



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le psychiatre à la Protection judiciaire de la jeunesse :
au travers de ses missions, de l'histoire d'une institution et de la
présentation de situations cliniques**

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin à 14h
au Pôle Recherche
par Louise BOUTAN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseurs :

Madame le Docteur Laurane LEPEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Paul DURAND

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

INTRODUCTION	6
La Protection judiciaire de la Jeunesse	8
I. La justice pénale des mineurs.....	9
II. Histoire de la justice des mineurs	12
III. La Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ)	13
1. Missions de la Protection judiciaire de la Jeunesse.....	13
2. Organisation actuelle de la Direction de la Protection judiciaire de la Jeunesse.....	14
3. Les professionnels de la Protection judiciaire de la Jeunesse	16
4. Le Service Territorial Educatif en Milieu Ouvert de la PJJ de Dunkerque	18
5. Mais enfin, qui sont ces jeunes à la PJJ ? Quelques données sur le plan national	20
Approche historique	31
I. Histoire « carcérale » de la psychiatrie.....	32
II. Approche historique de la justice des mineurs et construction du « modèle thérapeutique »	38
1. Evolution de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie de l'adolescence.....	41
2. Participation de la psychanalyse dans la réflexion sur l'enfance délinquante	44
Les missions du psychiatre à la PJJ de Dunkerque.....	47
I. Focus sur la Santé des jeunes de la PJJ, sous l'angle de la santé mentale	48
II. Observation des missions du psychiatre à travers le cas particulier de l'exercice du	
psychiatre de celui du STEMMO de la PJJ de Dunkerque	53
1. Participation au MJIE.....	53
2. Participation aux réunions dédiées aux situations d'analyse de « cas complexes » : approche de transdisciplinarité.....	62
3. Consultation psychiatrique.....	68
4. Certificat médical des dossiers MDPH	71
5. Les liens entre professionnels.....	78

6. Autres missions	79
III. Conclusion du chapitre.....	80
Discussion	89
I. Méthode de travail.....	89
1. Une thèse qui montre sans démontrer.....	89
2. Accès aux informations.....	89
II. Confrontation à la culture judiciaire.....	96
III. Question de la légitimité ?.....	96
1. Psychiatre ou psychologue à la MJIE, entre criminologie et psychiatrie.	104
2. Risque de psychiatrisation de la délinquance.	105
IV. Une population de jeunes fragiles qui échappent aux soins. Place de la sollicitude dans les soins psychiatriques.	108
1. Quelle place pour l'aller vers ?.....	108
2. Veille sanitaire en addictologie et apport de la RDR.	109
3. Le Dépistage des troubles psychiatriques.	110
V. La prise en charge des jeunes délinquants.....	117
1. Quel positionnement quant à l'objectif de prévenir la récidive.....	118
2. Le passage à l'acte et la violence dans la nomenclature médicale : la question de l'interdisciplinarité	119
3. Les troubles des conduites : un questionnement des nosographies.	128
VI. Psychiatre ou pédopsychiatre ?	137
La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.	137
VII. Apport de la pratique pour le psychiatre.	137
CONCLUSION	139
BIBLIOGRAPHIE.....	141
Liste des abréviations.....	151

Table des matières des cas cliniques

Lily : illustration de l'enfance en danger alors que le suivi devient pénal.....	29
David : évaluer la dynamique familiale et définir le volet santé de la Mesure éducative judiciaire	56
Multiplés traumatismes et mises en dangers, le cas de Sylvia	65
Barrie , entre souffrance et handicap : identifier un handicap et construire un plan de compensation adapté.	74
Wendy : psychose judiciaire de la jeunesse	82
Jean , un adolescent en errance.....	92
Pierrot	97
Arthur	106
Des suivis complexes et de longue durée : le cas de Georges	111
Jules	121
Mickaël , délinquances et déficiences multiples.....	130

INTRODUCTION

Tous les enfants, sauf un, grandissent. Ils savent qu'ils vont grandir sans tarder, et voici comment Wendy l'apprit. Un jour, alors qu'elle avait deux ans et qu'elle jouait dans le jardin, elle cueillit une fleur, puis une autre, et courut l'offrir à sa mère. Je suppose qu'elle devait être ravissante, car Mme Darling porta sa main à son cœur en criant : « Oh pourquoi ne peux-tu pas rester pour toujours comme tu es ! » Ce fut la seule fois qu'elles évoquèrent ce sujet entre elles, mais Wendy savait désormais qu'elle devait grandir. On le sait toujours passé deux ans. Deux est le commencement de la fin.

Peter Pan, J. M. Barrie, 1911

Un mineur qui commet une infraction peut être poursuivi et confronté à une juridiction spécialisée, classiquement représentée par le juge des enfants. La justice des mineurs se fonde sur la vulnérabilité spécifique à l'enfant : à la fois en cours de développement et pas encore en capacité d'assurer sa propre protection. Il doit donc, avant tout, être protégé et éduqué. Ce sont les principales missions de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Elle accompagne les jeunes en conflit avec la loi tout au long de leurs procédures judiciaires, en amont du jugement et au cours de l'application des sanctions décidées par le magistrat. La justice pénale des mineurs s'est construite sur le primat de l'éducatif sur le répressif. Les professionnels de la PJJ, éducateurs, assistante sociale, psychologues, y dédient leur travail. Au Service territorial de milieu ouvert (STEMO) de Dunkerque, un psychiatre vacataire complète l'équipe. Bien qu'une tradition de collaboration existe entre pratique judiciaire et psychiatrique, la présence d'un psychiatre au sein d'un service ouvert de la PJJ n'est pas systématique et semble être plus l'exception que la règle. Dans le livret d'accueil remis à chaque jeune qui rencontre pour la première fois le service de milieu ouvert de la PJJ de Dunkerque, est exposée une présentation générale du dispositif et des différents intervenants. À propos du médecin psychiatre : « j'effectue un bilan psychiatrique, en général dans le cadre des mesures d'investigation. De ma place de médecin, je contribue à la réflexion qui définit l'accompagnement du jeune et de sa famille ». Ce pourrait être le préambule de cette thèse.

À l'occasion d'un stage en secteur de psychiatrie générale, nous avons eu l'occasion d'assister à plusieurs reprises à différentes interventions du psychiatre dans le service de la PJJ. Au départ, il s'agissait de suivre la mesure d'investigation d'un jeune homme de 16 ans, qui avait alors été incarcéré à l'établissement pénitentiaire pour mineur de Quiévrechain, en mandat de dépôt pour meurtre. Nous l'appellerons Pierrot dans l'écriture de cas. La mesure d'investigation est une étude de la personnalité et de l'environnement d'un prévenu (ou d'un accusé, en cas de crime) qui doit permettre au juge de bien saisir la situation du jeune dans toute sa complexité, pour prendre ses

décisions le concernant. Assez rapidement au cours des entretiens avec Pierrot, s'est avéré que les compétences psychiatriques n'apporteraient pas de plus-value à l'investigation, habituellement menée par éducateur, assistante sociale et psychologue. Cette première expérience nous a renforcé dans nos questionnements au sujet de la place du psychiatre dans une institution dépendant du ministère de la justice. Pour quelle raison un psychiatre est amené à rencontrer un jeune soupçonné d'avoir commis un meurtre, en dehors du cadre d'une expertise médico-légale ? Notre intérêt personnel récurrent pour les milieux mêlant soins et judiciaire est plus porté par des considérations épistémologiques que criminologiques. Dans la pratique usuelle de la psychiatrie, nous sommes habitués à travailler avec des outils soumis à un cadre légal strict, en relation avec le juge des libertés et de la détention, lorsqu'un patient est hospitalisé sans son consentement ou lorsqu'une mesure d'isolement, voire de contention est prescrite. Par l'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral, nous pouvons nous familiariser au terrain, particulier, de la délinquance. Les soins, indépendants des enjeux judiciaires, sont souvent contraints par le cadre pénitentiaire. Les services médicaux sont d'ailleurs locataires de la prison. Par quel biais le soin s'invite-t-il dans la sphère pénale ? Comment justifier de la présence de la psychiatrie dans un dispositif judiciaire et quelles peuvent-être leurs attentes mutuelles ? A la PJJ de Dunkerque, le psychiatre fait partie de l'équipe, il est un collègue et un collaborateur.

Le travail du psychiatre à la PJJ n'étant pas décrit dans la littérature scientifique, nous nous sommes appuyés sur une série de cas pour illustrer ses missions et une revue narrative de la littérature. Les cas cliniques ont été anonymisés, leurs prénoms modifiés ainsi que certains lieux et dates.

La première partie de ce travail présente la Protection Judiciaire de la Jeunesse, les aspects institutionnel, historique et épidémiologique. La deuxième partie propose une approche historique et philosophique de l'évolution de la justice et de la psychiatrie, en s'intéressant aux concepts de responsabilité et d'enfermement puis le parallèle appliqué à la justice des mineurs et à la pédopsychiatrie. La troisième partie décrit les missions du psychiatre au sein du STEMMO de la PJJ de Dunkerque. Puis une quatrième partie comportera une première analyse fondée sur plusieurs situations positionnées sur le STEMMO, suivie d'une discussion méthodologique pour aborder des réflexions plus générales. Enfin nous tenterons de conclure. De plus des cas cliniques illustrent le propos et sont répartis entre les chapitres. Ils sont aussi les portraits des jeunes et des professionnels impliqués dans leur prise en charge.

La Protection judiciaire de la Jeunesse

« Être vulnérable et en devenir, ne pouvant devenir autonome qu'après avoir bénéficié au cours de son enfance de protection et d'éducation, l'enfant ne saurait bénéficier de la totalité de ses droits d'homme sans porter atteinte à son propre intérêt, il ne peut être tenu totalement pour responsable de ses actes. »

Juger et éduquer les mineurs délinquants, Dominique Youf

Les mineurs. La jeunesse. L'enfance. L'adolescence.

« La vérité sort de la bouche des enfants ». Parfois, les enfants transgressent la loi, universelle et interrogent l'institution judiciaire sur sa propre légitimité. Comment un état qui existe pour protéger les individus qui le constituent pourrait s'en prendre à ses propres enfants ? Si la question de la responsabilité collective ne se pose pas, au moins celle de la responsabilité parentale, la question de la responsabilité individuelle à l'échelle de l'enfant est une question qui continue à animer le débat social. Pourtant la spécificité de la justice des mineurs est une considération récente dans le domaine du droit. Depuis 1912, le mineur devient responsable sur le plan pénal à l'âge de 13 ans et depuis 1906, la majorité pénale est fixée à 18 ans accomplis, âge où « on est capable de tous les actes de la vie civile¹ ».

La Protection Judiciaire de la Jeunesse concerne les mineurs en conflit avec la loi et les mineurs en danger. Elle tient ses fondements et sa légitimité dans la Déclaration des droits des enfants, proclamée en 1959. Sa mission première est la protection des mineurs, en matière pénale, elle est le bras droit du juge des enfants. Celui-ci a la particularité d'être à la fois celui qui condamne et celui protège. Cette particularité émane directement de la spécificité même, de la justice des mineurs. Elle distingue, respectivement, la justice pénale concernant les mineurs en conflit avec la loi de la justice civile, concernant les mineurs en danger. Le Code de la Justice Pénale des mineurs (CJPM), entré en vigueur le 30 septembre 2021, constitue le nouveau cadre de référence du versant pénal de la Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Il remplace un texte fondateur de la justice des mineurs : l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. Celle-ci n'est plus en vigueur aujourd'hui, mais a posé les fondements de la justice pénale des mineurs. Le CJPM en

¹ Article 488 loi n°74-631 du 5/07/74 modifiée de la loi n°68-5 du 4/01/68

reprend les grands principes : le primat de l'éducatif sur le répressif, l'atténuation de la responsabilité pénale des mineurs et la spécialisation des juridictions.

Le chapitre présentera le fonctionnement de la justice pénale des mineurs, puis proposera dans un second temps une brève approche historique de la justice des mineurs et dans une troisième partie, l'organisation de la DPJJ et du service territorial éducatif en milieu ouvert de Dunkerque. Enfin, une quatrième partie décrira la population des jeunes pris en charge à la PJJ. L'écart entre ce que recouvrent les termes d'*enfance* et de *jeunesse* ne seront pas abordés, ni les évolutions sociétales qu'ils dénotent, mais il serait certainement éclairant dans un développement ultérieur de la recherche de les y intégrer.

I. La justice pénale des mineurs

La justice des mineurs assure deux grandes missions : la prise en charge des mineurs en danger dans le cadre de la justice civile et le suivi des mineurs en conflit avec la loi dans le cadre de la justice pénale. Nous allons limiter dans cette thèse notre propos à la justice pénale que nous décrirons dans ce chapitre.

Lorsqu'un mineur commet une infraction, il entre en conflit avec la loi et, à partir de 13 ans, est susceptible d'engager sa responsabilité pénale.

Une exigence issue de la Convention internationale des droits de l'enfant oblige les états qui l'ont adoptée à définir un seuil d'irresponsabilité pénale. En France, la réforme du CJPM propose un compromis (Daadouch et al., 2021) : les mineurs de moins de 13 ans bénéficient d'une « présomption de non-discernement » qui permet de les déclarer irresponsables de leurs actes, sauf si le juge à la preuve de la compréhension et de l'intention de l'acte et que le mineur est en mesure de comprendre la procédure pénale. Avant 10 ans, il n'y a pas de prise en charge possible au pénal.

S'il est soupçonné d'avoir commis une infraction grave, il peut être interpellé par la police ou la gendarmerie et placé en garde en vue ou en retenue judiciaire (pour les mineurs de 10 à 13 ans). A l'issue de la garde à vue, soit le procureur estime que les faits ne sont pas poursuivables et classe l'affaire, soit il poursuit le mineur suspecté.

En France, un peu plus de 10% des affaires pénales concernent des mineurs (11,9% en 2019). Cette proportion est stable depuis plusieurs décennies. On observe, en revanche, une majoration des réponses pénales, c'est-à-dire moins d'affaires classées sans suite pour les mineurs que le procureur

a décidé de poursuivre (90% réponses pénales en 2022 pour 60% en 1994). Pour plus de la moitié des jeunes poursuivis, le procureur oriente vers une **alternative aux poursuites** ou un **rappel à la loi simple** (Piot et al., 2023). Pour les autres, il y a intervention du magistrat. Selon le type et la gravité de l'infraction, il va être convoqué devant la juridiction pour mineur concernée.

Depuis son instauration en 2021, le Code de la Justice Pénale des mineurs a simplifié les procédures en garantissant des délais de prises en charge prédéterminés. Le juge des enfants statue en deux temps. Sur la culpabilité lors de l'**audience de culpabilité** (dans un délai de trois mois). Puis sur la sanction lors de l'**audience de sanction** (délai de 6-9 mois). Il existe deux types de sanctions : les **mesures éducatives** et les **peines** (Travaux d'intérêt général, emprisonnement). Dans l'esprit de la loi, les peines sont des mesures de derniers recours qui ne sont prononcées que si les mesures éducatives seules ne peuvent suffire. Entre 10 et 13 ans, seules des mesures éducatives peuvent être prononcées.

Le CJPM a introduit une nouvelle procédure de **mise à l'épreuve éducative** qui peut être mise en œuvre lors du jugement de culpabilité. La période de mise à l'épreuve éducative peut durer de 6 à 9 mois maximum. Le juge a le choix entre une palette de mesures qu'il peut ordonner, auxquelles le mineur sera soumis pendant la période. Ces mesures peuvent être soit des **mesures d'investigation** sur sa personnalité, soit une **mesure éducative judiciaire provisoire** (MEJP), soit des **mesures de sûreté**. Les mesures pouvant se combiner. A l'issue de cette période de mise à l'épreuve éducative a lieu le jugement de sanction.

Les mesures d'investigation sur sa personnalité sont de deux sortes : le **recueil de renseignement socio-éducatif** (RRSE), mesure d'investigation courte et la **mesure judiciaire d'investigation éducative** (MJIE), évaluation sur 6 mois de la personnalité et de l'environnement du jeune. Ces mesures d'investigation sont des aides à la décision judiciaire.

Par ailleurs, pour des mineurs déjà connus ou pour des faits de faible gravité qui ne nécessitent pas d'investigation, ni d'accompagnement éducatif, les juridictions peuvent juger culpabilité et sanction en même temps.

Les **mesures éducatives** comportent quatre modules : insertion, réparation, santé, placement. Le module d'insertion peut correspondre à un accueil de jour, un placement en internat scolaire ou dans un établissement d'enseignement ou de formation. Le module de réparation comprend les

activités de réparation directes (à l'égard de la victime) ou indirecte (dans l'intérêt de la collectivité). Il peut également consister en une médiation entre le jeune et la victime. Le module de santé peut être une orientation vers des soins, ou un placement dans un établissement de santé ou médico-social. Il ne peut, cependant, pas être un placement en psychiatrie. Le module de placement correspond au placement chez un membre de la famille, chez un proche digne de confiance ou dans un établissement habilité. Le juge peut composer avec ces quatre modules pour que la mesure soit la plus adaptée possible aux besoins du jeune. Peuvent s'ajouter à ces modules, des interdictions (de se rendre sur un lieu, de contact avec une personne) et des obligations (comme réaliser un stage de formation civique).

Une attention et importance particulière est donnée à ne pas stigmatiser et enfermer l'enfant dans un parcours délictuel. Les actes commis lorsqu'il est enfant ne doivent pas déterminer quel adulte il sera plus tard. En justice pénale des mineurs, la confidentialité est de prime. Les tribunaux pour enfants ne sont pas publics comme dans la juridiction pour majeurs. Les décisions rendues à l'égard d'un mineur sont inscrites seulement au bulletin 1 de son casier, qui sert à renseigner la justice et l'administration pénitentiaire (les bulletins 2 et 3 servent notamment à informer l'employeur). Son contenu est soit automatiquement effacé, soit peut l'être à la demande du condamné ou du procureur, au bout de trois ans. Pour éviter de stigmatiser, et freiner son insertion socio-professionnelle.

La spécialisation de la justice des mineurs, garantie par la Convention Internationale des Droits de l'Enfant du 20 novembre 1989, doit s'adapter à la spécificité de l'enfant. Ceci implique, la prise en considération de ses droits spécifiques. Il existe un double enjeu, caractéristique de la justice pénale des mineurs, sécuritaire à l'échelle du groupe (prévenir la récurrence) et d'accompagnement individuel (protéger, insérer, éduquer). En effet, l'histoire de la justice des mineurs se fonde sur le postulat d'une responsabilité collective les concernant. Comme suggérée dans le préambule de l'ordonnance de 45 : « la France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut en faire des êtres sains ».

II. Histoire de la justice des mineurs

Pour ne pas refaire toute la genèse des relations entre justice et jeunesse, donnons-nous un point de départ au XVIII^e siècle. Avec la Révolution et la fin de la longue période monarchique, on a un régime de peines différent selon l'âge des justiciables (premier *code pénal* français, 1791). Sous le Premier Empire, les peines sont divisées par deux pour les mineurs et la notion de « discernement » est introduite (code pénal de 1810). Les premiers tribunaux pour enfant sont créés en 1912 (Armand Fallières, 3^{ème} République). L'ordonnance du 2 février 1945 consacre la priorité de l'éducation sur la sanction (François de Menthon, ministre de la Justice du gouvernement provisoire de la République française dirigé par le général de Gaulle). Dans cette perspective, la reformulation de l'éducation surveillée et de ses missions tend à la soustraire à la tutelle pénitentiaire. Ce qui correspondait aux perspectives de décloisonnement social répondant à l'esprit de la Résistance. Un modèle protectionniste ou thérapeutique est mis en place (Youf, 2009). Le 23 décembre 1958, une ordonnance confie la protection de l'enfant à un juge des enfants, qui peut prononcer une mesure d'assistance éducative (4^e République, président René Cotty). Jean Chazal, le principal rédacteur de l'ordonnance de 1945, est l'un des premiers à remplir ce rôle. Il est à relever qu'au cours des années soixante et soixante-dix une métaphore médicale est à l'honneur, qui fait du délit le symptôme d'une morbidité sociale qu'il s'agirait de prendre à la racine. L'expression dénotant un certain déplacement de la notion de responsabilité de l'individu au groupe. Dans un tel cas, il est du devoir des institutions, entendues comme expressions du groupe social, de prendre en charge par l'assistance et l'éducation la « maladie » dont la délinquance serait un symptôme parmi d'autres.

En 1990, l'*éducation surveillée* devient *protection judiciaire de la jeunesse*. La volonté du législateur étant de garantir la reconnaissance de la situation particulière de la jeunesse à l'égard de la responsabilité pénale et celle des exigences sociales d'ordre. Dans un tel cadre, il s'agit aussi bien de garantir la société contre le jeune délinquant que celui-ci contre les agressions sociales dont il aurait été (*est*) victime. Il est fondamental à cet égard de disposer d'une structure institutionnelle dédiée. Toutefois, les années 90 sont marquées par un durcissement pénal en lien avec un climat d'insécurité que reflète le débat public et médiatique. A la fin de cette décennie, l'activité de la PJJ est recentrée sur les mineurs délinquants, laissant aux départements la charge de l'enfance en danger. Par la suite, les lois de protection de l'enfance de 2007 et 2016 ont, d'une façon large, tendu à renforcer la prévention des risques encourus par les enfants et les adolescents. Ces textes ont contribué à renforcer le partage des charges entre les justices civile (protection de l'enfant) et pénale (sanction de l'infraction). L'Aide sociale à l'enfance (ASE) relevant de la première et la PJJ de la seconde. L'organisation de la PJJ est remaniée de façon importante dans les années 2000, passant « d'un

système artisanal et peu formel où les décisions étaient prises sur le lieu de l'action, à un espace institutionnel où les décisions de gestion et de l'activité sont devenues distinctes, avec la sphère des décisions stratégiques et celle de la production des activités » (Brzegowy, 2010). Le système de gestion et d'administration a en effet connu d'importants remaniements qui ont pu contraster avec la tradition d'organisation de terrain de la PJJ qui « a toujours laissé une large place aux initiatives locales des éducateurs » (Brzegowy, 2010). Finalement, un courant *normatif* trouve en 2021 une expression institutionnelle avec l'entrée en vigueur du code de Justice pénale des Mineurs (CJPM). Car le développement de la délinquance avait conduit à interroger un modèle éducatif thérapeutique qui semblait marquer ses limites. Le *curseur responsabilité* se déplaçait à nouveau du côté de l'individu. Le modèle-sanction est revalorisé, dont les centres éducatifs fermés (CEF ; lieux de résidence *alternatifs à l'incarcération* à visée éducative), créés en 2002 (loi Perben, 9 septembre 2002) sont une mise en œuvre. Néanmoins, on ne peut sans abus opposer le normatif au thérapeutique ; le CJPM revendiquant aussi bien, malgré de nombreuses critiques, « l'intérêt supérieur de l'enfant ».

III. La Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ)

La DPJJ est une direction du ministère de la justice chargée « de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et de la concertation des institutions à ce titre² ». Elle fait partie des cinq directions du ministère de la justice : services judiciaires ; affaires civiles et du sceau ; affaires criminelles et grâces ; administration pénitentiaire ; protection judiciaire de la jeunesse.

Elle est chargée de l'organisation de la justice des mineurs, en lien avec les autres directions du ministère et a pour objectif l'insertion et l'éducation des mineurs en conflit avec la loi mais également la protection des mineurs en danger.

1. Missions de la Protection judiciaire de la Jeunesse

La PJJ participe à tous les stades de la décision judiciaire. De **l'élaboration des textes de loi** concernant la justice des mineurs à **l'action éducative** sur mandat judiciaire en passant par **l'aide à la décision judiciaire**. Elle a également le rôle d'animation et de contrôle de la politique publique

² Décret de 2008 relatif à l'organisation du ministère de la justice modifié en 2017

de la protection de l'enfance et la coordination du dispositif national de mise à l'abri des mineurs non accompagnés (mission mineurs non accompagnés) ou encore l'audit des établissements et services des secteurs publics et associatifs qui mettent en œuvre les décisions des magistrats, pour leur en garantir la qualité.

Sur ordonnance du juge ou dans le cadre d'un suivi judiciaire, la PJJ propose son expertise éducative au juge des enfants puis va contribuer à mettre en œuvre ses décisions. Le juge recourt à cette expertise, notamment au cours des mesures d'investigation. Lesquelles permettent d'évaluer la personnalité du mineur et le contexte environnemental dans lequel celui-ci évolue. Ces mesures peuvent concerner autant les mineurs sous main de justice que les mineurs en danger. Mais en pratique, les mesures d'investigation au civil ne sont qu'exceptionnellement confiées à la PJJ.

De plus, la PJJ est chargée du suivi et de la prise en charge des mineurs qui lui sont confiés, dans ses établissements de service public, comme dans ceux du secteur associatif habilité dont elle contrôle le fonctionnement. Sur le territoire français, cela représente 228 structures du secteur public et 965 structures du secteur associatif habilité. Elle est également chargée du suivi éducatif des mineurs incarcérés (en quartier mineurs des centres pénitentiaires ou en établissement spécialisés pour mineurs, EPM).

Enfin, la DPJJ coordonne plusieurs mesures du plan de lutte contre la violence faite aux enfants. Elle participe aux instances de gouvernance avec une volonté de maillage du terrain afin d'être un lieu-ressource pour la population générale.

Sept manifestations nationales annuelles ont été créées, qui réunissent des centaines de jeunes avec leurs éducateurs pour promouvoir les valeurs de citoyenneté, solidarité, respect de soi et de l'autre. Elles sont portées par des actions sportives ou culturelle qui permettent de valoriser les compétences et le savoir-faire de jeunes au parcours souvent difficile.

2. Organisation actuelle de la Direction de la Protection judiciaire de la Jeunesse

La DPJJ a une organisation pyramidale : une administration centrale, au sein du ministère de la justice, place Vendôme à Paris ; neuf directions interrégionales ; cinquante-cinq directions territoriales et de nombreux services et établissements chargés d'appliquer les mesures ordonnées

par les magistrats. Le directeur inter-régional a autorité hiérarchique sur les directeurs territoriaux qui ont autorités sur les directeurs des services sur le terrain.

La DPJJ se structure en trois sous-directions : direction des missions de la PJJ et de l'éducation ; direction du pilotage et d'optimisation des moyens ; direction des ressources humaines et des relations sociales. Elle est en outre dotée d'une inspection des services de la PJJ. Et de la cellule nationale des « mineurs isolés étrangers » qui veille, depuis 2013, à ce que la répartition de ces jeunes se fasse de manière équilibrée sur le territoire français.

Les directions interrégionales découpent le territoire de façon inégale en neuf parties : Ile de France et Outre-mer, Grand Nord, Grand-Est, Grand Centre, Centre Est, Sud, Sud-Est, Sud-Ouest, et Grand-Ouest. Elles sont superposables au découpage administratif du système pénitentiaire.

Ces instances de direction ont la charge, selon leur dépendance hiérarchique et leur rayon d'action : de faire appliquer les missions de la PJJ ; de participer à la coordination des acteurs de la justice civile et pénale ; d'organiser la mise en relation avec les autorités judiciaires et administratives ; du contrôle et suivi des établissements de terrain ; des questions administratives, de budget, ressources humaines et audit...



Carte de France de l'organisation territoriale de la DPJJ, extraite de la plaquette PJJ

Concernant, les acteurs de terrain. La DPJJ dispose de deux réseaux : public et associatif habilité.

Le secteur public est constitué de plus de 200 établissements et services qui dépendent du ministère de la justice. Les services territoriaux éducatifs en milieu ouvert (STEMO), composés d'unités éducatives en milieu ouvert (UEMO) et selon les territoires, d'unité éducative auprès du tribunal (UEAT) ou de permanence éducative auprès du tribunal (PEAT). Les établissements de placement éducatif (EPE), composés selon les territoires, d'une unité éducative d'hébergement collectif (UEHC) ; d'une unité éducative d'hébergement diversifié (UEHD) ; d'une unité éducative centre éducatif renforcé (UECER) ; d'une unité éducative d'activités de jour (UEAJ) qui organise des activités d'insertion. Et les centres éducatifs fermés (CEF). Les services éducatifs en établissements pénitentiaires pour mineurs (SEEPM) prennent en charge le suivi éducatif des jeunes incarcérés. Il n'y a pas de SEEPM dans les quartiers pour mineurs où se déplacent les professionnels du milieu ouvert.

Le secteur associatif habilité (SAH) regroupe près de 1000 établissements et services contrôlés et autorisés par l'Etat. Ce sont des établissements et services sociaux, médicaux sociaux et des lieux de vie et d'accueil. Les établissements qui concernent la PJJ sont principalement ceux de placement (foyers, familles d'accueil, lieux de vie, CEF, CER), et dans une moindre mesure, les services exerçant des mesures d'alternatives aux poursuites.

Les UEMO sont le socle de la prise en charge. Elles regroupent les professionnels qui vont aider à la prise de décision de l'autorité judiciaire, participer à la mise en œuvre des mesures d'investigation, des mesures éducatives, des sanctions éducatives et des mesures de sûreté. C'est à leur niveau que l'accompagnement des jeunes dans leur parcours judiciaire, est vraiment effectif.

Tous les jeunes concernés par la PJJ sont suivis en milieu ouvert. Ce travail de thèse a été réalisé au sein du STEMO de Dunkerque et restera axé sur le milieu ouvert de la PJJ.

3. Les professionnels de la Protection judiciaire de la Jeunesse

Les services de la PJJ sont pluridisciplinaires et regroupent des équipes aux profils variés, en termes de métier et de personnalité. Quatre professions y sont majoritairement représentées : les éducateurs, les psychologues, assistantes de service social, professeurs techniques. Ces professionnels de terrain sont encadrés et assistés par des directeurs de service, des responsables

d'unité, des secrétaires et également des infirmiers. Un psychiatre vacataire assure parfois des permanences hebdomadaires, notamment sur les hébergements CEF à spécialisation médicale, et beaucoup plus rarement dans des services de milieu ouvert.

Les professionnels de la protection judiciaire interviennent tout au long de la procédure judiciaire, sur sollicitation du juge des enfants, du parquet ou du juge d'instruction. Ils assurent l'accompagnement des mineurs, en lien avec leur famille et dans le respect des mesures et sanctions ordonnées par le juge. Ils vont également suivre l'évolution de ces jeunes et travailler à l'élaboration de projets éducatifs individualisés. Ce faisant, ils sont appelés à se préoccuper de l'insertion scolaire, sociale ou professionnelle, ainsi de la santé physique et mentale de chacun. Enfin, ils rendent compte au magistrat de la réalisation des décisions judiciaires et de l'évolution des jeunes dans le cadre de leur suivi. L'objectif étant de comprendre la situation du mineur aux prises avec la justice et d'analyser ses difficultés pour soutenir un processus de changement positif dans son parcours de vie.

Les éducateurs et directeurs de services éducatif de la PJJ sont formés à l'École nationale de la Protection judiciaire de la Jeunesse (ENPJJ), située depuis 2008 à Roubaix dans une ancienne filature de textile. Elle est l'unique organisme à dispenser ces formations statutaires. Par ailleurs, des formations à l'intention d'autres professionnels sont réalisées toute l'année dans le cadre de la formation continue. Les professionnels de la PJJ représentent plus de 9000 agents en 2022 dont plus de la moitié sont des éducateurs. L'école existe depuis 1994, dans la continuité du Centre de formation et d'études de Vaucresson (qui dépendait de l'Éducation surveillée)³. Historiquement, les professionnels de l'éducation surveillée étaient les surveillants des maisons d'éducation surveillée, anciennes colonies. Leurs pratiques se rapprochaient plus de celles du surveillant pénitentiaire. Il a fallu créer de nouveaux métiers qui se sont forgés une culture professionnelle dépendant directement de la doctrine de l'ordonnance du 2 février 45. Ainsi est né le métier d'éducateur qui porte dans son code de déontologie un engagement certain dans ces valeurs.

³ Site de l'ENPJJ : Centre de formation et d'études de l'Éducation surveillée créée en 1952. Assure la formation continue des éducateurs. En 1963, création de l'école d'état d'éducateurs de l'Éducation surveillée à Savigny sur Orge. En 1971, remplacée par l'école nationale de formation des professionnels de l'Éducation surveillée (ENFPES), formation plus pratique que théorique. Création de centres régionaux dans les années 70 ; le dispositif de formation est regroupé en 1992 à Vaucresson sous le nom de Centre national de formation et d'étude de la PJJ (CNFE-PJJ) délocalisé en 1994 à Roubaix où elle devient l'ENPJJ.

