thérapeutique que l'on entretient avec ces jeunes : comment sortir de ce cercle vicieux, comment les aider à redevenir juste envers les autres ? La thérapie contextuelle peut nous apporter des éléments de réponse.^{(88) (89)} Pour I. Boszormenyi-Nagy, fondateur de la thérapie contextuelle, la seule source réaliste d'optimisme thérapeutique provient du fait que nous pouvons gagner quelque chose lorsque nous nous montrons généreux à l'égard des autres, et pas seulement quand nous réclamons notre dû. Cette constatation a abouti à une nouvelle définition du moment thérapeutique : il s'agit du moment où la personne prend le risque d'être généreuse à l'égard de l'autre, quelle que soit la réponse qui sera donnée à son geste. Elle gagne alors ce que le thérapeute contextuel appelle une **légitimité constructive**. Celle-ci lui apporte une sécurité et une liberté intérieures qu'il n'aurait pu obtenir autrement qu'en se montrant généreux. Il est donc nécessaire d'aider ses jeunes à redécouvrir qu'ils ne sont pas perdants quand ils se montrent généreux envers les autres. C. Ducommun-Nagy propose pour aider ces jeunes que les thérapeutes adoptent la position d'un **réalisme bienveillant** : « *ils ne faut pas qu'ils minimisent leur capacité de destruction mais il faut qu'ils sachent reconnaître leur capacité de générosité* ».

II. LA SITUATION DE CRISE

Face à la situation de crise, la fonction contenante de l'environnement est rapidement dévolue par la société à l'institution soignante lorsque les troubles du comportement deviennent par trop spectaculaires ou répétitifs. Celle-ci, sera rapidement confrontée à la problématique centrale de dépendance de ces patients. Il faut en effet souligner la propension que peuvent avoir ces patients à se faire désinvestir, la répétition des passages à l'acte et l'attaque directe du lien soignant contribuant rapidement à les faire rejeter. Démunis du pouvoir de séduction que peuvent avoir certains patients névrotiques ou enfermés dans une fascination masochique de leur propre détresse, ils n'établissent que difficilement un lien qu'ils éprouvent d'ailleurs sans cesse. Ceci impose que l'institution motivée puisse **faire face à la répétition des troubles en se détachant du pouvoir destructeur du symptôme, en reconnaissant et nommant la souffrance psychique sous-jacente, et en privilégiant les potentialités évolutives de l'adolescent** sous peine d'entériner insidieusement dans son esprit une évolution inexorablement péjorative. L'analyse des éléments contre-transférentiels permet d'appréhender la crainte de l'emprise et la quête affective de ces patients volontiers sensitifs et projectifs. Les longues périodes d'ennui, entrecoupées de violents moments d'excitation, que l'on peut ressentir au contact de ces patients, évoquent retrait et rage non verbalisable. Les passages à l'acte qui viennent interrompre le suivi sont des « monstrations » qui s'adressent à l'autre pour obtenir, non une contention à risque de dérive sadomasochiste, mais une interprétation liante et organisante, donc véritablement contenante. L'émergence d'une parole signifiante ne pourra se mettre en place que grâce au cadre contenant, lequel n'a donc pas une fonction défensive destinée uniquement à protéger l'équipe mais a comme but de permettre qu'adviennent les conditions pour qu'un sujet s'approprie sa pensée et ainsi **passer de la contention à la contenance psychique.**

Comment transformer du comportement en comportement signifiant, puis en interaction, puis de l'interaction en relation intersubjective, et enfin permettre le dégagement de la valeur intrasubjective de celle-ci en s'appuyant sur sa propre subjectivité, sur ce que le comportement produit en nous, sur eux ? Le langage du corps et celui de l'acte deviennent des tentatives de

mise en forme et en message d'expériences subjectives primitives précédant l'organisation du langage verbal. **L'acte montre, raconte et s'adresse.**

Il semble important de mener un travail de réflexion sur les limites d'une intervention sanitaire, avec le risque de transformer tout état de « crise » ou de malaise profond du jeune, en une recherche active de solution via le médical avec une prise en charge uniquement médicamenteuse ou tout au moins « psychologique ».

La formation des professionnels doit également être évoquée, non pas en terme de « savoirs » mais en terme de « savoir faire » et surtout de décalage régulier des pratiques afin de **développer des stratégies pouvant venir surprendre le jeune là où il n'attendait pas l'adulte**, et surtout qui vont renforcer la crédibilité de l'adulte investi dans la prise en charge.

III. LE TRAVAIL DE SUPERVISION – LA POSITION DE TIERS

Comme le rappelle R. Misès⁽⁶³⁾, on doit reconnaître avec Winnicott, que « *les premières expressions de l'agir ont constitué un appel de l'enfant à son entourage dans l'attente qu'une réponse contensive lui soit apportée. Faute d'avoir été compris et contenu, le sujet s'est trouvé conduit à réitérer sa demande sur un mode violent, répétitif et dans un cercle de plus en plus étendu, passant ainsi de la famille à l'école, puis au champ social* ». Cependant, même chez des adolescents déjà pris dans une évolution péjorative, on entrevoit encore la persistance d'un espoir que l'environnement reconnaîtra sa faillite et que la réponse tant attendue sera enfin apportée. Quelles que soient les difficultés rencontrées par les intervenants, il est important de mettre en valeur cette dimension, même si le sujet manifeste longtemps de notables difficultés à utiliser les soutiens proposés. Ainsi, **il faut du temps et garder l'espoir** pour prendre en charge ce type de jeunes. Afin de soutenir les équipes qui y sont confrontées, l'accompagnement par un tiers extérieur tel que le pédopsychiatre paraît indispensable.

Le rôle de la psychanalyse dans le « faire » institutionnel peut être vu dans le travail de supervision. Selon R. Ruyuelo, « *la pensée analytique ne doit pas être réservée à une « élite psychique », elle doit aussi nous permettre de travailler avec les plus démunis, ceux face auxquels nous sommes sans pensée* ».

et sans projet ». De notre présence analytique et de notre capacité à supporter peut parfois surgir un cadre pour penser.

Comme l'explique également R. Puyuelo⁽¹²⁰⁾ lorsqu'il parle de son expérience personnelle avec le CER Ades Europe Burkina-Faso, il ne faut pas devancer les intuitions éducatives mais les expliciter et les soutenir, les accompagner. Révélateur psychique du dispositif, il en est aussi un des éveilleurs et des soigneurs. *« Mes interventions à visées symbolisantes sont toujours dans le différé, le décalé, tant dans le temps que dans l'espace. Ce sont des figures d'après-coup témoignant non seulement du vecteur bipolaire reliant l'enfant à l'adulte, mais aussi comme autre terme extérieur au sujet : message de l'autre qui s'impose à lui et que celui-ci a à traduire ».*

Ces adolescents, qu'il appelle « les abusés narcissiques », inorganisés psychiquement, nous montrent dans leur comportement, suite de passages à l'acte violents à l'égard d'autrui et à l'égard d'eux-mêmes, la défaillance de leur processus de pensée. Mais cela ne veut pas dire que ces adolescents sont incapables de penser. Le travail réalisé auprès de ces jeunes sera alors de leur permettre de se penser comme sujet dans une relation à l'autre qui deviendrait possible, tolérable parce que moins menaçante. Lorsque l'identité défaille, l'autre est vécu comme menaçant, désubjectivé et engendre violence en retour : « Il faut que je te fasse disparaître pour exister car ta présence menace mon identité ». Il s'agit alors d'une question de survie.

La position de tiers du superviseur reste essentielle, auprès des adultes qui sont « en prise directe » avec les adolescents. Plus qu'une fonction de superviseur, il semble intéressant de proposer un cadre théorique dont il est le garant, véritable matrice, sur lequel peuvent s'appuyer les intervenants et qui donne sens à leurs actions et à leurs comportements auprès des adolescents.

Le superviseur permet l'examen des processus d'intersubjectivité inhérents à la relation éducative. C'est l'idée de l'aménagement d'un espace/temps institutionnel où se distribue une certaine bienveillance aux différentes productions de la vie psychique tant du groupe des adultes que de celui des adolescents.

Une activité collective d'imagination et d'élaboration d'une histoire donnant sens à tel acte « insensé » peut peu à peu devenir possible.

