

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

Thèse n° 311

**LES ADOLESCENTS DELINQUANTS
SONT-ILS EMOTIONNELLEMENT PATHOLOGIQUES ?**

ETUDE D'UNE POPULATION DE MINEURS PLACES EN CENTRE EDUCATIF FERME

THESE

pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2012

par

Aurélien VARNOUX

Né le 24 juin 1983 à LIMOGES (87)

DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Bertrand OLLIAC

MEMBRES DU JURY

M. le Professeur J.-P. CLEMENT.....Président
Mme le Professeur A. LIENHARDT-ROUSSIE.....Juge
M. le Professeur Y. AUBARD.....Juge
M. le Professeur J.-Y. SALLE..... Juge
M. le Docteur J.-F. ROCHE.....Membre invité
Mme le Docteur M.-M. BOURRAT.....Membre invitée
M. le Dr Ph. NUBUKPO.....Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE

Monsieur le Professeur Denis **VALLEIX**

ASSESSEURS

Monsieur le Professeur Marc **LASKAR**

Monsieur le Professeur Jean-Jacques **MOREAU**

Monsieur le Professeur Pierre-Marie **PREUX**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Cardiologie
ACHARD Jean-Michel	Physiologie
ADENIS Jean-Paul (CS)	Ophtalmologie
ALAIN Sophie	Bactériologie-Virologie
ALDIGIER Jean-Claude	Néphrologie
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	Médecine Interne
ARNAUD Jean-Paul (CS)	Chirurgie orthopédique et traumatologie
AUBARD Yves (CS)	Gynécologie - Obstétrique
BEDANE Christophe	Dermatologie
BERTIN Philippe (CS)	Rhumatologie
BESSEDE Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
BONNAUD François	Pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie (CS)	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique (CS)	Hématologie
CHARISSOUX Jean-Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
CLAVERE Jean-Pierre (CS)	Radiothérapie
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	Psychiatrie d'adultes
COGNE Michel (CS)	Immunologie
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CORNU Elisabeth	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
COURATIER Philippe (CS)	Neurologie

DANTOINE Thierry (CS)	Gériatrie et biologie du vieillissement
DARDE Marie-Laure (CS)	Parasitologie et mycologie
DAVIET Jean-Christophe	Médecine physique et de réadaptation
DESCAZEAUD Aurélien	Urologie
DESSPORT Jean-Claude	Nutrition
DRUET-CABANNAC Michel	Médecine et santé au travail
DUMAS Jean-Philippe (CS)	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine et santé au travail
ESSIG Marie	Néphrologie
FAUCHAIS Anne-Laure	Médecine Interne
FEISS Pierre (CS)	Anesthésiologie-Réanimation
FEUILLARD Jean (CS)	Hématologie
FOURCADE Laurent (CS)	Chirurgie infantile
FUNALOT Benoit	Biochimie et biologie moléculaire
GAINANT Alain (CS)	Chirurgie digestive
GUIGONIS Vincent	Pédiatrie
JACCARD Arnaud	Hématologie
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	Immunologie
LABROUSSE François (CS)	Anatomie et cytologie pathologiques
LACROIX Philippe	Médecine vasculaire
LASKAR Marc (CS)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	Pédiatrie
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Hépatologie
MABIT Christian (CS)	Anatomie
MAGY Laurent	Neurologie
MARQUET Pierre	Pharmacologie fondamentale
MATHONNET Muriel	Chirurgie digestive
MELLONI Boris (CS)	Pneumologie
MERLE Louis (CS)	Pharmacologie clinique
MONTEIL Jacques (CS)	Biophysique et médecine nucléaire
MOREAU Jean-Jacques (CS)	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile

MOUNAYER Charbel	Radiologie et imagerie médicale
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	Anesthésiologie-Réanimation
PARAF François	Médecine légale et droit de la santé
PREUX Pierre-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Pierre-Yves	Ophtalmologie
SALLE Jean-Yves (CS)	Médecine physique et réadaptation
SAUTEREAU Denis (CS)	Gastro-entérologie ; hépatologie
STURTZ Franck (CS)	Biochimie et biologie moléculaire
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques
TREVES Richard	Rhumatologie
TUBIANA-MATHIEU Nicole (CS)	Cancérologie
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VALLEIX Denis	Anatomie et Chirurgie générale
VERGNENEGRE Alain (CS)	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIDAL Elisabeth (CS)	Médecine Interne
VIGNON Philippe	Réanimation
VIROT Patrice (CS)	Cardiologie
WEINBRECK Pierre (CS)	Maladies infectieuses
YARDIN Catherine (CS)	Cytologie et histologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Parasitologie et mycologie
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)	Physiologie
BOURTHOUMIEU Sylvie	Cytologie et histologie
BOUTEILLE Bernard	Parasitologie et mycologie
CHABLE Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Anatomie – Chirurgie digestive
ESCLAIRE Françoise	Biologie cellulaire
FUZIER Régis	Anesthésiologie-réanimation
HANTZ Sébastien	Bactériologie-Virologie
LAROCHE Marie-Laure	Pharmacologie clinique

LE GUYADER Alexandre

Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

MARIN Benoit

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

MOUNIER Marcelle

Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière

PICARD Nicolas

Pharmacologie fondamentale

QUELVEN-BERTIN Isabelle

Biophysique et médecine nucléaire

TERRO Faraj

Biologie cellulaire

VERGNE-SALLE Pascale

Thérapeutique

VINCENT François

Physiologie

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François

Neurochirurgie

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

Anglais

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

Médecine générale

BUISSON Jean-Gabriel

Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie

Médecine générale

MENARD Dominique

Médecine générale

PREVOST Martine

Médecine générale

Au Docteur Christian AUBRETON

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT
Professeur des Universités de psychiatrie d'adultes
Praticien Hospitalier
Chef de service

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger ce travail.

Nous avons régulièrement pu apprécier vos enseignements théorique et pratique au cours de nos études médicales et de notre Internat au CH Esquirol.

Vos compétences, votre disponibilité et votre humour nous ont offerts un cadre émotionnellement rassurant pour s'initier à la pratique de la psychiatrie.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu consacrer du temps à la lecture et à la critique de ce travail sur les émotions...des adolescents !
Veuillez trouver ici l'expression de notre honnête reconnaissance.

A NOS JUGES :

Madame le Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE

Professeur des Universités de pédiatrie

Praticien Hospitalier

Chef de service

Nous avons eu l'occasion d'apprécier vos enseignements de pédiatrie et les relations professionnelles entretenues au cours d'un semestre d'Internat au service de liaison de pédopsychiatrie.

Votre rigueur et vos exigences nous ont invités à avoir toujours plus d'application dans nos pratiques.

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail qui saura, nous l'espérons, vous intéresser.

Soyez sûre de notre sincère respect.

Monsieur le Professeur Yves AUBARD

Professeur des Universités de gynécologie-obstétrique

Praticien Hospitalier

Chef de service

D'aucuns seraient surpris de voir juger une thèse de psychiatrie par un gynécologue. J'aurais l'honnêteté d'associer certaines anecdotes plus personnelles à mes appréciés souvenirs des enseignements en gynécologie-obstétrique.

J'ai souhaité pouvoir être jugé par vos soins sur un terrain limité par des blouses blanches...et non plus des lignes jaunes !

J'ai apprécié votre spontanéité et votre rigueur à tous niveaux.

Recevez mes amicaux remerciements.

Monsieur le Professeur Jean-Yves SALLE
Professeur des Universités de médecine physique et réadaptation
Praticien Hospitalier
Chef de service

Nous tenons à vous exprimer chaleureusement notre profonde gratitude.
Nous avons pu apprécier la réelle sensibilité des médecins rééducateurs à la psychiatrie, et la collaboration qui a existé lors de notre stage au service de liaison psychiatrique du CHRU de Limoges.
Recevez l'expression de notre sincère estime et nos remerciements pour avoir accepté de prendre le temps de la lecture et la critique de ce travail.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Bertrand OLLIAC
Pédopsychiatre
Praticien Hospitalier

Je tiens à te remercier pour l'accompagnement que tu as su m'apporter dans la rédaction de ce travail. Ton aide a été précieuse, notamment pour la partie méthodologique et statistique.
Tes exigences m'ont amené à ne jamais suspendre mes réflexions.
Sois sûr de mon amicale reconnaissance.

A NOS MEMBRES INVITES

Monsieur le Docteur Jean-François ROCHE

Pédopsychiatre

Praticien Hospitalier

J'ai dû insister pour que vous acceptiez de participer à ce jury, parce que ce travail est aussi le vôtre. J'ai pu apprécier les discussions autour des thématiques adolescentes, ce qui a largement contribué à ce que je m'intéresse à la pédopsychiatrie.

Madame le Docteur Marie-Michèle BOURRAT

Pédopsychiatre

Praticien Hospitalier

Vous avez su attiser mon intérêt à la réflexion clinique, même si j'ai souvent douté de certaines grilles d'interprétation, notamment psychanalytique. Vous m'avez en tout cas sensibilisé à ne pas penser à la place du malade.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à la lecture de ce travail.

Monsieur le Docteur Philippe NUBUKPO

Psychiatre d'adultes

Praticien Hospitalier

Je tenais à pouvoir te témoigner de ma sincère amitié. Ton fidèle soutien et ta bonne volonté nous ont permis de partager des moments intenses, professionnels et personnels, dans la joie ou dans la peine.

Sois sûr de toute mon estime.

DEDICACES

A mes parents, Catherine et Jean-François, pour votre soutien sans limite et votre affection. Je vous dois évidemment beaucoup, surtout l'éducation que vous m'avez donné qui était, il me semble, le plus fabuleux des compromis. C'est donc sûrement grâce à vous que je n'ai pas eu besoin d'être placé en CEF !

A Claire, ma petite sœur, pour ta sensibilité et ton dévouement inconditionnel.

A Marie, ma sœur, pour ta franche générosité et ton intégrité absolue.

A Matthieu, mon frère, pour ta naturelle disponibilité et ton immense honnêteté.

A mes grands-pères, les Docteurs Jean-Marie GABETTE et Louis VARNOUX. C'est sûrement parce que mes yeux et oreilles d'enfant vous avaient vu pratiquer la médecine que j'ai suivi la même voie.

Cette thèse est à vous.

A mon arrière-grand-mère Andrée, et mes grands-mères Andrée et Germaine. Votre maternante présence a été le cocon rassurant dont un enfant a besoin.

A mes plus fidèles ami(e)s : Antoine, mon couz', mon Dupontd ; Perrine, pour ton ineffable soutien et les fabuleux moments passés avec nos Pionniers ; Richard, Yan, Zac, Laurent, qui m'offrent une amitié sans borne : « N'oublie pas...on est tous ensemble sur le même bateau ! » ; Chloé, ma première amie ; Mémé, Agathe et Julie, avec qui le Punto Verde est éternel ; Hugo et son authenticité ; Mika la rock star ; Niz, pour ces années de Limosin à la fac, de Limoges à Sousse ; Sim, Piéro, Charly et JC : « la clinique d'abord ! » ; Rémy, pour ces temps forts de handball et d'étiopathie ; Geos, pour ton naturel et ta sincère amitié trop peu fréquente.

A tous mes amis que je ne saurais oublier : Pédro, Ben, Captain, Pep, Elo, Piéro, Sam, Christophe, Cyrille, Lolotte, Frédo et Cathy, France, Céline, Hélène, Fanny, Bénédicte, Jenny...

A Caroline, qui m'a tout autant apporté une illimitée aide professionnelle qu'un amical soutien « psychothérapique » au cours de ces mois de travail.

A l'ALSEA et aux CEF des Monédières et de Moissannes, où s'est déroulée cette étude. Un immense merci à Messieurs Galli, Babka, Goubely, Faure, Bouquier pour votre disponibilité ; ainsi qu'aux équipes éducatives, aux infirmières, secrétaires et à Géraldine Rey, pour votre chaleureux accueil dans les structures et l'intérêt que vous avez porté à cette démarche. Soyez assurés de mon professionnel respect et du regard positif que je porte sur le travail que vous faites auprès des mineurs « difficiles ». Une pensée toute particulière à Kik' et Agnès.

Aux médecins du service de santé scolaire de l'Académie de la Haute-Vienne pour leur efficace implication.

Aux adolescents des CEF et du milieu scolaire qui ont bien voulu se soustraire à cet exercice fastidieux du remplissage des auto-questionnaires.

Aux Scouts et Guides de France, grâce à qui j'ai passé des camps fabuleux : Nicolas, Thibault, Guillaume, PJ, Marc... et aux Pionniers : PO, Antoine, Sam, Lucie, Camille, Pierre, Benji, Clém', Pierre, Quentin, Théau, Camille, Thomas, François, Mathilde, Andréa, Morgane...

A tous mes oncles et tantes, mes cousin et cousines, et à Emilien mon filleul.

Aux médecins qui m'ont fait grandement apprécié la médecine, et la psychiatrie en particulier : Pr Garoux, Dr Viéban, Dr Baloutch, Dr Auroux, Dr Peugnet, Dr Meynard, Dr Dumont, Dr Danila, Dr Malhomme, Dr Bouvier.

Aux infirmiers, aides soignants, ASHQ et éducateurs rencontrés aux CH La Valette et Esquirol : Raphaël, Lydie, Stéphanie, Laurence, Lucie, Estelle, Bertrand, Laëtitia Sébastien, Alban, Didier, Lenny, Valérie, Thomas, Aurélie, Aurore, Claude, Fathi, Yann, Marion et Marie-Pierre, Nathalie, Aurélie, Jacqueline...

Aux équipes soignantes et médecins responsables des unités de soins où je suis passé en stage d'Internat : unité Wertheimer, unité H. Ey à La Valette, unité Lafarge B, unités Delay/Zarifian, UHMB, unité Bellevue, unité de liaison et urgences psychiatriques, unité Pfitzenmeyer à La Valette.

Aux secrétaires médicales et aux assistantes sociales pour votre généreux dévouement indirect dans les soins des malades : Isabelle et Jacqueline, Nathalie, Roseline, Christine, Dominique et Isabelle, Sandrine et Annick, Sandrine, Nathalie, Arnaud, Corinne, Valérie, Miki, Sylvie et Chouchou !

A mes amis africains de Lomé et Brazzaville, et sud-américains de La Paz : Pr K. DASSA, Pr A. MOUANGA, Edem, Kéké, Brigitte, Kodjo, François, Marvin, Gimy, Eloi, Vicente, Alejandro, Gabriella, Ester, Dominique, Miren, Maria, Grizeldo...et j'en oublie sûrement !

A mes amis et collègues de l'Internat : Camille, Cristina, Emilie, Benjamin, Jean-Marie, Grégory, Coralie, Elodie, Jonathan... Et les « anciens » : Guillaume, Fabien, Benjamin, Mathilde...

A ma Pioka !

*« C'est moins par la force de ses armements
qu'une nation s'élève au-dessus des autres
que par le caractère de ses citoyens. »*

(Baden POWELL)

*« Pire que le bruit des bottes,
le silence des pantoufles. »*

(Max FRISCH)

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

Du débordement émotionnel propre à l'adolescence au passage à l'acte délinquant : l'intérêt d'une étude en milieu judiciaire

L'adolescence n'est pas une maladie !!

Quand l'adolescence devient pathologique.

SECONDE PARTIE

La délinquance des mineurs

Une longue histoire et des débats contradictoires

Etat des lieux de la délinquance des mineurs

Les Centres Educatifs Fermés

TROISIEME PARTIE

Etude de certaines dimensions du fonctionnement psychique des mineurs délinquants

Hypothèses de départ

Traitement des données

Résultats

QUATRIEME PARTIE

Discussion des résultats et perspectives

Apports des résultats

Faiblesses des cadres éducatif, judiciaire et psychiatrique

Perspectives de travail

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

ANNEXES

INTRODUCTION

Le passage à l'acte délinquant du mineur peut-il révéler une symptomatologie psychiatrique chez un adolescent ? Cette question figure régulièrement aux rubriques « faits divers » des médias ! Les évènements rapportés, parfois dramatiques, mobilisent chez les adultes des défenses très disparates : accusation des systèmes judiciaires et éducatifs, récupération politique, clivage sociétal, conservatisme culturel voire régression, méfiance et hostilité, toute-puissance narcissique et mégalomaniacale, culpabilité névrotique...

Mais ce travail n'a pas vocation à définir les contours de la pathologie mentale chez l'adolescent délinquant : il ne s'agit pas de chercher à préciser le moment où l'acte devient symptôme d'un état psychiquement pathologique. En effet, les adolescents qui vont nous intéresser ne souffrent pas, *a priori*, d'une maladie psychiatrique : à un instant *t*, ils ont présenté des faits et gestes mettant à nu certains aspects de leur fonctionnement psychique. Chaque adolescent est confronté à sa propre fragilité émotionnelle, pouvant sourdre à travers des actes de nature désocialisée, ou désocialisante. Or ces symptômes comportementaux alimentent toutes sortes de théories sur les adolescents « difficiles »... Tout au plus, nous pourrions supputer qu'ils expriment des traits de personnalité dyssociale ; mais reste à préciser ces traits pour éviter d'effacer ces adolescents derrière leurs symptômes !

Nous avons souhaité axer notre réflexion sur certaines dimensions du fonctionnement psychique de ces adolescents « difficiles », dont les actes ont conduit à ce qu'ils soient placés en Centre Educatif Fermé (C.E.F.) Il ne s'agit pas de chercher à mesurer la prévalence des maladies psychiatriques dans cette population, mais d'essayer de décrire les modes de fonctionnement, notamment pour ce qui est de la gestion émotionnelle et de l'empathie. Peu d'études se sont penchées sur le fonctionnement de ces jeunes et leur biographie. Une observation s'est portée sur des adolescents placés en CEF en Suisse (STEPHAN ⁽¹⁾), chez lesquels on identifiait régulièrement des histoires de vie abandonniques, marquées par des carences socio-éducatives, des tendances aux troubles des conduites précoces, notamment vers l'abus de substances...

Nous essaierons de croiser les angles de vue psychologique, éducatif et sociologique sur cette tranche d'âge : ces adolescents difficiles sont-ils l'expression symptomatique d'un environnement fragile et moins étayant, plus anxiogène ? Existe-t-il une étiopathogénie environnementale à ces comportements délinquants, ou l'analyse psychopathologique témoigne-t-elle d'un fonctionnement constitutionnellement désorganisé ? Qu'est-ce qui différencie un adolescent convenablement inséré d'un adolescent délinquant sur le plan psychologique ?

Pour cela, il nous faudra procéder à quelques rappels cliniques sur l'adolescence, du normal au pathologique. Puis nous ferons un bref état des lieux de la délinquance des mineurs.

Ensuite, pour avancer dans cette réflexion, nous avons réalisé un travail centré sur la gestion des émotions internes (stratégies de *coping* et mécanismes de défense) et intersubjectives (empathie, conduites ordaliques), en comparant des mineurs placés en Centre Educatif Fermé à des adolescents scolarisés. Nous avons pu identifier des différences réelles, auxquelles nous tacherons de relier les autres aspects explorés du fonctionnement psychique par des analyses de corrélation. Ce travail méritera d'être poursuivi à plus grande échelle, mais cette première étape de faisabilité nous a paru contributive.

Dans tous les cas, la réflexion devra déboucher sur les moyens à mettre en place pour mieux étayer cette tranche d'âge, notamment en matière d'accompagnement dans l'élaboration des stratégies de gestion du stress, et dans l'intérêt porté sur ses émotions et celles d'autrui.

1. Du débordement émotionnel propre à l'adolescence au passage à l'acte délinquant : l'intérêt d'une étude en milieu judiciaire

L'adolescence n'est pas un état, ni un statut : c'est un processus qui se termine par la maturité. Nous allons donc essayer de faire un lien entre :

- les états psychiques qui précèdent l'adolescence: l'enfance et ses pertes ;
- les représentations qu'ont les adolescents du monde des adultes ;
- les caractéristiques propres de ce carrefour de maturation ;
- les actes de la délinquance adolescente.

1.1. L'adolescence n'est pas une maladie !!

Le terme « adolescent » est attesté dès 1327 en tant que participe présent du verbe *adolescere*, « grandir », ce qui connote l'évolutivité de cette période charnière de la vie humaine.

Par certains côtés, l'adolescence est une abstraction, une construction culturelle récente, puisqu'il existe des sociétés dans lesquelles un individu passe directement du statut d'enfant à celui d'adulte, au prix d'un rite initiatique punctiforme.

Elle est néanmoins une réalité sociobiologique dans la mesure où la poussée pubertaire transforme le corps d'un individu, rendant les filles aptes à procréer et les garçons plus forts physiquement, et donc capables de remplir des tâches sociales dévolues aux hommes.

Elle est aussi une réalité psychologique : les bouleversements physiologiques s'accompagnent d'une maturation et d'une finalisation fonctionnelle des potentialités neuropsychiques. Les approches psychogénétiques les plus couramment admises aujourd'hui postulent que c'est à ce moment du développement humain que se mettent en place les capacités d'abstraction et de symbolisation. A ce stade, l'adolescent devient normalement capable d'intégrer des concepts auxquels il ne pouvait pas accéder auparavant.

1.1.1. Du milieu rassurant de l'enfance aux incertitudes des adultes

1.1.1.1. Sortir de l'enfance

L'adolescence peut d'abord se lire à travers les pertes qu'elle implique : sortir de l'enfance consiste en un douloureux travail de deuils.

1.1.1.1.1. Le deuil du « confort psychique » de son enfance

La première perte que doit assumer l'adulte en devenir est celle de l'enfant qu'il été. Les phénomènes pubertaires, spontanés et physiologiques, précipitent l'enfant dans des processus de mutation qui lui échappent : il sort ainsi de la phase de latence où il lui était permis d'apprécier la maîtrise de ses pensées et de ses idées, de fantasmer une vie idéale, et d'intégrer sereinement les « *forces qui plus tard feront obstacle aux pulsions sexuelles et, telles des digues, limiteront et resserreront leurs cours (le dégoût, la pudeur, les aspirations morales et esthétiques)* » (VERDIER-GIBELLO ⁽²⁾). Les acquisitions doivent donc permettre à l'enfant de supporter les aléas de l'adolescence ; on peut comprendre alors l'impact des carences qu'un enfant a pu rencontrer entre 6 et 12 ans. PUYUELO ⁽³⁾ explique comment, à cet âge de latence, « *la conflictualité œdipienne vient structurer son narcissisme. [...] L'identité narcissique est un double mouvement d'attraction vers autrui et d'angoisse de se perdre dans l'autre* ». Cette phase constitue donc la propédeutique d'une adolescence sereine dans ses modalités affectives et relationnelles.

L'enfant expose alors une nouvelle image de ce corps qui change au regard des autres. Mais la représentation qu'il s'en fait n'est pas toujours superposable à celle que lui renvoient ses pairs ou les adultes. Il se trouve aussi tenu d'intégrer des injonctions sociétales, de s'identifier aux icônes qu'on lui présente : modes vestimentaires et courants alternatifs d'allure, d'attitudes, ou de pensée ; mais plus inquiétant aussi : culte de la maigreur, hégémonie de la réussite sociale, de la reconnaissance publique... Ce décalage peut générer des angoisses contre lesquelles l'adolescent peut être amené à élaborer des défenses rigides, voire archaïques. Par des mécanismes de déni, de clivage, ou de projection, certains adolescents tentent de reprendre en main ce corps mutant.

D'autre part, le deuil de sa propre image s'associe à la perte de son omnipotence. Dès les premières minutes de vie, l'enfant jubile de sa toute-puissance : quelques cris et l'on s'affaire autour de lui pour lui donner à manger, le changer, le coucher... Grandir effrite son égocentrisme, l'invitant dans un espace de négociation où il doit tenir compte du désir des autres, il doit se soumettre à des lois, lesquelles déterminent des interdits et ses limites.

L'organisation de la personnalité se fait donc autour de l'apprentissage de la frustration, faute de quoi elle expose le sujet à des actes de délinquance de type « psychopathique », selon LEMAY ⁽⁴⁾. Si tout lui est dû, le jeune agit sans regarder aux conséquences de ses actes, sans intégrer les paramètres extérieurs de temporalité, de propriété, d'existence d'autrui... Parmi les traits caractéristiques de ce type de délinquance, LEMAY propose :

- *« l'hypertrophie de l'égocentrisme ;*
- *le besoin de satisfaire immédiatement sans pouvoir tolérer une attente ;*
- *les manipulations de l'environnement afin d'éviter toute frustration ;*
- *l'agressivité ;*
- *les difficultés à se situer dans un cadre socialisé ;*
- *l'image négative de soi et la pauvreté du surmoi oedipien ;*
- *la prédominance de « l'agir » sur la fantasmatisation ;*
- *la vie dans l'instant présent ;*
- *le maintien au stade d'une pensée concrète, égocentrique et magique. »*

Outre le fait que l'enfant se confronte à son corps tout-puissant qui lui échappe, il doit constater que le monde qui l'entoure correspond assez peu à l'idéal fantasmé...

1.1.1.1.2. Le deuil des illusions infantiles

L'enfant doit faire le deuil d'une image idéale des parents. Ces héros tout-puissants et protecteurs se révèlent avoir eux aussi des défaillances. Le travail de deuil est d'autant plus difficile à mener que l'écart est grand entre la famille idéalisée et la réalité. Les enfants qui ont grandi au cœur d'un système familial ébranlé et marqué par les abandons, les cassures, la violence souffrent d'un douloureux apprentissage

lié à la prise de conscience de ce passé. De plus, l'adolescent perçoit l'image parfois négative que la société renvoie à ses propres parents : « on » les dénigre, les accuse...

PETITCLERC ⁽⁵⁾ observe que certains actes de délinquance trouvent leurs racines dans ce type de fragilités familiales : la dévalorisation de sa propre famille par la société fait volontiers le lit d'une délinquance de revendication, en quête d'identification et d'appartenance à un groupe et une culture.

En outre, l'adolescent doit faire le deuil du monde naïf de l'enfance, fait d'idéaux relationnels et moraux. Rupture amicale, trahison, lâcheté, inimitié, méchanceté, racisme, haine, injustice... sont des notions qu'il doit apprendre, et constater qu'elles minent le tissu social et les relations interindividuelles.

Cette dynamique peut inscrire l'adolescent dans une délinquance « réactionnelle », le jeune ne supportant pas une déception, fragilisant son *égo* et ses idéaux. Il déverse alors son agressivité et son sentiment d'injustice sur l'environnement, les objets, les personnes. L'acte antisocial de protestation qui peut alors survenir évoque souvent une détresse psychique.

Au deuil des illusions morales et sociétales de l'enfance s'associe l'acceptation que ses fantasmes ne seront pas tous assouvis. L'enfance est marquée par des projections narcissiques majeures. Les garçons se rêvent super-héros, ou s'imaginent volontiers star du ballon rond, les filles se projettent dans des costumes de princesse et des postures de chanteuse renommée... avant d'être largement déçus en constatant que cela n'arrivera pas !! L'impact narcissique est important, ce qui peut faire le lit d'un trouble dépressif. Trois tentations peuvent surgir chez l'adolescent :

- le repli dans le monde des rêves, éventuellement favorisé par la consommation de toxiques ;
- l'agression d'un corps « objet » qui n'est pas à la « hauteur de son Narcisse » ;
- la rébellion contre cette société qui ne permet pas la réalisation de ses rêves. L'adolescent s'en prendra alors à tout ce qui la représente : les institutions, les voitures...

A l'adolescence, chaque individu est invité à devenir adulte. Avec ceux qui incarnent l'autorité, l'adolescent entretient des relations houleuses que nous allons détailler.

1.1.1.2. *Les rapports au monde des adultes*

1.1.1.2.1. Les représentations adolescentes

Devenir adulte, c'est accepter les frustrations de la collectivité, régie par des lois. Le paradoxe difficile à entrevoir lorsqu'on est encore jeune adulte tient au fait que ces lois ne sont pas seulement la restriction de l'espace des libertés. La loi n'a pas pour fin uniquement la sécurité, et ne saurait être perçue qu'à travers ses dimensions coercitives : précisément, elle est sensée offrir l'espace nécessaire à l'expression des libertés de chacun.

L'adolescent entre donc dans une dynamique défiante à l'égard de l'autorité, que l'adulte ne doit pas subir. Au IV^{ème} siècle avant J.-C., Platon prévenait déjà des tendances propres à la jeunesse de mettre au défi l'autorité : *« Lorsque les pères s'habituent à laisser faire les enfants, lorsque les fils ne tiennent plus compte de leurs paroles, lorsque les maîtres tremblent devant leurs élèves et préfèrent les flatter, lorsque finalement les jeunes méprisent les lois parce qu'ils ne reconnaissent plus au-dessus d'eux l'autorité de rien et de personne, alors, c'est là, en toute beauté et en toute jeunesse, le début de la tyrannie »* (citation proposée par LACHAUD dans un rapport ministériel sur la délinquance des mineurs ⁽⁶⁾).

Mais l'enfant ne se posait pas en ces termes la question des libertés individuelles, puisqu'il s'éveillait dans un référentiel égocentrique : les autres et la société tournaient jusqu'alors autour de lui ! L'apprentissage de la vie sociale encadrée par une loi marque l'entrée dans le monde des adultes, précipitant l'adolescent dans un paradoxe : il est lui-même destiné à devenir l'adulte garant de ces règles de fonctionnement social.

1.1.1.2.2. Les obligations éducatives des adultes

La tâche des adultes est d'étayer un mouvement d'autonomisation de leur adolescent, mouvement dont l'aboutissement viendra marquer :

- la fin de leur parentalité active et la perte de la proximité avec leur enfant ;
- l'accès potentiel aux fonctions grand-paternelles : marche supplémentaire dans l'échelle des générations.

On comprend alors quelles sollicitations psychiques induisent chez les parents l'entrée en adolescence de leur enfant : *« ils doivent assumer l'effet « dénarçissant » de la perte de l'estime que leur portait leur enfant, et les réactivations oedipiennes ou contre-oedipiennes que leur renvoie la sexualisation de la vie de relation de leur ado »*. (BOTBOL ⁽⁷⁾, colloque sur les mineurs en grande difficulté)

Quelle crédibilité les détenteurs de l'autorité ont-ils aux yeux de leurs jeunes?

ANATRELLA ⁽⁸⁾ évoque la décrédibilisation des pères comme explication aux phénomènes explosifs de confrontation avec l'autorité : *« Il manque souvent à ces personnalités une image paternelle cohérente ou la possibilité d'accéder à la symbolique paternelle pour réaménager leur narcissisme. L'absence ou la dévalorisation de l'image du père dans notre société est source de violences. Car le père est vraiment le symbole de l'autonomie psychique, de la réalité extérieure et du sens de la loi. »*

Mais attention à ne pas accuser trop rapidement les pères de démission. Nombre d'entre eux sont en souffrance dans l'exercice de leur autorité, éventuellement directement liée à des difficultés annexes et personnelles : contexte professionnel économique et social... (CLERGET ⁽⁹⁾) Pourtant, quel n'est pas le pouvoir que gagne un adolescent lorsque sa scolarité offre des allocations à une famille dont les parents sont au chômage ! Quelle autorité cela lui procure !! Et quelle décrédibilisation des parents, père au premier chef à qui son fils aura du mal à s'identifier ! *« Etre un père apparaît alors comme un exercice d'équilibriste »* (RUFO ⁽¹⁰⁾).

DUCHE ⁽¹¹⁾ explique qu' *« autrefois l'adolescent désirait devenir comme son père, s'identifiait à lui ou tout autre modèle jouant ce rôle rassurant... depuis quelques décades, l'image du père se dévalorise en même temps que s'estompent son autorité et ses responsabilités »*.

Cependant, les attentes des jeunes vis à vis de leurs parents ne sont pas tout à fait celles qu'eux-mêmes demandaient à leurs propres parents : l'autorité n'est plus évidente et absolue. Il y a quelques années, il suffisait à un père de répondre à son

adolescent « *parce que* » à une demande de précision de son fils. Aujourd'hui, l'adolescent renchérit par « *pourquoi « parce que » ?* », ce qui n'est pas sans mettre en défaut l'autorité du père, lequel est surtout démuni pour argumenter le bien-fondé de son « *parce que* ».

L'autorité incarnée par les adultes ne doit pourtant pas uniquement s'avérer contraignante, il s'agit d'une « autorité rassurante » qui doit être emprunte d'affection.

1.1.1.2.3. Les angoisses des adultes dans une société en manque de certitudes

Les institutions de la République n'offrent plus aujourd'hui un rôle providentiel, ce dont les adultes souffrent. Indirectement, ANATRELLA ⁽⁸⁾ reconnaît à travers cette décrédibilisation une source d'angoisse pour les adolescents, qui ne peuvent y trouver les vertus rassurantes quant à l'avenir.

Souvent interprété comme une « crise de l'autorité », ce phénomène traduit plutôt une crise de la légitimité des institutions. MUCCHIELLI ⁽¹²⁾ le met en lien avec un « *contexte sociopolitique plus général marqué depuis la seconde moitié des années 1980 par la disparition, dans l'opinion publique, de la croyance au changement social (au profit du fatalisme), le discrédit des élites politiques et la non-représentation politique d'une partie de la population. On peut parler de sentiments de « victimation collective » qui entraîne pour une partie de la jeunesse le dénigrement systématique des institutions perçues comme des instruments de marginalisation sociale* ».

La République n'offrirait donc plus la réassurance que l'on est en droit d'attendre d'elle et de ses représentants. Solliciter l'institution se fait dans un climat de méfiance ou revendication (syndicats, services publics...), ou bien à des fins utilitaires, pouvant s'apparenter à une fonction d'assistantat (services sanitaires et sociaux...).

Les tenants de ces phénomènes sont complexes, mais notons qu'enfants et adolescents grandissent au milieu de toutes ces préoccupations des adultes, de fait anxiogènes pour la génération suivante.

Par là-même, les futurs adultes n'osent pas espérer pouvoir s'épanouir sereinement dans les années à venir. Alors, pourquoi ne pas rester plus longtemps

« adolescent », période frappée du sceau de l'insouciance et l'immédiateté ? En parallèle, on peut comprendre aussi comment se mettent à émerger des réseaux économiques souterrains, affranchis des règles sociétales, et souvent parfaitement rentables, dans lesquels les adolescents trouveront des réponses à leurs interrogations sur la société.

Nous avons donc observé l'adolescence par le biais de la perte du statut d'enfant, et comme la perspective de devenir adulte. Mais c'est aussi une période de la vie de l'individu où le fonctionnement psychique relève de mécanismes spécifiques que nous allons aborder.

1.1.1.3. Une sémiologie psychologique spécifique

Les éléments de fonctionnement psychique spécifique à l'adolescence que nous allons développer sont parfaitement physiologiques. Au cours de ces années, chaque sujet est amené à acquérir des modes de pensée plus élaborés et des capacités de gestion émotionnelle différente et à organiser sa personnalité.

Plusieurs mouvements cardinaux animent l'adolescent. Précisons-en quelques uns.

1.1.1.3.1. Modification des référentiels spatio-temporels

Les rapports au temps et à l'espace se modifient. On l'a déjà évoqué, devenir adulte nécessite de sortir du référentiel égocentrique de l'enfance. En quelque sorte, l'enfant conçoit le temps comme une donnée finie, alors que l'espace, au travers de la rêverie lui paraît infini : tout était permis par la mégalomanie fantasmatique. En devenant adolescent, cette perte de maîtrise sur le temps et l'espace induit des aménagements du fonctionnement psychique.

Des rapports diamétralement opposés s'instaurent à l'adolescence où le temps n'apparaît plus comme un paramètre figé et maîtrisé. L'infinité du temps renvoie directement l'enfant au deuil de son égocentrisme : il constate n'avoir en réalité

qu'une place minimale dans l'histoire de la Terre et des Hommes. Il lui faut donc mettre en perspective ses héritages, sa biographie et son avenir.

En psychopathologie, la dyschronie désigne la modification de la représentation du temps, souvent génératrice d'angoisses. RUFO explique qu'« *il ne s'agit pas seulement d'une peur de l'avenir mais aussi d'une stratégie de présentification : ils veulent tout maintenant par crainte de cet avenir* »⁽¹³⁾. L'adolescent va donc se confronter à une des lois fondamentales de l'Humanité : l'inéluctabilité de la mort.

A l'inverse, l'espace réel a vocation à être exploré ; le groupe et le territoire prennent alors sens. L'entité « *alter* » se substitue à « *égo* ». Apprenant qu'il n'est pas seul sur la planète, l'individu se joint à une bande, et tente de « *défendre* » son territoire. WINNICOTT⁽¹⁴⁾ précise que les « *adolescents sont des isolés rassemblés, qui s'efforcent par divers moyens de former un agrégat en adoptant une identité de goûts. [...] Mais c'est là une organisation paranoïde en réaction à l'attaque : si la persécution cesse, les individus redeviennent un agrégat d'isolés* ».

Dynamique de groupe assez archaïque, ce phénomène de bande a toujours existé : la guerre des clans ne date pas d'hier ! Toutefois, cet apprentissage semble aujourd'hui particulièrement préoccupant et marqué par la violence. Nous traiterons donc de cette problématique dans un chapitre consacré.

1.1.1.3.2. Des revendications identitaires paradoxales

L'adolescent adopte aussi des positions contradictoires, parfois autodestructrices. Au cours de l'enfance, le rapport d'identification se fait volontiers envers les adultes, parents en première ligne. A l'adolescence, les figures emblématiques de son enfance se fragilisent dans une quête identificatoire proposant une infinité d'icônes diluées. Le sujet se trouve donc engagé dans une dynamique complexe où la fiabilité des repères est mise en doute. A l'arrivée au collège, « *ils perdent l'enseignant référent qui était une image emblématique ou tutélaire des parents. Au collège, il y a les 6 enseignants [...], le prof principal, le CPE. [...] Ils oscillent donc entre « je veux être autonome, je vais me lâcher » et « je ne peux pas me lâcher parce que, si je me lâche, je tombe dans un gouffre, dans quelque chose que je ne maîtrise pas* » (RUFO⁽¹³⁾).

Dans ce mouvement d'autonomisation, l'adolescent est donc ambivalent. Derrière ce désir de liberté, de n'avoir plus de comptes à rendre aux adultes, se dissimule une grande anxiété : cette dynamique peut être autodestructrice. Mais ce fonctionnement n'est-il pas justement propre à l'adolescence ? N'est-ce pas normal d'avoir à cet âge des désirs anxiogènes ? L'excitation générée par ces ruptures, par ces recherches de nouvelles identifications est un passage obligé.

Et pourtant, le « gouffre » laissé est parfois un peu compliqué à combler, offrant un créneau à l'expression de symptômes plus inquiétants, notamment de l'ordre des pathologies dites « limites ». WINNICOTT ⁽¹⁴⁾ explique que l'adolescent « *alterne rapidement entre l'indépendance qui défie et la dépendance régressive* ». En d'autre terme, BOTBOL ⁽⁷⁾ écrit « *plus (l'adolescent) est saisi de doutes par rapport à cette autonomie qui s'impose à lui, plus il est amené à recourir à ces objets de la réalité de l'enfance, ceux précisément qu'il a l'obligation de quitter. Ceci conduit à ce paradoxe bien exprimé par Philippe JEAMMET : « ce dont l'adolescent a le plus besoin est ce qui le menace le plus »* ».

1.1.1.3.3. La sexualisation des rapports interindividuels

Les théories psychanalytiques s'élaborent autour du développement psychosexuel, considérant que la sexualité infantile ne se limite pas aux activités et aux plaisirs qui dépendent de l'appareil génital proprement dit, mais concerne en réalité l'ensemble du corps. Ensuite, la transformation du corps liée à la puberté précipite l'individu dans son identité sexuée, et *in fine* à ses capacités de procréation. « *L'apparition de la capacité orgastique et l'avènement de la capacité reproductive entraîne une explosion libidinale, une éruption pulsionnelle génitale et un mouvement de régression vers les pulsions pré-génitales* » (MARCELLI ⁽¹⁵⁾). Pour autant, il est indispensable de distinguer la réalisation sexuelle qui se situe au niveau comportemental, du fantasme et des fantaisies sexuelles qui se situent au niveau de la psyché.

La sexualisation du corps ouvre donc des opportunités individuelles et sociales. Le corps devient un lieu privilégié d'expression des émotions : il est langage et outil de communication. Comme l'écrit JEAMMET ⁽¹⁶⁾, « *le regard, le jeu de ce que l'on*

montre et de ce que l'on cache s'en trouvent surinvestis. » Pour mieux donner le change vis-à-vis d'un corps qui leur échappe, les adolescents choisissent une fuite en avant dans laquelle ils s'illustrent comme leur propre caricature : modes vestimentaires, exhibition outrageuse, attitudes décomplexées et excentriques...

Ces attitudes sexualisées sont les bases des règles du jeu de séduction amoureux. Les codes de ces échanges échappent souvent aux adultes, permettant aux adolescents d'affirmer leur droit à une sexualité différente, essentiellement depuis les années 1950-60.

Au-delà du caractère normal de la sexualisation des relations intersubjectives, peuvent parfois s'exprimer dans ces conduites des symptômes d'une désorganisation de la vie psychique. Bien que certains adolescents présentent des comportements « à risque » dans leur intensité et leur répétition, ils n'altèrent pas obligatoirement le développement de la personnalité adulte. Par contre, quelques uns peuvent révéler à travers ces conduites une dislocation de leur vie psychique, une fragilité narcissique ou une désorganisation majeure de leur personnalité.

1.1.1.3.4. Rites initiatiques

Lorsque un individu d'une société traverse une étape anxiogène de sa vie, la culture vient proposer des recours rassurants. C'est la finalité des rites de passage. D'après Mme CALAME-GRIAULE, anthropologue citée par Philippe JEAMMET ⁽¹⁷⁾, ces rites d'initiation de l'adolescence prennent des formes assez variables mais ils ont en commun trois phases : « *La première consiste en une séparation d'avec le monde de l'enfance, en général celui de la mère. Une deuxième est une mise à l'épreuve qui peut durer plus ou moins longtemps (celui d'une cérémonie ou une période s'étalant sur un ou deux ans) et une phase d'intégration dans le monde des adultes avec une initiation à leurs secrets.* »

JEAMMET aime à rappeler que l'adolescent rejette souvent ce dont il a le plus besoin... Le rite offre justement un espace d'émancipation même s'il « *cache autant qu'il montre, et ce voile de méconnaissance qu'il jette sur l'espace psychique des adolescents permet à ceux-ci de satisfaire des désirs qu'ils n'ont pas à reconnaître,*

tout en les agissant. » Ils se sont donc organisés pour tirer les bénéfices de l'apaisement de l'angoisse. De plus, *« il est vraisemblable que les bénéfices narcissiques du rite sont importants, notamment :*

- *par le fait qu'il s'agit d'un groupe auquel l'adolescent voit son image de lui-même soutenue par son appartenance et que l'épreuve commune renforce ;*
- *par les pouvoirs nouveaux que lui confère sa participation aux secrets des adultes et son assimilation à leur groupe ;*
- *par la confrontation aux épreuves physiques à supporter et à surmonter, lui permettant de prendre la mesure de lui-même et de le conforter dans ses compétences propres. »*

D'autre part, Daniel MARCELLI ⁽¹⁸⁾ explique que les rites proposent 3 déclinaisons :

- *« le corps qu'il faut marquer ;*
- *la famille et les liens à ébranler ;*
- *l'espace social, un lieu à explorer. »*

1.1.1.3.4.1. Marquer son corps

Chacun des 2 sexes décline différemment les étapes à franchir, les actes à poser, pour marquer l'entrée ou la sortie de l'adolescence. Rappelons que ces constats ne sont opérants que dans certaines cultures, notamment occidentales. En effet, celles-ci ne codifiant plus les marquages comme le font les sociétés traditionnelles, c'est aux adolescents eux-mêmes qu'il revient de marquer leurs corps, mais avec tous les excès et les dérapages que cela implique. L'adolescence offre à un sujet d'habiter un nouveau corps générateur d'angoisses. Ce corps bouillonne d'hormones offrant des sensations nouvelles et invitant vers un inconnu à explorer. Si cette ébullition n'est pas contenue, par la société ou la culture notamment, le sujet va en délimiter le contenant : en s'agressant pour mieux se cerner (conduites ordaliques, gestes auto-

vulnérants...), ou en essayant d'échapper à ces sensations nouvelles et anxiogènes (addictions, conduites dyssociales...).

Cette spécificité de l'adolescence laisse émerger dans nos sociétés occidentales un cortège de symptômes, à forte tonalité psychopathologique : anorexie-boulimie chez les filles, conduites toxicomaniaques, accidents de circulation chez les garçons... De plus, ces marquages ont une charge affective bien différente selon le genre : « *honte pour les filles, fierté des garçons* »⁽¹⁸⁾.

1.1.1.3.4.2. *Ebranler famille et liens*

Cette dimension propre à l'adolescence peut faire le lit de nombreux troubles des conduites, notamment des actes de délinquance. Par l'agression de la société que le passage à l'acte délictueux représente, l'adolescence met en branle les liens qui le raccrochent à sa société et sa culture. En malmenant de gré ou de force ses figures tutélaires, l'adolescent s'expose au risque anxiogène de la séparation ou du lien ébranlé, dans une dynamique identificatoire contradictoire. En ce sens, cela a été développé plus avant, être adolescent est autodestructeur.

Toujours est-il que l'adolescent, notamment dans sa dimension sociale et de « bande » construit, parfois « s'invente », un microcosme qui doit « échapper aux contrôles ». Aujourd'hui, la téléphonie mobile, Internet et ses réseaux sociaux offrent un espace privatif qui échappe aux regards inquisiteurs parentaux, marquant ainsi l'émancipation.

1.1.1.3.4.3. *Explorer l'espace social*

Enfin, le troisième postulat de MARCELLI est que le « *rite d'initiation implique un voyage : séparation, départ, éloignement, retour, régression temporaire...* » On évoque ici le départ en tant que rite de séparation des tuteurs affectifs domestiques ; il ne s'agit pas des explorations sociales induites par les modifications de perception de l'Espace apparaissant à l'adolescence, dont nous avons parlé plus haut.

Les voyages scolaires, associatifs, ou marginaux relèvent pour partie du rite de passage, offrant un départ excitant vers l'inconnu et un échappatoire ponctuel au contrôle parental. Parfois ces voyages ouvrent l'espace à des rencontres d'influence « désocialisante », ou à des expériences toxiques sources de « voyages virtuels »... La consommation de toxiques et la première « cuite » peuvent, dans ce cas, répondre aux critères d'un rite initiatique.

1.1.1.3.5. Une émotionnalité débordante

Avant d'évoquer le versant pathologique de l'émotionnalité, rappelons que l'adolescence est la période où l'apprentissage de la gestion émotionnelle se fait de manière physiologique. C'est en effet le moment où le corps est en ébullition, où la « coupe des émotions » déborde volontiers... WINNICOTT ⁽¹⁴⁾ parle du phénomène du « *pot-au-noir* » (*Doldrums*) : en navigation, zone maritime et moment où l'on ne sait pas si le vent va tourner, ou s'il n'y en aura pas du tout.

Nous avons vu que certains auteurs expliquent que l'adolescence évolue dans son expression, sa durée, sa précocité... sans qu'il soit possible de certifier qu'elle est aujourd'hui plus fréquemment pathologique. Cette notion d'émotionnalité se réfère à l'ensemble des émotions d'un sujet, à ce qu'il recherche et ressent au cours d'un événement ; et donc met en mouvement les moyens dont dispose le sujet pour y faire face et les métaboliser. Cette cascade psychologique est directement liée à la personnalité de l'individu.

Or chez l'adolescent, être en développement et justement envahi par des émotions nouvelles le mettant en vibration dans son environnement, les capacités de gestion sont en cours d'élaboration. L'adolescence expose le sujet à des univers émotionnels nouveaux, mais paradoxalement l'incite aussi à s'enrichir de nouvelles expériences, à des fins d'excitation, de recherche de limites, de revendication... L'adolescent n'est pas uniquement l'être émotionnel qui « déborde », il est aussi celui qui « cherche à être débordé » ! L'adolescence est donc la période où s'aménage le « cerveau émotionnel ». Un corps qui change dans son apparence, mais aussi (surtout ?) dans son fonctionnement physico-biologique, c'est un cortège de régulation à assurer ! Le corps devient sexué, le monde devient incertain, l'avenir anxiogène, les autres se mettent à envahir notre espace.

C'est essentiellement sur cette dimension que nous allons insister : exposé à ses pairs ou aux adultes, l'adolescent en « crise » fait l'apprentissage de concepts nouveaux, de sentiments inconnus. L'Autre prend corps et devient âme, qui plus est pensante, et renvoie l'adolescent à ses propres fragilités : un corps mutant, une personnalité trop calibrée par des adultes « ringards », une frustration de devoir prendre sur soi, une obligation de refréner ses pulsions et de différer, des difficultés à faire seul mais aussi à en accepter l'échec. Combien l'adolescence peut-être un moment « dénarcissant » ! Tout ceci fait alors le support d'une émotionnalité pathologique.

1.1.1.3.6. La mobilisation de mécanismes de défense peu élaborés

Les défis de l'adolescence exposent le sujet à une dégradation de l'estime de soi. Face à la menace dépressive, se mobilisent des mécanismes de défense en général archaïques : clivage, identification projective, idéalisation, déni... Tout est mis en place pour préserver le psychisme de la tempête affective traversée, précipitant le sujet dans une morosité que l'on ne saurait confondre avec une pathologie dépressive constituée, ou encore moins une symptomatologie psychotique. Alors, pour sortir de cette torpeur et de l'ennui, les troubles du comportement que sont les fugues, les conduites à risque, les addictions..., révèlent ce « *défaut de ravitaillement affectif* » (LASSALLE ⁽¹⁸⁾).

Les investissements affectifs sont donc fragiles, labiles, et soumis aux aléas environnementaux. « *Ceci a l'inconvénient de réduire les potentialités psychiques du Moi de l'adolescent et ses capacités d'adaptation, favorisant des mouvements affectifs sans nuance où les affects restent très étroitement dépendants de la réalité et de l'objet externe et s'inversent volontiers au gré des engouements et des déceptions* ». (BOTBOL ⁽⁷⁾)

La limite entre le processus normal de l'adolescence et le symptôme d'un état psychique profondément déstructuré est difficile à entrevoir. C'est quand le symptôme devient le modèle de fonctionnement unique et la référence absolue que la fonction de « *pare-excitation* » se révèle dépassée. JEAMMET et CORCOS ⁽¹⁹⁾ précisent les recours destructeurs qui émergent alors :

- « la mise en acte à effet de décharge court-circuitant toute mentalisation ;
- le surinvestissement du monde externe du corps et de la sensation aux dépens du penser et du monde interne ;
- les cercles vicieux de l'addiction pour dénier la dépendance. »

Par ailleurs, dans une perspective psychodynamique, l'adolescence est perçue comme la deuxième phase du processus de séparation-individuation, dont la première phase s'est déroulée entre 8 mois et 3 ans environ. Cela donne à la question de l'objet, à sa quête comme à sa perte une grande importance adaptative et un caractère d'urgence. L'échec de ce processus complexe serait la condition de déclenchement d'un syndrome borderline.

Très précocement dans sa vie, lorsque l'enfant est laissé seul face à une tâche que sa mère ne peut accompagner, pour cause de séparation physique, mais aussi lorsqu'elle souffre d'une pathologie anxieuse ou dépressive notamment, il est confronté à une dépression d'abandon. Il convient ici de différencier « l'insuffisance d'interactions que sous-tend la carence ; la distorsion des interactions ; la distinction des relations engendrées par la séparation » (LEBOVICI ⁽²⁰⁾). SPITZ appela « dépression anaclitique » l'état d'hébètement stuporeux où sombre l'enfant privé de soins maternels.

La perte de stabilité des relations d'objet fait donc le lit des angoisses abandonniques qui sont réactivées à l'adolescence, deuxième phase d'organisation des liens affectifs. Bien évidemment, chaque individu a vocation à développer un panel de défenses plus névrotiques, à enrichir ses stratégies de gestion des émotions pour garantir une vie psychique plus stable et une socialisation suffisamment adaptée. Lorsque l'élaboration de ces mécanismes fait défaut, se mettent en place de défenses démentalisantes caractéristiques du fonctionnement limite.

L'adolescence exige donc des grandes étapes dans le processus maturatif. Parfois, cette période de la vie devient bruyante pour un individu singulier ; toujours, elle inquiète les adultes parce qu'elle les oblige à un compromis dans la perte de contrôle de leurs enfants.