4. Le Service Territorial Educatif en Milieu Ouvert de la PJJ de Dunkerque

Dunkerque est la sous-préfecture du département du Nord. Après les villes de la métropole lilloise, elle est la ville la plus peuplée du département.

Le département du Nord regroupe six juridictions pour mineurs (tribunaux pour enfant de Lille, Valenciennes, Dunkerque, Douai, Cambrais, Avesnes-sur-Helpe). Dunkerque est le troisième en termes d'activité.

L'arrondissement judiciaire de Dunkerque ⁴



Situé dans la région des Hauts de France et dans le département du Nord. 35 km de côte, compte environ 375 000 habitants répartis dans 111 communes sur une superficie d'environ 1440 km². On peut grossièrement le subdiviser en deux secteurs : Les Flandres intérieures et les Flandres maritimes. Ces deux secteurs seront respectivement les territoires d'intervention de l'UEMO Est (encadré en vert) et Ouest (encadré en rouge). Le secteur de Dunkerque centre est commun aux deux unités.

Les deux secteurs ont des démographies très différentes. En effet, les Flandres maritimes concernent principalement les villes de la Communauté Urbaine de Dunkerque. C'est donc un secteur de type urbain, densément peuplée et avec une identité industrielle forte. Le secteur des Flandres intérieures est composé en majeure partie de villages ruraux, moins densément peuplés avec un réseau de transport moins dense impliquant des disparités plus importantes en termes d'accès et maillage social.

Le STEMO PJJ de Dunkerque se situe dans le centre de Dunkerque. Il regroupe, depuis 2012, sur un même lieu ces deux unités : Unité Educative de Milieu Ouvert (UEMO) Est et Ouest qui

⁴ Carte extraite du document Projet de service du STEMO de Dunkerque 2021 (réactualisé en 2022)

drainent le territoire de la région du Dunkerquois jusque dans la Flandre intérieure. La Mission Educative Auprès du Tribunal (MEAT) étant partagée par les deux unités (un éducateur est de permanence par semaine, tous les jours avec le week-end et jours fériés compris).

Il est le seul STEMO compétent pour la juridiction de Dunkerque. Cependant, il travaille en partenariat avec d'autres associations qui sont habilitées par la PJJ à exercer une partie des missions dévolues à l'UEMO (La Sauvegarde, mesures de réparation pénale, de façon très marginale toutefois).

En plus des UEMO, la PJJ dispose également d'une Unité Educative d'Activité de Jour (UEAJ) qui comprend un restaurant d'application.

Elle ne dispose pas d'établissements de placement publics mais s'appuie sur des établissements associatifs habilités (Centre de Placement Educatif qui dépend de l'AFEJI, Centre Educatif Renforcé dépendant de l'Association d'Action Educative et Sociale, la ferme de Morbecque). Plus de 60% des placements sur le territoire dépendent de foyers associatifs.

Par ailleurs, le dispositif de placement de la PJJ n'est pas sectorisé et peut se faire sur n'importe quelle structure au national. Sur le département du Nord, le dispositif de placement public de la PJJ est composé de 5 UEHC (Unités Educatives d'Hébergement Collectif), 1 CER (Centre Educatif Renforcé), 1 UEHD (Unité Educative d'Hébergement Diversifié) et d'un CEF (Centre Educatif Fermé).

Le STEMO est composé de 27 agents de service public, représentés majoritairement par les éducateurs mais également un psychologue et un assistant de service social par unité, des adjoints administratifs, un responsable d'unité éducative (RUE) et une directrice de service (comprenant les deux unités). L'équipe est complétée par un psychiatre qui intervient sur les deux unités.

Organigramme fonctionnel du STEMO de Dunkerque:

1 Directeur de service	
1 Responsable d'Unité Éducative - UEMO Ouest	1 Responsable d'Unité Éducative - UEMO Est
1 Adjoint Administratif	2 Adjoints Administratifs
10 Travailleurs Sociaux :	10 Travailleurs Sociaux :
.1 psychologue .1 assistant de service social .8 éducateurs	.1 psychologue .1 assistant de service social .8 éducateurs
1 Psychiatre	

C.f. Outils de communication : Organigramme nominatif du STEMO de Dunkerque

Extrait du livret d'accueil du STEMO de Dunkerque, 2017

Dans le projet de service du STEM0 de Dunkerque, réactualisé en 2022, des données sont présentées quant à l'activité du service. Les professionnels remettent au TPE environ 500 recueils de renseignement socio-éducatifs par an ; 760 rapports dans le cadre du suivi pénal qui correspondent à environ 520 jeunes suivis dans le cadre de ces mesures (un jeune pouvant être concerné par plusieurs dossiers) : 80% de mesures éducatives, 20% de mesures de sûreté et de peines.

A l'instar des statistiques au niveau national de la PJJ, les jeunes concernés sont à 90% des garçons. La grande majorité sont mineurs (80% entre 13 et 18 ans).

D'un point de vue pratique (mais qui a du sens pour les jeunes concernés), le STEM0 est ouvert au public du lundi au vendredi (9h-17h30).

5. Mais enfin, qui sont ces jeunes à la PJJ ? Quelques données sur le plan national

En 2021, les jeunes suivis à la protection judiciaire de la jeunesse représentaient près de 140 000 jeunes dont environ 8000 au pénal. Dont moins de 2000 avec un double suivi pénal et civil.⁵

Les jeunes suivis par la PJJ sont âgés entre 10 et 21 ans et ont commis une infraction lorsqu'ils étaient mineurs. Si le jeune est majeur au moment du jugement, le suivi peut soit être relayée au SPIP soit continuer jusqu'à 21 ans à la PJJ si elle en motive la demande.

Les représentations et les termes pour désigner la jeunesse délinquante relèvent plus des fantasmes que d'une réalité de terrain. Du jeune de banlieue à capuche aux « sauvageons » de Jean Pierre Chevènement, l'appartenance à la catégorie de la jeunesse délinquante stigmatise des jeunes qui n'ont en commun que le fait d'avoir commis une infraction. Il est important de rappeler que tous les milieux sociaux sont représentés.

Nous présentons en premier lieu, quelques données issues des statistiques publiques, descriptives de la population des mineurs auteurs d'infraction pénales. Puis des caractérisations socio-économiques issues de la littérature scientifique ayant étudiée des populations de jeunes PJJ.

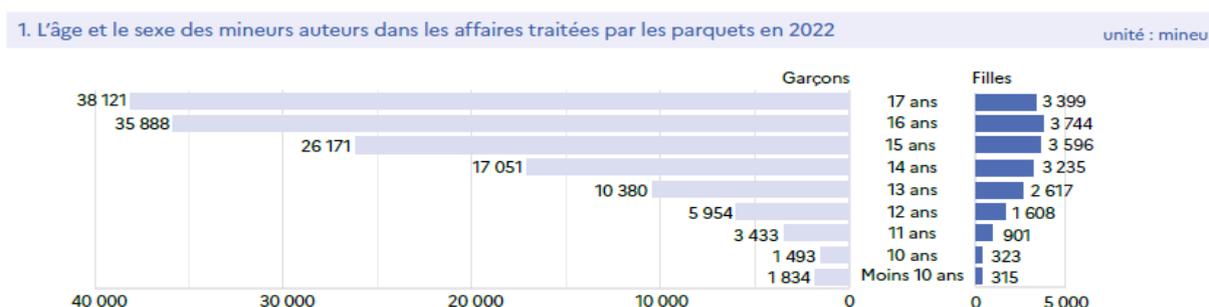
En 2019, au niveau national, les jeunes suivis à la PJJ comprenaient 90% de garçons et 10% de filles. Dans des études, on trouve que cette disparité pourrait être « en partie le produit de filtres

⁵ Plaquette PJJ 2022

institutionnels qui tendent à amoindrir la part des filles au fur et à mesure des procédures judiciaires » du fait que chez les jeunes filles, l'étiologie des désordres et des modes de régulations privilégiés seraient plus considérés relevant de la psychologie que de la délinquance (Teillet, 2019). Les jeunes filles se retrouveraient plus facilement écartée du système judiciaire et une partie préférentiellement prise en charge par le système de soins. Nous ne développerons pas ce propos ici mais en profitons pour justifier le choix de l'écriture non inclusive qui s'inscrit dans la dépendance du cadre institutionnel judiciaire à la question du genre.

Les rapports statistiques de l'ONPE (Observatoire nationale de la protection de l'enfant), de la CNAPE (Convention nationale des associations de la protection de l'enfance) ou les données du portail du ministère de la justice dédié à la PJJ communiquent des informations sur les jeunes suivis judiciairement indépendamment au civil et au pénal. Or la population qui nous intéresse est celle des jeunes auteurs d'infractions pénales. Nous allons nous appuyer sur la fiche « les mineurs auteurs d'infractions pénales » éditée en 2023 dans la publication du ministère de la justice, références statistiques justice. Les diagrammes et organigrammes en sont extraits.

D'après ces données, 168 900 mineurs ont été concernés par des affaires relatives à la délinquance, courant l'année. Ceci correspond à 2,5% de la population générale âgée entre 10 et 17 ans et jusque 8,4% des garçons de 16-17 ans. Le graphique 1 montre la répartition selon l'âge et le sexe des mineurs auteurs d'infractions. Plus de la moitié est répartie dans les catégories d'âge 16-17 ans.



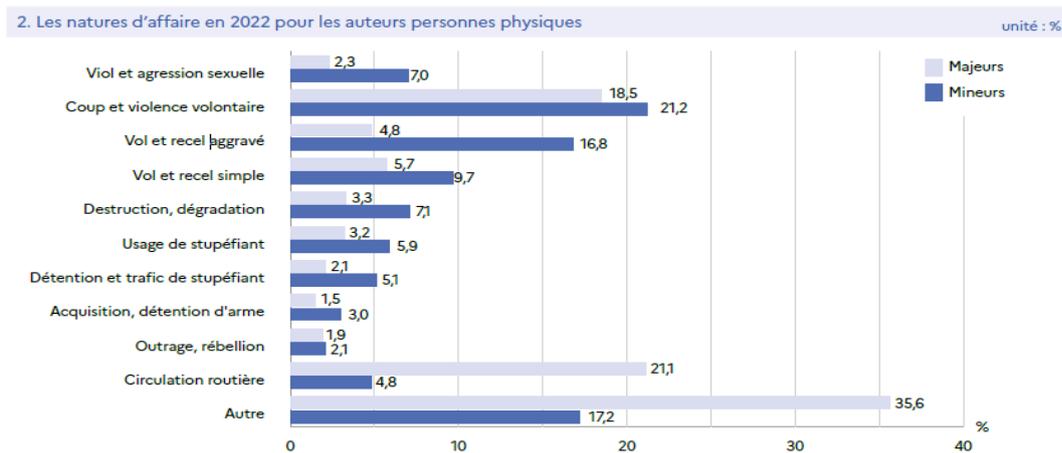
Graphique 1 sur l'âge et le sexe des mineurs auteurs dans les affaires traitées par les parquets en 2022

Données sur les délits

Une notion qui nous paraît importante concerne la nature des infractions qui sont considérés comme non violentes dans la majorité des cas (74% des infractions). Les différents types d'infractions sont explicitées plus en détail.

Le graphique 2 montre les natures des infractions commises et met en parallèle les juridictions de mineurs et de majeurs. Les deux catégories de contentieux les plus fréquents chez les mineurs sont

les **vol**s et les **recels** simples ou aggravés (à eux deux, environ 30%). Certaines catégories d'infractions sont surreprésentées chez les mineurs par rapport aux adultes : **Coups et violence volontaire**, 21% (contre 19% chez majeurs) ; **Viols et agressions sexuelles**, 7% (2,3% chez les majeurs) ; **destruction et dégradation**, 7% (3,3% chez les majeurs) ; **usage de stupéfiants**, 5,9% (3,2% chez les majeurs).



Graphique 2 sur les natures d'affaire en 2022 pour les auteurs personnes physiques

Tous les mineurs concernés par des affaires relatives à la délinquance ne seront pas poursuivis, environ un quart ne le seront pas (Organigramme 1). Pour les poursuivables, neuf sur dix recevront une réponse pénale et le dixième restant sera écarté pour classement sans suite en opportunité (désistement ou carence du plaignant, état mental déficient, comportement de la victime, victime désintéressée, régularisation d'office). En effet, le classement sans suite est devenu l'exception, du fait d'une pression très forte de la chancellerie sur les procureurs de la République « pour qu'ils apportent une réponse pénale à toute infraction commise par les mineurs » (Daadouch et al., 2021 ; p. 295). Enfin, la moitié des poursuivables verront leur affaire classée après réussite d'une mesure alternative aux poursuites (pour un sur deux, cela signifie un avertissement pénal probatoire, pour les autres, il peut s'agir de mesures de réparation ou de sanctions de nature non pénale). La moitié restante sera poursuivie par une juridiction de jugement.

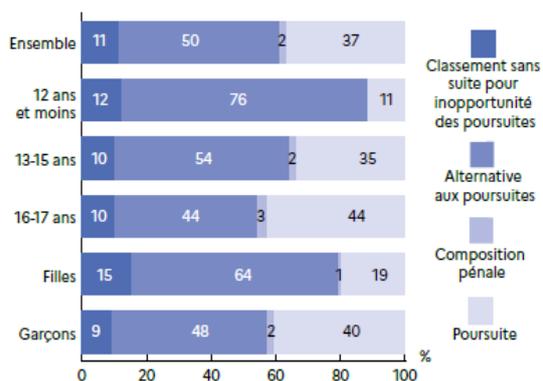
3. Le traitement judiciaire des auteurs mineurs en 2022 unité : mineur et %

168 866 mineurs dans les affaires traitées en 2022		
47 298	mineurs dans les affaires non poursuivables	
121 568	mineurs dans les affaires poursuivables	100,0
12 922	mineurs dans les classements pour inopportunité	10,6
108 646	mineurs ayant fait l'objet d'une réponse pénale	89,4
61 331	mineurs ayant réussi une alternative aux poursuites	50,5
	<i>dont</i>	
	<i>rappel à loi</i>	25,6
	<i>réparation</i>	7,6
	<i>régularisation/indemnisation</i>	3,7
	<i>sanction non pénale</i>	8,4
2 558	mineurs ayant réussi une composition pénale	2,1
44 757	mineurs poursuivis	36,8
	<i>dont</i>	
	<i>devant le juge d'instruction</i>	2,1
	<i>devant une juridiction pour mineurs</i>	34,7
31 466	mineurs condamnés	100,0
	<i>dont</i>	
	<i>par le juge des enfants</i>	43,7
	<i>par le tribunal pour enfants</i>	54,4

Organigramme 1 sur le traitement judiciaire des auteurs mineurs en 2022

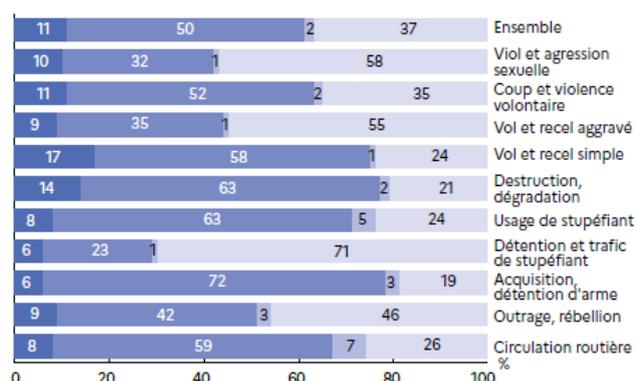
Sur cet organigramme publié en 2023 concernant des données de 2022, le rappel à la loi a été remplacé depuis le 1^{er} janvier 2023 par l'avertissement pénal probatoire. Il y a certes des différences. Par exemple, l'avertissement pénal, contrairement au rappel à la loi, ne peut intervenir chez une personne qui a déjà été condamnée (justice.gouv).

1. L'âge et le sexe des mineurs poursuivables en 2022 selon l'orientation unité : %



Graphique 3a sur l'âge et les sexe des mineurs poursuivables en 2022 selon l'orientation

2. Nature d'affaire dans les orientations des mineurs poursuivables en 2022 unité : %



Graphique 3b sur la nature d'affaire dans les orientations des mineurs poursuivables en 2022

Une fois les alternatives aux poursuites écartées, les infractions les plus fréquemment poursuivies sont donc finalement celles pour détention et trafic de **stupéfiant** (71% de poursuites pour ce motif), **viols et agressions sexuelles** (58%), **voils** et recels aggravés (55%) ou **outrages** et rébellion (46%). Ces infractions sont présentées dans le Graphique 3b en fonctions du taux de réponse pénale.

Données sur les condamnations

Les mineurs poursuivis par une juridiction pour mineurs (juge des enfants, tribunal pour enfant) vont se voir majoritairement ordonner une mesure éducative (9 sur 10) et un tiers une Mesure Educative Judiciaire Provisoire (existant depuis la réforme du CJPM).

Au final, environ 30 000 mineurs seront condamnés (Tableau 1) : la moitié à des mesures éducatives (53%), une plus petite moitié (44%) à des peines (la peine principale est le travail d'intérêt général). Les mesures éducatives consistent dans 20% des cas, en un suivi éducatif. L'emprisonnement est prononcé dans un tiers des condamnations dont seulement un dixième font de la prison ferme. Cela correspond à 600 mineurs détenus au 31 décembre 2022.

2. Peines, mesures et sanctions éducatives prononcées à titre principal à l'encontre des mineurs					
2a. Condamnations					
	2018	2019	2020 ^a	2021 ^a	2022
Total	41 708	41 238	30 619	45 964	31 346
Peine	19 490	18 842	13 908	20 366	13 771
Emprisonnement avec au moins une partie ferme	4 297	4 195	3 085	4 119	3 011
Emprisonnement avec sursis total	11 168	10 631	7 517	11 046	7 014
Peine de TIG	2 034	2 198	1 864	3 030	2 034
Amende ferme ou avec sursis	1 204	1 085	746	936	454
Peine de stage	739	679	638	1 118	1 099
Autre peine	48	54	58	117	159
Sanction éducative	1 679	1 786	1 246	1 434	so
Mesure éducative	19 590	19 676	14 682	23 106	16 561
Admonestation, remise à parent, avertissement judiciaire	15 452	15 267	11 584	17 347	11 072
Mise sous protection judiciaire, placement, liberté surveillée, activité de jour, mesure éducative judiciaire	4 138	4 409	3 098	5 759	5 489
Dispense de mesure ou de peine	949	934	783	1 058	1 014

Tableau 1 sur les peines, mesures et sanctions éducatives prononcées

Sur ce tableau, certaines mesures notées en bleues correspondent aux termes avant la réforme du CJPM. Un parallèle peut être fait entre les MEJP et « les mesures de liberté surveillée préjudicielle » (terminologies qui n'étaient plus adaptées). Elles se distinguent cependant par la « possibilité de comporter des interdictions pour les MEJP » et les modules qui la composent (Daadouch et al., 2021, p. 430). Les réponses éducatives sont aujourd'hui l'avertissement judiciaire et la MEJ. L'avertissement judiciaire regroupe deux réponses possibles de l'ordonnance de 45 :

l'admonestation et la remise à parent (Daadouch et al., 2021, p. 436). Le même parallèle peut être fait entre Liberté surveillée et MEJ.

Parmi les mineurs condamnés, seulement 3% sont en situation de récidive légale (c'est à dire récidive dans les 5 ans d'un jugement pour délit ou dans les 10 ans d'un jugement pour crime) et 17% en situation de réitération (soit au-delà des délais de la récidive). Il est important de noter que la grande majorité des mineurs concernés par la PJJ n'ont donc pas le profil du délinquant récidiviste colporté par l'imaginaire collectif.

Au niveau de la PJJ, en 2022, cela représentait la prise en charge de 55 000 mineurs à travers 121 000 nouvelles mesures au titre de l'enfance délinquante (cumul des mesures chez un certain nombre de jeunes). Ces mesures étaient : 50 800 mesures d'investigation (RRSE et MJIE ; concerne 35000 mineurs) ; 5900 placements judiciaires (concernant 4000 mineurs) ; 64 600 mesures de suivi en milieu ouvert (concernant 40 000 mineurs).

Données socio-économiques

La population des jeunes pris en charge par la PJJ peut également se caractériser par des critères sociaux-économiques.

Le rapport Choquet en 1998, et réactualisé en 2005 sur la santé jeunes PJJ, est une enquête épidémiologique qui vise à mieux connaître la santé des jeunes suivis à la PJJ et de pouvoir la comparer à la santé des jeunes en population générale scolaire. Ces enquêtes ont été demandées par la DPJJ et confiées à l'INSERM. Elles concernent des jeunes de 14 à 21 ans pris en charge par les services du secteur public de la Protection Judiciaire de la Jeunesse en France métropolitaine, hors mesures d'investigation et hors quartiers mineurs du milieu pénitentiaire. En plus des données de santé, elles dressent un rapport assez exhaustif de l'environnement des jeunes avec des informations sur la situation socio-démographique, le statut professionnel du jeune et sa scolarité, sa vie relationnelle, l'hygiène de vie (alimentation, sommeil), la violence agie et subie.

Parmi les cinquante constats qui concluent l'étude (INSERM, 2005), on retrouve :

- La prédominance du sexe masculin
- Des jeunes moins scolarisés ou avec plus de difficultés scolaires (concernant la réussite ou l'intégration) et professionnelles que les jeunes en population générale
- Des difficultés socio-familiales importantes mais qui ne sont pas la norme. Elles sont plus marquées chez les filles.

- Une part plus importante de famille monoparentale.
- Des parents avec de faibles niveaux d'études (également plus marqué chez les filles).
- Des jeunes avec des loisirs diversifiés, ne diffère pas des jeunes en général. Les sorties entre pairs constituent l'activité la plus prisée. Dont le sport. Avec prédominance du temps passé aux jeux vidéo (70% garçons jouent au moins 2h par jour, 64% de fille), télévision, internet, à l'instar des jeunes en population générale. Les loisirs sont cependant abandonnés progressivement et se raréfient, hormis le sport qui revient en force après l'âge de 16 ans.
- Un sentiment de solitude plus marqué avec l'âge et une vie relationnelle moins satisfaisante malgré l'augmentation des sorties entre pairs.
- Une attention particulière concerne l'importance des consommations de toxiques et de l'exposition à la violence subie (41% des filles ont été victimes de violences sexuelles) et agie.

D'autres études viennent valider en partie ces constats. Dans la thèse de sociologie de Guillaume Teillet, *une Jeunesse populaire sous contrainte judiciaire*, il décrit le bassin de population des jeunes nivernais pris en charge à la PJJ. On retrouve la même tendance au niveau de l'organisation familiale : 40% des jeunes habitent chez leurs deux parents ; on retrouve la fréquence de la famille monoparentale, avec une écrasante majorité de mères célibataires (30% des jeunes habitent avec leurs mères et 5% chez leurs pères). D'autre part, il note une « appartenance massive aux mondes sociaux populaires » en catégorisant les appartenances professionnelles des parents : mères majoritairement sans emploi fixe et pères ouvriers à 30% et sans emploi fixe dans 20% des situations. Les difficultés scolaires sont également marquées, mais les jeunes sont majoritairement scolarisés (68,4%), se partageant à proportion à peu près égale entre les filières professionnelle (sensiblement majoritaire, moitié de l'effectif) et la filière générale. 5% de l'effectif est en filière adaptée au handicap.

Dans l'échantillon qu'il décrit, seulement 6% des enfants sont placés à l'aide sociale à l'enfance. Ce qui est très fortement supérieur aux proportions en population générale (entre 2 et 3% selon les dossiers de la Drees concernant l'ASE en 2023). Mais force de constater que cela représente une minorité à l'échelle de la population PJJ, qui souffre souvent de l'amalgame avec la population des jeunes de l'ASE. Si les jeunes suivis à l'ASE sont très souvent impliqués avec la PJJ dans leur parcours, les jeunes suivis à la PJJ ne sont pas systématiquement, et même pour l'écrasante majorité, pas des jeunes de l'ASE.

L'étude Bronsard, réalisée en centres éducatifs fermés en 2019, vise à explorer les liens existants entre troubles psychiques, violences subies et violences agies en étudiant certaines caractéristiques médicales et psychologiques d'adolescents placés en CEF. Cette étude a été principalement financée par la DPJJ. En s'intéressant à la santé et à la psychologie des jeunes placés en CEF, elle apporte également un éclairage sur leur environnement social. Au niveau familial, dans la population étudiée, plus de la moitié des jeunes avaient un parent incarcéré, un tiers un parent avec un trouble psychiatrique et un tiers un parent avec une addiction. Il évoque des études réalisées en milieu carcéral au sujet de l'importance des facteurs de vulnérabilités, fréquence des « dysfonctionnements familiaux précoces et durables, exposition à des traumatismes psychiques répétés, maltraitances », (Schmidt & al, 2013) et de façon générale des expériences négatives pendant l'enfance.

Les jeunes placés en CEF ne sont pas représentatifs de la population des jeunes de la PJJ puisqu'ils ne représentent qu'une infime partie de la population. Les placements en CEF sont souvent une alternative à la détention. Les études, en milieu pénitentiaire et en CEF sont méthodologiquement plus facile à réaliser et sont, de ce fait, souvent plus étayées. Par ailleurs, s'ils représentent une minorité des jeunes de la PJJ, on peut supposer qu'il s'agit de ceux avec les suivis les plus complexes et qui représente une catégorie particulière. Nous retiendrons la tendance qui va dans le sens d'une exposition à la violence et aux carences particulièrement marquée chez ces jeunes.

De ces caractéristiques environnementales ou psychosociales se dégage la notion de vulnérabilité. La population de jeunes suivis à la PJJ est plus vulnérable sur le plan social et personnel. L'enfant délinquant doit être protégé parce qu'il est justement un enfant, un être immature. De plus, il est aussi, bien souvent, dans un environnement défavorable, voire victime de son environnement. Cette double vulnérabilité est la base de la justice des mineurs qui pose comme principe fondamental, la protection de l'enfance, sur ses versants civil et pénal. Et comme pour tout un chacun, elle est le terreau de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques.

Focus sur l'ASE

Service du département en faveur de l'enfance et des familles. S'adresse aux familles qui rencontrent des difficultés éducatives ou matérielles aiguës.

Depuis 1957, la mission d'assistance éducative a été déléguée aux départements qui mettent en œuvre des actions dans le cadre de la protection de l'enfance. Enjeux de prévention, repérage (situations ou risques de danger) et protection.

2 modes d'intervention principaux : aide à domicile (interventions à domicile, aides financières) et placement.

On distingue les prestations d'aide sociale à l'enfance des mesures de protection judiciaire. Les premières sont des décisions administratives, se référant au Code de l'action sociale et des familles (CASF) et ne passent pas par une décision du juge comme les secondes. Les mesures de protection judiciaire correspondent à la justice civile des mineurs.

	Prestations de l'ASE	Mesures de protection judiciaire
Interventions à domicile	Mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale L'intervention sociale et familiale d'un technicien au titre de l'ASE (TISF) L'Aide éducative à domicile (AED), décision administrative, décidée ou acceptée par les parents	L'Action éducative en milieu ouvert (AEMO) La Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF)
Placements	Accueil provisoire : demande ou accord de la famille Pupilles de l'état	Placements judiciaires civil ou pénal

La Protection de l'enfance dépend de 4 codes différents : du Code de l'action sociale et des familles, du code de procédure civile et du code civil et du CJPM au pénal.

Quelques chiffres dans le département du Nord : 11730 enfants font l'objet d'une mesure de protection dont 10300 à la suite d'une décision de justice. 5600 sont placés en famille d'accueil et 4300 en établissement.

Lily : illustration de l'enfance en danger alors que le suivi devient pénal

« L'adolescence est la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans. C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé.

Les adolescents connaissent une croissance physique et un développement psychologique et cognitif rapides. Cela a des conséquences sur ce qu'ils ressentent et la manière dont ils pensent, prennent des décisions et interagissent avec le monde qui les entoure. »

Santé des adolescents, site de l'Organisation mondiale de la santé

Lily a 16 ans.

Elle est ancrée dans des consommations multiples et importantes de psychotropes. Ces addictions font entrave à ses démarches d'insertion sociale et professionnelle. Elles la maintiennent dans des pratiques délictueuses et dans la prostitution. Elles entraînent également des conflits violents avec sa mère.

A 13 ans, elle a révélé un viol dans le cadre scolaire, une plainte est déposée mais ne donne pas suite. La famille est accompagnée par l'ASE depuis et à la suite d'informations préoccupantes de carences éducatives au domicile maternel, un placement au civil est décidé. A cette période, elle est également connue par l'espace adolescent du CH de Dunkerque pour plusieurs tentatives de suicide et des scarifications. Elle est suivie par les travailleurs sociaux de l'ASE. Un suivi psychologique est amorcé au CMP mais ne prend pas. Elle est en décrochage scolaire, présente des difficultés de compréhension, des troubles du comportement et apprend son autonomie en dehors du collège. Des comportements délictuels sont de plus en plus fréquents. En fin d'année, à l'aube de ses 16 ans, elle est interpellée pour plusieurs faits de vols en réunion. Une Mesure Judiciaire d'investigation Educative d'une durée de six mois est ordonnée. Un an après, elle est jugée devant le Tribunal Pour Enfants et astreinte à une Mesure Educative Judiciaire de deux ans comprenant les modules santé et insertion.

Un suivi conjoint entre l'ASE et la PJJ se met en place. De ses 13 à 17 ans, elle est placée dans différents foyers jusqu'au centre éducatif fermé pendant plusieurs mois. Elle se trouve régulièrement dans le système de soins de façon ponctuelle ou brève : aux urgences, une consultation au CMP, quelques consultations au CSAPA.

Tabac, cannabis, alcool, cocaïne ou médicaments font partis de son quotidien. En lien avec la prostitution, elle aurait été contrainte à consommer de nombreuses substances : ecstasy, cocaïne, MDMA, speed, valium, kétamine... Elle sera hospitalisée en neurologie pour une paralysie des membres inférieurs en lien avec les consommations de protoxyde d'azote. Elle récupère et fugue du service, refuse le suivi kiné et reprend ses consommations. Elle gardera une boiterie séquellaire.

Lily zozotte, cela lui donne l'apparence d'une petite fille. Elle aime sa famille, ses amis. De premier abord, elle est exubérante, expansive, enjouée. Très sensible sur le plan émotionnel, elle ne cache pas son mal-être. Les consommations lui apportent un « vide » émotionnel agréable. Elle est naïve, influençable, ce qui participe à une forme d'ouverture et de grande vulnérabilité. Elle n'a pas, ou ne sollicite pas les compétences psycho-sociales pour se protéger des situations à risque. Confrontée au danger et à la souffrance, elle a recours à l'agir et à l'évitement par la drogue, la violence dirigée vers elle-même ou vers les autres. Si l'émotion redescend et qu'elle se sent en

sécurité, elle s'ouvre, se laisse aider. Elle a de bonnes capacités d'élaboration et donne accès à son vécu émotionnel. Elle écrit même dans un journal intime pour raconter son histoire.

Le psychiatre vacataire du STEMO de Dunkerque a été sollicité par l'équipe éducative pour une consultation d'évaluation psychiatrique et addictologique. Elle a accepté la consultation mais ne formule pas de demande de soins, n'identifie pas ses problèmes. Un arrêt maladie est réalisé pour lui permettre de soigner, sans mettre en péril un nouveau contrat d'agent d'entretien qu'elle a signé à Burger King (et réussi les trois semaines de formation initiales). Une orientation sur un suivi au CMP est préconisée, ainsi que la poursuite du suivi psychologique avec la PJJ. Tenter de la sécuriser sur le plan de ses engagements socio-professionnels et lui rendre une main par le soin.

Aux dernières nouvelles, Lily est en Suisse, ou à Bourges, à Paris, Lyon, Annecy. Finalement la PJJ a réussi à la contacter, elle dit qu'elle n'est pas à Bourges, qu'elle est SDF et que sa mère dit n'importe quoi.

Approche historique

Parce que les problèmes posés étant complexes, les solutions ne peuvent être que très nuancées ; elles se laissent donc malaisément résumer ; le temps dont nous disposons étant très court, nous serons donc contraints de nous en tenir à des approximations grossières.