Par ailleurs, au cours d'un échange avec le Dr Royer, psychiatre pour adolescents, nous avons évoqué le travail du psychiatre, superviseur d'une équipe éducative, qui a un rôle d'élaboration, de métabolisation du symptôme du jeune auprès de cette équipe. En faisant une comparaison avec la fonction alpha décrite par W. Bion entre la mère et son bébé. Le psychiatre qui analyse les pratiques, reconnaît et accueille en lui les ressentis violents de l'équipe, les contient et les leur restitue « détoxifiés ». Pour assumer cette tâche de « digestion psychique », il faut pouvoir offrir un contenant des projections de l'équipe et y introduire des liens. Cette fonction rend compte du travail de transformation en activités de pensée des données du symptôme « violence » jusque là non élaborées.

Dans son article *La haine dans le contre-transfert*, Winnicott nous raconte qu'au cours de la Seconde Guerre mondiale, ils ont recueilli, sa femme et lui, un enfant de neuf ans, en errance depuis l'âge de six ans, vagabond et fugueur. « *Il était le plus adorable et le plus éprouvant des enfants, souvent fou à lier. Mais heureusement nous savions à quoi nous attendre. Nous traitâmes la première phase en lui donnant une liberté complète et un shilling chaque fois qu'il sortait. Il n'avait qu'à téléphoner pour que nous allions le chercher, quel que fût le poste de police qui l'avait pris en charge...* » ; « *Ce qui importe, ajoute Winnicott, c'est la manière dont l'évolution de la personnalité de ce garçon a engendré la haine en moi, et ce que j'ai fait à ce sujet... L'ai-je frappé ? Non, je ne l'ai jamais frappé. Mais j'aurais été forcé de le faire si je n'avais tout su de ma haine et si je ne lui avais pas fait connaître aussi. Pendant les crises, je le prenais en utilisant la force physique, sans colère ou blâme et je le mettais dehors devant la porte d'entrée, quel que fût le temps ou l'heure, de jour et de nuit. Il y avait une sonnette spéciale qu'il pouvait actionner et il savait que, s'il sonnait, il serait admis à nouveau et qu'on ne dirait pas un mot du passé. Ce qui est important, c'est que chaque fois, au moment où je le mettais à la porte, je lui disais que ce qui était arrivé avait suscité en moi de la haine à son égard. C'était facile parce que c'était tellement vrai. Je crois que ces paroles étaient importantes du point de vue de ses progrès, mais elles étaient importantes surtout parce que cela me permettait de tolérer la situation sans éclater, sans me mettre en colère et sans le tuer à tout moment...* »⁽¹²¹⁾.

Tout comme pour Winnicott, la gravité des situations et les mécanismes de projection confrontent les équipes au risque d'épuisement voire de haine qui conduit à des impasses dans la prise en charge et au rejet. L'élaboration en supervision de ces mouvements transférentiels/contre transférentiels si forts paraît donc essentielle.

De plus, l'accès aux soins psychiques, qui continuerait à se penser linéairement comme une simple indication ou une orientation de filière à filière, est le plus souvent un leurre s'il ne s'accompagne pas d'une réflexion concernant les acteurs et les espaces de médiation entre les différents champs d'intervention. C'est aux professionnels qu'il incombe « d'aller vers » des jeunes qui, parce que pris dans des histoires de rupture et de déliaison, sont souvent dans l'incapacité de poser une demande ou d'exprimer un mal être.

Comme l'explique J.Barudy, psychiatre, **le clinicien participe à la co-construction de modèles explicatifs, constructifs**. Ces objectifs nécessitent que les équipes éducatives considèrent que l'interpellation de la psychiatrie ne signe pas un échec de leur prise en charge.

IV.LE TRAVAIL EN RESEAU

De plus, on se rend souvent compte que la compréhension des manifestations de ces jeunes nécessite des regards croisés, des observations plurielles et des hypothèses contradictoires.

Construire et prioriser un réseau cohérent et territorialisé de ressources sanitaires et sociales qui dépasse la logique d'établissement et qui substitue à la logique d'orientation une logique de plan personnalisé reposant sur une évaluation commune de la situation. Cette évaluation suppose un langage partagé, une confiance entre intervenants, une alliance avec les parents et les aidants naturels lorsqu'elle est possible et une conviction de départ que chaque acteur, donc chaque institution d'appartenance, est « nécessaire et insuffisant ». La première mission des structures sanitaires et sociales participant au réseau des ressources territorialisées est un travail de veille, partagé par tous, qui s'articule avec l'observatoire des situations à risque de danger. Cette approche suppose, en outre, de renoncer à une « structure idéale ou un secteur idéal pour les incasables »⁽⁵¹⁾.

L'EXEMPLE DU RESEAU D'OBSERVATIONS CROISEES EN LOIRE-ATLANTIQUE

Le Réseau d'Observations Croisées (ROC) est un dispositif santé-justice-protection de l'enfance. Le ROC, selon la Convention, « *organise une complémentarité de prises en charge conjointes*

et limitées dans le temps au lieu d'une gestion de la crise, dans l'urgence et la répétition des ruptures ». Le ROC s'appuie sur la Circulaire Santé-Justice 2002/282 du 3 mai 2002 « relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des adolescents en grande difficulté »⁽¹²²⁾. Dans ce texte est abordée la question de décloisonner les logiques institutionnelles : « L'étude des trajectoires de ces enfants et adolescents montre le caractère relativement aléatoire de leur orientation sur des filières sanitaire, sociale et judiciaire ou médico-sociale, en lien notamment avec l'offre locale de service et de soins, ainsi que la succession possible dans le temps des différents modes de prise en charge. La recherche d'une cohérence impose dès lors de travailler dans le sens de la recherche des complémentarités susceptibles de construire les réponses les mieux adaptées à l'accompagnement de ces enfants et adolescents. Seules des réponses diversifiées permettent leur prise en charge globale, qu'ils vivent dans leur famille ou qu'ils soient accueillis dans une institution sociale ou médico-sociale. Il convient de proposer des réponses multiples à la fois éducatives, sociales, médico-sociales, judiciaires ou thérapeutiques qui ne se substituent pas les unes aux autres, peuvent se cumuler en tant que de besoin ou se relayer sans discontinuité. Cela suppose au préalable une coordination des instances décisionnelles et une mise en réseau des réponses institutionnelles. Ces collaborations doivent favoriser à la fois une vigilance partagée sur la situation de l'enfant ou de l'adolescent et une juste reconnaissance des missions, compétences et limites des équipes professionnelles engagées auprès de lui. Elles doivent s'efforcer de rechercher une cohérence de son parcours sur toute la durée de la prise en charge ».

Le financement est partagé par l'ARH, le Conseil général de Loire-Atlantique et la DPJJ.

Toute équipe institutionnelle confrontée à une impasse dans sa mission peut saisir le ROC en prenant contact avec sa coordinatrice. Le public concerné sont des jeunes qui justifient au moins d'un des critères suivants :

- S'il y a au moins trois intervenants institutionnels
- S'il y a au moins trois placements dans l'histoire du jeune
- L'impossibilité de trouver un lieu de placement et/ou déscolarisation
- Le refus de l'orientation proposée par l'enfant et/ou sa famille
- Des jeunes en errance

Deux modalités d'intervention sont alors proposées :

- **Le ROC peut être sollicité comme « instance tierce de réflexion ».** Cet espace de réflexion pluri-institutionnel, extérieur à celui des partenaires engagés dans l'action, ouvre des possibles, conforte les équipes dans des options de travail que, seules, elles n'oseraient pas prendre et relance les dynamiques d'élaboration de projets. L'idée est que l'on pense mieux à plusieurs et que lorsque l'on ne sait plus comment avancer, il faut réinterroger le passé. Ainsi, le ROC peut inviter les équipes ayant mis en œuvre les projets antérieurs à venir expliquer leur travail, leurs avancées et les écueils rencontrés. *« Les liens interinstitutionnels se reconstruisent à travers cette mise en pensée à plusieurs »*⁽¹²³⁾.
- **Le ROC peut proposer aux jeunes et aux équipes qui les accompagnent « le parcours d'accueils et d'observations ».** L'idée de ce projet est de surprendre le jeune en reprenant son fonctionnement et en jouant sur les paradoxes. Ainsi il ne s'agit plus de nier l'instabilité du jeune mais au contraire de la soutenir en l'organisant. La discontinuité des liens peut s'envisager à condition que soit assuré un fil rouge, rôle du référent, fonction tenue par l'équipe à l'initiative de la demande. Cela suppose donc, au préalable, que le jeune soit hébergé et qu'il devra y être de nouveau accueilli en fin de parcours d'observation. Le principe :
 - Pendant deux ou trois mois, le jeune est invité à faire une sorte de circuit « d'exploration » de 3 à 5 étapes composées de séjours successifs courts (une quinzaine de jours) dans différents lieux partenaires de la protection de l'enfance, du médico-social, de la pédopsychiatrie, de l'Education nationale, de la PJJ...
 - Le parcours est construit à la carte de manière collégiale au cours d'une synthèse initiale. Les étapes peuvent être des accueils ou des accompagnements diversifiés en hébergement éducatif, en activité de jour scolaire ou préprofessionnelle, en soins hospitaliers ou ambulatoires, chez la famille elle-même ou un tiers digne de confiance...
 - Le parcours est une mesure ordonnée par un juge des enfants ou contractualisée avec un responsable de l'ASE.