1.1.2. Des adolescents « pire qu'avant » ou symptômes de société ?

1.1.2.1. *Un regard traditionnellement alarmiste*

« Les adolescents de maintenant ne sont plus comme avant ! » Cette phrase nous conviendrait parfaitement en guise d'a priori sur notre jeunesse contemporaine ! Mais MARCELLI ⁽²¹⁾ nous précise que l'on retrouve les mêmes propos dans des textes anciens, bien avant notre ère, écrits par les Grecs, les Chinois, les Egyptiens... Dans le rapport du Sénat de 2002 ⁽²²⁾, qui devait définir le cadre des CEF, on pouvait lire : « *Au VIII^{ème} siècle avant J.C., Hésiode écrivait, dans Les travaux et les jours : « Je n'ai plus aucun espoir pour l'avenir de notre pays si la jeunesse d'aujourd'hui prend le commandement demain, parce que cette jeunesse est insupportable, sans retenue, simplement terrible. Notre monde atteint un stade critique. Les enfants n'écoutent plus leurs parents. » ; et Socrate de son côté : « Nos jeunes aiment le luxe, ont de mauvaises manières, se moquent de l'autorité et n'ont aucun respect pour l'âge. À notre époque, les enfants sont des tyrans. »*

Dans le temps et dans l'espace, l'adolescence a toujours été stigmatisée par les générations antérieures comme « très différente d'avant ». Force est donc de constater que notre société occidentale alimente le même *a priori*. Certes, la violence des adolescents semble aujourd'hui s'exprimer différemment mais, par définition « *les adolescents d'aujourd'hui ne sont jamais ceux d'hier. Etre adolescent c'est justement ne pas être comme les précédents. C'est la marche du monde.* » ⁽²¹⁾

1.1.2.2. *Evolutions sociales et dilution culturelle*

MARCELLI (*op.cit.*) écrit aussi que « *la première violence est celle de la société. Si la période de l'adolescence et son cortège de symptômes liés à la construction de la personnalité ont toujours existé, les balises et contenants affectifs évoluent au gré du temps, des cultures... La société de 2011 répond à des exigences nouvelles de temps, d'efficacité, de réussite, de globalisation. A l'échelle de l'individu, le sentiment de « tout pouvoir », « tout avoir » et « tout de suite » domine. Or, la réalité du*

quotidien est bien différente et l'ado, dans sa fragilité émotionnelle, s'y heurte parfois violemment ».

Une société qui change ? Un monde des adultes moins contenant, une culture qui se délite, se complexifie, devient composite à la faveur de mouvements sociaux et humains, mais s'efface aussi derrière le dictat de l'individualisme et la globalisation. Les anthropologues constatent volontiers que plus une société est complexe, plus l'adolescence est longue et conflictuelle. Ce postulat semble en tout cas assez applicable à notre société occidentale où l'implosion des repères culturels et identitaires au fil du XX^{ème} siècle a pu contribuer à ces changements dans l'expression de l'adolescence. Semblent notamment faire défaut ce que l'on appelle communément les rites de passage, ou rites initiatiques. JEAMMET ⁽¹⁶⁾ ajoute que *« la plus grande liberté des mœurs, la fragilisation des limites et des interdits, la dilution des valeurs conjuguent leurs effets avec ceux de l'accroissement des exigences de réussite individuelle. Cet ensemble de facteurs expose davantage l'adolescent, confronté à ses seules ressources personnelles, et l'empêche de trouver, dans la soumission aux contraintes ou l'adhésion aux valeurs de la société, une voie toute tracée d'expression de ses besoins de dépendance et de sécurité. Besoins qui vont, de ce fait, s'exprimer au grand jour d'autant plus violemment. »*

En d'autres termes, l'adolescence évolue au gré du temps en respectant 2 axes pourtant ambivalents :

- un besoin irrépressible de se sentir indépendant, émancipé, et unique ;
- une nécessité d'être « rassuré » par des adultes stables et un avenir serein.

Il serait donc nécessaire de trouver quelques remèdes à ces évolutions sociales, dont certains adolescents pourraient être le symptôme. La question qui mériterait alors d'être posée porte sur le pouvoir rassurant d'une culture fédératrice, et par là-même anxiolytique. GOLEMAN, dans *l'Intelligence Emotionnelle* ⁽²³⁾, nous rappelle que *« chaque jour, les médias témoignent de la dissolution des mœurs, du climat d'insécurité et du déchainement de pulsions abjectes. Mais elles ne sont que le reflet global du sentiment lancinant que nous perdons tous le contrôle de nos émotions ».*

1.1.2.2.1. Des limites temporelles floues

L'adolescence n'est plus balisée dans le temps. Ceci n'est pas sans conséquence sur la vie affective de l'individu.

Classiquement, chaque enfant devait traverser une phase de latence de plusieurs années avant de devenir adolescent. Aujourd'hui, les grands enfants eux-mêmes se positionnent comme des « pré-ados ». Comme l'évoque CHOQUET ⁽¹³⁾ : « *on constate que la période latence s'est raccourcie, c'est-à-dire qu'elle ne dure plus de 6 à 12 ans, comme on le dit habituellement, mais de 6 à 8-9 ans* ». Dans le même texte, RUFO confirme volontiers ces données, mais précise que ce raccourcissement n'est pas sans conséquence sur la vie affective. Avant d'expérimenter la vie amoureuse, il faut la fantasmer, ce qui nécessite pudeur et intimité. « *En somme la phase de latence marque la latence non pas des sentiments amoureux, mais de la possibilité d'être amoureux. [...] Toute la phase de latence constitue la propédeutique du sentiment amoureux* »... et explique ainsi les dérives des jeux de séduction propres à l'adolescence.

Le « bagage » de la phase de latence est donc allégé à l'arrivée à l'adolescence. Et à son autre extrémité, l'individu semble exprimer quelques peines à sortir de l'adolescence : RUFO exploite l'icône de Tanguy, héro d'un film éponyme ⁽²⁴⁾, et adolescent tardif qui réside toujours chez ses parents. Il explique : « *Les familles ont tellement fait de progrès que les jeunes ne les quittent plus* ».

Mais si l'on aborde la question sous un angle psychopathologique, Tanguy n'offre pas un panel de symptômes évocateurs d'une « adolescence tardive ». Certes, le personnage présente quelques signes d'une instabilité affective, mais c'est probablement le seul symptôme caractéristique : pas d'émotionnalité pathologique, des perspectives d'avenir claires, peu de conduites impulsives ou ordaliques, aucune dépressivité... Par contre, tous ces symptômes se réfèrent volontiers à un tableau psychopathologique précis : les pathologies limites. (CIM 10 ⁽²⁵⁾). Ce trouble de la personnalité ne correspond pas l'icône de Tanguy, qui répond plutôt au cadre clinique du Syndrome de Peter Pan décrit par KILEY ⁽²⁶⁾. L'« adolescence tardive » s'exprime aujourd'hui sous l'angle des pathologies limites, dont l'émergence massive pourrait s'expliquer de plusieurs manières :

- la clinique psychopathologique a évolué, amenant à diagnostiquer plus fréquemment ces troubles ;
- des raisons environnementales offrent les conditions pour qu'émergent ces pathologies. Nul doute que la confusion des générations y contribue.

1.1.2.2.2. La confusion des générations

A l'école, on invite l'enfant à penser son avenir de plus en plus tôt. Arrivant les années d'université, on insiste pour que chacun fasse des « études supérieures ». Sait-on laisser l'espace et le temps de l'amusement et de la rêverie quand il le faut ? A la maison, JEAMMET (*op. cit.*) considère que, « *en ce qui concerne la famille, l'évitement des conflits et la perte de la médiation que représentait le consensus social sur les règles de vie favorisent la création d'une ambiance familiale pseudo-consensuelle et l'enchevêtrement des générations.* ». Il évoque aussi que le contrôle de la procréation cristallise certaines préoccupations familiales, pouvant faire « *l'objet d'un surinvestissement de ses parents[...] qui, dans un souci de transparence, le mettent au courant des aléas de leur vie privée, abolissant la différence des générations. Il s'ensuit une « parentification » des enfants, utilisés à des fins de réassurance affective* ».

D'autre part, MARCELLI, dans *Sexualité des enfants en âge de latence* ⁽²⁷⁾, entrevoit aussi à travers le raccourcissement de la phase de latence le risque de perdre le temps de la reconnaissance et l'acceptation de la différence des générations. L'enfant reçoit mission de la part de ses parents de représenter l'enfant qui demeure en eux. Il rassure ses parents qui craignent être « démodés » ou d'un autre temps. Aussi, « *la demande affective récurrente des parents à l'égard de leur progéniture (« je t'aime mon chéri...dis-moi, tu m'aimes ? ») impose comme contre-investissement social protecteur une transformation des enfants en icônes intouchables* ».

Cette confusion des générations s'intègre probablement à une approche plus large des évolutions de mœurs dans la société occidentale où une dynamique de déculturation contribue à la dissolution des repères.

1.1.2.2.3. La dissolution des repères

On a vu que l'adolescence a toujours inquiété les adultes ; mais, chaque sujet parvenait peu ou prou à intégrer les us et coutumes d'une société pour garantir sa propre identité et la pérennité de sa culture. Pourtant, JEAMMET ⁽¹⁶⁾ nous explique que *« c'est la première fois, dans l'histoire de l'humanité, qu'à une si grande échelle, le destin d'une génération n'est pas perçu comme devant être pour l'essentiel une répétition à l'identique du mode de vie de la génération précédente »*. Dans les années 70, De AJURIAGUERRA ⁽²⁸⁾ constatait déjà que l'adolescence n'était plus le passage où *« nous croyions appartenir à une certaine culture ou faisons l'impossible pour l'acquérir afin de pouvoir la discuter »*. Par contre, les adolescents préféraient la *« différenciation d'avec les adultes qui se manifeste par la transgression, ce qui fait que les adolescents, refusant le statut et le rôle qui leur sont imposés deviennent des personnages, se confondant dans un groupe au sein duquel ils cherchent leur identité »*.

L'identification semble donc s'inscrire aujourd'hui dans une dynamique transversale plus que longitudinale, de sorte que l'ado passe d'une *« dépendance par rapport à l'adulte à une autre dépendance symbiotique groupale avec partage des joies et des angoisses, et une diffuence de la personne plutôt qu'une personnalisation »* (De AJURIAGUERRA).

1.1.2.2.4. De franches nouveautés

Pour achever ce survol des caractéristiques singulières de la tranche d'âge adolescente contemporaine, nous pouvons évoquer quelques innovations, notamment technologiques, qui induisent chez les jeunes de nouveaux comportements et dessinent peu à peu une nouvelle culture : ce n'est plus celle du livre, mais des écrans.

TISSERON ⁽²⁹⁾ explique que les bouleversements en jeu concernent la représentation de soi, la relation aux autres, le rapport aux images qu'on voit et qu'on fabrique, la relation à l'espace, au temps et à la connaissance...

Il s'agit d'abord de la téléphonie mobile. Le besoin de communiquer est inhérent à l'adolescent. Et si cela peut se faire sans l'œil espion des parents, c'est d'autant plus intéressant ! Aujourd'hui, 40% des 13-14 ans possèdent un téléphone portable, 90% des 19-20 ans (CHOQUET ⁽³⁰⁾). L'usage est d'ailleurs un peu différent entre les garçons et les filles : 49 % des filles contre 35% des garçons téléphonent chaque jour à leurs amis. Cet usage est cependant en retard en France comparativement aux autres pays d'Europe.

Les réseaux sociaux sur Internet permettent de diffuser et recevoir rapidement, et à grande échelle des informations personnelles, parfois intimes, mais diluent les informations « importantes » dans une nasse parfois impudique. La distance affective est moins bien perceptible.

Ces réseaux sociaux répondent à une appétence plus large qu'est le monde du virtuel : télévision, jeux vidéos, informatique... Ceux-ci tronquent certainement la perception du réel, alors qu'au même moment se développent les compétences en matière d'abstraction et de pensée formelle. La question de l'impact neuro-développemental de ces activités pour partie ludiques, mais passives sur le plan fantasmatique, est entière. La maturation ne passe-t-elle pas par l'expérimentation de la réalité, donc hors d'un cadre virtuel ? Pourtant ces « outils » ouvrent sans doute des opportunités, notamment offrent de nets bénéfices narcissiques : *« c'est un gain narcissique qui s'opère chez le joueur, grâce aux interactions avec d'autres joueurs ou internautes, lui apportant des gratifications et de multiples retours qui prouvent que les aspects de soi, a priori peu avantageux, ne sont pas aussi dramatiques qu'il le pense. »* (TISSERON ⁽²⁹⁾)

TISSERON constate donc que le virtuel est doté de vertus propres. Il modifie le rapport au temps, et permet d'échapper à un présent anxigène confrontant le sujet à sa finitude. Il offre à l'adolescent de se projeter à l'infini dans des personnages : *« l'adolescent peut utiliser des identifications secondaires, face à des situations angoissantes par exemple, sur le mode même où il les utilisait durant l'enfance, ou bien, commencer à en utiliser d'autres qui l'amènent à se comporter plus comme un adulte »*. Par exemple, au sein des jeux-vidéos, les adolescents vont jouer avec leurs différents avatars...

Enfin, rappelons que l'adolescence est un moment où la question du corps se pose avec acuité, tant sur le plan réel qu'imaginaire et symbolique. La question des rapports corps-esprit est retravaillée de manière fantasmatique avec les référents culturels que l'adolescent peut mobiliser dans la culture à laquelle il appartient. Mais la reconnaissance de sa propre image dans le miroir n'est pas aisée. Face à ses difficultés, le virtuel permet à l'adolescent d'aménager un rapport à son corps plus acceptable, en donnant la possibilité de « supprimer » ce corps réel devenu encombrant, afin d'échapper à certaines angoisses/pubertaires et tenter de « reprendre la main » sur ce qui peut lui échapper.

En fait, les constats qui sont souvent faits sur l'évolution de l'adolescence sont relativement adulte-centrés! Dans les premiers chapitres, nous avons rappelé combien l'adolescence était un temps d'émancipation, de prise de distance vis à vis des adultes. L'adolescent agace et angoisse ses parents parce qu'il tente de leur échapper! Alors, si l'on change notre angle de vue, ne peut-on pas constater qu'aujourd'hui le moindre espace de liberté est surveillé par les parents? Et où se situent donc le lieu d'expression des jeunes si ce n'est sur la Toile et dans les rouages de systèmes informatiques que les parents ne maîtrisent pas?

Nous avons évoqué l'adolescence dans les grandes lignes du développement, lorsqu'elles se déroulent suffisamment bien. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas et l'effervescence émotionnelle qui envahit l'adolescent peut se révéler à l'ombre de certains troubles du comportement, notamment des faits de délinquance.

1.2. Quand l'adolescence devient pathologique.

Notre travail concerne les conduites délinquantes chez l'adolescent. Nous allons donc aborder la question de l'adolescence pathologique sous l'angle de la dyssocialité que propose la psychiatrie, avec les tourments que cette dénomination a connu au fil du temps, puis évoquerons les aspects symptomatiques du fonctionnement psychique de l'adolescent délinquant.

1.2.1. Les mineurs délinquants : émotionnalité pathologique et passage à l'acte symptomatique ?

Sur le plan psychopathologique, il vaudrait mieux évoquer une émotionnalité « symptomatique » ! Cependant, au vu des actes des adolescents délinquants, le terme « pathologique » tient aux conséquences socio-judiciaires des faits perpétrés.

En effet, sur le plan psychiatrique, on peut se demander comment définir les contours de l'émotionnalité pathologique puisque l'adolescence est justement une période de bouleversements émotionnels, lesquels doivent être convenablement appréhendés et laisser émerger la personnalité adulte. L'émotionnalité est ici pathologique en ce sens qu'elle altère la socialisation, elle organise la personnalité sur un mode sans borne, intolérant aux contraintes, dans des attentes souvent égocentriques et s'affranchissant de la place de l'Autre.

Il y a quelques décennies, le DSM II considérait l'acte criminel comme une preuve de la maladie mentale... Pour STOVANOVITCH ⁽³¹⁾, les cas dyssociaux seraient des antisociaux soit prodromiques incomplètement développés, soit des atypiques, peut-être avec des dons naturels plus riches. A l'inverse, De AJURIAGUERRA ⁽³²⁾ considère « *qu'il s'agit d'individus qui négligent ou entrent en conflit avec les codes sociaux usuels ; ils ne montrent pas de déviations de la personnalité typiquement significatives en dehors de celles qui sont liées à l'adhésion aux valeurs du code de leur propre groupe* ».

Alors, que le regard porté sur ces conduites dyssociales soit psychiatrique, sociologique ou judiciaire, ce mode d'expression émotionnelle est bien pathologique car il relève d'une dynamique de désocialisation, quand bien même il ne serait pas évocateur d'une adolescence à proprement parler pathologique. En effet, le trouble de personnalité fait référence à un fonctionnement psychique acquis et peu enclin à l'intégration de l'expérience et à l'adaptation, nous préférons donc aborder la question sous l'angle du symptôme. C'est en effet avec grande facilité que l'on classe dans la catégorie des psychopathes tout sujet ayant présenté une activité délictueuse alors que 15 % seulement, d'après KARPMAN ⁽³³⁾ dans un article datant

de 1951, répondraient aux caractéristiques cliniques de ce trouble. De fait, nous évoquerons les sujets délinquants sous le terme de « sociopathe » lorsque l'angle de vue sera sociologique, ou bien sous la coupe des traits dyssociaux de la personnalité, lorsque l'angle de vue sera psychopathologique.

Cette question de la délinquance, juvénile en particulier, envahit régulièrement l'actualité depuis quelques décennies, comme si l'adolescence devenait de plus en plus pathologique ; alors :

- soit les médias abordent plus régulièrement et/ou dramatiquement le sujet ;
- soit la société n'offre plus les contenants émotionnels suffisants aux adolescents fragiles ;
- soit des bouleversements du fonctionnement psychique des adolescents ont eu lieu.

La question ne sera pas tranchée, mais précisons donc les éléments psychopathologiques caractéristiques des sujets aux conduites dyssociales.

1.2.1.1. Clinique psychiatrique de l'adolescent aux tendances dyssociales

1.2.1.1.1. Déstructuration narcissique

KERNBERG évoque la fragilité narcissique sous le terme de « *faiblesse du Moi* »⁽³⁴⁾ comme un élément caractéristique de l'adolescence. Certaines expressions de cette faiblesse psychique sont responsables d'une souffrance :

- médiocre capacité de tolérance à l'angoisse ;
- absence de capacités suffisantes pour contrôler ses pulsions ;
- absence de possibilité satisfaisante de sublimation, avec pour corolaire le désintérêt pour tout ce qui ne représente pas une possibilité de satisfaction pulsionnelle immédiate.

JEAMMET complète cet argument par une théorie explicative du passage à l'acte délinquant tenant à un déséquilibre narcissico-objectal⁽³⁵⁾. La faiblesse de l'estime

de soi est corrélée au trouble de la séparation. Cette fragilité narcissique est à la fois la cause et la conséquence d'une instabilité affective. « *L'acte est alors le moyen 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 et d'un espace psychique effacé où le jeu subtil des déplacements de représentation est remplacé par les mécanismes plus archaïques de projection, de renversement dans le contraire et de retournement contre soi* ».

Le noyau narcissique défaillant du sujet serait donc friable. Pourtant, nous pourrions nous étonner qu'un item « *Surestimation de soi* » figure dans l'échelle PCL (Psychopathy Checklist) de HARE ⁽³⁶⁾ d'évaluation de la psychopathie ! Il est donc légitime d'aborder la question de l'adolescence délinquante avec l'idée d'une organisation « en cours » de la personnalité, mais autour de traits de fonctionnement dyssociaux.

1.2.1.1.2. Traits de personnalité dyssociale

Les sujets qui nous intéressent ont été pénalement sanctionnés. Il n'est pas imprudent d'imaginer qu'ils puissent présenter quelques traits d'une personnalité dyssociale, quand bien même ils ne seraient pas figés.

Trois caractéristiques d'un fonctionnement psychopathe sont relevées par GIBELLO ⁽³⁷⁾ :

- la dyspraxie, assez proche de la maladresse ;
- la dysgnosie, perturbation de la fonction sémiotique dont le rôle normal est d'articuler le signifié et le signifiant ;
- la dyschronie, incapacité à penser et à investir un objet en tenant compte de son caractère de permanence dans le temps.

D'autre part, la sémiologie de la personnalité dyssociale nous offre les symptômes suivants (*d'après la PCL de Hare*) : charme superficiel, besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer, mensonge pathologique, manipulation, absence de remords et de culpabilité, impulsivité et instabilité affective, promiscuité sexuelle, irresponsabilité...

L'adolescent délinquant ne présente pas exhaustivement ces symptômes, pour des raisons que nous avons évoquées plus haut, mais tout porte à croire qu'il en prend le chemin, d'autant plus si ses capacités psychique, cognitive et d'adaptation sont peu efficaces.

1.2.1.1.3. Un appareil à penser peu opérationnel

L'appareil à penser est conçu comme un lieu de synthèse efficace pour s'adapter aux situations environnementales, sans être soumis à des réactions impulsives médiées par les émotions aiguës. Précisons donc les caractéristiques de cet appareil à penser chez les sujets dyssociaux.

1.2.1.1.3.1. *Alexithymie*

Certains auteurs ont étendu le terme d'alexithymie aux sujets dont les modalités de gestion émotionnelle relevaient d'un passage à l'acte impulsif. Confrontés à une émotion forte, la « métabolisation » de cette énergie psychique est rendue difficile par des mécanismes de défense peu élaborés, le sujet ayant de faibles ressources de mentalisation.

SIFNEOS ⁽³⁸⁾ isole 4 modes de fonctionnement psychique pour définir l'alexithymie :

- « *inhabilité à identifier et utiliser le langage pour décrire ses sentiments;*
- *inhabilité à différencier les émotions des sensations corporelles et des sentiments;*
- *appauvrissement de la vie fantasmatique et du matériel onirique ;*
- *verbalisation axée sur les faits et des actions concrètes. »*

Les adolescents ne répondent pas exhaustivement à cette définition, notamment le troisième des éléments de fonctionnement est particulièrement actif chez les jeunes. Toutefois, nous retrouvons chez les adolescents délinquants cette propension à l'agir, même si ce symptôme d'« émotionnalité pathologique » s'exprime dans des

moments aigus, le sujet n'étant pas nécessairement soumis à un stress chronique comme peuvent l'être les sujets alexithymiques que nous rencontrons en psychiatrie adulte.

Selon KRYSTAL ⁽³⁹⁾, « *les caractéristiques de l'alexithymie s'illustrent par le recours à l'action et au corps propre pour canaliser l'expression émotionnelle, et qui font office de signaux de détresse* ». L'approche psychanalytique affirme aussi que deux fonctions peuvent sous-tendre ce fonctionnement (TARDIF ⁽⁴⁰⁾) :

- un rôle défensif, apparenté à un mécanisme de défense peu élaboré, pré-névrotique, où se « *profilent des objets internes archaïques* »
- une fonction d'anti-liaison. Ce rôle pathogène signifie qu'un stimulus aura du mal à « prendre son sens » sans « l'élaboration de fantasmes ». Le lien entre le signifiant et le signifié fait défaut, le sujet va préférer l'action pour expulser l'émotion et les conflits intra-psychiques. (MACDOUGALL ⁽⁴¹⁾, SIFNEOS ⁽³⁸⁾)

L'alexithymie serait donc corrélée à une prédisposition au passage à l'acte, que nous allons définir.

1.2.1.1.3.2. Passage à l'acte

Dans le dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent ⁽⁴²⁾, on peut lire que « *l'expression « passage à l'acte » désigne toute conduite court-circuitant la vie mentale et précipitant le sujet dans une action de caractère plus ou moins impulsif, relativement en rupture avec les systèmes de motivation habituels du sujet, et prenant souvent une forme auto ou hétéro-agressive* ».

Le passage à l'acte a donc une fonction de résistance car il court-circuite la mentalisation via la rupture de la communication verbale. Pour les psychanalystes, il constitue ainsi « *une manœuvre défensive destinée à éliminer les dangers internes qui pourraient se hisser à la conscience chez des sujets qui pressentent le piège de la verbalisation et la faiblesse de leur Moi.* » (TARDIF ⁽⁴⁰⁾)

Or, on l'a vu, l'adolescent peut souffrir de failles narcissiques auxquelles il ne saurait s'exposer : le passage à l'acte est un recours moins anxiogène. Il faut cependant s'intéresser au vécu affectif au décours de l'acte afin de s'informer sur la structure de personnalité sous-jacente. Deux sentiments très différents peuvent donc révéler le fonctionnement du sujet :

- le névrosé exprimera volontiers de la culpabilité d'avoir succombé à ses désirs ;
- le sujet ayant des mécanismes de défense moins « avancés » sur le plan psychodynamique assumera totalement la satisfaction immédiate du désir par ce passage à l'acte.

La psychanalyse a largement contribué à la description des mouvements psychiques qui font le lit du passage à l'acte. MILLAUD ⁽⁴³⁾, faisant référence à DIATKINE, nous rappelle qu'il « *n'y a pas forcément d'action motrice liée à la notion d'acting out [...]* Le refus de poser des actes peut être vu comme un acting out... » A ce titre, la psyché doit être conçue comme un espace capable de produire des pensées, ce qui ne se retrouve donc pas à l'instant *t* du passage à l'acte délinquant. Tout se passe comme si le sujet présentait un « *enlisement de la pensée conduisant à la victoire de l'action sur la parole* ». Pour prévenir de ce sort, BION ⁽⁴⁴⁾ insiste sur la nécessité d'acquérir dans l'enfance un « *bon appareil à penser* », mettant un jeu les mouvements de frustration imposés par la mère...

La démarche clinique consistera donc à préciser quel fonctionnement de la personnalité est sous-jacent au passage à l'acte :

- a-t-il révélé un processus délirant ayant germé sur une structure psychotique ?
- s'inscrit-il sur une structure névrotique ? Dans ce cas, l'acting out est en général beaucoup moins violent : retard, procrastination, évitements...
- répond-il à un aménagement limite, ayant alors pour fonction de « *débarrasser le sujet de ses angoisses, et de les faire porter par autrui* » (MILLAUD, *op. cit.*) ?

On comprend alors qu'à travers ces passages à l'acte, c'est la question des capacités à penser les émotions qui est soulevée. On entrevoit aussi la problématique de la personnalité psychopathique, fonctionnement psychique et cognitif caractérisé par l'inertie des processus de pensée, alors même que les ressources intellectuelles du sujet n'étaient pas défaillantes.

1.2.1.1.3.3. Ressources intellectuelles

Les adolescents aux tendances dyssociales ne souffrent pas, *a priori*, de déficit intellectuel. On pourrait se poser la question d'éventuelles carences éducatives qui auraient pu contribuer à l'inertie de certaines composantes du fonctionnement cognitif : vie fantasmatique, symbolisation, planification, fonctions exécutives...ou encore maîtrise de la vie affective, avec des répercussions sur les compétences en matière d'empathie, d'introspection et d'intelligence émotionnelle. Il a d'ailleurs été prouvé que les personnes qui présentent des traits de fonctionnement psychopathiques ont des scores inférieurs aux sujets « *contrôles* » dans les dimensions de l'intelligence émotionnelle : attention aux états émotionnels d'autrui, discrimination entre ses propres sensations et celles du vis-à-vis... (MALTERER ⁽⁴⁵⁾)

Le test d'intelligence de Wechsler, s'il met en évidence un quotient intellectuel (QI) global généralement au-dessous de la moyenne, montre surtout une disparité entre le QI verbal et le QI performance. Un faible QI Verbal à l'âge de 8-10 ans était un bon prédicteur de la persistance de comportements délinquants après 21 ans (EMC ⁽⁴⁶⁾), en liaison avec la pauvreté du vocabulaire, des confusions sémantiques et une impossibilité à préciser le sens des mots. Le langage est approximatif, flou, pauvre, même si l'insuffisance des réponses tend à être masquée par des conduites de prestance.

Plus précisément, les résultats des tests de QI révèlent donc des profils cognitifs dysharmoniques, très certainement plus imputables à des carences socio-éducatives qu'à des déficiences réelles. D'après GIBELLO ⁽⁴⁷⁾, la dysharmonie cognitive pathologique serait même présente 9 fois sur 10 chez les sujets violents !

En effet, il a été régulièrement retrouvé que les ados délinquants présentaient un déficit au niveau des aptitudes verbales (QI verbal peu élevé) et une différence significative entre le QI verbal et le QI performances (TEICHNER ⁽⁴⁸⁾). Cette information donne à comprendre les difficultés que peuvent avoir ces jeunes dans l'élaboration de la pensée et dans l'expression de leurs états d'âme et de leur désir. C'est ce qu'a pu confirmer une étude suisse ayant évalué les résultats scolaires des jeunes placés en CEF montraient qu'ils auraient, avant leur placement et malgré les diverses exclusions, des résultats au-dessus de la moyenne (STEPHAN ⁽¹⁾). Mais « *leur mauvaise gestion des émotions altère sensiblement l'utilisation de leurs ressources cognitives* ».

Alors, les sujets délinquants souffriraient de leur pauvreté de compétence en matière de maîtrise de la pensée et des émotions, pouvant bruyamment s'illustrer dans des conduites violentes.

1.2.1.2. *La violence des adolescents*

1.2.1.2.1. La violence comme recours légitime ?

Il est possible de classer la violence selon l'utilisation qu'en a le sujet.

C'est d'abord un mode d'expression. Derrière cette violence, se cachent l'insécurité face l'avenir ou les incertitudes relationnelles. L'agressivité peut révéler l'angoisse liée à la fragilité des liens affectifs. Les personnalités fragiles, émotionnellement labiles, expriment volontiers leurs angoisses abandonniques sur ce mode. WINNICOTT ⁽⁴⁹⁾ nous apprend que l'agression permet au sujet de lutter contre la dépression : confronté au déséquilibre de la dualité amour/haine, l'agressivité peut être un symptôme « positif » du vide dépressif qui s'immisce derrière le dépassement des mécanismes de défense. Ces dépressions anaclitiques sont constatées sur des personnalités dites « limites ».

La violence peut aussi s'avérer être un moyen de provocation, rétablissant en partie l'équilibre avec les adultes dont l'autorité, l'éloquence et les moyens de défense plus élaborés exaspèrent l'adolescent fragilisé par le deuil de sa toute-puissance infantile.

Cela peut enfin être un mode d'action, à desseins utilitaires, en tant que moyen de pression lorsque la négociation avec les détenteurs de l'autorité serait perdue d'avance.

La violence des adolescents a donc évolué dans son mode d'expression, révélant 2 phénomènes majeurs selon PETITCLERC ⁽⁵⁾ :

- la non-intégration des limites par les enfants et adolescents qui ont de plus en plus de mal à gérer l'agressivité et les frustrations. C'est ainsi que l'on peut mourir aujourd'hui sur un trottoir pour une « histoire de cœur » ou un vol de stylo... « *Se bagarrer pour ces motifs, soit, mais tuer est un phénomène nouveau !!!* » ;
- la décrédibilisation des adultes dans leur fonction de régulateur de la violence des enfants et des adolescents. « *N'a-t-on pas trop fermé les yeux sur certaines réactions de violence que l'on n'a pas cru symptomatique ?* » Certes, les évolutions culturelles ont offert une libération de certains carcans, mais au prix d'un rehaussement du seuil de tolérance aux comportements déviants : souvenons-nous que, dans les années 1950, l'école buissonnière était un des premiers signes du déséquilibre psychique de l'enfant !

L'approche psychanalytique de la violence reconnaît derrière le passage à l'acte des mouvements dépressifs. MISES ⁽⁵⁰⁾ a pu noter des phases de tristesse, d'inhibition douloureuse, de sentiment de vide et d'incomplétude, une absence de plaisir. D'après les psychanalystes, la violence est donc le résultat de l'échec de l'élaboration de la position dépressive.

Nous allons tenter de préciser les recours dont peuvent user les sujets délinquants, que l'on peut facilement classer en violence internalisée et violence externalisée.

1.2.1.2.2. Auto-agressivité

Symptôme fréquent en psychopathologie de l'adolescent, les gestes auto-vulnérants peuvent se décliner de nombreuses manières, mais sont en général médiés par un état profond d'anxiété dépassant les mécanismes de défense, quand il ne s'agit pas d'une désorganisation plus intense de la personnalité. Le corps devient donc la cible du débordement émotionnel sur un terrain fragilisé sur le plan narcissique.

Les attitudes ou les actes auto-vulnérants peuvent donc se décliner en :

- conduites ordaliques ;
- conduites addictives ;
- automutilations et scarifications ;
- troubles des conduites alimentaires ;
- tentative d'autolyse...

Ces modes de passage à l'acte ne relèvent pas des mêmes processus psychiques, arrêtons-nous sur ceux que l'on peut retrouver chez les adolescents délinquants.

1.2.1.2.2.1. *Conduites ordaliques et addictions*

Les conduites à risque chez l'adolescent sont aujourd'hui une réalité clinique qui s'accompagne d'une morbidité et d'une mortalité considérable. Beaucoup de ces prises de risque s'apparentent à ce que l'on appelle les conduites ordaliques.

CARDENAL ⁽⁵¹⁾ rappelle que l'épreuve ordalique respecte 3 paramètres constants :

- désigner un vainqueur ;
- viser un individu à travers son corps ;
- engager le risque de mort.

Pour ces 3 finalités, l'adolescent va en abuser : il obtient par le biais de cette prise de risque un sentiment de valorisation sociale, de hiérarchisation dans la vie du groupe, il ravive sa toute-puissance infantile, ou encore se confronte à sa finitude matérielle et temporelle. Le risque encouru est souvent de nature transgressive, ce qui excite sa relation à l'autorité légale et morale.

Enfin, il existe une dimension immatérielle à l'ordalie, volontiers supportée par une dépressivité de l'humeur, qui consiste à mettre sa vie et son corps à la disposition du hasard ou de Dieu.

Les conduites addictives répondent aux mêmes dynamiques. Outre les sensations fortes engendrées par l'activité ordalique, par l'excitation physiologique qu'elle génère, les substances consommées « offrent » en plus des effets psychotropes directs. Elles ouvrent la voie du Paradis artificiel et du fantasme d'immortalité, qui permet au sujet d'explorer un monde imaginaire libéré de certaines de ses angoisses.

Le caractère impulsif, avide de nouveauté et transgressif du sujet dyssocial a été largement relié aux conduites ordaliques, notamment à la toxicomanie.

1.2.1.2.2.2. Scarifications, automutilations, tentative de suicide et équivalents suicidaires

En psychiatrie de l'adolescent en particulier, il est préjudiciable de vouloir apprécier l'intentionnalité suicidaire d'un passage à l'acte auto-vulnérant. On préfère donc la notion d'équivalent suicidaire dans laquelle on inclut toutes les dynamiques psychiques et comportementales d'un individu qui conduiraient à son autodestruction si elles se poursuivaient : automutilations, toxicomanie, refus thérapeutique... Ces tentatives peuvent se suspendre spontanément, ou par l'intervention d'un tiers.

Récemment, des actes suicidaires couverts par une intention ludique sont apparus dans les cours d'écoles. Ils ne sont pas sans poser des questions sur la représentation que se font les plus jeunes de la mort ; citons par exemple le jeu du foulard. Mais ces actes ne se réfèrent pas aux mêmes processus psychiques qu'une intoxication médicamenteuse, des scarifications...

Toujours est-il que cette approche récente en matière de suicide, s'affranchissant de la prise en compte de l'intentionnalité, nous éloigne des définitions classiques de DURKHEIM ou ESQUIROL qui privilégiaient le degré de conscience ou de désir de mort pour identifier la conduite suicidaire.

En matière de suicidologie, le constat ouvre un vaste champ de réflexion puisque le ratio TS/suicide tend à augmenter. Chaque année en France, il y a 600 à 800 décès par suicide chez les 15-24 ans, pour 10 à 11.000 dans la population générale, ce qui en fait la seconde cause de mortalité après les accidents de la circulation. Le suicide n'a pas la même distribution selon le genre : le ratio des suicidés est de 3 garçons

pour 1 fille, mais le ratio des tentatives de suicide est de 1 pour 2. En effet, les garçons usent de moyens létaux tels que les armes à feu ou la pendaison ; les filles font des phlébotomies, ou utilisent des médicaments. Les intoxications médicamenteuses volontaires représentent au total 80 à 90 % des méthodes utilisées (*in* RAYNAUD & OLLIAC ⁽⁵²⁾).

Le recours à l'acte suicidaire deviendrait donc un mode d'expression de l'impasse émotionnelle dans laquelle le sujet se trouve à l'instant *t*. Même si le mode de l'acte n'apparaît pas léthifère, l'intentionnalité existait très certainement, quelle que soit la représentation qu'avait le suicidant de la mort. Il est donc primordial de juger avec précaution les propos de celui qui, ado en particulier, affirme quelques heures après le passage à l'acte : « je savais que je n'allais pas mourir ! ».

MARCELLI nous a amené à l'évoquer plus haut, le marquage du corps est une étape de l'adolescence. Mais lorsque les scarifications se répètent ou échappent à un cadre rituel, elles font écho à des processus psychopathologiques. En général, elles permettent d'exorciser une angoisse en la rendant visible, et moins douloureuse que celle intériorisée. C'est aussi une confrontation à l'épreuve du temps, puisque la cicatrice laissée pourra rappeler une existence passée... Chez l'adolescent, l'automutilation est rarement évocatrice d'une pathologie psychotique, mais exprime certainement la faiblesse des voies de la mentalisation ou de la sublimation. Entre son « nouveau » corps, dont il ne supporte pas qu'on approche, et sa détresse narcissique, le sujet est embarqué dans des turbulences : « *le corps ne trouve pas la scène ou le récit pour se produire comme événement pour autrui, pour se convertir en lieu des parures, des promesses, des mascarades déjouables et des échanges possibles* » (DOUVILLE ⁽⁵³⁾).

La scarification répond donc, plus que le tatouage, à des symptômes pathologiques. Le *tatoo* relève quant à lui d'une analyse largement anthropologique. Rappelons simplement qu'il peut intégrer un cadre rituel ou anxiolytique chez des sujets marginaux, des prisonniers, au-delà des intentions esthétiques communément admises.

Si les conduites auto-agressives sont modérément fréquentes chez les sujets dyssociaux, ce n'est pas le cas de la violence hétéro-agressive.

1.2.1.2.3. Hétéro-agressivité

Le psychanalyste BALIER ⁽⁵⁴⁾ explique que « *l'agressivité est au centre du passage à l'acte puisque par définition il résulte d'une incapacité à supporter la tension inhérente au respect du principe de réalité, ce qui inclut l'égard pour l'objet.* » L'agressivité va donc résulter de la combinaison d'une forte excitation et d'une frustration grave, pour se décharger sur des biens ou des personnes.

1.2.1.2.3.1. Violence contre les sujets

Cette agressivité tournée vers un individu engage généralement un mouvement affectif dans lequel la victime a une place. Celle-ci peut être, pour des raisons généralement justifiées, la cause de la frustration grave du sujet violent. Au départ, le pont reliant les 2 sujets est souvent matériel. Le sujet violent peut par exemple ne pas supporter qu'on lui refuse un bien, alors même qu'il n'en est pas propriétaire. Le passage à l'acte survient donc dans une dynamique de vengeance, de jalousie.

La personnalité du sujet violent se révèle donc mal structurée, marquée par l'inefficacité des stratégies de coping et de gestion des frustrations, par l'absence d'intégration des limites de son champ de liberté, par l'inexistence de la représentation symbolique d'Autrui, de ses émotions et de ses biens.

Chez l'adolescent isolé, l'événement déclencheur est souvent très rapproché du passage à l'acte : il n'y a pas réellement de prodrome. Par contre, sous l'effet du groupe, on peut retrouver des actes beaucoup plus organisés.

A l'extrême, l'homicide révèle toujours, selon M. BRIGUET-LAMARRE citée par De AJURIAGUERRA ⁽²⁸⁾, la même réalité complexe : « *d'une part une immaturité qui découle des expériences précoces et empêche le meurtrier de parvenir à un concept clair et cohérent de la mort, d'autre part des expériences ultérieures de la mort, de la séparation ou de l'abandon* ». Souvent, on retrouve un mobil matériel à l'homicide, mais parfois aucun motif valable n'est retrouvé : « *il y a donc, semble-t-il, pour ces adolescents un besoin d'anéantir, un besoin de détruire l'objet, de libérer une tension par cette destruction.* »

Ces passages à l'acte marqués par la violence sont en tout cas synonymes d'une grande précarité de l'organisation de la personnalité, ayant recours à des stratégies de défense très archaïques. C'est aussi le cas dans la violence exercée sur les biens.

1.2.1.2.3.2. *Violence contre les biens et la société*

Cette violence matérielle préoccupe parce qu'elle opère de manière beaucoup plus fréquente comme un des modes d'expression principaux de l'adolescent difficile. Répondant à une personnalité impulsive et une immaturité affective, cette agressivité est fréquente chez les enfants ayant souffert de carences affectives précoces. D'autre part, elle constitue spontanément un mode de revendication, comme une vengeance des frustrations que nous impose la société.

La description de la violence des adolescents nous précipite donc dans la question des défaillances en matière de stratégies de gestion émotionnelle, notamment dans la perspective de la socialisation.

1.2.1.3. *Les dimensions psychologiques défaillantes des adolescents délinquants*

En 1972, WINNICOTT⁽⁵⁵⁾ évoquait clairement le lien entre la délinquance infantile et la déprivation de la vie familiale. Il expliquait l'intérêt de leur apporter de « *l'amour et des doses progressives de liberté* » ! Sinon, ces carences affectives précoces se répercuteront à l'adolescence, et « *ils nous forceront à leur fournir la stabilité sous la forme d'une école de redressement ou, en dernier lieu, sous celle que représentent les quatre murs d'une prison* ».

Dans un autre article⁽⁵⁶⁾, il insiste sur le fait que l'acte antisocial exprime un « espoir ».

Il reprend aussi les thèses de John BOWLBY qui précise que cette déprivation est d'autant plus traumatisante qu'elle survient dans les 2 premières années de vie : « *lorsqu'il y a une tendance antisociale, c'est qu'il y a eu une véritable déprivation ;*

[...] 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 ».

Les enfants carencés d'affects sont à risque d'adopter des fonctionnements dyssociaux. Sont donc impliqués les mouvements affectifs transférentiels, et donc les voies de la socialisation. Or, nombre d'émotions impliquent l'Autre dans la vie psychique d'un individu : la sollicitude, l'empathie, la culpabilité...qui pourraient se révéler défailtantes chez les sujet délinquants.

L'objet de notre étude porte donc sur l'analyse de ces dimensions du fonctionnement psychique : exposé à un stress, quels mécanismes sont utilisés par les adolescents délinquants en particulier ? Mais arrêtons-nous d'abord sur ces compétences peu efficaces dans l'espace psychique du sujet aux « tendances antisociales ».

1.2.1.3.1. Culpabilité et sollicitude

Angoisse liée à l'ambivalence portée sur un objet que l'on veut préserver et détruire, cette culpabilité est aussi corrélée à la « *tolérance de l'existence des impulsions destructrices dans l'amour primitif* ». Ceci permet au sujet d'élaborer des mécanismes de réparation (« *salir...puis nettoyer* »). (WINNICOTT ^{(57),(58)})

Concernant les enfants délinquants, ce même auteur pense qu'il est abusif de considérer qu'ils n'ont aucun sentiment de culpabilité. Un besoin d'aide sournois aurait pu être décelé avant la mise en acte de la recherche de bénéfices secondaires. « *On a beaucoup trop exigé de l'enfant et les défenses du moi se sont effondrées* », un « *schéma de défense de qualité inférieure* » s'est mis en place : le sujet ne saurait se remettre en question de peur de s'exposer à ses incapacités et son incomplétude. La projection et l'agressivité préservent de la culpabilité.

D'autre part, la culpabilité fait défaut aussi lorsqu'il s'agit de reconnaître la nocivité des passages à l'acte, lesquels sont « justifiés » à travers des mécanismes projectifs, ce qui révèle un manque d'introspection.

Ensuite, la sollicitude se définit comme la face « positive » de la culpabilité. Dans un article intitulé *Elaboration de la capacité de sollicitude* ⁽⁵⁷⁾, Winnicott explique que « l'absence de réparation conduit à une perte de la capacité de sollicitude : elle est remplacée par des formes primitives de culpabilité et d'angoisse ». Mais dès qu'elle apparaît, « l'individu se sent alors concerné, impliqué [...] il accepte une responsabilité ». Cette notion est fondamentale dans l'aménagement des mesures punitives que l'on imposera au sujet délinquant : réparer ravive l'intérêt porté aux objets et aux autres ; c'est la première étape de la culpabilité, laquelle doit amener à remettre en question ses agissements.

1.2.1.3.2. Empathie

Ce terme a été utilisé pour la première fois par LIPPS ⁽⁵⁹⁾ en 1903 pour désigner la « capacité de saisir de l'intérieur » (*Einfühlung*). L'empathie est un mécanisme au départ conçu comme un « miroir » de l'émotion de l'autre (peur, plaisir...). Mais, TISSERON ⁽⁶⁰⁾ nous rappelle qu'il est indispensable que le sujet soit en mesure de reconnaître l'émotion ressentie en lui-même comme un écho de celle du sujet en vis-à-vis. S'il n'est pas conscient de ce lien, on parlera plutôt de « contagion émotionnelle ».

Toutefois, sur le plan psychopathologique, il est peu probable qu'existe un dénominateur commun entre le manque d'empathie rencontré dans les pathologies autistiques, les troubles de personnalité narcissiques, ou chez les alexithymiques. Ces 2 derniers tableaux cliniques pourraient concerner les sujets délinquants qui nous intéressent dans ce travail.

L'attitude empathique suggère donc que l'Autre ait une place à part entière dans le champ des représentations symboliques d'un sujet. Par là-même, doit être appréhendée la distinction « Soi/Autre », ce qui a permis à FAVRE ⁽⁶¹⁾ de rassembler plusieurs caractéristiques de l'empathie : « le souci (« sympathique ») de l'autre, la conscience que les émotions ressenties sont celles de l'autre, la conscience que l'autre a des états internes différents des siens propres, la conscience de la situation

de l'autre, le degré d'activité cognitive, le caractère intentionnel de l'attitude empathique, l'intensité plus faible des émotions de nature empathique. »

L'empathie est corrélée négativement et spécifiquement aux comportements violents. Grâce au test *Coupure par rapport aux émotions-Empathie-Contagion* (CEC), il a été montré que les garçons adolescents « violents » ne mentionnaient pas de ressentis ou d'émotions en situation de frustration, comparativement aux sujets « contrôles » et aux adolescentes. (FAVRE ⁽⁶²⁾)

1.2.1.3.3. Intelligence émotionnelle

Cette association terminologique relève de l'oxymore ! Pourtant, l'Homme a toujours été conduit à adopter 2 « niveaux de fonctionnement » différents. Marc AURELE ⁽⁶³⁾ disait déjà : « *Ne laisse aucune émotion de la chair, qu'elle soit de douleur ou de plaisir, affecter la partie suprême et souveraine de l'âme, c'est-à-dire la raison. Assure-toi qu'elles n'interagissent pas : la raison doit se limiter au domaine qui est le sien et confiner les émotions à leur territoire propre* ». Les champs de l'intelligence cognitive, sous-tendue par la raison, et de l'émotion peuvent donc se distinguer.

C'est autour de 1920 que le behavioriste THORNDIKE développât le concept d'intelligence sociale ; ceci fût le support d'une notion plus utilisée en psychopathologie, l'Intelligence Emotionnelle (IE), définie par SALOVEY et MAYER⁽⁶⁴⁾ dans les années 1990. L'idée était notamment d'échapper au cadre restrictif de la mesure du Quotient Intellectuel, afin d'éclairer l'analyse du fonctionnement de l'individu à la lumière de ses capacités de gestion émotionnelle.

L'IE étant associée à la notion d'empathie, les sujets à traits psychopathiques ont une altération des compétences dans ce domaine. BAR-ON est le premier auteur à avoir validé une échelle d'IE pour adulte. Le psychologue canadien STEINER ⁽⁶⁵⁾ a préféré « mesurer » ce champ de compétences sous l'angle d'un quotient émotionnel. Cette évaluation permettrait de situer le sujet sur une échelle de discernement émotionnel :

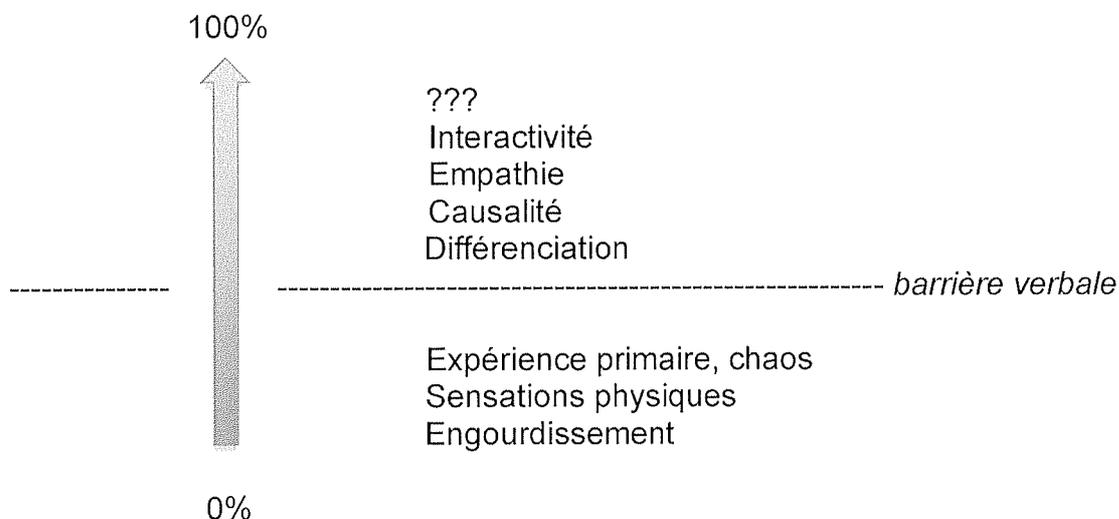


Illustration 1 : Echelle de discernement émotionnel de STEINER

On peut donc observer qu'une « barrière » dans les compétences en matière de discernement émotionnel est figurée par les capacités de verbalisation. Aussi l'empathie nécessiterait un bon niveau d' « alphabétisation émotionnelle », alors qu'un « engourdissement » répondrait à l'entité clinique « alexithymie ».

Les sujets à tendances dyssociales souffrent de cette « mauvaise alphabétisation ». Leur incapacité à décrire leurs émotions donne lieu à des confusions quant à l'origine de cette émotion. HARE ⁽³⁶⁾ explique : « *Psychopaths seem to suffer a kind of emotional poverty that limits the range and depth of their feelings. [...] Sometimes they claim to experience strong emotions but are unable to describe the subtleties of various affective states* ».

L'intelligence émotionnelle est donc directement liée aux capacités langagières, lesquelles permettent d'élaborer, d'affiner et d'exprimer les subtilités des émotions ressenties. Apparaît donc l'idée que le niveau d' « alphabétisation émotionnelle » dépend d'un niveau plus simplement linguistique, comme si avant d'exprimer une émotion il fallait pouvoir se la représenter, la penser.

Au travers de ce concept d'IE, on entrevoit un continuum dans les stratégies de gestion émotionnelle, ce qui rend souvent difficile les analyses psychopathologiques, mais limite aussi l'intérêt d'une vision manichéenne de la psychiatrie.

1.2.2. Du trouble des conduites à la psychopathie : des symptômes souvent à la frontière de la pathologie psychiatrique

A quel moment le symptôme devient-il pathologique ? Est-on capable de dire si la scarification relève du marquage du corps ou d'un geste auto-vulnérant ? Sait-on reconnaître un passage à l'acte délictueux comme une revendication ou une détresse narcissique ?

Nous avons développé les moyens qu'offre la clinique psychiatrique pour tenter d'y répondre. Essayons de parcourir brièvement l'histoire, la littérature et la recherche scientifique psychiatriques traitant de cette entité clinique fortement corrélée à la délinquance : la psychopathie.

1.2.2.1. Une histoire passionnée

1.2.2.1.1. Rappels historiques

Les comportements symptomatiques qui nous intéressent dans ce travail sont regroupés sous la terminologie assez vague des « troubles des conduites ». L'angle de vue psychiatrique fait *a priori* référence à des phénomènes pathologiques. Dans le *Manuel alphabétique de psychiatrie* de POROT ⁽⁶⁶⁾, paru en 1955, la signification du terme de *conduite* n'est pas différente de celle de *comportement*, « *bien qu'y soient plus fréquentes des connotations morales* ». Cette seule phrase résume toute la difficulté de définir, et donc d'analyser et traiter le « trouble des conduites », non seulement à l'interface mais à l'intersection de la psychiatrie et de la justice, entre soin et réparation, entre l'hôpital et la prison.