Allocution de Henri Michard, inspecteur de l'éducation surveillée, 1951

Notre intérêt pour le travail du psychiatre dans le cadre de la protection judiciaire de la jeunesse nous a amené à nous pencher sur la place qu'occupe la psychiatrie dans le système judiciaire et sur son histoire, afin d'appréhender quel rôle elle peut jouer au sein d'une institution dépendant du ministère de la Justice. Il nous importait de bien comprendre ce que le psychiatre est en mesure d'apporter en dehors de son lieu d'exercice habituel et quelles sont les compétences attendues de lui. Dans l'exercice de leur discipline, les psychiatres se trouvent en effet confrontés au système judiciaire plus souvent que leurs confrères d'autres spécialités médicales. Au Centre hospitalier universitaire de Lille, la psychiatrie, la médecine légale et la médecine en milieu pénitentiaire sont regroupées en un pôle unique dont le chef est un professeur des universités-praticien hospitalier en psychiatrie. Cependant, à la différence des médecins légistes qui bénéficient d'une formation juridique, les psychiatres se trouvent confrontés quotidiennement à des situations médicales judiciairisées dont ils apprennent certes le cadre légal, mais pas le substrat théorique. Les soins sans consentement en sont un exemple évident en pratique clinique. Par ailleurs, la psychiatrie en milieu pénitentiaire, de même que l'expertise médico-légale ou encore la criminologie, suscite des amalgames fréquents, y compris au sein de la spécialité. Le médico-légal excite, la pénitentiaire effraie, et la psychiatrie pâtit quant à elle de confusions théorico-pratiques et des glissements de responsabilité que celles-ci favorisent.

Après une brève description, en première partie de la présente thèse, de la justice des mineurs et de l'avènement de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), nous aborderons l'histoire de la place du psychiatre au sein de cette institution. Pour ce faire, nous retracerons en premier lieu l'histoire des liens entre psychiatrie et justice en nous appuyant sur l'histoire « carcérale » de la psychiatrie. Puis, dans un second temps, nous tenterons de décrire la spécificité de cette histoire appliquée au monde des enfants.

L'histoire de la psychiatrie en milieu judiciaire s'est élaborée relativement aux évolutions distinctes de la justice et de la psychiatrie. Les lois sont le reflet des préoccupations du législateur, qui souvent

« répondent à des exigences contradictoires indépendantes de toute cohérence doctrinale. » (Youf, 2001) Le législateur doit-il avant tout protéger la société ? Sanctionner l'auteur de l'infraction ? Ou encore réparer le litige subi par la victime de l'infraction ?... Les exigences qui s'imposent au psychiatre semblent, par contraste, plus claires car elles le renvoient à sa fonction de médecin : il s'agit avant tout pour lui de soigner les malades. Cependant, aux temps où les institutions se découvrent et se construisent, reste à définir où est le soin et où sont les malades.

I. Histoire « carcérale » de la psychiatrie

L'histoire de la psychiatrie et celle de la prison sont intimement liées (Raulin, 2018). Au fil des évolutions sociales et politiques, l'enfermement a d'abord constitué une nécessité pratique, puis il a évolué vers un mode de sanction pénale incarné par la prison, mais aussi vers un mode spécifique d'admission aux soins psychiatriques que sont les soins sans consentement. Dès les débuts de la psychiatrie, on a sollicité le concours des psychiatres (appelés alors « aliénistes ») pour déterminer la responsabilité pénale de l'individu. Au niveau juridique, le curseur du jugement s'est déplacé de l'infraction au sujet. Si l'auteur présumé d'une infraction était qualifié de « dément » par le psychiatre, il ne pouvait être tenu responsable de son acte et ne pouvait donc être jugé. Ce n'est cependant pas par ce biais que la psychiatrie s'est invitée dans l'institution judiciaire. Celle-ci a tranché la question de la responsabilité pénale en aménageant le recours à l'atténuation de peine, qui permet de sanctionner des personnes même lorsqu'elles sont considérées malades par les psychiatres. Aujourd'hui encore, la pratique de l'expertise psychiatrique judiciaire reste attachée à fournir l'évaluation médico-psychologique permettant aux magistrats de prendre les décisions de cet ordre. Parallèlement, les psychiatres sont entrés dans les prisons pour apporter du soin là où, initialement, il n'était pas attendu.

Avant d'examiner le « point de départ », assez convenu, que constitue la Révolution française, jetons un œil sur ce chaînon manquant psychiatrico-judiciaire qu'est l'hôpital général.

Au XVI^e siècle, la mendicité, le vagabondage, les agressions et la prostitution étaient devenus des problèmes d'ordre public résolus par une politique d'enfermement systématique des indigents. Cette politique s'appuyait sur deux principes : la répression et l'assistance. Puis au XVII^e siècle (en 1656), à partir des établissements de la Salpêtrière, de la Pitié et de Bicêtre naît l'hôpital général de Paris, symbole du début du « grand enfermement » (Foucault, 1961). L'hôpital général n'a pas

vocation, comme peut l'avoir l'Hôtel-Dieu, à apporter des soins ; il accueille cependant, parmi les indigents, une part de malades. Il est l'ancêtre commun de la prison et de l'asile. Dès 1660, un arrêt du parlement de Paris décrète qu'il faut réserver un endroit spécial pour les « fous » au sein de l'hôpital général, permettant ainsi de les isoler des autres et, accessoirement, d'estimer leur proportion (alors évaluée à 5 à 10% de la population). Au XVIII^e siècle, sous Louis XVI, s'opère une réflexion sur la réorganisation de l'assistance publique. Les « insensés » deviennent une catégorie médicale différenciée et sont pris en charge par les aliénistes, qui œuvrent à l'humanisation du traitement des malades mentaux. L'isolement, d'une part, et la catégorisation médicale, de l'autre, correspondent à la naissance de l'asile et de la nosographie moderne des maladies mentales.

Avec la Révolution française, et suite à des protestations ayant eu lieu dans toute l'Europe, on assiste à un adoucissement, en termes de sanction pénale. Le caractère pénal de l'emprisonnement (privation de liberté, précédée d'une instruction judiciaire) passe au premier plan, prenant le pas sur l'enjeu normatif d'enfermement. Le nouveau Code pénal de 1791 fait de la privation de liberté la base du système répressif. L'emprisonnement vient ainsi remplacer la mutilation, le bague ou les travaux forcés, et la perspective révolutionnaire tend désormais à favoriser la « réforme du contrevenant et de la société vers plus de justesse, sinon plus de justice⁶ ».

Dans sa thèse intitulée *La place de la psychiatrie en prison en France : Réflexion institutionnelle concernant la psychiatrie pénitentiaire française, son histoire, sa situation actuelle, son avenir* (Université de Strasbourg, 2018), Gaëtan Raulin s'appuie sur des textes de Durkheim et de Foucault pour expliquer l'avènement de la psychiatrie dans le milieu pénitentiaire. Selon Durkheim, la dissolution des clans dans les sociétés antiques peu développées, a entraîné le passage d'une responsabilité collective à une responsabilité individuelle. Ainsi, alors que les prisons étaient à l'origine un moyen de retenir l'individu coupable afin qu'il ne puisse pas s'enfuir, elles sont devenues un moyen de répression. Et le passage de ce but préventif à une fonction répressive s'est opéré à partir d'un simple constat : les conditions d'enfermement étaient tellement horribles qu'elles constituaient, en soi, une peine. La sanction pénale s'est ainsi modifiée, et le châtement corporel a disparu au profit de la privation de liberté. Selon Raulin, Durkheim est convaincu qu'« une société, à mesure qu'elle évolue, organise la manière dont elle sanctionne tout en ayant une aversion grandissante à exécuter cette fonction. Ceci constitue une première piste pour saisir comment la fonction de soin est arrivée progressivement dans un lieu dont la fonction principale est initialement la sanction. » (Raulin,

⁶ Emmanuel Boutan, conversation privée

2018, p. 39) Sur un fond de culpabilité sociale, l'introduction des soins permettrait ainsi une forme de restauration.

Foucault part également du constat que les nouveaux codes pénaux de la fin du XVIII^e siècle et du début du XIX^e font disparaître les supplices au profit de la peine privative de liberté, érigée comme modèle de sanction pénale. L'esprit humaniste de l'époque devient incompatible avec le spectacle des exécutions publiques qui engageaient auparavant la responsabilité de l'institution. Alors que débats et décisions judiciaires acquièrent un caractère public, la sanction pénale devient, elle, « la part cachée » du processus pénal et tend à se détacher du système judiciaire pour en constituer un autre, plus indépendant : le système pénitentiaire. Avec la codification et la proclamation de l'égalité de tous devant la loi, la sanction n'est plus le reflet de la gravité de l'acte commis (qui dépendait auparavant du statut social de l'auteur et de celui de la victime – les crimes les plus graves étant ceux portant atteinte du roi). Elle se réduit désormais à une simple application de la loi.

Dans une société qui a adopté comme principe la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, la privation de liberté est le châtement égalitaire par excellence. L'égalité ne s'envisage plus dans une relation directe entre l'auteur d'un méfait et sa victime, comme c'est le cas pour le talion (réciprocité entre la peine et le crime), mais relativement à une abstraction, la loi, devant laquelle toutes les personnes sont théoriquement égales. Si la sanction devient la privation de liberté, il faut alors aussi que la justice puisse garantir qu'elle ne soit pas plus, faisant intervenir différents techniciens auprès des détenus : surveillants, éducateurs, aumôniers, infirmiers, médecins, psychiatres, psychologues, pour le garantir. Le passage du châtement corporel à la privation de liberté en tant que mode de sanction pénal exclusif est la deuxième porte de passage des soins dans la prison. Prodiguer des soins permet ainsi de « garantir le caractère strictement privatif de liberté de la sanction pénale » (Raulin 2018, p.39).

Dominique Youf, philosophe spécialiste des droits de l'enfant, apporte un autre éclairage en s'appuyant sur la transition de l'objet jugé de l'acte à la personne. Auparavant, la justice ne s'intéressait que secondairement à la faute individuelle qui se trouve à l'origine du dommage ; elle visait avant tout à rétablir l'équilibre social mis en danger par le préjudice. À partir de la diffusion du christianisme médiéval et sa sécularisation dans le droit naturel moderne, la responsabilité s'est déplacée vers le sujet. Dès lors, il ne s'agit plus de rétablir un équilibre social mais de sanctionner « la faute du coupable » (Youf, 2001). Celui qui commet une infraction est ainsi considéré coupable de ne pas respecter la loi : il la connaît, mais a fait le choix délibéré de ne pas la respecter. Il ressort de cette transition entre l'attention accordée à l'acte et celle accordée au sujet que, d'un objectif initial de répression et de réparation du dommage causé, la sanction vise désormais à fournir au coupable un cadre dans lequel il pourra s'amender. « D'une fonction initiale de pure et simple

expiation, la sanction pénale tendra progressivement vers une ambition de corriger, réhabiliter voire guérir... » (Raulin, 2018, p. 41) La criminologie, la psychiatrie médico-légale (dont l'expertise psychiatrique) et la psychiatrie pénitentiaire vont œuvrer à cet amendement, troisième porte passage des soins dans la prison.

L'administration pénitentiaire est créée en 1795, sous la dépendance du ministère de l'Intérieur, avec l'avènement des premières prisons modernes (maisons d'arrêt et maisons de justice). Dans les premiers temps, ces prisons constituent surtout un gage de protection de la société. Puis, sous le Second Empire, s'exprime l'ambition que l'emprisonnement serve à neutraliser les délinquants. Ce n'est qu'à partir de la Troisième République que la prison devient un enjeu de resocialisation du délinquant : apparition de la libération conditionnelle en 1885, puis du sursis en 1891. Par ailleurs, en 1838, une loi institue que chaque département français doit disposer d'un établissement spécialisé dans l'accueil des malades mentaux (mesure qui ne sera vraiment mise en place qu'à partir de la fin du XIX^e siècle). À partir de ce passé commun de la prison et de l'asile, ces deux structures institutionnelles vont évoluer indépendamment l'une de l'autre. Elles demeurent cependant dans une certaine interdépendance, comme peuvent le suggérer les lois de Penrose⁷ ou encore les obligations de soins – prévues en France depuis 1998, dans le cadre du suivi socio-judiciaire des personnes s'étant rendues coupables de violence envers des mineurs.

En définitive, la dissociation entre malades mentaux et délinquants ne s'effectue pas à partir d'une notion initiale de « malade délinquant ». Elle procède avant tout de la nécessité d'isoler les malades des non malades, à partir du moment où l'enfermement n'est pas envisagé comme une punition mais comme une modalité de normalisation sociale. Cette nécessité, d'abord pratique, devient éthique avec la conceptualisation de l'irresponsabilité pénale pour les « prévenus en état de démence » (Code pénal de 1810, article 64). Historiquement, c'est autour de la question de la responsabilité pénale que s'inaugurent les rapports entre psychiatrie et justice.

Pendant toute la première moitié du XIX^e siècle, les discours judiciaire et médical se confronteront autour de cette question de la responsabilité, notamment à l'occasion de faits divers parfois distrayants. Schématiquement, le « fou » est envoyé à l'asile (ce qui amène aussi à poser la question de sa potentielle dangerosité pour les autres malades de l'asile, qui sont le plus souvent inoffensifs,

⁷ En 1939, Lionel Penrose publie une étude qui montre une relation inverse entre les populations des prisons et des hôpitaux psychiatriques. Il a théorisé que si une des formes de « détention » était réduite, l'autre augmenterait.

et de la responsabilité qu'a l'institution de protéger ces derniers), tandis que le « demi-fou » se voit incarcéré. Est alors typiquement considéré « demi-fou » un individu au sujet duquel il y aura eu litige entre le médecin et le juge. Les troubles dont souffrent ces personnes vont cependant nécessiter que l'on s'en préoccupe, d'autant plus dans un lieu comme la prison – où il importe de faire respecter l'ordre. En réponse à cette problématique apparaissent des quartiers spéciaux pour aliénés criminels, qui constituent une première tentative d'implantation de la psychiatrie en prison ; les deux exemples emblématiques sont le quartier de sûreté de Villejuif, précurseur des unités pour malades difficiles (ou UMD) et le quartier spécial pour aliénés criminels et épileptiques de la maison centrale de Gaillon, dans l'Eure, précurseur du centre pénitentiaire de Château-Thierry. La circulaire Chaumié, en introduisant en 1905 la notion « d'atténuation de la peine pour les personnes reconnues coupables de leurs actes tout en présentant un trouble mental » (Schweitzer, M., 2022), officialise l'accessibilité à la sanction pénale au malade mental. Le contenu de cette circulaire a depuis été actualisé, notamment avec la réforme du code pénal de 1992 qui introduit la notion d'altération du discernement et étend les causes d'irresponsabilité découlant d'une abolition du discernement. À cette occasion, le terme de « démence » se voit également remplacé par celui de « trouble psychique ou neuropsychique ».

Dans les années 1930, de nombreux pays européens (mais pas la France) créent des structures qui accueillent spécifiquement des personnes souffrant de trouble psychique, ayant commis une infraction et présentant un danger potentiel. La notion de « défense sociale », qui oriente la politique criminelle vers la prévention de la criminalité et la récupération du délinquant, ainsi que celle de « dangerosité » sont cependant largement discutées, y compris en France (Fovet et al., 2022). Dans cette optique, « les Lillois organisent en 1927 à la maison cellulaire de Loos-lès-Lille [sic], une intervention de dépistage assurée par des psychiatres, avec pour objectif de repérer les détenus psychiquement perturbés. » (Raulin, 2018, p. 54) De telles initiatives sont alors sujettes à méfiance de la part de l'institution pénitentiaire, qui craint qu'elles ne troublent l'ordre établi et n'encouragent d'éventuels simulateurs... En 1936 sont finalement créés les services d'examen psychiatriques à Fresnes et à la Petite Roquette. La première fonction de la psychiatrie au sein de la prison est désormais instituée. Ce phénomène reste cependant marginal, car limité à Paris et à la région parisienne.

Après la Seconde Guerre mondiale, il faut, à nouveau, rendre des comptes de l'horreur. Émergent alors divers mouvements de dénonciation et de contestation de toute action publique d'allure concentrationnaire. Dans les prisons, cette remise en question se matérialise par la création de services orientés vers la réinsertion et la multiplication des « services d'examen psychiatriques » (Fovet et al., 2022), mais aussi par celle des services sociaux médicaux psychologiques, dont la

fonction de soins vient s'ajouter à la fonction de dépistage. Ce moment marque le véritable commencement de la fonction soignante des psychiatres au sein des prisons, et c'est à partir de là que va se développer la psychiatrie en milieu pénitentiaire. L'autonomisation du médical vis-à-vis de l'administration pénitentiaire tend dès lors à le rapprocher progressivement du soin de droit commun. Portée par la volonté que les personnes détenues puissent bénéficier d'un accès aux soins comparable à celui de la population générale, l'organisation du dispositif sanitaire évolue ainsi jusqu'à proposer aujourd'hui trois niveaux distincts de soins :

Niveau 1 : consultations au sein des dispositifs de soins psychiatriques (DSP) rattachés aux unités sanitaires en milieu pénitentiaires (USMP) ;

Niveau 2 : hospitalisations de jour au sein des services médico-psychologiques régionaux (SMPR, créés en 1986) ;

Niveau 3 : hospitalisations complètes au sein des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA, créées en 2010).

Théorisée à partir des années 1960, la psychiatrie institutionnelle va également naître dans ce contexte ; puis ce sera le tour de la psychiatrie de secteur, dans les années 1970.

Le débat reste vif entre ceux qui considèrent que le rôle de la psychiatrie n'est pas d'aller « gérer » la psychopathologie générée par la prison et les tenants d'une prise en compte du milieu carcéral comme composante à part entière caractérisant la communauté à laquelle ils sont censés apporter du soin. La psychiatrie en milieu carcéral semble cependant avoir, à la longue, réussi à imposer son autonomie et sa légitimité, tant vis-à-vis de la psychiatrie générale que de l'institution pénitentiaire. Elle passe d'ailleurs en 1986 sous l'autorité du ministère de la Santé et s'officialise grâce au décret créant les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), à côté de la psychiatrie générale et de la psychiatrie infanto-juvénile.

Déterminer si une personne est saine d'esprit ou pas est depuis longtemps du ressort du médecin. D'une certaine façon, les aliénistes pratiquaient déjà la médecine légale, et avant eux les médecins ordinaires (Haustgen, T., 2022). En France, le premier traité de médecine légale date du début du 19^e siècle⁸. Il définit les principes de la discipline : il s'agit de « discriminer les aliénés qui relèvent de l'asile et du traitement moral des criminels qui relevaient, eux, de l'incarcération et pour lesquels il n'était pas question d'envisager un traitement médical » (Garrabé, J. 2006). À partir de cette

⁸ Traduction du traité de Johann Christoff Hoffbauer, avec les notes d'Esquirol et de Itard, *Médecine légale relative aux aliénés et sourds-muets, ou les lois appliquées aux désordres de l'intelligence*, 1827

pratique, la criminologie va se structurer comme une science du crime. Elle relève d'une approche pluridisciplinaire, au croisement de la sociologie, de l'anthropologie, de la psychologie, de l'économie et du judiciaire. Cette discipline s'autonomise pendant la seconde moitié du 19^e siècle. La psychiatrie et la psychologie se disputent alors son champ, tandis que la psychanalyse y acquiert quelques temps plus tard (au cours du 20^e siècle) son indépendance. Aujourd'hui, elle a notamment débouché sur la création par l'administration pénitentiaire d'un certain nombre de dispositifs psycho-criminologiques : centre national d'évaluation (CNE) destiné à examiner la dangerosité des détenus en fin de longue peine, quartiers d'évaluation de la radicalisation (QER), programmes d'accompagnement spécifiques pour les auteurs d'infractions sexuelles ou de prévention de la récidive. Ces dispositifs font cependant plus volontiers appel au concours des psychologues qu'à celui des psychiatres, et cette apparente rupture a nourri notre premier questionnement, aux prémices de la réflexion qui sous-tend ce travail : dans un premier temps, nous avons en effet interrogé la place du psychiatre à la Protection judiciaire de la jeunesse en contraste avec celle du psychologue. Cette interrogation s'est ensuite totalement dissoute dans la découverte de sa pratique au sein de l'institution.

II. Approche historique de la justice des mineurs et construction du « modèle thérapeutique »

Nous aborderons ce chapitre en nous appuyant sur le travail de Dominique Youf, philosophe et spécialiste des droits de l'enfant, et sur celui de Yannis Gansel, psychiatre et anthropologue qui s'est intéressé de près à l'adolescence délinquante.

D'une certaine façon, la justice des mineurs s'est élaborée en lien avec l'évolution du statut de l'enfant dans la société, à partir de la question de la responsabilité pénale du mineur. Cette question se pose en premier lieu eu égard à l'immaturation de l'enfant sur les plans intellectuel et affectif. Dans l'histoire du droit, la justice des mineurs est cependant un domaine de création récente. Pendant longtemps, en effet, l'enfant n'a pas été considéré comme un être humain doué de raison. Et malgré l'article 1 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, qui stipule que « les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits », le droit relatif à l'enfant relevait plus du droit hiérarchique romain que des droits de l'homme. L'enfant était considéré comme soumis à la puissance paternelle avant d'être soumis au droit commun.

Dans le droit pénal tel qu'il fut formalisé par le Code civil en 1804, après la Révolution, l'enfant n'a donc pas encore de statut spécifique. Quand un enfant commet un dommage à une personne, celle-

ci peut saisir la justice, soit par le biais de la réparation, qui « oblige celui par la faute de qui il est arrivé à le réparer » (article 1382 du Code civil), soit invoquer l'autorité parentale. À cet égard, le statut juridique de l'enfant se rapproche à l'époque de celui de l'animal car, lorsqu'il y a litige, la responsabilité des actes de l'enfant incombe à ses parents. « Le père et la mère, en tant qu'ils exercent le droit de garde, sont solidairement responsables du dommage causé par leur enfant mineur [...] à moins [qu'ils] ne prouvent qu'ils n'aient pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité » (article 1384 du Code civil). Le pendule oscille donc entre deux tendances : soit considérer l'enfant comme un être humain devant répondre de ses actes, soit le considérer comme un objet assimilé à un bien, propriété de ses parents et dénué de responsabilité dans sa capacité d'agir. Sans que les deux pôles de la question ne se perdent jamais de vue l'un l'autre, bien sûr. Dans la seconde moitié du 19^e siècle, le droit protectionnel des mineurs est porté par un Comité de défense des enfants traduits en justice. Ce groupe, constitué de juristes, de médecins et de philanthropes, contribue notamment à moduler « l'exclusivité de l'autorité parentale et introdui[t] les pratiques de contrôle social et d'assistance éducative » (Gansel, 2019). L'enjeu de protection de l'enfance les pousse ainsi à tenter de faire évoluer le droit en s'attaquant à la puissance paternelle. Par ailleurs, envisager l'enfant comme un être entièrement dénué de raison s'avère difficilement compatible avec les conceptions humanistes et égalitaires qui prévalent à l'époque. En vertu de celles-ci, l'enfant doit en effet pouvoir bénéficier des mêmes droits que n'importe quel être humain. Et pourtant, du fait de sa spécificité, il ne peut jouir de ces droits immédiatement. Il est en revanche « titulaire de droits qui lui sont spécifiques : les droits de l'enfant. Ces droits trouvent leur source dans l' "immaturité physique et intellectuelle" propre à l'enfant » (Youf, 2001). C'est seulement au cours de la seconde moitié du 20^e siècle que va vraiment se concrétiser cette évolution du droit. L'enfant passe alors d'un statut d'« adulte en miniature » (soumis au même régime judiciaire « en miniature » que les adultes) à celui d'être humain devant bénéficier d'un cadre juridique spécifique. La Déclaration des Droits de l'enfant de 1959 et la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989 viennent sanctuariser le fait que l'enfant est un être humain et doit, à ce titre, bénéficier des droits de l'homme, ainsi que de droits spécifiques qui sont les droits de l'enfant. Sur le plan légal, cela s'exprime dans la reconnaissance de la subjectivité juridique de l'enfant et l'affirmation de sa spécificité. L'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante et l'ordonnance du 23 décembre 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, que nous avons déjà évoquées, en avaient jeté les bases.

N'ayant pas encore acquis l'ensemble des caractères qui feront de lui un être autonome, l'enfant doit être protégé et éduqué – tel une plante qui, pour se développer, aura besoin d'un tuteur et d'un

environnement propice. Il est considéré comme un être raisonnable, à qui on peut imputer ses actes, sans pour autant qu'il en soit pleinement responsable. Pour être considéré pleinement responsable, il faudra d'abord qu'il ait reçu l'éducation lui permettant de prendre conscience des conséquences de ses actes. L'enfant n'est donc pas jugé responsable en regard de sa seule maturité intellectuelle, mais aussi selon comment son bagage réflexif a été investi. Il est le fruit de son être en devenir, modelé par son environnement. Et comme il est toujours en développement, il est toujours temps, de « rattraper » la tige pour qu'elle continue à pousser dans le bon sens. Le modèle « thérapeutique » de la prise en charge des adolescents en conflit avec la loi va ainsi se construire sur la conviction que son amendement est possible et l'affirmation de son irresponsabilité pénale : « ils ne pourront faire l'objet que de mesures de protection, d'éducation ou de réforme, en vertu d'un régime d'irresponsabilité pénale qui n'est susceptible de dérogation qu'à titre exceptionnel et par décision motivée » (préambule de l'ordonnance du 2 février 45). Ce modèle thérapeutique de la justice mais l'accent sur le primat de l'éducatif sur le répressif, doctrine portée par l'ordonnance où l'acte délictueux est analysé comme un symptôme.

A l'irresponsabilité pénale souhaitée par l'ordonnance de 45, s'est substituée une responsabilité pénale progressive. A partir de 1956, les moins de 13 ans sont considérés comme ne pouvant répondre de leurs actes et donc ne pouvant faire l'objet que de mesures de protection ou d'éducation. A partir de 13 ans ils peuvent être condamnés mais mis en détention provisoire seulement à partir de 16 ans. Déjà depuis l'ordonnance de 1945, le tribunal des enfants pouvait condamner l'adolescent si cela était motivé par des éléments de sa personnalité ou des circonstances. La condamnation restait cependant une mesure exceptionnelle au profit des mesures éducatives. Evidemment, si l'ordonnance de 45 est une rupture majeure sur le plan doctrinal, le changement dans les faits ne s'opère pas immédiatement. A la création de l'éducation surveillée, aucune institution n'est prête à cette révolution. Le décalage entre l'ordonnance et la mise en place de ses principes se ressent sur le plan institutionnel avec la création de nouveaux établissements à partir des années 60 70, qui ne vont plus avoir le caractère punitif des anciens. Selon Durkheim : « Pour rendre compte d'une institution, il ne suffit pas d'établir qu'au moment où elle parut elle répondait à quelque fin utile ; car de ce qu'elle était désirable, il ne suit pas qu'elle était possible. »

Le changement du statut de l'enfant, la séparation entre enfant et adultes dans les systèmes juridique, pénal et dans le système de soins et la théorisation de l'enfance délinquante, avec, entre autres, l'apport de la psychanalyse et de la pédagogie sont autant de facteurs qui participent à la création du modèle thérapeutique de l'ordonnance de 45. Après avoir, brièvement décrit, son

avènement dans l'histoire du droit, nous allons nous intéresser à l'histoire de la pédopsychiatrie et de la construction du savoir sur l'enfance délinquante.

1. Evolution de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie de l'adolescence

Pour les adultes, la psychiatrie s'est établie dans le domaine judiciaire à partir des notions d'enfermement et de responsabilité. Tel ne semble cependant pas avoir été le cas pour les enfants, au sujet desquels la question de la responsabilité demeure avant tout un enjeu juridique qui n'intéresse pas les psychiatres. En revanche, la psychiatrie et la psychanalyse se sont assez rapidement saisi du problème de la délinquance chez l'enfant, et la justice s'est à son tour appuyée sur leurs théories pour construire son modèle thérapeutique. Bien que ce celui soit remis en cause depuis les années 1990, il reste le socle sur lequel repose, encore aujourd'hui, la protection judiciaire de la jeunesse.

La psychiatrie relative aux enfants s'est avant tout développée à partir de la psychiatrie générale, par les médecins qui s'intéressaient au sort des enfants dans les asiles. Pour les aliénistes, à partir de la puberté, on appliquait la médecine adulte aux enfants. Selon Pierre Delion, il a fallu que des pathologies spécifiques à l'enfant soient découvertes pour définir vraiment le début de la pédopsychiatrie, dans les années 1940 : découverte de l'autisme par Leo Kanner et de la dépression du bébé (également appelé hospitalisme) par René Spitz. Camille Monduit de Caussade estime quant à elle, avec Nicole Catheline, que l'histoire de la pédopsychiatrie a aussi été portée par un intérêt croissant des institutions pour les cas d'enfants « à problèmes » (Monduit de Caussade, 2022b). La justice, de même que la médecine et l'école, ont ainsi contribué à l'élaboration de conceptions cliniques sur l'enfance anormale. Celles-ci relèvent le plus souvent de deux approches distinctes : la criminologie (qui s'attache à décrypter la « folie morale ») et la pédagogie spécialisée (qui s'efforce d'appréhender l'« idiotie »). La psychiatrie clinique de l'adolescence va voir le jour et croître à partir de ces « deux racines, médico-légale et médico-pédagogique » (Gansel, 2019).

« Il est couramment avancé que la spécialisation médicale se serait développée dans la première moitié du XIX^e siècle avec les progrès rapides de la science » (Weisz, 2005). En 1820 est publié le premier traité qui institue la pédiatrie comme discipline médicale autonome. Soigner des enfants n'est évidemment pas nouveau à l'époque, mais la catégorisation de la médecine en plusieurs disciplines distinctes vient entériner les pratiques et va constituer la base du développement

ultérieur de la pédiatrie. Dès le XVIII^e siècle en Angleterre, des hôpitaux sont réservés aux enfants jusqu'à 12 ans. En France, c'est dans le courant du XIX^e siècle que vont apparaître les premiers hôpitaux pour enfants. Si la pédopsychiatrie semble s'être développée à partir de la psychiatrie générale plutôt que de la pédiatrie, on s'intéressera cependant aux influences que la pédiatrie a pu avoir sur elle, notamment en termes de contexte. Les XIX^e et XX^e siècles sont marqués par des politiques de santé publique mises au service des enfants. Ces avancées se structurent autour de deux axes que sont la prévention et la protection (Monduit de Caussade, 2022a). Les politiques de vaccination en sont une concrétisation poignante. L'évolution de la médecine curative vers une médecine préventive est sous-tendue par de nombreux facteurs et enjeux indépendants de la médecine, qui affectent la société dans son ensemble. Elle joue certainement un rôle dans le développement de l'approche bio-psycho-sociale en psychiatrie et dans celui de la pédopsychiatrie, qui s'ancrent dans l'importance d'intégrer soins, éducatif et pédagogie.

Au cours de la période allant de 1870 à 1945, le territoire national connaît une industrialisation et urbanisation croissantes. Dans ce contexte apparaissent trois grands champs disciplinaires de l'action publique qui se partagent le problème de la « jeunesse déviante » : la pédagogie spécialisée, la justice des enfants et la pédopsychiatrie. La formule sous-tend, au passage, la vision ambivalente de cette jeunesse, « prise entre protection et prévention ». Ces différents enjeux entraînent la multiplication de mouvements assistanciers et caritatifs variés dans leur fonctionnement.

Selon Yannis Gansel, les enjeux de protection de l'enfance, ainsi que le besoin de formation à des métiers plus qualifiés depuis l'industrialisation, participent à la limitation puis à l'interdiction du travail des mineurs au profit de l'obligation et de la prolongation de la scolarité (Gansel, 2019). Avec la généralisation de l'école apparaissent de nouveaux enjeux, comme les difficultés que rencontrent certains élèves, qualifiés d'« inadaptés scolaires » et qu'il va s'agir de traiter. La pédagogie va alors se développer et produire des études sur l'intelligence ainsi que la psychométrie⁹. En dérivation des systèmes scolaires se développent des dispositifs psychiatriques : internats médico-psychologiques (1935) et centres médico-psycho-pédagogiques (1945), qui vont s'intégrer dans l'action publique, suivis en cela par la sectorisation psychiatrique dans les années 70. Subsiste en parallèle une autre forme d'hébergement : les maisons d'éducation surveillée pour les délinquants.

⁹ Alfred Binet était d'ailleurs fils d'un médecin et d'une artiste peintre, il avait toutes les dispositions à devenir psychiatre mais il se lance dans des études de droit avant d'amorcer des études de médecine qu'il ne termine pas et termine sa formation par des cours de psychophysiologie et de clinique psychiatrique.