Le contexte, d'un accueil limité dans les temps et détaché de la question d'un projet d'accompagnement, est rassurant pour le jeune, moins confronté à la question de l'emprise du lien, lien qui souvent le menace comme nous l'avons vu, voire le persécute. De plus, le parcours offre un cadre à l'émergence de rencontres singulières et de réinscription dans une histoire partagée. Il offre également une « *pause dans la trajectoire institutionnelle* » du jeune, un cadre à l'émergence de questions sur sa trajectoire, ses besoins d'aide et son projet, qui viennent s'opposer à l'escalade des réponses, « on ne sait plus quoi te proposer, tu vas tâcher de nous faire savoir ce qui te paraîtrait bon pour toi ».

Au terme de ce parcours, l'équipe du ROC réalise une synthèse des évaluations et observations transmises. Puis elle propose des orientations et prises en charge qui doivent être mises en place au plus tard trois semaines après la proposition, sachant qu'en attendant le jeune est retourné dans son lieu d'origine.

Le ROC permet donc que le jeune ne soit plus face à une seule institution mais en lien avec plusieurs.

Actuellement, le ROC est intégré à un dispositif plus large, le groupe technique ISIS (Instance Inter-Institutionnelle d'examen des Situations complexes) qui n'est encore sollicité qu'à la marge.

V. EPILOGUE : A PROPOS DE RAFAEL

Le bateau CER sur lequel était parti Rafael dû accoster au bout de deux jours. L'équipage et les éducateurs évoqueront concernant Rafael, des « sautes d'humeur, une impulsivité et une difficulté à respecter la bonne distance », mettant en danger l'équipage et nécessitant donc la mise à quai qui n'était pas prévue. Devant le comportement de Rafael qu'ils considèrent « ingérable », un terme est mis à la prise en charge.

Devant les différentes impasses de prise en charge et l'escalade dans les passages à l'acte, la situation de Rafael a été proposée au groupe technique ISIS.

ISIS est un dispositif Santé-Justice-Protection de l'enfance qui a pour vocation d'aider les professionnels dans la prise en charge des adolescents difficiles, dont la problématique est à la croisée entre la protection de l'enfance, la psychiatrie, le médico-social et le pénal. Cofinancé par l'ARS, le Conseil Général et la PJJ, ce dispositif est l'expression d'une volonté politique de rassemblement, de dépassement des clivages institutionnels.

L'intérêt du groupe technique ISIS, ici, est de « se poser » en équipe pluridisciplinaire autour d'une situation clinique et de prendre le temps de se pencher sur un parcours pour en faire ressortir les problématiques c'est-à-dire ce qui se répète, ce qui interroge... et ainsi proposer de nouveaux axes de prise en charge à la lumière de ces observations.

Pour la situation de Rafael, plusieurs points ont ainsi été relevés :

- Des actes de violence apparentés à des accès de désespoir*
- Un fonctionnement familial qui se répète*
- La question de la figure maternelle et du vécu d'abandon*
- Un système relationnel fonctionnant sur un mode où les liens intrafamiliaux paraissent discontinus, entre abandon et maîtrise, ambiguïté et confusion.*
- La difficulté à mettre en place du soin.*
- Un partenariat interinstitutionnel existant mais qui a du mal à se maintenir.*
- Des passages à l'acte permanents qui empêchent de penser et qui semblent inarrêtables.*
- La question de la loi où celle-ci ne vient pas toujours l'arrêter dans ses transgressions ce qui renforce son sentiment de toute-puissance.*

Les préconisations rendues par le groupe technique ISIS renvoient à la nécessité de trouver un « cadre structurant pour permettre à Rafael de trouver de la contenance et suffisamment de repères pour s'évaluer et connaître ses limites ».

Rafael a besoin de temps sur des périodes séquentielles qui articulent Soins, Loi, Protection, Scolarité.

Il paraît important dans cette situation de ne pas dissocier l'authentification de la souffrance psychique, d'une réflexion sur la question de la responsabilisation du jeune par rapport aux actes posés notamment dans le cadre de la prise en charge éducative.

Dans les suites, la juge des enfants a alors pris la décision d'un placement en CEF pour Rafael, entendant les conclusions rendues par le groupe ISIS. Il semble que là-bas il a pu commencer à se poser, les troubles du comportement étant moins prégnant, amorçant l'ébauche d'une capacité à se projeter, notamment à travers un intérêt pour le travail de la restauration. Le parcours sera sûrement encore long...mais cela ne doit pas entamer notre espérance.

CONCLUSION

« *L'avenir de la jeunesse est entre les mains des adultes* ».
H. Flavigny

La santé mentale participe de la définition de la santé telle que la propose l'OMS « *un état complet de bien être physique, psychique et social, ce qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Dans un récent rapport, le Haut Comité de Santé Publique pointe la difficulté de définir une ou des normes de santé mentale ; « *la notion de santé mentale devrait donc s'accompagner d'une optimisation des possibilités d'expression du projet de vie de chacun. Cela supposerait d'accompagner l'être humain dans sa croissance, de permettre à chacun de trouver les moyens nécessaires au plein développement de son activité psychique et affective, de lui permettre une insertion sociale dans le respect des valeurs définies par la société... Il est important d'envisager le développement de chaque individu à l'intérieur de son propre groupe, dans son propre contexte socioculturel et dans son propre environnement* »⁽¹²⁴⁾.

Au vu de cette définition et des différents arguments développés dans ce travail, il apparaît clairement que le psychiatre pour enfants et adolescents a une place à prendre dans le parcours de jeunes délinquants. Il est vrai que parfois, les psychiatres ont pu se montrer « frileux » à travailler en coopération avec d'autres champs professionnels. Cependant, le sens et la cohérence dans le parcours de ces jeunes gagnent à être recherchés de manière pluridisciplinaire. Chaque acteur, fort de ses compétences et de son observation disciplinaire, apporte des éléments essentiels, que les autres ne peuvent produire. **Le croisement des regards disciplinaires et des hypothèses apparaît indispensable pour construire une stratégie d'intervention partagée qui fasse sens.**

Au cours de nos recherches, nous avons pu constater que, de plus en plus, émergent dans différents lieux du territoire français des initiatives locales, des actions expérimentales... sous l'impulsion de professionnels concernés et motivés. En effet, on ne peut plus penser la prise en charge de ces jeunes en termes de prise en charge unique. Ces jeunes bousculent nos pratiques,

nous amènent à créer de nouvelles façons de faire et à mettre en place de nouvelles formes de partenariat. Il nous faut faire le pari de la créativité, de la surprise et réfléchir à des propositions non académiques dans les prises en charge de ces jeunes.

Pour autant que des instances décisionnelles puissent être intéressées par des propositions concernant les prises en charges de ces jeunes, nous pourrions imaginer, assez modestement, au niveau local :

- La création d'une structure pour la prise en charge de la crise, pluridisciplinaire, qui pourrait accueillir ces adolescents en grande difficulté et en souffrance 3-4 jours maximum puisque la limite dans le temps favorise le vécu d'expériences positives et peut offrir l'occasion pour le jeune de sortir de la répétition de l'échec.
- La création à partir des dynamiques locales et d'expériences positives déjà existantes, des solutions post-urgences souples, ouvertes, non académiques et novatrices pour permettre un travail dans la continuité et la cohérence puisqu'en effet, l'acquisition d'une sécurité interne ne peut se faire qu'avec le temps, une attitude cohérente, continue et suffisamment claire des adultes.
- Développer des prises en charge partagées telles que celle proposées par ISIS, permettant d'anticiper les crises et d'éviter les hospitalisations en psychiatrie de longue durée, de plus en plus fréquentes pour ces jeunes.
- La création d'un dispositif de regroupement de compétences du type du DERPAD (Dispositif Expert Régional Pour Adolescents en Difficulté). Ce dispositif, situé à distance de tout enjeu hiérarchique et institutionnel, propose plusieurs modalités d'aide pour relancer des perspectives dynamiques dans le travail auprès des adolescents là où, manifestement, « tout semble se figer ». Proposition de consultation « lieu tiers » afin d'engager une réflexion plus approfondie par les professionnels sur leur mission et ses difficultés. Proposition aussi d'un « lieu ressources » comme centre documentaire venant relayer la consultation, quand les professionnels impliqués dans ce travail de ré-élaboration jugent pertinent de

rechercher une structure complémentaire, voire une nouvelle institution qui puisse prendre en charge le jeune. Cela suppose que les professionnels de la santé (un infirmier, un psychiatre...) et du judiciaire (un éducateur, un psychologue PJJ...) faisant partie du dispositif, au-delà de leurs compétences, puissent compléter leur formation sur la connaissance des effets et des contraintes de l'autre champ. Sensibiliser les professionnels à la prise en charge spécifique de ces jeunes.