L'histoire de la psychiatrie se mêle à celle de la justice, de la morale, et de la théologie. Le déséquilibre psychique est un terme français, héritier de la théorie des dégénérescences de MOREL (1857). D'abord considéré comme le support de l'aliénation, le déséquilibre psychique est devenu une entité clinique au milieu du XX^{ème} siècle.

MAGNAN, à la fin du XIX^{ème} siècle, proposait une approche organiciste du déséquilibre de l'intelligence, en suggérant l'existence d'une asynergie entre les centres nerveux pouvant causer des niveaux de handicap divers : idiotie, débilité,

puis dégénérés supérieurs qui correspondent aux descriptions cliniques des personnalités psychopathiques d'aujourd'hui. Sous l'influence culturelle de l'époque, les « fous moraux » étaient des déséquilibrés de la sensibilité. Enfin, les « impulsifs » qualifiaient les déséquilibrés de la volonté (d'après DENIKER ⁽⁶⁷⁾).

Dans les années 1960, CLECKLEY et CRAFT ont fait évoluer la notion de « *moral insanity* » pour définir le cadre des personnalités psychopathiques. Sous le vocable « sociopathiques », la 1^{ère} édition du DSM regroupaient les toxicomanies, les déviations sexuelles, les réactions antisociales et dyssociales.

Les descriptions cliniques insistent sur le caractère labile, impulsif, inaffectif, égocentrique, peu scrupuleux du sujet psychopathe. Cette pauvreté des stratégies de gestion émotionnelle peut se révéler chez l'enfant au travers des conduites déviantes, vis à vis desquelles August AICHHORN préférait être prudent. A l'origine de ce qui est devenu la psycho-éducation, il écrivait en 1925 ⁽⁶⁸⁾ que « *chaque enfant est d'abord un être asocial qui recherche avant tout la satisfaction immédiate de ses besoins instinctuels, sans considération pour le monde alentour. Ce comportement, normal pour un jeune enfant, est considéré comme asocial ou dyssocial chez un adulte. C'est aux adultes d'apprendre aux enfants, qui sont tous dyssociaux de naissance, à s'adapter aux demandes de la société* ».

Il semble donc exister des angles de vue complémentaires, mais les spécialistes de la psychopathie ont alimenté la littérature de descriptions et termes qui revendiquaient tous une légitimité.

1.2.2.1.2. Des querelles terminologiques

Si l'on relit certaines descriptions classiques de la psychopathie, on se rend bien compte de l'extrême proximité sémiologique entre plusieurs terminologies : déséquilibre caractériel, troubles des conduites, personnalité psychopathique... Or, la clinique psychiatrique a probablement peu évolué dans le temps, mais la grille de lecture culturelle a toutefois déplacé la marge de tolérance aux symptômes. Il est donc intéressant de constater la proximité des descriptions cliniques proposées par

des Américains et des Français au milieu du XX^{ème} siècle, puis par l'INSERM en ce début de XIX^{ème} siècle.

De AJURIAGUERRA ⁽³²⁾ rapporte les comptes rendus des tables rondes tenues en 1950-1952, présidées par KARPMAN, et auxquelles ont participé un certain nombre de pédopsychiatres américains. L'enfant psychopathe y est décrit comme ne pouvant être *« classé dans le cadre des névroses, ni dans celui des psychoses, ni dans celui de la débilité mentale, et qui se caractérise par une mauvaise organisation du Moi, une faiblesse du Surmoi entraînant un certain nombre de dérèglements : manque de capacités de relations positives, difficultés dans le processus d'identification, incapacité d'individuation, incapacité d'investir les relations et les pensées de sentiments et de signification, absence de conflits intrapsychiques avec capacité limitée à éprouver de l'anxiété ou de la culpabilité, caractéristiques superficielles du matériel fantasmatique inconscient, incapacité de conceptualiser ou de planifier dans le temps et de bénéficier des expériences passées ou d'être motivé par un but futur, réactions répétitives non modifiées par une expérience malheureuse, réactions immédiates aux stimuli, comportements non organisés avec recherche d'une gratification immédiate, comportements hyperactifs et destructeurs ne répondant pas à une hostilité définie mais se présentant comme des impulsions diffuses mal organisées, un certain mélange de passivité et de suggestibilité avec possibilité de passage immédiat à l'acte. »*

En France, BUGE ⁽⁶⁹⁾ préfère évoquer le déséquilibre caractériel : dans l'enfance, *« le futur déséquilibré est un enfant difficile, opposant, rétif, mais aussi impressionnable et émotif. Son instabilité est remarquablement précoce. Les résultats scolaires ne correspondent pas aux possibilités intellectuelles. Des états d'exaltation ou d'apathie se succèdent rapidement sans motif précis. Des incidents éclatent : fugues, école buissonnière, punitions anormalement fréquentes, mensonges, bagarres, petits larcins. La turbulence et l'instabilité sont souvent sous-tendues par une attitude de revendication affective constante. Les enfants ont l'impression d'être mal-aimés et tous leurs actes semblent solliciter en permanence l'attention de l'entourage ».*

Pour compléter ces descriptions cliniques, évoquons un récent rapport de l'INSERM⁽⁷⁰⁾ sur les troubles des conduites. Les symptômes décrits font significativement écho aux descriptions ci-dessus ! Les sujets présentant des troubles des conduites « *manifestent en général peu d'empathie et peu de sollicitude envers autrui. Dans les situations ambiguës, ils interprètent souvent à tort les intentions des autres comme hostiles et menaçantes et réagissent avec une agressivité qu'ils considèrent justifiée. Ils peuvent être durs, sans remords ni culpabilité. Ils dénoncent facilement les autres ou essayent d'attribuer leurs méfaits à d'autres. On note souvent également une faible tolérance à la frustration, une irascibilité, des accès de colère, des imprudences avec des conduites dangereuses, à risque d'accidents.* »

Que l'on évoque donc la question sous la terminologie de « *enfant psychopathe* », de « *déséquilibre caractériel* », ou de « *troubles des conduites* », il ne semble pas que cela aide aux compréhensions étiopathogéniques ni aux approches thérapeutiques ! Retenons simplement que les troubles des conduites pourraient se référer à quelques symptômes d'un état plus général tendant vers la dyssocialité.

Par contre, si l'intérêt d'une prise en charge précoce est d'infléchir une évolution pathologique, elle sera largement en rapport avec les marges de tolérances culturelles, morales et légales. En effet, le cadre de ces conduites varie dans le temps et l'espace, selon la culture, mais conservons quelques symptômes qui sauront alerter :

- instabilité psychomotrice et affective ;
- prise de risques inconsidérés ;
- intolérance aux contraintes, insoumission aux obligations matérielles ou morales, déni des règles sociales ;
- fonctionnement défensif, ou bien projectif et hostile, sans aptitude à l'introspection, à la remise en cause ;
- négligence de l'espace et des vécus affectifs d'autrui ;
- tendance à l'agir, prédominance de l'impulsivité, de l'intuition, et de l'immédiateté sur la tempérance, la sérénité, et l'anticipation ;
- répétition des échecs, défaut d'influence des sanctions ou manque de bénéfices tirés de l'expérience.

Nous avons essayé de préciser la psychopathologie de l'enfant délinquant en la situant dans une histoire, arrêtons-nous maintenant sur les hypothèses étiopathogéniques des troubles des conduites.

1.2.2.2. *Etiopathogénie*

1.2.2.2.1. L'environnement éducatif

Les troubles des conduites précoces sont fortement corrélées aux conduites dyssociales ultérieures. L'hypothèse psychogène insiste sur les 2 premières années de vie en évoquant les liens affectifs et la contribution systémique dans la genèse de ces troubles par le biais de :

- carences affectives précoces ;
- séparation de la mère, ou attitudes inconsistantes de celle-ci (changeante ou imprévisible) ;
- absence de l'autorité paternelle ;
- réactions secondaires des parents face à des symptômes d'hostilité précoce : peur, charme, contre-investissement affectif...

Dans les premières années de vie, la relation mère-enfant a été ciblée spécifiquement. Puis, dans l'enfance et l'adolescence, les antécédents paternels et le comportement du père sont très impliqués dans l'émergence des troubles du comportement. GUEDENEY ⁽⁷¹⁾, dans le rapport de la HAS sur la psychopathie, nous rappelle que le lien est lourd et manifeste entre « *l'alcoolisme paternel et les troubles de conduites chez les fils, et entre les troubles antisociaux paternels et ceux du fils, ce qui est bien classique. Des études récentes montrent bien d'ailleurs que si on a un père psychopathe, il vaut mieux pour les enfants qu'il soit un père absent.* »

A l'inverse, CATHELIN ⁽⁷²⁾ évoque certains paramètres comme protecteurs : une organisation familiale cohérente, la possibilité de s'appuyer sur un groupe de pairs bien intégrés socialement, des communautés soutenantes...

1.2.2.2. Les approches constitutionnalistes

Les approches constitutionnalistes évoquent aussi les premières années de vie, en précisant qu'elles révèlent de manière assez fiable les traits de la personnalité. KEENAN ⁽⁷³⁾ explique : « *the most common symptoms were starting fights, bullying ans using objects to hurt others. [...] Agression observed at 18 months was significantly correlated with DSM-III-R externalizing disorders at age 5.* »

Dès les premières années de vie, le caractère de l'enfant est confronté au milieu éducatif où il doit élaborer ses capacités de gestion émotionnelle, ébaucher ses stratégies de *coping*. On peut retrouver dans ce compromis singulier que constituent l'enfant et son environnement des moyens de prévenir l'apparition de symptômes d'une émotionnalité pathologique, laquelle sera exacerbée à l'adolescence, notamment à la faveur de conduites dyssociales.

Pour autant, on ne peut préjuger de l'étiopathogénie de ces conduites uniquement au travers d'une interaction parents-enfant défailante ! La conclusion de KEENAN est à ce titre évasive : « *current data on parenting indicates that a child is at greater risk of developping aggressive behaviour when his or her caregiver responds in developmentally inappropriate ways* » ; en effet, il serait utile de préciser alors quelles sont les « voies appropriées » en matière éducative... Le rapport de l'INSERM ⁽⁷⁰⁾ sur les troubles des conduites prévient que « *le trouble des conduites pourrait être la conséquence d'une incompatibilité entre le tempérament de l'enfant (impulsivité, faibles capacités d'inhibition) et les exigences de son entourage se manifestant par un style éducatif inadapté (permissif, coercitif...)* ».

1.2.2.3. Approches scientifiques

1.2.2.3.1. Hypothèses neurologiques et neuro-développementales

Les circuits neuronaux d'expression et de reconnaissance des émotions on été assez bien identifiés. Ils sont distribués au sein du cortex et des régions sous-corticales incluant l'amygdale, le cortex temporal, cingulaire, orbito-frontal, l'insula et les ganglions de la base. Il n'existe pas un système neurologique unique pour

l'ensemble des émotions : la perception des émotions implique un pattern complexe d'activation et de désactivation au sein de structures distinctes selon le type d'émotion.

Comme nous l'explique DECETY ⁽⁷⁴⁾, les patients qui ont une lésion bilatérale de l'amygdale éprouvent des difficultés pour reconnaître des expressions faciales de peur et parfois de colère, mais ils ont peu de problèmes avec les expressions de joie, de tristesse ou de dégoût. Il propose en modèle schématique du traitement de l'information émotionnelle :

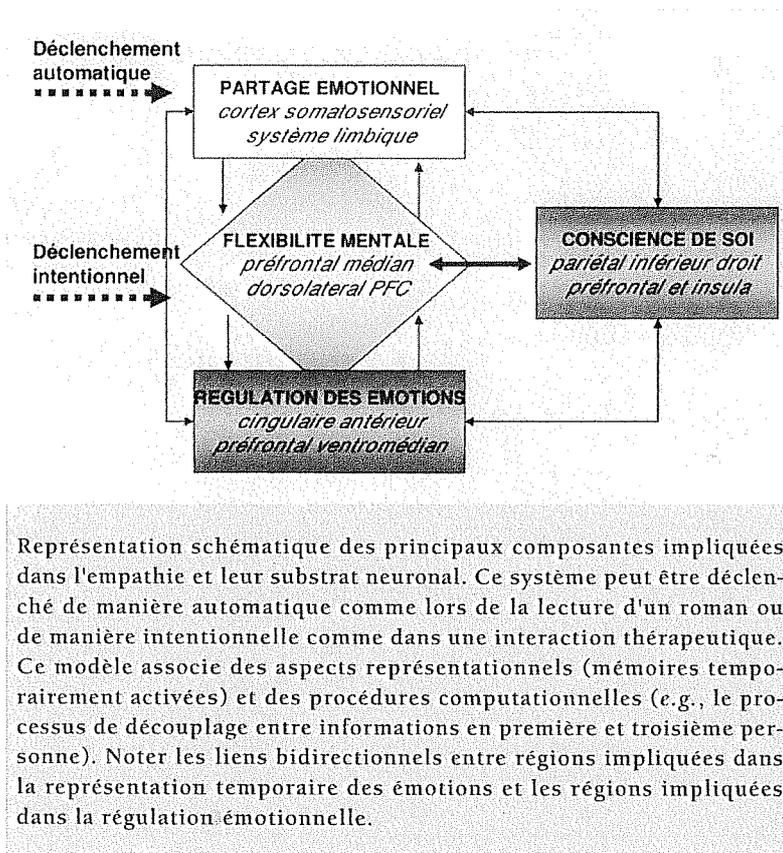


Illustration 2 : Traitement de l'information émotionnelle, d'après DECETY (2005)

1.2.2.2.3.1.1. Imagerie cérébrale

Le paléo-cerveau est reconnu donc comme le siège des émotions, mais « supervisé » par le néocortex. Les réseaux neurologiques de traitement des émotions ont-ils été identifiés ?

1.2.2.2.3.1.1.1. Réception et gestion des émotions

Une étude en IRM fonctionnelle (MARSH ⁽⁷⁵⁾) a pu démontrer que les enfants et adolescents présentant une symptomatologie de troubles des conduites (TC) ou des traits de personnalité psychopathiques avaient une réponse émotionnelle inférieure aux sujets souffrant d'un Trouble Déficitaire de l'Attention-Hyperactivité (TDAH) et aux sujets sains. En exposant ces sujets à diverses photographies d'émotions faciales, il s'est avéré que l'amygdale était significativement moins activée dans le groupe des cas étudiés : face aux visages arborant une émotion neutre ou de peur, les sujets « TC » ne semblaient pas mobiliser les sites cérébraux de traitement des affects. Cela concerne aussi les voies de connexion avec le lobe préfrontal ventro-médial.

Par contre, cette étude suggère que :

- il n'existe aucune différence au niveau des sites précédemment évoqués entre les sujets « TDAH » et les « contrôles-sains » ; les distinctions entre ces 2 groupes concerneraient plutôt le réseau fronto-pariétal et fronto-strié ;
- les sujets « TDAH » se montreraient plus réceptifs aux émotions de colère par rapport aux sujets « TC », activant plus spécifiquement les régions du cortex cingulaire frontal et postérieur.

Les lobes préfrontaux assurent un rôle de filtre vis à vis des émotions, mais aussi une fonction de synthèse entre les différentes zones cérébrales en lien avec les organes neuro-sensoriels et les structures supérieures de l'intelligence. Une étude récente sur l'intelligence émotionnelle (KRUEGER & coll. ⁽⁷⁶⁾, cf *illustration 3*) a confirmé que certaines zones du cortex préfrontal étaient dévolues à des missions spécifiques : « *strategic emotional intelligence* » au niveau du lobe ventro-médial, « *experiential emotional intelligence* ». En d'autres termes, des lésions des zones inférieures du lobe frontal donnent lieu à une pauvreté des mouvements affectifs intersubjectifs et des capacités perceptives : « *vmPFC damage results in social incompetence, diminished sensitivity to socially relevant stimuli and situational nuances, problems in interpersonal interactions, and abnormal changes in mood and personality* » ; tandis que des lésions dorso-latérales touchent plus les capacités de synthèse des messages émotionnels et la mentalisation : « *enable people to*

orchestrate their thoughts and actions in concert with their intentions to support goal-directed social-emotional behavior ».

A

Experiential EI

Indicate how much of each emotion is present in this picture:

Emotion	Not Much				Very Much
Happiness	1	2	3	4	5
Fear	1	2	3	4	5
Sadness	1	2	3	4	5
Surprise	1	2	3	4	5



Strategic EI

Tom felt anxious and became a bit stressed when he thought about all the work he needed to do. When his supervisor brought him an additional project, he felt _____. (Select the best choice.)

a) Overwhelmed, b) Depressed, c) Ashamed, d) Self Conscious

Illustration 3 : Tests d'évaluation de l'intelligence émotionnelle, d'après KRUEGER & coll. (2009)

1.2.2.2.3.1.1.2. Empathie

Dans le cadre de la recherche sur la théorie de l'esprit, la neuro-imagerie a pu mettre en évidence des structures nerveuses corticales différentes selon que la perspective adoptée par un sujet est personnelle ou celle d'une autre personne.

Les lobes frontaux jouent le rôle d'inhibition du fonctionnement automatique qui donne priorité à la perspective personnelle. Le monde animal fonctionne justement sur le mode de la « contagion émotionnelle », faute de pouvoir filtrer ou nuancer les messages émotionnels émanant d'autrui. Cette compétence est aussi nécessaire pour pouvoir adopter la perspective de l'autre, en ce sens où il devient possible de savoir si l'émotion ressentie est la sienne ou celle d'un tiers. La conséquence est donc la capacité, consciente et maîtrisable, de s'intéresser et reconnaître les

émotions d'autrui sans qu'elles soient vécues intensément : c'est la différence entre la contagion émotionnelle et l'empathie, que nous avons évoquées plus haut. Ce processus de découplage est un aspect central de la version théorique de la mentalisation. DECETY rappelle que celle-ci fait intervenir un nombre restreint de régions cérébrales dominantes dans l'hémisphère droit, qui incluent le cortex préfrontal médian/paracingulaire et la jonction temporo-pariétale de l'hémisphère droit. D'autres études ont pu montrer que des sujets cérébro-lésés de l'hémisphère droit présentent une altération des compétences spécifiques selon la zone détériorée :

- troubles de l'expression des émotions, aboulie, apathie dans les atteintes du cortex préfrontal dorso-latéral et médian ;
- trouble du ressenti émotionnel sans altération des capacités à exprimer les émotions d'autrui dans les atteintes du cortex orbito-frontal...

Enfin, on peut rappeler que les sujets psychopathes manquent de compétences en matière d'empathie, comme provenant d'une difficulté à ressentir (aux niveaux physiologique et subjectif) l'état émotionnel d'autrui et plus particulièrement les expressions de tristesse et de peur. Un dysfonctionnement de l'amygdale au cours du développement pourrait en partie rendre compte de ces déficits émotionnels. En revanche ces personnes ne sont pas spécialement déficitaires dans les capacités exécutives et réussissent assez bien les épreuves de théorie de l'esprit. Dans une perspective plus clinique, on comprend mieux pourquoi les sujets psychopathes maîtrisent assez bien les codes de la communication affective et peuvent, dans les premiers temps et jusqu'à frustration, se montrer charmeurs, manipulateurs, voire sensibles.

1.2.2.2.3.1.2. *Neuro-physiologie*

Les mesures électro-corticales comportent l'étude du tracé encéphalographique de repos et après stimulation visuelle, ainsi que la mesure de la CNV (vitesse de conduction nerveuse dans la mesure des potentiels évoqués). L'Encyclopédie Médico-chirurgicale évoque brièvement un travail de VERDEAUX de 1963 qui montrait des anomalies fonctionnelles des rythmes, notamment dans la région

frontale, sans anomalies spécifiques et sans foyers. « *Les études plus récentes retiennent aussi des conclusions de dysfonctionnement frontal ou préfrontal gauche mais aussi limbique, par la mise en évidence de la diminution du P300* ».

Cette approche électro-physiologique offre cependant peu d'avancée scientifique. Elle ne trouve pas d'intérêt en pratique clinique si ce n'est en matière d'évaluation prédictive et thérapeutique.

1.2.2.2.3.1.3. *Neurobiologie et pharmacologie*

Le repérage, par la neuro-imagerie, des zones cérébrales qui présentent des modifications d'activité permet d'identifier les circuits neuronaux impliqués dans des manifestations comportementales impulsives, agressives et violentes. En particulier, les circuits dopaminergiques et sérotoninergiques ainsi identifiés permettent de mieux appréhender les effets neurobiologiques des interventions psychosociales ou pharmacologiques chez les sujets. Le cortex préfrontal et ses connections sont les principales cibles. Leur développement est sous la dépendance de paramètres multiples, génétiques et environnementaux. C'est la dernière région à se différencier à l'adolescence, ce qui rend ces sujets d'autant plus fragiles vis à vis des toxiques et autres psychotropes.

L'hypothèse est émise que des altérations fonctionnelles dans cette région pourraient être impliquées dans le développement du trouble des conduites. Certaines études tendent à montrer qu'une hyposérotoninergie serait impliquée dans l'instabilité affective et l'impulsivité, en particulier au niveau des cortex cingulaire antérieur et orbito-frontal où l'on trouve une forte densité de certains récepteurs de la sérotonine, donnant lieu à une moindre capacité des efférences corticales à inhiber les structures sous-corticales responsables du passage à l'acte agressif.

TIIHONEN & coll. ⁽⁷⁷⁾ ont utilisé le SPECT (*Single Photon Emission Computed Tomography*) afin d'évaluer le lien entre la densité de transporteur de la sérotonine et le degré d'agressivité chez des cohortes de criminels, de sujets alcooliques non agressifs, et des sujets sains. Les auteurs rapportent que le transporteur de la sérotonine chez les criminels est inférieur au niveau mésencéphalique en occipital et

dans les régions frontales médianes, en comparaison au groupe alcoolique sans agressivité et au groupe témoin.

Enfin, SODERSTROM & coll.⁽⁷⁸⁾ rapportent que les traits psychopathiques sont associés à une modification de l'activité du système dopaminergique possiblement en raison d'une anomalie sérotoninergique.

1.2.2.2.3.2. Hypothèses métaboliques et endocriniennes

1.2.2.2.3.2.1. Axe corticotrope

La piste d'une dérégulation de l'axe corticotrope fait l'objet de nombreuses recherches. Une relation significative a été observée entre le faible niveau de la cortisolémie et les comportements agressifs.

VAN GOOZEN & coll.⁽⁷⁹⁾ ont observé que le niveau de cortisol salivaire était inférieur chez des enfants avec trouble oppositionnel comparé au groupe contrôle. Après avoir séparé les groupes selon le niveau d'anxiété (facteur médiateur dans la réponse au cortisol), les auteurs rapportent que l'augmentation du cortisol associée au stress était plus forte chez les enfants avec beaucoup de comportements externalisant et chez les enfants très anxieux.

Une autre étude s'intéressant à l'intelligence émotionnelle (IE) (MIKOLAJCZAK & coll.⁽⁸⁰⁾), concept inversement relié à l'alexithymie, a montré une corrélation négative à la cortisolémie. L'étude consistait à mesurer les taux salivaires de cortisol et leurs évolutions lorsque le sujet était soumis à un stress (examen, discours en public...). Le résultat révélait un taux basal inférieur, mais une réactivité parallèle, chez les sujets à forts traits élevés d'IE. L'hypothèse explicative émise était donc que les sujets bénéficiant de leurs bonnes compétences d'intelligence émotionnelle anticipaient « mieux » les épreuves. Cette étude avait toutefois sélectionné une population peu représentative : les sujets étaient des étudiants, non-fumeurs... On peut raisonnablement penser que les sujets délinquants de notre étude n'aient pas ce profil.

La confrontation de ces 2 études met en suspens les conclusions sur les liens entre la cortisolémie, les troubles des conduites et l'intelligence émotionnelle. Ces 2 groupes auraient un taux de cortisol basal faible...alors même que nous retrouvons des relations symptomatiques inverses à l'analyse clinique. Nous pouvons simplement opter pour une partie de la conclusion de la seconde étude : « *trait EI moderates psychological and (self-reported) somatic resistance to chronic stressors.* »

1.2.2.2.3.2.2. Métabolisme des androgènes

Des études conduites auprès de criminels et d'alcooliques agressifs ont démontré une relation positive entre le niveau de testostérone plasmatique et salivaire et le niveau de violence (STALENHEIM ⁽⁸¹⁾). Ceci serait confirmé chez des adolescents masculins présentant des comportements externalisant persistants, à risques de comportements antisociaux ainsi que chez des garçons pré-pubères présentant des troubles des conduites (VAN GOOZEN ⁽⁷⁹⁾). C'est aussi la conclusion de DOLAN & coll. ⁽¹³⁴⁾ : « *plasma testosterone correlated positively with life-time aggression and that mean testosterone levels were higher in SHAPS (échelle Special Hospital Assessment of Personality and Socialisation) impulsive aggressive psychopaths, compared with controls* ».

D'autres études sont plus nuancées, expliquant que la testostérone pourrait être impliquée dans l'agressivité, mais pas l'impulsivité. De leur côté, MARCHE & coll. ⁽⁸²⁾, à propos d'une étude de cas de patient souffrant d'une tumeur testiculaire androgène-sécrétante, ne retrouvent pas de corrélation significative entre le taux d'androgène circulant et les conduites agressives.

Cette hypothèse n'est pas apparue suffisamment argumentée pour les experts de l'INSERM ⁽⁷⁰⁾.

1.2.2.2.3.2.3. Autres pistes de recherche

D'autres hypothèses ont pu être évoquées telles que :

- l'hypocholestérolémie, qui modifierait les réseaux de transmission sérotoninergiques, des catécholamines et du GABA ;
- diminution du métabolisme du tryptophane, acide aminé central dans la synthèse de la sérotonine ;
- la T3 et la thyroxine libre (FT4) serait significativement reliée à la criminalité et au trouble de personnalité psychopathique.

1.2.2.2.3.3. Recherche génétique

Elle s'appuie habituellement sur des études de familles, de jumeaux, et d'adoption, ainsi que sur la recherche de l'incidence de la maladie selon la mise en évidence d'un gène particulier. Le rapport de l'INSERM ⁽⁷⁰⁾ sur les troubles des conduites explique que les principales conclusions portent d'une part sur la difficulté à étudier des familles de personnalités antisociales, d'autre part sur la nécessité de sélectionner l'une ou l'autre des conduites psychopathiques (alcoolisme, consommation de substances, jeu pathologique...).

Les études de jumeaux retiennent la vulnérabilité génétique, ainsi que l'influence mixte de facteurs héréditaires et environnementaux.

Quelques études spécifiques ont pu montrer l'inefficacité de certains allèles codant pour les transporteurs de neuromédiateurs chez des sujets dyssociaux. LIAO & coll.⁽⁸³⁾ expliquent que l'allèle S de la région polymorphe du transporteur de la sérotonine présente une moindre activité et est significativement corrélé à la présence de traits de personnalité dyssociale chez l'homme.

En fait, la genèse des troubles des conduites est largement multifactorielle, si bien que le comité d'expert de l'INSERM « *recommande d'étudier les interactions entre certains gènes et l'environnement, en particulier pour comprendre comment les facteurs génétiques communs au trouble des conduites, au TDAH et au TOP interagissent avec des facteurs environnementaux spécifiques à chacun des troubles* ».

Après avoir survolé diverses pistes pouvant, chacune à leur manière, contribuer à expliquer l'apparition des troubles des conduites, listons les outils de classification qui peuvent aujourd'hui être exploités.

1.2.2.3. *Classifications actuelles des troubles des conduites*

Les classifications nosologiques proposent un cadre diagnostique à ces troubles des conduites, avec les latitudes liées aux époques et aux cultures psychiatriques.

1.2.2.3.1.1. *CIM 10*

1.2.2.3.1.1.1. *Trouble des conduites*

Dans la 10^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies ⁽²⁵⁾, l'OMS aborde les conduites dans un chapitre sur les « *troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence* ». Cette classification catégorielle définit le trouble comme « *un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués soit les droits fondamentaux des autres, soit les normes ou les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant* ». Une notion de durée nécessaire de 6 mois au moins est introduite, et une liste de 23 symptômes est proposée, sans hiérarchie ni regroupement (*cf annexe 1A*).

Insistons sur les conduites dyssociales qui nous intéressent que la CIM-10 aborde en distinguant :

- les types *socialisé / mal socialisé*, qui se définissent respectivement par la *présence / l'absence* de relations amicales durables dans le groupe d'âge ;
- le type *limité au milieu familial*, dans lequel les troubles ne s'expriment que dans le cadre de l'habitat familial ;
- le trouble *oppositionnel avec provocation*, caractérisé par 4 symptômes ou plus parmi la liste proposée, mais pas plus de 2 au sein des symptômes numérotés de 9 à 23.

1.2.2.3.1.1.2. Trouble de la personnalité

Le trouble des conduites peut aussi être abordé en tant que symptôme dans le cadre des troubles de la personnalité lorsque le tableau s'y prête :

- troubles caractériels liés à une personnalité émotionnellement labile, sous-types agressif, borderline et explosif ;
- personnalité dyssociale.

1.2.2.3.1.2. DSM IV-TR

1.2.2.3.1.2.1. Trouble des conduites

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV-TR ⁽⁸⁴⁾, les troubles des conduites sont intégrés dans la catégorie des « *troubles déficitaires de l'attention et comportements perturbateurs, troubles disruptifs* ». On en distingue 4 sous-types :

- *trouble des conduites* ;
- *trouble de l'attention/hyperactivité*, caractérisé par l'association d'une inattention, d'une hyperactivité et d'une impulsivité. Ces critères de comportement doivent s'observer à la fois dans le milieu familial et scolaire ;
- *troubles oppositionnel avec provocation* : le sujet adopte un comportement négatif ou hostile, est irritable, contestataire...ce qui doit altérer significativement son comportement social.
- *trouble du comportement perturbateur*, non spécifié.

Plus précisément, le trouble des conduites est défini comme un « *ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoignent la présence d'au moins trois symptômes au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un au cours des 6 derniers mois* » (cf annexe 1B). Le trouble entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne doit pas

répondre aux critères de la personnalité antisociale, celle-ci doit retrouver un trouble des conduites avant 15 ans.

1.2.2.3.1.2.2. Trouble de la personnalité

Le DSM-IV définit le trouble de la personnalité antisociale comme « *un motif pervasif d'indifférence et d'invasion des droits de l'autre depuis l'âge mental de 15 ans* », indiqué par trois ou plus des signes suivants :

- incapacité à se conformer aux normes sociales quant aux comportements licites, avec des arrestations répétées ;
- impulsivité, ou incapacité à prévoir ;
- irritabilité et agressivité, indiquée par des conflits et agressions physiques ;
- dédain complet pour la sécurité de soi ou des autres ;
- irresponsabilité chronique, indiquée par l'incapacité à tenir des engagements soutenus ou d'honorer des obligations financières ;
- absence de remords ou de culpabilité, indiquée par l'indifférence ou la recherche systématique d'excuses plausibles pour avoir blessé, maltraité, trompé ou volé autrui.

1.2.2.3.1.3. CFTMEA

Dans la Classification dimensionnelle de la CFTMEA ⁽⁸⁵⁾, le chapitre 7, antérieurement « *Troubles liés à l'usage de drogue et d'alcool* », a été totalement remanié en 2000 pour devenir une grande catégorie des « *Troubles des conduites et des comportements* ».

La Classification française prend en compte les orientations symptomatiques et comportementales, mais elle oblige, en même temps, le clinicien à s'interroger sur la signification de ces troubles. Ainsi, un diagnostic relevant de ce chapitre 7 sur les troubles des conduites ne doit être porté qu'après exclusion d'une pathologie plus large se rapportant aux chapitres précédents : troubles du spectre autistique,

pathologies névrotiques, troubles limites de la personnalité, troubles réactionnels, déficience mentale, troubles du développement et des fonctions instrumentales.

Les comportements sont donc analysés à la lumière du fonctionnement psychique du sujet névrotique, psychotique, psychopathique, ou éventuellement pervers. Lorsqu'il s'agit d'un symptôme, le trouble des conduites peut se référer à une pathologie de la personnalité telles que dans la « *pathologie limite à dominante comportementale* ».

En dehors de cette éventualité, lorsque le syndrome comportemental suffit pour délimiter le cadre clinique, les catégories du chapitre 7 sont utilisées comme catégorie principale. Ces cadres nosologiques concernent des domaines très diversifiés (*cf annexe 1C*). On retrouve notamment les troubles hyperkinétiques, les conduites suicidaires, les troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool...

Après avoir fait un état des lieux de la psychopathologie des adolescents à tendance dyssociale, il nous procéder des précisions sur le contexte actuel dans lequel cette étude sur les mineurs délinquants a été menée.

2. La délinquance des mineurs

2.1. Une longue histoire et des débats contradictoires

Les mesures prises par la justice des mineurs ont évolué au gré du temps et des influences culturelles. Le rapport du Sénat de 2002 ⁽²²⁾ rappelait le constat de MUCCHIELLI : « *le vingtième siècle a été marqué par trois périodes de forte délinquance juvénile :*

- *la première période, c'est celle des années 1900-1914. Les jeunes délinquants avaient alors la figure des « apaches » et l'existence de bandes de jeunes délinquants réputés très violents devenait un élément majeur du débat politique et médiatique de l'époque, au point qu'un journaliste pouvait écrire, en 1907, à la Une d'un des principaux quotidiens, La Petite République : « L'insécurité est à la mode, c'est un fait. » ;*

- [...] lors de l'été 1959 surgissait dans la presse une nouvelle figure du jeune délinquant dangereux, le « blouson noir ». Or, lorsque l'on fait la comparaison systématique entre les sources et les travaux de cette époque et de la nôtre, on est frappé de constater que les [...] reproches qui étaient faits aux blousons noirs sont encore au cœur du débat sur la délinquance juvénile : de fait, les « blousons noirs » étaient responsables d'affrontements entre bandes, se voyaient reprocher des vols collectifs, des vols d'usage immédiat, enfin des actes de vandalisme contre les institutions ;
- depuis la fin des années 1970, la délinquance juvénile a de nouveau augmenté, régulièrement jusqu'en 1996, puis de manière brutale. »

Malheureusement, le débat autour de cette question a longtemps été étouffé par les luttes d'influence entre l'administration pénitentiaire et les organismes privés, au détriment de réflexions sur les intérêts des mineurs délinquants. Essayons de survoler cette histoire.

2.1.1. Du code pénal bonapartiste à l'ordonnance de 1945

2.1.1.1. Le XIX^{ème} siècle

Le code pénal rédigé sous Napoléon aménage les peines encourues par les mineurs de plus de 16 ans convaincus de délit ou crime. On y relève 2 nuances ⁽⁸⁶⁾ :

- si le mineur a agi sans discernement (art. 66), il sera acquitté et remis à ses parents ou conduit dans une maison de correction ;
- s'il a agi avec discernement (art. 67), il encourt des peines d'emprisonnement de 1 à 20 ans.

Les mineurs de moins de 16 ans passibles d'une peine correctionnelle peuvent être condamnés à une « peine correctionnelle jugée convenable, pourvu qu'elle soit au-dessous de la moitié de celle qu'il aurait subi s'il avait eu 16 ans » (art. 69).

Le XIX^{ème} siècle voit s'opposer les systèmes privé et public. Sous le second Empire, l'Administration Pénitentiaire obtient la charge du champ de l'enfance délinquante ;

elle développe les colonies de placement, que le secteur privé possède déjà en nombre. La loi de 1850 favorise l'enfermement massif des jeunes, alors que des alternatives telles que le patronage ou l'accueil par des familles avaient été envisagées. Après 1870, l'action privée, associative, prend certaines initiatives par le biais de sociétés réunissant des spécialistes de la question de la délinquance : « Société générale des prisons », « union nationale du patronage »... Mais les structures privées sont éclaboussées par la réputation des méthodes usant de « brutalité et lubricité ». Le rapport de force se fait au profit des établissements publics qui accueillaient 55% des mineurs en 1889 (PIERRE, dans la Revue d'Histoire de l'Enfance Irrégulière ⁽⁸⁷⁾).

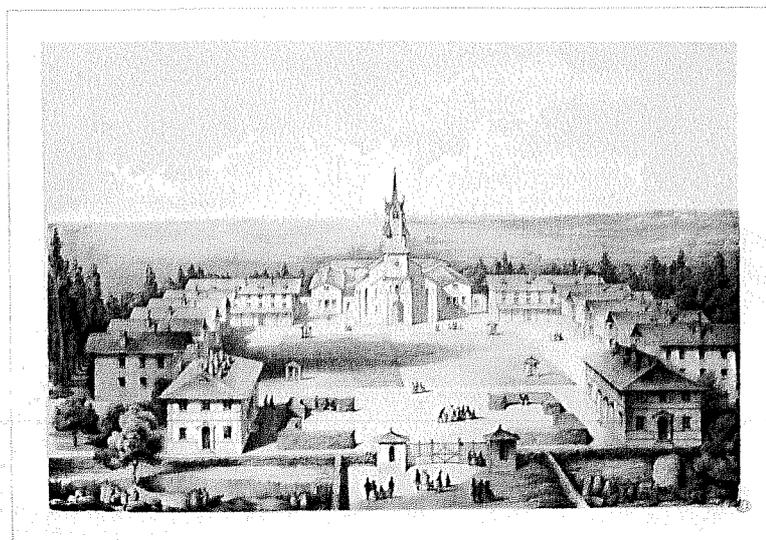
Dans une lutte d'influence où chaque système se targue des vertus salvifiques de ses programmes éducatifs, les pratiques évoluent peu jusqu'à la sortie de la seconde guerre mondiale... Les établissements du Privé ferment massivement, tandis que le Public favorise le développement des Maisons de réforme ou des maisons correctionnelles : « *la maison de correction, écrivent les présidents d'œuvres, n'est pas comme on se l'imagine trop facilement, une sorte de bagne pour enfant...* » ⁽⁸⁸⁾.

2.1.1.2. *La première moitié du XX^{ème} siècle*

Les établissements de redressement sont remis en question au début du XX^{ème} siècle. Dans la Revue d'Histoire de l'Enfance Irrégulière, PIERRE explique que « *quelques colonies privées et publiques franchissent laborieusement la première guerre mondiale. Dans les établissements, les conditions de vie se détériorent. La politique d'économie budgétaire des différents gouvernements est menée au détriment des jeunes détenus. Tout manque : vêtements, literie, nourriture...* »

Les années 1920 sont bien les années noires des colonies agricoles, comme l'évoque la célèbre histoire de la colonie pénitentiaire de Mettray. Cet institut propose une méthode de rééducation des mineurs délinquants par le travail de la terre et une éducation religieuse.

Situé en Indre-et-Loire, l'institut fonctionne de 1839 à 1939 mais les pratiques éducatives répressives sont dénoncées par des courants de libre-penseurs dès les années 1900.



Vue générale de la Colonie

Illustration 4 : Colonie de Mettray

L'opinion publique commence à s'intéresser aux mesures prises au sujet de la délinquance des mineurs. Les colonies deviennent la cible de plusieurs campagnes de presse. Un journal d'influence anarchiste, *l'Assiette au beurre*, a notamment contribué à diffuser l'image négative de l'établissement... Plus tard, Alexis DANAN reviendra sur les bagnes d'enfant, lieux de violence et de malheur, dans son ouvrage *L'Epée du scandale* ⁽⁸⁹⁾, dont voici un extrait évoquant la révolte qui a lieu à l'établissement de Belle-Ile-en-mer :

« La révolte, au milieu de l'été 34, avait consisté en ceci. On avait, pour le dîner, servi la soupe sur la table du réfectoire. Au claquement de mains réglementaire, les enfants s'étaient assis. Au second signal, le repas commença. Un silence absolu était de rigueur. Mais un enfant, avant de manger sa soupe avait mordu dans son morceau de fromage. Les surveillants, d'un même mouvement, bondirent poings en avant sur l'hérétique. Ils lui martelèrent la tête, le jetèrent à terre et lui écrasèrent la face et le corps à coup de talons... Les autres colons, à l'appel des caïds, réagirent à cette scène barbare par une explosion qui serait allée jusqu'au meurtre, si on avait eu des armes. Après avoir détruit le réfectoire, les enfants se dispersèrent dans la campagne. Nous étions en plein été. Quand la révolte fut connue, des touristes s'indignèrent. Mais leur zèle ne connut plus de limites, quand le tambour de ville eut

annoncé qu'une prime de vingt francs serait versée par enfant ramené au fort. Du coup, les chasseurs de crabes se muèrent en chasseurs d'enfants. »

Cette histoire inspira Jacques PREVERT dans l'écriture de sa chanson « *Chasse à l'enfant* ». Les instances gouvernementales se mobilisent, ferment des établissements...pour en reformer d'autres.

Au sortir de la première guerre mondiale, les « bagnes d'enfants » souffrent de leur réputation. Les réformes débutent dans les années 30, en insistant notamment sur la formation professionnelle, sur des méthodes éducatives innovantes en limitant les indications d'enfermement, et sur le développement des moyens d'instruction et d'apprentissage pour les mineurs condamnés.

2.1.2. De 1945 à nos jours

Après la seconde guerre mondiale, la séparation de l'administration de l'Education Surveillée et celle de la Pénitentiaire permet des bouleversements structurels ; mais aussi par la modification du cadre pénal par l'ordonnance de 1945.

La dynamique de limitation de l'enfermement s'accroît jusqu'aux années 2000.

2.1.2.1. Les modifications du cadre pénal

Dès le début du XX^{ème} siècle, de nombreux ajouts et/ou amendements du code pénal sont déposés, notamment en matière de réhabilitation : loi du 5 août 1899, du 11 juillet 1900... Les tribunaux pour enfants sont créés en 1912.

Mais c'est le 2 février 1945 qu'est publiée la loi relative à la délinquance des mineurs⁽⁹⁰⁾. Lorsque l'infraction est établie, elle confère au juge des enfants les modalités de condamnation suivantes (article 8) :

- une admonestation ;
- une remise du mineur à ses parents, ou tuteur légal ;
- un renvoi de l'affaire vers le Tribunal pour enfants ;
- un renvoi de l'affaire vers le juge d'instruction le cas échéant.

Lorsque le juge d'instruction est saisi (articles 15 et 16), et si le délit ou crime est imputé au prévenu, les peines encourues sont les suivantes :

- remise à ses parents ou tuteur légal ;
- remise à la garde d'une œuvre privée habilitée ;
- placement dans un internat approprié (mineurs de moins de 13 ans) ;
- remise à l'assistance publique (mineurs de moins de 13 ans) ;
- placement dans un établissement ou une institution d'éducation, de formation professionnelle ou de soins, dans un institut médico-pédagogique de l'Etat ou d'une administration publique ;
- placement dans une institution publique d'éducation professionnelle, d'éducation surveillée ou d'éducation corrective (mineurs de 13 ans révolus).

Le placement de mineurs de moins de 13 ans en maison d'arrêt ne peut se justifier que s'il est prévenu pour acte criminel (article 11). Si le mineur a plus de 13 ans, il peut faire l'objet d'une condamnation pénale (article 2 et 18). S'il a plus de 16 ans, il peut être soumis au régime de la liberté surveillée, jusqu'à ses 21 ans, coordonnée par des délégués mandatés par le juge des enfants (art. 19).

Enfin, l'ordonnance de 1945 modifie les articles 66, 67 et 68 du code pénal bonapartiste : la notion de « *discernement* » n'apparaît plus, mais est laissée au juge des enfants le recours à la mention « *d'excuse de minorité* » (art. 33 de l'ordonnance de 1945). Pourtant, celle-ci peut être écartée « *en raison des circonstances et de la personnalité du délinquant* » (art. 67 modifié), ce qui soumet donc le mineur de 13 à 18 ans à peine de 1 à 20 ans de prison.

2.1.2.2. *Changements d'époque, de mœurs et d'idéologie*

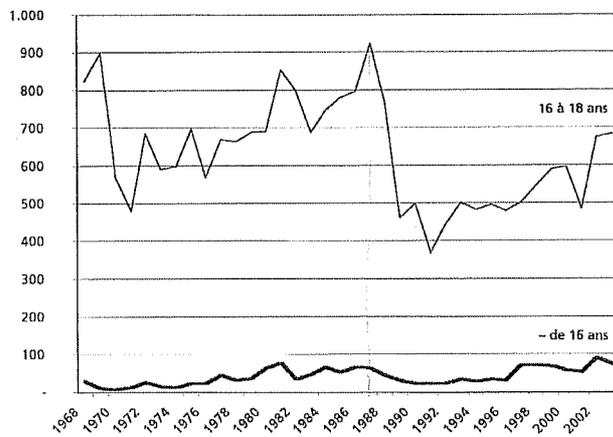
Dans la dynamique de l'ordonnance de 1945, les Institutions Publiques d'Education Surveillée (IPES) sont créées, assurant 2 types de missions selon l'orientation de l'établissement : rééducative et de formation, ou punitives. Elles peuvent accueillir jusqu'à 200 jeunes pour 3 ans. Elles deviennent les Institutions Spéciales d'Education Surveillée (ISES) dans les années 1950 qui n'accueillent que les

mineurs « récalcitrants » en groupes de 20 au maximum, pour 6 mois. Elles ferment en 1959.

De nouvelles vagues de délinquance juvénile, et l'influence médiatique des « blousons noirs » amène la Justice à proposer à nouveau des peines de prison pour les mineurs, au moins en détention préventive. Le Service d'Observation d'Education Surveillée (SOES) de la maison d'arrêt de Fresnes bénéficie d'un succès populaire et médiatique jusqu'aux 70. On fait alors le constat d'un échec éducatif, volontiers expliqué par la perte de vue des missions de départ dans un contexte de surpopulation. Le nombre de mineurs accueillis aurait quadruplé entre 1955 et 1965.

Le début des années 70 voit la création des Foyers d'Action Educative (FAE) et des Centres d'Orientation et d'Action Educative, dont les missions éducatives sont revendiquées. Ils sont largement inspirés par les courants de pensée révélés à la lumière des événements de 1968, sous la maxime « *il est interdit d'interdire* ». Mais comme le rappelle GIBELLO ⁽⁴⁷⁾, cet « *énoncé paradoxal cache, comme toutes les injonctions paradoxales, un fantasme inconscient de toute puissance* ». En parallèle, se créent les Centres d'Observation de Sécurité (COS) conçus comme alternatives à l'incarcération dont l'échec a été rapidement constaté : sur 735 jeunes placés à Juvisy entre 1970 et 1976, 60 % se retrouveront en prison 2 ans après leur passage au COS (BAILLEAU ⁽⁹¹⁾) ! Le temps des établissements fermés est révolu, et on met l'accent sur la formation spécialisée des éducateurs, et les prises en charge pluridisciplinaires, en intégrant des psychologues, des commissions locales de magistrats...

L'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) se développe, et la Protection Judiciaire de la Jeunesse désinvestit les quartiers mineurs des prisons où les adolescents sont moins nombreux.



Source : Direction de l'Administration pénitentiaire et CESDIP, base Sept
 Champ : France métropolitaine
 Lecture : pour les années 1968 à 1971, les classes d'âge sont - de 15 ans et 15-18 ans

Graphique 1 : Evolution du nombre de mineurs détenus (structure par âge au 1er janvier) de 1969 à 2003, d'après MUCCHIELLI ⁽⁹²⁾

A la fin des années 90, la question de la sécurité publique et les inquiétudes sur l'adolescence délinquante viennent alimenter le débat public. La perspective de mesures d'enfermement éducatif réapparaît : les Unités Educatives à Encadrement Renforcé (UEER) sont créées sous un gouvernement de Droite. Elles seront rebaptisées Centres Educatifs Renforcés par la Gauche arrivée au pouvoir en 1997.

La campagne présidentielle de 2002 donne une grande place au débat sur la sécurité. Les Centres Educatifs Fermés apparaissent alors comme une solution à l'insécurité : la loi d'orientation et de programmation pour la justice est promulguée le 9 septembre 2002 ⁽⁹³⁾.

2.1.2.3. Les dernières réformes

Quelques aménagements du cadre administratif et législatif des CEF sont survenus depuis leur création, les derniers en date après un atroce crime perpétré par un lycéen au mois de Novembre 2011. Le gouvernement de l'époque a donc proposé une série de mesures avec l'espoir de mieux évaluer la dangerosité et le risque de récidive. Le projet de loi présenté le 23 Novembre 2011 en Conseil de Ministres comportait trois axes concernant les mineurs délinquants :

- la réduction des délais de prises en charge suite aux décisions des juges des enfants. L'article 9 du projet de loi impose une prise en charge par le secteur éducatif de la PJJ dans un délai de 5 jours ;

- l'augmentation de la capacité d'accueil en CEF. La création de 20 CEF supplémentaires par la transformation de foyers de la PJJ est donc confirmée ;
- le développement de suivi pédopsychiatrique. Cette expérimentation sera étendue à 25 CEF supplémentaires.

La dimension psychopathologique du phénomène délinquant semble donc émerger, et la question de la dangerosité du mineur est soumise à l'expertise psychiatrique, ce qui est de nature à soulever de nouveaux débats.

Comme l'écrit MUCCHIELLI ⁽⁹²⁾, en parcourant l'histoire de la délinquance juvénile, « on voit que 3 logiques se sont confrontées : une logique punitive d'ordre public et d'impact médiatique de la part du ministère de la Justice, une logique de continuité d'une sanction pénale à visée rééducative de la part du Juge des Enfants et des éducateurs, une logique d'assistance médico-psychologique proposée par l'avocat et le secteur sanitaire ».

Il n'en demeure pas moins que, au cœur de ce débat, la situation des mineurs délinquants est bien problématique...

2.2. Etat des lieux de la délinquance des mineurs

2.2.1. Des chiffres alarmants depuis une trentaine d'années

« Penser la violence, ce n'est pas s'étonner qu'elle existe, puisqu'elle est naturelle, au moins pour une part, et inévitable ; c'est s'étonner qu'elle recule parfois, pour laisser place à la paix, à la concorde, à la douceur... » (COMTE-SPONVILLE ⁽⁹⁴⁾)

Toutefois, les pouvoirs publics ont aujourd'hui emprunté le chemin d'une dramatisation de l'état des lieux de la délinquance juvénile, et les statistiques officielles semblent leur donner raison.

2.2.1.1. Données générales

Le ministère de la justice et des libertés ⁽⁹⁵⁾ livre qu'en 2008, 218.000 mineurs ont été mis en cause par la Police ou la gendarmerie pour des faits de nature pénale. Parmi ceux-ci, 161.000 ont fait l'objet d'une décision de la part du Procureur de la République, dont 83.000 ont été déférés devant une juridiction.

A titre de comparaison : « *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.* » ⁽⁹⁶⁾ Bien évidemment, il faut ici mettre en perspective le cadre pénal et la culture judiciaire qui a évolué entre les années 70 et 2000, tel que nous l'avons abordé dans l'historique de la délinquance juvénile.

En 2008, 5.500 mineurs ont fait l'objet d'une décision de placement hors de leur famille, dont 2.000 dans un établissement renforcé ou fermé.

Concernant la détention de mineurs, le rapport du Défenseur des enfants de 2004 ⁽⁹⁷⁾ donne les chiffres suivants :

- Mineurs incarcérés : 895 en 2002 ; 751 en 2004 ;
- En 2004 : les mineurs représentaient 1,17 % de la population pénale, soient : 721 garçons, dont 57 de moins de 16 ans ; 30 filles, dont 3 de moins de 16 ans ;
- Mineurs en détention provisoire : 66% (34 % chez les adultes)
- Durée moyenne d'incarcération : 2 à 3 mois

Le genre ne sera pas pris en considération dans l'exposé des données. Cependant, les garçons représentent une majorité des auteurs de faits de délinquance, dont l'intensité et la nature évoluent significativement.

2.2.1.2. Une massification de la délinquance juvénile

Le premier constat est celui de l'augmentation du pourcentage de mineurs dans la population délinquante.

Le GERI (*Groupe d'étude et de réflexion interrégionale*) constate que la délinquance juvénile explose en 1993, passant de 13,5 à 21,8 % de mineurs dans la population mise en cause par les services de police et gendarmerie.

Années	Populations totales		Populations mises en cause		Part des mineurs au sein de la population mise en cause
	Mineurs (de 13 à 17 ans)	Adultes	Mineurs (de 13 à 17 ans)	Adultes	
1982	4.315.767	39.734.334	104.749	696.287	13,1%
1993	3.764.781	43.808.481	92.912	597.543	13,5%
1998	3.947.921	45.029.982	171.787	617.205	21,8%

Tableau 1 : Populations adulte et mineure totales, et populations mises en cause dans des faits de délinquance en France métropolitaine en 1982, 1993 et 1998

D'après GERI ⁽⁹⁸⁾ : Ministère de l'Intérieur, Services de police et de gendarmerie d'après les statistiques de la Police Judiciaire INSEE.