Dans l'entre-deux guerres, psychiatres et assistants de services sociaux entrent sur la scène de l'enfance déviante, dans les écoles de préservation et les instituts de rééducation. Les psychiatres proposent de la consultation et enseignent les techniques d'observation. Ainsi émerge une « psychiatrie spécialisée aux confins de l'école et du tribunal » (Gansel, 2019, p. 50).

À partir de la Seconde guerre mondiale, les connaissances au sujet de l'enfance déviante se caractérisent par la porosité entre la pédopsychiatrie, la psychanalyse de l'enfant et la psychologie clinique.

Après 1945, différentes disciplines traitent des déviances juvéniles : le droit, la médecine, la psychologie, la pédagogie. Elles définissent quatre grands secteurs d'action publique que sont la justice des mineurs, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la pédagogie spécialisée et la protection de l'enfance, auxquelles correspondent des institutions spécifiques. Ces secteurs dépendent de normes différentes : judiciaires, sanitaires, scolaires et familiales. La multiplication et la spécialisation des institutions cherchent à répondre à des besoins différenciés par des approches diversifiées des solutions. Cependant, certains jeunes ne correspondent pas assez spécifiquement à une institution en particulier et se retrouvent à la marge. Cette proportion d'adolescents a été catégorisée avec l'émergence d'une clinique de l'exclusion, qui s'attaquera bien plus tard (dans les années 2000) à la problématique des « incasables ».

Les modèles développementaux qui expliquent l'engagement et la persistance dans la délinquance par l'articulation et l'accumulation de prédispositions et de facteurs de risque socio-environnementaux se rapprochent des modèles développementaux des pathologies psychiatriques. La construction, par la psychanalyse puis par la psychiatrie de façon plus générale (avec les approches neurodéveloppementales et neuropsychiatriques), d'une théorisation du passage à l'acte a favorisé l'ouverture sur une justice thérapeutique. Alors que parallèlement, l'évolution de la psychiatrie avec la désinstitutionalisation et les courants antipsychiatriques, qui trouvent une fenêtre d'expression en période d'après-guerre, émettent des réserves, quant à la psychiatrisation de comportement ou de faits sociaux.

2. Participation de la psychanalyse dans la réflexion sur l'enfance délinquante

L'ordonnance du 2 février 45, pour ne pas la citer, « coïncide avec la spécialisation de la pédopsychiatrie où la psychanalyse de l'enfant occupe une place croissante » (Gansel, 2019, p. 53). La psychanalyse propose un modèle clinique des déviations juvéniles « qui va conceptualiser et diriger progressivement les nouvelles pratiques de l'éducation surveillée » (idem). L'infraction est le « symptôme d'une situation qu'il s'agit de traiter, s'attacher à mettre à jour la causalité de l'acte » (idem). Yannis Gansel cite par exemple la contribution des travaux du psychanalyste Claude Balier à la compréhension psychodynamique du comportement violent par le rôle des carences lors des interactions précoces. Ou encore l'évolution potentielle de la tendance anti-sociale décrite par Winnicott. Le diagnostic clinique sera réalisé par les éducateurs en systématisant l'observation du jeune délinquant. La psychanalyse est la principale source théorique des juges des enfants, des éducateurs, des psychologues de l'éducation surveillée ainsi que des travailleurs sociaux de l'aide sociale à l'enfance. Elle sera également invoquée comme base théorique pour justifier, par la notion de contenance des adolescents, les mesures sécuritaires d'extension de l'enfermement au cours des années 90 (période d'accroissement du phénomène de délinquance et des « émeutes de banlieues ») jusqu'à la création des centres éducatifs fermés en 2002.

L'évolution des représentations relatives à l'enfant délinquant et des approches théoriques qui tentent d'expliquer la délinquance ont été essentielles pour la prise en charge des personnes concernées aux niveaux social et médical. La psychanalyse s'est individualisée de la psychiatrie, au point de s'en voir parfois exclue. D'autres disciplines s'en sont cependant saisi et l'ont mise à contribution pour élaborer la pédopsychiatrie et établir son autonomie vis-à-vis de la psychiatrie générale. La carrière de l'éducateur August Aichhorn est un exemple de l'utilisation des théories psychanalytiques appliquées à la pédagogie et au champ social, spécifiquement adapté au traitement de la délinquance. Il est notamment un des précurseurs du modèle d'institution thérapeutique, ou de thérapie par le « milieu » (Houssier, 2004).

À la fin des années 60 se dessinait déjà un savoir clinique au sujet des personnes évoluant en marge des institutions, dont fait partie la catégorie des adolescents difficiles. Les années 90 seront néanmoins marquées par une augmentation importante de la délinquance, et en particulier de la délinquance juvénile. À la fin de cette décennie, les services d'hospitalisation pour adolescents se multiplient, et apparaissent aussi les Maisons des adolescents (MDA). En l'an 2000, à la suite d'un séminaire sur le thème « santé et justice » et en réponse à une demande de l'Éducation nationale et

de la PJJ, le Pr Jeammet crée un diplôme universitaire adolescents difficiles. Les DU formant spécifiquement à la gestion des troubles rencontrés par les adolescents vont ensuite se multiplier. L'adolescent difficile est désormais devenu une catégorie clinique à part entière. Il se caractérise principalement par des traits de comportement et une dynamique : la mise en échec de l'adulte.

En 2005, une expertise collective de l'INSERM sur les « troubles des conduites sociales chez les enfants et les adolescents » propose une approche biomédicale, avec pour « objectif d'introduire la catégorie clinique dans la psychiatrie française et d'en revendiquer la légitimité et l'utilité des savoirs biomédicaux, et en particulier de la génétique dans l'approche des comportements violents des enfants et des adolescents » (Inserm, 2005). Cette étude vient en compléter une autre, datant de 2002, qui visait à promouvoir le dépistage des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Elle a été vivement débattue et a donné lieu à une levée de boucliers de la part du collectif « Pas de Zéro de conduite pour les enfants de trois ans ». Celui-ci pointe en effet le risque d'étiquetage et de prédiction auto-réalisatrice des conclusions de l'étude ; il revendique également une approche de la délinquance s'appuyant plus volontiers sur les sciences humaines. Ce collectif se revendique notamment de la « clinique du sens », prônée par les États généraux de la psychiatrie en 2003, qui se réfèrent explicitement à la psychanalyse et à la psychothérapie institutionnelle.

La loi de 2005 sur le handicap reconnaît pour la première fois la pathologie mentale comme un vecteur de handicap. En découle la création de différents organismes et établissements s'intéressant au handicap. Comme par exemple, les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), conçus pour les adolescents présentant des troubles du comportement.

On peut supposer que la prise en compte des adolescents difficiles en tant que catégorie clinique et le développement des structures de soins des personnes souffrant de handicaps psychiques ont contribué à une part de la prise en charge de ces « adolescents à problèmes ». Cependant, à partir des années 90, le système pénal s'est durci en réponse à la montée de la délinquance, avec une remise en cause du modèle thérapeutique initié par l'ordonnance de 45 et la remise en cause du principe d'irresponsabilité. En 2007, pour la première fois, s'opère une dissociation historique, avec l'adoption de deux textes législatifs distincts portant respectivement sur la protection de l'enfance et la prévention de la délinquance.

La justice des mineurs se voit ainsi rattrapée par le tournant sécuritaire. La tendance actuelle dans le débat social et politique appelle à l'augmentation de la pénalisation et à l'alourdissement de la sanction. Malgré des études ayant démontré que l'incarcération et les programmes aversifs provoquent une augmentation de la délinquance et de la récidive, cette évolution demeure effective

et déplorée par les professionnels de la PJJ. Parmi les études relatives à la population des jeunes pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse, on en trouve qui s'attachent à montrer l'efficacité de programmes de soins dans la prévention de la récidive, et d'autres qui cherchent à identifier les besoins de soins au sein de la population des jeunes sous main de justice. Une confusion des termes apparaît entre les études de type criminologique et les études clinique. Dans certaines d'entre-elles, la récidive ou la poursuite du comportement délinquant constitue le critère principal pour la comparaison de programmes considérés thérapeutiques. Le comportement délinquant est alors envisagé comme le marqueur clinique d'une pathologie ou d'un trouble. On peut cependant juger pertinente une métaphore faisant de la délinquance une maladie sans pour autant verser dans la confusion conceptuelle. L'étude de la délinquance dans une perspective criminologique a enrichi les connaissances dans des domaines transversaux. Elle a, par exemple, introduit le concept de désistance, qui renvoie au processus de sortie de la délinquance : « pic vers 15-17 ans puis décroissance amorcée vers 20 ans jusque 30 ans favorisée par la dialectique entre usure (pressions judiciaires, souffrances psychologiques, familiales, etc.) et possibilité de s'envisager dans un statut social acceptable » (Piot et al., 2023). À travers ce concept de désistance, la criminologie envisage ainsi le délinquant d'aujourd'hui comme susceptible de devenir le père de famille de demain. Ces notions pourraient intéresser le domaine médical en voyant certains troubles, particulièrement chez les adolescents, sous l'angle du fait social. Elles pourraient ainsi enrichir les pratiques médicales en complémentarité des connaissances « solides » apportées par l'evidence-based medicine.

Force est de constater, cependant, que les législateurs et les juges se montrent plus préoccupés ces dernières années par l'indemnisation des victimes que par le statut de l'enfant (Youf, 2001). À cet égard, il serait certainement judicieux d'évaluer aussi la place que peut prendre la justice restaurative dans les parcours de résilience des patient.e.s ayant subis une agression traumatique. Mais cela dépasserait le cadre imparti au présent travail.

Les missions du psychiatre à la PJJ de Dunkerque

Depuis 2013, la DPJJ a initié la démarche « PJJ promotrice de santé ». Celle-ci s'appuie sur la définition de la santé selon la chartre d'Ottawa (1986) : « la santé est appréhendée comme une ressource, un moyen pour faire réussir l'action éducative et considérée comme l'une des conditions de l'insertion » (DPJJ, 2013, document de cadrage *PJJ promotrice de santé*). En pratique, pour les professionnels de la PJJ, la santé est majoritairement abordée sous trois angles principaux, qui sont l'hygiène du corps, l'hygiène de vie et la situation de bien-être général (Comité des droits de l'enfant de l'ONU, 2020). Cette notion de « bien-être » apparaît dans la définition de la santé mentale de l'OMS : « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté ».

De fait, bien souvent, les professionnels de la PJJ sont confrontés à de la souffrance psychique et sont en première ligne dans l'accueil de celle-ci. Concernant la santé mentale, les éducateurs, professionnels les plus représentés, s'appuient volontiers sur les psychologues présents dans les services. Cependant, un constat largement partagé, fait part d'un relai de prise en charge de la souffrance psychique par les travailleurs sociaux (Dpjj & Injep, 2015).

Le STEMMO de la PJJ de Dunkerque a la particularité de compter au sein de son équipe un psychiatre vacataire. Lequel consacre 10% de son temps de travail, soit un après-midi par semaine, à la PJJ. Il réalise ce temps en activités d'intérêt général en plus de son travail hospitalier. Ce temps a tendance à se réduire avec les difficultés, partagées par tous les secteurs psychiatriques, d'assurer la permanence des soins compte tenu du manque de praticien et de moyens. Il nous semble, de ce fait, important d'explorer la pratique de ce psychiatre à la PJJ.

Le travail du psychiatre à la Protection judiciaire de la jeunesse n'est pas codifié, ni la présence d'un psychiatre systématique dans les services de la PJJ. Cependant, le recours à un psychiatre ou à la psychiatrie y est fréquent. Le propos de ce travail est de décrire les différentes missions du psychiatre vacataire du STEMMO de la PJJ de Dunkerque, afin d'en montrer la diversité et la richesse et d'essayer de mettre en lumière ce qui en fait l'intérêt, tant pour le praticien lui-même que pour les professionnels de la PJJ.

Après un focus sur la santé - mentale principalement - des jeunes suivis par la PJJ, nous aborderons les liens tissés entre les mondes de la psychiatrie et de la justice (qui contribue à légitimer la place du psychiatre dans un service dépendant de son ministère). Au-delà des besoins de santé, l'existence

même de la Protection judiciaire de la jeunesse relève en partie d'une collaboration, ancienne, entre ces deux domaines. Enfin, nous expliciterons ces différentes missions, qui seront ensuite illustrées par des cas cliniques extraits de « dossiers » concernant des jeunes pour qui le psychiatre du STEM0 a été sollicité.

I. Focus sur la Santé des jeunes de la PJJ, sous l'angle de la santé mentale

La première caractéristique de la population prise en charge à la PJJ est l'âge. Ce sont des jeunes avant tout ! Des adolescents. Avec les prises de risque et comportements transgressifs qui leur incombent. Concernant la santé mentale notamment, les adolescents sont une population « à risque » et une cible privilégiée de la prévention. En santé mentale, l'enfance et l'adolescence sont des périodes particulièrement concernées par l'avènement de troubles psychiatriques : troubles neurodéveloppementaux, troubles du spectre de la schizophrénie ou du spectre bipolaire. De plus, il est important de les dépister au plus tôt pour que la prise en charge soit aussi précoce que possible et ainsi éviter leur aggravation, puis la chronicisation et la désinsertion sociale (couplée au handicap souvent lourd). Mais, au vu de leurs parcours de vie et de la fréquence du décrochage scolaire et social, ces jeunes courent un grand risque d'échapper à cette prévention.

Le rapport de la CNAPE de 2020 rappelle que les enfants pris en charge dans les dispositifs de protection et de justice pénale des mineurs « présentent des risques accrus de développer des troubles psychiques du fait du contexte familial difficile et d'un cumul de problématique social et économique » (Comité des droits de l'enfant de l'ONU, 2020). Ils sont aussi sous la menace d'un « haut-risque médico-psychologique, en raison des violences ou des carences subies pendant l'enfance ». Ces jeunes, aux parcours chaotiques, ont souvent un mauvais étayage socio-familial, des difficultés scolaires et professionnelles, qui font le terrain de la maladie mentale. En effet, la *population PJJ* réunit la plupart des facteurs de risques sociaux associés aux troubles psychiatriques¹⁰ (faisant partie des déterminants de la santé mentale en général). On a là l'une des raisons qui amènent à s'intéresser plus spécifiquement à la santé mentale chez ces jeunes.

¹⁰ Tout environnement social (familial, professionnel, scolaire, etc.) source de stress, notamment maltraitance, carence affective, négligence, violences physiques et psychologiques, abus sexuel, condition de travail difficile, deuil, isolement et précarité, discrimination et stigmatisation, guerre, catastrophes naturelles. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie, 3^e édition, 2018

Les jeunes de la PJJ se considèrent, comme tous les adolescents, en bonne santé (Choquet & Hassler, 2005). Ce sentiment est pourtant moins marqué que dans la population générale ; en comparant à âge égal, plus de 95% de jeunes de la population générale déclarent se sentir en bonne santé, pour 89% chez les garçons (et 76% chez les filles) pris en charge à la PJJ. Des études d'évaluation de la santé des jeunes à la PJJ ont été réalisées en 1998 et 2005, à l'initiative de la DPJJ, par l'INSERM. L'état des lieux de la santé de ces jeunes est, dans l'ensemble, préoccupant : « malgré une santé jugée globalement satisfaisante, les problèmes existent, surtout ceux qui ont une forte composante psycho-sociale, comme les accidents, l'asthme, les allergies, la fatigue, les troubles du sommeil, les tentatives de suicide, les fugues, la consommation de substances psychoactives, les conduites de violence » (Choquet & Hassler, 2009). Les problèmes de santé les plus fréquents sont les troubles fonctionnels (céphalées, dorsalgies, douleurs digestives...), fatigue, perturbation du sommeil. Si le rapport Choquet indique que les taux de troubles psychiques sont plus importants parmi les jeunes fragilisés, c'est l'approche de la question de la santé mentale qui a évolué ces dernières décennies.

Une étude, réalisée en 2015, sur la santé, abordée sous l'angle de la sexualité, des jeunes pris en charge à la PJJ remarque que « c'est précisément parce que leurs parcours intègrent des difficultés d'ordre multiple qu'il est intéressant de s'interroger sur la manière dont ces jeunes s'emparent des questions de leur santé et leur corps ». L'enjeu n'est plus d'évaluer, par un savoir externe, les troubles que pourraient avoir les jeunes mais de les interroger sur leur propre vécu. Ainsi, l'étude relève que : « certains révèlent même avoir des problèmes de santé mentale, problématique quasiment pas abordée par les professionnels de la PJJ » (Dpjj & Injep, 2015).

Les études montrent de façon convergente que les taux de troubles psychiques dans les populations PJJ sont plus importants que dans la population générale (rapportés à l'âge). La prévalence de troubles psychiatriques est estimée jusqu'à 90% en centre éducatif fermé ou en établissement pénitentiaire pour mineurs, avec une forte prédominance du trouble du comportement. Ces résultats mettent en évidence l'impact de la santé mentale sur la vie de ces jeunes. Nous présentons quelques résultats d'études qui explorent l'état de santé psychique en population PJJ.

Les études de l'INSERM, menées à l'initiative de la DPJJ en 1998 et 2005, sont importantes car effectuées à grande échelle au sein de la population PJJ. Les jeunes concernés étaient âgés de 14 à 21 ans et pris en charge par les services de secteur public de la PJJ hors incarcération (laquelle concerne environ la moitié des jeunes suivis par la protection judiciaire ; les autres, qui sont souvent plus jeunes et moins concernés par les situations délictuelles, étant pris en charge par le secteur

associatif). L'évaluation de la santé était réalisée à partir d'un auto-questionnaire (261 items). Plus de 1000 jeunes ont participé à l'enquête. Un des principaux biais est un biais de sélection. Le parti pris de participation volontaire fait dériver l'échantillon de jeunes par rapport à la population PJJ globale : plus féminin, plus inséré, plus scolarisé, plus concerné par des mesures au civil qu'au pénal. L'échantillon n'est donc pas représentatif de la population PJJ globale, néanmoins, il s'agit d'une des plus grosses cohortes évaluées à ce jour.

L'étude de l'INSERM menée en 2004 met en avant la sur-prévalence des consommations de toxiques et des comportements à risque dans la population PJJ. Comparés à la population du même âge, ces jeunes seraient moins déprimés mais feraient plus de passages à l'acte, notamment de tentatives de suicide (qui concernent près de 10% des garçons et plus de 40% des filles évalués). La proportion d'individus avec une reconnaissance de handicap serait également plus élevée (25% vs 9%). Les résultats de l'étude sont présentés en cinquante constats dont nous relevons quelques chiffres ci-dessous.

Les troubles du sommeil concernent 30% des garçons et 61% fille. Ils sont associés à des difficultés d'ordre social (plus que les autres, ces jeunes habitent hors de leur famille, ne sont plus scolarisés ou souvent absents) et comportemental (tentative de suicide, fugue, accidents multiples, conduites violentes).

Une humeur dépressive est identifiée chez 8% des garçons et 30% des filles ; 6% des garçons et 20% des filles présentent *souvent* des idées suicidaires ; et ceux qui ont fait une tentative de suicide sont respectivement 9% et 44% des jeunes de l'échantillon. En revanche, la comparaison des PJJ scolaires avec les adolescents scolaires montre une *dépressivité* moindre chez les PJJ avec cependant plus de passage à l'acte. La tendance, repérable chez les filles et les garçons, est interprétée comme si « les jeunes PJJ, qu'ils soient scolaires ou non, sont plus dans « l'acting out » que dans la « mentalisation » des problèmes ».

Des comportements de fugue sont fréquents : chez 22% des garçons et 40% de filles. Ces résultats sont associés à absentéisme scolaire, la consommation de tabac, les antécédents de tentatives de suicide (OR 4) et de violences graves. La violence est aussi plus présente chez les jeunes étudiés, avec un pic vers 16-17 ans. « Après cette âge toutes les violences se tassent, sauf la violence sur parents ». Dans une perspective genrée, si la violence est un attribut masculin et, effectivement, plus présente chez les garçons, la différence entre les sexes est moindre que dans la population générale. Au niveau scolaire, en revanche, les filles paraissent plus violentes que les garçons. Toutes les formes de violence sont corrélées positivement aux conduites de consommation et à l'absentéisme scolaire.

Souvent considérés pour leurs actes violents, ces jeunes sont également victimes de coups, de violences verbales et, surtout, de violences sexuelles. En comparaison de la population scolaire générale, seule la violence sexuelle semble plus marquée, particulièrement chez les filles.

Pour finir, l'étude révèle que 80% des jeunes ont consulté un médecin généraliste dans l'année. Et environ un tiers d'entre eux sont passés aux urgences. Les motifs ne sont pas renseignés mais cela est indicatif de leur état de santé général.

L'étude de 2005 a montré une stabilité globale de l'état de santé entre 1998 et 2004. Cependant, ces résultats sont désormais anciens. Depuis 2005, il n'y a pas eu de nouvelle étude officielle concernant la santé des jeunes de la PJJ. Des travaux plus récents viennent cependant appuyer la surreprésentation des troubles psychiques dans cette population.

Une étude de 2014 (Chatagner et al., 2015), qui s'intéresse aux consultations d'adolescents aux urgences en psychiatrie de l'enfant et adolescents, montre la fréquence des passages, pour troubles du comportement, des jeunes en conflit avec la justice. Plus de la moitié aurait des antécédents de maltraitance avérés dans histoire infantile. Et les trois quarts au moins, un antécédent familial de trouble psychique.

Une étude de 2016 (Bibard Daphné et al., 2016), d'une cohorte de 500 jeunes suivis PJJ, estime que 43% du groupe serait en mauvaise santé. Elle estime que 60% serait consommateurs de cannabis. Sont retrouvés les antécédents de maltraitance : 40% déclarent avoir subi des mauvais traitements physiques, 36% des violences verbales et 3,5% un abus sexuel. De plus, une proportion de 7% est concernée par un handicap psychique ou mental.

En 2019, une autre étude (Bronsard & Boyer Laurent, 2019) propose d'étudier certaines caractéristiques médicales et psychologiques des jeunes placés en CEF. Elle retrouve que 90% des jeunes ont au moins un trouble psychique (dont 82% un trouble des conduites). 60% ont un niveau cognitif inférieur à la normale ; 30% ont un antécédent de trouble psychiatrique (résultat corrélé au trouble des conduites) ; 26% une addiction chez un de leur parent.

En 2020, Juliette Licour, répondant à un appel de la Direction Interrégional du Grand-Ouest, a cherché à rendre compte du nombre de jeunes relevant à la fois du secteur sanitaire, médico-social et judiciaire (Juliette Licour, 2020). 20% des jeunes accueillis dans les structures de la PJJ de la région présentaient des troubles de santé mentale diagnostiqués, dont 72% de troubles du comportement. Seulement 2% des jeunes avaient une notification MDPH.

La prévalence écrasante de troubles psychiatriques est retrouvée dans les travaux qui concernent la population des jeunes incarcérés. En s'intéressant à cette prévalence dans les populations ayant commis des délits, les études sur la population carcérale adulte sont unanimes à propos de la surreprésentation des troubles psychiques. Dans le Nord de la France, elle a été estimée à plus de 60% à l'admission en détention, avec une prévalence plus importante des troubles sévères que dans la population générale : 6,9% de troubles psychotiques, pour 2,3% en milieu ordinaire ; 31,2% pour 14,6% de troubles de l'humeur. Parmi les études internationales, celle de Fazel & col. estime à 3,7% la prévalence de trouble psychotique et à 10% celle de dépression ; pour Falissard & col., 28% de troubles de l'humeur et 17% de troubles psychotiques. Si les travaux diffèrent en termes de population et de méthode, ils s'accordent tous sur une surreprésentation des troubles. Les études concernant les mineurs incarcérés sont moins documentées, au moins pour la population française. Cependant les prévalences estimées sont plus fortes qu'en population adulte, avec une surreprésentation du trouble des conduites qui n'appartient plus aux classifications adultes (inversement aux troubles de la personnalité). La population des mineurs incarcérés n'est pas représentative de la population PJJ mais on peut supposer qu'elle concerne les mineurs ayant les profils de délinquance les plus graves et ainsi supposer une corrélation entre degré de gravité du parcours de délinquance et troubles psychiques. Une corrélation qui ne suppose cependant pas de relation de causalité.

On retrouve également dans la littérature internationale les mêmes constats de surreprésentation des troubles psychiatriques dans la population de jeunes concernés par le système judiciaire. De nombreuses études émanent de préoccupations criminologiques qui font le lien entre problèmes de santé mentale et délinquance (ou récidive) en s'intéressant plus à l'implication dans le processus de délinquance qu'à la santé des jeunes en elle-même (Haney-Caron et al., 2019)(Song et al., 2022). Cependant, la prévalence reste similaire, estimée dans certaines études à plus de 90% de jeunes impliqués dans le système judiciaire qui présentent les critères d'un trouble psychiatrique : épisode dépressif caractérisé, épisode maniaque, attaques de panique, stress post traumatique, trouble des conduites, trouble de l'usage de substance. La prévalence varie selon le degré d'implication dans le système judiciaire et le moment dans le parcours judiciaire. A son premier contact, elle concernerait plutôt 30% de jeunes. Les études les mieux documentées étant celles qui portent sur la population de jeunes incarcérés.

Une méta-analyse de 2021 sur la prévalence, aux Etats-Unis, des troubles psychiatriques en population carcérale pour mineurs avance des taux de 2,7% de troubles psychotiques, 10% d'épisodes dépressifs caractérisés, 17% de TDAH, plus de 60% de troubles des conduites, 9% de

troubles du stress post-traumatique (TSPT). Ces données sont valables pour la population masculine avec des taux plus importants de dépression (26%) et de TSPT (18%) dans la population féminine. Les taux de troubles psychotiques, TDAH, et de troubles des conduites sont relativement similaires (Beaudry et al., 2021).

D'autres études se concentrent sur l'aspect traumatique, qui reste peu exploré, bien que suggéré par les facteurs de précarité sociale et dans les descriptions des antécédents de maltraitance et de violences subies par les jeunes en conflits avec la justice. Un travail de 2021, portant sur plus de 600 jeunes en lien avec le système judiciaire, a montré qu'ils entraient dans ce système avec un haut degré d'exposition traumatique et poly-traumatique, associé à une majoration des besoins de santé mentale et addictologique (Duron et al., 2022). L'étude de Bronsard et Boyer sur les jeunes en CEF met en évidence la « corrélation entre les expériences négatives sur l'enfance et les troubles des conduites » et définit un « score des expériences négatives dans l'enfance » corrélé avec le trouble des conduites.

Il y a une différence entre les études françaises et anglo-saxonnes au niveau en ce qui concerne la catégorisation de la santé et des troubles psychiques. Cela interroge sur les méthodes diagnostiques utilisées et les références nosographie retenues en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Dans la plupart des études françaises, l'accent est mis sur les facteurs traumatiques mais la symptomatologie associée est peu explicitée. L'étude sur *Santé et sexualité* citée précédemment, évoque le rapport au corps, qui est, pour les éducateurs et professionnels de la PJJ, une première interface et un vecteur de communication chez des jeunes qui n'ont pas choisi d'être là et sont souvent « peu bavards ». Le mal-être et la souffrance sont visibles d'abord par le corps, ce qui contredit un rapport distant (induit par l'importance des violences subies) à celui de la part des adolescents.

II. Observation des missions du psychiatre à travers le cas particulier de l'exercice du psychiatre de celui du STEMO de la PJJ de Dunkerque

1. Participation au MJIE

Le *Code de la justice pénale des mineurs* prévoit « qu'avant toute décision prononçant une mesure éducative ou une peine à l'égard du mineur déclaré coupable d'un crime, d'un délit ou d'une contravention de la cinquième classe, des investigations sont réalisées pour acquérir une

connaissance suffisante de sa personnalité, de sa situation sociale et familiale et pour assurer la cohérence des décisions dont il fait l'objet » (article L. 322-1). A cette fin, deux outils sont à la disposition du juge : le recueil de renseignements socio-éducatifs (RRSE) et la mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE). Ils permettent de recueillir des éléments de personnalité, d'évaluer la situation d'un mineur dans son environnement et contiennent une proposition éducative. Le RRSE est une mesure d'évaluation rapide et synthétique contrairement à la MJIE qui est une évaluation plus poussée. Ni l'une ni l'autre ne sont des mesures éducatives et elles peuvent être demandées à n'importe quel stade de la procédure. Elles se distinguent également des expertises médicales, psychologiques ou psychiatriques qui peuvent être ordonnées par le juge par ailleurs.

Au pénal, la MJIE « consiste en une évaluation approfondie et interdisciplinaire de la personnalité et de la situation du mineur, y compris, le cas échéant, sur le plan médical » (art L. 322-7). Elle est ordonnée par le juge des enfants, le juge d'instruction ou le tribunal pour enfant. En général, elle est requise avant le jugement de sanction pour permettre au magistrat de prendre les décisions les plus éclairées. L'évaluation est réalisée par la protection judiciaire de la jeunesse ou par des services associatifs habilités. Au pénal, la très grande majorité des MJIE est réalisé par la PJJ.

L'évaluation se fait sur 6 mois. Des entretiens avec le jeune et ses parents sont réalisés par les professionnels de la PJJ dans le but de collecter les informations et établir un rapport complet à remettre au juge. D'ordinaire, elle est réalisée, en pluridisciplinarité, par trois professionnels : éducateur, assistant de service social et psychologue. Le déroulé et l'organisation des entretiens ne sont pas codifiés. Ils peuvent être en binôme, avec les parents, avec le jeune seul, dans les locaux de la PJJ ou à domicile. Un premier entretien de présentation de la mesure et un entretien de clôture pour sa restitution sont souvent réalisés en présence du responsable de l'unité éducative.

La pluridisciplinarité est une condition posée par la loi mais les intervenants ne sont pas spécifiés et, finalement, leur choix est laissé à l'appréciation, et à la disponibilité, des services. Au STEM de Dunkerque, le psychiatre participe à certaines MJIE quand cela semble pertinent à l'équipe. Il est alors amené à rencontrer le jeune et sa famille au cours d'entretiens pour son évaluation. Les indications les plus souvent retenues par les équipes éducatives sont :

- La suspicion d'un trouble psychiatrique ou de doutes prononcés sur l'état mental des parents ;
- La présence de pathologies neuropsychiatriques (épilepsie par exemple) ou somatiques qui vont nécessiter le recueil et l'analyse de données médicales ;
- Les situations de mineurs auteurs d'agressions sexuelles ayant un caractère d'emblée de gravité ou de complexité ;
- D'une manière générale les situations avec un caractère de gravité particulièrement marqué sur le plan pénal (homicides, acte de violence avec par exemple séquestration ou barbarie)

ou bien des situations complexes par la multiplicité des intervenants ou encore l'association de plusieurs délits.

Les entretiens des différents professionnels ne sont pas standardisés. Le contenu de la procédure n'est pas établi de façon détaillée par la loi. Il doit porter « sur la situation matérielle et sociale de la famille, les relations en son sein, les conditions d'éducation du mineur et d'exercice de l'autorité parentale, la prise en compte des besoins fondamentaux du mineur, la personnalité du mineur, son parcours de vie, son histoire familiale, ses réseaux de socialisation, ses antécédents judiciaires et éducatifs, son positionnement par rapport aux faits reprochés et à la victime, ses compétences psychosociales, son insertion scolaire et professionnelle, son bien-être, sa santé physique et psychologique » (art D322-6, Daadouch et al., 2021). L'ensemble des informations recueillies est ensuite mis en forme dans un rapport au juge. Selon l'usage, il est divisé en deux parties, rapport socio-éducatif et rapport psychologique, auxquelles peut s'ajouter un rapport psychiatrique et psychologique.

La MJIE n'est donc pas destinée à contribuer à l'authentification et à l'instruction des faits reprochés sur le plan pénal au mineur. De même, l'appréciation de la qualité des relations du mineur avec ses parents n'autorisent pas à établir un diagnostic psychopathologique de ces derniers. Cela différencie la MJIE de l'expertise.

David : évaluer la dynamique familiale et définir le volet santé de la Mesure éducative judiciaire

David S. à 16 ans, il habite chez ses parents avec son grand frère dans une maison à la campagne. C'est une « vie de famille tranquille » sans difficulté matérielle ni financière significative. Une ambiance de « gens gentils » dans une vie calme.