Nous voyons donc que la mobilisation d'intervenants appelés à articuler le soin, l'éducation, la pédagogie, l'aide sociale, le judiciaire est nécessaire ; sur ces bases peut s'élaborer un projet adapté à la singularité de chaque cas, de manière à prendre en compte, dans le lien dialectique qui les unit, les besoins de l'enfant et ceux de son entourage. R. Misès⁽⁶³⁾ pense que ces interventions multidimensionnelles, menées sous des orientations dynamiques, doivent être appliquées dès le plus jeune âge si l'on veut mettre l'enfant à l'abri des risques évolutifs graves qui le menacent à plus ou moins long terme. Ceci soulève la question de la prévention qui n'était pas l'objet de notre travail mais qui peut paraître essentielle. Qu'est-ce qui en amont aurait pu permettre d'éviter l'entrée dans la spirale des passages à l'acte délictueux ? Que la souffrance soit entendue ? De l'accompagnement de la parentalité à la valorisation scolaire, par exemple de nombreuses pistes semblent se dégager. Ceci laisse la possibilité de nouvelles réflexions extrêmement intéressantes, avec un potentiel de créativité indéniable en terme de réponses. De plus, dans une période où l'on constate, au cours de l'enfance, une augmentation significative des expressions par l'agir qui semble se relier aux mutations profondes des institutions familiales, éducatives, sociales, notamment dans leur fonction symbolique, n'y a-t-il pas là matière à des recherches qui pourraient, entre autres, bénéficier de contributions d'ordre psychopathologique ?

Enfin nous concluons, avec les mots de Marie-Rose Moro qui évoquent la richesse du travail en équipe pluridisciplinaire pour permettre une multiplicité d'hypothèses et de représentations laissant la possibilité d'être surpris. Face à ces jeunes qui parfois nous désespèrent, dégageons nous de nos confrontations narcissiques interinstitutionnelles et favorisons le « *métissage des pensées, des pratiques professionnelles et des êtres humains* » pour aboutir à

un véritable « *accordage trans-institutionnel* » dans le but de redonner un espoir à ces « *désarrimés de la loi* ».

GLOSSAIRE

AEMO :	Assistance Educative en Milieu Ouvert
AP :	Administration Pénitentiaire
ARH :	Agence Régionale d'Hospitalisation
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
CEF :	Centre Educatif Fermé
CER :	Centre Educatif Renforcé
CFTMEA :	Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CIM 10 :	Classification Internationale des Maladies 10 ^e version
CMP :	Centre Médico-Psychologique
DPJJ :	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual
EPE :	Etablissement de Placement Educatif, anciennement
EPM :	Etablissement Pénitentiaire pour Mineur
ETP :	Equivalent Temps Plein
FAE :	Foyer d'Action Educative
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IOE :	Investigation-Orientation Éducative
ITEP :	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
ISIS :	Instance Inter Institutionnelle d'Examen des Situations Complexes
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OIJJ :	Observatoire Internationale de la Justice Juvenile
ONED :	Observatoire National de l'Enfance en Danger
OPP :	Ordonnance de Placement Provisoire
ORa :	Odd Ratio ajusté selon l'âge
PJJ :	Protection Judiciaire de la Jeunesse
ROC :	Réseau d'Observations Croisées
SIPAD :	Structure Intersectorielle Pour Adolescents Difficiles
SMPR :	Service Médico-Psychologique Régional
SR :	Sex Ratio

TC : Trouble des Conduites
THADA : Trouble HyperActivité Déficit de l'Attention
TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation
TS : Tentative de Suicide
UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

ANNEXES

ETABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES MINEURS DELINQUANTS

	Nombre
I. Établissements ou services relevant du secteur public	
<p>Les 348 établissements et services* gérés par la DPJJ (en régie directe) recouvrent différentes catégories de structures de placement, de milieu ouvert, d'investigation et d'activités de jour »).</p> <p>— Établissements de placement</p> <p>Établissements de Placement Éducatif (nouvelle dénomination des foyers d'action éducative suite à la mise en œuvre du décret du 6 novembre 2007)</p> <p>Les EPE sont des structures d'accueil et de prise en charge de mineurs placés par les juridictions au titre de l'ordonnance de 45 ou au titre de l'enfance en danger ou de la protection jeunes majeurs.</p> <p>Les EPE comportent une ou de plusieurs unités éducatives d'hébergement collectif (UEHC). Peuvent également être rattachées à un EPE les unités éducatives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unité éducative d'hébergement diversifié (UEHD) - Unité éducative d'activité de jour (UEAJ) - Unité éducative Centre éducatif renforcé (UECER) proposant des programmes adaptés de 3 à 6 mois autour d'un projet avec un encadrement éducatif permanent. <p>Centres éducatifs fermés (CEF)</p> <p>Les centres éducatifs fermés accueillent des mineurs de 13 à 18 ans délinquants, dans le cadre d'un contrôle judiciaire, d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle ou d'un placement extérieur.</p> <p>— Services de milieu ouvert, d'insertion et d'investigation du secteur public</p> <p>Service Territorial Éducatif de Milieu Ouvert (nouvelle dénomination des centres d'action éducative suite à la mise en œuvre du décret du 6 novembre 2007).</p> <p>Les fonctions d'un STEMMO sont exercées dans le cadre d'une ou plusieurs unités éducatives de milieu ouvert. Ils assurent la permanence éducative auprès des tribunaux, l'exercice des mesures d'investigation ordonnées par l'autorité judiciaire, la mise en œuvre, des mesures éducatives autres que les mesures de placement, la mise en œuvre des aménagements de peines prononcées par les juridictions à l'égard des mineurs et les interventions éducatives dans les quartiers pour mineurs des établissements pénitentiaires.</p> <p>Services éducatifs auprès du tribunal (SEAT)</p> <p>Les SEAT assurent la permanence éducative auprès des tribunaux les plus importants.</p> <p>Services territoriaux éducatifs d'insertion (nouvelle dénomination des centres d'action éducative et d'insertion suite à la mise en œuvre du décret du 6 novembre 2007).</p> <p>Les STEI regroupent plusieurs unités éducatives d'activité de jour qui assurent l'exécution de la mesure d'activité de jour créée par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance</p> <p>— Services éducatifs au sein des établissements pénitentiaires pour mineurs (SE-EPM)</p> <p>Le SE-EPM élabore, pour chaque jeune détenu, un projet et des emplois du temps individualisés. Ils mettent en place les activités socio-éducatives</p>	<p>105</p> <p>38</p> <p>168</p> <p>9</p> <p>22</p> <p>6</p>
II. Les établissements et services gérés le secteur associatif habilité	
<p>Le secteur associatif habilité est constitué de 1264 établissements et services. Les structures sont réparties comme ci-après :</p> <p>— Établissements de placement</p> <p>Ces établissements, exceptés les CER, CPI et CEF spécialisés au pénal, sont habilités en principe au titre de l'ordonnance de 1945 (pénal) ou de l'assistance éducative (civil).</p> <p>Foyer éducatif</p> <p>Ces établissements exercent les mêmes fonctions que les FAE du secteur public.</p>	<p>230</p>