Ensuite, nous pouvons préciser que toutes les tranches d'âge et tous les types de délinquance n'ont pas eu la même évolution, comme le prouve le tableau suivant, récapitulant le taux pour 100.000 condamnés de 4 types de délinquance dans les années 90 en fonction de l'âge.

Type de délinquance	Année	< 13 ans	13 à 15 ans	16 à 17 ans	18 à 19 ans	20 à 24 ans
Vols (vols avec port d'arme, vols avec violence sans arme à feu, vols simples)	1984	105	525	1303	1753	1038
	1994	43	477	933	1395	914
	2000	25	406	744	1238	814
Atteintes aux personnes (homicides volontaires, viols, coups et blessures volontaires)	1984	2	16	63	119	117
	1994	2	27	69	125	117
	2000	9	104	158	245	223
Violence physique involontaire (blessures et homicides involontaires ou causés par conducteur alcoolisé)	1984	0	1	6	99	112
	1994	0	1	5	60	90
	2000	0	1	2	36	52
Troubles à l'ordre public (destructions, dégradations; infractions à la législation sur les stupéfiants ; outrages, rébellion et violences sur personnes dépositaires de l'autorité publique)	1984	13	39	101	303	250
	1994	9	54	118	357	315
	2000	12	114	200	581	435

Tableau 2 : Taux pour 100.000 condamnés selon le type de délinquance et l'âge

D'après MUCCHIELLI (99).

Ces chiffres tendent à montrer que :

- la tranche d'âge 18-19 ans est un point culminant pour la prévalence des actes de délinquance (à l'exception des violences physiques involontaires). Pourtant, la délinquance des majeurs incombe en grande partie aux « jeunes adultes » : les 18-25 ans ; ce qui devrait amener à reconsidérer le phénomène de la délinquance des jeunes au cœur d'une tranche d'âge de 13 à 25 ans au moins.
- les vols ont nettement diminué pour toutes les tranches d'âge. Selon *l'Annuaire statistique de la justice* ⁽¹⁰⁰⁾, la proportion des vols serait passée de 77,2% à 53,7% des actes de délinquance entre 1982 et 2002.

- les atteintes aux personnes ont augmenté de plus de 100 % entre 1994 et 2000, à tous les âges.
- les troubles à l'ordre public connaissent une augmentation exponentielle depuis le milieu des années 90.

Ajoutons à cela quelques chiffres issus de *l'Annuaire statistique de la justice* :

- les crimes et délits sont de plus en plus présents chez les mineurs : accroissement de 6,1% à 20,2% de la population délinquante entre 1982 et 2002 ;
- le trafic de stupéfiants est aussi marqué par une inflation : augmentation annuelle de 12,9% entre 1982 et 1997 ;
- mais les vols et délits financiers ne paraissent pas autant touchés par cette inflation de la délinquance juvénile (croissances annuelles moyennes autour de 0,4% entre 1992 et 1997).

2.2.1.3. *Des actes plus proches et plus violents*

2.2.1.3.1. Une délinquance marquée par la violence

Lorsque la délinquance implique les personnes et les mœurs, elle est marquée par la violence. Ainsi, les coups et blessures volontaires ont pratiquement doublé dans les années 90. Les crimes et délits contre les personnes sont passés de 6.400 faits déclarés en 1982 à 19.800 en 1997, soit une croissance annuelle de 7,8%. (*Annuaire statistique de la justice* ⁽¹⁰⁰⁾).

	Violences physiques non crapuleuses (« gratuite »)	Coups et blessures volontaires	Violences sexuelles	Menaces et chantages
1996	10.678	8.684	2.134	3.320
2003	19.620	14.400	3.578	5.239
Taux de croissance	84%*	77%	68%	58%

Tableau 3 : Evolution des actes de délinquance des mineurs entre 1996 et 2003

D'après O.N.D. ⁽¹⁰¹⁾

** noter qu'entre ces 2 dates la croissance au sein de la population adulte était de 60%.*

Notons qu'un phénomène inquiétant semble émerger : l'absence de « limite » dans la dynamique de vengeance individuelle ou collective, dans la lutte entre bandes, pouvant aller jusqu'à l'homicide. Ce problème soulève la question de la représentation qu'ont les enfants et adolescents de l'agression du corps et de la mort...

2.2.1.3.2. Une délinquance « de proximité »

Les actes de délinquance « se rapprochent » de la population : on constate que la délinquance de proximité est majoritairement due aux mineurs (près de 50% des actes leur incombent !). Elle est aussi responsable du sentiment d'insécurité. Cette forme de délinquance regroupe les dégradations de biens, les vols et incendies de véhicules, les simples vols ou ceux commis avec violence, les coups et blessures volontaires...

Il est cependant difficile d'apprécier un éventuel écart entre le taux de déclaration et le nombre de fait réel ; les forces de Police et de gendarmerie seraient actuellement sensibles à prendre en compte les dépôts de plainte impliquant des mineurs.

Cette délinquance juvénile croît donc au cœur de la Cité. Le terme de « violence urbaine » est apparu au milieu des années 90 pour désigner ces phénomènes de violence collective, observables en milieu urbain, qui vont des incivilités aux agressions, en passant par la mise en coupe réglée de l'espace public. Sous le vocable de violence urbaine, on désigne toutes les destructions et dégradations de biens publics, observables dans les cités et les transports en commun, ainsi que toutes les agressions contre les personnes. Un phénomène assez nouveau est repérable dans le caractère parfois complètement gratuit de la violence, dite « non crapuleuse ». Ces « *violences majoritairement juvéniles interpellent par leur gravité et leur « manque de sens »* » (PETITCLERC ⁽⁵⁾)

C'est ainsi que pour l'année 1997, les mineurs ont été responsables d'un taux important des violences de proximité, comme l'illustre le tableau suivant.

Type de délinquance	incendies de bien public	vols avec violence	vols de véhicule et de 2 roues	cambriolages
Pourcentage	> 50 %	40,7%	35%	32,6%

Type de délinquance	destructions et dégradations de biens	coups et blessures volontaires	vols à main armée
Pourcentage	30,8%	14,7%	13,8%

Tableau 4 : Pourcentage d'implication des mineurs dans certains faits de délinquance pour l'année 1997.

D'après MUCCHIELLI ⁽⁹⁹⁾.

La proximité des faits de délinquance par rapport aux foyers de population est corrélée au paramètre croissant de « sentiment d'insécurité ». Les populations se sentent exposées à une délinquance parfois violente et à proprement parler « insensée ». L'insécurité grandit au cœur d'une société où l'incivilité et la violence gratuite règnent. Et lorsque la transgression devient banalisée, c'est le rapport à la loi qui évolue de manière considérable.

Enfin, un phénomène encore plus récent se fait jour : la délinquance infantile. En 2002, plus de 3.000 enfants de moins de 13 ans ont été impliqués dans des délits.

En outre, il a été montré une association entre la précocité des premiers faits de délinquance et la gravité de la trajectoire pénale du sujet (S. ROCHE ⁽¹⁰²⁾), un peu comme si l'individu empruntait rapidement une « *carrière de délinquant* ». Se pose donc la question de la sanction pénale de ces mineurs, pour lesquels la loi oblige à ce que ces enfants soient remis à leurs parents, ne prévoyant aucune condamnation pénale pour des mineurs de moins de 13 ans. Cet état de fait n'est pas sans laisser place au sentiment d'impunité, confirmant ainsi la toute-puissance infantile dont le deuil est loin d'être fait à cet âge !

2.2.2. La Justice des mineurs, une institution fragilisée

L'histoire de la Justice des mineurs a été passionnée ! Le délinquant lui-même n'a pas toujours été le principal enjeu du débat, et la société française porte encore aujourd'hui les stigmates des dérives éducative et morale liées à l'enfermement des mineurs. Cela « *donne lieu à un débat idéologique sur la possibilité ou non de conduire une action éducative en milieu fermé. [...] nos partenaires européens, par exemple les Pays-Bas, plus pragmatiques, ont mis en place des parcours d'éducation et de réinsertion comportant des phases de liberté et des phases de contention pendant lesquelles le travail éducatif se poursuit* » (MUCCHIELLI ⁽⁹²⁾). La France peine donc dans la voie de l'innovation des méthodes éducatives, embourbée entre un passé judiciaire polémique et la culpabilité de perdre la maîtrise de sa jeunesse.

L'état de la Justice des mineurs reflète donc cette complexité. Dans le rapport sur la délinquance juvénile ⁽⁶⁾, le député LACHAUD fait un état des lieux de la Justice des mineurs : « *des décisions qui interviennent trop tardivement après les faits, manquent de lisibilité pour le délinquant, comme pour l'ensemble de la société, et les sanctions qui en découlent sont effectuées de façon bien trop aléatoire.* »

Aussi, son fonctionnement a été « éloquentement » résumé par Malek BOUTIH, président de SOS racisme, de manière plus catégorique : « *La justice des mineurs n'est pas particulièrement laxiste ; elle est erratique. Vue par les jeunes, c'est une succession de petites « emmerdes » et, un jour, c'est une grosse « emmerde ». La justice apporte bel et bien des « réponses » à la délinquance des mineurs, mais ces*

réponses ne font pas sens parce qu'elles interviennent trop tardivement, parce qu'éducation et sanction sont généralement dissociées. »

Nous pouvons illustrer en partie leurs propos par les données suivantes :

- le délai d'une récidive est en moyenne de 9 mois ; en sachant que plus l'on s'éloigne de sa première condamnation, moins le taux de récidive est grand ;
- entre les faits de délinquance et le procès, s'est écoulée une durée de 11 mois ;
- un mineur, une première fois condamné à une peine d'emprisonnement ferme, et mis en détention dans une nouvelle affaire, sera, dans plus de 9 cas sur 10, impliqué dans les 5 ans qui suivront sa libération, dans une nouvelle affaire pour laquelle il sera de nouveau condamné à une peine d'emprisonnement ferme (TOURNIER ⁽¹⁰³⁾).

Dans un travail sur le devenir judiciaire des mineurs incarcérés au début des années 1980, les chercheurs constatent que le taux de re-condamnation est de 77 % en moyenne, mais 63% en cas de première condamnation, contre 91 % en cas de récidive et même 97% si la précédente condamnation était de la prison ferme. Une conclusion synthétique consiste donc à penser que *« les peines de prison ferme n'arrêtent pas un processus de délinquance, elles ne font que l'accroître et risquent de structurer une « personnalité délinquante » »*. (MUCCHIELLI ⁽⁹²⁾) Les mesures purement judiciaires auraient donc montré leurs limites...

Mais depuis l'ordonnance de 1945, la loi française soutient le primat de la sanction éducative sur les mesures judiciaires pour les délinquants mineurs. Ainsi, en 2008, près de 3.500 mineurs ont été suivis en détention par des éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), soit dans un quartier des mineurs en maison d'arrêt, soit dans un établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM). Pourtant, on en a présenté les chiffres dans les chapitres précédents, la délinquance des mineurs est de plus en plus préoccupante : les orientations éducatives ne seraient donc pas infaillibles !

Donc, ces constats amènent aujourd'hui à relativiser l'excuse de minorité, et à appliquer des mesures punitives plus régulièrement aux mineurs ; mais doit-on pour autant réhabiliter les établissements fermés ?

Il apparaît nettement au travers des lois tenant à la justice pénale des mineurs, depuis celle qui créa les CEF, qu'il faut réduire la tolérance vis à vis des faits de délinquance. Le « revers de la médaille » est, par exemple, que les mineurs de 13 à 16 ans peuvent désormais être placés en détention provisoire :

- soit s'ils encourent une peine criminelle. Dans ce cas, la durée de la détention provisoire ne peut excéder un an (6 mois renouvelables une fois) ;
- soit s'ils se sont volontairement soustraits aux obligations d'un contrôle judiciaire prévu en matière délictuelle.

Nous avons déjà évoqué les dernières lois sur les mineurs délinquants, présentées le 23 Novembre 2011 en Conseil de Ministres, et confirmées dans le texte de loi du 27 mars 2012 ⁽¹⁰⁴⁾... Les Centres Educatifs Fermés se voient donc au cœur d'un dispositif qui revendique être un compromis entre les mesures pénales, éducatives, et sanitaires.

2.3. Les Centres Educatifs Fermés

Nous ne reviendrons par les étapes de leur genèse : nous avons détaillé le contexte sociétal et la dynamique historique dans laquelle s'inscrit l'apparition des Centres Educatifs Fermés au début des années 2000.

2.3.1. Les dispositifs CEF

2.3.1.1. Un lieu de placement pour adolescents en situation de précarité

Ces structures ont été conçues sur des axes multiples : judiciaire d'abord, éducatif et scolaire ensuite, puis sanitaire, psychologique et social. L'objectif est d'offrir un espace où le mineur va « emmagasiner » des alternatives aux conduites « agies » ou autres passages à l'acte impulsifs et violents.

Régulièrement le constat fait à l'arrivée des jeunes au sein du CEF est alarmant : derrière les actes de délinquance qui ont justifié le placement se cachent des

précarités éducative, sanitaire, et psychologique. Ces jeunes sont en majorité frappés du sceau des carences multiples qui ont émaillées leurs jeunes années : vie domestique chaotique voire abandonnique, scolarité anarchique, ruptures culturelles et affectives, misère sanitaire, désengagement des divers services socio-éducatifs (parfois pour des raisons annexes) ou défaut de projets et de continuité...

Le temps du placement, et au-delà des missions judiciaires, les CEF essaient de s'adapter aux besoins de la population accueillie :

- besoins éducatifs : présence constante des éducateurs dans les ateliers et les temps de vie d'internat, encadrement des temps de formation, d'activités, surveillance du rythme quotidien... ;
- bilan sanitaire : présence d'une infirmière, conventions avec un médecin généraliste et un dentiste ;
- approche psychologique et pédopsychiatrique : consultation de 30 minutes par semaine pour chaque mineur avec la psychologue du centre, consultation systématique à l'arrivée avec un pédopsychiatre de la région⁽¹⁰⁵⁾, consultation facilitée avec les services d'addictologie, de troubles des conduites sexuelles...

2.3.1.2. Des mesures judiciaires spécifiques

Les CEF constituent une alternative à l'incarcération ; priorité est donnée aux mineurs délinquants « *multirécidivistes ou multirécidivants pour lesquels les différentes solutions éducatives ont été mises en échec* ». Les adolescents présents en CEF font l'objet d'une mesure de placement et d'une condamnation qui peut être de 2 types :

- Contrôle Judiciaire (CJ) ;
- (emprisonnement assorti d'un) Sursis avec Mise à l'Epreuve (SME).

D'autre part, les CEF peuvent exceptionnellement accueillir des mineurs incarcérés, mais en Placement Extérieur. Le sujet est dans ce cas « sous écrou » hors d'un Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs (EPM).

Le placement en CEF est prononcé pour une durée de 6 mois renouvelable 1 fois par le Juge des enfants, le juge des libertés et de la détention, ou plus rarement par le juge d'instruction.

Enfin, l'articulation entre le secteur judiciaire et ces établissements socio-éducatifs se fait par le biais de « l'éducateur fil-rouge » de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), lequel est convié à 3 synthèses au cours du placement du mineur.

Parcourons maintenant les bilans chiffré et qualitatif de ces établissements depuis leur création.

2.3.2. Premières évaluations des CEF

2.3.2.1. Les chiffres clefs de l'institution

Le dossier technique 2012 de la Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant donne les chiffres suivants :

- 44 centres éducatifs fermés fonctionnent en Juin 2011 : 10 en secteur public, 34 en secteur associatif habilité. La dernière loi de programmation prévoit la création de 20 CEF supplémentaires par modification des Etablissements de Placement Educatifs de la PJJ ;
- 3.800 mineurs ont été placés en CEF entre 2003 et 2010 ;
- 2% : c'est le nombre de mineurs placés en CEF en 2009 sur l'ensemble des mineurs mis en cause par la Justice.

8 à 10 mineurs peuvent être accueillis dans un centre éducatif fermé, selon le cahier des charges initial (2002). Ils sont aujourd'hui 10 à 12. Ils sont encadrés par 24 à 27 professionnels qui composent l'équipe pluridisciplinaire (directeur, chef de service, éducateurs, professeur technique, psychologue, enseignants, infirmiers, vacations de psychiatres).

Ces établissements sont souvent présentés comme un succès institutionnel, mais qu'en est-il de leurs missions ?

2.3.2.2. Evaluations statistiques

Le ministère de la justice ⁽⁹⁵⁾ livre des statistiques sur le profil socio-judiciaire des mineurs placés en CEF :

- « 30 % étaient incarcérés avant d'être placés en CEF et jusqu'à 45 % pour les 16-18 ans ;
- 90 % des mineurs placés en CEF ont un passé judiciaire conséquent ;
- 50 % sont en rupture scolaire depuis plus de 6 mois ;
- 76 % ont été placés au moins une fois, et 33% plus de 3 fois avant leur arrivée au CEF. »

D'autre part, le ministère donne des chiffres allant dans le sens d'un bénéfice judiciaire et social du placement ponctuel en CEF :

- « 61% des mineurs ayant été placés en CEF ne sont plus impliqués dans une affaire pénale dans l'année qui suit la fin de leur placement ;
- 84 % réintègrent un établissement scolaire ou s'engagent dans une formation professionnelle en sortie de centre éducatif fermé. »

Ces chiffres ne nous permettent pas de comparer le profil des jeunes placés en CEF par rapport à la population retrouvée en EPM (Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs) ; mais selon l'article de loi, « le régime juridique des placements en centre éducatif fermé est destiné à permettre une prise en charge efficace des mineurs multirécidivistes ou multirétérants » ⁽⁹³⁾ : ils ne seraient donc *a priori* pas « moins délinquants » que les jeunes incarcérés en EPM. Les mineurs placés en CEF peuvent relever d'une peine de prison, l'orientation tient uniquement à la décision du Juge.

2.3.2.3. Evaluations qualitatives

Un rapport ministériel datant du 8 décembre 2010 (J.O.R.F. ⁽¹⁰⁶⁾) mettait en avant les failles du système des C.E.F., lieu de privation de liberté. En effet, toutes les garanties n'étaient pas obtenues quant aux méthodes éducatives utilisées, à l'accompagnement psychologique des jeunes, ou au projet de réinsertion...

Pourtant, le rapport de la Défenseure des Enfants, datant de Juin 2010 ⁽¹⁰⁷⁾, sous-entendrait que le placement en CEF limite le risque de récidive, sans avoir cependant d'argument statistique. Actuellement, une enquête est menée par la PJJ et la CNAPE pour comparer les bénéfices des incarcérations en EPM contre une orientation en CEF... Ce rapport de la Défenseure des enfants s'organise autour de propositions de réflexion, dont quelques-unes visant à préserver le parcours des jeunes. Cet axe de réflexion suggère des aménagements dans l'accompagnement des jeunes, notamment à leur sortie du CEF.

Enfin, notre travail s'inscrit dans un climat politique paradoxal. Les services de PJJ pâtiennent d'enveloppes de financement réduites (- 4% du budget en 2 ans), alors qu'ils sont confrontés à une augmentation linéaire des violences à la personne et du rajeunissement des citoyens délinquants.

Il ne s'agit cependant d'argumenter l'intérêt de maintenir ces institutions, mais, au-delà des statistiques judiciaires centrées sur le risque de récidive, il nous a semblé utile de nous arrêter sur le fonctionnement psychique des jeunes placés en CEF, afin d'en argumenter un bénéfice sur le plan « psychothérapique ». 2 structures ont donc été en mesure de nous accueillir en Limousin.

2.3.3. En Limousin, deux structures fermées

Notre étude a été menée dans les 2 CEF de la région Limousin :

- à Moissannes (87) pour des jeunes de 13 à 16 ans ;
- à Soudaine-Lavinadière (19), dans le canton des Monédières, pour les 16-18 ans.

Ces 2 établissements privés sont sous la tutelle de l'Association Limousine de Sauvegarde de l'Enfance à l'Adulte (ALSEA).

Le premier CEF a ouvert ses portes en 2004. Le second en 2007. Ils ont chacun 12 lits, ce qui offre une possibilité d'accueillir 24 jeunes par an et par CEF en moyenne. En général, le nombre de sujets accueillis est plus important puisque certains jeunes

ne vont pas au bout du placement (fugue, transfèrement en Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs).

Le placement de ces jeunes répond à des orientations nationales : chaque CEF peut être sollicité pour accueillir un mineur quelque soit sa région d'origine, et ce « sans procédure d'admission ». Autant que faire se peut, l'équipe de direction essaie de maintenir un groupe de jeune assez hétérogène afin d'éviter les organisations « pathogènes » au cœur du centre.

Après accord du Président et du directeur de l'ALSEA, et des directeurs des CEF, nous avons pu rencontrer les éducateurs, les psychologues et les infirmières pour leur présenter l'objet et les perspectives de notre travail.

3. Etude de certaines dimensions du fonctionnement psychique des mineurs délinquants

Ce travail sur les CEF pourrait s'inscrire dans une réflexion globale autour de la violence institutionnelle. Les établissements d'accueil ou de prise en charge des personnes (hôpital psychiatrique compris) ont toujours été confrontés à deux tendances opposées : celle du droit des sujets à disposer d'eux-mêmes et de leurs libertés, face aux espoirs d'un état où la sûreté des citoyens devrait être absolue. De fait, la récurrence d'actes de violence et/ou délictueux induit la remise en cause des services judiciaires, ou psychiatrique le cas échéant.

Nous avons souhaité nous arrêter sur une institution « récente » qui, dans un cadre limitatif en termes de liberté, cherche à offrir une réponse multiple : judiciaire, éducative, et psychologique par la recherche de réaménagements du fonctionnement psychique et social de ceux qui y sont placés. Il s'agit des Centres Educatifs Fermés.

Les professionnels qui y exercent livrent un constat assez univoque sur les « bienfaits » d'un placement ponctuel en C.E.F. Mais font défauts les arguments objectifs, chiffrés le cas échéant, au sujet des jeunes qui y sont placés, en particulier en ce qui concerne leur fonctionnement psychique. Les professionnels de la santé

mentale qui travaillent avec ces mineurs tendent à penser que 6 mois de placement en Centre Educatif Fermé peuvent offrir un espace « thérapeutique », permettant à ces adolescents de réaliser des aménagements dans leur fonctionnement, notamment en les invitant à élaborer des alternatives dans leur gestion émotionnelle. Ces mineurs délinquants usent habituellement d'un mode d'expression par « l'agir », source d'actes pénalement condamnés, puis « apprennent » en C.E.F de nouvelles modalités d'expression émotionnelle : savoir différer, anticiper, refreiner ses envies et sublimer ses pulsions, respecter l'espace d'autrui, respecter les biens...

La question qui nous intéresse est de savoir quels sont précisément les aménagements psychiques permis au sein des C.E.F. Notre angle de vue est psychologique, nous allons en détailler le protocole d'étude.

3.1. Hypothèses de départ

L'hypothèse émise est que les adolescents délinquants ont un mode de fonctionnement moins empathique, plus impulsif dans leurs stratégies de gestion émotionnelle et régulation du stress. Cette symptomatologie spécifique sera évoquée sous le terme d'« *émotionnalité pathologique* ».

Le travail cible en particulier les compétences en matière de régulation émotionnelle. Notre critère principal de jugement sera donc le score à l'échelle d'empathie CEC-A de Favre.

3.2. Méthodologie

3.2.1. Modalités pratiques

Nous avons envisagé de comparer certaines dimensions du fonctionnement psychique des adolescents délinquants à celles d'une population scolarisée en milieu ordinaire.

La présentation du projet a été faite auprès de l'Association Limousine de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte (A.L.S.E.A.), organisme de tutelle des 2 CEF du Limousin.

L'objectif était de rencontrer le maximum des mineurs placés, dans le respect des critères d'inclusion ci-dessous. Il était précisé que la rencontre se ferait au mieux dans le premier mois (M1) du placement.

D'autre part, nous annonçons au mineur qu'un second entretien aurait lieu dans le courant du dernier mois (M6 en général), afin d'apprécier la faisabilité d'une réévaluation au cours du placement. Si celui-ci était prolongé, nous le rencontrerions une troisième fois à M12.

La rencontre s'est faite dans la salle de réunion à Moissannes, au cours des temps d'internat ; et dans la bibliothèque aux Monédières pendant les temps d'activités.

Le temps de remplissage des questionnaires était de 45 minutes à 1h30.

Dès Septembre 2011, nous avons apprécié la faisabilité du travail auprès mineurs rencontrés en CEF. Nous avons alors pu procéder au recrutement des sujets « *contrôle* ».

3.2.2. Inclusion, règles de confidentialité et contrat moral

3.2.2.1. *Les critères d'inclusion*

Tous les mineurs placés dans l'un des 2 CEF du Limousin étaient invités à participer à l'étude. Les parents (ou responsables légaux) et les jeunes étaient informés du caractère facultatif de cette rencontre par courrier (*cf annexe 2*), mais aussi de la nécessité d'une bonne coopération et authenticité en cas d'accord.

La première rencontre ne s'est faite que sous certaines conditions :

- après réception de l'autorisation parentale formelle (adressée aux parents et retournée par courrier ou Fax ; précisions éventuelles données aux parents par la direction du CEF) ;
- accord des mineurs (argumentation des objectifs de la recherche par la direction et les équipes éducatives des CEF) ;

- acceptation du fait que cette rencontre ne pouvait pas influencer la prise en charge médico-psychologique, et encore moins judiciaire des mineurs ;
- nécessité que le mineur parle un français courant (un bon niveau de lecture n'est pas un critère d'inclusion : afin de palier aux faibles niveaux d'instruction et de lecture, l'investigateur a proposé aux mineurs de lire les questions à haute voix) ;
- mise à disposition d'un espace de confidentialité et d'un temps de rencontre par le CEF.

Le genre n'était pas un critère d'inclusion. Malgré tout, les 2 CEF dans lesquels s'est déroulé le travail accueillent uniquement des adolescents masculins.

3.2.2.2. Les critères de non-inclusion

N'ont pas été pas inclus dans le travail de recherche les mineurs :

- dont les parents ou responsables légaux n'avaient pas retourné le formulaire de consentement ;
- qui ne souhaitaient pas y participer ;
- qui avait donné leur accord mais pour lesquels un événement a modifié le placement : fugue, aménagement du placement, incarcération pour manquement aux obligations...

3.2.3. Recueil des données

Les rencontres se sont déroulées comme suit : après quelques rappels sur la démarche et l'intérêt de l'enquête, l'entretien semi-directif s'est fait en situation duelle pendant 45 minutes à 1H30, en 2 étapes :

- le remplissage d'un questionnaire médical ;
- la passation d'auto-questionnaires.

3.2.3.1. La fiche d'informations médicales

Elle s'adresse uniquement aux adolescents placés en CEF, et ne concerne pas la population « *contrôle* ». Celle-ci comprend (cf pages 24 à 28 de l'annexe 3) :

- des informations judiciaires :
 - o les motifs de la condamnation et sa nature ;
 - o les antécédents judiciaires ;
 - o les antécédents de placement de CEF ;
- des informations biographiques :
 - o date et lieu de naissance ;
 - o relations parentales :
 - détenteur de l'autorité ;
 - rupture de contacts éventuels ;
 - o nationalité et origines ;
 - o langue maternelle et langue parlée au domicile ;
 - o la notion d'exclusion scolaire ;
- les antécédents psychiatriques, notamment en matière de troubles des conduites :
 - o prise en charge psychiatrique ;
 - o prise de traitement médicamenteux ;
 - o antécédent et mode d'hospitalisation en service de soins psychiatriques ;
 - o consommation de toxiques ;
 - o gestes auto-vulnérants, pratiques de marquage corporel à visée esthétique ou rituelle ;
 - o si le tableau clinique nous paraît très nettement pathologique : diagnostique syndromique selon la CIM 10²¹ ;
 - o certains antécédents psychiatriques familiaux.

3.2.3.2. Dossier des auto-questionnaires

Certaines informations personnelles de la population « *contrôle* » étaient recueillies à la fin du dossier de questionnaires (cf page 22 de l'annexe 3) alors qu'elles figurent dans la fiche médicale des jeunes de CEF.

D'autre part, en début de questionnaires, quelques précisions étaient à fournir :

- sexe ;
- mois et année de naissance ;
- niveau scolaire ;
- conditions de vie (lieu de vie actuel, ou dernier avant d'entrer en CEF).

Nous avons sélectionné 7 questionnaires pour évaluer les dimensions souhaitées :

- questionnaire de fonctionnement ordalique : QFO ;
- questionnaire sur les événements de vie : ALCES de Yeaworth ;
- questionnaire d'anxiété trait-état : STAI de Spielberger ;
- questionnaire sur les domaines d'inquiétudes : QDI ;
- questionnaire des dimensions de l'empathie, « *Coupure-Empathie-Contagion* » : CEC-A ;
- questionnaire de coping pour situations stressantes : CISS ;
- échelle composite de dépression pour enfants : MDI-C.

3.2.4. Présentation des questionnaires utilisés

3.2.4.1. Questionnaire de fonctionnement ordalique

Ce questionnaire, développé par CARDENAL & coll. ⁽⁵¹⁾, ne mesure pas l'intensité des conduites ordaliques déjà existantes chez un sujet, mais permet de repérer un éventuel fonctionnement ordalique ou l'intérêt porté aux prises de risques.

Dans un fonctionnement ordalique coexistent donc la conscience chez le sujet du risque pris dans des domaines variables, la perception de celui-ci comme une épreuve positive, la dimension de transgression consciente ou involontaire, l'adhésion à des croyances animistes ou superstitieuses, et à la chance.

Il a donc été développé quatre domaines dans le Questionnaire de Fonctionnement Ordalique (QFO). Le QFO regroupe 71 questions définissant 4 sous-types :

- la prise de risque (PR) ;
- la valorisation, ou la vision positive, de la prise de risque (VP) ;
- la transgression (TR) ;
- la croyance (CR).

La cotation varie de 1 pour « *pas du tout d'accord* » à 4 pour « *tout à fait d'accord* ». Certains items (18, 19, 21, 23, 24, 38, 43, 44, 48, 55, 66) du questionnaire ont été inversés pour éviter « le phénomène d'attraction des réponses positives ». La cotation est donc inversée pour ces items. Ainsi, chaque composante obtient une fourchette de variation de score ($26 < PR < 104$; $9 < VP < 36$; $19 < TR < 76$; $17 < CR < 68$).

3.2.4.2. *ALCES de Yeaworth*

Les évènements de vie seront étudiés à l'aide d'un auto-questionnaire permettant de mettre en évidence les événements de vie spécifiques vécus pendant la période de l'adolescence : le questionnaire *Adolescent Life Change Event Scale* (ALCES, YEAWORTH & coll. ⁽¹⁰⁸⁾)

Il est constitué de 41 items mais, pour faciliter le recueil des données, certains items ont été dédoublés (par exemple au lieu de demander « *décès d'un parent* » puis de demander de préciser père ou mère on demande « *décès du père* » puis « *décès de la mère* »). Au final, l'échelle proposée comprend 44 items, répartis en 5 domaines : vie familiale, vie scolaire, vie sociale, vie affective et santé.

Il n'existe pas de validation à proprement parler pour un questionnaire d'évènements de vie. En effet, il s'agit de faire appel au réel. Il ne s'agit pas d'explorer une dimension psychologique du sujet mais juste de déterminer si un évènement a été vécu ou pas. Le seul critère externe de validité d'une liste d'évènements est constitué des dires d'une personne proche du sujet, à moins que cette dernière ne

livre aussi des réponses fallacieuses !

De plus, il est important que le questionnaire balaye les différents domaines de la vie (travail, santé du sujet ou de son entourage, habitat, famille, vie affective, problèmes juridiques...), qu'il donne une indication dans le temps de la survenue de l'évènement ainsi que le ressenti du sujet sur l'évènement vécu (savoir si l'évènement a été vécu comme « *stressant ou non* »). S'attacher à l'aspect qualitatif de l'évènement permettra d'avoir des informations sur l'impact et sur le retentissement affectif de l'évènement sur le sujet au moment de la survenue.

Nous utiliserons les réponses de façon qualitative pour déterminer si les patients ont été exposés ou non à des événements de vie. En 1992, les chercheurs ayant étudié cet instrument de recherche avaient recensé 25 études utilisant cet outil auprès de 4.024 adolescents (adolescentes enceintes, délinquants, auteurs de tentative de suicide, accidents, maladies malignes...). Ce questionnaire d'évènements de vie est le plus utilisé en population adolescente.

3.2.4.3. STAI de Spielberger

La *State-Trait Anxiety Inventory* est une échelle construite par SPIELBERGER & coll., validée en français ⁽¹⁰⁹⁾, qui comprend deux auto-questionnaires destinés à évaluer de façon indépendante l'anxiété-état (disposition durable d'une personne à être anxieuse) et l'anxiété-trait (anxiété ressentie par la personne au moment de l'évaluation).

Dans le cas du STAI-trait, le sujet évalue ce qu'il ressent habituellement, de façon générale, comme « *Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement* ». Dans le cas du STAI-état, il évalue ce qu'il ressent dans l'instant, actuellement comme « *Je me sens tranquille, bien dans ma peau* ».

Chaque auto-questionnaire comporte 20 propositions et, pour chacune d'elles, le participant donne la mesure qui le concerne selon une cotation en Likert 4 (*Non*,

Plutôt non, Plutôt oui, Oui). Certaines questions évaluent la présence d'anxiété (cotation de 4 à 1), d'autres son absence (cotation de 1 à 4).

Le score total, variant entre 20 à 80, peut être reporté sur l'étalonnage établi en fonction de plusieurs critères comme son genre ou son âge. Plus le score est élevé, plus le niveau d'anxiété du participant est important, avec éventuellement une prédominance pour l'anxiété-Trait ou pour l'anxiété-Etat, tel que :

- en dessous de 35 : niveau d'anxiété minimal ;
- de 36 à 45 : niveau d'anxiété faible ;
- de 46 à 55 : niveau d'anxiété modéré ;
- de 56 à 65 : niveau d'anxiété élevé, important ;
- au-dessus de 66 : niveau d'anxiété très élevé.

3.2.4.4. *Questionnaire des domaines d'inquiétudes*

Nous avons utilisé la version française ⁽¹¹⁰⁾ du questionnaire des domaines d'inquiétude (QDI) de Penn State ⁽¹¹¹⁾. Cet auto-questionnaire présente une bonne consistance interne et une fidélité test-retest satisfaisante ($r = 0,85$) pour un intervalle d'1 mois.

Ce questionnaire a été élaboré initialement dans le but d'évaluer les inquiétudes des populations dépourvues d'un trouble anxieux afin de permettre une meilleure compréhension et différenciation des inquiétudes pathologiques (liées aux Troubles Anxieux Généralisés) et non pathologiques (non liées aux Troubles Anxieux Généralisés).

La version française du QDI, utilisée dans notre étude, comprend 30 items divisés en six domaines d'inquiétude (5 items par domaine) avec un temps de passation de cinq minutes. Les items sont cotés sur une échelle de Likert en cinq points selon l'intensité de l'inquiétude (variant de « *Pas du tout correspondant* » à « *Extrêmement correspondant* »). Le score global est la somme des notes obtenues à chaque item. Il est au maximum de 150, et de 25 points pour chacun des 6 domaines, qui sont :

- relation avec les autres ;
- manque de confiance ;
- futur sans objectif ;
- incompétence au travail ;
- menace financière ;
- menace physique.

3.2.4.5. CEC-A

La version A de cet auto-questionnaire d'évaluation de l'empathie regroupe 12 questions pour lesquelles il faut choisir une réponse parmi 3 propositions de réaction-adaptation. L'intérêt de ce questionnaire consiste à repérer 3 modalités de gestion émotionnelle dans le rapport à l'autre : coupure, empathie, contagion.

Au fil du temps, les recherches ont distingué la sympathie de l'empathie. La première est une convergence émotionnelle, tandis que la seconde est la capacité à ressentir l'émotion d'autrui. Plus précisément, *« il semble plus judicieux (de distinguer) les processus automatiques des processus intentionnels, qui pourraient faire de la contagion émotionnelle la composante automatique de processus empathiques »* (FAVRE ⁽⁶¹⁾).

D'autre part, la « coupure » préserve le sujet de se sentir concerné par l'émotion de l'autre, pas tant par un primaire égocentrisme que par une crainte de ne pas assumer sa propre réaction émotionnelle ! FAVRE perçoit en cela *« un possible prédicteur des conduites violentes que l'on peut alors comprendre comme autant de « débordements » émotionnels. »*

Les études de validation ont utilisé le test Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) de MEHRABIAN ⁽¹¹²⁾ comme outil de référence. Le test CEC-A livre un score pour chacun des 3 modes de gestion émotionnelle, qui donne donc un fonctionnement prédominant. Une version « B » du test cotée en Likert, en cours de validation, permettrait d'avoir des résultats plus stables dans la fidélité test-retest pour chaque dimension explorée.

Ce questionnaire d'empathie nous donnera les scores de notre critère de jugement principal.

3.2.4.6. CISS

Le *coping* répond à 3 types de stratégies différentes selon l'individu et la situation⁷³ :

- réponse qui modifie la situation ;
- réponses qui modifient le sens ou l'appréciation du stress ;
- réponses visant à contrôler des sentiments pénibles.

L'inventaire de Coping pour Situations Stressantes⁽¹¹³⁾ (CISS) comporte 48 questions portant sur les stratégies mises en œuvre pour faire face aux situations stressantes. Le score du CISS donne donc une mesure multidimensionnelle des styles de coping :

- centré sur la tâche. Le sujet « décrit des efforts orientés vers la tâche pour résoudre le problème, le restructurer sur le plan cognitif ou pour tenter de modifier la situation » ;
- vers l'émotion. Le sujet « décrit les réactions émotionnelles orientées vers le Moi dans le but de réduire le stress. Ces réactions comprennent les réponses émotionnelles (m'en vouloir d'être trop émotif, me mettre en colère, devenir tendu), les préoccupations personnelles, et les rêveries » ;
- dans l'évitement. Le sujet « décrit les activités et les modifications cognitives visant à éviter la situation stressante. Les moyens d'apaiser le stress sont soit la distraction avec d'autres situations ou d'autres tâches (orienté vers un acte), soit la diversion sociale (orienté vers la personne) ». ⁽¹¹⁴⁾

La consistance interne du test est bonne, et les coefficients de fidélité test-retest (à 6 semaines) sont élevés sur les échelles Tâche et Emotion, moyens sur les échelles d'Évitement.

Chaque stratégie répond à 16 items. Pour le coping orienté vers l'évitement, la sous-échelle « distraction » contient 8 items, celle « diversion sociale » 5 (les 3 items

restants ne sont pas notés pour ces sous-échelles). La réponse à chaque proposition est notée sur une échelle de fréquence allant de 1 (« *pas du tout* ») à 5 (« *beaucoup* »). La note T qui correspond à chaque score est étalonnée de sorte que chaque échelle aura la même moyenne et le même écart type. On peut l'interpréter comme suit :

- > 70 : de loin au-dessus de la moyenne ;
- de 66 à 69 : très au dessus de la moyenne ;
- de 61 à 65 : au dessus de la moyenne ;
- de 56 à 60 : légèrement au dessus de la moyenne ;
- de 45 à 55 : moyen ;
- de 40 à 44 : légèrement en dessous de la moyenne ;
- de 35 à 39 : en dessous de la moyenne ;
- de 30 à 34 : très en dessous de la moyenne ;
- < 30 : de loin en dessous de la moyenne.

3.2.4.7. MDI-C

L'échelle composite de dépression pour enfants (MDI-C ⁽¹¹⁵⁾), traduite en français par CASTRO ⁽¹¹⁶⁾, regroupe 79 items présentés sous forme de courtes phrases rédigées dans un format proposant des réponses binaires « vrai/faux ». Elle permet d'obtenir une note totale, ainsi que des notes pour 8 sous-échelles mesurant la sévérité de plusieurs dimensions symptomatiques de la dépression, qui sont :

- l'anxiété ;
- l'estime de soi ;
- l'humeur triste ;
- le sentiment d'impuissance ;
- l'introversion sociale ;
- la faible énergie ;
- le pessimisme ;
- la provocation.

Les scores des sous-échelles sont étalonnés pour l'âge et le genre, de sorte que :

- si $T < 55$: résultat normal ou non significatif ;
- si $56 < T < 65$: intensité faible à modérée ;

- si $66 < T < 75$: intensité modérée à sévère ;
- si $T > 76$: intensité sévère.

Ajoutons à cela :

- l'item 45 (« *J'ai un plan pour me suicider* ») qui fonctionne comme un Indicateur du Risque Suicidaire, mais n'apparaît dans aucune échelle ;
- l'Indice des Réponses Rares (IRR), correspondant à 8 questions (11, 12, 16, 30, 46, 48, 51, 56) :
 - o si $IRR \geq 2$: biais dans les réponses ;
 - o si $IRR \geq 4$: simulation.

La consistance interne de la note Totale est élevée, et les coefficients de fidélité test-retest indiquent une stabilité importante dans le temps ⁷⁸.

3.2.5. Recrutement des sujets « *contrôles* »

3.2.5.1. *Partenariat avec l'Education Nationale*

Après avoir initié l'étape de faisabilité au sein des CEF, nous avons procédé à la démarche d'inclusion des sujets « *contrôle* », que nous dénommerons par la suite le groupe « *scolaires* ».

Une rencontre a eu lieu en Décembre 2011 avec les médecins du Service de promotion de la santé en faveur des élèves de l'Académie de Limoges. Puis madame la rectrice a donné son accord pour l'initiation du travail (*cf annexe 4*).

3.2.5.2. *Déroulement*

Les 7 médecins scolaires de l'Académie de Limoges ont sollicité les établissements scolaires pour inclure 16 classes, de la 5^{ème} à la Terminale, soient des élèves de 12 à 18 ans environ.

Une fois l'accord du chef d'établissement obtenu, celui-ci a fait parvenir aux parents des élèves un courrier d'information (*cf annexe 5*).

Dans le mois suivant, les élèves de la classe sollicitée ont rencontré le médecin scolaire pour la passation des questionnaires. Il leur a été remis un dossier à

compléter, précédé d'un courrier récapitulatif (*cf annexe 6*), et d'une fiche de consentement.

Les critères d'inclusion étaient :

- être scolarisé dans une classe de l'académie de Limoges entre la 5^{ème} et la Terminale, toutes filières confondues (générale, technologique...);
- l'absence de refus parental ;
- l'accord écrit du mineur.

Nous souhaitons ainsi recruter une population « *Scolaire* » d'environ 300 à 400 adolescents.

3.3. Traitement des données

3.3.1. Saisie

Les auto-questionnaires ont été scannés et saisis à l'aide du logiciel *Sphinx*.

Les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel commercial SPSS® (*Statistical Package for Social Science*) pour Windows®, version 17.0.

Le seuil de significativité retenu pour chaque analyse est de 5 %.

La distribution des réponses à chaque question a été étudiée, de même que les moyennes, médianes et écarts-types des réponses à chaque question ainsi que les moyennes et écarts types des scores des différentes sous échelles.

Les moyennes des scores des échelles des deux groupes ont été comparées par des *test t de Student* si les distributions des scores étaient compatibles avec l'hypothèse de distributions gaussiennes ; sinon nous avons utilisé des *tests de Mann Whitney*.

Pour répondre aux objectifs secondaires (analyser les différents facteurs qui peuvent être associés à des actes de délinquance et à un profil psychologique singulier), on effectuera dans un premier temps des analyses bivariées pour identifier les caractéristiques associées (préoccupations des adolescents, évènements de vie,

conduite ordalique, anxiété, troubles du comportement, etc...) :

- comparaisons de moyennes par *test du t de Student* ou *test de Mann et Whitney* ;
- comparaison des fréquences par *test du Chi2* ou *test exact de Fisher* selon les effectifs théoriques calculés.

Des analyses multivariées (par régression logistique) pourront ensuite être réalisées en prenant la prise en charge en CEF comme variable à expliquer. Les variables insérées seront les variables qui présenteront un degré de significativité $p < 0,20$ en analyses univariées.

3.3.2. Traitement des non-réponses

Pour les analyses descriptives, le nombre et la répartition des données manquantes seront précisés.

Afin de ne pas tronquer les scores des tests, et ne pas modifier ainsi les analyses de corrélation ou de comparaison de moyennes, nous avons traité les non-réponses aux auto-questionnaires comme suit :

- si 4 réponses ou plus manquantes : exclusion du test ;
- si moins de 4 réponses manquantes : attribution de la notation faible, n'ayant ainsi pas d'influence significative sur le score total.

3.4. Résultats

Nous procéderons en 3 étapes pour restituer les données utiles à l'exploration de l'hypothèse de départ.

Dans un premier temps, nous décrirons les sujets étudiés dits *CEF*, et notre population de comparaison dite *Scolaire*.

Ensuite, nous essaierons de trouver des différences significatives entre les 2 groupes comparés pour chacune des dimensions du fonctionnement psychique

étudiées par les questionnaires. Notre critère principal d'évaluation est le score à l'échelle d'empathie (CEC-A).

Enfin, la dernière partie du travail ne pourra pas porter sur les sujets *CEF*, faute d'avoir inclus un effectif suffisant. Mais en analysant l'ensemble de la population des sujets *Scolaires*, donc filles incluses, nous procéderons à la recherche de corrélation entre certaines des dimensions significativement différentes entre les *CEF* et les *Scolaires*, et à la mise en évidence d'éventuelles associations avec des événements de vie. Toutefois, il ne nous sera pas autorisé d'appliquer les éventuels résultats intéressants de cette population « *contrôle* » aux sujets de l'étude pour des raisons d'ordre méthodologique. Nous reviendrons sur ce point...

3.4.1. Description des adolescents rencontrés dans les *CEF* et des sujets scolarisés

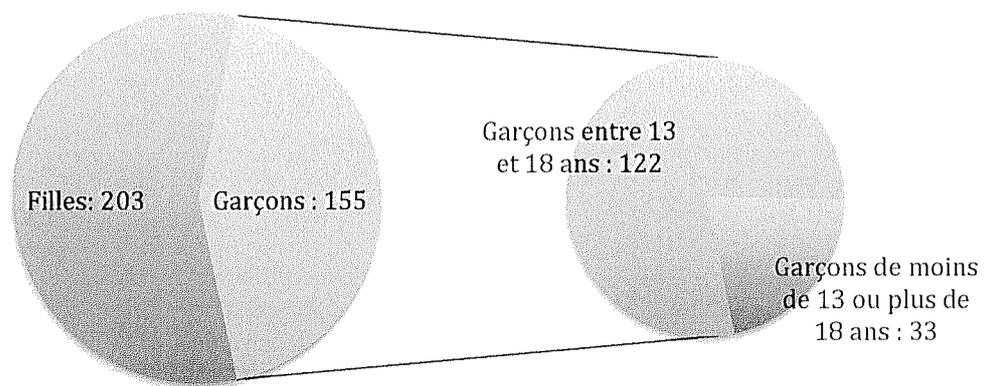
Le recrutement des sujets *Scolaires*, en collèges et lycées, a tenté de se rapprocher au mieux du profil de la population générale. Nous en avons extrait une partie, selon le sexe et l'âge, de sorte qu'ils soient comparables aux mineurs étudiés « *CEF* ».

Avant cette sélection, voici le profil de l'intégralité des sujets recrutés pour l'étude :

		Effectif	Pourcentage	Age moyen	Ages extrêmes	Effectif total
Sujets « CEF »	Filles	0	0	16,3	13- 17	17
	Garçons	17	100,0			
Sujets « Scolaires »	Filles	203	56,7 %	14,9	12- 21	358
	Garçons	155	43,3 %			

Tableau 5 : Présentation des effectifs selon l'âge et le sexe des 17 sujets « *CEF* » et des 358 sujets *Scolaires*.

La description des données et les comparaisons statistiques suivantes conserveront uniquement un échantillon de 122 sujets garçons *Scolaires*, comparables aux cas étudiés pour l'âge et le sexe.



Graphique 2 : Distribution des sujets *Scolaires* selon l'âge et le sexe

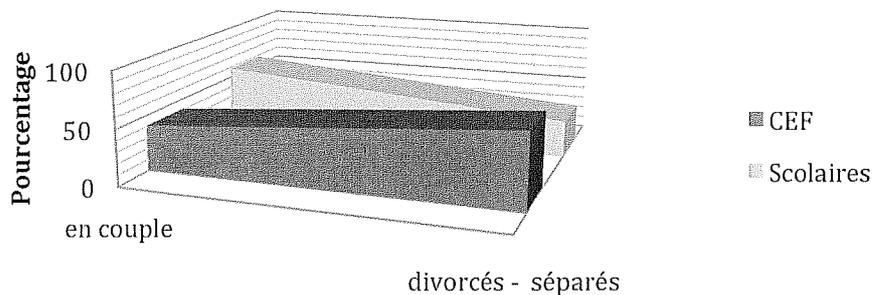
3.4.1.1. *Caractéristiques sociodémographiques*

Certaines informations nous étaient apportées dans la fiche médicale ; les sujets *Scolaires* auront donc la mention « x » lorsque nous ne possédons pas cette information en ce qui les concerne.

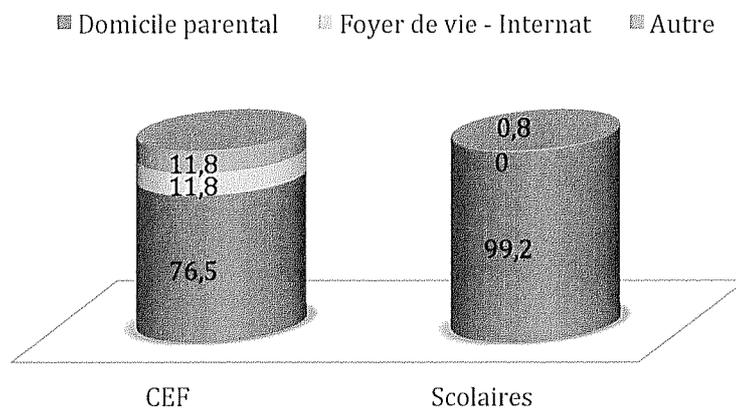
D'autre part, nous avons sélectionné une partie des données obtenues au départ par le dossier de questionnaire ou la fiche médicale. Nous ne présenterons donc ci-dessous que celles qui nous seront utiles pour la suite du travail. Somme toute, nous avons souhaité livrer quelques données décrivant le « profil » des mineurs étudiés, qui ne correspond pas toujours aux idées reçues, quand bien même elles ne seraient pas généralisables puisqu'ils ne sont que 17.

		Adolescents CEF (N=17)		Sujets Scolaires (N=122)		
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Données biographiques	Statut du couple parental (ALCES)	En couple	7	41,2	82	67,2
		Séparés-divorcés	10	58,8	40	32,8
	Tuteur légal (déchéance du droit parental)	Mère	2	11,8	X	X
		Père	2	11,8	X	X
	Rupture de contact avec parents	Mère	0	0	X	X
		Père	3	17,6	X	X
	Lieu de vie	Domicile parental	13	76,5	119	99,2
		Foyer de vie-internat	2	11,8	0	0
		Autre	2	11,8	1	0,8

Tableau 6 : Caractéristiques socio-démographiques des 17 adolescents CEF et des 122 Scolaires



Graphique 3 : Statut du couple parental des mineurs inclus dans l'étude



Graphique 4 : Répartition des 17 *CEF* et 122 *Scolaires* selon les lieux de vie

Parmi les sujets *Scolaires*, 2 n'ont pas précisé leur lieu de vie. Notons à ce titre que plus de $\frac{3}{4}$ des mineurs *CEF* vivaient chez leurs parents avant d'être placés en *CEF*.

D'autre part, les données biographiques recueillies révèlent que 3 ont perdu contact avec leur père, aucun avec leur mère ; et seulement 2 pères et 2 mères étaient déchus de leurs droits parentaux.