David est interpellé pour trafic de stupéfiants en avril, une *Mesure Judiciaire Educative Provisoire* est ordonnée. En octobre, il est jugé et déclaré coupable pour usage illicite de stupéfiant, transport et détention, offre ou cession et acquisition non autorisés de stupéfiants. Est ordonnée par le juge des enfants une *mise à l'épreuve éducative* et prononcée une *Mesure Educative judiciaire* pour une durée de 8 mois, confiée à la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Une Mesure Educative Judiciaire est un accompagnement individualisé construit à partir de la situation du jeune, sur les plans de sa situation personnelle, familiale, sanitaire et sociale. L'accompagnement commence donc par la rencontre avec le jeune et l'exploration de son mode de vie, de son histoire, du mode de fonctionnement familial. Cette rencontre a lieu au cours des entretiens avec les différents professionnels de la PJJ, éducateur, psychologue, assistante sociale qui tendent à proposer quel accompagnement sera le plus adapté.

C'est dans ce cadre que David rencontre l'équipe de la Protection Judiciaire de la Jeunesse de Dunkerque. Au cours des entretiens avec lui, l'impact de sa santé mentale sur son comportement paraît évident pour les professionnels qui s'occupent de lui. Pour explorer cet aspect de sa personnalité ainsi que les conduites addictives, des rencontres avec le psychiatre de l'équipe lui ont été proposées et acceptées par le jeune.

Eléments cliniques

David a 17 ans lorsqu'il rencontre le psychiatre de la PJJ pour la première fois.

Il n'a pas d'antécédent médical (hors psychiatrique) ni chirurgical. Il a un médecin traitant, ses vaccinations et son carnet de santé sont à jour. Il n'a pas d'allergie.

Il rapporte des antécédents psychiatriques :

- 1^{ière} hospitalisation suite à une tentative d'autolyse à 15 ans et 10 mois
- Hospitalisation en clinique psychiatrique à l'âge de 16 ans et demi et suivi psychiatrique pour syndrome dépressif associé d'un trouble de l'usage de substances psychoactives. Suivi arrêté à cause du mésusage de traitements.
- Suivi bref au CMP (adulte)
- Plusieurs tentatives d'autolyse (la première à 15 ans, évoquée précédemment)
- TOC dans l'enfance
- Trouble de l'usage de substances avec dépendance
- Suivi bref en CSAPA

Il bénéficie d'un traitement psychotrope, prescrit par son médecin traitant, par Mirtazapine 15mg/j. Il a eu dans l'enfance un traitement par Sertraline efficace sur les TOC et plus récemment un

traitement anxiolytique et hypnotique par Alprazolam et Zopiclone avec un phénomène de tolérance précoce et tendance au mésusage.

On retrouve des antécédents familiaux de troubles psychiatriques. Son père souffre d'un syndrome anxio-dépressif chronique et a réalisé plusieurs tentatives d'autolyse pour lesquelles il a été hospitalisés. Son grand-père paternel souffrait d'un trouble de l'usage de l'alcool avec dépendance. Les autres antécédents, notamment somatiques, ne sont pas connus.

Mode de vie

David habite chez ses parents. Il est le cadet d'une fratrie de deux frères. Il est célibataire, n'a pas d'enfant. Il ne paraît pas isolé sur le plan social (beaucoup d'amis notamment).

Il habite dans une maison d'une commune de 600 habitants en Flandre intérieure, relativement éloignée des centres urbains et mal desservie par les transports en commun. Il n'a pas d'autonomie financière. Depuis récemment, il bénéficie d'un Contrat Engagement Jeune. Il projette de passer le permis B et s'est déjà inscrit dans une auto-école.

La famille n'a pas de difficulté matérielle ni financière significative et n'a jamais eu de suivi social.

L'école primaire et le collège se sont déroulées sans difficulté avec des bulletins scolaires montrant de bons résultats et intégration scolaires. La scolarité a commencé à se dégrader au lycée parallèlement aux problèmes de santé. David est officiellement déscolarisé depuis le début de l'année de première pour sa « dépendance ». Il préparait un baccalauréat professionnel en carrosserie et avait arrêté de se rendre au lycée depuis l'interruption des ateliers pour raison sanitaire à la période du COVID en seconde.

Il s'est ensuite inscrit à la mission locale en répondant régulièrement à leurs sollicitations : a par exemple travaillé en centre d'usinage en industrie sidérurgique ou dans la cueillette de choux-fleurs. Il a également obtenu un contrat d'insertion professionnel dans les espaces verts (CDD de 32h). A termes, il envisage d'entreprendre une formation de magasinier automobile.

Il a des loisirs variés avec une appétence musicale : il joue de plusieurs instruments (guitare, synthé) et fait du mixage. Ses loisirs sont associés à une ambiance festive nocturne à laquelle il aime s'identifier. Par ailleurs il aime également la mécanique (motocyclettes), l'électronique et passe un temps assez important dans son atelier chez lui.

Sur le plan de la personnalité, il est décrit comme un garçon gentil, attentif, intelligent, respectueux, ayant de bonnes capacités d'introspection. Lors des entretiens, il parle avec aisance, en marquant une certaine distance, par un discours lisse et peu engagé. Il est à l'écoute et coopérant. Il semble vouloir se mobiliser et connaît bien les démarches à engager comme les dispositifs à solliciter.

Histoire de la maladie

Histoire de la maladie sur le plan addictologique :

- Cannabis : début des consommations vers 14-15 ans avec des amis. Avec l'herbe, sensation de liberté, soulagement et diminution du stress. Dans une volonté d'arrêt, il a diminué ses consommations depuis quelques mois qui restent cependant quotidiennes. Le levier de changement concerne des pertes de mémoire et une modification de son mode de consommation qui ne le satisfait pas (fume dès le matin). Il rapporte avoir eu des périodes de fortes consommations vers l'âge de 16 ans, « j'étais à l'Ouest ».
- Tabac : début consommations avec des amis vers l'âge de 15 ans (avait commencé à fumer du tabac dans les joints mais n'a commencé à fumer du tabac seul que secondairement), consommation actuelle estimée à 3-4 cigarettes roulées par jour.
- Cocaïne : Début vers l'âge de 15-16 ans, dans un milieu festif. Inhalée. Dans les périodes de consommation importante, estimée à 10g/semaine avec pics par moments. Actuellement occasionnellement, parfois en semaine. Dernière consommation estimée à un mois environ.
- Kétamine : depuis l'âge de 16 ans, en soirée. Recherche sensation de « relâchement », d'« anesthésie totale ». Inhalée. Consommation régulière mais concentrée sur le week-end (estimée à 5 traces par soirée) et non systématique.
- Ecstasy (pillule) / MDMA (cristaux) : début vers l'âge de 16 ans, milieu festif. Arrêt depuis environ 1 an. Recherche bien être. Aurait été dans un « quasi coma » lors d'une intoxication importante.
- LSD : carton / gouttes. Actuellement 1 prise dans les soirées. Très occasionnel.
- Speed : consommation lors de soirée à partir de 16 ans pour « rester éveillé ». Arrêt des consommations depuis plusieurs mois sans ressentir le besoin ni l'envie d'en reprendre.
- Il ne consomme pas d'alcool pour lequel il n'a jamais eu d'appétence.

David évoque un double rapport aux stupéfiants, récréatifs (contexte festif, expérimentation de soi, rapport à la musique) et thérapeutique pour soigner son stress ou des troubles du sommeil. Il identifie des effets négatifs des substances sur sa santé (« coma », troubles mnésiques, dépendance) mais reste sceptique sur le fond quant à leur dangerosité.

Ses parents sont dans la banalisation de l'usage des stupéfiants qu'ils voient comme une étape presque nécessaire ou du moins normale dans le développement adolescent.

Sur le plan psychiatrique :

L'histoire développementale n'est pas connue. La première rencontre avec un psychologue aurait été en âge scolaire élémentaire (CM1/CM2) pour des troubles attentionnels. Les TOC dans l'enfance n'ont pas été explorés et nous n'avons pas accès à plus d'information sur la symptomatologie et l'évolution du trouble.

Depuis « toujours », David se décrit avec un fond de « mal-être » chronique.

Le début des consommations de substances psychoactives commence lorsqu'il est au collège par le cannabis et le tabac (14-15 ans) et va se diversifier, mêlé à une consommation festive revendiquée, au début du lycée vers 15-16 ans.

Crises suicidaires et symptomatologie dépressive : l'avis du psychiatre PJJ

La vie familiale est ponctuée par les « crises » récurrentes de David quand il est en manque de stupéfiant ou lorsque son mal-être est plus prononcé.

Il est hospitalisé en service de pédiatrie suite à 1^{ière} Tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (4 plaquettes d'alprazolam et 2 boîtes de Zopiclone) en décembre 2020 (15 ans et 10 mois). Il décrit un geste impulsif suite à une dispute avec sa copine, sans intention suicidaire mais l'intention de se détacher de pensées négatives concernant l'avenir, dans une recherche d'évitement de sa souffrance psychique.

Après cette hospitalisation, il entame un suivi par une psychologue exerçant en libéral. En été 2021 (il a 16 ans et demi), conseillé par sa psychologue et n'arrivant pas à réduire de lui-même ses consommations, il demande à être hospitalisé en clinique privée psychiatrique. Il sera hospitalisé deux semaines avec comme objectifs de restaurer son rythme de vie et l'arrêt des substances psychoactives. Le traitement par MIRTAZAPINE est introduit lors de son séjour avec selon lui, une nette diminution des consommations ainsi que la disparition d'attaques de panique (apparues avec la diminution des consommations de cannabis).

Le suivi psychiatrique va rapidement s'arrêter après cette hospitalisation. Le psychiatre qui le suivait aurait mis fin au suivi à cause du mésusage des traitements prescrits (notamment nouvelle intoxication médicamenteuse volontaire sans velléité suicidaire) et de l'absence d'engagement dans les soins.

Le psychiatre vacataire du STEMMO de Dunkerque rencontre David à 17 ans et 9 mois. La rencontre a été sollicitée par l'éducateur qui le suit, répondant à la demande du jeune qui cherche à se sevrer en cannabis. Il a rencontré à deux reprises le psychiatre au cours de consultations, fléchées addictologie. Ces consultations ont permis d'évaluer la demande de soins au regard d'un parcours déjà chargé sur le plan clinique (qu'est-ce qu'il a ? qu'est-ce qu'il en attend ?). L'objectif étant de proposer une réponse qui fait sens pour le jeune (en termes de délai et de cohérence dans son accompagnement) et l'orienter si nécessaire vers les soins du dispositif commun (souvent moins réactifs en termes de délai et éloignés de la réalité du jeune qui ne s'imagine pas franchir la porte d'un CMP).

L'histoire de la maladie et la présentation clinique suggèrent l'intrication de comorbidités psychiatriques et addictologiques. La demande de suivi psychiatrique semble motivée en premier lieu par l'éventualité d'une ordonnance et vient se substituer à la demande de suivi psychologique. Cette recherche de traitement pourrait être de l'ordre de la recherche de substance ou en lien avec des biais cognitifs, classiques dans la pathologie addictive, d'attribution de la santé à un produit et de croyances magiques à propos des traitements.

Approche systémique de la dynamique familiale

Au cours de son suivi PJJ, entre les deux consultations psychiatriques, un événement de vie marquant va ébranler son cheminement. Son père a été hospitalisé pendant deux mois après une tentative de suicide. David rechute dans les consommations (principalement cannabique, mais aussi kétamine). Il présente un fléchissement thymique, une perte d'appétit et un syndrome

amotivationnel avec malgré tout, la persistance d'une projection dans l'avenir et dans ses projets de vie. Il associe le syndrome amotivationnel à la reprise des consommations de cannabis : « j'ai pas de motivation, je laisse le temps passer et ça ne me va pas... ». La tristesse de l'humeur, les ruminations anxieuses et la perte d'appétit sont réactionnelles aux problèmes familiaux. Il se dit « choqué » par la tentative de suicide de son père, évoque l'épuisement de sa mère par rapport à la santé et au comportement de son père. Il envisage d'aller vivre avec sa mère si le couple parental se sépare.

David interroge sa place dans la famille et son rapport à ses proches et à son indépendance. Une ébauche d'une approche systémique du trouble émerge à l'occasion des entretiens familiaux lors de la mesure éducative.

Ses parents sont mariés depuis 10 ans. Depuis plusieurs années, il existe des tensions dans le couple avec une volonté de séparation du côté de la mère qui aimerait trouver un logement pour elle et ses fils. La famille évolue cependant sur cette injonction depuis, au moins, plusieurs mois.

Suite à un « burn-out » professionnel, le père est en invalidité depuis 3 ans. Il occupe au sein de la constellation familiale le rôle du « déprimé ». Parallèlement, David est déscolarisé. Père et fils passent l'essentiel de leur temps à deux au domicile. Le fils est également assigné à cette place de « dépressif » alors qu'il revendique son identité de « teuffeur ». Cette double étiquette, quasi oxymorique, engendre des situations de « crises ». Celles-ci sont perçues comme le principal problème, car elles appellent une réponse immédiate et concrète. Le problème n'est pas tant le mal-être de David, ni ses consommations mais la crise de colère ou d'angoisse quand il est en manque ou quand il est en souffrance morale. Un double système de terreur et d'évitement se côtoie dans la famille. Alimenter l'addiction pour éviter la crise (et le mal-être), rester unis pour éviter le suicide du père.

Et la terreur engendrée par les crises (violente ou suicidaire) est attribuée dans ce système à la maladie. Le comportement délinquant de David est ainsi justifié par son mal-être et l'ensemble de ses difficultés personnelles avec l'espoir, et croyances, que la médecine pourra résoudre le problème. De façon générale, le suivi judiciaire est peu investi (ni par David ni par ses parents). En effet la dynamique familiale est préoccupée par le statut de malade qui est bien identifié au détriment de celui de délinquant, qui demeure ignoré.

Après la tentative de suicide de son père, il met d'abord en avant, lors des entretiens avec son éducateur, un sentiment de détachement et de désintérêt. Plus tard, il se dira choqué et affecté par la situation familiale en général. Il se plaint de l'ambiance à la maison, concernant la situation de son père : « c'est chaud », « on est un peu coincé ». Cela est interprété comme une ébauche de prise de recul et de conscience par le jeune.

De leur côté, la mère et son frère travaillent. Le fils aîné semble s'être échappé par son métier de la dynamique familiale. Le père et le fils cadet n'ont pas cette échappatoire et se dessine une symptomatologie en vase communicant entre les deux.

Articulation avec les soins et la justice

Après la deuxième consultation avec le psychiatre su STEMO, David finit par accepter l'idée d'une reprise de suivi en CMP. Ce n'est qu'une étape qui n'assure en rien sa réalisation ultérieure mais étape tout de même, qui plus est, soignante, d'un parcours de réhabilitation, qui n'est pas linéaire.

Son éducateur référent a rapidement identifié la souffrance psychique chez ce jeune qui avait déjà eu un suivi psychiatrique. Il s'est avéré également flagrant pour l'équipe de la PJJ que l'état de santé du père semblait déterminant dans la compréhension du fonctionnement de David. En plus de la consultation, le rôle du psychiatre au sein de l'équipe est également d'apporter des éléments d'analyses concernant les notions médicales permettant de donner des clefs de réponses qui peuvent participer à apporter de la cohérence dans la compréhension des situations. Par ailleurs, la consultation auprès du psychiatre se fait dans le respect du secret professionnel. Sa participation au projet éducatif se situant au niveau de la réflexion et des propositions d'orientation du jeune. Celui-ci est informé dès le départ du cadre déontologique et éthique de l'entretien médical qu'il peut refuser à tout moment. Un parallèle peut être établi avec la posture des psychologues que ce soit en service de psychiatrie ou en service éducatif.

Enfin, l'intervention du psychiatre du service judiciaire, permet d'étayer les propositions sur la santé mentale dans les rapports envoyés au juge des enfants. Ainsi, On peut lire dans un rapport de la mesure judiciaire éducative (MEJ) : « Il a rencontré à deux reprises, le psychiatre de notre service qui estime le jeune en grande souffrance et demeure inquiet pour sa santé. » Cette information, sans entraver le secret médical, permet de justifier de l'investissement dans le module santé de la MEJ et d'appuyer le propos de l'éducateur, rédacteur du rapport, sur la problématique du jeune pour une plus grande compréhension de sa situation par le juge des enfants.

2. Participation aux réunions dédiées aux situations d'analyse de « cas complexes » : approche de transdisciplinarité

Une fois par mois, les professionnels se rencontrent en réunion dite « cas complexe », qui va évoquer la situation d'un jeune avec son éducateur référent, les psychologues des deux unités, l'assistante sociale de l'unité du secteur concerné, le responsable d'unité éducative et le psychiatre. L'initiative a été prise en 2020, avec la mise en place par le service de la PJJ de l'outil « collègue d'études de situations complexes ». Il s'agit d'un temps institutionnel collectif spécifique consacré à l'étude d'une situation en interdisciplinarité et en inter-unité. Cette instance a vocation à favoriser une prise de recul réflexive à un moment donné, pour permettre de dégager de nouvelles pistes de travail. On retrouve ainsi l'analyse de la situation et la mise en évidence des méthodes et/ou pistes de travail. Il est confié à l'appréciation de chaque professionnel, principalement les éducateurs, de faire la demande de se réunir autour d'un cas particulier. L'appréciation de ces situations de jeunes, qualifiées de « complexes », dépendent donc d'une certaine subjectivité et concernent généralement les suivis qui posent des difficultés aux professionnels. Souvent les infractions les plus graves (meurtre, viol) sont d'emblée évoquées en « cas complexes ». Les réunions permettent d'apporter un regard pluridisciplinaire et ainsi une forme de collégialité. Elles permettent aussi de solliciter directement le regard médical par l'intermédiaire du psychiatre, afin d'évoquer les situations dont l'intrication avec des troubles psychiatriques compliquent le travail éducatif.

Dans son mémoire de validation professionnelle, Charles Ghezzi, éducateur de la PJJ, note que les « troubles relevant du domaine de la psychiatrie » viennent fausser l'image que les professionnels vont se faire d'un adolescent. Il a ainsi proposé un questionnaire à des professionnels de la PJJ afin de collecter des témoignages sur la problématique de la santé mentale des jeunes. Il ressort de cette étude que, du point de vu des éducateurs, l'existence du diagnostic médical entraîne une meilleure connaissance des capacités du sujet et de son évolution possible ; permet d'évaluer les précautions à prendre, ou non, pour adapter le suivi ; ils l'associent également à la mise en place d'un traitement qui permette la stabilisation psychique facilitant l'accompagnement. Enfin, ce diagnostic permet de mieux comprendre les freins et leviers et de saisir, ou apprécier, la part du trouble psychiatrique au moment du passage à l'acte.

Lors de ces réunions, le travail du psychiatre consiste à donner son avis médical touchant des situations qui laissent les professionnels démunis. Ceci permettant, en premier lieu, d'orienter vers la consultation pour évaluation psychiatrique. Parfois, les jeunes sont déjà suivis, ou ont été suivis sur le plan psychiatrique et ont informé leur éducateur de leur diagnostic et des traitements qui sont

pris. Les représentations qu'il aura de la maladie mentale, diagnostic ou traitement médicamenteux, influenceront sa relation à celui qu'il accompagne. L'avis du psychiatre permet à ce professionnel de déceler ces ressentis, qu'il a l'habitude d'interroger, à un interlocuteur capable d'apporter des connaissances spécifiques et savoir adapter son mode relationnel avec l'objectif d'améliorer son travail éducatif. Il s'agit d'une approche de psychologie médicale mise au service du projet éducatif du jeune. Eclairer un diagnostic - ce qu'il représente pour le jeune, pour sa famille, pour le corps médical ou dans sa relation à l'autre - permet de faciliter la compréhension et d'ajuster la relation éducative. Par ailleurs, un travail de *déstigmatisation* doit se faire en permanence, car les professionnels sont confrontés à « des problèmes » et des situations d'impasse pouvant provoquer des défenses ou des raisonnements erronés, conduisant à l'impasse de la stigmatisation par l'environnement éducatif et social.

Il est aussi du rôle du psychiatre d'aider à hiérarchiser les conduites à tenir dans des situations où sont systématiquement intriqués des enjeux de différents ordres. La question des soins étant fréquemment prise en compte par les professionnels de la PJJ, mais difficilement intégrable à leurs pratiques (qui impliquent, la plupart du temps, des suivis) dans la mesure où ils n'en possèdent pas les clefs. D'autant moins que, parfois, les suivis de soins doivent être articulés avec les dimensions socio-judiciaires posant la question de la bonne temporalité. En effet, contrairement au suivi au Centre médico psychologique (CMP), le suivi socio-judiciaire est obligatoire. Comprendre que la demande de soins n'est pas celle du jeune, quand elle émane du professionnel ou de ses proches (quand il en a) est souvent acquis par les éducateurs expérimentés. Comprendre quel est l'accès aux soins dans ce contexte relève plus du spécialiste en santé mentale.

Depuis les années 2000, une nouvelle catégorie de jeunes, qualifiés d'« incasables », est identifiée par les professionnels et chercheurs de l'aide à l'enfance. Ils représentaient, en 2008, 2% des adolescents pris en charge à l'ASE. Sont concernées des personnes aux limites des institutions, dont la prise en charge n'arrive pas à s'ancrer dans une branche institutionnelle évitant les ruptures de parcours. Le phénomène « patate chaude » est souvent évoqué au sujet de ces jeunes qui vagabondent entre l'hôpital, les foyers, la prison, la rue ; pas assez malades ou trop violents pour être à l'hôpital, trop incontrôlables pour les foyers, inadaptés par leurs comportements autodestructeurs en prison, trop « enfants » (et pas assez autonomes) pour vivre dans la rue.

Ces situations sont une part de celles évoquées en « cas complexes ». L'importance de la multidisciplinarité les concernant oblige à une coordination en équipe, complémentaire des réunions avec les différents partenaires. Elles invoquent presque systématiquement la ressource médicale psychiatrique. « Les incasables ne sont pas obligatoirement des jeunes qui rencontrent des troubles de la santé mentale mais, face à un incasable, la question de la santé mentale finit

inévitablement par se poser » (Ghezzi, 2022, p. 36). Du point de vue des travailleurs sociaux (confirmé par notre expérience personnelle des services psychiatriques), les soignants peuvent être dans le rejet de ces situations. Ils déplorent une psychiatisation abusive de ces jeunes et redoutent de les voir enfermer dans des soins qui alimentent leur symptomatologie. Ce rejet contribue au sentiment de solitude du travailleur social confronté à un jeune qui est souvent engagé dans des soins, malgré tout. Parole d'éducateur : « le soin n'est pas obligatoire, même pour les cas des prises en charge les plus difficiles, mais il permet aux éducateurs de se sentir moins seuls face aux jeunes et leurs comportements. La pédopsychiatrie n'a parfois pas sa place dans la prise en charge et c'est seulement l'adolescence dans toute sa complexité qui est à l'œuvre. L'éducateur PJJ, va alors par réflexe, tenter de se décharger de toute responsabilité en pointant du doigt la psychiatrie. Cette tendance est critiquée au sein de la communauté médicale » (Ghezzi, 2022, p. 43).

« Incasable » ou seulement « complexe », le rôle du psychiatre est aussi parfois de se mettre en retrait quand le cas n'engage pas son domaine de compétence. Mais en communiquant, en exposant un avis, il ne laisse pas seul ses partenaires, au contraire.

Nous n'avons pas étudié systématiquement quelles étaient les situations qui sont qualifiées de « complexes » au STEMO de Dunkerque depuis sa mise en place, ni à quel point elles relèvent d'une complexité sociale ou médico-sociale. Cependant, au vu de la prévalence des troubles psychiques et du recours aux soins (consultations aux urgences notamment) dans cette population, le concours du psychiatre ne semble pas superflu. D'autant que plusieurs rapports ont montré que les troubles psychiques sont « un frein à la prise en charge éducative ». Il est donc probable que les situations qui mettent les plus en difficulté les professionnels nécessitent ce recours médical.

Le cas clinique suivant illustre cette sous-partie.

Multiples traumatismes et mises en dangers, le cas de Sylvia

Sylvia a 18 ans, de premier abord, c'est une jeune fille sûre d'elle, drôle, qui rit de tout, y compris des multiples viols qu'elle a subis.

Elle est mise sous protection judiciaire pendant 2 ans suite à un jugement pour délit de violence sans incapacité sur une personne chargée de mission de service public (une infirmière du CHD où elle avait été hospitalisée pour alcoolisation aiguë).

Elle présente un parcours de souffrance psychique déjà conséquent :

- Hospitalisée à plusieurs reprises en pédiatrie pour tentatives de suicide.
- Suivie au CMP adolescent l'année de ses 16 ans, suivi rapidement arrêté.
- Usage à risque d'alcool avec des ivresses pathologiques, de cannabis et de protoxyde d'azote (sera hospitalisée en médecine physique et réadaptation pour paralysie des membres inférieurs en lien avec la consommation de proto).

On retrouve des mises en danger récurrentes avec des rapports sexuels à risque répétés.

On ne retrouve pas d'antécédent médical ni chirurgical particulier et ne prend pas de traitement si ce n'est une contraception par implant microprogestatif. Son IMC indique un état de maigreur.

On ne connaît pas les antécédents familiaux. La mère aurait un trouble de l'usage de l'alcool chronique.

Mode de vie, famille, scolarité

Elle est la cadette d'une nombreuse fratrie. Ses parents ont vécu plusieurs années en concubinage. La garde de la fratrie a été confiée au père à leur séparation à cause de la fragilité de la mère. Les enfants témoignent de carences parentales multiples (pouvaient rester plusieurs jours seuls au domicile sans nourriture ni argent). Il existe également des suspicions de violences sexuelles incestueuses. La famille est connue par les services sociaux et ce depuis le plus jeune âge de la fratrie. Après le départ de leur mère, ils ont été rapidement placés à l'ASE, éparpillés dans divers lieux de placement. Sylvia a été placée très jeune la première fois. A 18 ans, son parcours de vie est une succession de ruptures au niveau de son lieu de vie et de son entourage.

Sylvia a été une bonne élève qui allait en cours régulièrement, aime lire, et écrire. Plus jeune, elle voulait devenir gendarme ou gardien de prison. L'école a pu être un lieu sûr, avec des personnes qui ont été ressources et stabilisantes pour elle. Elle est cependant déscolarisée au lycée et son instabilité ne permet pas de la raccrocher à un projet de réinsertion.

Le placement s'est poursuivi au-delà de sa majorité grâce à un contrat jeune majeur qu'elle a sollicité. Elle a été placée chez sa grande sœur avec un effet bénéfique du placement jusqu'à la répétition traumatique et destructrice du viol. Le lycée (qu'elle a alors repris) fait un signalement suite à des allégations de viol qu'elle aurait subi par le conjoint de sa sœur.

A plusieurs occasions, elle révèle de nouveaux viols : l'un par ses frères, un second par un homme qui l'héberge, un troisième lors d'un moment d'abandon à la substance. Elle évoque des viols subis en étant totalement détachée et dit qu'« on ne peut rien pour elle, que le passé est le passé ». La

psychologue qui la suit pourra écrire, qu'« elle n'a plus d'intimité et peut de ce fait verbaliser spontanément les agressions qu'elle a subi avec des termes crus ».

Pour l'interlocuteur extérieur, l'histoire personnelle est insaisissable du fait des ruptures et répétitions de comportements qui empêchent la recherche de sens.

Se réunir autour du « cas complexe »

L'importance des mises en danger et l'intrication avec des consommations de substances psychoactives importantes (notamment de l'alcool) justifient la présentation en réunion de « cas complexes » qui rassemble les intervenants du suivi PJJ : éducateur, psychologue, assistante sociale ; le chef de service et le psychiatre de l'unité. Ici, la complexité renvoie surtout à la mise en danger par la jeune, à laquelle l'équipe assiste, impuissante. La mobilisation pluridisciplinaire permet une répartition collective de la souffrance des professionnels référents.

La question d'une hospitalisation sans consentement est posée par les professionnels qui suivent Sylvia et va être posée en réunion cas complexe au psychiatre de l'unité. La question ne semble pas refléter une tentative de psychiatrisation ni de délaissement de la part de l'équipe mais une recherche de solution pour arrêter la mécanique de sabotage des mises en danger récurrentes chez une jeune rencontrée très tard dans son parcours de destruction. Le psychiatre va pouvoir expliquer l'absence d'indication médicale à une hospitalisation sans consentement et orienter vers des soins ambulatoires en Centre Médico Psychologique en travaillant à une éventuelle hospitalisation en soins libres. De plus il va aider à distinguer la part de la comorbidité addictive dans son histoire et l'enjeu en termes d'accompagnement.

Sylvia explique avoir commencé à boire de l'alcool et avoir recours aux stupéfiants à une période où elle aurait accusé un de ses frères de l'avoir agressée sexuellement et de façon répétée dans l'enfance. Son père aurait refusé de la croire ce qui l'aurait profondément bouleversée et selon elle aurait provoqué à ce moment un échec scolaire et le refuge dans les consommations. L'alcool sera omniprésent sur les deux ans de suivi par l'équipe de la PJJ. L'alcool et d'autres substances psychoactives comme le cannabis ou le protoxyde d'azote jusqu'à son hospitalisation en rééducation pendant 2 mois pour paralysie.

Expliquer l'enjeu de la réduction de risque en recentrant l'accompagnement sur les besoins primaires de sécurité matérielle, économique, sociale et de santé basique fait partie de l'intervention du psychiatre.

D'après la psychologue du service, le rôle du psychiatre est aussi d'apporter un regard médical, qui va apporter un ancrage corporel différent de l'approche purement psychologique du psychologue. Le souci de la santé, du corps éprouvé par les conduites à risque est fondamental. Quand l'équipe sollicite un avis médical, ou quand le psychiatre s'en mêle, ce n'est pas pour se décharger et trouver l'explication ni la solution dans la psychiatrie mais dans un souci de soigner et préserver une personne en souffrance dans une histoire dont elle ne maîtrise pas tous les enjeux.

Restaurer l'estime de soi

Sylvia a investi le suivi psychologique proposé par la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Elle est décrite comme très intelligente avec un bon vocabulaire, une compréhension aisée. Quand elle vient aux rendez-vous, elle est ponctuelle et ne supporte pas le retard. Elle est aussi volubile, n'a pas de censure, plus de pudeur. Des difficultés de concentration et la perte de son intimité rendent les échanges vaporeux, sans prise. Elle est souriante, toujours apprêtée, très attachée au paraître. Contrastant avec une représentation utilitaire et sordide de son corps : « comme un Kleenex, on prend, on jette ».

Les objectifs du suivi s'attachent à remettre de l'ordre concernant l'estime de soi, le travail de l'individuel. Le suivi irrégulier ne permet pas un travail de déconstruction des fonctionnements et comportements délétères au risque de ne pas pouvoir reconstruire par manque de temps. Le relai au CMP va dans ce sens mais ne sera pas investi sur le temps du suivi par la PJJ.

Sylvia a bénéficié de ce suivi en conséquence de son statut d'auteur d'infraction. Une des hypothèses posées précocement par l'équipe de la PJJ par rapport aux comportements à risque a été qu'elle n'a jamais eu le statut de victime et qu'elle ne peut faire la distinction entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Les mesures mises en place par la Protection Judiciaire de la Jeunesse ont vocation d'intervenir comme sanctions pour des auteurs d'infractions. La justice des mineurs reconnaît la nécessité de protection du mineur jugé coupable. Cependant, c'est sur son statut d'auteur et rarement de victime que l'accompagnement s'organise. Au sujet de Sylvia, c'est ce que sa psychologue déplore : institutionnellement, on accompagne un auteur et pas une victime. Comment redonner du sens à l'histoire du sujet dans cette mesure ?

3. Consultation psychiatrique

Une autre des missions du psychiatre à la PJJ de Dunkerque est la consultation psychiatrique. Le psychiatre est alors convoqué comme soignant et non comme consultant. La consultation est cette fois un temps de confidentialité entre le psychiatre et le jeune et se fait dans le respect du secret. Cette consultation est, en général, suscitée par les éducateurs ou le psychologue qui suivent un jeune, mais se font avec l'accord de ce dernier. La consultation peut avoir été réfléchie au cours d'une réunion type « cas complexe » ou être directement à l'initiative d'un professionnel qui aura fait le point d'abord avec le psychologue du service. La demande de consultation peut également avoir pour origine le jeune qui en formule le souhait. Même si, le plus souvent, la demande n'émane pas de lui, en l'acceptant il se situe déjà dans une démarche de soin.