Maison d'enfants à caractère social	219
Ces établissements accueillent des enfants dont les familles se trouvent momentanément en difficulté ou ne peuvent assumer durablement l'éducation de l'enfant. Les séjours peuvent aller de quelques mois à des durées très longues.	
Centre éducatif renforcé (CER)	58
Ces établissements exercent les mêmes fonctions que les CER du secteur public.	
Centre de placement immédiat (CPI)	3
Les centres de placement immédiat sont destinés à prendre en charge des garçons et filles, de 13 à 18 ans, pour lesquels un accueil immédiat - orientation est prescrit par les magistrats. L'objectif est de mener une évaluation de la situation du mineur puis de proposer les solutions éducatives les plus adaptées à plus long terme. L'orientation doit se réaliser dans un délai de 3 mois. Les entrées et sorties sont permanentes. Pour les mineurs délinquants, l'exercice d'un contrôle strict doit garantir une prise en charge qui prévienne la fugue, l'incident grave ou le non-respect des obligations fixées par le magistrat.	
Centre éducatif fermé (CEF)	30
Ces établissements exercent les mêmes fonctions que les CEF du secteur public	
Centre d'hébergement diversifié et individualisé	62
Ces établissements mettent en œuvre des formules individualisées de placement pour les mineurs et les jeunes majeurs en famille d'accueil, en logement autonome avec un accompagnement éducatif comme les unités éducatives d'hébergement diversifié (UEHD) du secteur public.	
Centre de placement familial	54
Les centres de placement familial salarient les assistantes maternelles, au domicile desquelles les jeunes sont pris en charge.	
Centre scolaire et professionnel	124
Ces établissements assurent en internat l'accueil des adolescents en grande difficulté et dispensent une formation scolaire ou professionnelle.	
Lieux de vie et d'accueil	44
Ce sont des petites structures d'hébergement (3 à 7 places) qui sont dirigées par des personnes ayant une activité professionnelle, sociale ou autre. Ils partagent avec ces jeunes leur quotidien et leur espace de vie ; leur profession peut servir de base à des activités avec les jeunes accueillis (exploitation agricole, centre équestre...).	
Foyers de jeunes travailleurs	9
Ces structures proposent d'accompagner les jeunes vers l'autonomie sociale et professionnelle.	
— Services de milieu ouvert, d'insertion et d'investigation	
Services d'action éducative en milieu ouvert	184
Ces services mettent en œuvre les mesures d'assistance éducative (activité civile)	
Services d'investigation et d'orientation éducative	101
Ces services exercent des mesures d'investigation et d'orientation éducative (civil et pénal)	
Services d'enquêtes sociales	89
Ces services exercent des mesures d'enquêtes sociales (civil et pénal).	
Services de réparation pénale	48
Ces services exercent des mesures de réparation pénale.	
Services d'insertion	9
Ces services mettent en œuvre les mesures d'activité de jour (MAJ)	

* Les chiffres indiqués sont ceux figurant au Répertoire des établissements et services de la DPJJ (édition juin 2009).

CIM-10. Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)

Perturbation de l'activité et de l'attention – F90.0

Altération de l'attention :

- syndrome d'hyperactivité
- trouble avec hyperactivité

Trouble des conduites – F91

Troubles caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant. Ces troubles dépassent ainsi largement le cadre des *mauvaises blagues* ou *mauvais tours* des enfants et les attitudes habituelles de rébellion de l'adolescent. Ils impliquent, par ailleurs, la notion d'un mode de fonctionnement persistant (pendant au moins six mois). Les caractéristiques d'un trouble de la conduite peuvent être symptomatiques d'une autre affection psychiatrique ; dans cette éventualité, ce dernier diagnostic doit être codé.

Le diagnostic repose sur la présence de conduites du type suivant : manifestations excessives de bagarres et de tyrannie, cruauté envers des personnes ou des animaux, destruction des biens d'autrui, conduites incendiaires, vols, mensonges répétés, école buissonnière et fugues, crises de colère et désobéissance anormalement fréquentes et graves. La présence de manifestations nettes de l'un des groupes de conduites précédents est suffisante pour le diagnostic, alors que la survenue d'actes dyssociaux isolés ne l'est pas.

Symptômes du trouble des conduites selon la CIM 10 :

1. A des accès de colère anormalement fréquents et violents, compte tenu du niveau de développement
2. Discute souvent ce que lui disent les adultes
3. S'oppose souvent activement aux demandes des adultes ou désobéit
4. Fait souvent, apparemment de façon délibérée, des choses qui contrarient les autres
5. Accuse souvent autrui d'être responsable de ses fautes ou de sa mauvaise conduite
6. Est souvent susceptible ou contrarié par les autres
7. Est souvent fâché ou rancunier
8. Est souvent méchant ou vindicatif
9. Ment souvent ou ne tient pas ses promesses, pour obtenir des objets ou

faveurs ou pour éviter des obligations

10. Commence souvent les bagarres (ne pas tenir compte des bagarres entre frères et sœurs)
11. A utilisé une arme qui peut sérieusement blesser autrui (par exemple, un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu)
12. Reste souvent dehors après la tombée du jour, malgré l'interdiction de ses parents (dès l'âge de 13 ans ou avant)
13. A été physiquement cruel envers des personnes (par exemple, ligote, coupe, ou brûle sa victime)
14. A été physiquement cruel envers les animaux
15. A délibérément détruit les biens d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)
16. A délibérément mis le feu pouvant provoquer, ou pour provoquer des dégâts importants
17. Vole des objets d'une certaine valeur, sans affronter la victime, à la maison ou ailleurs qu'à la maison (par exemple, vol à l'étalage, cambriolage, contrefaçon de documents)
18. Fait souvent l'école buissonnière, dès l'âge de 13 ans ou avant
19. A fugué au moins à deux reprises ou au moins une fois sans retour le lendemain, alors qu'il vivait avec ses parents ou dans un placement familial (ne pas tenir compte des fugues ayant pour but d'éviter des sévices physiques ou sexuels)
20. A commis un délit en affrontant la victime (par exemple, vol de portemonnaie, extorsion d'argent, vol à main armée)
21. A contraint quelqu'un à avoir une activité sexuelle
22. Malmène souvent d'autres personnes (c'est-à-dire les blesse ou les fait souffrir, par exemple en les intimidant, en les tourmentant ou en les molestant)
23. Est entré par effraction dans la maison, l'immeuble ou la voiture d'autrui

Trouble oppositionnel avec provocation – F91.3

Trouble des conduites, se manifestant habituellement chez de jeunes enfants, caractérisé essentiellement par un comportement provocateur, désobéissant ou perturbateur et non accompagné de comportements délictueux ou de conduites agressives ou dyssociales graves. Pour qu'un diagnostic positif puisse être porté, le trouble doit répondre aux critères généraux cités en F91 ; les *mauvaises blagues* ou *mauvais tours*, et les perturbations même sévères observées chez des enfants, ne justifient pas, en eux-mêmes, ce diagnostic. Cette catégorie doit être utilisée avec prudence, en particulier chez les enfants plus âgés, étant donné que les troubles des conduites présentant une signification clinique s'accompagnent habituellement de comportements dyssociaux ou agressifs dépassant le cadre d'un comportement provocateur, désobéissant ou perturbateur.

Cette entité créée par la CIM 10 au sein du troubles des conduites est caractérisé par quatre symptômes ou plus parmi la liste ci-dessus mais pas plus de deux parmi les symptômes numérotés de 9 à 23 (c'est-à-dire les conduites sanctionnées par la loi).

Personnalité dyssociale :

Trouble de la personnalité caractérisée par un mépris des obligations sociales et une indifférence froide pour autrui. Il y a un écart considérable entre le comportement et les normes sociales établies. Le comportement n'est guère modifié par les expériences vécues, y compris par les sanctions. Il existe une faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité y compris de la violence ; il y a une tendance à blâmer autrui ou à justifier un comportement amenant le sujet à entrer en conflit avec la société par des rationalisations plausibles.

DSM-IV. Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence

Dans le DSM-IV révisé en 1995, un chapitre est intitulé « Trouble déficit de l'attention et comportement perturbateur ».

Dans ce chapitre figure quatre entités distinctes :

- le trouble déficit de l'attention/ hyperactivité (TDHA)
- le trouble des conduites (TC)
- le trouble oppositionnel avec provocation (TOP)
- le trouble du comportement perturbateur non spécifié

Déficit de l'attention/hyperactivité

A. Présence soit de (1), soit de (2) :

- (1) six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention

- (a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
 - (b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
 - (c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
 - (d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)
 - (e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
 - (f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
 - (g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (par ex. : jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
 - (h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes
 - (i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne
- (2) six des symptômes suivants d'hyperactivité/impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

- (a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
- (b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé assis
- (c) souvent, court et grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)
- (d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- (e) est souvent *sur la brèche* ou agit souvent comme s'il était monté *sur ressorts*
- (f) parle souvent trop

Impulsivité

- (a) laisse souvent échapper une réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- (b) a souvent du mal à attendre son tour
- (c) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par ex. : fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

B. Certains des symptômes d'hyperactivité impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (par ex. à l'école – ou au travail – et à la maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par ex. : trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité).