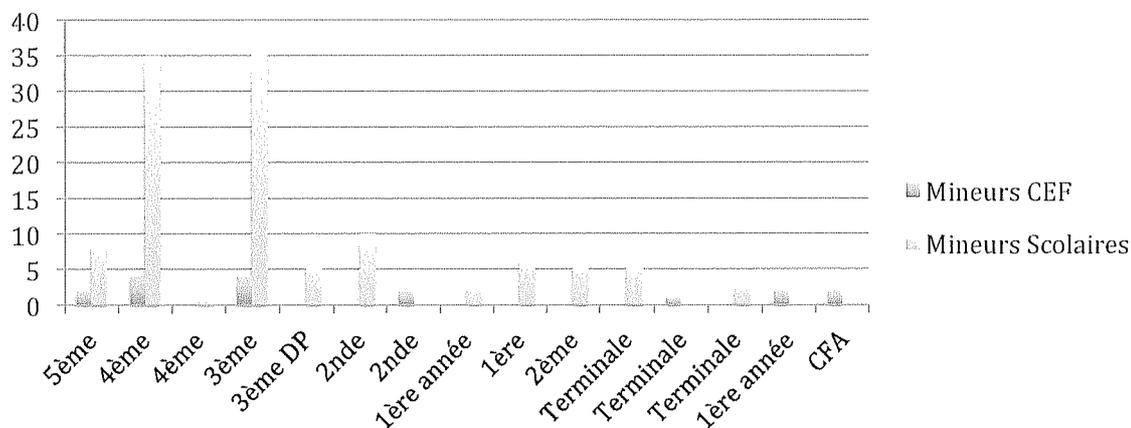
Enfin, presque 60 % des parents de mineurs *CEF* étaient divorcés, alors qu'ils sont environ 30 % chez les sujets *Scolaires*.

3.4.1.2. Scolarité

		Mineurs CEF (N=17)		Sujets Scolaires (N=122)		
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Niveau scolaire	5 ^{ème}	2	11,8	9	7,4	
	4 ^{ème}	4	23,5	35	28,7	
	4 ^{ème} SEGPA	0	0	1	0,8	
	3 ^{ème}	4	23,5	36	29,6	
	3 ^{ème} DP	0	0	6	4,9	
	2 ^{nde} générale	0	0	10	8,2	
	2 ^{nde} techno	2	11,8	0	0	
	1 ^{ère} année bac pro	0	0	3	2,5	
	1 ^{ère} générale	0	0	7	5,7	
	2 ^{ème} année bac pro	0	0	6	4,9	
	Terminale générale	0	0	6	4,9	
	Terminale bac pro	1	5,9	0	0	
	Terminale techno	0	0	3	2,5	
	1 ^{ère} année CAP	2	11,8	0	0	
	CFA	2	11,8	0	0	
	Total		17	100,0	122	100,0
	Redoublement (ALCES)	Oui	13	76,5	26	21,3
	Non	4	23,5	96	78,7	
Antécédents d'exclusion scolaire (ALCES)	Oui	15	88,2	4	3,3	
	Non	2	11,8	118	96,7	

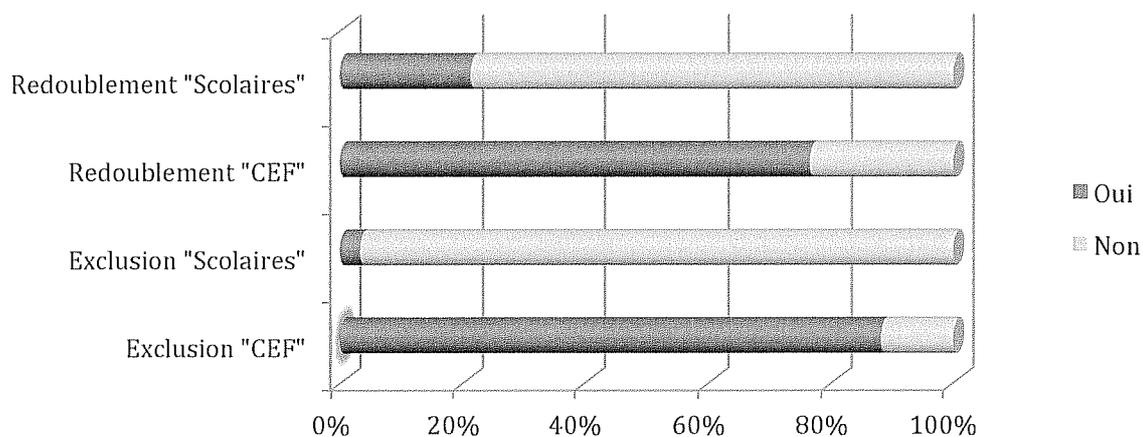
Tableau 7 : Caractéristiques scolaires des 17 sujets CEF et 122 sujets Scolaires

Ces éléments concernant la scolarité donnent à voir une répartition plutôt hétérogène dans les différentes classes. Des analyses plus fines, notamment socio-éducatives, permettraient d'en connaître les causes...



Graphique 5 : Distribution des mineurs des 2 groupes inclus dans l'étude selon le niveau scolaire

D'autre part, on relève 76,5% de redoublement parmi les mineurs *CEF*, contre 21,3% chez les *Scolaires*. Les antécédents d'exclusion scolaire sont aussi plus présents chez les premiers. Nous essaierons dans la dernière partie des résultats d'évaluer les liens entre ces données de scolarité et le profil psychologique...



Graphique 6 : Taux de 2 événements scolaires: *redoublement* et *exclusion* parmi chaque groupe étudié

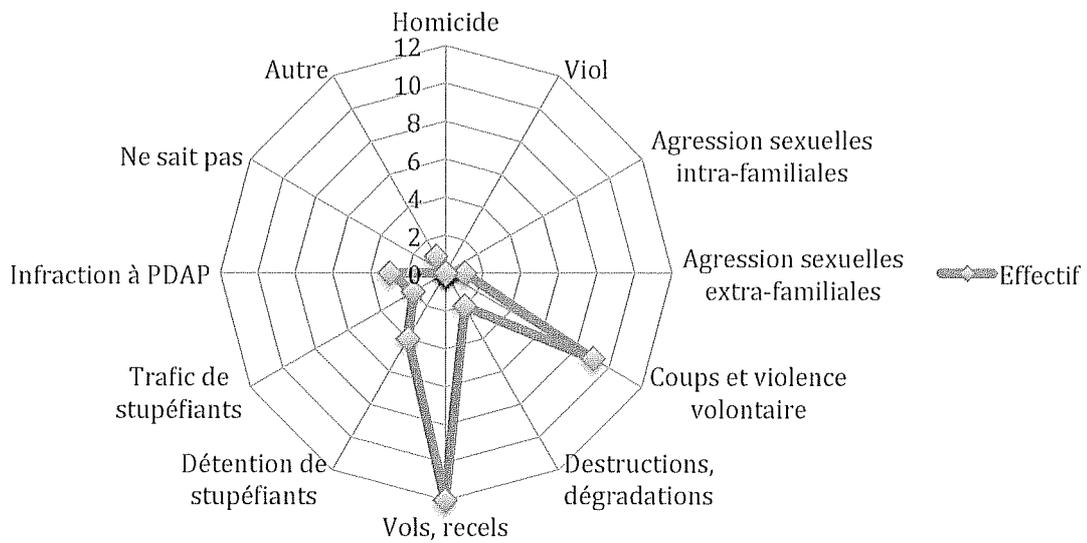
3.4.1.3. Caractéristiques judiciaires

Bien évidemment ces informations concernent spécifiquement les adolescents des CEF. Il a été difficile de faire préciser aux jeunes rencontrés la moyenne d'âge au

moment des faits. Les délais, le nombre de faits de délinquance ou chefs d'inculpation, les différentes mesures judiciaires, le parcours de placement, ou encore les multiples convocations par autant d'interlocuteurs sont souvent mal intégrés par les sujets, et rendent laborieuse la restitution chronologique...

	Chefs d'inculpation (N=34) du placement actuel de 17 mineurs		Motifs des condamnations judiciaires précédentes (N=20) de 12 mineurs	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Homicide	0	0	0	0
Viol	0	0	0	0
Atteintes aux mœurs, agression sexuelles intra-familiales	0	0	0	0
Atteintes aux mœurs, agression sexuelles extra-familiales	1	2,9	0	0
Coups et violence volontaire	9	26,5	6	30
Destructions, dégradations	2	5,9	2	10
Vols, recels	12	35,3	7	35
Détention de stupéfiants	4	11,8	1	5
Trafic de stupéfiants	2	5,9	2	10
Infraction à personne dépositaire de l'autorité publique	3	8,8	2	10
Ne sait pas	0	0	0	0
autre	1	2,9	0	0
Total	34	100,00	20	100,0

Tableau 8 : Motifs des inculpations ou condamnations judiciaires actuelles et précédentes de 17 mineurs placés en CEF en 2011-2012



Graphique 7 : Répartition des effectifs des faits de délinquance ayant conduit 17 mineurs en CEF en 2011-2012

Les mesures de condamnation étaient dans environ 65 % des cas des Contrôles Judiciaires (CJ), dans 30 % des cas de Sursis avec Mise à l'Epreuve (SME) et dans 5% des cas un Placement Extérieur.

On compte une vingtaine d'antécédents judiciaires pour 12 mineurs. Certains ont donc été condamnés plusieurs fois, et 5 mineurs étaient primo-délinquants :

- 3 arrivés au CEF en placement direct ;
- 2 transférés d'Etablissement Pénitentiaire pour Mineur (EPM) ou du quartier mineur de maison d'arrêt dans le cadre d'un aménagement de peine.

Parmi les 12 mineurs récidivistes placés dans les 2 CEF investigués, on compte 20 antécédents de condamnation avec placement qui se répartissent à hauteur de 30% en CEF, 30% en EPM, 30% en CER (Centre Educatif Renforcé) et 10% en EPE (Etablissement de Placement Educatif de la PJJ).

Notons toutefois que 2 ou 3 mineurs avaient un lourd passé judiciaire qui contribue à orienter ces chiffres.

Aussi, afin de se rapprocher de nos hypothèses de départ, nous avons extrait 2 items du questionnaire d'évènements de vie ALCES portant sur des antécédents de contact avec la Police ou la Justice. Nous pourrions donc les utiliser dans la dernière partie...

		Mineurs <i>CEF</i> (N=17)		Sujets <i>Scolaires</i> (N=122)	
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Arrestation par la Police (ALCES)	Non	0	0	101	82,8
	Oui	17	100	21	17,2
Démêlés avec la Justice (ALCES)	Non	3	17,6	114	93,4
	Oui	14	82,4	8	6,6

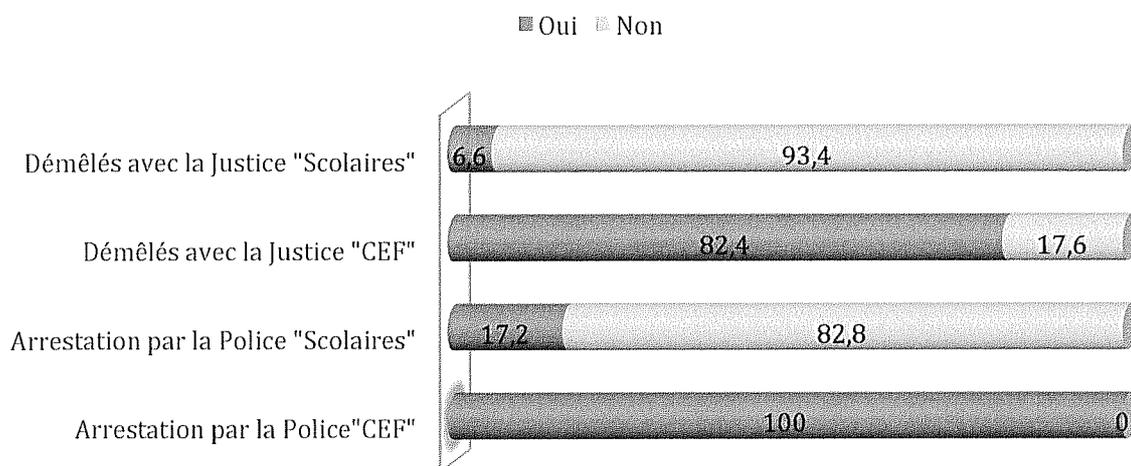
Tableau 9 : Réponses aux 2 items du questionnaire ALCES portant sur des évènements judiciaires pour les sujets *CEF* et les sujets *Scolaires*

Ceci n'apparaît pas dans notre tableau, pour des raisons de facilité de lecture, mais certains sujets (*CEF et Scolaires*) ont eu plusieurs arrestations, ce qui nous donne un nombre d'évènements supérieur aux effectifs.

D'autre part, nous n'avons pas jugé utile de préciser le délai écoulé depuis les évènements mentionnés.

Par contre, il nous semble intéressant d'ajouter que :

- parmi les sujets arrêtés par la Police : 7/17 (41 %) sujets *CEF* jugent l'évènement « *stressant* », contre 4/21 (19 %) sujets *Scolaires* ;
- parmi les sujets ayant eu des démêlés avec la Justice : 8/14 (57%) sujets *CEF* jugent l'évènement « *stressant* », contre 1/8 (12,5%) sujets *Scolaires*.



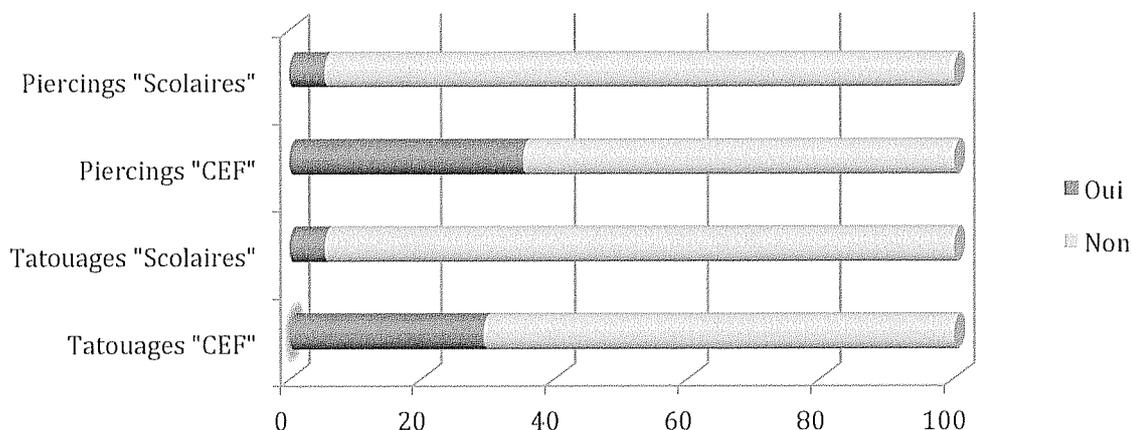
Graphique 8 : Taux de survenue de 2 événements de nature judiciaire pour chacun des 2 groupes étudiés

3.4.1.4. Témoins du marquage du corps

			Mineurs CEF (N=17)		Sujets Scolaires (N=111 ; 11 non réponses)	
			Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Marquage du corps	Piercings	Oui	6	35,3	6	5,4
		Non	11	64,7	105	94,6
	Tatouages	Oui	5	29,4	6	5,4
		Non	12	70,6	105	94,6

Tableau 10 : Témoins d'un marquage du corps : les piercings et les tatouages pour les sujets CEF et les sujets Scolaires

Nous avons souhaité rapporter les données concernant le « marquage du corps ». Etape clé à l'adolescence, chaque individu doit intégrer les perturbations en lien avec la puberté. Le corps en porte parfois les stigmates, en devenant un espace d'expression émotionnelle...



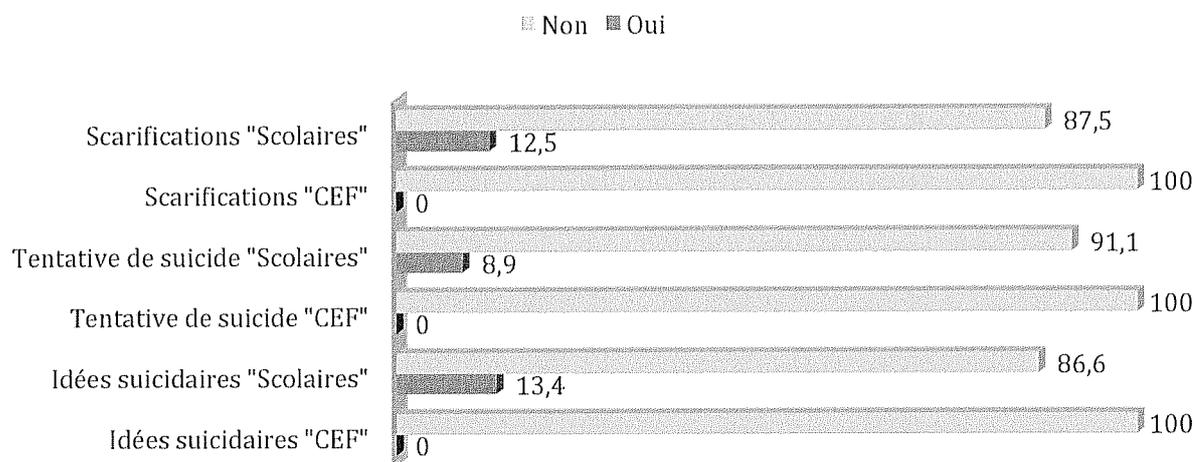
Graphique 9 : Taux de répartition des témoins de marquage du corps : *les piercings et les tatouages*

Environ 30 % des mineurs *CEF* sont marqués par des tatouages et 35 % par des piercings, contre 5% des *Scolaires* pour des tatouages, et de même pour les piercings.

3.4.1.5. *Antécédents psychologiques et psychiatriques*

Parmi les sujets *Scolaires* ayant répondu, 1/83 déclare être suivi par un psychiatre, et 4/83 par un psychologue. De la même manière, les sujets *CEF* avaient des difficultés à retracer leur parcours d'accompagnement psychologique ou de soins psychothérapeutiques. Nous n'avons pas été en mesure d'exploiter cette donnée, ni d'ailleurs les informations sur l'usage de médicaments psychotropes.

Par contre, le graphique suivant expose des informations se rapportant à la symptomatologie suicidaire, que nous pourrions exploiter dans les analyses statistiques. Nous pouvons observer qu'aucun mineur de *CEF* n'a fait état de symptôme suicidaire ou auto-vulnérant par le passé. Ceci pourrait être rapporté à un profil psychologique spécifique...



Graphique 10 : Taux de symptômes suicidaires et de scarifications

3.4.1.6. Antécédents familiaux

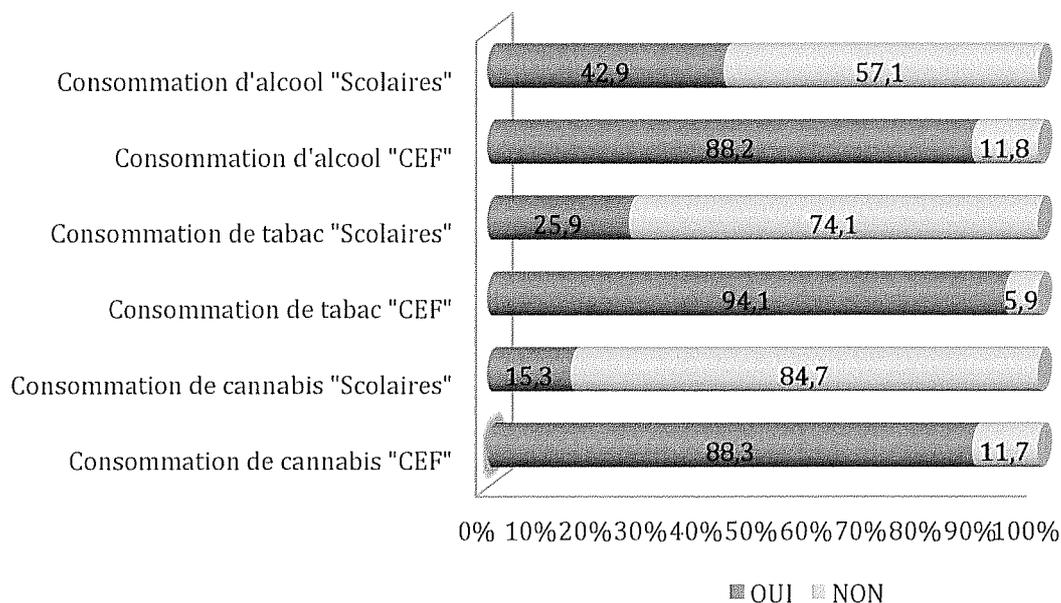
			Mineurs CEF (N=17)		Sujets Scolaires (N=122)	
			Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Antécédents familiaux	TS	Oui	2	11,8	14	11,5
	(ALCES)	Non	15	88,2	108	88,5
	Ethylisme	Oui	3	17,6	10	8,2
	dans la famille (ALCES)	Non	14	82,4	112	91,8

Tableau 11 : Antécédent familial de TS et éthylisme chez le père pour les sujets CEF et les sujets Scolaires

Parmi les antécédents familiaux, nous n'avons conservé que 2 données obtenues dans les questions de l'ALCES : les antécédents de tentative de suicide et d'éthylisme dans la famille. Nous exploiterons ces éléments par la suite.

3.4.1.7. Consommation personnelle de toxiques

Nous avons conservé ici uniquement les données portant sur la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis : les chiffres présentés sont assez éloquentes ! Ils sont présentés dans le graphique suivant :



Graphique 11 : Taux de consommation de toxiques (alcool, tabac, cannabis)

Nous avons souhaité exposer aussi la fréquence des consommations de ces 3 toxiques, ce qui nous permet d'observer que les mineurs *CEF* sont bien plus des consommateurs « réguliers », alors que les mineurs *Scolaires* se disent « occasionnels ».

Consommation de toxiques	Alcool : si « oui »	Mineurs CEF (N=17)		Sujets Scolaires (N=48)		
			Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
		occasionnelle	10	66,7	37	77,1
	régulière	5	33,3	11	22,9	
	Total	15	100,0	48	100,0	

Consommation de toxiques	Tabac : si « oui »	Mineurs CEF (N=17)		Sujets Scolaires (N=28)		
			Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
		occasionnelle	1	6,25	15	53,6
	régulière	15	93,75	13	46,4	
	Total	16	100,0	28	100,0	

Consommation de toxiques	Cannabis : si « oui »	Mineurs CEF (N=17)		Sujets Scolaires (N=17)		
			Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
		occasionnelle	5	33,3	16	94,2
	régulière	10	66,7	1	5,8	
	Total	15	100,0	17	100,0	

Tableaux 12 : Consommation cannabique pour les sujets CEF et les sujets Scolaires, et fréquence de la consommation

Il s'agit désormais de s'intéresser aux dimensions du fonctionnement psychique qui font le cœur de l'étude, et de chercher des différences entre les 2 groupes présentés.

3.4.2. Comparaison des sujets « CEF » et de la population « Scolaire »

3.4.2.1. Résultats à l'échelle d'empathie

3.4.2.1.1. Comparaison des 3 dimensions du CEC-A entre les sujets CEF et Scolaires

Le test d'empathie CEC-A était notre critère de jugement principal. Nous allons donc en détailler les scores et la répartition de chacune des 3 dimensions de fonctionnement psychique explorées.

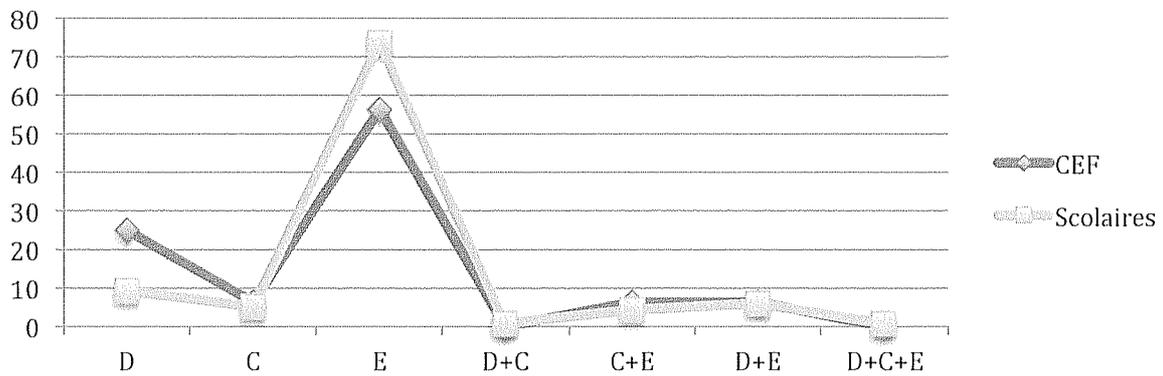
Il nous manque 4 données pour les 122 *Scolaires* et 1 pour les 17 *CEF*.

	Fonctionnement	Population	Effectif (N=16)	Pourcentage (N=118)
Coupure-Empathie-Contagion émotionnelle	Coupure (D)	<i>Scolaires</i>	11	9,3
		<i>CEF</i>	4	25
	Contagion émotionnelle (C)	<i>Scolaires</i>	6	5,1
		<i>CEF</i>	1	6,3
	Empathie (E)	<i>Scolaires</i>	87	73,7
		<i>CEF</i>	9	56,3
	D+C	<i>Scolaires</i>	1	0,8
		<i>CEF</i>	0	0
	C+E	<i>Scolaires</i>	5	4,2
		<i>CEF</i>	1	6,3
	D+E	<i>Scolaires</i>	7	5,9
		<i>CEF</i>	1	6,3
	D+C+E	<i>Scolaires</i>	1	0,8
		<i>CEF</i>	0	0
	Total	<i>Scolaires</i>	118	100,0
		<i>CEF</i>	16	100,0

Tableau 13 : Répartition des effectifs et pourcentage des scores à l'échelle CEC-A pour 16 sujets *CEF* et 118 sujets *Scolaires*

L'analyse des variables qualitatives précédentes, se référant à la répartition des sujets au sein des 3 dimensions explorées, donc des 7 associations possibles, par l'échelle d'empathie ne nous permet pas de trouver de différence significative ($p=0,659$) entre les sujets d'étude et les *Scolaires*.

La répartition des taux pour chacune des dimensions explorées est la suivante :



Graphique 12 : Taux de représentation de chaque dimension évaluée par le CEC-A pour 17 mineurs de CEF et 122 garçons de milieu scolaire

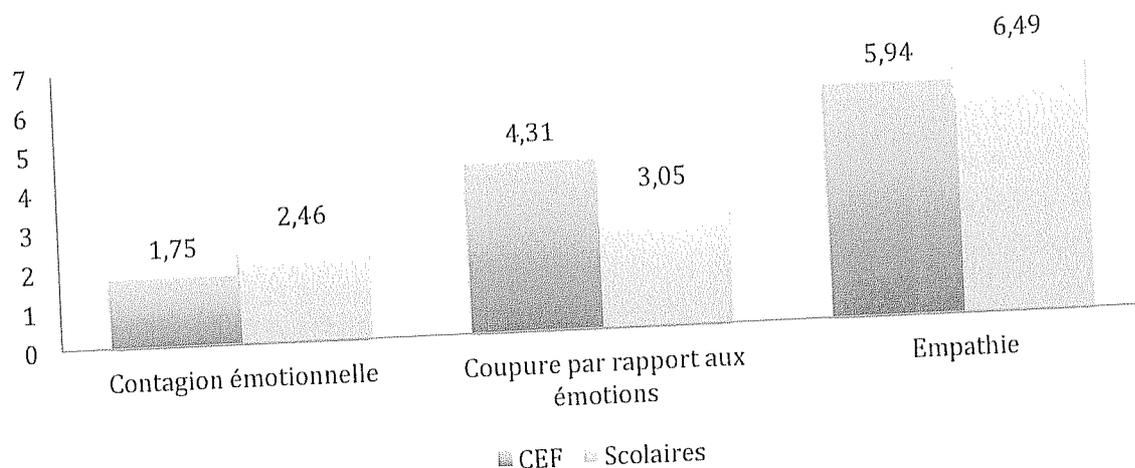
3.4.2.1.2. Comparaison des moyennes

Dimension explorée		Effectif	Moyenne	Ecart-type	p
CEC-A	Contagion émotionnelle	Scolaires 120	2,46	1,851	0,149
		CEF 16	1,75	1,693	
	Coupure	Scolaires 120	3,05	1,709	0,008
		CEF 16	4,31	2,152	
	Empathie	Scolaires 120	6,49	2,029	0,312
		CEF 16	5,94	2,235	

Tableau 14 : Comparaison des moyennes des scores au CEC pour chaque dimension explorée entre les sujets CEF et les sujets « contrôles »

Contrairement à la répartition dans chacune des dimensions qui ne montre pas de différence entre les 2 groupes, la comparaison des moyennes obtenues donne à voir une différence significative sur la dimension « coupure par rapport aux émotions » (D) : $p=0,008$ ($p<0,05$).

Nous utiliserons donc cette dimension spécifique pour les analyses statistiques, en recherchant donc des liens entre cette dimension et les autres résultats des questionnaires. Certes, il ne s'agira que de tendances puisque nous utiliserons la population *Scolaire*, donc une population générale « non-CEF ».



Graphique 13 : Score obtenu à chaque dimension explorée par le CEC-A

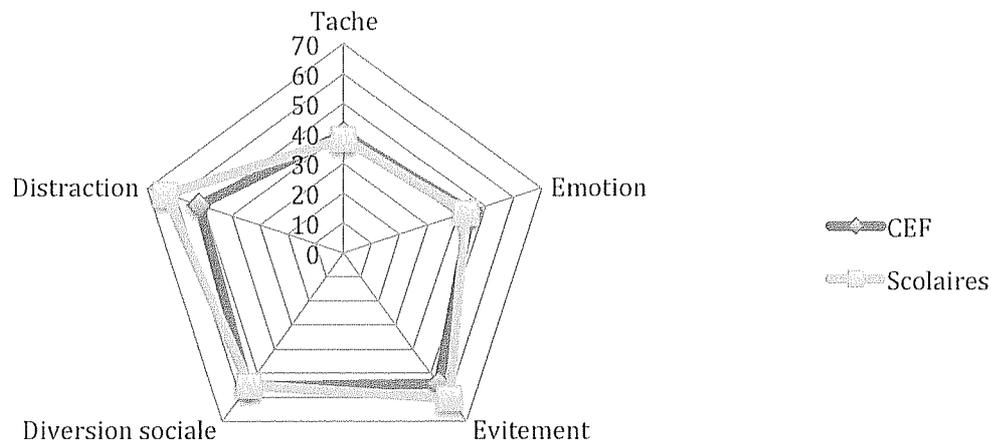
3.4.2.2. Résultats aux questionnaires de gestion émotionnelle

3.4.2.2.1. Comparaison des moyennes au CISS

Coping Inventory for Stressfull Situation	Stratégie	Population	Effectif	Moyenne	Ecart-type	p
	Tache	Scolaires		115	38,15	12,649
CEF			15	39,80	10,725	
Emotion	Scolaires		112	43,15	11,002	0,606
	CEF		16	44,63	7,615	
Evitement	Scolaires		115	60,36	12,854	0,066
	CEF		16	54,19	8,968	
Diversion sociale	Scolaires		115	54,83	9,492	0,849
	CEF		16	55,31	9,803	
Distraction	Scolaires		115	63,42	14,7	0,02
	CEF		16	51,63	10,085	

Tableau 15 : Résultats au test CISS (scores pour chaque stratégie de coping) et comparaison de moyennes entre les sujets CEF et les sujets Scolaires

Nous obtenons une différence significative ($p < 0,05$) dans la dimension « Distraction », sous-échelle de l'évitement, en tant que stratégie de coping adoptée majoritairement par les sujets Scolaires (Score Scolaires > CEF).



Graphique 14 : Comparaison des stratégies de coping entre les 17 mineurs *CEF* et les 122 garçons *Scolaires*

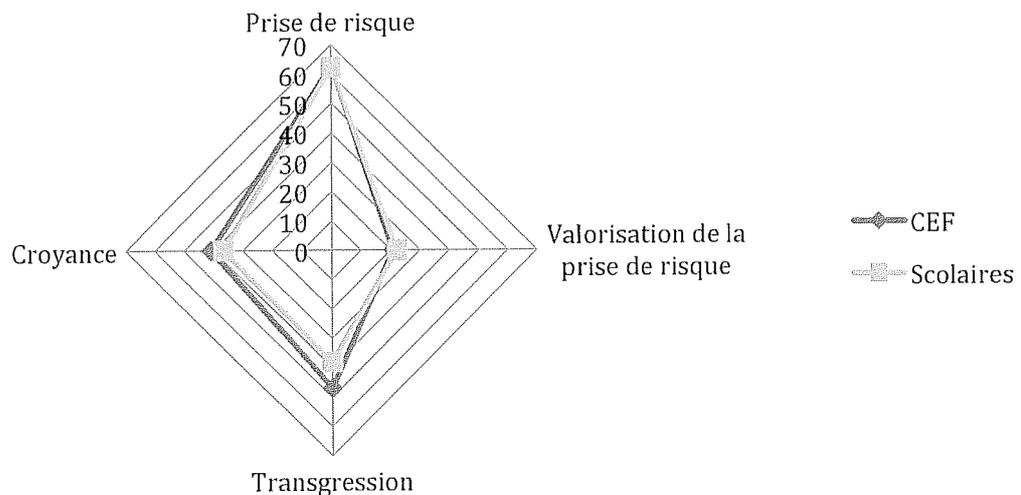
D'autre part, nous pouvons placer les scores bruts sur l'abaque du test CISS, afin de se représenter un profil des stratégies de coping utilisées par les mineurs placés en CEF (*cf présentation du test CISS exposée plus haut*). On constate ainsi que les mineurs CEF sont situés dans la moyenne dans presque chaque stratégie. Ils sont « *légèrement au-dessous* » pour la Tache, et « *légèrement au-dessus* » pour la Diversion sociale.

3.4.2.2.2. QFO

Les scores obtenus pour chaque dimension explorée par l'échelle de fonctionnement ordinalique sont présentés ci-dessous :

Questionnaire de fonctionnement ordalique	Dimension explorée	Population	Effectif	Moyenne	Ecart-type	p
	Prise de risque	<i>Scolaires</i>		119	62,48	12,141
<i>CEF</i>			17	62,94	8,764	
Valorisation de la prise de risque	<i>Scolaires</i>		121	22,03	5,234	0,314
	<i>CEF</i>		17	20,71	3,601	
Transgression	<i>Scolaires</i>		119	38	8,992	0,000
	<i>CEF</i>		17	46,94	7,013	
Croyance	<i>Scolaires</i>		120	36,59	7,35	0,025
	<i>CEF</i>		17	41	8,646	
QFO Total	<i>Scolaires</i>		119	159,13	26,332	0,062
	<i>CEF</i>		17	171,59	18,818	

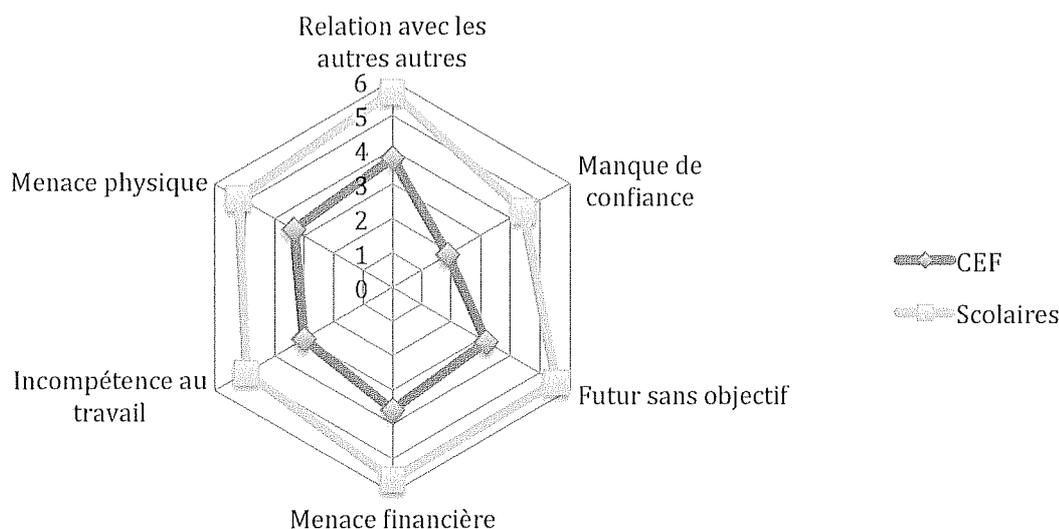
Tableau 16 : Résultats au test QFO (score total et pour chacune des 4 dimensions) et comparaison de moyennes entre les sujets *CEF* et les sujets *Scolaires*



Graphique 15 : Comparaison des résultats à chaque dimension du QFO entre les 17 adolescents *CEF* et les *Scolaires*

Cette analyse comparative nous montre que les mineurs délinquants sont significativement plus transgressifs (score TG *CEF* > TG *Scolaires*), mais aussi plus marqués par la dimension de croyance (score CR *CEF* > CR *Scolaires*), que des adolescents scolarisés.

3.4.2.3. Domaines d'inquiétudes, anxiété et dépressivité de l'humeur



Graphique 16 : Comparaison des résultats à chaque dimension du QDI entre les 17 adolescents *CEF* et les 122 *Scolaires*

Il apparaît ici nettement que les mineurs délinquants présentent moins de domaines de préoccupations que les sujets scolarisés. La différence pour chaque dimension spécifique, et pour le score total, est significative ($p < 0,5$). Seule la menace financière ne donne pas une telle différence entre les 2 groupes ($p > 0,05$).

Il sera toutefois important d'interpréter ces résultats à la lumière des scores à l'échelle d'anxiété ci-dessous :

	Fonctionnement	Population	Effectif	Moyenne	Ecart-type	p
STAI	STAI-Trait	<i>Scolaires</i>	122	36,98	10,603	0,77
		<i>CEF</i>	17	37,76	8,871	
	STAI-Etat	<i>Scolaires</i>	122	32,25	8,779	0,130
		<i>CEF</i>	17	28,76	9,318	

Tableau 17 : Scores à l'échelle STAI trait-état, et comparaison de moyennes entre les 17 sujets *CEF* et les 122 sujets *Scolaires*

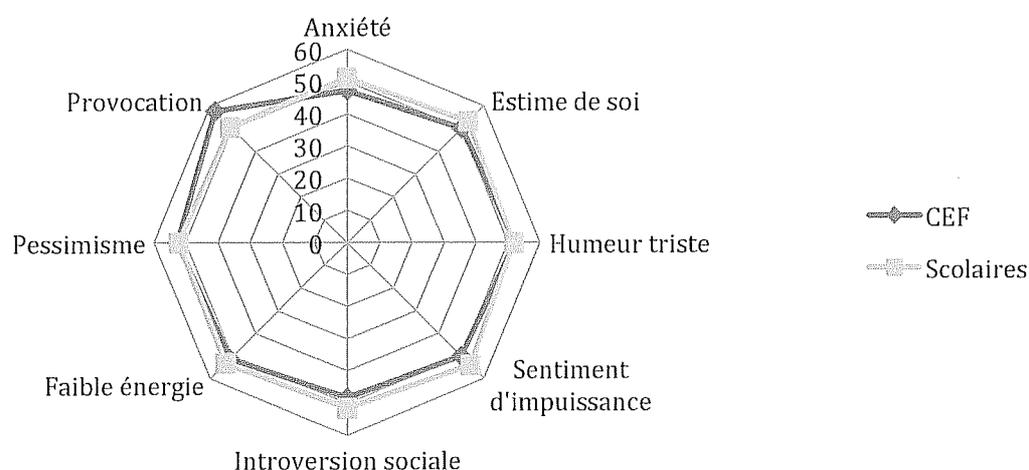
L'échelle d'anxiété ne donne à voir aucune différence significative entre les 2 groupes étudiés.

Enfin, les symptômes de la dépression évalués par le MDI-C révèlent une différence significative à la dimension de « *provocation* » en faveur des mineurs CEF ($p=0,027$). C'est aussi le seul résultat qui ne correspond pas à une valeur « *normale ou non significative* » selon l'étalonnage de la population générale appariée pour le sexe et l'âge.

Le score à la sous-échelle des « *réponses-rares* » précise que les questionnaires avaient été convenablement remplis, et donc que les résultats sont interprétables dans les 2 groupes.

Le score total n'est pas non plus significatif ($p=0,907$).

Les résultats sont présentés dans le graphique ci-dessous :



Graphique 17 : Comparaison des résultats à chaque dimension du MDI-C entre les adolescents CEF et les Scolaires

Nous avons pu chercher à différencier les 2 groupes étudiés grâce à des comparaisons de moyenne. Un résultat significatif a été apporté par l'échelle d'empathie. Dans le chapitre suivant, nous allons évaluer les facteurs corrélés à ce fonctionnement psychique spécifique.

3.4.3. Exploration de la dimension « coupure par rapport aux émotions » au sein de la population « *contrôle* »

Ces analyses statistiques vont tenter d'apporter des réponses à la question de départ concernant les stratégies de gestion émotionnelle des adolescents, mais en recentrant notre étude sur un aspect spécifique du fonctionnement psychique des mineurs délinquants. Nous avons opté pour chercher des corrélations avec la dimension « *coupure par rapport aux émotions* » (D), dont on a pu montrer une différence significative entre des sujets insérés en milieu scolaire et des mineurs placés en CEF.

En conséquence, et parce que nous n'avons pas inclus un effectif suffisant de sujets *CEF*, nous avons axé nos analyses statistiques sur les sujets *Scolaires*. Cela nous permettra d'obtenir des tendances quant aux liens de corrélation (d'après un coefficient de corrélation « *r* ») entre cet aspect du fonctionnement psychique (D) et d'autres dimensions (domaines d'inquiétudes particuliers, stratégie de coping spécifique, dépressivité de l'humeur...), puis d'évaluer l'association à certains évènements de vie.

Toutefois, les résultats ne seront pas applicables aux mineurs étudiés au départ, mais nous aurons ainsi des informations plus précises sur cette dimension psychologique.

Les analyses portent donc sur 287 sujets *Scolaires*, garçons et filles de 13 à 18 ans. Nous avons tenu compte du sexe et de l'âge, afin d'approcher au mieux la population *CEF* étudiée au départ.

3.4.3.1. *Dimensions du fonctionnement psychique corrélées à la « coupure par rapport aux émotions »*

3.4.3.1.1. Stratégies de coping

	Filles (N= 165)			Garçons (N=122)		
	N	Coefficient de corrélation	p	N	Coefficient de corrélation	p
D	163	1,000	/	120	1,000	/
CISS Tache	154	-0,168	0,037	114	-0,240	0,010
CISS Emotions	155	-0,228	0,004	111	-0,095	0,323
CISS Evitement	155	0,004	0,959	114	-0,141	0,134
CISS Distraction	156	-0,013	0,875	114	-0,054	0,566
CISS Diversion sociale	157	-0,029	0,718	114	-0,211	0,024

Tableau 18 : Etude de corrélation au sein de la population scolaire, filles et garçons séparés, entre la coupure par rapport aux émotions et les stratégies de coping évaluées par le CISS

Ce tableau de corrélation donne à voir une association significative ($p < 0,05$) entre le fonctionnement « D » et un coping orienté vers la tache, pour les 2 genres. Cette association est toutefois faible, le coefficient de corrélation étant de 0,168 pour les filles et 0,240 pour les garçons.

Cette corrélation existerait aussi pour 2 autres stratégies :

- chez les filles : plus la coupure par rapport aux émotions est grande, plus le coping centré sur l'émotion est bas ($r < 0$) ;
- chez les garçons : plus la coupure par rapport aux émotions est grande, plus l'orientation vers des stratégies de diversion sociale est faible ($r < 0$).

3.4.3.1.2. Recherche de sensations

	Filles (N= 165)			Garçons (N=122)		
	N	Coefficient de corrélacion	p	N	Coefficient de corrélacion	p
D	163	1,000	/	120	1,000	/
QFO PR	160	0,178	0,024	117	0,111	0,235
QFO VPR	161	0,027	0,738	119	0,200	0,029
QFO TG	161	0,218	0,005	117	0,314	0,001
QFO CR	160	-0,112	0,160	118	-0,140	0,131
QFO total	160	0,166	0,036	117	0,168	0,070

Tableau 19 : Etude de corrélation au sein de la population scolaire, filles et garçons séparés, entre la coupure par rapport aux émotions et les traits de fonctionnement ordalique

Les analyses de corrélation dans la population scolaire révèlent que :

- chez les filles, plus la stratégie « coupure par rapport aux émotions » est utilisée, plus ($r > 0$) les dimensions « prise de risque » et « transgression » sont influentes ;
- chez les garçons, plus la stratégie « coupure par rapport aux émotions est grande, plus ($r > 0$) les dimensions « valorisation de la prise de risque » et « transgression » le sont.

Notons d'ailleurs que, pour les 2 genres, la corrélation avec la transgression est plus forte qu'avec les autres dimensions de l'ordalie puisque « r » est autour de 0,3.

3.4.3.1.3. Domaines d'inquiétudes et anxiété

	Filles (N= 165)			Garçons (N=122)		
	N	Coefficient de corrélation	p	N	Coefficient de corrélation	p
D	163	1,000	/	120	1,000	/
QDI relations aux autres	163	-0,157	0,046	118	-0,222	0,016
QDI manque de confiance	162	-0,270	0,001	119	-0,211	0,021
QDI futur sans objectif	162	-0,129	0,101	119	-0,122	0,185
QDI menace financière	161	-0,022	0,778	120	-0,137	0,135
QDI incompétence au travail	162	-0,113	0,153	119	-0,107	0,248
QDI menace physique	163	-0,007	0,928	120	-0,192	0,036
QDI total	161	-0,144	0,068	117	-0,191	0,039

Tableau 20 : Etude de corrélation au sein de la population scolaire, filles et garçons séparés, entre la coupure par rapport aux émotions et les domaines d'inquiétudes

Les résultats au questionnaire de préoccupations révèlent une corrélation avec la coupure par rapport aux émotions dans le sens où :

- pour les 2 sexes : plus la coupure des émotions est grande, moins ($r < 0$) les préoccupations en lien avec la relation aux autres et la confiance en soi le sont ;
- en outre, pour les garçons : plus la coupure des émotions est grande, moins ($r < 0$) le sentiment de menace physique est grand.

D'autre part, le score total des préoccupations est corrélé négativement au fonctionnement psychique « D ».

Nous pouvons observer aussi une corrélation négative entre la dimension « D » et l'anxiété-Trait pour les 2 genres ; mais ce n'est pas le cas pour l'anxiété-Etat ($p > 0,5$) chez les garçons seulement.

	Filles (N= 165)			Garçons (N=122)		
	N	Coefficient de corrélation	p	N	Coefficient de corrélation	p
D	163	1,000	/	120	1,000	/
STAI Etat	161	-0,192	0,015	120	-0,094	0,307
STAI Trait	163	-0,158	0,044	120	-0,223	0,014

Tableau 21 : Etude de corrélation au sein de la population scolaire, filles et garçons séparés, entre la coupure par rapport aux émotions et l'anxiété-*Trait* ou *Etat*

3.4.3.1.4. Symptomatologie dépressive

Chez les filles, la coupure est corrélée positivement ($p < 0,05$, $r > 0$), mais faiblement ($r = 0,18$), à la dimension de provocation. Chez les garçons, il s'agit de l'introversion sociale, et de manière plus perceptible ($r = 0,216$). Aucune autre sous-échelle du MDI-C ne donne de résultat contributif.

3.4.3.2. Influence des évènements de vie

En limitant l'analyse à la population scolaire, nous allons comparer la dimension « coupure par rapport aux émotions » entre des sous-groupes selon les évènements de vie, garçons et filles étant séparés. Il ne s'agit pas de chercher des liens de cause à effet, mais des associations qui mériteraient d'être explorées...

3.4.3.2.1. Arrestation par la Police et démêlés avec la Justice

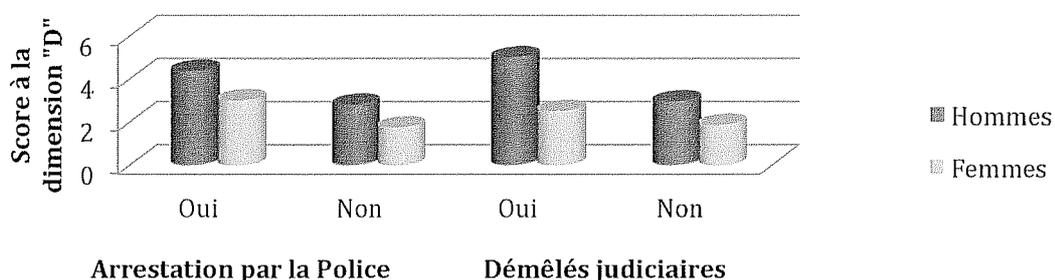
Ces 2 évènements de confrontation à la loi révèlent une forte association à la dimension « D ».

		Arrestation par la Police	
		Oui	Non
Filles	N	18	144
	Moyenne	3,00	1,74
	Ecart-type	2,114	1,63
	p	0,024	
Garçons	N	19	101
	Moyenne	4,37	2,80
	Ecart-type	1,862	1,569
	p	0,000	

		Démêlés avec la Justice	
		Oui	Non
Filles	N	4	159
	Moyenne	2,5	1,86
	Ecart-type	0,577	1,742
	p	0,462	
Garçons	N	6	114
	Moyenne	5,00	2,95
	Ecart-type	2,366	1,618
	p	0,004	

Tableaux 22 : Association de la dimension « *coupure par rapport aux émotions* » aux événements de vie « *arrestation par la Police* », et « *démêlés avec la Justice* » au sein de la population *Scolaire*, filles et garçons séparés

Le graphique ci-dessous illustre l'association statistique ci-dessus :



Graphique 18 : Illustration de l'association entre la dimension "*coupure par rapport aux émotions*" et le fait d'avoir déjà été arrêté par la Police, ou eu des démêlés judiciaires

3.4.3.2.2. Evènements biographiques, scolaires et familiaux

3.4.3.2.2.1. Divorce des parents

L'événement biographique « divorce des parents » ne s'est pas révélé associé au fonctionnement psychique « coupé des émotions » ($p > 0,5$).

3.4.3.2.2.2. Exclusion de l'établissement scolaire et redoublement

	N	3	117
Garçons	Moyenne	7,00	2,95
	Ecart-type	1,000	1,602
	p	0,000	

Tableau 23 : Association de la dimension « coupure par rapport aux émotions » à l'évènement de vie « exclusion scolaire », pour les garçons de la population Scolaire

Chez les garçons uniquement, nous avons retrouvé une association entre « D » et l'antécédent d'exclusion scolaire.

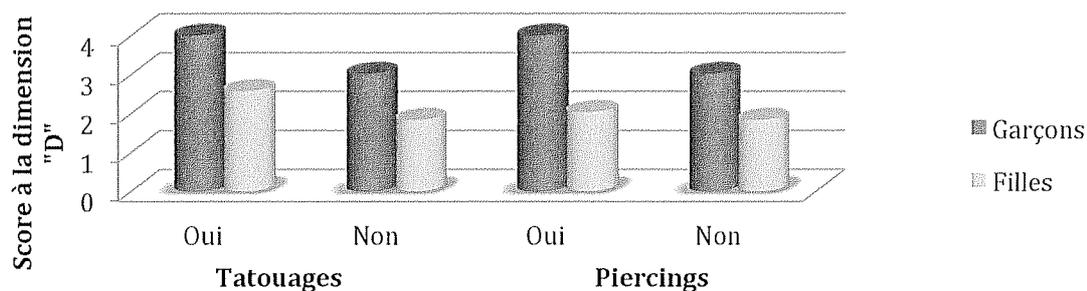
Le redoublement n'a pas été relié à la stratégie « D ». L'association n'est pas significative.

3.4.3.2.2.3. Antécédent familial de TS, éthylisme dans la famille

Les antécédents familiaux psychopathologiques que sont les tentatives de suicide et l'éthylisme dans la famille ne sont pas reliés à une stratégie de fonctionnement « coupé des émotions ». L'association n'est pas significative dans la population générale ($p > 0,5$).

3.4.3.2.3. Evènements liés au fonctionnement psychologique rituel ou pathologique

3.4.3.2.3.1. *Tatouages et piercings*



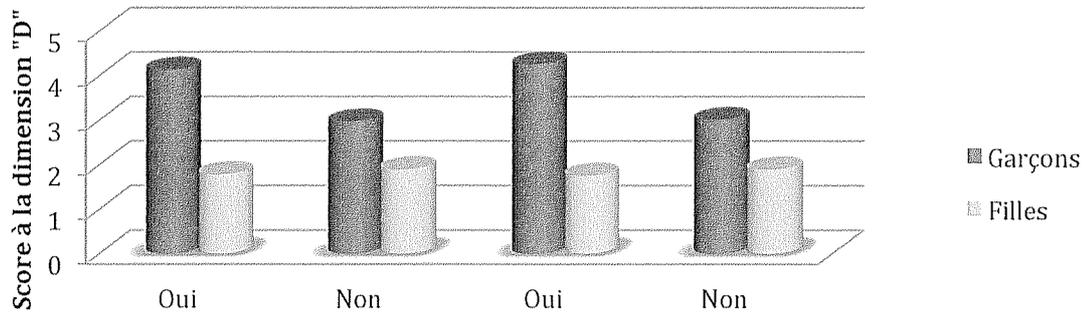
Graphique 19 : Récapitulatif de l'association entre la dimension "coupure par rapport aux émotions" et de tatouages (à gauche), et piercings (à droite).