Cette consultation n'a pas vocation à se substituer aux soins généraux. Le psychiatre du STEMO ne réalise d'ailleurs, dans la plupart des cas, pas de suivis. Les consultations peuvent permettre de réaliser une évaluation psychiatrique quand, malgré l'évaluation psychologique, subsiste un doute sur la nécessité de soins. Elles permettent donc d'évaluer, informer et orienter le jeune vers les soins s'ils paraissent indiqués. La question se pose lorsque l'éducateur rencontre des difficultés inexplicables dans le suivi, ou quand le comportement du jeune laisse présager un trouble psychopathologique sous-jacent. Bien que l'inquiétude reste un moteur de la sollicitation, ces consultations n'ont pas un caractère d'urgence. Si nécessaire, les lieux de recours d'urgence psychiatrique sont bien connus des travailleurs sociaux.

Il nous semble également important de préciser que la consultation n'est pas là pour pallier les délais d'attente des soins généraux (dispositifs de soins en santé mentale et addictologie de première ligne, CMP, CSAPA). Il s'agit de tenter d'en favoriser l'accès pour une population qui présente un mauvais état de santé et un accès aux soins paradoxalement restreint (et qui ne s'explique pas par la seule « non demande d'aide » mais par de multiples paramètres). A un jeune avec suivi judiciaire et qui ne formule pas de demande de soins, il est peut-être plus judicieux de proposer un rendez-vous dans un lieu déjà connu. Démarche portée par des professionnels avec qui se crée une relation de confiance. Lui proposer de but en blanc de se rendre au CMP est un gage d'échec. « Se tourner vers un médecin inconnu, avec lequel la relation de confiance est à construire, et qui est plus éloigné de leur lieu de résidence sont autant d'éléments ne facilitants pas la mobilisation et l'implication des jeunes dans leur parcours de santé » (DPJJ & INJEP, 2015, p 44). L'éloignement géographique et temporel (par le délai de prise en charge) s'intègre difficilement dans le parcours de l'adolescent, qui aurait du mal à lui donner du sens et à s'en saisir.

Concernant l'éloignement géographique, les jeunes de la PJJ sont souvent difficiles à inscrire dans un parcours de soins du fait de l'instabilité de leur mode de vie, parfois même liés aux placements prescrits par la justice : en errance, en fugue ou à l'occasion de placements en foyer ou en famille d'accueil. Cette mobilité occasionne de nombreuses ruptures de soins, ou des difficultés à investir un suivi. D'autant que ces traits peuvent poser des problèmes en termes d'organisation des soins et de sectorisation, ce qui contribue éventuellement à ralentir et rallonger les délais de prise en charge. La consultation psychiatrique au sein de la PJJ est parfois le rouage d'un suivi de soins plus général.

Un autre aspect de la consultation concerne les obligations de soins qui peuvent être ordonnées par le juge des enfants au cours d'un suivi judiciaire, par exemple. Les soins ordonnés par le juge ne sont pas toujours indiqués par les médecins et les jeunes se voient parfois refuser un suivi psychiatrique au CMP devant l'absence d'indication. Quand bien même, un suivi pédopsychiatrique sans l'adhésion du premier intéressé est à risque d'échec. Être amené aux soins par sa famille ou ses proches est autre chose que d'y être obligé par la justice. Quand le jeune est amené aux soins par sa famille, on travaille au cours d'entretiens familiaux, sur la crise qui le concerne autant que ses proches. Il est difficile de mener des entretiens familiaux avec la présence occulte de l'institution judiciaire. Le psychiatre du service socio-judiciaire peut prendre en charge certains suivis en obligation de soins, ce qui permet au jeune de respecter les conditions imposées par le juge et, éventuellement, s'il en a besoin, de l'intégrer dans son parcours de désistance et son parcours de vie.

Au commencement : la consultation à orientation addictologique

La consultation à orientation addictologique au STEMO de Dunkerque a été créée à la suite du rapport de l'INSERM de 2005 et a précédé, en pratique, la consultation psychiatrique. Cette étude, décrite précédemment, a mis l'accent sur la sur-prévalence des consommations de toxiques et des prises de risque en général chez les jeunes de la PJJ.

A l'époque, l'étude met en avant la sur-prévalence des consommations de tabac, alcool et cannabis en fréquence et en intensité (Choquet & Hassler, 2005). 60% des jeunes y participant sont fumeurs de tabac et 30% fumeurs de cannabis. 14% consomment régulièrement de l'alcool. L'âge du début des prises est globalement plus précoce qu'en population générale. Les consommations d'ecstasy, d'amphétamines, de cocaïne et d'héroïne ont une place non négligeable. Sans différence notable entre garçons et filles. Comparés à la population scolaire du même âge, les jeunes PJJ consomment

plus de tabac et de drogues illicites mais moins d'alcool. Ces données sont anciennes et les prévalences accompagnent l'évolution de ces pratiques dans la société. Les études de l'INSERM font déjà le constat d'une modification des usages avec diminution des consommations d'alcool et de tabac et une majoration de toutes les autres substances psychoactives illicites. En 2016, dans la cohorte marseillaise, 60% des jeunes sont concernés par le cannabis. A l'instar des 60% de fumeurs de tabac en 2005. Fumer du cannabis semble avoir remplacé le tabac dans l'échelle des actes transgressifs. Il existe probablement des disparités régionales mais le changement des modes de consommation est général et n'épargne pas la population PJJ. Nous n'avons pas trouvé de données qui étudient en population PJJ la consommation de protoxyde d'azote. Mais plusieurs jeunes suivis à la PJJ de Dunkerque ont été concernés par des complications neurologiques de ce produit. On peut s'attendre également à voir des délits, vols notamment, et accidents de voiture en lien avec cette consommation : dans notre expérience très modeste, ce fut le cas, dans une même matinée de consultation, d'au moins deux jeunes adultes, arrivant au centre pénitentiaire de Sequedin. D'autres produits plus récents pourraient être l'objet d'une discussion, mais cela nous éloignerait du propos de notre travail. Quoi qu'il en soit, l'intérêt porté, par le biais du comportement, aux modes de consommation fournit un indicateur important de l'évolution des pratiques (et des nouveaux problèmes de santé qu'elles peuvent occasionner). Ce constat est connu des psychiatres travaillant en milieu carcéral.

De plus, la corrélation du passage à l'acte aux consommations de toxiques est très documentée tant dans la population générale que, plus spécifiquement, délinquante (comme en milieu carcéral). Dans la perspective de réduire la délinquance, il est donc assez intuitif de proposer une prise en charge spécifique à ce sujet. Les peines de stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants en sont un exemple, mais aussi, dans une autre mesure, les obligations de soins addictologiques. Or, ces stages relèvent finalement plus de la prévention primaire et du point de vue soignant, paraissent peu adaptés, ou au moins peu efficaces pour une population déjà particulièrement concernée par la consommation de toxique et ses conséquences comportementales. Les obligations de soins addictologiques posent les mêmes difficultés que les obligations de soins psychiatriques, bien qu'elles puissent être l'amorce d'une démarche thérapeutique. Une intervention médicale permet en tout cas d'enrichir l'abord de la question des consommations par les connaissances dans le domaine de l'addictologie ; d'apporter un soin adapté au stade motivationnel de la personne ; d'envisager la réduction des risques (RDR) ; de prendre en compte les comorbidités psychiatriques.

Consultation de soins d'abord, à la demande du jeune ou sollicitée par l'équipe éducative et acceptée par lui. Participation à la veille sanitaire, ou à la prévention de la délinquance dans une autre mesure. Le trouble de l'usage est un enjeu à l'échelle individuelle et sociale et la consultation addictologique, dans les locaux du STEM0, illustre bien la multiplicité des modalités de l'accompagnement à la PJJ du point de vue du psychiatre.

4. Certificat médical des dossiers MDPH

Le handicap est une problématique récurrente qui vient compliquer le suivi des jeunes à la PJJ. Les éducateurs sont souvent confrontés à des jeunes chez qui ils constatent, au cours du suivi et de l'accompagnement dans les démarches, un défaut d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Ou à des jeunes qui présentent, en entretien, des difficultés manifestes de compréhension : « je me suis vite rendu compte qu'il ne comprenait pas tout, qu'il avait du mal à exprimer ce qu'il voulait dire. Parfois c'est au deuxième rendez-vous que je me rendais compte qu'il n'avait rien retenu, ou rien compris » (parole d'éducateur).

Dans les études qui s'intéressent à la santé des jeunes suivis par la protection judiciaire, le taux de handicap est estimé entre 2% des jeunes de la PJJ avec une notification MDPH (Juliette Licour, 2020) et 25% (étude INSERM 2014). Dans la cohorte marseillaise, le taux de handicap psychique ou mental est estimé à 7% (Bibard Daphné et al., 2016). Dans l'étude menée en centre éducatif fermé, il est mis en évidence que 60% des jeunes ont un niveau cognitif inférieur à la normale (Bronsard & Boyer Laurent, 2019). La population des jeunes en CEF n'est pas représentative des jeunes suivis à la PJJ mais elle reste très indicative en termes d'impact du handicap, et peut-être particulièrement pour les jeunes avec les profils les plus sévères (sur le plan judiciaire au moins). La diversité des données illustre les difficultés de leur saisie statistique ; en outre, elles proviennent d'études qui n'évaluent pas spécifiquement la prévalence du handicap et dont les résultats sont soumis à de nombreux biais. Dans le rapport de la CNAPE 2018, à la croisée du Handicap et de la délinquance, les auteurs déplorent une absence de chiffres officiels concernant le nombre de jeunes concernés à la fois par le champ médico-social et le champ pénal (successivement ou simultanément).

Au sein de l'UEMO, quand un éducateur identifie des difficultés de compréhension, ou quand il constate que l'accès à l'autonomie ne paraît pas naturel, il évoque l'hypothèse du handicap. Le

parcours scolaire l'oriente également. Il s'en suit une sollicitation de la psychologue de son unité qui va pouvoir, le cas échéant, réaliser les tests psychométriques qui étayeront le dossier MDPH. L'inadaptabilité de certains jeunes à un milieu constitué, sans adaptation préalable, rend difficile la mission du suivi éducatif, qui vis à l'insertion socio-professionnelle. Sans notification MDPH, l'accès aux soins et aux mesures de compensation sont bien plus réduits (dans le champ sanitaire, en dehors des CAMPS et CMPP, les autres structures d'accompagnement médico-sociale demandent une notification MDPH).

Il est communément admis que c'est depuis la loi du 11 février 2005 que le handicap psychique a acquis sa pleine reconnaissance légale. La loi définit le handicap (article 2) par « toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » Ceci a permis, par exemple, la qualification comme handicap des troubles du comportement qui a participé à la spécialisation des ITEP dans la prise en charge des enfants avec troubles du comportement. Les Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), existant depuis 1982 comme hébergements médicalisés pour enfants handicapés, sont aujourd'hui conçues pour les jeunes (enfants, adolescents, jeunes adultes) rencontrant des difficultés d'ordre psychique qui se manifestent par des troubles du comportement. L'admission en ITEP nécessite d'avoir une notification MDPH.

La reconnaissance de handicap ne garantit pas l'admission dans ces structures spécialisées. Les dispositifs de soin sont saturés, avec des délais d'attente de plusieurs mois voire années. Le rapport de la CNAPE de 2018 fait état de plusieurs années d'attente avant d'avoir accès à ces structures, « avec encore plus de difficulté pour ceux qui cumulent une mesure pénale ». Selon le rapport du comité des droits de l'enfant de l'ONU publié en 2020, les jeunes suivis à la PJJ se trouvent « en queue » de liste du fait qu'ils bénéficient déjà d'un accompagnement. Cet accompagnement ne répond cependant pas à leurs besoins relatifs à la spécificité de leur handicap.

Le psychiatre vacataire du STEM0 est habilité pour remplir le volet médical du dossier MDPH. L'évaluation de l'autonomie et du handicap du jeune est réalisée avec l'adolescent, ses parents, son éducateur référent, l'assistante sociale et le psychologue qui le connaissent.

Informé, faire comprendre et accepter (ou du moins discuter) les possibilités qu'apportent la reconnaissance de handicap sont un aspect important de l'accompagnement. L'acceptation du handicap n'est aisée ni pour les jeunes, ni pour leurs familles ; elle est parfois douloureuse ou

simplement rejetée. Un travail de dé-stigmatisation et d'information est nécessaire avant et au cours des démarches d'admission. La présence du psychiatre dans le service permet de faciliter ces démarches, qui s'articulent mal à la temporalité adolescente, et de leur donner de la cohérence. Les alternatives seraient de solliciter le médecin traitant, peu qualifié en ce qui concerne le handicap psychique ; un psychiatre du CMP, peu concerné (il ne connaît pas le jeune). L'accès aux soins étant, nous le rappelons, l'un des points noirs du dispositif, du fait de délais d'attente considérables. En outre, une part importante des jeunes n'a pas de médecin traitant (mêmes difficultés d'accès). Les spécialistes libéraux, pédopsychiatres (qui n'existent pas à Dunkerque) ou psychiatres ne sont en pratique, que peu consultés.

Barrie, entre souffrance et handicap :

Identifier un handicap et construire un plan de compensation adapté.

« Barrie, c'est un gentil qui a peur de la justice, il a tout de suite accroché au suivi. Et je me suis vite rendu compte qu'il ne comprenait pas tout. En entretien, il pouvait répondre oui à tout, et le lendemain je me rendais compte qu'il n'avait rien compris, rien retenu. Il était passé à autre chose. Parfois, quand il n'était pas au rendez-vous, je l'appelais et je lui disais : alors Barrie, t'as oublié ton rendez-vous PJJ ? Il était surpris, désolé d'avoir oublié et il pouvait débarquer dans la foulée avec plusieurs heures de retard. C'est pas de la mauvaise volonté, alors on s'adapte. Les rendez-vous, c'est compliqué, tu lui donnes un papier avec l'heure dessus, il sort de la pièce, il l'a déjà perdu. Alors je l'ai accompagné à la mission locale, j'ai expliqué les problèmes pour s'organiser et ils se sont arrangés pour toujours lui noter dans un gros carnet les rendez-vous et les choses importantes qui avaient été dites. Ça a permis qu'il se présente au deuxième rendez-vous... Aujourd'hui, il est parti vivre avec sa copine en Normandie, il a trouvé un travail dans un abattoir, il devrait signer un CDI. Il n'est plus suivi, mais il m'a appelé pour me donner des nouvelles. »

- *La prochaine fois qu'il t'appelle, c'est pour te dire qu'il est papa ?*

« Tu rigoles, mais il croyait que sa copine était enceinte, finalement ils ont fait un "vrai test de grossesse" et elle n'était pas enceinte. Il veut des enfants, il était quand même soulagé, parce qu'ils attendent avec sa copine d'avoir un niveau de vie plus stable avant d'être parents. Il veut une vie normale et il montre qu'il le peut. On a eu du mal à lui faire accepter le dossier MDPH. Et peut-être qu'il n'en aura pas besoin. »

Conduites addictives et premiers parcours de soins

Barrie a été suivi de ses 18 à 20 ans à la PJJ de Dunkerque dans le cadre d'une Mesure Judiciaire Educative Provisoire prononcée par le délégué du procureur lors d'une mesure de réparation pénale pour menace sur personne chargée de mission de service public et pour faits de vols en réunion quand il avait 16 ans.

Il n'a pas de problème de santé particulier hormis un psoriasis qui nécessiterait un suivi dermatologique. La première poussée de psoriasis s'est déclenchée dans un contexte de stress et de colère. « Depuis, ça revient tout le temps ».

Il n'a jamais été hospitalisé.

Il avait une correction ophtalmique enfant.

Il présente un trouble du développement intellectuel avec une WAIS-IV objectivant un profil cognitif homogène avec un QIT à 61 qui l'inclut dans la tranche du retard mental léger.

Il a brièvement été suivi au CMP adolescent : 3 rendez-vous avec une infirmière à l'âge de 13 ans pour des troubles du comportement et scarifications au collège. Il n'a jamais eu de traitement et n'a jamais été hospitalisé en psychiatrie.

On retrouve deux tentatives de suicide non médicalisées par pendaison : la première lorsqu'il était en 6^e et une plus récente, à l'âge de 17 ans, suite à une rupture sentimentale.

Il est fumeur depuis l'âge de 12 ans, fume environ un paquet par jour.

Il a une consommation régulière de cannabis depuis ses 14 ans. Cette consommation n'est pas problématique pour lui, mais il se considère dépendant, avec des signes de sevrage (irritabilité)

quand il ne fume pas. Il évalue sa consommation à 20-30 euros d'herbe par mois. Il a pour habitude de fumer un à deux joints par jour, le soir, pour « se détendre ».

Il a des consommations d'alcool à risque, avec une tendance au binge drinking depuis l'âge de 16 ans. Il rapporte des épisodes réguliers d'alcoolisation massive (une bouteille de vodka en une soirée) avec amnésie, sans trouble du comportement associé.

Il n'a pas expérimenté d'autres substances psychoactives, qu'il qualifie de comportement « suicidaire ».

Dans sa famille, on retrouve des antécédents de trouble de l'usage de l'alcool et notion de dépression chez son père.

Histoire familiale et mode de vie

Il est orphelin de père depuis ses 3 ans. Sa mère est en couple avec son beau-père depuis ses 4 ans et demi. Il a quatre demi-frères et sœurs. Il qualifie sa relation à son beau-père de « conflictuelle depuis toujours », avec une mésentente marquée depuis son adolescence et des difficultés à trouver sa place dans sa famille. Il est aussi assez isolé sur le plan familial, trouve une attache avec sa marraine et sa grand-mère maternelle.

Il a quitté le domicile familial depuis plusieurs années et est hébergé chez sa grand-mère, sa marraine, parfois des amis et parfois dans la rue, dans des squats, dans une voiture...

Sur le plan scolaire, il a été scolarisé au collège en classes SEGPA et a décroché en première année de CAP, car n'arrivait pas à suivre. Il n'a pas d'expérience professionnelle, malgré quelques tentatives de formations qui n'ont pas abouti. Il sait lire, partiellement écrire et ne sait pas calculer.

Il n'a pas eu d'autres conflits avec la justice outre les faits sus-cités : menaces et insultes envers un CPE de collègue (au téléphone : il voulait parler à sa copine, ce qui lui a été refusé), pour lesquelles il a eu une mesure de réparation pénale ; et vols en réunion, quand il a participé au cambriolage d'une boulangerie en suivant des jeunes de trois ans plus jeunes que lui – cambriolage pour lequel il a été jugé.

Il a une copine depuis quelques mois.

Explorer les déficiences

Au cours du suivi éducatif, les problèmes de compréhension et de verbalisation ont vite été repérés. Son éducateur référent a sollicité la psychologue du service pour la passation de test psychométriques qui ont mis en évidence un trouble du développement intellectuel avec un retard mental léger.

Au vu de la situation de précarité sociale dans laquelle se trouvait Barrie, une orientation pour une reconnaissance de handicap a rapidement été évoquée, dans l'optique de l'aider sur le plan de l'insertion professionnelle et du logement.

La passation des tests a été acceptée avec enthousiasme et curiosité. Il s'est astreint à ne pas fumer de cannabis la veille. Il s'est montré consciencieux et appliqué malgré des baisses d'attention en lien

avec une fatigabilité intellectuelle. Il a trouvé l'ensemble des items difficiles, mais n'a pas montré d'anticipation ni de répercussion anxieuse.

On peut lire la conclusion de la psychologue sur ses capacités :

« Il est en difficulté sur l'ensemble des indices évalués. Il peut davantage mobiliser ses ressources, discriminer et traiter l'information lorsqu'il dispose d'un support visuel concret sur lequel s'étayer. L'abstraction, la mémoire de travail, le traitement mental de l'information, les manipulations et opérations mentales restent un obstacle. Il est également pénalisé par son vocabulaire peu diversifié et son manque de connaissance acquises dans son environnement qui sont un frein pour son expression orale et la compréhension des consignes.

Pour optimiser ses potentialités, il faut utiliser des consignes claires et simples et lui fournir un étayage à partir de supports visuels et concrets. Il faut lui confier une tâche à la fois car il n'est pas en capacité d'intégrer et d'exécuter plusieurs tâches simultanément.

Il a été relevé que la consommation de stupéfiants influe de manière négative sur ses capacités cognitives. »

Faire accepter le handicap

Si la passation du test été vécue de façon positive, la qualification de handicap a été difficile à accepter et un travail conjoint de déstigmatisation entre éducateur et psychologue a été réalisé pour le convaincre de l'utilité de la démarche. S'il pouvait reconnaître ses difficultés, il ne se voyait par exemple pas, travailler en milieu protégé.

Pour le volet médical du dossier MDPH, le psychiatre de l'unité a été sollicité. La perspective de rencontrer un psychiatre a été un nouveau frein : ne pas prendre le risque d'être traité comme « un fou », de se trouver « sous médicament ».

De la réunion de concertation pluri-professionnelle au plan de compensation du handicap

Plusieurs études mettent en avant l'importance de l'accompagnement en amont des démarches pour la réalisation des dossiers MDPH (CNAPE, 2018). Finalement, Barrie a demandé la poursuite du suivi éducatif après la fin de la mesure judiciaire, dans l'objectif de la réalisation du dossier MDPH avec notification de reconnaissance de qualité de travailleur handicapé qui pourrait lui servir s'il s'avérait que le travail en milieu ordinaire lui posait des difficultés.

La demande sur le volet médical du dossier MDPH indique :

« Jeune suivi par la PJJ pour de "délits mineurs" mais à risque de désinsertion sociale, sans étayage familial, avec un handicap mental et psychique (addictions). Nécessite de mise en place d'un plan de compensation avec :

- Reconnaissance RQTH
- AAH
- Définition du projet professionnel avec Mise en Situation Professionnelle et orientation ESAT
- Mise en place suivi SAMO pour autonomisation avec hébergement dans la cité »

Concernant le handicap psychique et les addictions : l'usage de tabac, cannabis et alcool a de l'importance dans son parcours. Parce qu'il est un recours dans une histoire de vie où la souffrance psychique confine au pathologique (antécédents de scarifications, de tentatives de suicide...). Parce qu'il impacte le développement normal à une période de maturation cérébrale. Parce qu'il est un enjeu important en termes de pronostic pour sa santé mentale à moyen et long terme.

Confronté à des histoires de vie poly-traumatiques, il est souvent difficile de faire la part des choses entre réaction normale en lien avec un désespoir contextuel, trouble de la personnalité ou bien personne qui se débat dans un environnement hostile, troubles du comportement pathologique ou comportement réactionnel à des situations inacceptables... Le rôle du psychiatre est également d'apporter son point de vue médical pour déterminer parfois si une pathologie existe, décentrer parfois de la maladie qui est souvent convoquée dans les situations où les professionnels se trouvent démunis et proposer une vision soignante globale qui intègre la santé mentale, entre autres.

Dans la situation de Barrie, il n'y a pas de symptomatologie en faveur d'une pathologie constituée. La problématique addictive n'est pas au premier plan, ne constitue pas « une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants », classique « critère B » des définitions de trouble mental du DSM. Son mode de consommation correspond cependant à la notion de trouble de l'usage, qui, de surcroît, semble comorbide d'une souffrance psychique récurrente depuis l'enfance. La posture soignante invite à voir ces comportements dans une dynamique de continuum, qui est la règle et le cadre nosographique actuel du champ addictif.

Le psychiatre peut aider, concernant la santé mentale, à hiérarchiser les problématiques et enjeux de prise en soins et les intégrer à la prise en charge globale de la personne. Dans ce cas, prioriser, pour les soins, l'accès à un logement et un environnement relationnel stable avec la possibilité matérielle de subvenir à ses besoins. La reconnaissance du handicap va dans ce sens. Et proposer des objectifs soignants à plus ou moins long terme, schématiser à 5 ans pour l'aider à accéder à une prise en charge dermatologique du psoriasis et un accompagnement concernant le trouble de l'usage.

Travailler en équipe pluridisciplinaire permet d'envisager cette articulation de visions différentes mais complémentaires dans la construction de l'accompagnement du jeune. Cette approche respecte le modèle biopsychosocial au cœur du soin psychiatrique. Comme nous travaillons avec des assistantes sociales ou éducateurs dans les services de psychiatrie, il semble légitime pour un psychiatre de travailler dans un service judiciaire, d'autant que le public de la PJJ échappe souvent aux soins psychiatriques et aux soins en général.

5. Les liens entre professionnels

Nous avons évoqué la pratique de la « patate chaude » envers des jeunes cumulant des problématiques multiples. Une bonne partie des jeunes de la PJJ sont soumis à une double injonction, concernant la délinquance et les problèmes de santé mentale. Cet aspect, qui a été mis en évidence dans le chapitre sur les « cas complexes », concerne une population bien plus large que les seuls cas requis par les réunions évoquées. Au cours de leurs parcours, ces adolescents vont fréquemment être suivis conjointement par la PJJ et le secteur pédopsychiatrique, ou hospitalisés en pédiatrie, à l'espace adolescents, ou en service de psychiatrie générale. Un travail de liaison est alors nécessaire pour harmoniser les prises en charge. Ce lien est souvent facilité par la présence du psychiatre, qui partage la même culture professionnelle que les structures de soin. Le partage d'information est souvent limité par la méfiance mutuelle d'institutions qui se connaissent mal et se méfient l'une de l'autre. Dans son mémoire de validation professionnel d'éducateur de la PJJ, Charles Ghezzi constate : « Il n'existe pour l'instant pas de partenariat direct entre la PJJ et la pédopsychiatrie sur le territoire, ce qui ne fait que renforcer la défiance des institutions l'une envers l'autre » (Ghezzi, 2022, p. 47). La multiplicité des structures (médicales, sociales et judiciaires) fait qu'elles manquent parfois de visibilité et d'accessibilité. Elles souffrent de ne pas se connaître entre elles. Le lien est essentiel pour lutter contre le cloisonnement des institutions. Respecter le secret médical n'empêche pas de communiquer et permet de s'organiser dans l'intérêt commun du jeune.

Ainsi, quand les mineurs sont amenés à changer de région à l'occasion d'un placement, par exemple, ils doivent également changer de centre de soins. Selon que le suivi dans un CMP a été investi ou épisodique, la PJJ permet de faire le lien avec la nouvelle équipe médicale. Le psychiatre du STEMO est un interlocuteur privilégié dans ces situations. Tout l'enjeu étant d'essayer de créer un accompagnement sécurisé, qui n'ajoute pas plus de ruptures dans des parcours déjà chaotiques.

Les problèmes d'articulation entre service de PJJ et psychiatrie sont anciens et pointés du doigt depuis de nombreuses années. On trouve déjà cet écueil dans le rapport sur la délinquance des mineurs de Christine Lazergues et Jean Pierre Balduyck en 1998. Le rapport de Guillaume Bronsard préconise de formaliser des partenariats entre CEF et services de santé mentale pour adolescents. En plus de leurs problèmes judiciaires, les jeunes de la PJJ sont sur-concernés par des problèmes de santé. Les soignants d'une part et les professionnels de la PJJ d'autre part travaillent à les aider à résoudre ces problèmes conjoints. Le jeune est un enjeu commun et les professionnels, en s'intéressant à lui se confrontent à la globalité de ses difficultés ; ainsi, ils sont souvent amenés à se trouver « chacun dans leur pratique en dehors de leur champ de compétence » (Le Ferrand, 2021).

Des initiatives de la DPJJ semblent tenter de répondre à ces problèmes d'articulation. La création de nouvelles structures qui combinent et regroupent des professionnels autour du double impératif judiciaire et thérapeutique. Cela a été le cas de l'expérience des SIPAD (structure intersectorielle pour adolescents difficiles), créées en 2008 et disparues depuis, ou le projet des ISEMA, internat socio-éducatif médicalisé (Ghezzi, 2022). La création de ces nouvelles structures se situe dans la continuité de l'évolution des établissements institutionnels. Une autre approche, qui semble relever d'une perspective plus managériale, est celle des professionnels « pivots », affectés aux liens à entretenir entre les différents intervenants. Des infirmières conseillère technique en promotion de la santé travaillent à la direction territoriale et aident les équipes de terrain à s'approprier la démarche de promotion de la santé. Dans les équipes, un référent santé mentale est désigné pour faciliter la relation avec le réseau de soins. Un psychiatre référent au niveau de la direction interrégionale pourra être sollicité par les équipes de terrain. Cependant, la mauvaise compréhension par les équipes de ces dispositifs et son organisation hiérarchique peuvent manquer de lisibilité. Cela pourrait expliquer qu'ils soient peu ou mal utilisés.

Faire le lien entre professionnels est donc un enjeu majeur des suivis PJJ. Le psychiatre est l'interlocuteur privilégié quand il s'agit de professionnels du soin. Mais il nous semble que le travail de lien dans tous les interstices est d'une autre richesse et directement assignable à la présence régulière du psychiatre au sein du service judiciaire. L'importance de la santé mentale est suggérée par cette présence et permet aux professionnels d'interpeller, spontanément, à son sujet. L'isolement du jeune est corrélé à l'isolement de celui qui le soigne (Moro, 2013). Il en est de même pour les éducateurs PJJ, confrontés à la solitude dans des situations qu'ils gèrent sans capacité au soin malgré l'évidence de souffrances psychiques. Marie-Rose Moro écrit que « des alliances professionnelles nouvelles sont indispensables pour qu'à l'isolement des jeunes ne réponde pas l'isolement de celui qui en perçoit les signes ». Nous nous demandons à quel point la présence du psychiatre au STEMCO contribus à lutter contre la solitude des professionnels confrontés, de fait, à la santé mentale.

6. Autres missions

Le psychiatre a également des missions de formation. De façon plus ou moins formelle au sein du service ou intégrées à la formation des professionnels dans le cadre de l'école nationale de la PJJ. Des cours théoriques de pédopsychiatrie sont par exemple proposés aux éducateurs avec

interventions de pédopsychiatres. Bien que cet aspect n'ait pas été exploré par ce travail de thèse, il semble pertinent de l'évoquer tout de même. Depuis 2015, les rencontres annuelles de la Clinique réunissent psychologues et psychiatres de la PJJ autour de conférences sur des sujets choisis comme la place de la famille, le psycho-traumatisme ou le genre. Ces rencontres sont un lieu de partage privilégié entre professionnels de la PJJ et professionnels du système de soins général. On peut supposer qu'ils sont aussi une occasion pour les psychiatres travaillant à la PJJ de se rencontrer et échanger sur leurs pratiques.

III. Conclusion du chapitre

Partant du constat d'un important besoin en santé mentale chez les jeunes de la protection judiciaire de la jeunesse, la place du psychiatre au sein du STEMO prend tout son sens. Ses missions sont riches et variées. Elles le sont sans doute autant qu'il y a d'équipes PJJ et de praticien. Au STEMO de Dunkerque, on peut les regrouper sous deux facettes : la participation à l'activité judiciaire du service et une activité sanitaire. Le psychiatre est ainsi amené à participer aux mesures judiciaires d'investigation éducatives ordonnées par le juge, il participe alors avec la psychologue à l'évaluation psychologique du jeune et aide à élaborer des propositions éducatives adaptées. Il participe aux réunions « cas complexes » pour aider à débloquer les suivis qui mettent en difficulté les éducateurs et met la main à la mise en place des dossiers MDPH. Parallèlement, il propose une consultation psychiatrique et addictologique et sert d'interface avec le secteur de soins général.

Dans le rapport d'étude *Santé et sexualité* des jeunes pris en charge à la PJJ (2015), un point est fait sur les représentations des professionnels sur l'intérêt des jeunes à parler de leur santé. D'après ce travail, les professionnels ont tendance à sous-estimer l'intérêt des jeunes pour leur santé. Avec l'évolution des préoccupations et représentations relatives à la santé mentale, il serait intéressant de se demander, si elle est également concernée. Bien que, pour beaucoup de jeunes de la PJJ, la psychiatrie soit encore associée à la folie et sujette à rejet, cette image semble plus tributaire de la précarité de leur milieu que de leur catégorie d'âge. Les adolescents en général et, au même titre, ceux de la PJJ, ont sur la santé mentale un regard qui change plus vite que celui des adultes. Il faudrait se demander qui de l'adolescent ou de l'adulte est vraiment concerné par la peur de la stigmatisation ou de la psychiatisation. Les jeunes de la PJJ se préoccupent certainement de leur santé mentale et seraient sans doute disposés à en parler et à solliciter des adultes pour en parler.