Trouble des conduites

Critère A. Ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence d'au moins trois des critères suivants au cours des douze derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des six derniers mois :

Conduites agressives dans lesquelles des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique :

1. Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
2. Commence souvent les bagarres
3. A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (par ex. un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu)
4. A fait preuve de cruauté physique envers des personnes
5. A fait preuve de cruauté physique envers des animaux
6. A commis un vol en affrontant la victime (par ex. : agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée)
7. A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles

Conduites où des biens matériels sont endommagés ou détruits, sans agression physique :

8. A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
9. A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)

Fraudes ou vols :

10. A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui
11. Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (par ex. : « arnaque » les autres)
12. A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (par ex. : vol à l'étalage sans destruction ou effraction ; contrefaçon)

Violations graves des règles établies :

13. Reste dehors tard en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
14. A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période)
15. Fait souvent l'école buissonnière, cela a commencé avant l'âge de 13 ans

Critère B. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. N.B. On ne considère qu'un critère est rempli que si le comportement survient plus fréquemment qu'on ne l'observe habituellement chez des sujets d'âge et de niveau de développement comparables.

Critère C. Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne correspond pas aux critères de la personnalité antisociale.

Trouble oppositionnel avec provocation

A. Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins six mois durant lesquels sont présentes au moins quatre des manifestations suivantes (ou plus) :

- (a) se met souvent en colère
- (b) conteste souvent ce que disent les adultes
- (c) s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes
- (d) embête souvent les autres délibérément
- (e) fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite
- (f) est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres
- (g) est souvent fâché et plein de ressentiment

F60.2 (301.7) : Personnalité antisociale.

A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétitivité de comportements passibles d'arrestation ;
- (2) tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries ;
- (3) impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance ;
- (4) irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions ;
- (5) mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui ;
- (6) irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières ;
- (7) absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.

B. Age au moins égal à 18 ans

C. Manifestations d'un Trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans

D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie ou d'un Episode maniaque

Bibliographie

1. **ROUMAJON Y**, Enfants perdus, enfants punis. Histoire de la jeunesse délinquante en France : huit siècles de controverses., Robert-Laffon. 1991.
2. « La prise en charge des mineurs en grande difficulté - Séminaire Santé-Justice ». Ministère de la Justice et Ministère de l'Emploi et de la Solidarité-Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, 25-mai-2000.
3. **HAUTE AUTORITE DE SANTE**, « Prise en charge de la psychopathie - Audition publique ». déc-2005.
4. **PROUST M**, Le côté de Guermantes, Gallimard., vol. II. Paris: Gallimard, 1972.
5. **ROBERT P**, Traité de droit des mineurs. 1969.
6. **GALLAND O**, Sociologie de la jeunesse. A. Colin, 2007.
7. **BOURQUIN J**, « La difficile émergence de la notion d'éducabilité du mineur délinquant », Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière », n°. Hors-série, p. 111-127, juin. 2007.
8. **QUINCY-LEFEBVRE P**, « Entre Assistance publique et justice : la part du conflit dans l'histoire des régulations des déviances juvéniles en France », Revue européenne d'histoire sociale, n°. 25-26, p. 46-63, avr. 2008.
9. **PIERRE E**, « La colonie agricole de Mettray : établissement pénitentiaire et établissement d'assistance (1839-1937) », Revue européenne d'histoire sociale, n°. 25-26, p. 83-94, avr. 2008.
10. **BIENNE M**, « “Les enfants terribles”. La psychiatrie infantile au secours de la famille : la consultation du professeur Georges Heuyer en 1950 », Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière », n°. 6, p. 69-91, nov. 2004.
11. **DUCHE D-J**, Histoire de la psychiatrie de l'enfant, Presses Universitaires de France. 1990.
12. **BOURQUIN J, CHAUVIERE M**, « Tableau chronologique Justice-Santé-Education (1927-1948) », Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière », n°. 1, p. 191-199, nov. 1998.
13. « Justice / Textes et réformes / Ordonnance du 2 février 1945 ». <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/justice-des-mineurs-10088/ordonnance-du-2-fevrier-1945-11029.html>.

14. **JACQUES BOURQUIN**, « Le mineur de justice : enfance coupable, enfance victime ? », Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière », n°. Hors-série, p. 129-140, juin. 2007.
15. **YOUF D**, Juger et éduquer les mineurs délinquants, Dunod. 2009.
16. « Ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ». .
17. **TRICART JP**, « Initiative privée et étatisation parallèle. Le secteur dit de l'enfance inadaptee », Revue française de sociologie, vol. 22, n°. 4, p. 575-607, 1981.
18. **MUCCHIELLI L**, « Les "centres éducatifs fermés" : rupture ou continuité dans le traitement des mineurs délinquants ? », Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière », n°. 7, p. 113-146, nov. 2005.
19. **SULTAN C, EGLIN M**, « Droit pénal des mineurs français. », Enfances & Psy, vol. 40, n°. 3, p. 91, 2008.
20. **BLATIER C**, « Justice et psychiatrie des mineurs », in Bessoles P. et al., Victimologie et criminologie, Liège : Champ Social., 2004.
21. **GARAPON A**, « Les mineurs délinquants : législation et juridiction », in Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., vol. PUF, 1995, p. 2437-2442.
22. **ARBISIO-LESOURD C, COLLECTIF**, Psychologie clinique: La psychologie clinique en dialogue. Editions Bréal, 2002.
23. **DUCHE D-J**, « Histoire de la psychiatrie de l'enfant », in Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., Paris, PUF., vol. I, IV vol., 2004, p. 3-13.
24. **BALIER C, DIATKINE G**, « Psychopathie chez l'enfant et l'adolescent », in Lebovici S., Soule M., Diatkine R., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, Paris : PUF., vol. 2, 1995, p. 1363-1411.
25. **TOSCANI-MERLE C**, « La construction de la profession de psychologue dans le champ de la Justice des mineurs », Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière », n°. 6, p. 153-184, nov. 2004.
26. **SCHWEITZER MG, PUIG-VERGES N**, « De Georges Heuyer à Daniel Lagache : La délinquance des mineurs entre sociogénèse et psychogénèse », Psychiatries dans l'histoire, p. 341-354, 2008.
27. **HOUSIER**, « Un pionnier dans l'histoire de la psychanalyse : August Aichhorn et le traitement de la délinquance dans la première moitié du XXème siècle », Les sciences du psychisme et l'enfance « irrégulière », vol. 6, p. 45-67.

28. **HOUSSIER F**, « L'adolescent, un sujet récalcitrant dans l'histoire de la pratique psychanalytique », *Dialogue*, vol. 162, n° 4, p. 35-45, 2003.
29. **HOUSSIER F, MARTY F**, *August Aichhorn : clinique de la délinquance*, Paris : Champ Social Éditions. 2007.
30. **ABRAM K, TEPLIN L, MCCLELLAND G, DULCAN M**, « Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention », *Archives of General Psychiatry*, n° 60, p. 1097-1107, 2003.
31. **FAZEL S, DOLL H, LÅNGSTRÖM N**, « Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Metaregression Analysis of 25 Surveys », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 47, n° 9, p. 1010-1019, 2008.
32. **TEPLIN LA, ABRAM KM, MCCLELLAND GM, DULCAN MK, MERICLE AA**, « Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention », *Archives of general psychiatry*, vol. 59, n° 12, p. 1133-1143, déc. 2002.
33. **SOURANDER A, JENSEN P, DAVIES M, NIEMELÄ S, ELONHEIMO H, RISTKARI T, HELENIUS H, SILLANMÄKI L, PIHA J, KUMPULAINEN K, TAMMINEN T, MOILANEN I, ALMQVIST F**, « Who Is at Greatest Risk of Adverse Long-Term Outcomes? The Finnish From a Boy to a Man Study », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 46, n° 9, p. 1148-1161, 2007.
34. **VREUGDENHIL C, VERMEIREN R, WOUTERS L, DORELEIJERS T, VAN DEN BRINK W**, « Psychotic symptoms among male adolescent detainees in the Netherlands », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, p. 73-86, 2004.
35. **COLINS O, VERMEIREN R, VREUGDENHIL C, SCHUYTEN G, BROEKAERT E, KRABBENDAM A**, « Are psychotic experiences among detained juvenile offenders explained by trauma and substance use? », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 100, n° 1-2, p. 39-46, févr. 2009.
36. **RYAN EP, REDDING RE**, « A Review of Mood Disorders Among Juvenile Offenders », *Psychiatr Serv*, vol. 55, n° 12, p. 1397-1407, déc. 2004.
37. **CHOQUET M, LEDOUX S, HASSLER C, PARE C, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, DRU A, CAZIER D, VINCENT M-L, DRAY D**, « Adolescents (14-21 ans) de la protection judiciaire de la jeunesse et santé, 1998 ».
38. **CHOQUET M, HASSLER C, MORIN D, INSERM U 669**, « Santé des 14-20 ans de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Secteur Public) sept ans après ». 10-oct-2005.
39. **VERSINI, DOMINIQUE (LA DEFENSEURE DES ENFANTS)**, « Adolescents en souffrance : plaider pour une véritable prise en charge ». .