Ces 2 pratiques que sont les tatouages et les piercings ne sont pas reliées significativement à un fonctionnement psychique relevant de la « coupure des émotions » ($p > 0,5$). Ces techniques, très influencées par une culture, ne répondent pas à ce mécanisme psychique de gestion émotionnelle.

3.4.3.2.3.2. *Scarifications*

Relevant d'une dynamique bien plus psychopathologique que les tatouages ou les piercings, les scarifications ne sont pas non plus associées à la dimension « D » ($p > 0,5$). Cette symptomatologie fréquente chez l'adolescent mérite d'autres explications.

3.4.3.2.3.3. Idées suicidaires et tentatives de suicide



Antécédent personnel d'idées suicidaires, de tentative de suicide

Graphique 20 : Récapitulatif de l'association entre la dimension "coupure par rapport aux émotions" et les antécédents personnels d'idées suicidaires et TS

Les antécédents personnels de symptôme suicidaire, idées ou tentatives, ne sont pas associés à la coupure par rapport aux émotions comme stratégie de gestion émotionnelle. Au même titre que les scarifications, cette symptomatologie relève de mécanismes plus spécifiques.

3.4.3.2.3.4. Consommation personnelle d'alcool, de tabac, de cannabis

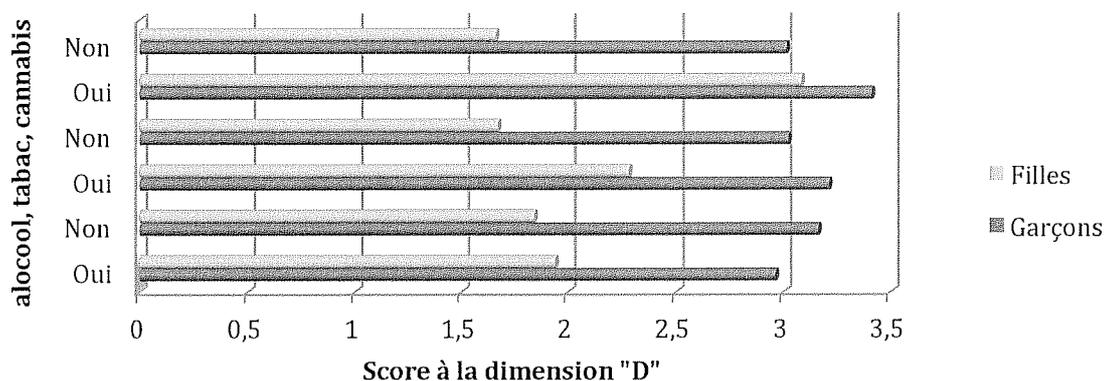
La consommation de tabac et de cannabis est associée chez les filles uniquement à la dimension « D ». Ne sont donc présentés que leurs scores :

		Consommation tabagique	
		Oui	Non
Filles	N	57	102
	Moyenne	2,28	1,67
	Ecart-type	1,925	1,588
	p	0,032	

		Consommation cannabique	
		Oui	Non
Filles	N	25	133
	Moyenne	3,08	1,66
	Ecart-type	2,235	1,542
	p	0,000	

Tableaux 24 : Association de la dimension « *coupure par rapport aux émotions* » à la consommation personnelle de tabac et de cannabis, chez les filles de la population scolaire

Le graphique suivant récapitule les scores pour chaque association. Il illustre que les moyennes à la dimension « D » du CEC-A sont plus élevées chez les hommes, ce qui répond à des phénomènes psychologiques singuliers ; mais il n'existe pas chez eux d'association entre la dimension « D » et les 3 toxiques ciblés ($p > 0,5$).



Graphique 21 : Récapitulatif de l'association entre la dimension "*coupure par rapport aux émotions*" et les consommations de toxiques

L'analyse des réponses obtenues aux questionnaires d'évaluation de certains aspects psychologiques des adolescents délinquants et des mineurs scolarisés nous a livré quelques résultats intéressants, que nous allons essayer de résumer et d'intégrer à une réflexion globale sur la délinquance des mineurs.

4. Discussion des résultats et perspectives

4.1. Synthèse et critique des résultats

4.1.1. Limites du travail réalisé

4.1.1.1. *Faisabilité de l'étude*

Nous avons pu rencontrer 17 adolescents placés dans les 2 CEF de la région Limousin, ce qui correspond à un recrutement de 50% des jeunes potentiellement concernés. Il y a en moyenne 2 jeunes admis par mois et par CEF, soient 48 jeunes par an sur les 12 places qu'ont chacun des 2 centres. En l'espace de 8 mois, un recrutement de 17 jeunes correspond donc à un ratio d'environ $\frac{1}{2}$.

Les délais depuis le début de placement étaient assez variables. Nous constatons le caractère moyennement opérationnel de notre projet de départ de rencontrer les jeunes qui le souhaitent dans le premier mois (M1) du placement.

Lors des premiers entretiens, nous avons pu constater que les mineurs volontaires pour participer à l'enquête s'impliquent convenablement. La durée du travail, avec ce que cela implique comme concentration et stabilité, est un paramètre à gérer au cours des rencontres. Nous leur proposons donc de faire des pauses, de relire les questions, de les expliquer et, entre les questionnaires, nous discutons de façon informelle de leur placement au CEF.

4.1.1.2. Biais de l'étude

Nous pouvons d'abord évoquer certains biais de recrutement :

- faible volume de sujets recrutés. Même si l'enquête est toujours en cours, il est nécessaire de réévaluer le déroulement dans le temps de cette étude ;
- participation sur la base du volontariat et soumise au consentement parental. Nous pouvons expliquer le faible taux d'inclusion (50 %) par :
 - o l'absence de réponse des parents ;
 - o la réponse négative des parents ;
 - o plus rarement : le refus catégorique du jeune malgré l'accord parental.

Ces biais de sélection soulèvent donc la question de la représentativité des sujets rencontrés parmi les mineurs placés en CEF : *quel est le profil psychologique des sujets non rencontrés ? Sont-ils « identiques », ou éventuellement plus instables, plus fuyants, moins coopératifs ?*

Des biais d'information sont présents dans les questions abordées par la fiche médicale :

- mémoire des événements biographiques, des antécédents médicaux (consultations psychiatriques) ;
- compréhension et implication dans les événements passés (nature des traitements éventuels, antécédents psychiatriques familiaux), type de condamnation judiciaire...

De plus, avec des adolescents dont le niveau scolaire et de lecture est aléatoire, les outils utilisés peuvent s'exposer à un biais de mesure. Bien qu'ils soient validés pour une population adolescente, nous devons rappeler que certains tests demandent un niveau de lecture suffisant (niveau 5^{ème} pour le CISS). D'autre part, le fait que l'investigateur ait lu les questionnaires à certains constitue aussi un biais de mesure, et parfois un biais d'estimateur (influence de la relecture des questions ou de leur explication). Cependant, certains questionnaires sont normalement peu affectés par des fabulations (ALCES), et d'autres proposent un score d'authenticité (MDI-C).

Il nous faut aussi considérer que le biais de prévarication est important. Au su de leur fonctionnement psychique communément admis, les mineurs délinquants sont facilement manipulateurs, voire fabulateurs. De plus, le contexte de passation, en milieu fermé de placement judiciaire, peut contribuer à une sous-estimation de certaines données : impulsivité, tendances dyssociales, mais aussi consommation de toxiques. Inversement, les réponses pourrait aussi surestimer d'autres paramètres : empathie notamment, qui est pourtant un de nos critères de jugement principal.

Le constat est un peu différent pour les sujets *Scolaires* dans la mesure où la passation était collective, donc soumise à un « biais de distraction ». Si les réponses peuvent être, *a priori*, considérées comme plus spontanées et authentiques, nombre de réponses manquantes ont été repérées.

4.1.2. Discussion des résultats

Les résultats obtenus nous offrent des statistiques qui tendent à confirmer notre hypothèse de départ. Nous avons pu démontrer que les adolescents délinquants placés en CEF opèrent au travers de stratégies émotionnelles singulières :

- ils sont significativement plus prédisposés à une coupure par rapport à leurs émotions ;
- ils n'ont peut-être pas un niveau d'anxiété différent de la population du même âge, mais paraissent moins préoccupés ;
- ils se montrent significativement plus transgressifs ;
- ils ont une symptomatologie dépressive masquée par une disposition à la « provocation ».

4.1.2.1. Synthèse

4.1.2.1.1. Analyse descriptive

4.1.2.1.1.1. Profil judiciaire des mineurs de CEF

La population de mineurs placés en CEF nous a paru assez hétérogène sur le plan du parcours délinquant. Celui-ci est difficile à restituer précisément. C'est aussi le

cas du parcours biographique: scolarité émaillée de redoublements ou d'exclusions, vie familiale souvent chaotique et marqué par des ruptures et autres placements en institution.

La grande majorité des mineurs rencontrés avaient été placés pour des raisons de coups et blessures, ainsi que des vols ; les 2 chefs d'inculpation étant d'ailleurs souvent associés. Arrivent ensuite les délits liés aux stupéfiants, les dégradations de biens et les infractions à personnes dépositaires de l'autorité publique. Ce dernier chef d'inculpation est rarement isolé lorsqu'il conduit les mineurs en CEF.

Enfin, nous constatons que les délits ou crimes sexuels sont peu représentés. Nous pourrions évoquer comme explication à cela :

- il s'agit plus rarement d'un motif de placement en CEF ;
- nous n'avons pas rencontré ces mineurs précisément au cours du recrutement de nos sujets « CEF » (Rappelons que l'étude se faisait avec l'accord du mineur et de ses responsables légaux) ;
- l'information ne nous a pas été donnée par les mineurs eux-mêmes.

D'autre part, 5 mineurs rencontrés étaient primo-délinquants, ce qui ne correspond pas à la prescription légale. Parmi ceux-ci, 2 inculpés pour des faits graves relevant de la tentative d'homicide, et de braquage à main armée, avec séquestration et violence. A l'inverse, 2 ou 3 mineurs avaient une « carrière délinquante » très conséquente, marquée par de multiples placements et diverses condamnations. Se dégage donc un « profil judiciaire » intermédiaire qui représente 50 à 60 % des mineurs délinquants placés en CEF.

La question qui se pose donc est : lesquels de ces jeunes « profiteraient » le plus de ce type d'institution ?

4.1.2.1.1.2. *Les rapports à la loi pour les mineurs placés en CEF et les mineurs scolarisés*

Les mineurs placés en CEF ont reconnu avoir été « plus » stressés lors de contacts avec la Police et la Justice que les mineurs scolarisés. On peut penser que le souvenir de cet événement a été impacté par les peines qui s'en sont suivies. En effet, on imagine aisément que les sujets *Scolaires* puissent avoir eu des réactions

de prestance à la lecture de la question, alors que les sujets *CEF* étaient renvoyés à leur placement judiciaire.

Enfin, nous pourrions être surpris que, parmi les sujets *Scolaires*, 17 % aient été arrêtés par la Police, et près de 7% eu des démêlés judiciaires ! De la même manière, on peut s'étonner que 3 sujets *CEF* sur 17 n'aient pas eu de démêlés judiciaires !! Ceci amène à se poser la question de ce que représentent ces événements pour les mineurs, ce à quoi ils renvoient puisqu'il existe un vaste panel de motifs de contact avec la Police. Mais entre le contrôle d'identité et la mise en garde à vue, les faits incriminés ne sont sans doute pas les mêmes... Enfin, il peut exister un biais de compréhension littéral du terme « démêlés ».

4.1.2.1.2. Psychopathologie des mineurs délinquants

4.1.2.1.2.1. Analyse des antécédents

Nous avons constaté que les mineurs *CEF* ne nous ont informés d'aucun antécédent de symptomatologie suicidaire ni de geste auto-vulnérant ! On peut se demander s'il s'agit du reflet d'un des aspects de leurs mécanismes psychiques, volontiers externalisés et peu générateurs de défenses auto-agressives. Environ 10 % des sujets *Scolaires* sont quant à eux concernés.

S'agissant des consommations de toxiques, on constate que 88,2% des mineurs *CEF* contre 42,9% des sujets *Scolaires* consomment de l'alcool, 94,1% contre 23,8% pour le tabac, et 88,3% contre 13,9% pour le cannabis. Ces chiffres viennent corroborer les connaissances cliniques de ces personnalités dyssociales : nous pouvons entrevoir ici une tendance addictive. Ceci est d'autant plus supposable que les mineurs *CEF* se présentent comme des consommateurs « réguliers », les mineurs *Scolaires* étant plutôt « occasionnels ». Cette tendance addictive pourrait témoigner, à l'inverse des antécédents auto-agressifs, de certains mécanismes psychodynamiques prédisposant à la recherche de substances ou de solutions extérieures aux conflits internes.

D'autre part, l'antécédent de « TS dans la famille » a un taux identique dans les 2 groupes. L'association « éthylisme dans la famille » et « troubles des conduites chez

l'enfant » a été régulièrement relevée dans la littérature. Nous ne le retrouvons dans notre étude, même si le taux d'éthylisme dans la famille est 2 fois plus élevé dans la population *CEF* que chez les sujets *Scolaires*. De plus, dans la 3^{ème} partie du travail portant sur la population « *contrôle* », nous n'avons pas retrouvé d'association entre un aspect spécifique des mineurs délinquants qu'est la « coupure par rapport aux émotions » et l'éthylisme dans la famille.

4.1.2.1.2.2. *Stratégies de gestion émotionnelle des mineurs délinquants*

Nous avons constaté qu'il existe une différence significative entre des mineurs délinquants et des adolescents scolarisés dans la dimension de « *coupure par rapport aux émotions* ». Comme nous l'avons écrit dans le chapitre de présentation du test CEC-A, cette stratégie préserve le sujet de se sentir concerné par l'émotion de l'autre, pas tant par un primaire égocentrisme que par une crainte de ne pas assumer sa propre réaction émotionnelle ! L'auteur du test perçoit en cela « *un possible prédicteur des conduites violentes* » : ce mécanisme de défense est soutenu par une impulsivité affective et une pauvreté des capacités d'adaptation un événement stressant par défaut de possibilité de mise à distance et mentalisation.

Nous n'avons pas prouvé qu'ils soient moins empathiques, mais FAVRE, dans l'article précisant la validation du test CEC, explique que « *l'empathie corrèle négativement avec l'échelle de coupure.* » Nous pourrions donc être tentés de penser que le biais dû au faible effectif de sujets inclus ne nous a pas permis de le retrouver dans notre étude.

Pourtant, le défaut des capacités de mentalisation des émotions serait plutôt confirmé par le score à la stratégie de « *coping orienté vers la Tâche* » puisqu'il est, sur l'étalonnage du CISS, « *légèrement au-dessous de la moyenne* » chez les mineurs délinquants.

De plus, dans ce même CISS, nous avons évoqué une différence significative en faveur des sujets *Scolaires* pour la « distraction », composante de l'évitement. Rappelons que cela caractérise un sujet qui « *décrit des activités et des*

modifications cognitives visant à éviter la situation stressante. Les moyens d'apaiser le stress sont soit la distraction avec d'autres situations ou d'autres tâches (orienté vers un acte), soit la diversion sociale (orienté vers la personne) » ⁽¹¹⁴⁾.

Nous pouvons essayer d'interpréter ces résultats par une tendance spontanée à la fuite et à la recherche de distraction chez les mineurs scolarisés, là où les mineurs délinquants se montreraient sidérés, comme acculés à des émotions incontrôlables qu'ils finissent par déverser dans des passages à l'acte impulsifs et agressifs.

Cette hypothèse pourrait s'associer au fait que les mineurs délinquants ont un score significativement plus élevé pour la Transgression évaluée par le QFO. Ils flirtent avec les limites sociétales et légales, n'en supportant pas les frustrations. Aussi, on retrouve une différence significative à la dimension « *Provocation* » du MDI-C. C'est aussi le seul résultat qui ne correspond pas à une valeur « *normale ou non significative* » selon l'étalonnage de la population générale appariée pour le sexe et l'âge.

On peut observer à travers ces résultats que la tendance transgressive s'associe à la provocation, comme dans une dynamique excitatrice et de recherche d'un contenant psychique.

De plus, le QFO révèle une différence dans le score de « croyance », ce qui renvoie à des mécanismes psychiques superstitieux et intuitifs. Mais cela peut se référer aussi à l'héritage culturel, ou encore à des stratégies de gestion de l'anxiété.

Tous les domaines d'inquiétudes explorés par le QDI, à l'exception de la menace financière, livrent des résultats significativement différents entre les sujets CEF et les Scolaires. Nous ne pouvons cependant pas considérer que les mineurs délinquants soient moins anxieux, car l'échelle d'anxiété STAI ne nous permet pas de conclure dans ce sens : ni l'anxiété-Trait, ni l'anxiété-Etat n'aide à interpréter les différences aux résultats du QDI. Nous pouvons alors imaginer que les préoccupations relèvent de mécanismes de pensée différents, précisant des émotions spécifiques, et constituant une forme d'élaboration et de mentalisation de l'état d'anxiété.

4.1.2.1.3. Etude de corrélation et d'association avec la « coupure par rapport aux émotions » dans la population « *contrôle* »

4.1.2.1.3.1. *Corrélation aux autres aspects psychologiques explorés*

Rappelons que nous avons ré-axé l'angle de vue de notre recherche, en quittant l'étude des sujets délinquants eux-mêmes, pour s'intéresser à une de leur dimension psychique qui leur est spécifique : la « coupure par rapport aux émotions » (« D »).

La corrélation de « D » avec les stratégies de coping permet d'interpréter que plus on fonctionne « dans la coupure par rapport aux émotions », moins ($r < 0$) on aurait des stratégies d'adaptation centrées sur la tâche. Ces liens de corrélation sont faibles, et on obtient aussi que, chez les garçons, plus on exprime la dimension « D », moins on s'oriente vers des stratégies de diversion sociale. Ce résultat confirme une hypothèse émise chez les sujets délinquants que la coupure par rapport aux émotions doit être distinguée des stratégies d'évitement ou de contournement.

De plus, il semble que les sous-types du fonctionnement ordalique soient assez bien corrélés à la dimension « D ». Celle-ci est à l'inverse corrélée négativement aux préoccupations liées aux relations aux autres et à la confiance en soi. Ceci nous renvoie donc à l'idée que la coupure préserve des émotions mobilisées dans les situations sociales. Chez les garçons, la corrélation positive de « D » à l'introversion sociale évaluée par le MDI-C va dans ce sens. Cela permettrait aussi au sujet de ne pas se confronter à sa propre fragilité, au risque de perdre confiance en soi. Cela constituerait alors une bonne défense face à une fragilité narcissique sous-jacente, au profit de modes de pensée et comportement plus intuitif et d'excitation par la confrontation aux limites.

Se pose donc volontiers la question d'un mécanisme de protection peu élaboré face à l'angoisse, d'autant qu'il existe une corrélation négative entre la dimension « D » et l'anxiété-Trait pour les 2 genres. Il s'agirait donc plutôt d'un fonctionnement de fond que d'une stratégie adoptée en situation de stress, qui s'exprime alors par des confrontations plutôt qu'un évitement, selon ce que nous a apporté le CISS.

4.1.2.1.3.2. Recherche d'associations

Il existe une association significative entre des évènements de vie de nature judiciaire et la dimension « D ». Il ne s'agit bien évidemment pas d'un lien de cause à effet, mais il semble que ce profil de fonctionnement soit retrouvé chez les sujets ayant eu des confrontations à la loi. Cette observation va dans le sens de notre hypothèse de départ puisque nous avons envisagé que les sujets exposés à la loi, voire délinquants, aient ce type de stratégie de gestion du stress.

Pour autant, ceci ne nous donne aucune information sur les différences de fonctionnement entre les mineurs « confrontés à la loi » et les mineurs placés en CEF. En effet :

- soit ces 2 groupes ont des mécanismes psychiques différents, et nous ne les avons pas identifiés ;
- soit ce n'est pas le cas, mais il faut alors tenter de comprendre pourquoi certains finissent par être placés en centre éducatif, tandis que les autres maintiennent une insertion sociale « suffisante » et une scolarité.

Pour tenter de répondre cette dernière interrogation, il faudrait s'assurer de l'existence ou non d'une maladie mentale chez le sujet délinquant. Si elle existait, on pourrait considérer qu'une rupture doit être identifiable entre le fonctionnement psychologique « normal » et la pathologie. Mais nous considérons qu'il n'y en a pas, sauf expertise psychiatrique ayant pu démontrer le contraire. Alors, le fonctionnement psychologique des mineurs délinquants est dans la continuité du fonctionnement psychique des autres adolescents, mais qui relève d'un contenant différent. C'est ce que semble parvenir à aménager les CEF, nous y reviendrons dans les chapitres suivants.

D'autre part, l'antécédent d'exclusion scolaire est aussi associé à « D ». Nous pourrions être tenté de penser que le maintien de la scolarité est en partie relié à l'adaptation sociale, donc aux rapports aux règlementations, à la stabilité du comportement et à la coopération. C'est d'ailleurs un événement qui deviendrait un « symptôme » chez les sujets délinquants rencontrés en CEF, puisque 88,2% d'entre eux avaient été exclus au moins 1 fois de l'école.

Nombre des autres évènements de vie explorés n'ont pas révélé d'association avec la dimension « D » : divorce des parents, redoublement scolaire, antécédent familial de TS ou d'éthylisme, pratique personnelle de marquage du corps rituel ou pathologique, idée ou tentative de suicide.

Par contre, on retrouve une association significative avec la consommation de tabac et de cannabis chez les filles uniquement.

L'analyse de ces associations donne à voir un profil particulier des mineurs adoptant des stratégies de « coupure par rapport aux émotions ». Pour autant, il serait abusif de superposer ces résultats émanant d'une population « *contrôle* » aux mineurs délinquants, même si nous avons opté pour l'hypothèse d'une continuité clinique entre les 2 populations étudiées au départ. Nous allons donc tenter de résumer les résultats obtenus.

4.1.2.2. *Apports du travail*

Cette étude donne à voir des résultats contributifs concernant les stratégies de gestion émotionnelle des mineurs à tendances dyssociales.

Ils sont d'abord dans une perpétuelle recherche de limites, s'exposent aux confrontations, transgressent et provoquent. Ceci révèle une certaine forme de détresse narcissique et de l'absence de contenant affectif.

Ensuite, ils répondent volontiers aux situations stressantes, à l'exposition sociale par une « coupure par rapport à leurs émotions », comme englués dans la sidération des processus d'élaboration des affects, ne permettant même pas une fuite ou un contournement.

Nous pouvons envisager que ces carences des capacités de mentalisation affective puissent être corrélées au bas niveau d'alphabétisation émotionnelle. Si l'on se réfère à l'échelle de discernement émotionnel de STEINER, exposée plus haut, ces sujets se situeraient au stade de l' « engourdissement » : « *A ce stade d'analphabétisme émotionnel, la personne n'a aucune conscience de ses sentiments*

[...] alors que les autres les perçoivent à partir de petits détails tels qu'une expression du visage, un rougissement, un ton de voix [...] Ses émotions sont en quelque sorte figées dans le froid, « cryogénées ». Elles ne parviennent pas jusqu'à sa conscience. » (STEINER, *L'ABC des émotions* ⁽⁶⁵⁾) Ce fonctionnement peu élaboré répond au symptôme d'alexithymie que nous avons décrit dans l'approche clinique des mineurs délinquants.

Ceci débouche sur l'axe du travail psychothérapique que nous pourrions développer chez ces mineurs délinquants, qui bénéficieraient d'une prise en charge ciblant le développement de l'intelligence émotionnelle. Celle-ci viendrait s'associer aux mesures éducatives et au suivi psychologique déjà existants.

4.2. Intérêts des cadres éducatif, judiciaire et psychiatrique

Dans un livre intitulé *Des Nouveaux Ados* (CANUEL & coll. ⁽²¹⁾), JEAMMET rappelle qu'il « est bon d'être un peu frustré ». Il explique comment les latitudes sociétales laissées aux adolescents ont fait le lit de nombreuses angoisses. Les ados de ce début de XXI^{ème} siècle sont confrontés aux doutes des adultes : « on leur vole leur enfance en les immergeant des problèmes des adultes, comme s'il n'y avait pas de différence entre eux. [...] Ils ont le temps, ne les laissons pas décider de tout, c'est trop dur [...] Il y a une tyrannie du choix qui anéantit le désir de l'adolescence. »

Cet extrait soulève l'éternelle question du cadre qu'il faut proposer/imposer à nos adolescents. Les professionnels exerçant en CEF constatent pourtant que nombre d'entre eux parviennent à trouver des aménagements bénéfiques dans un cadre bien plus contenant que le quotidien ordinaire...

Nous l'avons déjà évoqué sous un angle psychopathologique, mais rappelons les 2 positions qui peuvent être adoptées :

- les adolescents placés en CEF sont finalement assez identiques aux mineurs « mieux socialisés », et profitent des contenants éducatifs de ces établissements pour (re)structurer leur personnalité ;
- ils sont « psychopathologiquement » différents des autres adolescents, et leurs singularités méritent un programme psycho-éducatif ciblé.

Dans les 2 cas, nous pensons que cette forme de « violence institutionnelle » qu'est le CEF a une légitimité, si elle répond à un besoin psychologique précis, et si elle demeure ponctuelle. Ceci débouche en effet régulièrement sur la question du devenir des mineurs délinquants, problématique soulevée à chaque fin de placement.

4.2.1. Le CEF : une voie sans issue ?

Dans les CEF, une fois que la peine arrive à sa fin, se pose systématiquement la question du devenir du jeune. L'articulation des réseaux judiciaires, éducatifs et du monde du travail est complexe. En pratique, plusieurs situations sont abordées au cours des réunions de synthèse de fin de mesure :

- le jeune semble avoir tiré partie de sa peine au CEF, mais la sortie donne l'impression de le laisser « dans la nature », faute de milieu professionnel d'accueil ;
- le jeune semble fonctionner de manière identique à son arrivée, n'ayant pas intégré l'intérêt de la peine et la gravité de ses actes. Mais le cadre judiciaire est à ce moment le premier axe d'orientation, le minimum demandé par la Justice étant d'assurer sa condamnation.

Mais en plus des missions judiciaires et éducatives attribuées aux CEF, ils pourraient, en tant qu'institution, constituer un lieu de passage rituel de l'adolescent délinquant. Ne pourraient-ils pas marquer une rupture significative entre l'adolescent « d'avant », sur la voie de la délinquance, et l'adulte inséré « d'après ». La Défenseure des Enfants ⁽¹⁰⁷⁾ soulevait ce problème d'une certaine « valorisation » du passage en prison dans les groupes de délinquants : « *l'incarcération reste, pour les adolescents les plus ancrés dans la délinquance, une étape valorisée pour renforcer leur statut au sein du groupe de leurs pairs.* » Par contre, 3 aspects des CEF semblent « *faire réellement peine: la séparation (d'avec la famille et les amis), la souffrance causée aux parents et l'accomplissement d'efforts quotidiens dans un temps donné* ».

Il s'agirait donc de rendre encore plus crédible l'opportunité pour ces jeunes d'un placement en CEF. Pour ce faire, ils doivent permettre à l'adolescent de croire à sa

réinsertion, en constatant les mérites d'une vie socialisée et de l'investissement professionnel. La CNAPE confirme l'intérêt d'un travail densifié avec le Service Territorial Educatif du Travail en Milieu Ouvert (STEMO). Pourtant, un essoufflement des projets personnalisés des mineurs, et un épuisement des équipes éducatives répond à l'absence d'issue, en l'occurrence professionnelle : les jeunes ont beau avoir été formés, soit ils ne trouvent pas de travail, soit les lieux d'embauches se font rares. A ce titre, ils sont aussi facilement « rattrapés » par leurs actes de délinquance, l'image qu'on leur renvoie, et leur fonctionnement psychique régulièrement impulsif...

Toujours est-il que la première mission de la Société et l'institution judiciaire est d'obtenir réparation des dommages causés. Pourtant, la Justice peine à trouver des réponses univoques.

4.2.2. Une autorité discréditée

4.2.2.1. *Entre contention et éducation*

Le premier acte à poser est de sanctionner pour responsabiliser. Lorsqu'elle gratifie le sujet pour ses contributions, la sanction est « positive » ; lorsqu'elle l'oblige à réparer les effets d'une transgression, elle est « réparatrice ». A ce titre, WINNICOTT affirmait que la réparation est la première étape de la sollicitude, laquelle amènera la culpabilité. Mais les éducateurs font aussi le même constat : « *Au lieu de s'enfermer dans le faux dilemme prévention/répression, il faut concevoir la sanction dans une optique préventive* » (PETITCLERC ⁽⁵⁾). Lorsque la sanction est une réparation, elle devient préventive...

Les polémiques émanant des excès d'un modèle ou de l'autre ne doivent pourtant pas faire perdre de vue l'intérêt du jeune, qui doit bénéficier d'un encadrement éducatif teinté d'autorité rassurante et d'affection maîtrisée.

Beaucoup de facteurs ont été explorés à la recherche des causes de la délinquance. Et nombre d'adolescents devenus délinquants répondent à l'une des 2 théories

suivantes : la déprivation, décrite par WINNICOTT, surtout si elle débute avant l'âge de 3 ans ; et le déséquilibre narcissico-objetal détaillé par JEAMMET ⁽¹¹⁷⁾. Or, ces 2 approches mettent en exergue les carences affectives dont le sujet peut être l'objet, par absence totale, maladresse, indisponibilité pour des raisons psychiques de la part des parents...

La question soulevée ici fait régulièrement débat dans les établissements d'accueil de mineurs, quelle distance garder et quelle affection donner aux jeunes confiés à des adultes ? Or, les jeunes placés en CEF sont frappés d'instabilité affective. Ecorchés vifs, ils ont appris à ne pas faire confiance, projetant volontiers leur méfiance dans le regard d'autrui. Pourtant, TISSERON ⁽⁶⁰⁾ nous rappelle que *« l'empathie naît de cette capacité à détecter les états émotionnels de ses interlocuteurs en observant leurs actions, et plus seulement leurs mimiques »*.

Il est donc humainement et psychiquement justifié que les professionnels travaillant au contact de ces mineurs véhiculent une image positive et rassérénante. Pour ce faire, les mouvements affectifs positifs, mais aussi les contre-attitudes négatives, qui animent les relations entre les éducateurs et les mineurs doivent être pris en compte.

Les CEF auraient donc été pensés comme ce compromis entre les modèles de la contention et l'éducation préventive, comme l'a présenté MENJON ⁽¹¹⁸⁾, directeur de la PJJ du Lot-et-Garonne, au cours de l'audit de l'HAS sur la prise en charge de la psychopathie : *« notre stratégie a donc été d'accepter l'idée de la violence, de la travailler, la prévenir en mettant en œuvre un cadre sécurisé, afin de générer un climat sécurisant qui rende ainsi le travail éducatif possible. »*

Les CEF doivent offrir un outil à la Justice pour la rendre encore plus efficiente.

4.2.2.2. Les difficultés rencontrées par la Justice des mineurs

Au même titre qu'un parent doit savoir adapter sa sanction auprès de son enfant, la justice doit optimiser sa réponse en s'assurant que les peines soient : rapides, proportionnées, impartiales et appliquées.

Le constat de la rapidité du système judiciaire n'est pas nouveau. D'après les chiffres, les délais de jugement seraient compris entre 2 et 18 mois pour les audiences de cabinet du juge des enfants, et entre 6 mois et 3 ans pour les audiences du tribunal pour enfants. C'est pourquoi la nouvelle loi met en place devant le tribunal pour enfants une procédure de jugement rapide des mineurs, appelée « jugement à délai rapproché ». Elle remplace celle de « comparution à délai rapproché », peu utilisée car trop complexe selon les acteurs judiciaires. Principales différences par rapport à l'ancienne procédure : elle n'est applicable qu'aux mineurs auteurs de délits d'une certaine gravité, le juge des enfants n'est plus compétent que pour décider du placement du mineur en détention provisoire ou sous contrôle judiciaire et, surtout le délai de l'audience est fixé entre 10 jours et 1 ou 2 mois, selon le cas, contre 1 et 3 mois pour la comparution à délai rapproché.

De plus, la vertu éducative de la sanction passe sans doute par cette meilleure réactivité : lorsqu'un enfant commet un acte répréhensible, ses parents se doivent de réagir dans l'instant ; plus la réprimande est différée, moins elle est symboliquement reliée à la « bêtise » commise. Le corolaire est qu'il paraît « éducativement » plus pertinent de proposer une « petite punition » immédiatement qu'une « grosse sanction » longtemps après les faits...

Ensuite, la proportionnalité et l'impartialité de la peine doivent faire écho à la gravité de l'acte. En matière éducative, elle dépendrait bien évidemment de l'observateur, de la culture, des marges de tolérance attribuables au jeune lui-même, du caractère de récidive ou de primo-délinquance... Alors, sur le plan judiciaire, les peines doivent-elles être définies *a priori* ? La question peut raisonnablement se poser.

Pourtant, à l'échelle d'un pays, et au vu du caractère composite de la culture française aujourd'hui, il pourrait être légitime de formaliser le parcours judiciaire de manière plus univoque et transparente.

Enfin, cela peut paraître évident, mais la crédibilité de la Justice ne se gagne pas seulement dans la menace d'une peine définie *a priori*, que le grand public ne connaîtra d'ailleurs pas, mais dans son application. Une fois les actes imputés au prévenu, la condamnation doit être mise en actes. Eventuellement, tout manquement à l'obligation pénale doit donner lieu à une modification de la peine, dont le sujet avait été informé, et qui doit à son tour être appliquée.

Tout doit être mis en place pour que le délinquant ne puisse se soustraire à sa peine, pour des raisons de crédibilité du système et de responsabilisation. PETITCLERC ⁽⁵⁾ accuse la théorie victimisante des « *conditions extérieures agressogènes, dont la société est responsable* ». Il dénonce les positions déculpabilisantes qui discréditent la justice, d'autant plus lorsque ces propos sont tenus par des magistrats : « *Nous reprochons aux jeunes des actes dont nous sommes responsables* » (ROSENCZVEIG J.-P. ⁽¹¹⁹⁾).

Il y a un temps pour tout ! Les mineurs eux-aussi doivent assumer leurs actes, quand bien même nous pourrions, en prenant de la hauteur, chercher à mettre en relief leur parcours chaotique. Le concept « tout-puissant » de tolérance peut éloigner les adultes de leurs responsabilités. Par essence, l'adolescent s'affronte et provoque l'autorité, l'exposant à ses paradoxes. L'ado dira volontiers : « si tu n'acceptes pas mon comportement, c'est que tu n'acceptes pas ma différence ». Une telle confusion entre tolérance des personnes et tolérance des comportements peut alors légitimer toutes les dérives : il est indispensable de ne pas superposer la personne et les actes de délinquance qu'il a pu commettre.

Enfin, l'extrême opposé qu'est la « tolérance-zéro » soulève des questions politiques et sociétales : le caractère normatif de ce concept emprunte la voie du totalitarisme, et attise les tendances transgressives, excitant à ce titre d'autant plus les adolescents. Comme souvent, la vision manichéenne ne saurait répondre précisément aux besoins des adolescents.

Cette question de la crédibilité des institutions nous amène directement à évoquer la position des parents de mineurs délinquants.

4.2.2.3. *Des parents souvent disqualifiés*

Aujourd'hui, la génération des parents paraît en difficulté dans l'exercice de son autorité. Deux alternatives se dégagent : « *lorsque l'autorité est commandée par l'angoisse, il s'agit d'une dictature* » (WINNICOTT ⁽⁴⁹⁾), ou bien il y a démission...

Certes, il est de plus en plus difficile d'être un parent adéquat au fur et à mesure qu'on s'enfonce dans la pauvreté, le chômage et l'exclusion. Nous ne sommes nullement légitimes pour porter un regard sociologique sur ces difficultés, reconnues pourtant comme facteurs de risque de comportements déviants chez les enfants (GUEDENEY ⁽⁷¹⁾). Certains parents adoptent alors des positions clivées et victimisantes, d'autres se montrent angoissés, coupables, et parfois intrusifs, d'autres sont absents, non mobilisables... La proposition appuyée dans le rapport de 2010 sur la prévention de la délinquance des jeunes de BOCKEL ⁽¹²⁰⁾ consistait à valoriser le travail avec les parents afin de déstigmatiser le parcours de leur enfant, dédramatiser leurs éventuelles failles éducatives tout en les responsabilisant, raviver le souci des valeurs républicaines...

Existente quelques expériences contrastées en la matière, dont le stage parental créé en 2007. Cela consiste à mettre « *en évidence la responsabilité partagée du mineur et de ses parents et tenter de convaincre les parents de se mobiliser sans prétendre modifier l'institution familiale. Les parents sont invités à devenir des partenaires éducatifs.*

L'enjeu pour les parents est de prendre part à cet événement significatif que représente la décision judiciaire. Cette intervention pédagogique et éducative, centrée sur une double approche généraliste et stratégique du système familial, cible la stimulation et la mise en valeur des capacités et des ressources parentales. Elle offre l'opportunité aux parents de s'affranchir d'un sentiment de honte et de culpabilité et d'avoir une prise sur la réalité. »

Citons d'autres formules de soutien qui se sont développées :

- coaching parental en Australie, avec divers niveaux d'interventions ;
- réseau de soutien « SOS-parents » dans la ville de Meaux...

Nous pouvons donc faire le constat que, dans les approches (ré)éducatives des mineurs en difficultés, les parents sont à nouveau mis au centre du dispositif. C'est aussi le cas des prises en charge psychologiques, et des questionnements psychiatriques sur la délinquance.

4.2.3. Les soins psychiatriques et la Justice

4.2.3.1. *Les limites de la maladie et de son expertise*

Nous avons postulé pour l'hypothèse d'une continuité du fonctionnement entre le mineur «adapté et le mineur désocialisé. Mais parfois, se pose la question d'une authentique pathologie psychiatrique. Les limites de la maladie mentale n'offrent aucun consensus. Question passionnante, mais insolvable dans la mesure où les angles d'approches seraient innombrables : culturel, psychiatrique, psychodynamique ou psychologique, judiciaire, éducatif, philosophique... Pourtant, la maladie mentale s'inscrit dans le champ de la médecine : seule l'analyse sémiologique psychiatrique peut définir les contours de la pathologie. Les approches psychopathologiques nous permettent d'explorer les fonctionnements psychiques individuels, les modes de gestion émotionnelle, les capacités de maîtrise des conflits internes ou contextuels.

Mais la démarche expertale psychiatrique dans un cadre juridique doit tenter d'apprécier si le sujet condamné est « dangereux », d'une part, mais aussi « ré-insérable ». Cette question n'est pas toujours pertinente chez des adolescents car, psychologiquement parlant, et sans faire preuve d'un enthousiasme béat, il est légitime de considérer *a priori* que tout adolescent est ré-insérable, « *parce qu'il ne peut y avoir, le concernant, d'acte délinquant qui ne soit pas en même temps la manifestation d'une difficulté éducative et psychique* » (BOTBOL ⁽¹²¹⁾). En effet, l'adolescence est un ensemble de processus mutatifs qui doivent conduire l'individu à habiter un corps et un esprit d'adulte, moment où la personnalité sera stable. Il est donc indispensable de garder une perspective psychopathologique, et non pas nosographique. Alors, « *l'opposition normal/pathologique perd de son intérêt au profit du continuum entre les 2 pôles* ».

Aujourd'hui, l'adolescence se complexifie : plus précoce, plus entendue, plus fréquemment violente... Nombre de processus modifient son expression : manque de repères matériels et identitaires, effondrement des rites de passage, émergence de nouveaux phénomènes technologiques, projections anxieuses des adultes... On voit donc émerger une symptomatologie « nouvelle » sous la dénomination « limite ».

Pourtant, les auteurs s'accordent à dire que ce fonctionnement psychique ne doit être que transitoire, qu'il constitue une troisième lignée psychopathologique (BERGERET ⁽¹²²⁾), devant laisser place à une organisation de la personnalité plus efficiente. Le trouble de la personnalité n'est catégorisé que lorsque l'expérience ne prend plus sens et n'alimente plus la structuration de l'individu, il rend hermétique aux événements extérieurs. On peut considérer que le premier acte délinquant n'est probablement pas symptomatique d'un dysfonctionnement de la personnalité, ce qui n'est pas le cas de la récidive !

Il s'agit donc de comprendre pourquoi y a-t-il eu récidive ? Les adultes ont vocation à enseigner aux ados ce qui est autorisé et interdit : ce qui est normal et pathologique. Si, après un premier acte délinquant, aucune réponse éducative n'est donnée, l'Interdit intègre le champ des possibles, la première expérience alimente le fonctionnement psychique délinquant, l'acte pénal révèle le fond même de la personnalité..

Pourtant, certains adolescents souffrent dans leur corps, leur tête, se mettent en mouvement au travers d'actes autodestructeurs ou tentatives d'émancipation, des agissements délictueux, voire criminels. Les tenants psychologiques de ces fonctionnements, s'ils ne relèvent pas de la maladie mentale, méritent tout de même un aménagement de la proposition éducative à leurs égards : comment faire en sorte que les adolescents placés en CEF retrouvent un cheminement personnel moins chaotique ? Comment les initier à une socialisation plus adaptée, leur permettre de gérer tensions et frustration plutôt que de se résoudre à un passage à l'acte ? Quelle est la place du soin psychique ?

4.2.3.2. Soigner sous contrainte

En dehors du cadre des soins psychiatriques sans consentement définis par la loi du 5 juillet 2011, le mineur peut bénéficier d'une mesure spécifique au travers d'une Ordonnance de Placement Provisoire. L'OPP se trouve donc au carrefour de 2 problématiques centrales :

- la place de la contrainte dans les soins psychiatriques des enfants et des adolescents ;

- la part que peut prendre le système judiciaire dans la mise en place de ces soins.

Il semble que les CEF répondent à cette double interrogation : l'évaluation psychiatrique et le suivi psychologique sont inscrits dans les missions de ces établissements de placement judiciaire. Chaque jeune rencontre systématiquement la psychologue de la structure 2 fois par semaine pendant toute la durée du placement, et bénéficie d'un avis pédopsychiatrique.

Mais, l'approche psychothérapique du passage à l'acte délinquant soulève des questions pratiques. Certes, une personne qui a commis une infraction doit rendre des comptes à la société, mais la société n'est pour autant pas habilitée à imposer des soins sans son consentement. Ce télescopage entre le judiciaire et le psychiatrique avait été tranché dans la loi du 27 mai 1885 en permettant de prononcer l'internement perpétuel des délinquants ! Heureusement, le XX^{ème} a vu évoluer les positions à ce sujet...

Pourtant, l'adhésion du patient à une démarche psychothérapique reste la règle. Or, les mécanismes psychiques du sujet délinquant sont volontiers marqués par la victimisation, la dé-responsabilisation, le déni, la projection...ce qui rend la mobilisation psychique parfois compliquée. Mais pour ce qui concerne l'adolescent, et parce que la personnalité est encore malléable, le travail psychothérapique serait constructif. BOTBOL ⁽¹²¹⁾ nous explique que l'obligation de soins peut avoir des fonctions positives :

- « *donner sa chance à une demande de soins implicite* », ce qui invite à « *nouer une alliance en permettant à l'adolescent de s'abriter derrière l'illusion qu'il ne la demande pas* » ;
- « *interposer un tiers entre l'adolescent et les équipes éducatives,[...]* l'obligation de soins est ainsi susceptible de servir de cadre rassurant pour permettre à l'équipe soignante de faire face aux violentes contre-attitudes qu'elle éprouve au contact de ces adolescents et, en particulier, à leurs oscillations entre captation et rejet » ;
- « *signifier la place de la dimension psychique dans la conduite qui motive l'intervenir de la Justice. [...]* Cette mise en sens peut permettre à l'adolescent de découvrir un plaisir de l'élaboration psychique de ses conflits internes ou externes ».

Cette question du soin psychiatrique sous contrainte a donc cristallisé des positions théoriques, mais les ados, mêmes ceux ayant présenté certains aspects de leur fonctionnement psychique au travers des actes délinquants, pourraient en bénéficier. GIBELLO ⁽⁴⁷⁾ résume ainsi les tâches de l'institution : elle « *doit conjuguer le travail éducatif et pédagogique relatif à l'acceptation des règles, au souci de réparation des méfaits, au rejet des modèles délinquants, à la découverte du plaisir de savoir et de penser, tandis que le travail thérapeutique, essentiellement groupal, porte sur les fantasmes archaïques, les blessures narcissiques, l'élaboration de la position dépressive et les désordres des contenants cognitifs* ».

Il convient donc de procéder à un travail psychothérapeutique visant la mentalisation des conflits, la critique des modes de passage à l'acte, l'alternative à l'agir dans la gestion des émotions, et la sollicitation des émotions socialisantes telles que l'empathie et la sollicitude.

Sans doute que les méthodes psycho-éducative ciblant l'intelligence émotionnelle peuvent nous y aider. Nous y reviendrons au dernier chapitre, mais faisons au détour par les différentes perspectives de travail qu'a pu ouvrir cette enquête en CEF.

4.3. Perspectives de travail

4.3.1. Développer les recherches en psychopathologie sur la délinquance des mineurs

4.3.1.1. *Evaluer les CEF sous un angle « psychothérapeutique »*

4.3.1.1.1. Suivi des jeunes de M0 à M« sortie »

Nous pourrions d'ores et déjà émettre une seconde hypothèse : le placement dans ce type d'établissement peut offrir un espace d'aménagement psychique allant dans le sens d'une meilleure socialisation, d'un plus grand intérêt porté à autrui, d'une amélioration de la maîtrise émotionnelle et des stratégies de régulation du stress. La continuité directe de ce travail consiste donc en un suivi de cette population entre le premier mois et la fin de placement dans le CEF.

Le protocole de l'étude prévoyait que l'on rencontre une seconde fois les adolescents, en fin de placement. On s'expose au risque d'avoir des « perdus de vue » pour des raisons annexes à l'étude (fugues, incarcération, aménagement de peine). De plus, la complexité et la lourdeur du dossier d'auto-questionnaire nécessiteront que l'on se limite à l'expertise de certaines dimensions psychologiques, notamment l'empathie, et l'intelligence émotionnelle éventuellement.

4.3.1.1.2. Réaliser un suivi après la sortie du CEF

Nous aimerions pouvoir évaluer la pérennité des éventuelles « améliorations » du fonctionnement psychique permises par le placement. Cependant, ce prolongement de l'étude nécessiterait une organisation nationale et une échelle plus large, au risque de s'exposer à un nombre très important de pertes de vue.

4.3.1.2. Procéder à des analyses de sous-groupes et de leur environnement

4.3.1.2.1. Approche comparative entre sexes

Les CEF étaient conçus pour accueillir des mineurs des 2 sexes dans le même établissement. Pour des raisons multiples, ce n'est pas le cas aujourd'hui. L'étude menée portait donc les adolescents délinquants masculins, qui sont accueillis en Limousin.

L'INSERM ⁽⁷⁰⁾ rappelle que les croyances populaires, l'approche clinique et les études tendent à penser que garçons et filles ne fonctionnent pas de la même manière sur le plan de l'émotionnalité : empathie plus précoce chez la fille, contagion émotionnelle moins intense chez l'adolescent garçon alors que les niveaux étaient identiques dans l'enfance entre les 2 sexes...

C'est aussi vrai sur le plan des conduites : plus de comportements agressifs et de TOP chez le garçon, plus de comportements de manipulation chez la fille. Mais les symptômes des filles concernent surtout des troubles internalisés et se présentent dans des domaines particuliers (plaintes somatiques, repli sur soi). Les filles ont un comportement qui nuit rarement au fonctionnement de la famille ou à celui de la

classe, et présentent des réactions habituellement attribuées aux filles, telles que sensibilité, émotivité, et empathie. « *Il apparaît que les patterns comportementaux classiques sont encore largement en vigueur !* » (BLATIER ⁽¹²³⁾) Les descriptions des personnalités dyssociales féminines révèlent des troubles du comportement sexuel, la prostitution, la recherche de partenaires antisociaux, les grossesses précoces, le comportement de mauvaises mères et par des comorbidités anxieuses et dépressives (LOEBER ⁽¹²⁴⁾).

Les tableaux cliniques et les modes d'expression de la dyssocialité ont donc été largement décrits dans les 2 sexes. Mais on pourrait légitimement s'intéresser aux dimensions psychiques étudiées dans ce protocole chez les filles.

Par contre, il pourrait s'avérer utile de se pencher sur l'intérêt d'un programme éducatif « mixte » au sein des CEF, puisqu'il n'est pas précisé par la loi que les CEF ne doivent accueillir qu'un seul genre !

4.3.1.2.2. Mise en relief du contexte éducatif et de l'environnement

Quelques études ont pu montrer que les compétences en manière de socialisation, d'intersubjectivité, et gestion émotionnelle sont largement influencées par le cadre environnemental dans lequel l'enfant s'éveille. Des données récentes concernant le développement de l'empathie dès le début de la vie entre 8 et 18 mois ne montrent pas de différences consistantes entre les genres (ROTH ⁽¹²⁵⁾). Ce constat nous éloigne d'une hypothèse constitutionnaliste, et nous renvoie donc à des pistes psychogènes ou environnementales dans le développement des leviers de la socialisation. Ceci peut amener à des questions de prise en charge, précipitant du même coup vers des interrogations éthiques... Nous préférons ici laisser place à un débat sociologique, tout autant que psychopathologique.

Par ailleurs, les évaluations psychométriques ont révélé leurs limites face la complexité des processus maturatifs. C'est la raison pour laquelle certains auteurs se sont posés la question de l'intérêt de distinguer les troubles des conduites et les troubles oppositionnels avec provocation par exemple. En effet, on a rapidement été

confronté à un « biais environnemental », en rapport avec le cadre éducatif et culturel, qui soulevait la question de la réalité de ces 2 entités cliniques.

Il est donc absolument nécessaire de mener des programmes d'étude tenant compte de ces paramètres environnementaux et culturels.

4.3.1.3. Cibler des dimensions spécifiques

4.3.1.3.1. Empathie

En fait, se pose ici la question de notre capacité à évaluer cette compétence d'empathie dans le cadre formalisé d'une échelle psychométrique. Par définition, l'empathie renvoie à une émotion spontanée dans un instant « de stress », ce qui est absent lors de la passation du test. D'autre part, sauf déficience intellectuelle notoire, les réactions proposées aux mises en situation du test CEC-A offrent des orientations assez marquées. Si la « contagion émotionnelle » et l'empathie sont plus difficilement distinguables que la « coupure » au sein des réponses proposées, il est fort probable qu'un biais majeur de prévarication influe sur les scores, du fait que la réponse donnée relève autant d'un raisonnement que de l'intuition émotionnelle. En réalité, les professionnels travaillant auprès des mineurs délinquants constatent régulièrement la fragilité des aptitudes empathiques...ce que nous n'avons d'ailleurs pas démontré dans notre étude.

Aussi, on sait que l'adolescence est une période de débordement émotionnel. Or, l'adolescent « standard » vit ses émotions avant même de s'y intéresser ; à ce titre, le mineur délinquant est assez banal. Donc, si l'émotion oriente la nature de l'acte, on pourrait imaginer ce qui a pu « manquer » au moment même de ce passage à l'acte. Il n'est donc pas imprudent de considérer qu'un acte criminel, qu'un fait de violence mettant à mal autrui soit sous-tendu par une émotion « négative », destructrice, parfois utilitaire, et appauvrie d'empathie.

Cette notion peut donc montrer quelques limites dans son évaluation psychométrique. Il est probablement plus riche d'utiliser des échelles d'évaluation semi-directive plutôt que des auto-questionnaires. Cependant, l'empathie constitue

certainement l'axe principal du travail d'évaluation et d'accompagnement psycho-éducatif à destination du mineur délinquant, tout comme l'intelligence émotionnelle.

4.3.1.3.2. Intelligence émotionnelle

Dans une démarche psychométrique, quelques échelles ont été conçues afin de « mesurer » l'IE. Nous pouvons en citer 2 utilisables pour étudier spécifiquement cette dimension psychique chez des mineurs délinquants :

- STEINER ⁽⁶⁵⁾ propose un questionnaire d'alphabétisation émotionnelle offrant un profil sur l'échelle de discernement exposée plus haut. Les réponses offrent 3 propositions (« oui », « non », « pas sûr ») à des questions du type : « *J'ai remarqué que parfois quand je suis avec quelqu'un qui réagit de façon très émotionnelle, je suis étonnamment calme et sentiment* ».