Mais l'adulte que le jeune choisit pour parler n'est pas celui imposé par l'institution. C'est celui avec qui il a la meilleure relation : très souvent, l'éducateur. Ou celui qu'il a identifié pour sa compétence ; il se réfère alors à son métier. Dépendant des jeunes, il sera donc plus facile de se confier sur les questions de santé à son éducateur référent ou à la psychologue, l'infirmière ou encore au psychiatre.

Wendy : psychose judiciaire de la jeunesse

Une fille pas comme les autres, « folle ingénue ». Qui fait du foot et du carrelage. Petite dernière, avec des parents aimants, une maison, un club de sport, de bons résultats au collège, les rires de quatre sœurs qui jouent, se confient, se pomponnent, un lapin, des grands parents, un jardin, des copines.

Si la maladie schizophrénie est aujourd'hui plutôt considérée comme une maladie à début progressif et insidieux, parfois, l'entrée dans la psychose peut se déclarer de façon aiguë (Krebs, M. O., 2015). Et si les personnes atteintes de schizophrénie sont plus vulnérables et victimes d'agression qu'auteurs d'actes de violence (Fovet et al., 2015), celle-ci reste, dans les représentations sociales, associée à la symptomatologie psychotique. Pour certains, il faudrait même dépister la maladie psychiatrique au sein de l'institution judiciaire (Munkner et al., 2005) pour éviter la récurrence ou anticiper le crime « monstrueux » (Foucault, 1999). Patrick-Ange Raoult écrit : « Quelques fois, la psychose aiguë permet de voir des homicides, des violences physiques ou sexuelles, des incendies, des vols et destructions diverses. L'émergence est brutale, plutôt éphémère, et l'agir survient au cours de l'épisode délirant » (Raoult, 2008, p. 137).

Wendy et sa famille ont vécu la maladie psychiatrique comme « un coup de tonnerre dans un ciel serein ». A l'instar de l'éducation nationale, le système judiciaire et le système de soins.

Antécédents, mode de vie

Wendy a 16 ans et 5 mois lorsqu'elle est hospitalisée pour la première fois en psychiatrie. Elle est incarcérée depuis un mois en établissement pénitentiaire pour mineur où un suivi psychiatrique a débuté.

On ne retrouve pas d'antécédent psychiatrique avant ce suivi ni hors incarcération.

Elle a brièvement été suivie (3 consultations) par une psychologue libérale à l'âge de 15 ans dans un contexte de souffrance réactionnelle à des problèmes au collège. Elle a exprimé à cette période des idées suicidaires.

Elle ne consomme pas de substance psychoactive.

On ne retrouve pas d'antécédent médical ni chirurgical par ailleurs. Son carnet de santé et vaccinations sont à jour.

On ne retrouve pas non plus, d'antécédent familial particulier.

Wendy est la cadette d'une fratrie de 4 sœurs. Elle habite chez ses parents, mariés depuis plus de 20 ans. Sa mère est mère au foyer et son père ouvrier carrelageur. La famille n'a pas de difficultés financières particulières. Elle est célibataire, n'a pas d'enfant. Elle participait à un club de Futsal depuis plusieurs années. Elle est décrite comme « la pile électrique » de la maison, toujours souriante, câline et prête à partir jouer au foot avec ses amies ou faire un tour à vélo.

Scolarité

L'école primaire s'est déroulée sans difficulté. Elle était une élève studieuse et calme, appréciée par ses instituteurs et camarades. Les premières années de collège, elle avait une moyenne générale de 15 et un bon entourage amical. C'est à partir de la 4^{ème} que sa scolarité s'est dégradée. Les résultats ont chuté avec une moyenne générale de 10, Wendy ne voulait plus se rendre au collège, présentait des troubles du comportement avec confrontation et non-respect du cadre. Après de nombreux avertissements, elle a été renvoyée de plusieurs établissements. Les comportements d'opposition, provocation et transgressions des règles auraient commencés à la suite d'une agression physique qu'elle aurait subi devant le collège lorsqu'elle était en 4^{ème}. Elle ne s'est pas sentie soutenue par les enseignants et aurait gardé beaucoup de rancœur envers l'institution à cause de cela. Elle a toutefois obtenu son brevet des collèges. Déscolarisée définitivement à partir de la seconde, ses parents l'ont orientée vers une formation de carreuse, en contrat d'apprentissage dans l'entreprise de son père. Elle a travaillé deux mois pendant l'été et semble épanouit dans cette voie où elle se projette travailler.

Histoire judiciaire

Wendy est interpellée en septembre, courant de la rentrée scolaire. Elle a prévenue par sms des élèves de son ancien lycée qu'elle allait s'y rendre pour tuer son professeur de math. Quand elle arrive, armée, au collège, la police l'attend.

Depuis la rentrée scolaire, des professeurs et membres du lycée ont été inquiétés. Recevant des messages sur leurs comptes personnels Facebook, plusieurs voitures sont vandalisées.

« Bonsoir, nous sommes revenus aujourd'hui, la cible a été une voiture sur le parking, nous allons venir prochainement ou alors un autre jour, nous verrons bien, à bientôt ».

« Tu vas finir égorgé comme la professeure à Caen »

« Pas la peine de s'affoler, nous avons pas dit que nous allions venir aujourd'hui avec le couteau nous vous donnons une fourchette soit cette semaine ou l'autre le temps que nous choisissons le couteau parfait pour faire cette magnifique chose ».

« Nous n'avons qu'une parole nous allons le faire. Nous allons passer à l'irréparable, c'est-à-dire égorger un prof ».

Onze chefs d'inculpation sont retenus contre elle, allant de la destruction de biens d'autrui à menace de mort avec port d'arme blanche.

Suite à la garde à vue, elle est placée dans un foyer d'éducation renforcé. Dès le 2^{ème} jour, elle met le feu au local du foyer dans le but de s'échapper pour terminer son projet de meurtre. Elle est alors placée en détention provisoire en établissement pénitentiaire pour mineurs.

Avant ces événements, elle n'avait jamais été en conflit avec la loi.

Histoire de la maladie

Statut des troubles psycho-comportementaux, 2 ans avant les faits : un possible épisode dépressif ou phase prodromique

Lorsqu'elle est en 4^{ième}, Wendy aurait subi une agression physique devant son collègue (elle a alors 14 ans et se fait frapper violemment par un jeune de 19 ans, frère d'un élève qui l'accuse de harcèlement). Ses parents portent plainte, celle-ci est classée sans suite. Au décours de cet événement, sa famille décrit une période de retrait social associé à un fléchissement thymique avec aboulie et anhédonie. Elle arrête à cette époque le Futsal en club. Apparaissent des problèmes de comportements au collège : confrontation avec le cadre, insolence, menaces de violence et bagarres, entraînant plusieurs changements d'établissement. Elle ne présente pour autant pas de trouble de comportement au domicile familial. Ses parents l'accompagnent voir une psychologue libérale qu'elle rencontre à trois reprises. Wendy n'a pas de demande de soins et le suivi est rapidement écourté. Elle reprend plaisir et confiance en elle quand elle découvre le travail de carreleur avec son père.

De façon réactionnelle à l'agression qu'elle a subie et aux conséquences qu'elle a dû avoir sur sa sociabilité notamment, on retrouve les éléments d'un syndrome dépressif classique avec un retentissement sur son fonctionnement général (retentissement scolaire, changement d'établissement, ruptures des liens avec ses pairs, arrêt du club de sport).

Il est cependant à noter que les parents, dans un système familial de proximité bienveillante, n'ont pas constaté de difficultés au domicile. Il est difficile d'évaluer après coup en termes de durée pendant combien de temps les symptômes d'anhédonie et d'aboulie ont évolués. Les conséquences sur son environnement sont un indice mais la lecture rétrospective de l'histoire de la maladie reste difficile et probablement occultée par un système familial très contenant. En tout cas, les troubles du comportement présents à l'école et justifiés par le vécu d'injustice, partagé par les parents, vis-à-vis du corps enseignant et de l'éducation nationale en général, ne sont pas retrouvés à la maison. Selon ses parents, bien que manifestant des critiques concernant sa scolarité, Wendy restait active, souriante et le joyeux luron habituel de la famille. Pourtant, depuis son année de 4^{ième}, Wendy a changé à 3 reprises d'établissement avec 2 exclusions pour motifs disciplinaires, ce qui laisse penser que les troubles du comportement se généralisaient au-delà du conflit interpersonnel de base.

L'installation d'un processus hallucinatoire à bas bruit

A posteriori, elle rapporte que c'est également depuis cette agression, qu'elle aurait commencé à avoir les premières hallucinations acoustico-verbales, soit au moins 2 ans avant son premier contact avec la psychiatrie.

Les éléments délirants qui vont s'exprimer de façon bruyante et médiatisée, semblent se construire à partir de ce vécu d'injustice et sous-tendus par les hallucinations acoustico-verbales. Elle situe au moment précis de l'agression, la première fois qu'elle a entendu la voix qui va l'accompagner par la suite pendant plusieurs mois. Pendant longtemps, Wendy ne parle pas de ses hallucinations qui lui disent de ne pas le faire. A la lumière de ces phénomènes, on peut distinguer les troubles du comportement plus à type d'opposition (correspondant plus, à des troubles externalisés du comportement) de ceux qui semblent liés à la mise en place d'un scénario délirant. La mise en place du scénario comprenant les SMS et les menaces sur le réseau semblent liés à des injonctions

hallucinatoires de plus en plus riches et élaborées. Enfin, Les troubles du comportement ne s'inscrivent pas non plus dans une spirale de la violence classique qui contraste trop avec son tempérament habituel, préservé dans son environnement familial.

La LCE réalisée d'ailleurs au cours d'un entretien entre le psychiatre de la PJJ et ses parents ne met pas en évidence de trouble psychopathologique (score globale à l'échelle des comportements 13/240). Au niveau des compétences sociales, l'échelle sociale retrouve quand même une pauvreté des capacités relationnelles en dehors de la sphère familiale, les activités sont aussi principalement centrées sur la famille.

La constitution d'un automatisme mental, une altération des processus de pensée et un vécu délirant

Wendy expliquera que « la dame » qu'elle entend, l'empêche de parler et lui intime de faire des choses qu'elle ne cautionne pas, puisqu'il s'agirait au début de s'en prendre à elle-même ou à une de ses sœurs. Si elle a su reporter sa mission sur une autre personne, son professeur principal à l'époque, figure ressource au préalable, le fait de ne pas répondre à l'injonction semblait à risque d'aggraver sa situation : si le « projet » n'aboutit pas, le prochain aura un impact plus important et sera plus grave.

Elle est au travail quand elle part, sans prévenir, dans son ancien lycée, armée d'un couteau de cuisine et avec pour objectif de tuer son professeur. Avec son interpellation, les décisions judiciaires vont se succéder jusqu'à son incarcération en établissement pénitentiaire pour mineur. Des signes d'étrangeté et souffrances psychiques sont perçues par les professionnels du droit et de la protection de l'enfance.

On peut lire dans l'ordonnance de refus de placement en détention provisoire et de placement sous contrôle judiciaire que « Les déclarations de [Wendy], tant sur la forme que sur le fond, laissent penser à une souffrance psychique pouvant engendrer une désorganisation de la pensée voire un trouble psychiatrique plus important. » L'ordonnance stipule qu'elle doit se soumettre à un traitement médical ou de soins psychologiques et psychiatriques.

Devant les nouveaux passages à l'acte sur le lieu de placement provisoire, notamment le déclenchement d'un incendie, une ordonnance d'incarcération provisoire est prononcée. Une note de l'expert psychiatre indique que « le sujet n'est pas apparu présenter un état de dangerosité sur le plan psychiatrique en présentant en parallèle dans le contexte de la fixité de sa posture l'amenant à réitérer des menaces caractérisées sur les personnes un état de dangerosité sur le plan criminologique » (*sic*). *L'expertise de dangerosité* est une des nouvelles missions de l'expert psychiatre depuis la loi du 25 février 2005 qui « met fin au non-lieu judiciaire pour cause d'irresponsabilité pénale, en introduisant d'autres dispositions comme les mesures de sécurité » (Schweitzer & Puig-Verges, 2022). La distinction entre dangerosité psychiatrique et criminologique permet de différencier ce qui est « du ressort de la pathologie mentale et ce qui n'en est pas » (Gheorghiev et al., 2008). La dangerosité psychiatrique dépend de l'évaluation clinique alors que la dangerosité criminologique se base plutôt sur des considérations statistiques.

Puis l'ordonnance de Mesure Judiciaire d'Investigation Educative indique, extrait du compte rendu du psychologue qui la suit en détention : « depuis plusieurs mois voire depuis le début de son année de 3^{ième}, semble avoir développé une **pensée délirante** contre les enseignants, qu'elle accuse de ne

pas avoir témoigné en sa faveur lors de l'agression dont elle a été victime en classe de 4^{ème}, occasionnant un classement sans suite par le parquet ». « A confié échanger avec un personnage dans sa tête qui lui dit quoi faire. Si ce personnage lui disait au départ de s'en prendre à elle-même, il lui conseille désormais de porter atteinte aux enseignants. Cette volonté s'est développée depuis plusieurs mois, jusqu'à devenir une véritable obsession : elle ne semble pouvoir trouver un apaisement à sa souffrance qu'en agressant un enseignant. Elle reconnaît d'ailleurs avoir élaboré plusieurs scénarios au cours de ces derniers mois et que seule la réalisation de ceux-ci l'avait apaisée » (dégradation véhicules, menaces de mort, intrusion dans le lycée). « Alors qu'elle se rend compte du côté irrationnel de ses pensées et les critique d'un point de vue intellectuel, ces pensées envahissent toute sa cognition » et stipule qu'il est « demandé au Ministère Public de solliciter auprès du Juge d'instruction de requérir le plus rapidement possible un expert pédopsychiatre chargé de procéder à l'examen psychiatrique de [Wendy], **ou au professionnel psychiatre dépendant du STEMO de Dunkerque** qui pourrait visiter [Wendy] et déterminer à l'issue de l'examen si son hospitalisation en psychiatrie s'avère nécessaire. »

Enfin, elle est hospitalisée par le psychiatre intervenant à la prison pour mineurs à l'UHSA (Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée) où elle restera trois mois. L'hospitalisation permettra de poser un diagnostic de premier épisode psychotique et d'instaurer un traitement adéquat.

Au bout de cinq mois, le mandat de dépôt est levé ce qui entraîne sa sortie de l'UHSA. Elle n'est plus sous écrous mais les soins se poursuivent en SDRE sur son secteur psychiatrique à la demande du juge.

Rôle de la PJJ

Différentes mesures sont ordonnées par le juge :

- Placement sous Contrôle judiciaire avec placement éducatif : quand le problème de la mise à l'abri des victimes et de la dangerosité se pose, des obligations et interdictions sont imposées à Wendy, dont celle du placement éducatif.
- MEJP : Mesure Educative Judiciaire Provisoire composé d'un module santé consistant en une orientation vers une prise en charge sanitaire : en attendant le jugement, il doit y avoir un accompagnement éducatif et qui doit vérifier et aider à l'accompagnement dans les soins.
- MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Educative : pour aider le juge à prendre sa décision concernant la culpabilité et la sanction à prononcer.

Le STEMO de Dunkerque va être mandatée par le juge des enfants pour la réalisation d'une Mesure Judiciaire d'Investigation Educative. Son éducateur référent va se rendre à trois reprises à l'UHSA pour la rencontrer mais son état clinique ne permet pas de continuer les visites qui semblent même délétères sur sa santé. La psychologue et le psychiatre du STEMO vont également rencontrer les parents au sein de leurs locaux. A nouveau, le vécu pour les parents, de la mesure d'investigation, va se révéler très intrusif et douloureux.

Une situation de décompensation psychotique entraînant un passage à l'acte médico-légal aussi inattendue est exceptionnelle à l'échelle du service de la PJJ. Probablement trop rare pour établir

des statistiques¹¹ (première situation de la sorte pour son éducateur référent qui a à son actif 20 ans de carrière au STEMO de Dunkerque), la situation a naturellement été évoquée en réunion « cas complexe ». Ces réunions permettent d'apporter un regard multidisciplinaire et extérieur quand une situation paraît dépasser les compétences éducatives seules. Elles permettent de réunir le chef de service, les psychologues, assistante sociale référente de la mesure, éducateur référent et le psychiatre du service.

Dans le cas de Wendy, la priorité a été très rapidement laissée aux soins. Il s'agit également pour le psychiatre d'expliquer aux professionnels de la PJJ le système de soins, le fonctionnement d'une hospitalisation et ce que peut impliquer la symptomatologie psychiatrique dans les comportements et les relations de la jeune fille. A ce moment, la place du psychiatre est également d'éviter l'intrusion éducative quand se pose la question des soins.

Ce travail de supervision est une part importante de la mission du psychiatre. Les professionnels de la PJJ se sentant bien souvent très démunis dans les situations impliquant la pathologie psychiatrique (Ghezzi, 2022). D'autant que le lien avec les soignants n'est pas aisé du fait de réticences et méfiances institutionnelles bilatérales. Le secret médical et le secret judiciaire se confrontent. Cependant, l'objectif commun d'aider le jeune concerné par des problèmes de santé et des problèmes judiciaires nécessite la collaboration des institutions respectives. Cela même en respectant le nécessaire secret. L'expérience montre que cette communication est plus simple quand elle passe par le psychiatre du service de la PJJ que par un professionnel non soignant.

Inversement, le lien avec le service du secteur qui l'a accueillie a permis une anticipation et déstigmatisation de la couleur judiciaire de la prise en charge. La stigmatisation des patients incarcérés ou avec des antécédents d'incarcération est malheureusement une réalité dans les services de psychiatrie (Fovet et al., 2022). La collaboration avec le service de la PJJ, par l'intermédiaire du psychiatre, a permis d'apporter un appui au service de son secteur. Une réunion d'équipe a d'ailleurs été organisée avec les équipes paramédicales, le chef de service et le psychiatre de la PJJ en amont de son transfert de l'UHSA.

Il est aussi nécessaire d'expliquer le rôle de chacun pour que chacun puisse porter la responsabilité inhérente à sa fonction. Wendy va sans doute être irresponsabilisée, cependant, l'irresponsabilité n'implique pas le non-lieu judiciaire et elle peut être soumise à des mesures de sûreté. Elle est d'ailleurs soumise à un contrôle judiciaire avec notamment des interdictions de contact avec les victimes, interdiction de se rendre sur certains lieux ou le passage infirmier à domicile pour le contrôle de la prise des traitements.

Relai sur le secteur psychiatrique

Elle a été hospitalisée sur son secteur avec un mode d'admission à la demande de l'autorité judiciaire. Les soins ont rapidement permis une approche de réhabilitation. Les parents ont été impliqués (programme psychoéducatif sur les soins psychiatriques BREF, entretiens familiaux avec

¹¹ 0,16 pour 100 000 homicides concernent troubles mentaux graves ; pour 1 à 5 pour 100 000 habitants pour le taux d'homicides en population générale (Senon et al., 2006)

le psychiatre). Des permissions ont été possibles au bout d'un mois d'hospitalisation complète environ. Il n'y a pas eu de trouble du comportement majeur au cours de son séjour (hormis le démontage systématique, lorsqu'elle était isolée, du mobilier de sa chambre) mais elle a pu évoquer, dans des moments de tension, à nouveau, son « projet », associé à des recrudescences hallucinatoires. D'autre part la présentation clinique était plutôt marquée par une symptomatologie négative : émoussement affectif, pauvreté du contenu du discours et de la pensée, défaut d'initiation. Pour ouvrir les soins sur l'extérieur et organiser le relais de soins en ambulatoires, du fait de son mode d'admission, il a fallu une collaboration médico-judiciaire. La juge a proposé la poursuite de la contrainte sous forme de programme de soins au vu des certificats médicaux rédigés par le psychiatre et en sollicitant l'appui de la protection judiciaire de la jeunesse sur l'extérieur. Le programme de soins a bien sûr été élaboré par l'équipe soignante.

Wendy ne connaît pas la PJJ. Au vu de sa fragilité et le relai de prise en charge par les soins psychiatriques, son éducateur référent s'est retiré du suivi individuel avec elle pour la préserver, ne considérant plus avoir sa place d'autant que l'irresponsabilité pénale est évoquée. Il fait le lien avec sa famille pour les tenir informer et leur expliquer les démarches judiciaires en cours. Malgré l'irresponsabilité, l'audience de jugement de sanction devra avoir lieu pour la prise en compte des victimes, parties civiles, bien qu'elle ne concernera plus Wendy.

De son côté, elle semble aller bien, revenue du pays des rêves pour débiter sa vie d'adulte, elle a signé un CDI dans une entreprise de carreleurs.

Discussion

Cette thèse avait pour objectif de présenter les missions du psychiatre à la PJJ, dans le cas particulier de l'exercice d'un psychiatre, vacataire du Service territorial en milieu ouvert (STEMO) de Dunkerque. Cet exercice étant peu documenté dans la littérature, nous nous sommes appuyés sur une série de cas pour illustrer ces différentes missions. La possibilité d'assister à quelques interventions du psychiatre à la PJJ au cours de notre stage dans le cadre de DES de psychiatrie en novembre 2022, nous a permis de nous familiariser avec ce milieu, inconnu jusqu'alors. Le tout dans le cadre d'une convention entre nos 2 établissements. Nous avons ainsi sélectionné onze cas, dans les derniers dossiers concernés par son intervention, en les choisissant de façon à couvrir l'ensemble de ses fonctions. Certaines étant plus représentées que d'autres.

I. Méthode de travail

1. *Une thèse qui montre sans démontrer.*

L'étude est une étude descriptive qui ne part pas d'hypothèse et ne tire pas de conclusion sinon l'intérêt pour l'exercice psychiatrique au sein de la PJJ. Nous espérons avoir pu mettre en valeur ce dernier point.

2. *Accès aux informations*

L'écriture des cas cliniques présentés émane d'entretiens avec les professionnels de la PJJ. Nous avons auditionné les professionnels en charge des dossiers, en premier lieu les psychologues, le psychiatre. Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer la plupart des jeunes. Seuls Pierrot et Wendy ont été rencontrés, mais pour les deux de façon observationnelle. Dans le cadre de la mesure d'investigation, MJIE, pour le premier, au centre pénitentiaire pour mineur de Quiévrechain, avec la psychologue et le psychiatre de la PJJ. Et dans le cadre des soins pour la deuxième lorsqu'elle était hospitalisée sur l'EPSM.

Les informations concernant les jeunes sont extraites de ces entretiens. Leur recueil s'est effectué sur place (au sein de l'UEMO) par l'intermédiaires de rencontres spécialement dédiées à ce travail de recherche. Nous avons, par ailleurs, eu accès aux notes personnelles du psychiatre. Nous avons également sollicité les éducateurs référents de chaque jeune quand cela été possible pour avoir des

précisions et une lecture plus « personnelle » de chaque situation. Cela n'a pas été possible pour les cas de Jean, Mickaël et Lily.

Les cas cliniques manquent donc d'uniformité au niveau des informations disponibles et sont inégaux dans la réalisation. Le caractère rétrospectif de la méthode est une limite évidente de ce travail. Il serait intéressant de proposer une étude qui évaluerait de façon plus systématique et homogène les cas cliniques. Il pourrait s'agir d'une passation d'un questionnaire par les jeunes ou par les professionnels qui les ont en charge, ou d'entretien semi-structuré. Une étude qui impliquerait plus les jeunes concernés, qui poserait la question de leurs attentes et représentations concernant leur santé mentale.

Les professionnels de la PJJ ont accès aux rapports sociaux-judiciaires des suivis qui les ont concernés (et qu'ils ont rédigé). Il faut noter la richesse de ces rapports, particulièrement des MJIE, quand elles ont eu lieu. Leur rédaction, par les professionnels, a permis l'accès aux informations, même rétrospectivement et de façon rapportée. Même si nous avons eu accès directement à ces documents judiciaires (ce qui aurait demandé des autorisations au juge et aux familles et n'a pu se réaliser sur la durée de ce travail), les structures des rapports ne sont pas uniformes. Ils sont, de façon non officielle, standardisée, mais le contenu libre dans son expression. Ils laissent ainsi paraître l'implication, l'autonomie et le professionnalisme des personnes de terrain que sont les éducateurs, psychologues et assistantes sociales de la PJJ et auxquels nous avons eu accès au cours des auditions avec eux.

La bibliographie a été réalisée à partir d'une recherche sur le portail documentaire de la bibliothèque de l'Ecole nationale de la PJJ. A partir des mots clefs « mineurs délinquants », « jeunesse délinquante », « délinquance juvénile », « psychiatrie » ou « santé mentale ».

Nous proposons sous forme de tableau, un récapitulatif concernant les jeunes des cas cliniques : infractions, mesures judiciaires et implication du psychiatre.

Afin, d'éviter l'identification des dossiers, les prénoms, les âges et d'autres éléments de l'état civil ou de la situation administrative et parfois judiciaires ont pu être modifiées.

	Infraction	Mesure judiciaire	Mission du psychiatre
Georges 13-18a	Agression sexuelle Stupéfiants	LSP MJIE	MJIE Consultation addictologique
Arthur 18 ans	Violences & agressions sexuelles	Contrôle judiciaire	Consultation / obligation de soins
Barrie 18-20 a	Menace sur personne chargée de service public (CPE) Vols en réunion (16a)	MEJP, MEJ	MDPH
David 16-18a	Stupéfiants	MEJP, MEJ et mise à l'épreuve éducative	Consultation addictologique
Jean 17-18a	Stupéfiants	MEJP, MJIE, placement civil	Consultation / obligation de soins
Jules 16-18a	Dégradation de bien d'autrui (feu poubelle puis voiture)	CJ, placement (famille) MJIE	MJIE
Lily 16-18a	Vols en réunion	MJIE, MEJ	Consultations
Mickaël 14-18a	Vol, conduite sans permis, excès de vitesse Menace de mort sur directeur collège Dégradation de matériel Stupéfiants	LSP MEJP Placement judiciaire (relai civil)	MDPH
Pierrot 16-18a	Mandat de dépôt crime / meurtre	MEJP, MJIE Incarcération en EPM, CEF	MJIE Cas complexe
Sylvia 18a	Violence	MJE	Cas complexe
Wendy 16-18a	Tentative d'homicide	CJ, placement, incarcération EPM MJIE MEJP	MJIE Liens avec structures de soins

MEJP = Mesure éducative Judiciaire Provisoire / MEJ = Mesure Educative Judiciaire

LSP = Liberté surveillée préjudicielle, n'existe plus depuis le CJPM en 2021, serait probablement remplacé par MEJP

CJ = Contrôle judiciaire

MJIE = Mesure judiciaire d'investigation éducative

EPM = Etablissement pénitentiaire pour mineurs / CEF = Centre éducatif fermé

MDPH = Maison départementale des personnes handicapées

Jean, un adolescent en errance

En errance depuis le début d'année. Mis à la porte de chez lui à la suite d'une altercation avec sa mère. Elle a déménagé, il ne connaît pas sa nouvelle adresse. Vient frapper à l'UTPAS de Tourcoing, où il rencontre une assistante sociale qui le trouve maigri, affamé, sale.

Le cannabis, motif de l'action judiciaire au pénal.

En juillet 2022 (il a 17 ans et demi), Jean est mis en examen pour usage illicite, détention non autorisée et offre ou cession non autorisée de stupéfiants. Il est déféré devant le juge des enfants qui ordonne une mesure éducative judiciaire provisoire (MEJP). En septembre, il est déclaré coupable et le juge ordonne une mise à l'épreuve éducative avec une MJIE pour 6 mois et une nouvelle MEJP avec des modules d'insertion, de santé et de placement (confié à l'ASE jusque sa majorité). S'ajoutent des interdictions de contact avec les co-auteurs, de se rendre sur certains lieux et une obligation de soins. Il n'a pas d'antécédent pénal.

Une histoire familiale marquée par des ruptures

Jusqu'à ses 17 ans, Jean habitait avec sa mère, son beau-père et son demi-frère. La famille avait déménagé dans le Nord depuis quelques années. Ses parents sont divorcés et il n'a plus de contact avec son père depuis leur déménagement. Le père continue à verser une pension alimentaire à son ex-femme. Le conflit parental est palpable, chacun déchargeant sur l'autre la responsabilité des difficultés des enfants. Sur le plan professionnel, le père est cadre et la mère employée administrative.

Il est issu d'une fratrie de quatre. Il a un grand-frère et une grande-sœur autonomes qui ont changé de région et un frère jumeau étudiant à Lille, autonome. Il n'a plus de contact avec ses frères et sœur. Sa mère s'est remise en couple, est a eu un enfant de cette nouvelle union. La cohabitation de la famille recomposée est très conflictuelle. La mère semble prendre de la distance par rapport aux comportements violents de son fils. Elle semble s'échapper du domicile familial, revendique son droit à avoir une vie de femme, à penser à elle. À la suite d'une n-ième altercation avec Jean, elle lui refuse d'habiter chez eux et part à la même période déménager dans le dunkerquois sans lui laisser son adresse. Sa mère pourra expliquer aux professionnels de la PJJ qu'elle considère son fils comme *responsable* de tous les maux de leur famille, jusqu'aux problèmes psychologiques de son cadet, suivi en CMP. Elle refusera d'investir le suivi de Jean, s'opposant à entamer une réflexion autour de son positionnement envers lui, disant devant lui, vouloir privilégier sa vie de femme et de mère. Elle exprime être arrivée à un point de non-retour, lors du seul entretien conjoint, réalisé avec l'équipe éducative et Jean. Elle ne le regarde pas, reste de marbre quand il lui déclare son amour et son chagrin. Son père ne répondra à aucune sollicitation de l'équipe éducative.

Placement, mode de vie, scolarité

Entre mai 2015 et novembre 2017, la fratrie avait bénéficié d'une aide éducative à domicile (AED) par le biais de l'ASE. Une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) civile aurait été réalisée mais non retrouvée.

La scolarité ne lui pose pas de difficulté particulière. Il a obtenu son diplôme national du brevet, mention assez-bien en juin 2021. Puis s'est orienté en seconde pro mécanique, passionné par le sujet. Son année de seconde a été cependant marquée par un absentéisme important qui a mené sa radiation en avril. Il s'est inscrit à la mission locale qu'il n'a pas investie. Cette période semble marquée par des conflits intra-familiaux importants et un isolement dans les consommations de cannabis. Il est mis à la porte en février 2022, en errance pendant plusieurs mois avant d'être placé par l'ASE en juillet en Centre de placement éducatif (CPE, fait partie du réseau associatif habilité de la PJJ). Le cadre du placement a été globalement respecté avec une fugue de quelques jours qui correspondaient à des échéances redoutées : la synthèse avec sa mère et la consultation avec le psychiatre vacataire du STEMO. Il a demandé et obtenu le prolongement du placement à sa majorité.

Avec la PJJ, il a bénéficié d'une prise en charge en Unité éducative d'activité de jour (UEAJ) qu'il a bien investie. Puis, accompagné par le foyer, il s'est inscrit dans des formations professionnalisantes. Il est relativement autonome dans les démarches concernant son orientation.

Personnalité.

Jean est un « jeune fatigant ». Le CPE de son lycée le décrit comme un « écorché vif ». Il se présente soucieux de son apparence et en recherche constante d'attention. Que ce soit de ses pairs ou des professionnels. Dans la relation duelle, il ne laisse pas beaucoup de place à l'avis extérieur ni à l'autre en général. Il argumente, explique, contredit son interlocuteur systématiquement. En groupe, il a tendance à vouloir diriger les autres, voire à les rabaisser. Il faut constamment le remettre face à la réalité, sinon il réinvente son histoire en fonction de son interlocuteur ou de son auditoire. Il semble difficile pour lui « d'exister simplement ».

Il a des bases éducatives solides, avec pleinement conscience de l'interdit.

Histoire de la maladie

Dans les antécédents médicaux, on retrouve des notions de dysmorphie et de myopathie difficilement exploitables du fait du manque de données. L'histoire développementale et le déroulement de la grossesse et du post-partum ne sont pas connus.

Il aurait bénéficié d'un suivi avec un psychologue à l'âge de 8 ans pour des troubles du comportement. En 6^{ième} (12-13 ans), il est hospitalisé en pédiatrie pour des « crises de colère » et « phases dépressives ». Au cours de cette hospitalisation, il fait une tentative de suicide et sera

hospitalisé trois semaines en service de psychiatrie. Sa mère évoque un diagnostic de bipolarité (non documenté). Il est ensuite suivi par un pédopsychiatre avec un traitement par Rispéridone. Le suivi est arrêté lorsque la famille déménage avec une rupture de soins à cette époque (relai avec le médecin traitant mais Jean arrête les traitements au bout de quelques années). D'après sa mère, après l'arrêt des traitements, il a recommencé « à s'inventer d'autres vies, à avoir des crises de colère et à devenir ingérable ». En 3^{ème} (15-16 ans), il rapporte avoir fait une nouvelle tentative de suicide non médicalisée. Depuis son placement, il est suivi par la psychologue du foyer.