40. **WARSMANN (PRESIDENT) , JL, ZUMKELLER (RAPPORTEUR) , M,** « Rapport d'information n°2130 "Un meilleur partenariat santé/justice pour une justice pénale des mineurs efficaces" ». Assemblée Nationale, déc-2009.
41. **LESOUR S,** « Adolescents difficiles ou difficultés de la culture », in Actualités psychopathologiques de l'adolescence, De Boeck., 2009, p. 273-290.
42. **MUCCHIELLI,** « Regard sociologique sur l'évolution des délinquants juvéniles, leur genèse et leur prévention », Comprendre, n°. 5, p. 199-220, 2004.
43. **ROCHE S, ASTOR S, IVALDI G, TOURNIER V,** « Enquête sur la délinquance auto-déclarée des jeunes. Rapport final. » Grenoble, CERAT, 2000.
44. **SELOSSE J,** « Les délinquances des adolescents », in Lebovici S., Soule M., Diatkine R., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, vol. IV, Paris : PUF, 2004, p. 2413-2436.
45. **WINNICOTT DW,** Jeu et réalité. L'espace potentiel. Trad. par G.MONOD et J.B.PONTALIS. Gallimard, 1975.
46. **LESOURD S,** « La violence du groupe est-elle évitable? », in Gaillard B., Les violences en milieu scolaire et éducatif - connaître, prévenir, intervenir, Rennes : PUR, 2005, p. 85-94.
47. **JEAMMET P, CORCOS M,** Evolution des problématiques à l'adolescence : L'émergence de la dépendance et ses aménagements. Doin Editions, 2001.
48. **HARRATI S, VAVASSORI D, VILLERBU LM,** Délinquance et violence : Clinique, psychopathologie et psychocriminologie, 2e éd. Armand Colin, 2009.
49. **CHARTIER J-P,** « Les incasables - alibi ou défi? », Hors série, Le Journal des Psychologues, p. 192, 1989.
50. **LESOURD S,** « Les désarrimés de la loi », Y a-t-il une psychopathologie des banlieues?, p. 33-41, 2002.
51. **BARREYRE J-Y, FIACRE P, JOSEPH V, MAKDESSI Y,** « Une souffrance maltraitée - Parcours et situations de vie des jeunes dits "incasables" - Rapport final de l'ONED ». Oned, août-2008.
52. **LIBEAU MOUSSET L, WINTER,** « Les mineurs dits "incasables" - Une analyse des facteurs de risques de vulnérabilité des adolescents à travers leurs parcours de vie et les prises en charge institutionnelles. » I.C.S.H. - Université Rennes 2 Haute-Bretagne, avr-2008.
53. **OMS,** Classification Internationale des Maladies, CIM 10. .

54. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR, American Psychiatric Press. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000.
55. **FLAVIGNY ET AL.**, Conflictualités. Annales internationales de psychiatrie de l'adolescence, CTNERHI, 1998.
56. **CHARTIER J-P**, Les adolescents difficiles - Psychanalyse et éducation spécialisée, Dunod. 1991.
57. **SELOSSE J**, « L'inquiétante étrangeté des incasables », Adolescence, vol. 59, n° 1, p. 9, 2007.
58. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV, American Psychiatric Press. Washington, DC: , 1994.
59. **INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE**, « Expertise collective. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. » Paris : INSERM, 2005.
60. **VREUGDENHIL C, DORELEIJERS TAH, VERMEIREN R, WOUTERS LFJM, VAN DEN BRINK W**, « Psychiatric Disorders in a Representative Sample of Incarcerated Boys in The Netherlands », Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, vol. 43, n° 1, p. 97-104, 2004.
61. **GREENBERG MT, SPELTZ ML, DEKLYEN M, JONES K**, « Correlates of Clinic Referral for Early Conduct Problems: Variable- and Person-Oriented Approaches », Development and Psychopathology, vol. 13, n° 2, p. 255-276, 2001.
62. **R. MISES, N. QUEMADA,, M. BOTBOL, C. BURSZTEJN, B. DURAND, J. GARRABE, B. GOLSE, P. JEAMMET, A. PLANTADE, C. PORTELLI, J.P. THEVENOT**, « Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R-2000 », Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 50, p. 1-24, 2002.
63. **MISES R**, « Expressions de la violence et psychopathologie de l'enfant », Confrontations psychiatriques, n° 47, p. 20-26, 2008.
64. **BOTBOL M, CHOQUET LH, GROUSSET J**, « Éduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites », Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 58, n° 4, p. 224-233, 2010.
65. **GIBELLO B**, « Les dysharmonies cognitives pathologiques chez les enfants et adolescents présentant des « inconduites » », Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 58, n° 4, p. 201-207, juin. 2010.

66. **MISES R**, « À propos de l'expertise Inserm relative au Â«trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent » », Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 54, n°. 1, p. 77-79, févr. 2006.
67. **SCHMIT G, BOTBOL M**, « Le trouble des conduites, l'inserm et la psychiatrie »,
68. **GUTTON P**, Le pubertaire, Paris, PUF. Paris, PUF, 1991.
69. **KESTEMBERG E**, L'Adolescence à vif, Paris, PUF. Paris, PUF, 1999.
70. **BERGERET J**, Psychologie pathologique: théorique et clinique. Elsevier Masson, 2008.
71. **JEAMMET P**, « Le passage à l'acte », Imaginaire & Inconscient, vol. 16, n°. 2, p. 57, 2005.
72. **JEAMMET P**, « La violence comme réponse à une menace sur l'identité », Revue de Psychanalyse Filigrane, vol. 6, n°. 1, p. 11-19, 1997.
73. **INES M**, « La prise en charge des mineurs en difficulté, une question éminemment politique », Mouvements, vol. 49, n°. 1, p. 82-87, 2007.
74. **FLAVIGNY H**, Les éclats de l'adolescence. Approches cliniques et éducatives. Paris, Expansion Scientifique Française, 1996.
75. **WIDLÖCHER D**, « Adolescence normale ou pathologique. », La Revue du Praticien, n°. 26, p. 2927-2040, 1976.
76. **MARTIN E, NEZELOF S**, « Place de l'expert en pédopsychiatrie », EMC (Elsevier Masson SAS), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, n°. 37-212-A-40, p. 1-8, 2011.
77. **SOULAYROL R**, « L'expertise médico-légale en psychiatrie de l'enfant », in Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., Paris: PUF., 2004, p. 3083-97.
78. **BELLON L**, « Pourquoi les juges des enfants prononcent-ils si peu d'expertises ? », Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 57, n°. 7-8, p. 580-587, 2009.
79. **SCHWEITZER M, PUIGVERGES N**, « Expertises pour le juge des enfants. Une démarche évaluative auprès des mineurs et de leurs familles », Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 165, n°. 1, p. 25-29, 2007.
80. **DURAND B**, « L'expertise psychiatrique des mineurs », Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 57, n°. 7-8, p. 599-610, 2009.
81. **SCHWEITZER MG, PUIG-VERGES N**, « Discernement et passage à l'acte à l'adolescence. Évaluation et prise en charge des auteurs de transgression/Adolescence: new clinical evaluation for adolescents having committed serious offences. », Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 159, n°. 10, p. 726-730, déc. 2001.