Puis, le score obtenu à chacun des 6 « niveaux de l'échelle » permet de donner un profil de discernement émotionnel. Par exemple :

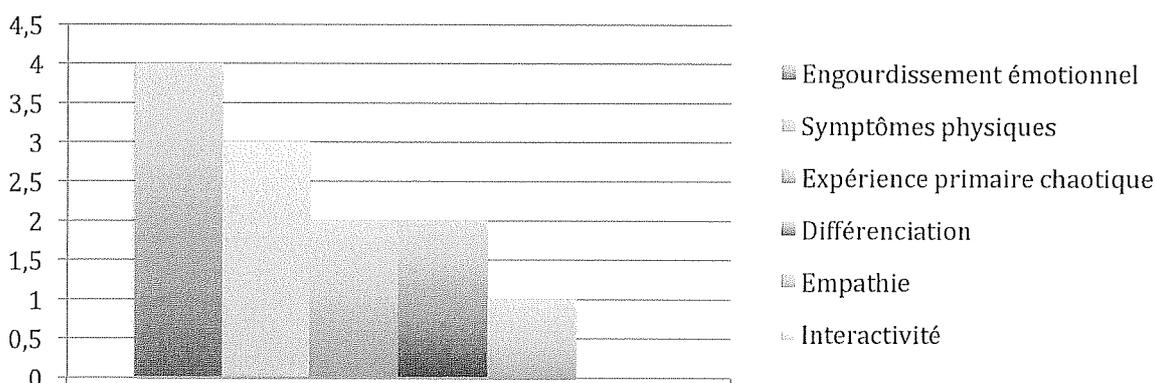


Illustration 5 : Profil de discernement émotionnel faible selon STEINER ⁽⁶⁵⁾

Le profil de discernement émotionnel faible correspond à un sujet qui « *n'a guère prêté attention à ses sentiments, et qui semble déconcerté par ceux des autres. [...] Quand parfois vous réagissez vivement avec émotion, c'est de la colère ou de la peur que vous ressentez* ». Très probablement, cette description peut répondre aux mineurs que nous avons évoqué.

- BRASSEUR et MIKOLAJCZAK valident actuellement une échelle de *Profil de compétences émotionnelles*, dont voici la consigne et les 5 premières questions :

« Les questions ci-dessous ont pour but de mieux comprendre comment vous vivez avec vos émotions. Répondez spontanément à chacune des questions en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses car nous sommes tous différents à ce niveau.

Pour chacune des questions, vous devrez vous positionner sur une échelle de 1 à 5. 1 signifie que la phrase écrite ne vous correspond pas du tout ou que vous ne réagissez jamais de cette façon, au contraire 5 signifie que vous vous reconnaissez tout à fait dans ce qui est décrit ou cela vous arrive très souvent. »

	1	2	3	4	5
1. Mes émotions apparaissent sans que je comprenne d'où elles viennent.	!	!	!	!	!
2. Je ne comprends pas toujours pourquoi je réagis comme je réagis.	!	!	!	!	!
3. Si je le voulais, je pourrais facilement jouer sur les émotions des autres pour obtenir ce que je veux.	!	!	!	!	!
4. Je sais quoi faire pour rallier les gens à ma cause.	!	!	!	!	!
5. Je n'arrive pas à m'expliquer les réactions émotionnelles des gens.	!	!	!	!	!

Tableau 25 : Les 5 premières questions du Test d'Intelligence Emotionnelle de BRASSEUR et MIKOLAJCZAK (2012)

Pour étendre notre étude, nous pourrions éventuellement cibler ces dimensions à l'aide de ces tests.

Enfin, dans la prise en charge des mineurs délinquants, outre l'évaluation psychopathologique, il est nécessaire de se pencher sur les méthodes rééducatives et psychothérapeutiques.

4.3.2. Prise en charge de l'émotionnalité pathologique et du trouble des conduites : du traitement aux projets psycho-éducatifs

Le rapport INSERM 2005 ⁽¹²⁶⁾ insiste pour que la prise en charge du trouble des conduites associe des modalités multiples, dites « biopsychosociales ». L'axe chimiothérapique doit rester une seconde ligne de traitement, ou éventuellement relever d'un traitement d'urgence.

Cette prise en charge doit intégrer des interventions à la fois parentales, concernant l'enfant lui-même et parfois les enseignants. L'objectif général peut se décliner en quatre points :

- « développer un système de soutien et d'étayage social pour l'ensemble de la famille ;
- favoriser les contacts de l'enfant présentant un trouble des conduites avec des pairs « prosociaux » ;
- limiter les contacts de l'enfant présentant un trouble des conduites avec des pairs « antisociaux » ;
- augmenter le soutien scolaire et les interactions avec les enseignants. »

Nous allons donc nous arrêter sur le cas des mineurs délinquants, dont nous excluons les troubles des conduites sexuelles spécifiques (atteintes sexuelles ou viols), qui relèvent d'un fonctionnement psychopathologique un peu différent : perversion de la personnalité, toute-puissance narcissique, tendances antisociales empruntées de sadisme...

Nous pourrions enfin envisager des programmes de prise en charge psycho-éducatif ciblés.

4.3.2.1. Peut-on traiter les troubles des conduites ?

4.3.2.1.1. Abord psychothérapique

De AJURIAGUERRA ⁽²⁸⁾ écrivait précisément que le « problème essentiel au point de vue pronostic serait de pouvoir établir dès un âge précoce s'il s'agit d'une « psychopathie pure » ou de réactions psychopathiques à composantes névrotiques, celles-ci pouvant être d'un meilleur pronostic ».

L'analyse clinique est donc la première étape de la prise en charge des troubles des conduites ou du trouble de la personnalité dyssociale. Ensuite, le travail psychothérapeutique tâchera de s'adapter à ce terrain. En réalité, la démarche n'est pas toujours facilement applicable pour les raisons tenant au fonctionnement psychique des sujets concernés, à la qualité de la demande de prise en charge permise par la critique relative des troubles...

Mais, on l'a vu plus haut, le cadre de l'obligation de soins proposé en CEF permet de voir « bouger les défenses », en aménagement des alternatives au fonctionnement psychique de départ. Alors, quand la psychothérapie s'initie, elle vise à briser le déni, ébranler les projections... Mais aussi, le travail cherche à restituer une solidité narcissique, à construire une identité singulière en mettant en perspective l'histoire personnelle... En 1960, JENKINS, cité par De AJURIAGUERRA, expliquait que les « enfants agressifs non socialisés » relevaient d'une psychothérapie dans le but d'aider le patient à reconnaître que son substitut paternel s'intéresse à son bien-être, n'est pas hostile mais propose simplement des restrictions raisonnables, et que l'attitude sage est de prendre avantage des occasions constructives que la situation offre. C'est la théorie qu'il faut tenter d'appliquer.

4.3.2.1.2. Approche médicamenteuse

En outre, peut se justifier l'instauration d'un traitement médicamenteux. Trois grandes classes thérapeutiques ont été évaluées : les antipsychotiques, les psychostimulants et les thymorégulateurs. Aussi, du fait de l'implication fondamentale du système sérotoninergique dans la physiopathologie de l'agressivité et de l'impulsivité, des essais ont été réalisés avec des inhibiteurs de recapture de la sérotonine (ISRS), dont l'usage s'appuie sur des bases théoriques.

Les antipsychotiques sont très largement prescrits dans le cadre de comportements avec agressivité. Ils ont un profil pharmacologique intéressant (antagonisme à la fois des récepteurs sérotoninergiques et dopaminergiques), qui cible des systèmes neurobiologiques impliqués de façon importante dans l'agressivité. Les données obtenues sont toutes positives en terme d'efficacité sur l'agressivité. À la différence du lithium ou des anticonvulsivants, l'efficacité des antipsychotiques est immédiate sur la dimension d'agitation et d'agressivité, et ils ont une indication privilégiée dans

les situations aiguës et urgentes.

Les psychostimulants sont des produits qui, à la différence des antipsychotiques, vont stimuler les fonctions cognitives exécutives. Ils permettent de diminuer l'impulsivité en favorisant l'inhibition et en améliorant la vigilance, d'où un meilleur contrôle comportemental. Ces produits, qui augmentent essentiellement la transmission cérébrale dopaminergique, mais aussi à un moindre degré noradrénergique et sérotoninergique, sont prescrits à titre thérapeutique dans le trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH). Des essais thérapeutiques ont été réalisés avec le méthylphénidate dans le trouble des conduites, révélant une certaine efficacité sur les manifestations d'agressivité pour les formes modérées du trouble des conduites.

Concernant les thymorégulateurs, et plus spécifiquement le lithium, les résultats sont contrastés. Les effets secondaires non négligeables à long terme, et l'adhésion parfaite au protocole de soins rendent la prescription du Lithium peut indiquée. Il aurait néanmoins une indication préférentielle dans le trouble des conduites associé à un trouble bipolaire.

Par contre, d'autres molécules thymorégulatrices appartenant aux anticonvulsivants ont été évaluées avec des résultats très encourageants. Parce qu'ils apportent une action agressolytique, leur indication préférentielle serait un trouble affectif avec impulsivité.

Enfin, le travail psychothérapeutique pourrait bénéficier des programmes psycho-éducatif visant le développement de l'intelligence émotionnelle.

4.3.2.1.3. Du reconditionnement aux programmes de rééducation émotionnelle

4.3.2.1.3.1. *Resocialiser*

D'abord, il nous paraît indispensable d'insister sur un axe fondamental du processus rééducatif : la valorisation. Ce n'est pas tant la punition d'un acte qui resocialise mais

la réparation. Ce n'est pas la froide rigueur institutionnelle qui rassure mais les encouragements affectueux. La valorisation des compétences renarcissise autant que l'impérieux objectif d'une « mise à niveau » sur l'échelle de la normalité pour l'âge.

Il faut aussi soutenir la réparation, et stimuler les attitudes pro-sociales. Dans la province canadienne de l'Ontario, un projet (*Reasoning and Rehabilitation Project*) dirigé par des professionnels aide les jeunes à transformer leurs comportements impulsifs et leur apprend de nouvelles façons de réagir aux problèmes interpersonnels. Le taux de récidive a spectaculairement diminué parmi les participants. Aux Pays-Bas, le projet HALT (Extrait du site Internet de l'UNICEF ⁽¹²⁵⁾) demande aux vandales d'assurer personnellement une compensation à leurs victimes, mais d'une façon qui évite de les stigmatiser par l'étiquette de « criminels »...

Par contre, ISRAEL ⁽¹²⁶⁾, dans un article intitulé *Prophylaxie de la délinquance juvénile*, réfute l'idée d'une réadaptation sociale comme but à atteindre : « encore est-ce faire une concession à l'adaptation sociale en parlant d'attitudes correctrices car on sait bien qu'une telle visée d'efficacité, même avec les meilleures intentions du monde, est une solide garantie d'échec ». La resocialisation ne saurait se satisfaire de stratégies de conditionnement « car ce dont souffrent entre autre ces adolescents et que ne résolvent en rien les théories de l'apprentissage, c'est de ne pas être reconnus comme sujets désirants » (REANT ⁽¹²⁷⁾). Cette approche psychanalytique soulève la question de la reconnaissance du parcours anarchique du sujet, et de l'environnement (dé)structurant dans lequel il a grandi : « méconnaître ou déconsidérer leurs données psychologiques actuelles et anciennes ainsi que les rapports qu'ils sous-tendent, est une des meilleures voies de l'échec rééducatif ».

Pour autant, l'approche psychanalytique n'a pas vocation à être utilisée en première intention. Elle n'en a ni les moyens ni la vocation. WINNICOTT l'explique dans son article *La Tendance Antisociale*, en évoquant la situation d'un mineur ayant présenté de graves troubles des conduites : « Il n'est pas difficile de voir que ce garçon n'aurait pas dû être traité par la psychanalyse mais qu'il avait besoin d'un placement en institution. La psychanalyse n'avait de sens que si elle s'y ajoutait ensuite. Depuis cette époque, j'ai observé les échecs d'analystes de toutes sortes dans la psychanalyse d'enfants antisociaux. »

Ainsi, l'institution doit jouer un rôle central dans les processus de séparation-individuation et dans le contrôle des ruptures. Elle doit offrir une enveloppe aux sujets pour définir le « *dedans et le dehors* ». PUYUELO ⁽¹²⁸⁾ précise que « *c'est justement ce qui fait défaut à ces enfants abusés narcissiques dont le projet est de les amener d'une pathologie intersubjective à une pathologie intrapsychique [...]* D'où l'importance du cadre institutionnel qui vise moins un effet curatif qu'une substitution de pathologie ».

Les structures d'accueil doivent donc se doter de moyens adéquats, et s'exposent à une violence psychique, et parfois physique qu'il faut considérer. ISRAEL s'attache à définir un cadre psychothérapique pour les délinquants dans lequel des « délégués » porteraient l'ambition d'intégrer des mineurs dans un groupe d'adolescents. Le programme s'oriente donc vers une formation de ces délégués aux grands aspects psychologiques et psychopathologiques, à qui il offre des espaces de « *réunions de groupe au cours desquelles chacun aurait pu exposer les difficultés particulières rencontrées avec le sujet dont la rééducation lui avait été confiée...* » L'expérience permet de constater que l'aide à la compréhension des « forces en jeu dans un groupe » était largement aussi bénéfique que les connaissances théoriques.

Au final, l'aide apportée au délinquant vise à redonner la parole au sujet, une parole susceptible d'être entendue par quelqu'un qui ne juge pas. Il s'agit à terme de « *substituer le passage à l'acte-message à la parole.* » Il faut peut-être pour cela cibler la composante du fonctionnement psychique qui fait défaut chez les sujets délinquants : l'intelligence émotionnelle.

4.3.2.1.3.2. Une « psychoéducation » de l'intelligence émotionnelle ?

L'Intelligence Emotionnelle (IE) fait le socle de quelques théories psycho-éducatives à destination des personnes dont les scores aux échelles d'évaluation sont faibles. Dans les années 1960, le mouvement d' « éducation affective » impulsait une dynamique différente dans l'approche éducative des jeunes enfants. Auparavant, on

considérerait que, en matière de psychologie et de motivation, l'enfant apprend d'autant mieux qu'il met en application directement ce qu'il a appris. L'éducation émotionnelle renverse cette façon de faire : au lieu d'utiliser les émotions pour éduquer, elle éduque les émotions elles-mêmes.

GOLEMAN ⁽²³⁾, pour illustrer son propos, évoque une méthode originale utilisée en classe, instaurée en cours sur la « connaissance de soi » au *Nueva Learning Center*, une école privée de San Fransisco : « pour faire l'appel, au lieu de répondre « présent », (les enfants) annoncent un chiffre selon leur humeur. « 1 » signifie « déprimé », « 10 » que le moral est au plus haut ». L'idée sous-jacente est d'intéresser les enfants à leurs émotions, de leur apprendre à les écouter et les préciser. Cette dynamique d' « alphabétisation émotionnelle » est préventive, conçue comme l'étape initiale dans la reconnaissance des émotions des Autres.

Les psychologues de la petite enfance se sont intéressés aussi aux impacts de la télévision, et par là-même aux effets du « manque à jouer », qui empêcherait le futur citoyen de « s'outiller à la fois physiquement, intellectuellement et socialement. À l'inverse, plus il passe du temps à regarder passivement la télévision, moins il s'exerce à faire des efforts et à persévérer ». Pour tenter d'y remédier, TISSERON ⁽¹²⁹⁾ a conçu un outil thérapeutique ludique appelé *Jeu des Trois figures*, « par allusion aux trois personnages présents dans la plupart des histoires regardées et racontées par les enfants : l'agresseur, la victime et le redresseur de torts ». Le concept est donc de jouer une scénette de théâtre dont les dialogues sont préparés brièvement en groupe, en incarnant chaque rôle successivement... Ce jeu permet donc aux enfants de faire l'expérience de nombreux sentiments, tout en valorisant les conduites pro-sociales.

Des programmes psycho-éducatif à destins plus « curatifs » s'appuient aussi sur les théories de rééducation émotionnelle, en cherchant à optimiser les stratégies de régulation des émotions et à développer les capacités empathiques, conçues comme des variables modératrices de l'agressivité.

Beaucoup de ces méthodes ciblent en particulier les comportements sexuels abusifs (WIEHE ⁽¹³⁰⁾ ...). GOLEMAN évoque ces nouveaux types de prises en charge mis au point « *pour soigner les pédophiles et d'autres criminels. L'un des traitements les plus prometteurs consiste d'abord à faire lire au sujet des récits bouleversants de forfaits semblables au sien, racontés du point de vue des victimes. On lui projette également des films-vidéos où des victimes en pleurs expliquent ce que l'on ressent lors d'une agression. L'agresseur doit ensuite faire le récit de son propre forfait en se mettant à la place de la victime, en imaginant ce qu'elle a ressenti. Enfin, il doit participer à la reconstitution du drame en prenant la place de la victime* ».

Ses techniques nord-américaines sont nettement sous l'influence des théories cognitivistes et comportementales. Elles revendiquent toutes de pouvoir « *améliorer les aptitudes cognitives et sociales, permettre une meilleure identification et compréhension des émotions, une meilleure maîtrise de soi, l'augmentation des capacités à planifier l'accomplissement des tâches cognitives, à réfléchir avant d'agir, à mieux résoudre les conflits...* » Citons par exemple : le programme *Paths* de l'Université de l'état de Washington, le *Programme de résolution créative de conflits* du National Center for Resolving Conflict de New York...

Mais les populations ciblées correspondent rarement aux mineurs délinquants que nous avons décrits dans ce travail.

Toutefois, des méthodes psycho-éducatives consistant à reconnaître les émotions sur des visages pourraient trouver leur place auprès de ces adolescents. Par exemple, le *Pictures of facial affects* (POFA) d'EKMAN & FRIESEN ⁽¹³¹⁾ cherche à développer les capacités de perception des émotions d'autrui et d'empathie. Cela consiste à proposer aux sujets des visages de filles et de garçons exprimant l'une des 6 émotions de base (la joie, la colère, la tristesse, la peur, la surprise et le dégoût), telles que sur l'illustre ci-après. En vis-à-vis, une description de l'activité des muscles faciaux qui sous-tend l'émotion en question est donnée.

Par exemple, « *peur* » : « *la bouche est ouverte et les commissures des lèvres sont tirées vers le bas ; les yeux sont écarquillés et leurs coins intérieurs remontent ; les sourcils sont levés et se rejoignent ; des rides marquent le milieu du front* ».

Figure 19

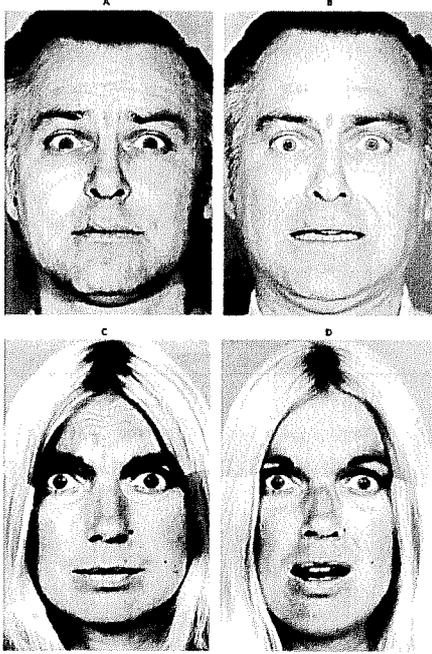


Illustration 5 : Photos extraites du livre d'EKMAN et FRIESEN : *Unmasking the face : a guide to recognizing emotions from facial clues.*

Pour conclure, GOLEMAN rappelle : « *N'oublions pas que les enfants agressifs se mettent en colère et deviennent violents parce qu'ils prennent à tort des signes et des expressions neutres pour des marques d'hostilité.* »

Tous les acteurs des champs éducatifs, judiciaires, psychologiques et psychiatriques ont donc leur rôle à jouer.

CONCLUSION

Ce travail aborde la vaste question de la délinquance des mineurs, mais sous l'angle psychopathologique. Par le biais d'une étude comparative entre des adolescents placés en Centre Educatif Fermé et des mineurs en scolarité ordinaire, nous avons pu confirmer que ces 2 groupes ne présentent pas les mêmes stratégies de gestion émotionnelle : la coupure par rapport aux émotions est significativement plus « utilisée » par les mineurs délinquants. Mais ils ne sont pas pour autant plus pathologiques : des modalités de fonctionnement plus adaptées et plus socialisées ne parviennent à s'organiser. Le passage à l'acte parfois violent, la transgression, la conflictualité avec leurs pairs, et la confrontation à l'autorité des adultes ou des institutions témoignent de leur émotionnalité pathologique. Les adolescents à traits dyssociaux ne souffrent pas pour autant, *a priori*, des maladies psychiatriques. Pour le savoir, l'approche psychopathologique consisterait à définir la règle de la « tolérance 1 », qui se distinguerait donc des positions judiciaires de « tolérance 0 », car à l'adolescence, on a encore les moyens d'intégrer l'expérience, ce qui éloigne donc du trouble de la personnalité constitué. Mais encore faut-il qu'on leur en donne les moyens !

A ce titre, le cadre éducatif proposé par les CEF offre un espace suffisamment contenant pour restreindre les comportements dyssociaux et permettre que s'affinent de meilleures capacités pour faire face au stress. La plupart des adolescents qui y sont placés ont les ressources pour maîtriser leur tension psychique et leur désarroi narcissique, ce qui confirme la thèse d'une « normalité » psychologique. Mais pour cela, une première étape implique une certaine forme de « violence », institutionnelle, dans le but de gommer l'égoïsme infantile et l'ambivalence adolescente. Dans une société individualiste et au cœur d'une culture diluée, la douloureuse question de l'identification est la pire violence que les adultes envoient à leurs enfants. Il est plus que jamais d'actualité, et c'est notre responsabilité, de savoir anticiper les ruptures qui émaillent certains parcours de vie.

Il sera toujours tant d'offrir un espace où la pensée autonome sera la règle, les adolescents n'ont que trop souffert d'une idéalisation béate vis-à-vis du « laisser-

faire » ou du « laisser-penser » pour que nous ne nous donnions pas les moyens de les aider à grandir. Cessons de les bombarder de nos angoisses et incertitudes, offrons-leur un espace apaisé, mais riche et stimulant, et non plus cette chambre froide, blanche et insonore dans laquelle ils sont enfermés.

En ayant le souci de chercher un compromis entre le répressif et le préventif, en offrant des lieux de découvertes et d'apprentissage de techniques, les CEF doivent être soutenus dans une crédible perspective éducative. Ils doivent voir aussi se mettre en place des espaces psycho-éducatifs permettant l'élaboration du vécu émotionnel des mineurs délinquants. Dans un souci d' « alphabétisation », de stimulation empathique, il faut amener les adolescents engourdis dans leurs émotions à révéler les faces lumineuses de leurs personnalités.

BIBLIOGRAPHIE

1. STEPHAN P, ADAMKIEWICZ B, BOLOGNINI M, PLANCHEREL B, PAGE M, BERNARD M, et al. Caractéristiques psychosociales d'adolescents souffrant de troubles du comportement. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 54(3):175-82.
2. VERDIER-GIBELLO M-L. La période de latence et ses avatars. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2010;58(1-2):1-106.
3. PUYUELO R. Les enfants vulnérables. Approche psychopathologique. *Empan*. 2012;(85):88-95.
4. TREMBLAY RE, FAVARD A-M, JOST R. Le traitement des adolescents délinquants : perspectives et prospectives internationales. Paris: Fleurus; 1985.
5. PETITCLERC J-M. Les nouvelles délinquances des jeunes : [violences urbaines et réponses éducatives]. Paris: Dunod; 2005.
6. LACHAUD Y. Traitement judiciaire de la délinquance des mineurs. 2011.
7. BOTBOL M. La réponse à l'urgence et à la crise. La prise en charge des mineurs en grande difficulté. Ministère de la justice-ministère de l'emploi et de la solidarité; 2000.
8. ANATRELLA T. La violence: transgression. La violence chez les jeunes. 1995.
9. CLERGET J, CLERGET MP. Place du père, violence et paternité. Lyon: PUF; 1992.
10. RUFO M. Chacun cherche un père. Paris: Librairie Générale Française; 2011.
11. DUCHE D-J. Le mal-être des adolescents. Paris: Hermann; 1994.
12. MUCCHIELLI L. Evolution de la délinquance juvénile en France au cours des vingt dernières années. 2005.
13. RUFO M, CHOQUET M. Regards croisés sur l'adolescence : son évolution, sa diversité. Paris: Éditions Anne Carrière; 2007.
14. WINNICOTT D. L'adolescence. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969.
15. MARCELLI D. Les modèles de compréhension de l'adolescence. *Adolescence et psychopathologie*. 7^e éd. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2008. p. 3-83.
16. JEAMMET P. L'adolescence. Paris: J'ai lu; 2004.
17. JEAMMET P. Les rites à l'adolescence. *Rite*. Le Bouscat: L'Esprit du temps; 2010. p. 645-53.
18. LASSALLE H. Les 10-13 ans : [peur et passion de grandir.]. Paris: Autrement revue; 1991.
19. JEAMMET P, CORCOS. Dépression et addiction, une approche psychanalytique. *in* LEMPERIERE: La Dépression avant 20 ans. Paris: Masson : Acanthe; 1999.

20. LEBOVICI S, SOULE M, DECOBERT S, NOEL J. La Connaissance de l'enfant par la psychanalyse. Paris: Presses universitaires de France; 1995.
21. CANUEL B, RUFO M, HEFEZ S, JEAMMET P, MARCELLI D, VALLEUR M, et al. Les nouveaux ados : comment vivre avec? Paris: Bayard; 2006.
22. SCHOSTECK J-P, FAUCHON P. Rapport du Sénat n°370 relatif au projet de loi d'orientation et de programmation de la justice. 2002.
23. GOLEMAN D, PIELAT T. L'intelligence émotionnelle : comment transformer ses émotions en intelligence. Paris: R. Laffont; 1997.
24. CHATILLIEZ E. TANGUY. 2001.
25. Organisation mondiale de la santé. Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève; Paris [etc.]: OMS ; Masson; 2002.
26. KILEY D. Le syndrome de Peter Pan : ces hommes qui ont refusé de grandir. Paris: O. Jacob; 2005.
27. MARCELLI D. Sexualité des enfants en âge de latence. Entre éducation et séduction: quels destins pour les pulsions? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2010; 58(1-2):1-106.
28. AJURIAGUERRA J de. L'enfant, l'adolescent et la société. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris: Masson; 1977. p. 967-1045.
29. TISSERON S, CASEL N, MISSONNIER S, STORA M. L'enfant au risque du virtuel. *Questions de communication*. 2006; 5(2009).
30. CHOQUET M, COM-RUELLE L, LEYMARIE N. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. *Comportements et contextes en France*. IREB. 2003;
31. STOVANOVITCH K. Antisocial and dyssocial. *Arch. Gen. Psychiat*. 1969;25(5):561-87.
32. AJURIAGUERRA J de. Problèmes posés par la carence en affects et en afférences sociales et sensorielles. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris: Masson; 1977.
33. KARPMAN B. The psychopathic behavior in infants and children: a critical survey of the existing concepts. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1951;21(2):223-72.
34. KERNBERG O. Les troubles limites de la personnalité. Dunod. Paris; 1977.
35. JEAMMET P. La psychopathologie des adolescents en grande difficulté. La prise en charge des mineurs en grande difficulté. 2000.
36. HARE RD. *Without conscience : the disturbing world of the psychopaths among us*. New York: Guilford Press; 1999.
37. GIBELLO B. Perturbations cognitives des adolescents et marginalité. 1978;26(12):627-35.
38. SIFNEOS PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatic*. 1973;22(2):255-62.

39. KRYSTAL H. Alexithymia and psychotherapy. *Am. J. of psychotherapy.* 1979;17-31.
40. TARDIF M, MILLAUD F. Le déterminisme de la carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte. *Le passage à l'acte.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2009. p. 19-35.
41. MACDOUGALL J. L'anti-analysant en analyse: un portrait clinique et une notion théorique. *Revue française de psychanalyse.* 1972;167-84.
42. HOUZEL D, EMMANUELLI M, MOGGIO F. Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Presses Universitaires de France; 2000.
43. MILLAUD F. Le passage à l'acte: points de repères psychodynamiques. *Le passage à l'acte.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2009. p. 9-18.
44. BION WR. *Second thoughts.* Jason Aronson, New York; 1967.
45. MALTERER M, GLASS S, NEWMAN J. *Psychopathy and Trait Emotional Intelligence.* Johnson St, Madison, WI 53706;
46. MERCUEL A, GUEDJ M-J, RAMPA S, GALLOIS E, GAUILLARD J, CAROLI F. *Conduites psychopathiques.* Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris;
47. GIBELLO B. La violence en tant que mode de pensée. *Violence pathologique, réflexions, prévention et prises en charge.* *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 2002;(50):485-93.
48. TEICHER G, GOLDEN C, CRUM TA, AZRIN NH, DONOHUE B, VAN HASSELT VB. Identification of neuropsychological subtypes in a sample of delinquent adolescents. *Journal of Psychiatric Research.* 2000;34(2):129-32.
49. WINNICOTT D. *L'agressivité et ses racines.* *L'Enfant et le monde extérieur. Le développement des relations.* Paris: Payot; 1972.
50. MISES R. Apport de la psychopathologie de l'enfant à l'étude de la psychopathie. *Confrontations psychiatriques.* 1980;(18):73-97.
51. CARDENAL M, SZTULMAN H, SCHMITT L. Le questionnaire de fonctionnement ordalique (QFO): premiers éléments de validation et résultats préliminaires chez des toxicomanes et des anorexiques. *Annales médico-psychologiques.* 2007;165(10):703-13.
52. RAYNAUD J-P, OLLIAC B. Risque et conduites suicidaires. *La revue du praticien.* 2010;60:1149-54.
53. DOUVILLE O. L'automutilation, mise en perspectives de quelques questions. *Du marquage du corps à l'automutilation.* *L'esprit du temps;* 2004. p. 7-24.
54. BALIER C, GREPILLAT A. *Psychanalyse des comportements violents.* Paris: Presses universitaires de France; 2002.
55. WINNICOTT D. *Quelques aspects psychologiques de la délinquance juvénile.* *L'Enfant et le monde extérieur. Le développement des relations.* Paris: Payot; 1972.

56. WINNICOTT D. La tendance antisociale. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969.
57. WINNICOTT D. Elaboration de la capacité de sollicitude. Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement. Paris: Payot; 1970.
58. WINNICOTT D. Agressivité, culpabilité et réparation. Conversations ordinaires. Paris: Gallimard; 1988.
59. LIPPS T. Einfühlung, inner nachahmung, und organempfindaugen. Archiv für die Gesamte Psychologie. 1903;2:185-204.
60. TISSERON S. L'empathie au coeur du jeu social. Paris: A. Michel; 2010.
61. FAVRE D. Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions : validation d'un test pour repérer et aider des élèves à risque. Revue européenne de psychologie appliquée. 2009;(59):211-27.
62. FAVRE D, JOLY J. Evaluations des postures cognitives et épistémiques associées aux modes de traitement dogmatique et non-dogmatique des informations- application à l'étude de la violence à l'école. Revue de psychologie et Psychométrie. 2001;(22):115-51.
63. Marcus Aurelius. Meditations. London: Penguin; 2004.
64. SALOVEY P, MAYER J. Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and Personality. 1990;185-211.
65. STEINER CM, GILLIER M. L' A.B.C. des émotions un guide pour développer force personnelle et intelligence émotionnelle. Paris: InterÉditions; 2011.
66. POROT A, Porot M, Sutter J, Pélicier Y. Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique. Paris: Presses universitaires de France; 1996.
67. DENIKER P, COTTEREAU M-J, ZARIFIAN E. Etude sémiologique des déséquilibrés psychiques. La revue du praticien. 1972;22(26).
68. AICHHORN A. Jeunes en souffrance (1925). Les éditions du champ social; 2000.
69. BUGE A, RANCUREL G. Le déséquilibre caractériel ou psychopathique.
70. INSERM. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Les éditions Inserm; 2005.
71. GUEDENEY A. Existe-t-il des facteurs de risque et de protection et comment les identifier? 2005 p. 47-8.
72. CATHELIN N. Existe-t-il des précurseurs et comment les identifier? 2005 p. 53-6.
73. KEENAN K. The development and socialization of aggression during the first five years of life. Encyclopedia on early childhood development. Centre of excellence for early childhood. Chicago; 2002;
74. DECETY J. Une anatomie de l'empathie. Psychologie et Neuropsychiatrie cognitives. 2005;3(11):16-24.

75. MARSH A, BLAIR R. Reduced amygdala response to fearful expressions in children and adolescents with callous-unemotional traits and disruptive behavior disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2008;(165):712-20.
76. KRUEGER F, BARBEY A, McKABE K, STRENZIOK M, ZAMBONI G, GRAFMAN J. The neural basis of key competencies of emotional intelligence. *Proceedings of the National Academy of sciences*. 2009;16(52).
77. TIIHONEN J, KUIKKA J, BERGSTOM K, HAKOLA P. Single-photon emission tomography imaging of monoamine transporters in impulsive violent behaviour. *European journal of nuclear medicine*. 1997;24(10):1253-60.
78. SODERSTROM H, BLENNOW K, SJODIN A-K, FORSMAN A. New evidence for an association between the CSF HVA:5-HIAA ratio and psychopathic traits. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*. 2003;74(7):918-21.
79. VAN GOOZEN H, MATTHYS W, COHEN-KETTENIS P, THIJSEN J, VAN ENGELAND H. Adrenal androgens and aggression in conduct disorder prepubertal boys and normal controls. *Biological Psychiatry*. 1998;43(2):156-8.
80. MIKOLAJCZAK M, ROY E, LUMINET O, TIMARY P. The moderating impact of emotional intelligence on free cortisol responses to stress. Elsevier. Brussels; 2007;
81. STALENHEIM E, ERIKSSON E, VON KNORRING L, LEIF W. Testosterone as a biological marker in psychopathy and alcoholism. *Psychiatry Research*. 1998;77(2):79-88.
82. STALENHEIM E, KNORRING L, WIDE L. Serum levels of thyroid hormones as biological markers in a Swedish forensic psychiatric population. *Biological Psychiatry*. 1998;43(10):755-61.
83. LIAO D, HONG C, SHIH H, TSAI S. Possible association between Serotonin Transporter Promoter Region Polymorphism and extremely violent crime in Chinese males. *Neuropsychobiology*. 2004;50(4):284-7.
84. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
85. MISES R, QUEMADA N, BOTBOL M, BURSZTEJN C, DURAND B, GARRABE J, et al. Nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. CFTMEA 2000. *Annales médico-psychologiques*. (160):242-6.
86. MAYAUD Y. *Code pénal*. Paris: Dalloz; 2010.
87. PIERRE E. Les colonies pénitentiaires pour jeunes détenus: des établissements irrémédiables (1850-1914). *RHEI*. 2003;(5):43-60.
88. Circulaire du bureau central. *Revue pénitentiaire*. 1903;1401-3.
89. DANAN A. *L'Épée du scandale*. Robert Laffont. Paris; 1961.

90. Garde des Sceaux. Ordonnance du 2 février 1945. févr 2, 1945.
91. BAILLEAU F. Le contrôle des déviances juvéniles. Processus et parcours institutionnels. Vaucresson: Délégation générale à la recherche scientifique et technique; 1978. p. 17-29.
92. MUCCHIELLI L. Les « centres éducatifs fermés »: rupture ou continuité dans le traitement des mineurs délinquants? *Revue Historique de l'Enfance Irrégulière*. 2005 déc;7:113-46.
93. Garde des Sceaux. Loi d'orientation et de programmation pour la justice. 2002-1138 sept 9, 2002.
94. COMTE-SPONVILLE A. La violence est-elle un accident? 1997.
95. Ministère de la justice et des libertés. Chiffres clés de la justice des mineurs. 2010.
96. INSERM M, CHOQUET M. ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Premiers résultats INSERM. INSERM; 2003.
97. Défenseur des enfants. Rapport annuel du Désenseur des enfants au Président de la République et au Parlement. République Française; 2004.
98. Groupe d'Etude et de Réflexion Inter-régional. Criminalité et délinquance constatées. Géographie du phénomène, évaluation de l'efficacité des moyens. Paris; 2003.
99. MUCCHIELLI L. L'évolution de la délinquance juvénile en France (1980-2000). *Sociétés Contemporaines*. 2004;(53):101-34.
100. La documentation française. Annuaire statistique de la Justice. Paris; 2004.
101. Office National de la Délinquance. Premier rapport annuel de l'OND, INHES. 2005.
102. ROCHE S. La délinquance des jeunes – Les 13-19 ans racontent leurs délits. Seuil. 2001;
103. TOURNIER PV. La détention des mineurs: observation suivie d'une cohorte d'entrants. Paris, Ministère de la Justice. 1991;(62).
104. Garde des Sceaux. Mise en œuvre du programme des centres éducatifs fermés : cadre juridique, prise en charge éducative et politique pénale. n°89 mars 1, 2003.
105. CEF Soudaine-Lavinadière. Rapport d'activité 2010 du CEF de Soudaine-Lavinadière (19). 2010.
106. R.F. Recommandations du 1er décembre 2010 relatives aux centres éducatifs fermés. J.O.R.F.; 2010.
107. Défenseure des enfants. Enfants délinquants pris en charge dans les centres éducatifs fermés. 33 dispositions pour améliorer le dispositif. République Française; 2010.
108. YEAWORTH RC, McNAMEE M, POZEHL B. The Adolescent Life Change Event Scale: its development and use. *Adolescence*. 1992;27(108):783-802.
109. SPIELBERGER CD, GORSUCH RL, LUSHENE R, VAGG PR, JACOBS GA. Manuel de l'inventaire d'anxiété état-trait forme Y (STAI-Y). Editions du Centre de Psychologie

- Appliquée. Paris; 1993;
110. GOSSELIN P, DUGAS MJ, LADOUCEUR R, FREESTON MH. Évaluation des inquiétudes: validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale*. 2001;(27):475-84.
 111. MEYER T, MILLER M, METZGER R, BORKOVEC TD. Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*. 1990;28(6):487-95.
 112. MEHRABIAN A. Relations among personality scales of aggression, violence and empathy: validationnal evidence bearing on the risk of eruptive violence scale. *Aggressive Behavior*. 1997;(23):433-45.
 113. ENDLER N, PARKER J. *Coping Inventory for Stressful Situations*. Multi-Health Systems; 1990.
 114. ROLLAND J-P. CISS, trad. française: Inventaire de coping pour situations stressantes. Manuel d'utilisation. ECPA; 1998.
 115. BERNDT DJ, KAISER CF. *Multidimensional Depression Inventory for Children and Adolescent*. Western Psychological Services; 1996.
 116. CASTRO D. Echelle Composite de dépression pour enfants, trad française MDI-C. ECPA; 1999.
 117. JEAMMET P. Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1990;(4-5):190-9.
 118. MENJON J. Quelles prises en charge possibles: au sein, auprès et hrs de la famille? 2005 p. 86-8.
 119. ROSENCZEIG J-P. *Les Nouveaux Ados*. Le Nouvel Observateur. 2005;
 120. BOCKEL J-M. *La prévention de la délinquance des jeunes*. Paris: Secrétaire d'état à la justice; 2010 nov.
 121. BOTBOL M, CHOQUET L-H, GROUSSET J, HAMON H. Ordonnance de placement provisoire et obligation de soin en psychiatrie de l'adolescent. *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris; 2010.
 122. BERGERET J. *Psychologie pathologique théorique et clinique*. 10e éd. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Masson; 2008.
 123. *Enquête sur les comportements agressifs et violents chez les enfants de 8 à 11 ans*. Laboratoire de psychologie clinique et pathologique, Grenoble; 2005.
 124. LOEBER R, BURKE J, LAHEY B, WINTERS A, ZERA M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;1468-84.
 125. ROTH H. The role of self-concept development in the development of empathic concern during infancy. *Dissertation Abstracts International*. The sciences and

Engineering. 2002.

126. INSERM. Troubles des conduites-synthèse. Les éditions Inserm; 2005.
127. REANT J-N. Pour une prophylaxie de la délinquance juvénile. Synapse. 1987;(32).
128. PUYUELO R. Adolescence-Placement-Groupe. Figurer la rupture pour représenter la séparation dans les dispositifs institutionnels. Empan. 2006;(59):144-60.
129. TISSERON S. Les jeu des Trois Figures en classes maternelles. Temps d'arrêt. yapaka.be; 2010.
130. WIEHE V. Approaching Child Abuse Treatment From the Perspective of Empathy. Child Abuse and Neglect, The International Journal, ISPCAN. 1997;21(12):1191-204.
131. EKMAN P, FRIESEN WV. Unmasking the face : a guide to recognizing emotions from facial clues. Cambridge, MA: Malor Books; 2003.
132. ISRAEL. Prophylaxie de la délinquance juvénile: une expérience de groupe. Le traitement des délinquants. Paris: PUF; 1966. p. 156-67.
133. UNICEF. Le progrès des nations : prévenir la criminalité juvénile. Unicef. 1997.
134. DOLAN. Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders, The British Journal of Psychiatry, n° 178 ; p.352-359 ; 2001

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	15
INTRODUCTION	16
1. DU DEBORDEMENT EMOTIONNEL PROPRE A L'ADOLESCENCE AU PASSAGE A L'ACTE DELINQUANT : L'INTERET D'UNE ETUDE EN MILIEU JUDICIAIRE	18
1.1. L'adolescence n'est pas une maladie !!	18
1.1.1. Du milieu rassurant de l'enfance aux incertitudes des adultes.....	19
1.1.1.1. Sortir de l'enfance.....	19
1.1.1.1.1. Le deuil du « confort psychique » de son enfance.....	19
1.1.1.1.2. Le deuil des illusions infantiles.....	20
1.1.1.2. Les rapports au monde des adultes.....	22
1.1.1.2.1. Les représentations adolescentes.....	22
1.1.1.2.2. Les obligations éducatives des adultes.....	22
1.1.1.2.3. Les angoisses des adultes dans une société en manque de certitudes.....	24
1.1.1.3. Une sémiologie psychologique spécifique.....	25
1.1.1.3.1. Modification des référentiels spatio-temporels.....	25
1.1.1.3.2. Des revendications identitaires paradoxales.....	26
1.1.1.3.3. La sexualisation des rapports interindividuels.....	27
1.1.1.3.4. Rites initiatiques.....	28
1.1.1.3.4.1. Marquer son corps.....	29
1.1.1.3.4.2. Ebranler famille et liens.....	30
1.1.1.3.4.3. Explorer l'espace social.....	30
1.1.1.3.5. Une émotionnalité débordante.....	31
1.1.1.3.6. La mobilisation de mécanismes de défense peu élaborés.....	32
1.1.2. Des adolescents « pire qu'avant » ou symptômes de société ?.....	34
1.1.2.1. Un regard traditionnellement alarmiste.....	34
1.1.2.2. Evolutions sociales et dilution culturelle.....	34
1.1.2.2.1. Des limites temporelles floues.....	36
1.1.2.2.2. La confusion des générations.....	37
1.1.2.2.3. La dissolution des repères.....	38
1.1.2.2.4. De franches nouveautés.....	38
1.2. Quand l'adolescence devient pathologique	40
1.2.1. Les mineurs délinquants : émotionnalité pathologique et passage à l'acte symptomatique ? 41	
1.2.1.1. Clinique psychiatrique de l'adolescent aux tendances dyssociales.....	42
1.2.1.1.1. Déstructuration narcissique.....	42
1.2.1.1.2. Traits de personnalité dyssociale.....	43
1.2.1.1.3. Un appareil à penser peu opérationnel.....	44
1.2.1.1.3.1. Alexithymie.....	44
1.2.1.1.3.2. Passage à l'acte.....	45
1.2.1.1.3.3. Ressources intellectuelles.....	47
1.2.1.2. La violence des adolescents.....	48
1.2.1.2.1. La violence comme recours légitime ?.....	48
1.2.1.2.2. Auto-agressivité.....	49
1.2.1.2.2.1. Conduites ordaliques et addictions.....	50
1.2.1.2.2.2. Scarifications, automutilations, tentative de suicide et équivalents suicidaires... 51	
1.2.1.2.3. Hétéro-agressivité.....	53
1.2.1.2.3.1. Violence contre les sujets.....	53

1.2.1.2.3.2. Violence contre les biens et la société.....	54
1.2.1.3. Les dimensions psychologiques défaillantes des adolescents délinquants.....	54
1.2.1.3.1. Culpabilité et sollicitude.....	55
1.2.1.3.2. Empathie.....	56
1.2.1.3.3. Intelligence émotionnelle.....	57
1.2.2. Du trouble des conduites à la psychopathie : des symptômes souvent à la frontière de la pathologie psychiatrique.....	59
1.2.2.1. Une histoire passionnée.....	59
1.2.2.1.1. Rappels historiques.....	59
1.2.2.1.2. Des querelles terminologiques.....	60
1.2.2.2. Etiopathogénie.....	63
1.2.2.2.1. L'environnement éducatif.....	63
1.2.2.2.2. Les approches constitutionnalistes.....	64
1.2.2.2.3. Approches scientifiques.....	64
1.2.2.2.3.1. Hypothèses neurologiques et neuro-développementales.....	64
1.2.2.2.3.1.1. Imagerie cérébrale.....	65
1.2.2.2.3.1.2. Neuro-physiologie.....	68
1.2.2.2.3.1.3. Neurobiologie et pharmacologie.....	69
1.2.2.2.3.2. Hypothèses métaboliques et endocriniennes.....	70
1.2.2.2.3.2.1. Axe corticotrope.....	70
1.2.2.2.3.2.2. Métabolisme des androgènes.....	71
1.2.2.2.3.2.3. Autres pistes de recherche.....	71
1.2.2.2.3.3. Recherche génétique.....	72
1.2.2.3. Classifications actuelles des troubles des conduites.....	73
1.2.2.3.1.1. CIM 10.....	73
1.2.2.3.1.1.1. Trouble des conduites.....	73
1.2.2.3.1.1.2. Trouble de la personnalité.....	74
1.2.2.3.1.2. DSM IV-TR.....	74
1.2.2.3.1.2.1. Trouble des conduites.....	74
1.2.2.3.1.2.2. Trouble de la personnalité.....	75
1.2.2.3.1.3. CFTMEA.....	75

2. LA DELINQUANCE DES MINEURS..... 76

2.1. Une longue histoire et des débats contradictoires..... 76

2.1.1. Du code pénal bonapartiste à l'ordonnance de 1945.....	77
2.1.1.1. Le XIX ^{ème} siècle.....	77
2.1.1.2. La première moitié du XX ^{ème} siècle.....	78
2.1.2. De 1945 à nos jours.....	80
2.1.2.1. Les modifications du cadre pénal.....	80
2.1.2.2. Changements d'époque, de mœurs et d'idéologie.....	81
2.1.2.3. Les dernières réformes.....	83

2.2. Etat des lieux de la délinquance des mineurs..... 84

2.2.1. Des chiffres alarmants depuis une trentaine d'années.....	84
2.2.1.1. Données générales.....	85
2.2.1.2. Une massification de la délinquance juvénile.....	86
2.2.1.3. Des actes plus proches et plus violents.....	88
2.2.1.3.1. Une délinquance marquée par la violence.....	88
2.2.1.3.2. Une délinquance « de proximité ».....	89
2.2.2. La Justice des mineurs, une institution fragilisée.....	91

2.3. Les Centres Educatifs Fermés..... 93

2.3.1. Les dispositifs CEF.....	93
2.3.1.1. Un lieu de placement pour adolescents en situation de précarité.....	93
2.3.1.2. Des mesures judiciaires spécifiques.....	94
2.3.2. Premières évaluations des CEF.....	95
2.3.2.1. Les chiffres clefs de l'institution.....	95

2.3.2.2. Evaluations statistiques.....	96
2.3.2.3. Evaluations qualitatives.....	96
2.3.3. En Limousin, deux structures fermées.....	97

3. ETUDE DE CERTAINES DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE DES MINEURS DELINQUANTS 98

3.1. Hypothèses de départ 99

3.2. Méthodologie..... 99

3.2.1. Modalités pratiques.....	99
3.2.2. Inclusion, règles de confidentialité et contrat moral.....	100
3.2.2.1. Les critères d'inclusion.....	100
3.2.2.2. Les critères de non-inclusion.....	101
3.2.3. Recueil des données.....	101
3.2.3.1. La fiche d'informations médicales.....	102
3.2.3.2. Dossier des auto-questionnaires.....	103
3.2.4. Présentation des questionnaires utilisés.....	103
3.2.4.1. Questionnaire de fonctionnement ordalique.....	103
3.2.4.2. ALCES de Yeaworth.....	104
3.2.4.3. STAI de Spielberger.....	105
3.2.4.4. Questionnaire des domaines d'inquiétudes.....	106
3.2.4.5. CEC-A.....	107
3.2.4.6. CISS.....	108
3.2.4.7. MDI-C.....	109
3.2.5. Recrutement des sujets « contrôles ».....	110
3.2.5.1. Partenariat avec l'Education Nationale.....	110
3.2.5.2. Déroulement.....	110

3.3. Traitement des données 111

3.3.1. Saisie.....	111
3.3.2. Traitement des non-réponses.....	112

3.4. Résultats 112

3.4.1. Description des adolescents rencontrés dans les CEF et des sujets scolarisés.....	113
3.4.1.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	114
3.4.1.2. Scolarité.....	117
3.4.1.3. Caractéristiques judiciaires.....	118
3.4.1.4. Témoins du marquage du corps.....	122
3.4.1.5. Antécédents psychologiques et psychiatriques.....	123
3.4.1.6. Antécédents familiaux.....	124
3.4.1.7. Consommation personnelle de toxiques.....	125
3.4.2. Comparaison des sujets « CEF » et de la population « Scolaire ».....	126
3.4.2.1. Résultats à l'échelle d'empathie.....	126
3.4.2.1.1. Comparaison des 3 dimensions du CEC-A entre les sujets CEF et Scolaires.....	126
3.4.2.1.2. Comparaison des moyennes.....	128
3.4.2.2. Résultats aux questionnaires de gestion émotionnelle.....	129
3.4.2.2.1. Comparaison des moyennes au CISS.....	129
3.4.2.2.2. QFO.....	130
3.4.2.3. Domaines d'inquiétudes, anxiété et dépressivité de l'humeur.....	132
3.4.3. Exploration de la dimension « coupure par rapport aux émotions » au sein de la population « contrôle ».....	134
3.4.3.1. Dimensions du fonctionnement psychique corrélées à la « coupure par rapport aux émotions ».....	134
3.4.3.1.1. Stratégies de coping.....	134
3.4.3.1.2. Recherche de sensations.....	135
3.4.3.1.3. Domaines d'inquiétudes et anxiété.....	136
3.4.3.1.4. Symptomatologie dépressive.....	138

3.4.3.2.	Influence des événements de vie	138
3.4.3.2.1.	Arrestation par la Police et démêlés avec la Justice	138
3.4.3.2.2.	Evènements biographiques, scolaires et familiaux.....	140
3.4.3.2.2.1.	Divorce des parents.....	140
3.4.3.2.2.2.	Exclusion de l'établissement scolaire et redoublement.....	140
3.4.3.2.2.3.	Antécédent familial de TS, éthylisme dans la famille	140
3.4.3.2.3.	Evènements liés au fonctionnement psychologique rituel ou pathologique.....	141
3.4.3.2.3.1.	Tatouages et piercings.....	141
3.4.3.2.3.2.	Scarifications.....	141
3.4.3.2.3.3.	Idées suicidaires et tentatives de suicide	142
3.4.3.2.3.4.	Consommation personnelle d'alcool, de tabac, de cannabis.....	142
4.	DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES	144
4.1.	Synthèse et critique des résultats	144
4.1.1.	Limites du travail réalisé	144
4.1.1.1.	Faisabilité de l'étude	144
4.1.1.2.	Biais de l'étude	145
4.1.2.	Discussion des résultats.....	146
4.1.2.1.	Synthèse	146
4.1.2.1.1.	Analyse descriptive.....	146
4.1.2.1.1.1.	Profil judiciaire des mineurs de CEF.....	146
4.1.2.1.1.2.	Les rapports à la loi pour les mineurs placés en CEF et les mineurs scolarisés	147
4.1.2.1.2.	Psychopathologie des mineurs délinquants	148
4.1.2.1.2.1.	Analyse des antécédents.....	148
4.1.2.1.2.2.	Stratégies de gestion émotionnelle des mineurs délinquants.....	149
4.1.2.1.3.	Etude de corrélation et d'association avec la « coupure par rapport aux émotions » dans la population « <i>contrôle</i> ».....	151
4.1.2.1.3.1.	Corrélation aux autres aspects psychologiques explorés.....	151
4.1.2.1.3.2.	Recherche d'associations.....	152
4.1.2.2.	Apports du travail	153
4.2.	Intérêts des cadres éducatif, judiciaire et psychiatrique	154
4.2.1.	Le CEF : une voie sans issue ?	155
4.2.2.	Une autorité discréditée.....	156
4.2.2.1.	Entre contention et éducation	156
4.2.2.2.	Les difficultés rencontrées par la Justice des mineurs.....	157
4.2.2.3.	Des parents souvent disqualifiés	159
4.2.3.	Les soins psychiatriques et la Justice	161
4.2.3.1.	Les limites de la maladie et de son expertise.....	161
4.2.3.2.	Soigner sous contrainte	162
4.3.	Perspectives de travail.....	164
4.3.1.	Développer les recherches en psychopathologie sur la délinquance des mineurs.....	164
4.3.1.1.	Evaluer les CEF sous un angle « psychothérapique ».....	164
4.3.1.1.1.	Suivi des jeunes de M0 à M« <i>sortie</i> »	164
4.3.1.1.2.	Réaliser un suivi après la sortie du CEF.....	165
4.3.1.2.	Procéder à des analyses de sous-groupes et de leur environnement.....	165
4.3.1.2.1.	Approche comparative entre sexes	165
4.3.1.2.2.	Mise en relief du contexte éducatif et de l'environnement	166
4.3.1.3.	Cibler des dimensions spécifiques.....	167
4.3.1.3.1.	Empathie	167
4.3.1.3.2.	Intelligence émotionnelle.....	168
4.3.2.	Prise en charge de l'émotionnalité pathologique et du trouble des conduites : du traitement aux projets psycho-éducatifs.....	170
4.3.2.1.	Peut-on traiter les troubles des conduites ?.....	170
4.3.2.1.1.	Abord psychothérapique.....	170
4.3.2.1.2.	Approche médicamenteuse.....	171