82. « Loi n°98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs ». .
83. **EGLIN M**, « Quand la justice impose des soins », *Enfances & Psy*, vol. 30, n° 1, p. 121-133, 2006.
84. **MULLIEZ D**, « La place de l'expertise dans la prise en charge des mineurs en grande difficulté », in *La prise en charge des mineurs en grande difficulté : Actes du séminaire Santé-Justice des 25 et 26 mai 2000*, 2000, p. 77-81.
85. **CHANSEAU J-C**, « L'expertise mentale et ses contraintes. Ses spécificités générales en pédopsychiatrie », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 57, n° 7-8, p. 549-566, 2009.
86. **HUERRE P**, « Les paradoxes de la prise en charge individuelle des adolescents », *Le Journal des psychologues*, vol. 279, n° 6, p. 45, 2010.
87. **DUCOMMUN-NAGY C**, « La thérapie contextuelle. », in *Sous la direction de Mony Elkaim, Panorama des Thérapies Familiales*, Editions du Seuil., Paris: Edition du Seuil, 1995, p. 104-122.
88. **DUCOMMUN-NAGY C**, « Transmission intergénérationnelle et trouble des conduites : le point de vue du thérapeute contextuel », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 38, n° 1, p. 117, 2007.
89. **DUCOMMUN-NAGY , C**, « L'apport de la thérapie contextuelle pour la compréhension des troubles des conduites chez les adolescents », p. 96-102.
90. **DUFOUR V, LESOURD S**, « La difficile construction du père oedipien dans le monde moderne », in *1er Congrès de Psychanalyse Russo-Ukrainien*, 2008, p. 12-25.
91. **LACAN J (1938)**, « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu », in *Autres Écrits*, Seuil., Paris: , 2001, p. 23-84.
92. **LACAN J (1949)**, « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique », in *Écrits*, Seuil., Paris: , 1966, p. 93-100.
93. **LACHAUD D**, *Jalousies*, Denoël. Paris: , 1998.
94. **LESOURD S**, *La construction adolescente*, Arcanes/ères. Ramonville Saint-Agne: , 2005.
95. **BOCHEREAU , D, CORCOS , M, CLERVOY , P, JEAMMET , P**, « Délinquance infantojuvénile », in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale , Psychiatrie*, Elsevier , Paris.
96. **LAVAL C**, « Rapport final. Protection Judiciaire de la Jeunesse Recherche-action : « PROPOSITIONS CLINIQUES POUR LES JEUNES AUTEURS D'AGRESSIONS OU DE VIOLENCES » ». mai-2002.

97. **PICHEROT G, STHENEUR C, CHEYMOL J, CAQUARD M, CALDAGUES E, DRENO L**, « Violences subies et violences agies : rencontres pédiatriques avec des adolescents dans la tourmente », Archives de Pédiatrie, vol. 17, n°. 6, p. 940-941, 2010.
98. **MALINOVSKY-RUMMEL R, HANSEN DJ**, « Long-term consequences of childhood physical abuse », n°. 114, p. 68-79, 1993.
99. **CHOQUET M, DARVES-BORNOZ JM, LEDOUX S, MANFREDI R, HASSLER C**, « Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: Results of a cross-sectional survey », Child Abuse and Neglect, n°. 21, p. 823-832, 1997.
100. **HUERRE P, HUERRE C**, « La violence juvénile : à partir d'expertises réalisées auprès de 100 adolescents criminels et de 80 adolescents victimes de crimes ou d'agressions », Nervure, vol. 1, n°. XIII, 2000.
101. **SOULE M, LAUZANNE K, LEBLANC N**, « La carence des soins maternels et ses effets », in Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., PUF., vol. Tome IV, Paris: PUF, 2004, p. 2529-2548.
102. **SPITZ RA**, De la naissance à la parole. La première année de la vie, PUF, 1971.
103. **DAYAN J**, Psychopathologie de la périnatalité. Elsevier Masson, 2003.
104. **WINNICOTT DW**, « La tendance antisociale (1956) », in De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot., Payot, 1969.
105. **WINNICOTT DW**, Déprivation et délinquance, Bibliothèque scientifique Payot. 1994.
106. **JEAMMET P**, « Les assises narcissiques de la symbolisation », Revue française de psychanalyse, vol. 53, n°. 6, p. 1763-1774, 1989.
107. **PUYUELO R**, « Adolescence - placement - groupe. Figurer la rupture pour représenter la séparation dans les dispositifs institutionnels », Empan, vol. 59, n°. 3, p. 144, 2005.
108. **BOIMARE S**, L'enfant et la peur d'apprendre., 2e éd., Dunod, 2004.
109. **BERGER M, BONNEVILLE E, ANDRE P, RIGAUD C**, « L'enfant très violent: origine, devenir, prise en charge », Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 55, n°. 7, p. 353-361, 2007.
110. **MARCELLI D**, « Le centre éducatif fermé, la théorie est toujours plus belle que la pratique », Adolescence, vol. 68, n°. 2, p. 377-381, 2009.
111. **SOUIAI E**, « La SIPAD : un lieu de travail interdisciplinaire pour adolescents difficiles », Les Cahiers Dynamiques, vol. 38, n°. 2, p. 69-71, 2006.

112. **MOGUEN E, RAULT GALAN N**, « Adolescents et Troubles psychiatriques. Etude des prises en charge au regard de différents pratiques institutionnelles en Espagne, en Belgique, en France et au Royaume-Uni ». Fondation Diagrama, 2009.
113. **CENTRE HOSPITALIER JEAN TITECA**, « S'il te plaît, dessine moi ton enfer. Adolescence, violence, troubles psychiques et soins obligés. » Congrès International Santé mentale et Justice des mineurs, 19-mai-2011.
114. **HOFFMANN E, JADOT D, HOFFMANN D, VAN AUDENHAEGE J, GRAJEK G, JOIRET E, SERVAIS L**, « Troubles psychiatriques et délinquance juvénile: un lien scintifiquement étayé appelant des prises en charges novatrices », Neurone, vol. 16, n°. 4, p. 102-108, 2011.
115. **HENGGELER SW, CUNNINGHAM PB, PICKREL SG, SCHOENXALD SK, BRONDINO MJ**, « Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders », Journal of Adolescence, n°. 19, p. 47-61, 1996.
116. **HENGGELER SW, MELTON GB, BRONDINO MJ, SCHERER DG, HANLEY JH**, « Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. », Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 65, n°. 5, p. 821-833, oct. 1997.
117. **BORDUIN CM, MUNSCHY RJ, WAGNER DV, TAYLOR EK**, « Multisystemic Therapy with Juvenile Sexual Offenders: Development, Validation, and Dissemination », p. 263-285.
118. **AUSLOOS G**, La compétence des familles. Temps, chaos, processus., Eres. Eres, 1995.
119. **MAUROY MC**, « Protection de l'enfance, prévention de la maltraitance, résilience, bientraitance dans le cadre de l'Office de la Naissance et de l'Enfance et du Fonds Houtman en Communauté française de Belgique ». 2000.
120. **PUYUELO R**, « Postures individuelles, groupales et institutionnelles pour adolescents abusés narcissiques, dits délinquants. », Revue française de psychanalyse, vol. 71, n°. 4, p. 1131, 2007.
121. **WINNICOTT DW**, « La haine dans le contre-transfert », in De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris: Payot, 1947, p. 72-82.
122. **MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE**, « Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté ». .
123. **GUILHAUME D**, « Réseau d'observations croisées », Mélodrame et mélo-dit de la séparation, p. 197-202, 2007.
124. **HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE**, « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes ». Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, févr-2000.

NOM : DIDELOT

PRENOM : Delphine

Titre de Thèse : La place du psychiatre pour enfants et adolescents dans le parcours de jeunes délinquants

RESUME

- Le pédopsychiatre est de plus en plus confronté à des enfants et adolescents qui présentent des troubles importants du comportement, associés à des actes délictuels. Ces adolescents dits difficiles, en souffrance, qui sont à l'interface du psychiatrique, du judiciaire et du socio-éducatif, et dont l'expression clinique emprunte le masque comportemental de l'agir et de la destructivité, se trouvent le plus souvent en voie de marginalisation. Il s'agit donc ici de s'interroger dans un premier temps en quoi le psychiatre pour enfants et adolescents a-t-il affaire à cette question politique et juridique qu'est la délinquance. Pour cela, nous tenterons de définir cette population à travers le croisement de regards différents (épidémiologique, sociologique, psychodynamique...). Puis à travers des situations cliniques et éclairages psychopathologiques nous proposerons une analyse des réponses actuelles au travers différentes structures, réseaux et projets mis en œuvre. Enfin, nous exposerons des propositions concernant les différentes places que peut prendre le pédopsychiatre dans le parcours de jeunes délinquants et des propositions de prises en charge possibles.

MOTS-CLES

- JEUNES DÉLINQUANTS
- ADOLESCENTS DIFFICILES
- PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
- COLLABORATION SANTÉ-JUSTICE
- RÉSEAU PLURIDISCIPLINAIRE
- COMPLÉMENTARISME
- CO-CONSTRUCTION
- ANALYSE DES PRATIQUES