4.3.2.1.3. Du reconditionnement aux programmes de rééducation émotionnelle	172
4.3.2.1.3.1. Resocialiser	172
4.3.2.1.3.2. Une « psychoéducation » de l'intelligence émotionnelle ?	174
CONCLUSION	178
<i>BIBLIOGRAPHIE.....</i>	180
<i>TABLE DES MATIERES.....</i>	188
<i>TABLE DES ILLUSTRATIONS, GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....</i>	193
Illustrations	193
Graphiques	193
Tableaux	194
ANNEXES	195

TABLE DES ILLUSTRATIONS, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Illustrations

ILLUSTRATION 1 : ECHELLE DE DISCERNEMENT EMOTIONNEL DE STEINER	58
ILLUSTRATION 2 : TRAITEMENT DE L'INFORMATION EMOTIONNELLE, D'APRES DECETY (2005).....	65
ILLUSTRATION 3 : TESTS D'EVALUATION DE L'INTELLIGENCE EMOTIONNELLE, D'APRES KRUEGER & COLL. (2009).....	67
ILLUSTRATION 4 : COLONIE DE METTRAY.....	79
ILLUSTRATION 5 : PHOTOS EXTRAITES DU LIVRE D'EKMAN ET FRIESEN : <i>UNMASKING THE FACE : A GUIDE TO RECOGNIZING EMOTIONS FROM FACIAL CLUES</i>	177

Graphiques

GRAPHIQUE 1 : EVOLUTION DU NOMBRE DE MINEURS DETENUS (STRUCTURE PAR AGE AU 1ER JANVIER) DE 1969 A 2003, D'APRES MUCCHIELLI ⁽⁹²⁾	83
GRAPHIQUE 2 : DISTRIBUTION DES SUJETS SCOLAIRES SELON L'AGE ET LE SEXE	114
GRAPHIQUE 3 : STATUT DU COUPLE PARENTAL DES MINEURS INCLUS DANS L'ETUDE.....	115
GRAPHIQUE 4 : REPARTITION DES 17 CEF ET 122 SCOLAIRES SELON LES LIEUX DE VIE	116
GRAPHIQUE 5 : DISTRIBUTION DES MINEURS DES 2 GROUPES INCLUS DANS L'ETUDE SELON LE NIVEAU SCOLAIRE	118
GRAPHIQUE 6 : TAUX DE 2 EVENEMENTS SCOLAIRES: <i>REDOUBLEMENT</i> ET <i>EXCLUSION</i> PARMIS CHAQUE GROUPE ETUDIE	118
GRAPHIQUE 7 : REPARTITION DES EFFECTIFS DES FAITS DE DELINQUANCE AYANT CONDUIT 17 MINEURS EN CEF EN 2011-2012.....	120
GRAPHIQUE 8 : TAUX DE SURVENUE DE 2 EVENEMENTS DE NATURE JUDICIAIRE POUR CHACUN DES 2 GROUPES ETUDIES.....	122
GRAPHIQUE 9 : TAUX DE REPARTITION DES TEMOINS DE MARQUAGE DU CORPS : <i>LES PIERCINGS ET LES TATOUAGES</i>	123
GRAPHIQUE 10 : TAUX DE SYMPTOMES SUICIDAIRES ET DE SCARIFICATIONS	124
GRAPHIQUE 11 : TAUX DE CONSOMMATION DE TOXIQUES (ALCOOL, TABAC, CANNABIS).....	125
GRAPHIQUE 12 : TAUX DE REPRESENTATION DE CHAQUE DIMENSION EVALUEE PAR LE CEC-A POUR 17 MINEURS DE CEF ET 122 GARÇONS DE MILIEU SCOLAIRE.....	128
GRAPHIQUE 13 : SCORE OBTENU A CHAQUE DIMENSION EXPLORÉE PAR LE CEC-A.....	129
GRAPHIQUE 14 : COMPARAISON DES STRATEGIES DE COPING ENTRE LES 17 MINEURS CEF ET LES 122 GARÇONS SCOLAIRES.....	130
GRAPHIQUE 15 : COMPARAISON DES RESULTATS A CHAQUE DIMENSION DU QFO ENTRE LES 17 ADOLESCENTS CEF ET LES SCOLAIRES	131
GRAPHIQUE 16 : COMPARAISON DES RESULTATS A CHAQUE DIMENSION DU QDI ENTRE LES 17 ADOLESCENTS CEF ET LES 122 SCOLAIRES	132
GRAPHIQUE 17 : COMPARAISON DES RESULTATS A CHAQUE DIMENSION DU MDI-C ENTRE LES ADOLESCENTS CEF ET LES SCOLAIRES	133
GRAPHIQUE 18 : ILLUSTRATION DE L'ASSOCIATION ENTRE LA DIMENSION " <i>COUPURE PAR RAPPORT AUX EMOTIONS</i> " ET LE FAIT D'AVOIR DEJA ETE ARRETE PAR LA POLICE, OU EU DES DEMELES JUDICIAIRES..	139
GRAPHIQUE 19 : RECAPITULATIF DE L'ASSOCIATION ENTRE LA DIMENSION " <i>COUPURE PAR RAPPORT AUX EMOTIONS</i> " ET DE TATOUAGES (A GAUCHE), ET PIERCINGS (A DROITE).....	141
GRAPHIQUE 20 : RECAPITULATIF DE L'ASSOCIATION ENTRE LA DIMENSION " <i>COUPURE PAR RAPPORT AUX EMOTIONS</i> " ET LES ANTECEDENTS PERSONNELS D'IDEES SUICIDAIRES ET TS.....	142
GRAPHIQUE 21 : RECAPITULATIF DE L'ASSOCIATION ENTRE LA DIMENSION " <i>COUPURE PAR RAPPORT AUX EMOTIONS</i> " ET LES CONSOMMATIONS DE TOXIQUES	143

Tableaux

<u>TABLEAU 1</u> : POPULATIONS ADULTE ET MINEURE TOTALES, ET POPULATIONS MISES EN CAUSE DANS DES FAITS DE DELINQUANCE EN FRANCE METROPOLITAINE EN 1982, 1993 ET 1998.....	86
<u>TABLEAU 2</u> : TAUX POUR 100.000 CONDAMNES SELON LE TYPE DE DELINQUANCE ET L'AGE.....	87
<u>TABLEAU 3</u> : EVOLUTION DES ACTES DE DELINQUANCE DES MINEURS ENTRE 1996 ET 2003.....	89
<u>TABLEAU 4</u> : POURCENTAGE D'IMPLICATION DES MINEURS DANS CERTAINS FAITS DE DELINQUANCE POUR L'ANNEE 1997.....	90
<u>TABLEAU 5</u> : PRESENTATION DES EFFECTIFS SELON L'AGE ET LE SEXE DES 17 SUJETS « CEF » ET DES 358 SUJETS SCOLAIRES.....	113
<u>TABLEAU 6</u> : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES 17 ADOLESCENTS CEF ET DES 122 SCOLAIRES.....	115
<u>TABLEAU 7</u> : CARACTERISTIQUES SCOLAIRES DES 17 SUJETS CEF ET 122 SUJETS SCOLAIRES.....	117
<u>TABLEAU 8</u> : MOTIFS DES INCULPATIONS OU CONDAMNATIONS JUDICIAIRES ACTUELLES ET PRECEDENTES DE 17 MINEURS PLACES EN CEF EN 2011-2012.....	119
<u>TABLEAU 9</u> : REponses AUX 2 ITEMS DU QUESTIONNAIRE ALCES PORTANT SUR DES EVENEMENTS JUDICIAIRES POUR LES SUJETS CEF ET LES SUJETS SCOLAIRES.....	121
<u>TABLEAU 10</u> : TEMOINS D'UN MARQUAGE DU CORPS : LES PIERCINGS ET LES TATOUAGES POUR LES SUJETS CEF ET LES SUJETS SCOLAIRES.....	122
<u>TABLEAU 11</u> : ANTECEDENT FAMILIAL DE TS ET ETHYLISME CHEZ LE PERE POUR LES SUJETS CEF ET LES SUJETS SCOLAIRES.....	124
<u>TABLEAU 12</u> : CONSOMMATION CANNABIQUE POUR LES SUJETS CEF ET LES SUJETS SCOLAIRES, ET FREQUENCE DE LA CONSOMMATION.....	126
<u>TABLEAU 13</u> : REPARTITION DES EFFECTIFS ET POURCENTAGE DES SCORES A L'ECHELLE CEC-A POUR 16 SUJETS CEF ET 118 SUJETS SCOLAIRES.....	127
<u>TABLEAU 14</u> : COMPARAISON DES MOYENNES DES SCORES AU CEC POUR CHAQUE DIMENSION EXPLORÉE ENTRE LES SUJETS CEF ET LES SUJETS « CONTROLES ».....	128
<u>TABLEAU 15</u> : RESULTATS AU TEST CISS (SCORES POUR CHAQUE STRATEGIE DE COPING) ET COMPARAISON DE MOYENNES ENTRE LES SUJETS CEF ET LES SUJETS SCOLAIRES.....	129
<u>TABLEAU 16</u> : RESULTATS AU TEST QFO (SCORE TOTAL ET POUR CHACUNE DES 4 DIMENSIONS) ET COMPARAISON DE MOYENNES ENTRE LES SUJETS CEF ET LES SUJETS SCOLAIRES.....	131
<u>TABLEAU 17</u> : SCORES A L'ECHELLE STAI TRAIT-ETAT, ET COMPARAISON DE MOYENNES ENTRE LES 17 SUJETS CEF ET LES 122 SUJETS SCOLAIRES.....	132
<u>TABLEAU 18</u> : ETUDE DE CORRELATION AU SEIN DE LA POPULATION SCOLAIRE, FILLES ET GARÇONS SEPARES, ENTRE LA COUPURE PAR RAPPORT AUX EMOTIONS ET LES STRATEGIES DE COPING EVALUEES PAR LE CISS.....	135
<u>TABLEAU 19</u> : ETUDE DE CORRELATION AU SEIN DE LA POPULATION SCOLAIRE, FILLES ET GARÇONS SEPARES, ENTRE LA COUPURE PAR RAPPORT AUX EMOTIONS ET LES TRAITs DE FONCTIONNEMENT ORDALIQUE..	136
<u>TABLEAU 20</u> : ETUDE DE CORRELATION AU SEIN DE LA POPULATION SCOLAIRE, FILLES ET GARÇONS SEPARES, ENTRE LA COUPURE PAR RAPPORT AUX EMOTIONS ET LES DOMAINES D'INQUIETUDES.....	137
<u>TABLEAU 21</u> : ETUDE DE CORRELATION AU SEIN DE LA POPULATION SCOLAIRE, FILLES ET GARÇONS SEPARES, ENTRE LA COUPURE PAR RAPPORT AUX EMOTIONS ET L'ANXIETE-TRAIT OU ETAT.....	138
<u>TABLEAU 22</u> : ASSOCIATION DE LA DIMENSION « COUPURE PAR RAPPORT AUX EMOTIONS » AUX EVENEMENTS DE VIE « ARRESTATION PAR LA POLICE », ET « DEMELES AVEC LA JUSTICE » AU SEIN DE LA POPULATION SCOLAIRE, FILLES ET GARÇONS SEPARES.....	139
<u>TABLEAU 23</u> : ASSOCIATION DE LA DIMENSION « COUPURE PAR RAPPORT AUX EMOTIONS » A L'EVENEMENT DE VIE « EXCLUSION SCOLAIRE », POUR LES GARÇONS DE LA POPULATION SCOLAIRE.....	140
<u>TABLEAU 24</u> : ASSOCIATION DE LA DIMENSION « COUPURE PAR RAPPORT AUX EMOTIONS » A LA CONSOMMATION PERSONNELLE DE TABAC ET DE CANNABIS, CHEZ LES FILLES DE LA POPULATION SCOLAIRE.....	143
<u>TABLEAU 25</u> : LES 5 PREMIERES QUESTIONS DU TEST D'INTELLIGENCE EMOTIONNELLE DE BRASSEUR ET MIKOLAJCZAK (2012).....	169

ANNEXES

1. CLASSIFICATIONS DES TROUBLES DES CONDUITES

A/ CIM-10

(F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

- (F90) Troubles hyperkinétiques
 - o (F90.0) Perturbation de l'activité et de l'attention
 - o (F90.1) Troubles hyperkinétiques
 - o (F90.8) Autres troubles hyperkinétiques
 - o (F90.9) Trouble hyperkinétique, sans précision
- (F91) Troubles des conduites
 - o (F91.0) Trouble des conduites limité au milieu familial
 - o (F91.1) Trouble des conduites, type mal socialisé
 - o (F91.2) Trouble des conduites, type socialisé
 - o (F91.3) Trouble oppositionnel avec provocation
 - o (F91.8) Autres troubles des conduites
 - o (F91.9) Trouble des conduites, sans précision
- (F92) Troubles mixtes des conduites et des émotions
 - o (F92.0) Troubles des conduites avec dépression
 - o (F92.8) Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels
 - o (F92.9) Trouble mixte des conduites et troubles émotionnels, sans précision
- (F93) Troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance
- (F94) Troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement dans l'enfance ou à l'adolescence
- (F95) Tics
- (F98) Autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence

B/ DSM IV-TR

Troubles des conduites :

- Critères diagnostiques « A » :

Ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel son bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les nonnes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence de trois des critères suivants (ou plus) au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des 6 derniers mois :

Conduites agressives dans lesquelles des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique (critères 1-7)

1. Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes ;

2. Commence souvent les bagarres ;
3. A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (par exemple 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 exemple 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 (critères 8-9)

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 (critères 10-12)

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 exemple « arnaque » les autres) ;
12. A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (par exemple vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon) ;

Violations graves des règles établies (critères 13-15)

13. Reste dehors tard la nuit 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, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.

- critères diagnostiques « B » :

La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

- critère diagnostique « C » :

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

C/ CFTMEA

Chapitre 7 : troubles des conduites et du comportement :

- (7.0) troubles hyperkinétiques :
 - o (7.00) hyperkinésie avec troubles de l'attention ;
 - o (7.08) autres troubles hyperkinétiques ;
 - o (7.09) troubles hyperkinétiques NS ;

- (7.1) *troubles des conduites alimentaires* ;
- (7.2) *tentatives de suicide* :
 - o tentative de suicide, suite immédiate ;
 - o antécédent de tentative de suicide ;
 - o idées suicidaires ;
- (7.3) *troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool* ;
- (7.4) *troubles de l'angoisse de séparation* ;
- (7.5) *troubles de l'identité et des conduites sexuelles* ;
- (7.6) *phobies scolaires* ;
- (7.7) *autres troubles caractérisés des conduites* ;
 - o (7.70) pyromanie ;
 - o (7.71) kleptomanie ;
 - o (7.72) trichotillomanie ;
 - o (7.73) fugues ;
 - o (7.74) violence contre les personnes ;
 - o (7.75) conduites à risques ;
 - o (7.76) errance ;
 - o (7.78) autres troubles caractérisés des conduites ;
- (7.8) *autres troubles des conduites et des comportements* ;
- (7.9) *troubles des conduites non spécifiés*.

2. COURRIER D'INFORMATION AUX PARENTS DES ADOLESCENTS PLACES EN CEF

Lettre d'information



A.L.S.E.A.:

M. Gérard GALLI,
directeur de l'A.L.S.E.A.,
Limoges

M. David FAURE,
directeur du C.E.F. de
Moissannes,
Haute-Vienne

M. Michel BABKA,
directeur du C.E.F. des
Monédières,
Corrèze

Pr Jean-José BOUQUIER,
Président de l'A.L.S.E.A.



Pôle de pédopsychiatrie:

Dr Jean-François ROCHE
Praticien Hospitalier,
Limoges

Dr Bertrand OLLIAC
Praticien Hospitalier,
Limoges

M. Aurélien VARNOUX
interne de psychiatrie,
Limoges

Mlle Caroline LARROQUE,
psychologue,
Limoges

Dr Hervé FISHER,
Praticien Hospitalier,
Brive-la-Gaillarde

Contexte:

Projet «Santé Mentale en C.E.F.», ALSEA 2008

Objet:

Travail de recherche sur les adolescents des Centres Educatifs Fermés du Limousin

Par:

- l'Association Limousine de Sauvegarde de l'Enfant et de l'Adulte;
- le pôle de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges.

Destinataires:

- parents ou responsables légaux des adolescents;
- adolescents placés en Centre Educatif Fermé.

Limoges, Août 2011

Votre enfant est actuellement placé en Centre Educatif Fermé.

Nous lui proposons de participer à un travail de recherche pour lequel nous devons obtenir votre consentement, ainsi que celui de votre enfant.

La participation est libre et non rémunérée. Cette enquête répond aux règles d'anonymat et de confidentialité définies par la loi du 9 août 2004, complétée par le décret du 26 avril 2006. Aussi, les informations relevées ne pourront en aucun cas modifier la prise en charge dont il bénéficie, ni sur le plan médico-psychologique, ni sur le plan judiciaire.

L'intérêt de ce projet est donc collectif, mais il est possible de refuser d'y participer.

Ce travail s'inscrit dans le programme «SANTÉ MENTALE» porté depuis 2008 par l'ALSEA. Nous nous intéressons à la psychologie des adolescents placés en CEF, afin d'améliorer les aides déjà en place.

Notre objectif est de préciser les évolutions psychologiques amenées dans ces établissements. Dans le premier mois de son placement, votre enfant aura une consultation avec le pédopsychiatre partenaire du CEF (Dr FISHER ou Dr ROCHE). De plus, il rencontrera à 2 reprises (au premier et au dernier mois) M. VARNOUX, interne en pédopsychiatrie, qui lui proposera de répondre à des questionnaires de fonctionnement psychologique (moral, anxiété, gestion du stress...). Si votre enfant est déjà présent depuis plusieurs mois, nous ne nous rencontrerons qu'une seule fois. Si le placement était prolongé, nous nous verrons 3 fois.

Les données anonymes du premier mois seront comparées avec celles obtenues en fin de placement. Par la suite, si vous le désirez, les responsables du CEF pourront vous orienter vers le service de pédopsychiatrie de l'hôpital de Limoges où les résultats collectifs vous seront transmis. Aucun résultat individuel ne sera donné.

Nous vous remercions par avance de votre contribution à cette étude, et voulons vous assurer que nous utiliserons les informations que vous nous confiez avec le plus grand respect.

3. DOSSIER DES AUTO-QUESTIONNAIRES ET FICHE MEDICALE

Questionnaire d'enquête auprès d'adolescents

Index : _____

Merci de compléter ce document au stylo NOIR en cochant la case choisie en faisant une simple croix

Si une case est cochée par erreur, il suffit de la noircir complètement ou de l'effacer au blanco, et elle ne sera pas prise en compte.

Merci de répondre aux questions suivantes :

Vous êtes : Une fille Un garçon

Votre mois de naissance :

Votre année de naissance :

Votre classe :

<input type="checkbox"/> 6ème	<input type="checkbox"/> 6ème SEGPA	<input type="checkbox"/> 5ème
<input type="checkbox"/> 5ème SEGPA	<input type="checkbox"/> 4ème	<input type="checkbox"/> 4ème DP
<input type="checkbox"/> 4ème SEGPA	<input type="checkbox"/> 3ème	<input type="checkbox"/> 3ème DP
<input type="checkbox"/> 3ème SEGPA	<input type="checkbox"/> Classe relais	<input type="checkbox"/> Seconde générale
<input type="checkbox"/> Seconde BEP	<input type="checkbox"/> Seconde technologique	<input type="checkbox"/> 1ère année BAC Pro
<input type="checkbox"/> 1ère générale	<input type="checkbox"/> 1ère technologique	<input type="checkbox"/> 2ème année BAC Pro
<input type="checkbox"/> Terminale générale	<input type="checkbox"/> Terminal technologique	<input type="checkbox"/> Terminale CAP
<input type="checkbox"/> Terminale BEP	<input type="checkbox"/> Terminale BAC Pro	<input type="checkbox"/> 1ère année CAP
<input type="checkbox"/> 1ère année BEP	<input type="checkbox"/> Classe préprofessionnelle	<input type="checkbox"/> Etudes supérieures
<input type="checkbox"/> CNED	<input type="checkbox"/> Centre Educatif Professionnel	<input type="checkbox"/> ITEP
<input type="checkbox"/> IMPro	<input type="checkbox"/> Maison Familiale Rurale	<input type="checkbox"/> CFA
<input type="checkbox"/> Autre		

Vos conditions de vie :

<input type="checkbox"/> Chez vos parents	<input type="checkbox"/> Dans un foyer
<input type="checkbox"/> Dans une famille d'accueil	<input type="checkbox"/> Autre

Si "Autre", précisez :

La date de remplissage du questionnaire : / /

Questionnaire de Fonctionnement Ordalique

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec cette affirmation. Dans chaque cas, donnez une seule réponse en cochant la case qui décrit le mieux votre pensée.

Votre accord aux affirmations suivantes :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Cela m'exciterait de faire de la moto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certains membres de ma famille, des amis proches, pratiquent un sport à risque ou sont de véritables casse-cous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je crois que la chance existe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve que faire des activités dangereuses permet d'impressionner les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aimerais tester (ou j'ai déjà testé) les sensations que procure le fameux saut à l'élastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une manière générale, la chance joue en ma faveur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime les sensations que procure la vitesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve que faire des activités dangereuses permet de relever des défis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans une fête foraine, je ne rate jamais l'occasion de monter dans un manège à sensations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une manière générale, je ne tiens pas compte de la superstition (passer sous une échelle, croiser un chat noir...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime prendre des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je crois à la réincarnation ou qu'il y a quelque chose après la mort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime jouer à des jeux d'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etre confronté(e) à des dangers, des épreuves ou des obstacles permet de tester ses limites, ses possibilités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens souvent en rivalité avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne prends de risques que lorsqu'ils sont calculés, maîtrisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense que le destin est tracé pour chacun d'entre nous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque j'ai trop bu (et/ou que j'ai fumé des joints), je ne prends pas le volant et je fais en sorte qu'on me raccompagne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre accord aux affirmations suivantes :				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je trouve insensées les personnes qui risquent leur peau en pratiquant des sports dangereux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'éprouve souvent le besoin de me démarquer, de me distinguer des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne volerais jamais quelque chose même si je sais ne pas pouvoir être pris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je joue aux jeux de hasard (machines à sous, black-jack, loto, dés...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les sensations fortes que procure l'alpinisme ne m'attirent absolument pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis très attaché(e) aux traditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une manière générale, on peut dire que je suis né(e) sous une bonne étoile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis prêt(e) à faire ce qui semble bon pour moi, sans regarder aux conséquences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela m'exciterait de faire de la plongée sous-marine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà tenté de forcer la chance, la défier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aimerais prendre (ou j'ai déjà pris) des drogues hallucinogènes (LSD, champignons...), pour voir les sensations qu'elles produisent sur moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une vie calme et paisible serait pour moi ennuyeuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'admire le courage des personnes qui risquent leur vie dans des activités dangereuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens souvent mis au défi par les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas de mal à adopter un comportement contraire aux usages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La chance m'a permis de pousser mes limites plus loin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve que le spiritisme (communication avec les esprits, avec l'au-delà, table tournante...) est une grande absurdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'est déjà arrivé de conduire sans permis ou du moins cela me tenterait bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela m'exciterait de faire du parapente ou du deltaplane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre accord aux affirmations suivantes :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je ne comprends pas les jeunes qui lors des soirées "rave" ou en discothèque, consomment toute sorte de drogues sans connaître l'origine, la composition et les effets de celles-ci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve beaucoup plus intéressant et excitant de faire du ski hors piste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve que prendre des risques permet de se sentir plus fort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai une grande confiance en la chance même si celle-ci ne se manifeste pas toujours au bon moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve excitant de participer à des activités illégales ou immorales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aurais très peur de surfer sur les vagues ou sur la neige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis plutôt une personne prudente qu'audacieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je porte souvent sur moi, dans les moments difficiles ou importants des objets porte-bonheur, des gri-gri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai tendance à ne pas respecter le code de la route (griller des feux, griller le stop, dépasser la limite de vitesse...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les situations dangereuses où l'on a l'impression de frôler la mort sont les plus excitantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne comprends pas les jeunes qui bravent l'autorité policière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les gens qui n'osent pas prendre de risque sont des peureux, des "froussards"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne crois ni à la chance, ni au destin car nous sommes plus ou moins responsables de ce qui nous arrive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aimerais tester (j'ai déjà testé) les effets des drogues "dures" (héroïne, cocaïne) sur moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis prêt(e) à prendre le risque d'avoir une relation sexuelle sans préservatif avec une personne inconnue que je trouve excitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'arrive d'avoir une conduite dangereuse au volant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALCES de Yeaworth

Merci de bien vouloir compléter, s'il y a lieu, les événements vécus. Pour chaque événement vécu, merci de préciser la date de ces événements et si ceux-ci ont été particulièrement stressants pour vous.

Le mariage d'un frère ou d'une soeur Oui Non

Depuis combien de temps? Oui Non
Dans le mois précédent
Dans l'année
Il y a plus d'un an
Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant? Oui Non

Un changement dans la composition de la famille (naissance, départ ou arrivée d'un adulte...) Oui Non

Depuis combien de temps? Oui Non
Dans le mois précédent
Dans l'année
Il y a plus d'un an
Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant? Oui Non

Le décès de votre père Oui Non

Depuis combien de temps? Oui Non
Dans le mois précédent
Dans l'année
Il y a plus d'un an
Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant? Oui Non

Le décès de votre mère Oui Non

Depuis combien de temps? Oui Non
Dans le mois précédent
Dans l'année
Il y a plus d'un an
Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant? Oui Non

Le décès d'un autre membre de la famille Oui Non

Depuis combien de temps? Oui Non
Dans le mois précédent
Dans l'année
Il y a plus d'un an
Cet événement a-t-il été pour vous particulièrement stressant? Oui Non

Une dispute avec vos parents			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui			Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Votre mère enceinte			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui			Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Un problème d'alcoolisme à la maison			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui			Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Un changement de mode de vie			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Merci de préciser lequel :		<input type="text"/>		
Depuis combien de temps?	Oui			Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Votre père sans emploi			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui			Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
L'arrivée dans un nouveau collège ou lycée			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui			Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non

Un problème de discipline en classe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui	Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il pour vous été particulièrement stressant?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un échec dans une ou plusieurs matières	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui	Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le redoublement d'une ou plusieurs classes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui	Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le renvoi du collège ou du lycée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui	Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'entrée en relation avec de nouveaux ami(e)s	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui	Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Un(e) ami(e) ayant des idées suicidaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui	Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Un(e) ami(e) ayant fait une tentative de suicide			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui			Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Un accident ou une maladie grave pour un(e) ami(e)			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui			Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Une arrestation par la police			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui			Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Des démêlés avec la justice			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui			Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
La rupture sentimentale avec votre ami(e)			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui			Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Le décès d'un(e) ami(e) chère(e)			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui			Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non

Une tentative de suicide		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui		Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une grossesse		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui		Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une interruption volontaire de grossesse		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui		Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des difficultés sexuelles		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui		Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une violence subie		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui		Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'usage de drogue ou d'alcool		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis combien de temps?	Oui		Non
Dans le mois précédent	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dans l'année	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

L'usage de médicaments Oui Non

Depuis combien de temps? Oui Non
Dans le mois précédent
Dans l'année
Il y a plus d'un an
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant? Oui Non

Une fugue Oui Non

Depuis combien de temps? Oui Non
Dans le mois précédent
Dans l'année
Il y a plus d'un an
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant? Oui Non

Un trouble du comportement alimentaire de type anorexique Oui Non

Depuis combien de temps? Oui Non
Dans le mois précédent
Dans l'année
Il y a plus d'un an
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant? Oui Non

Un trouble du comportement alimentaire de type boulimique Oui Non

Depuis combien de temps? Oui Non
Dans le mois précédent
Dans l'année
Il y a plus d'un an
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant? Oui Non

Un autre évènement survenu dans votre vie Oui Non

Merci de préciser lequel :

Depuis combien de temps? Oui Non
Dans le mois précédent
Dans l'année
Il y a plus d'un an
Cet évènement a-t-il été pour vous particulièrement stressant? Oui Non

Inventaire d'Anxiété Trait-Etat de Spielberger

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

Mes sentiments actuels	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je me sens calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis tendu(e), crispé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens surmené(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens tranquille, bien dans ma peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens content(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens effrayé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens à mon aise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que j'ai confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens nerveux(se), irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens indécis(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis décontracté(e), détendu(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis satisfait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis inquiet(e), soucieux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

State-Trait Anxiety Inventory - STAY FORME Y-B (Trait)

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GÉNÉRALEMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments HABITUELS.

Mes sentiments habituels	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens nerveux(se) et agité(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens content(e) de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai un sentiment d'échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens reposé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai tout mon sang-froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'inquiète à propos de choses sans importance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis heureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des pensées qui me perturbent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je manque de confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends facilement des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis satisfait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends les déceptions tellement à coeur que je les oublie difficilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis une personne posée, solide, stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire des Domaines d'Inquiétudes

Cochez la réponse afin d'indiquer à quel point vous vous inquiétez au sujet du contenu de chaque énoncé.

Je m'inquiète du fait...	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Que je manquerai d'argent	<input type="checkbox"/>				
Que je ne peux pas exprimer mes opinions ou être affirmatif(ve)	<input type="checkbox"/>				
Que mes perspectives d'emploi ne sont pas bonnes	<input type="checkbox"/>				
Que ma famille sera fâchée contre moi ou désapprouvera un de mes actes	<input type="checkbox"/>				
Que je ne réaliserai jamais mes ambitions	<input type="checkbox"/>				
Que j'aurai le Sida ou une autre maladie incurable	<input type="checkbox"/>				
Que je ne tiendrai pas à jour ma charge de travail	<input type="checkbox"/>				
Que des problèmes financiers limiteront mes vacances ou mes voyages	<input type="checkbox"/>				
Que je n'ai pas de concentration	<input type="checkbox"/>				
Que je ne suis pas capable de me payer les choses	<input type="checkbox"/>				
Que je vais mourir	<input type="checkbox"/>				
Que je me sens incertain(e) de moi	<input type="checkbox"/>				
Que je n'ai pas les moyens de payer les factures	<input type="checkbox"/>				
Que mes conditions de vie sont inadéquates	<input type="checkbox"/>				
Que la vie puisse n'avoir aucun sens	<input type="checkbox"/>				
Que je ne travaille pas assez fort	<input type="checkbox"/>				
Que je serai attaqué(e), agressé(e), ou violé(e)	<input type="checkbox"/>				
Que les autres ne m'approuveront pas	<input type="checkbox"/>				
Que je trouve difficile de maintenir une relation stable	<input type="checkbox"/>				
Que je laisse du travail inachevé	<input type="checkbox"/>				
Que je manque de confiance	<input type="checkbox"/>				
Que je ne suis pas attrayant(e)	<input type="checkbox"/>				
Que je pourrai paraître ridicule	<input type="checkbox"/>				
Que je perdrai des ami(e)s intimes	<input type="checkbox"/>				
Que je puisse tomber malade ou être obligé(e) d'aller à l'hôpital	<input type="checkbox"/>				
Que je n'ai pas réalisé grand-chose	<input type="checkbox"/>				
Que je vais vieillir	<input type="checkbox"/>				
Que je ne suis pas aimé(e)	<input type="checkbox"/>				
Que je serai en retard pour un rendez-vous	<input type="checkbox"/>				
Que je ferai des erreurs de travail	<input type="checkbox"/>				

CEC Questionnaire A

Choisissez une seule réponse parmi les 3 proposées et cochez la case correspondante.

Quand je vois une personne que je ne connais pas, seule, alors qu'il y a près d'elle un groupe qui s'amuse :

- ça me rend triste je préfère tourner la tête, je regarde plutôt le groupe
 j'essaye de sentir si cela lui convient ou non d'être seule

Les démonstrations d'affection en public :

- le plus souvent, ça m'agace j'aimerais moi aussi vivre des moments comme cela
 j'aime bien les gens qui expriment leurs sentiments

Annoncer des mauvaises nouvelles à quelqu'un :

- ça ne me pose aucun problème ça me serait pénible
 j'en serais totalement incapable, j'aurais trop de peine

Les gens qui pleurent de joie :

- je les trouve émouvants je les trouve ridicules
 j'ai envie de pleurer avec eux

Quand un ami a des problèmes graves :

- je l'écoute si ça lui fait du bien d'en parler je suis facilement submergé(e) d'émotions
 je l'évite pendant quelques temps

Lorsque je vois quelqu'un pleurer :

- ça me provoque un petit rire nerveux j'attends près de lui qu'il se calme
 ça me fait perdre tous mes moyens

Quand je lis un roman, les sentiments d'un personnage :

- je les ressens très fort, je pleure quand il pleure, je ris quand il rit j'imagine bien ce qu'il peut ressentir
 il est difficile pour moi de les éprouver profondément

Quand je vois des personnes en détresse qui n'ont pas d'aide :

- je suis ému(e) et j'aimerais pouvoir les aider je me dis qu'ils n'ont qu'à se prendre en main, il y a toujours une solution
 je ne peux pas m'empêcher de leur donner de l'argent

Si les autres autour de moi font les "fous" :

- je suis mal à l'aise, j'essaie de les calmer je ne peux pas m'empêcher d'être moi aussi très excité
 je suis capable de garder mon calme

Quand une personne que j'aime est malheureux(se) :

- ça me fait de la peine pour elle je ne peux pas le supporter, ça me rend trop malheureux
 je suis irrité(e) et je cherche la cause de son malheur

Quand quelqu'un rit très fort :

- ça n'a aucun effet sur moi j'éclate de rire avec lui
 c'est agréable pour moi de le voir heureux

Si les autres autour de moi sont déprimés :

- je ne peux pas me sentir bien, je déprime moi aussi leur souffrance me touche, mais ça ne me rend pas déprimé
 il m'est difficile de comprendre comment certaines choses peuvent autant affecter les gens



Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :	1	2	3	4	5
Analyser le problème avant de réagir	<input type="checkbox"/>				
Téléphoner à un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>				
Me mettre en colère	<input type="checkbox"/>				
Ajuster mes priorités	<input type="checkbox"/>				
Voir un film	<input type="checkbox"/>				
Prendre le contrôle de la situation	<input type="checkbox"/>				
Faire un effort supplémentaire pour que les "choses marchent"	<input type="checkbox"/>				
Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème	<input type="checkbox"/>				
Trouver un moyen pour ne plus y penser, pour éviter cette situation	<input type="checkbox"/>				
M'en prendre à d'autres personnes	<input type="checkbox"/>				
Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable	<input type="checkbox"/>				
Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation	<input type="checkbox"/>				
Regarder la télévision	<input type="checkbox"/>				

MDI-C

Voici des phrases sur des choses que l'on pense ou ressent. Lis chacune de ces phrases et décide si, habituellement, tu éprouves la même chose.

Si c'est vrai, coche la case "Vrai" qui se trouve à côté de la phrase. Si habituellement tu n'éprouves pas la même chose, coche la case "Faux" qui se trouve à côté de la phrase.

Tu peux cocher soit "Vrai" soit "Faux", mais tu ne peux pas cocher à la fois "Vrai" et "Faux".

Ne saute aucune phrase s'il te plaît.

Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

Lis attentivement chaque phrase, puis coche la case "Vrai" ou "Faux".

	Vrai	Faux
Dans la journée je rêve beaucoup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres enfants m'aiment bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis tendu(e) à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'attire des ennuis à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense beaucoup à la mort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime être avec des gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me fais punir sans raison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis malheureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand je suis en colère, je deviens méchant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La chance est contre moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me déteste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis en pleine forme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas rester en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai mal au ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends des choses sans demander avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas d'amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma famille m'écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je vais avoir un bel avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne m'amuse pas beaucoup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens très fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les enfants m'embêtent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'oublie beaucoup de choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis très inquiet(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En classe, je n'ose pas demander pour aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me tiens bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne veux pas vivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les enfants ne veulent pas jouer avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On ne fait pas beaucoup attention à moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis un(e) enfant heureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me dispute avec mes professeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai de la chance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'abandonne facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai envie de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes amis me fatiguent beaucoup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis attentif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Vrai	Faux
Je me fais du souci au sujet de la mort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des maux de tête qui font très mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'adore jouer avec des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les gens ne sont pas justes avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai le cafard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai mauvais caractère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mauvaises choses vont m'arriver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma famille s'intéresse à moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai un plan pour me suicider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens très malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais des rêves qui me font très peur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon esprit s'embrouille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'aime bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens moche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'amuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime jouer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me fatigue trop facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'arrive de m'enfuir de la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne ne s'inquiéterait si je mourais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'aime pas parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes amis écoutent mes problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes professeurs sont justes avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'est difficile de se sentir heureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis furieux(se) contre ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les choses vont mieux pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon avenir sera bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'école, je reste tout seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais des sottises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis vraiment maladroit(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'écoute bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai jamais assez dormi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime bien la tête que j'ai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me sens pas du tout en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me trouve très bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime détruire les choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'évite les ennuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime sortir avec des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne n'écoute quand je me plains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes amis ne sont jamais là quand j'ai besoin d'eux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'ennuie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai une vie heureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'attends à avoir plus de problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recueil d'informations personnelles

Merci de bien vouloir répondre par oui ou par non aux questions suivantes.

Avez-vous des piercings?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des tatouages?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que vous fumez du tabac?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, votre consommation est-elle :	<input type="checkbox"/> Occasionnelle	<input type="checkbox"/> Régulière
Est-ce que vous consommez du cannabis?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, votre consommation est-elle?	<input type="checkbox"/> Occasionnelle	<input type="checkbox"/> Régulière
Est-ce que vous consommez de l'alcool?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, votre consommation est-elle :	<input type="checkbox"/> Occasionnelle	<input type="checkbox"/> Régulière
Vous êtes-vous déjà scarifié(e)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà eu des idées suicidaires?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà tenté de vous suicider?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, combien de fois?	<input type="text"/>	
Estimez-vous avoir besoin d'une aide sur le plan psychologique?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous suivi par un psychiatre?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous suivi par un psychologue?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Estimez-vous que votre vie familiale est déséquilibrée?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Estimez-vous que vous dormez bien?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si vous ne dormez pas bien :	Oui	Non
Vous faites trop de cauchemars?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous réveillez-vous souvent dans la nuit ou trop tôt le matin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez beaucoup de difficultés à vous endormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez des suggestions ou des remarques, merci de nous en faire part :

Empty rectangular box for suggestions or remarks.

Merci de votre participation

Motif des antécédents de condamnation :

	Oui	Non
Homicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteintes aux mœurs, agression sexuelles intra-familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteintes aux mœurs, agressions sexuelles extra-familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coup et violence volontaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destructions, dégradations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vols, recels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Détention de stupéfiants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trafic de stupéfiants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infraction à personne dépositaire de l'autorité publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si autre, précisez

Antécédents de placement en CEF

Nombre de placements précédents à celui en cours :

Date d'entrée du premier placement :

 / /

Date de sortie du premier placement

 / /

Age au moment du premier placement :

Durée du premier placement en mois :

Date d'entrée du second placement :

 / /

Date de sortie du second placement :

 / /

Age au moment du second placement :

Durée du second placement en mois :

Eléments biographiques

Date de naissance :

/ /

Lieu de naissance :

Autorité parentale

	Oui	Non
La mère est-elle déchu de son autorité parentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le père est-il déchu de son autorité parentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rupture de contact avec les parents (placement, décès des parents...)

- Non Oui, le père
 Oui, la mère Oui, les deux parents

Précisez l'âge du jeune au moment de cette rupture :

Précisez le motif de la rupture :

Le jeune est-il d'origine étrangère?

- Oui Non

Si oui, précisez son origine :

Précisez également l'année d'arrivée en France :

Langue maternelle :

- Français Autre

Si "Autre", précisez :

Langue parlée au domicile :

- Français Autre

Si "Autre", précisez :

Antécédents d'exclusion scolaire depuis le lycée :

- Jamais 1 fois
 Plus d'1 fois

Antécédents psychiatriques personnels

Antécédents de prise en charge du jeune :

	Oui	Non
Consultations ponctuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi régulier :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traitements médicamenteux psychotropes :		
	Oui	Non
Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptique classique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipsychotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiépileptique/Anti-impulsif/Thymorégulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hospitalisation en secteur de soins psychiatriques :		
	Oui	Non
A la demande du tuteur légal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En hospitalisation d'office	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ordonnance de placement provisoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consommation personnelle

Consommation d'alcool :		
	Oui	Non
Consommation occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consommation de tabac :		
	Oui	Non
Consommation occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consommation de cannabis :		
	Oui	Non
Consommation occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consommation d'héroïne et de morphiniques		
	Oui	Non
Consommation occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consommation de cocaïne :		
	Oui	Non
Consommation occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre consommation		
	Oui	Non
Consommation occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si "Autre", précisez :

4. ACCORD DE LA RECTRICE DE LIMOGES : COURRIER AUX CHEFS D'ETABLISSEMENT DE LA HAUTE-VIENNE



Limoges, le 29 Février 2012



La Directrice académique
Des services de l'éducation nationale

à

Mesdames et Messieurs les chefs d'établissements

(liste des établissements concernés ci-jointe)

Service Médical

Isabelle Doladille
Médecin conseiller technique
Références
ID/MM/022
Téléphone
05 55 11 41 81
Télécopie
05 55 11 43 90
Mél
isabeile.doladille@ac-limoges.fr
Site Internet
<http://ia67.ac-limoges.fr/>

adresse postale
13 rue François Chénieux
CS 13123
87031 Limoges cedex 1

Inspection académique
13, rue François Chénieux
87 031 Limoges cédex

Objet : Enquête en milieu scolaire

Dans le cadre d'une étude régionale portée par l'association limousine de sauvegarde de l'enfant et de l'adolescent, le pôle universitaire de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges et le service de promotion de la santé en faveur des élèves du département de la Haute-Vienne, souhaitent faire une étude visant à améliorer les dispositifs d'aide aux mineurs placés en centre éducatif fermé, en cherchant à mieux comprendre le fonctionnement psychiatrique de l'adolescent.

A partir d'un questionnaire strictement anonyme (règles de confidentialité définies par la loi du 29/08/2004, complétée par le décret du 26/04/2006), l'analyse des réponses permettra d'affiner les connaissances sur les conduites adolescentes, la gestion de leurs émotions, leurs préoccupations, la place de certains événements de vie...

L'ensemble des informations recueillies sera soumis au secret médical et ne pourra être divulgué pour quelque raison de manière nominative ou singulière, hors du cadre du programme de recherche. Le consentement de la famille et de l'élève sont indispensables (document à signer).

Cette enquête doit porter sur un total d'environ 300 élèves de la classe de cinquième à la terminale. 17 établissements ont été tirés au sort (publics urbains ou ruraux).

Les médecins de l'éducation nationale viendront vous présenter l'enquête, ils sont chargés d'assister à la passation des questionnaires et de les transmettre au médecin conseiller technique.

Je sais pouvoir compter sur votre collaboration pour assurer le bon déroulement de cette action. Une présentation globale des résultats vous sera faite en fin d'année scolaire par Monsieur Aurélien VARNOUX, interne en psychiatrie, qui en fait son sujet de thèse de Doctorat de médecine.

Anne-Marie BAZZO

5. COURRIER ADRESSE AUX PARENTS D'ÉLÈVES



Limoges, décembre 2011

Objet : information au sujet d'un travail de recherche

Madame, Monsieur,

Votre enfant est scolarisé dans l'académie de Limoges. Nous lui proposons de participer à un travail de recherche pour lequel nous devons obtenir votre consentement.

Cette enquête répond aux règles d'anonymat et de confidentialité définies par la loi du 9 août 2004, complétée par le décret du 26 avril 2006.

L'intérêt de ce projet est collectif, il n'aura aucun impact sur la scolarité ou le parcours de votre enfant. Il est possible de refuser d'y participer.

Ce travail, inscrit dans le programme «SANTÉ MENTALE en CEF» porté depuis 2008 par l'**ALSEA** (*Association Limousine de Sauvegarde de l'Enfant et de l'Adulte*), associe en outre le *pôle hospitalo-universitaire de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges*, et le *service de promotion de la santé en faveur des élèves* de l'académie de Limoges.

Notre objectif est de préciser les évolutions psychologiques chez les adolescents placés en Centre Educatif Fermé. Pour ce faire, nous rencontrons et interrogeons régulièrement ces jeunes. Aussi nous souhaitons faire émerger les différences de fonctionnement psychologique existantes entre les adolescents dont la scolarité se déroule en milieu ordinaire et ces jeunes. C'est pourquoi nous sollicitons votre enfant pour qu'il participe à cette étude.

Le travail consiste pour lui/elle à répondre à des auto-questionnaires qui étudient la gestion émotionnelle, l'anxiété, la dépression, l'impulsivité, l'empathie... La passation de l'ensemble des tests dure environ une heure, et devrait débuter le 12 mars 2012.

Nous vous remercions par avance de votre contribution à cette étude, et voulons vous assurer que nous utiliserons les informations que vous nous confiez avec le plus grand respect. Si vous souhaitez obtenir les résultats de cette étude, vous pourrez vous adresser dès le mois de Mai 2012 au service de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges. Aucun résultat ne sera délivré à titre individuel.

Si vous ne souhaitez pas que votre enfant y participe, merci de bien vouloir en informer le chef d'établissement.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Dr I. DOLADILLE,
Médecin responsable du service de Promotion
de la Santé en faveur des élèves

Dr J-F ROCHE, Dr B. OLLIAC,
Pédopsychiatres responsables du projet
M. A. VARNoux,
Interne de psychiatrie

6. COURRIER D'INFORMATION POUR LES ELEVES



ALSEA

Limoges, décembre 2011

Lettre d'information

Mademoiselle, Monsieur,

Ce cahier est un outil de recueil d'informations que nous diffusons en milieu scolaire et en Centre Educatif Fermé. Il fait partie intégrante d'une étude régionale, portée par ***l'Association Limousine de Sauvegarde de l'Enfant et de l'Adulte, le pôle universitaire de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Esquirol*** de Limoges, et ***le service médical de promotion de la santé en faveur des élèves de l'académie de Limoges***. Cette étude vise à améliorer les dispositifs d'aide aux mineurs placés en Centre Educatif Fermé, en comprenant mieux le fonctionnement psychologique des adolescents.

Ce recueil de questionnaires nous permettra d'affiner nos connaissances concernant les conduites des adolescents, la gestion des émotions, leurs préoccupations, la place de certains événements de vie...

Plusieurs questions vous seront posées au cours de cette enquête et vous jugerez peut-être que beaucoup de réponses que vous aurez à apporter relèvent du domaine de l'intime. A ce propos, soyez rassurés : cette enquête répond aux règles de confidentialité et d'anonymat telles qu'elles sont définies par la loi du 9 Août 2004, complétée par le décret du 26 Avril 2006. En d'autres termes, l'ensemble des informations recueillies dans ce cahier sera soumis au secret médical, et ne pourra être divulgué, pour une quelconque raison, de manière nominative ou singulière, hors du cadre du programme de recherche. Enfin, à chaque étape de cette enquête, nous portons la plus grande attention sur les domaines relatifs au respect de votre vie privée.

Evidemment, l'exploitation des informations recueillies implique la plus grande objectivité de votre part lorsque vous répondrez aux questions. Nous vous demanderons donc d'apporter une attention particulière au remplissage de ce questionnaire afin que vos efforts ne soient pas vains.

Naturellement, votre propre consentement reste indispensable. C'est pourquoi vous trouverez ci-joint un document à signer. Nous avons auparavant informé vos parents (ou le détenteur de l'autorité parentale). Néanmoins, il vous est parfaitement possible de refuser de participer à l'étude, et ce sans justification.

Vous pourrez par la suite, si vous le désirez, être informé des résultats de cette étude, soit auprès du service médical de promotion de la santé en faveur des élèves, soit auprès du pôle universitaire de pédopsychiatrie.

Nous vous remercions par avance de votre contribution à cette étude, et voulons vous assurer que nous utiliserons le matériel que vous nous confiez avec le plus grand respect et, nous l'espérons, la plus grande efficacité.

7. SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion,
d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VARNOUX A. LES ADOLESCENTS DELINQUANTS PLACES EN CEF SONT-ILS EMOTIONNELLEMENT PATHOLOGIQUES ?

ETUDE D'UNE POPULATION DE MINEURS PLACES EN CENTRE EDUCATIF FERME

Thèse Med ; Limoges 2012, 230 pages

RESUME

La délinquance des adolescents inquiète particulièrement depuis une trentaine d'année, et alimente régulièrement les débats politiques et médiatiques. En 2002, la création des Centres Educatifs Fermés (CEF) devait répondre à ces constats sociétaux et judiciaires, tout en respectant le primat de l'éducatif sur le punitif... Les adolescents d'aujourd'hui évoluent dans une société fragilisée où les passages à l'acte délinquants sont probablement symptomatiques.

Ce travail sur des questions de psychopathologie du mineur délinquant porte sur certaines dimensions du fonctionnement psychique d'adolescents placés en CEF : dans quelle mesure sont-ils moins empathiques, fragilisés dans leurs capacités de régulation émotionnelle et de socialisation par rapport à des mineurs en scolarité ordinaire ? Les premiers résultats de cette étude viennent confirmer l'analyse clinique en montrant qu'une stratégie de *coupure par rapport aux émotions* est utilisée préférentiellement par les mineurs délinquants. Aussi, les CEF pourraient justement palier à ce profil psychopathologique singulier en offrant un cadre suffisamment contenant pour que se mettent en place des processus mutatifs intrapsychiques en vue d'une resocialisation et d'une réduction significative d'une certaine forme d'« *émotionnalité pathologique* ».

ABSTRACT

Teenagers' delinquency has become a concern for thirty-some years and regularly feeds political and media-related debates. In 2002, the creation of Centres Éducatifs Fermés (CEF) was supposed to respond to societal and judicial statements, while confirming the primacy of educational over punitive. Today's teenagers evolve in a weakened society, where acting-outs are probably symptomatic.

This research concerning issues of the psychopathology of delinquent minors lies on some aspects of the psychological mechanism of teenagers placed in CEF : to what extent are they less empathetic, weakened in their capacities of emotional regulation and socialization, in comparison to minors with an ordinary schooling ? The first results of the study confirm the clinical analysis, demonstrating that the « *cut from emotions* » strategy is preferably used by delinquent minors. Consequently, CEFs could properly respond to this specific psychopathological profile, by providing a sufficiently containing framework in order that intrapsychological mutative processes would be integrate, leading to a resocialization and a significant decrease of a certain form of "*pathological emotionality*".

Mots-clés

Centre Educatif Fermé - délinquance juvénile – empathie – adolescents – coping - régulation émotionnelle - Justice des mineurs

Université de Limoges

Faculté de médecine

2 rue du Dr Marcland

87025 LIMOGES cédex