Dans sa famille, son grand-frère souffrirait de troubles psychologiques ainsi que son demi-frère qui serait suivi en CMP.

Il y a beaucoup de zones d'ombres qui ne permettent pas de faire une histoire de la maladie et des hypothèses psychopathologiques sérieuses. L'existence des troubles semble ancienne, intriquée à l'histoire familiale qui marque la souffrance globale du système. Vient également s'ajouter l'histoire addictologique qui arrive précocement dans son développement.

C'est dans ce cadre qu'il rencontre le psychiatre vacataire du STEMO en octobre 2022. Il est soumis à une obligation de soins, prononcée par le juge au vu des antécédents et du motif d'infraction. Il a des problèmes chroniques de sommeil. Il n'a pas d'idée suicidaire, ne ressent pas de tristesse, explique même ne plus pleurer « depuis le décès de mon grand-père paternel ». Les consommations semblent exclusivement portées sur le cannabis. Il aurait même arrêté de boire de l'alcool depuis plusieurs mois au profit des joints et on ne trouve pas d'autre consommation.

Concernant le cannabis, Jean rapporte un début des consommations à l'entrée au collège, avec des amis. Il est un consommateur régulier depuis plusieurs années avec une période d'arrêt complet lors de son année de 3^{ème} où il s'est beaucoup consacré au sport, musculation et BMX free style. Les consommations ont ensuite repris de plus belle. Il les estime entre 7 à 9 g par semaine pour des coûts d'environ 150 euros par mois. Il apprécie la désinhibition et l'insouciance que lui procure la consommation. Il ne se plaint pas de difficultés cognitives mais d'une méfiance pathologique et d'une irritabilité importante qu'il associe à l'intoxication. Par ailleurs, il pense que le cannabis l'a aidé à diminuer son agressivité et a permis d'arrêter un enchaînement de violence à une certaine époque. Il n'est pas prêt à arrêter mais se sentirait prêt à diminuer sa consommation. Les leviers motivationnels sont : la conscience d'une dépendance, avec des signes de sevrage physiques et la frustration que lui apporte le manque. Il évoque également le coût financier. Pour diminuer, il a essayé le CBD qui n'a pas fonctionné. En termes de motivation au changement, il semble se situer au stade de contemplation. Dans le cadre du suivi et de l'obligation de soins, il manifeste une ambivalence quant à sa consommation dont il identifie des inconvénients et prêche des convaincus (éducateurs, soignants) : « faut que je la diminue ».

La consultation avec le psychiatre de la PJJ permet de faire une évaluation psychiatrique et addictologique afin de travailler une demande de soins et une orientation adaptée sur les soins généraux. Il s'agira en effet, si une demande de soins émerge, de l'accompagner, au mieux, vers un double suivi psychiatrique et addictologique. Elle lui permet également de justifier de son obligation de soins auprès du juge sur la durée de la mesure.

Discussion

Ce cas clinique interroge sur la souffrance psychique (sur fond de problématiques affectives et de carences) et de ses rapports avec l'obligation de soins, alors que la dépendance au cannabis occupe une fonction dans l'économie psychique, bien plus efficace que celle du soin psychothérapeutique. En d'autres termes quel est le bon moment pour appliquer un soin et sous quelle forme ; comment s'articulent les temps de prévention secondaire et tertiaire et le temps de prise en charge addictologique. Il pose la question de l'obligation judiciaire et du positionnement du soignant. De quoi doit-on se contenter concernant une obligation judiciaire ? L'obligation peut-elle compenser un déficit de persévérance chez cet adolescent souffrant d'une pathologie du lien à l'autre ? Quelle responsabilité, indissociable d'une forme de pouvoir, avons-nous en tant que psychiatre dans ces formes de soins imposées par le juge ?

II. Confrontation à la culture judiciaire

Une autre limitation de cette étude est l'absence de formation juridique dans notre parcours qui a été un frein dans la compréhension des situations et de la bibliographie concernant les aspects judiciaires. Malgré la mise à disposition des professionnels, à la hauteur de leur accueil au sein du service, leurs explications n'ont pas suffi à pallier une maladresse certaine dans notre propos concernant ces notions. Par ailleurs, les références théoriques à la psychanalyse ou à la systémie, n'ont pas toujours été plus simple à saisir. Cette immersion à la PJJ a été force d'ouverture et de prise de recul par rapport à notre bagage médical.

Le but de cette thèse était de montrer quelle place pouvait avoir le psychiatre et au-delà la psychiatrie de secteur à la PJJ. Une convention de stage a été faite entre l'EPSM et la DPJJ pour que nous puissions justifier de l'accès aux entretiens et à la participation à différentes réunions du service. Cependant, la posture d'observateur et la différence de cultures professionnelles, nous ont emmené à nous demander quelle place pouvait bien avoir un stagiaire psychiatre à la PJJ. Agrément de découvrir des horizons nouveaux et étrangers d'une part. Désarroi, d'autre part, de ne pas savoir comment utiliser nos connaissances médicales dans un contexte où tout est fait pour rendre ces jeunes, sujet de leur histoire. Cette position, à la charnière de ces domaines a toutefois été moteur dans notre travail de recherche. Forçant les questionnements et remises en question sur la place du psychiatre en général et spécifiquement au sein d'une instance qui s'occupe des mineurs délinquants.

III. Question de la légitimité ?

Une des premières interrogations qui nous ont intéressée à la pratique du psychiatre à la PJJ est la question de sa légitimité. Interrogation qui porte, de façon générale, notre intérêt pour la psychiatrie. Après quelques années de découverte et de passions, à défaut de réponses, nous avons trouvé une sérénité dans notre futur métier. La pratique assoit la légitimité.

Un visage encore emprunt des traits de l'enfance et des grandes mains malhabiles. Nous rencontrons Pierrot à l'établissement pénitentiaire pour mineur où il est incarcéré depuis cet été, à la suite d'une inculpation pour meurtre. Il a seize ans, semble en avoir quatorze.

En été, dans les coteaux d'un village pittoresque, « préféré des français », un fait divers sordide vient rompre le calme apparent de la bourgade. Un homme est retrouvé mort sur le bas-côté, SDF, handicapé mental, connu de tous, il a reçu plus d'une vingtaine de coups de couteau. Tout serait parti d'une histoire de chaussures.

Pierrot est placé en détention provisoire en établissement pénitentiaire pour mineur. La protection judiciaire de la jeunesse de Dunkerque est mandatée par le juge des enfants pour une mesure judiciaire provisoire et une mesure judiciaire d'investigation éducative en vue de son jugement.

La violence du crime interpelle. Le sujet est donc qualifié par l'équipe de la protection judiciaire de la jeunesse comme « cas complexe » où participe, aux concertations pluridisciplinaires, le psychiatre du service.

En vue de la Mesure Judiciaire d'Investigation Educative, des entretiens avec éducateurs, assistante sociale, psychologue et psychiatre sont organisés avec lui ou avec ses parents.

Déroulement de la mesure

Focus sur le Mesure judiciaire d'investigation éducative

La Mesure Judiciaire d'Investigation Educative se déroule sur une période de 6 mois à l'issue de laquelle un compte-rendu détaillé est remis au juge des enfants en vue du jugement.

Ses missions, stipulées dans l'ordonnance du juge sont :

- Recueillir par une approche interdisciplinaire des informations quant à la personnalité et les conditions de vie, d'éducation et de prise en charge du mineur
- Décrire la situation sociale dans laquelle évolue le mineur
- Décrire la situation familiale du mineur et son fonctionnement
- Effectuer, après évaluation de la notion de danger, des propositions d'accompagnement de type éducatif, thérapeutique, et/ou une prise en charge médico-sociale.

La mesure s'organise en deux volets : socio-éducatif et psychologique. Le volet socio-éducatif est

Un entretien de présentation de la Mesure Judiciaire d'Investigation Educative avec les deux parents et l'ensemble des professionnels intervenant dans la mesure judiciaire d'investigation éducative a préalablement été réalisé au STEM0 de Dunkerque.

Pour le rapport socio-éducatif, il y a eu trois entretiens avec la mère et l'assistante de service social du service et trois entretiens avec le père. Pierrot est rencontré à deux reprises par son éducateur référent et l'assistante de service social à l'établissement pénitentiaire pour mineur. Une visite à domicile chez la mère est également réalisée.

Pour le rapport psychologique, quatre entretiens ont été réalisés à l'établissement pour mineur avec Pierrot et les parents ont chacun été reçu à deux reprises au STEM0 de Dunkerque. Le psychiatre a participé, avec la psychologue du service à un entretien avec le mineur et un entretien avec sa mère.

Par ailleurs, plusieurs réunions de concertation pluridisciplinaires ont été organisées entre les différents professionnels intervenants dans la procédure et avec les professionnels de l'établissement pénitentiaire pour mineur.

Exposé clinique de la situation

Pierrot à 15 ans et demi au moment des faits.

On ne retrouve pas d'antécédent médical ni chirurgical particulier.

La grossesse a été marquée par des consommations d'alcool quotidiennes par la mère, alors âgée de 37 ans. Nous ne savons pas si des répercussions ont été constatées au cours du suivi obstétrical. Pierrot est né à terme, par voie basse. Vers l'âge de 18 mois, les parents ont observé une régression aux niveaux des acquis langagiers à la suite du décès, par suicide, de sa grand-mère paternelle qui s'occupait de lui depuis la naissance.

Des difficultés attentionnelles et dans les apprentissages auraient ensuite été repérés dès la primaire avec une orientation vers un suivi orthophoniste et une classe spécialisée mais les démarches n'ont pas été faites pour les mettre en place.

On ne retrouve pas d'antécédent psychiatrique.

Dans la famille, sans pouvoir remonter beaucoup au-delà de la famille nucléaire, on retrouve :

- Un trouble de l'usage de l'alcool chez les deux parents
- Notion d'un syndrome anxiodépressif avec idées suicidaires et plusieurs hospitalisations en psychiatrie chez le père
- Décès par suicide de la grand-mère paternelle (par intoxication médicamenteuse volontaire)

- Trouble de l'usage de l'alcool chez le grand-père maternel. On retrouve également chez un de ses demi-frère maternel un
- Suivi psychiatrique en CMP d'un demi-frère maternel pour un trouble de personnalité antisociale, consécutif à des carences éducatives et affectives dans l'enfance compliqués par des traumas incestueux subis, comorbide d'un trouble de l'usage de l'alcool. Il est sous mesure de protection par curatelle.

Histoire familiale

Pierrot semble avoir été désiré par ses parents. Il est l'aîné d'un couple rencontré à l'aube d'un nouveau commencement pour chacun. Quand ils se rencontrent, son père à 20 ans, rentre dans la vie d'adulte et sa mère, qui a 35 ans, est juste libérée de plus d'un an de détention pour maltraitance physique envers ses enfants. Le couple va cohabiter pendant 16 ans. Pierrot a une petite sœur de 4 ans de moins que lui et quatre demi-frères et sœurs maternels qu'il ne connaît presque pas. Pour sa mère, ses enfants de sa première union sont « morts et enterrés ». Elle ne gardera contact qu'avec le plus jeune qu'elle hébergera de façon ponctuelle.

Nourrisson, Pierrot est élevé par sa grand-mère paternelle qui décède par suicide lorsqu'il a 18 mois.

La famille semble s'isoler dans un fonctionnement clanique qui exclut la possibilité pour ses membres de s'en extirper. Les parents ne travaillent pas. Les enfants sont régulièrement déscolarisés. Il existe des conflits récurrents avec le voisinage.

La famille est à plusieurs reprises signalée à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes. Lorsque Pierrot à 6 ans, une Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) est prononcée pendant deux mois puis pendant dix-huit mois entre ses 9 et 10 ans. Les motifs invoqués sont : violences conjugales, alcoolisations parentales et carences éducatives. La mesure sera clôturée par absence de collaboration parentale.

Pierrot a 10 ans quand ses parents se marient. Les raisons qui motivent cette décision ne sont pas repérables au cours des entretiens.

Quand il a 14 ans, une nouvelle AEMO émane d'un signalement à la CRIP par le collègue qui dénonce de la violence intra-familiale, le comportement violent de Pierrot au sein de l'établissement scolaire, l'alcoolisation des parents et la prise en charge défailante des enfants. Les parents se séparent à cette période et les enfants sont alors instrumentalisés pour alimenter leur conflit interpersonnel. Ils se retrouvent destitués de leur repères humains et matériels, ballotés d'un endroit à un autre au grès des rejets affectifs. Un placement chez le père est finalement ordonné par le juge des enfants pour lui et sa sœur. Le juge considère qu'ils sont en danger chez leur mère qui refuse la collaboration avec les services sociaux et héberge leur demi-frère aîné poursuivi pour des faits

d'agression sexuelle. Les violences de Pierrot s'intensifient au collège et au domicile paternel. Sa sœur est placée en institution à cause de sa violence à son égard. La mère refuse de voir Pierrot. La sœur revient chez le père, Pierrot fugue chez sa mère quand il se dispute avec son père, sa sœur repart en foyer car elle a peur de retourner au domicile du père. Ce dernier évoque des idées suicidaires auprès des services sociaux, les deux enfants sont placés en foyer, ils fuguent chez la mère, le père ne veut plus les voir... Les enfants sont livrés à eux-mêmes dans des squats. La police est même mandatée pour les récupérer sans succès. Le placement finit par être levé pour une nouvelle AEMO qui ne peut qu'alerter le juge des enfants de la situation préoccupante dans laquelle se trouve la famille.

Au moment des faits, Pierrot habite chez sa mère avec sa sœur et son demi-frère. Il n'a plus de contact depuis quelques mois avec son père qui aurait retrouvé une certaine stabilité de vie.

Le logement est insalubre et accueille régulièrement des personnes en grande précarité. La famille sera expulsée du logement pour impayés et troubles du voisinage peu de temps après son incarcération.

Evaluation psychologique et psychiatrique

L'évaluation psychologique se fait au cours d'entretiens avec la psychologue de la PJJ, abordant différents aspects de sa vie : liens avec sa famille, positionnement par rapport aux faits, éléments de personnalité et de fonctionnement. Les liens intra-familiaux sont explorés pour chaque membre de la diade enfant parent. L'entretien est libre et peut s'appuyer sur des outils d'évaluation plus structurés selon les besoins et à l'appréciation de la psychologue, ce qui n'a pas été le cas concernant Pierrot. Le fonctionnement en groupe est également pris en compte ainsi que l'adaptation à l'environnement.

Le jeune paraît en recherche identitaire, en quête de figure identificatoire. Au cours des entretiens, il se montre volontaire mais l'échange est très pauvre et révèle une « grande immaturité psycho-affective ».

Au sein de la détention, malgré le souci de l'équipe éducative sur place de protéger ce jeune détenu, celui-ci se met en danger dans sa relation avec les autres ; ainsi, il a du mal à se positionner et agit de façon inadaptée avec ses pairs. Il peut se mettre parfois à dos ses pairs en cherchant à les impressionner ou prendre une position de meneur jusqu'à se retrouver seul dans la confrontation avec les adultes par manque d'adhésion des autres jeunes. L'image qu'il renvoie contraste avec ce qu'il vit. Il déplore avoir été identifié comme « un violeur », qui signe la marque du paria au sein du

milieu carcéral, alors qu'il devrait être considéré comme un des chefs puisqu'il est inculpé pour meurtre qui devrait lui conférer la plus haute reconnaissance dans le groupe.

Il fait part d'une estime de lui très basse depuis longtemps, se décrit comme avoir toujours été « le chieur » que ce soit dans sa famille ou à l'école. Il n'est pas freiné par cette mésestime de lui. Il est volontaire et partant pour toutes propositions qu'on lui fait, participe à l'école et investit le suivi psychologique hebdomadaire proposé au sein de l'établissement pénitentiaire. Il fait des projets, aimerait travailler dans les espaces verts, dans la nature.

Il exprime peu de ressentis émotionnels hormis la tristesse d'être éloigné de ses proches et des élans de joie pour ce qu'il apprécie. Il ne présente pas de culpabilité particulière ni de sentiment de honte. Parfois, il présente des moments de colère avec de la violence sur lesquels il ne met pas de mots. Ces moments de violence sont très réactionnels et ne peuvent être considérés comme des troubles du comportement. La violence est « un recours à l'agir comme tentative de représentation de l'émotion » qui « est l'illustration [d'un] défaut de symbolisation » (Hopchet et al., 2017).

Concernant les faits pour lesquels il est inculpé, il ne se sent pas concerné, nous dira être là pour « non-assistance à personne en danger ». De fait il n'exprime aucune empathie à l'égard de la victime.

La lecture émotionnelle est donc pauvre avec un rapport à la temporalité et au corps qui semble gelé. Il n'arrive pas à mobiliser des souvenirs plus lointains que l'âge de 12 ans et se situe dans une immédiateté de tous les instants. Sa présentation est négligée, voire incurique sans que cela ne paraisse le gêner. Il sera d'ailleurs traité pour la Gale dans les premiers temps de son arrivée en détention.

La pensée est également pauvre et emprunte du discours de sa mère qu'il a de façon quotidienne au téléphone. Sur le plan cognitif, il présente de bonnes capacités de concentration et d'attention. Il fait preuve d'une bonne mémoire et de contextualisation concernant les différents intervenants (nombreux) qu'il est amené à rencontrer. Il paraît avoir un bon niveau de langage et une bonne compréhension dans les échanges. En revanche, il fait peu usage des capacités d'abstraction, de subjectivation ou d'imagination. Il n'a pas développé la conceptualisation ni le lien de causalité.

Son sommeil n'est pas perturbé, il a bon appétit. Il ne présente pas de plainte somatique particulière.

Malgré l'importance des carences et de la violence dans l'histoire familiale, ce qui va très vite ressortir des entretiens avec Pierrot est l'absence de trouble psychopathologique structuré.

Le « vide » apparent qu'il présente va interroger sur la possibilité d'un trouble du développement intellectuel. Une WAIS-IV est réalisée qui est en faveur d'un Quotient Intellectuel dans la norme.

Le constat est presque douloureux pour les professionnels.

La Mesure Judiciaire d'Investigation Educative n'est pas une mesure éducative mais une mesure à visée informative pour aider le juge dans la prise de décision. Les professionnels qui y participent n'auront pas vocation à suivre le jeune. Souvent toutefois, une mesure éducative est parallèlement ordonnée. Ici, au cours de la mesure judiciaire provisoire, l'éducateur référent va à la fois rencontrer le jeune pour établir le rapport de la MJIE et en même temps initier le suivi éducatif. Dans le cas de Pierrot, les suivis éducatif et psychologique ont débuté au sein de l'établissement pénitentiaire pour mineur par les professionnels du « milieu fermé ».

Le psychiatre s'est mis rapidement en retrait du fait de l'absence d'élément clinique pouvant étayer l'histoire du sujet et l'absence de souffrance aiguë pouvant indiquer la nécessité de soins particuliers. Cependant, la mesure d'investigation a également pour vocation de proposer des orientations de prise en charge pour le jeune. La justice des mineurs se fonde sur le « primat de l'éducatif » et de « l'intérêt supérieur de l'enfant » (Daadouch et al., 2021).

Jean Chazal, un des principaux rédacteurs de l'ordonnance de 2 février 1945 et un des premiers juges des enfants, dira : « quand un enfant vole un vélo, ce n'est pas au vélo qu'il faut s'intéresser mais à l'enfant. »

Pierrot ne se situe pas dans un parcours classique de délinquance. Avant cette inculpation, il n'avait jamais eu de conflit avec la justice. Il semble avouer avec une certaine fierté avoir un jour volé des bouchons de valve à vélo dans le train. Le plaisir du souvenir de ces bouchons dorés anime la placidité de son visage.

S'intéresser à Pierrot permet de réaliser l'importance des carences et leur impact dans son développement. Sans chercher à « psychiatriser » les histoires de vie, le regard du psychiatre peut apporter une lecture de la discontinuité à travers l'irruption, dans l'histoire du sujet, de la pathologie. Par exemple poser la question d'une dépression de l'enfant à la période de la séparation de ses parents. A ce moment, il présente un changement de comportement avec avènement de troubles du comportement violents à l'école et dans le milieu intrafamilial, des manifestations dermatologiques à type d'eczéma et des cognitions dépressives de mésestime de lui qui semblent persister malgré l'amendement du tableau de dépression. Poser la question du rapport à l'alcool sous le prisme du trouble de l'usage. Pierrot a pu relater des épisodes de consommations massives

d'alcool avec amnésie lacunaire de comportements violents et dangereux de sa part qui avaient pu lui être rapportés après coup. Des ivresses pathologiques à la dépendance chronique familiale, soulever cette question avec lui semble important dans un souci de réduction des risques.

S'intéresser à lui permet également une rencontre qui le laisse exister comme il est, au-delà des objectifs de changement, de soins ou de rééducation. Et comme toute rencontre, ouvre sur un inconnu. Laisser la place à cet inconnu permet d'envisager d'autres possibles.

*Well Buddy Kid was with his friends
Black hood on the head and a stick in his hand
And buddy kid was giving orders
No violence just a little fear*

Prokop, songwriter, 2019

1. Psychiatre ou psychologue à la MJIE, entre criminologie et psychiatrie.

La participation à la Mesure judiciaire d'investigation éducative, est à notre sens, la plus criminologique des fonctions du psychiatre à la PJJ. La MJIE est ordonnée par le juge qui mandate le service de la PJJ sans nommer les professionnels qui y participent. Libre au service de les choisir pour apporter une lecture pluridisciplinaire de la situation du jeune. A travers cette pluridisciplinarité peut être engagé le psychiatre si l'équipe estime que ses compétences ont un intérêt dans l'affaire. Dans cette perspective, c'est la nature du délit qui peut conduire l'équipe éducative à solliciter les compétences du psychiatre. Cela peut se présenter relativement à la gravité ou à la nature de l'infraction. Par exemple, le cas Pierrot, mis en examen pour meurtre dans un contexte non expliqué. Les situations d'homicide sont (habituellement) rares chez les mineurs et peuvent être suffisamment graves pour impliquer le psychiatre dans l'évaluation. Certaines infractions sexuelles vont également plus facilement impliquer le psychiatre. Cela peut aussi être le cas pour évaluer la personnalité du jeune interpellé. Si dans les informations transmises au niveau de la procédure judiciaire ou à l'appréciation des professionnels de la PJJ, transparaissent des doutes sur une implication psychopathologique dans l'affaire ou dans la vie du mineur. Tous les signaux préoccupants étaient allumés dans l'affaire de Wendy, le psychiatre a naturellement été impliqué dans la MJIE. De même cela peut se présenter quand le suivi échappe et nécessite une évaluation plus générale et systémique du jeune. Dans le cas de Jules, l'équipe a sollicité la réalisation de la MJIE pour essayer de comprendre le fonctionnement global familial en s'appuyant, entre autres, sur les compétences du psychiatre. La pyromanie étant par ailleurs, une infraction à haut potentiel psychopathologique en criminologie.

Pour les situations qui partent de considérations plus criminologiques que psychiatriques, nous nous sommes demandé ce qu'apportait le psychiatre, en plus des connaissances du psychologue déjà présent. D'une part, il me semble que sa présence fait partie de l'héritage de l'histoire de la psychiatrie et de l'enfance délinquante confrontée à la justice. Le deuxième chapitre sur l'approche historique ou philosophique de la justice des mineurs s'en veut l'illustration. D'autre part, cette interrogation reflète un amalgame de notre part entre abord criminologique et psychiatrisation de la délinquance. Psychologue et psychiatre sont aptes à avoir des compétences criminologiques, c'est une question, encore une fois, de pratiques. L'on peut quand même se demander s'il apporte des compétences particulières qui justifieraient de le maintenir au-delà de sa place historique. La psychologue du STEMEO évoquait au cours de discussions informelles, l'importance de l'approche globale médicale qui intègre, notamment, le corps du sujet. Le psychiatre apporterait une vision plus objective du sujet qui permet de l'envisager sous l'angle de la rupture (comme la maladie et

l'intervention thérapeutique) quand le psychologue va s'attacher à la continuité qui fait le psychisme et l'unité du sujet.

Le cas de Pierrot est intéressant dans la mesure où le psychiatre s'est finalement rapidement mis en retrait devant l'absence d'implication psychopathologique. La mise en retrait est une prise de partie. Elle signifie la limite de compétence. Nous n'avons pas eu le sentiment que les professionnels de la PJJ attendaient une réponse psychiatrique à des situations qualifiées de problématiques. Mais plutôt une forme d'intégration consciente d'enjeux de soins fréquents chez les jeunes qu'ils accompagnent.

2. Risque de psychiatisation de la délinquance.

Cet écueil a été assez débattu concernant le rapport de l'INSERM sur les troubles des conduites en 2007. Il nous semble que le psychiatre, en tant que médecin se caractérise par son positionnement de soignant d'abord, plus que par son positionnement de sachant. Garder en vue la perspective de soins est primordiale. Cela semble évident dans les établissements de soins, malgré des dérives certaines. Mais cela concerne également le cas du psychiatre à la PJJ. Il n'est pas là pour psychiatiser la délinquance qui est une notion juridique. Il peut éventuellement apporter des éléments de lecture psychopathologiques concernant les comportements d'un jeune avec le but de comprendre son fonctionnement pour trouver comment l'aider. A la PJJ, il n'a d'ailleurs pas autorité dans la science du comportement. L'idée est plutôt de confronter les points de vue pour s'adapter au mieux à chaque individu.

Dans son mémoire de validation d'exercice d'éducateur, Charles Ghezzi évoque la tendance de certains éducateurs à « se décharger de toute responsabilité en pointant du doigt la psychiatrie ». Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer ce genre de situation lors de notre court passage au STEMO de Dunkerque. Nous revenons sur l'importance du retrait dans certaines situations. L'enjeu serait plutôt parfois, de « dépsychiatriser » le propos. Quand les situations dépassent, par leur complexité, ou gravité, l'entendement commun, « renvoyer la balle à la psychiatrie est souvent le chemin le plus facile pour expliquer l'inexplicable » (Moyano, 2005). Le cas d'Arthur nous semble assez caractéristique. Orienter vers le psychiatre relève du réflexe, couplé à l'obligation de soins. Mais malgré l'état catastrophique de la situation de ce jeune majeur, il n'y a pas de solution psychiatrique et l'hospitalisation en psychiatrie n'est pas indiquée. Elle relève d'une urgence sociale d'hébergement.

Arthur

Son suivi à la PJJ de Dunkerque commence la veille de sa majorité quand il est placé sous contrôle judiciaire pour des faits de violence et d'agression sexuelle. Arthur est un jeune en très grande difficulté depuis longtemps, qui cumule des problématiques multiples : trouble du développement intellectuel, carences éducatives, troubles psychiatriques, impulsivité, violences, déscolarisation depuis la 6^{ième}, désinsertion sociale, handicap... Connu par l'ASE depuis ses 9 ans, il a des problèmes avec la justice depuis ses 15 ans, a connu l'IME, l'ITTEP, le CMP, l'hôpital psychiatrique et finalement la prison à 19 ans où il est incarcéré provisoirement, en mandat de dépôt criminel.

Le tableau est alarmant. La veille de sa majorité, il est placé chez son père dans le cadre du contrôle judiciaire. Il se retrouve le jour même à la rue, extrêmement vulnérable. Auparavant, il était chez sa mère à Calais qui est hospitalisée en psychiatrie après avoir tenté d'étrangler sa sœur de 13 ans et de mettre fin à ses jours.

Rapidement son éducateur référent l'orienta en consultation vers le psychiatre du STEMO. Les motifs de la consultation sont alors de faire le point sur son état mental, d'examiner la pertinence d'un traitement par cyamemazine déjà prescrit et de définir les soins qui pourraient faire l'objet de son obligation. En effet, le contenu de cette dernière n'a jamais été précisé, en particulier il n'a pas été fait référence à une expertise psychiatrique. La question de l'orientation vers une hospitalisation en psychiatrie sera rapidement écartée en l'absence de trouble psychiatrique patent ou de conduites suicidaires. Seront surtout mis en évidence une souffrance psychique importante en lien avec la conscience de l'impulsivité et la précarité des liens avec les adultes depuis la petite enfance.

Discussion

L'obligation de soins appartient aux mesures de sûreté (une fois la peine purgée) ou dépend d'un contrôle judiciaire (CJ). Elle peut être prononcée en matière délictuelle pour des peines qui encourent au moins 5 ans d'emprisonnement ou en matière criminelle. Elle ne fait pas partie des obligations attenantes à une mesure éducative, MEJ(P) ni consister en leur module santé. Elle est également différente de l'injonction de soin, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, qui dépend d'un avis d'une expertise psychiatrique, contrairement à l'obligation de soin qui est décidée par le juge.

Arthur est mis en examen pour des faits d'agression sexuelle avec circonstances aggravantes de violence sur personne vulnérable. De plus, il a des antécédents de procédures pénales. Ainsi, il est soumis à une obligation de soin dans le cadre d'un contrôle judiciaire.

On peut se demander sur quels motifs relèvent l'obligation de soins (stupéfiants, suicides, violences, impulsivité ...). Les décisions des magistrats sont, la plupart du temps, sans un avis spécialisé préalable et sans tenir compte des outils à disposition pour les rendre effectifs. Ces mesures ont initialement été prises dans les contextes de crimes ou d'agression sexuelle (Senon & Jaafari, 2008).

Leur recours s'est étendu au fil du temps à d'autres domaines comme les stupéfiants. Cela interroge la place des addictions et des consommations de stupéfiants ou substances psychoactives (comme l'alcool) en matière pénale, considérées comme circonstances aggravantes et dans le même temps, soumises à des soins. Quelle représentation des soins en général et des soins imposés, ont les juges ? Comment le psychiatre peut les rendre opérationnel ? Pratiquement, cela pose, par exemple, la question des repères pour définir l'accomplissement de l'obligation pour un jeune : assiduité aux RDV, qualité de l'investissement, l'impact sur les délits ou la récidive. Les recommandations de la commission d'audition au sujet de la « prise en charge de la psychopathie » nous semblent intéressantes sur ce point. Pour les adolescents, le constat, au-delà du manque de moyen, pointe l'importance des ruptures dans les soins et l'importance du soutien des équipes éducatives. Pour les adultes, elles insistent sur la nécessité « de bénéficier d'un *cadre* structurant », et la *coordination* des intervenants et la capacité des équipes à « résister aux *mises en échec* répétées ». « La commission d'audition rappelle que le traitement, qui repose sur un long travail d'élaboration psychique, ne peut avoir la prévention de la récidive pour premier objectif, même si peut y contribuer ». Elle estime que « l'obligation judiciaire de soins présente un intérêt pour ces personnes à condition qu'elle soit médicalement fondée et que la relation entre les juges de l'application des peines, le service d'insertion et de probation et la structure soignante soit suffisamment structurée et organisée ». Appliqué aux mineurs, la PJJ apporte cette structuration et organisation. On peut se demander qui du juge ou du médecin pose l'indication de trouble de la personnalité antisociale, qui dans sa définition même, implique la légalité dès le premier item du DSM5 : « incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation ». Il nous semble que l'obligation de soin soit un corollaire de la *psychopathie* au sens où le juge, en imposant des soins, confère aux comportements délinquants un statut de symptômes. La CIM distingue la personnalité dyssociale et la personnalité émotionnellement labile et n'a pas cette valence légale dans ses définitions. Les recommandations privilégient le terme d'*organisation de la personnalité à expression psychopathique*, qui « permet de rappeler qu'il ne s'agit pas d'une maladie mentale mais d'un trouble de la personnalité, aboutissant à un processus psychocomportemental complexe et multifactoriel » (HAS, 2006).

IV. Une population de jeunes fragiles qui échappent aux soins. Place de la sollicitude dans les soins psychiatriques.

1. Quelle place pour l'aller vers ?

Observer au sein du STEMMO de la PJJ de Dunkerque, nous a amené à nous poser la question de « l'aller vers » en psychiatrie. Dans notre exercice, nous avons eu l'occasion de travailler en équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), en nous accrochant le plus possible, à ce rôle d'observateur qu'il nous semble nécessaire de respecter dans certains milieux extraits de l'hôpital. « Ici, c'est pas le cabinet de consultation, c'est la rue¹² ». La population des jeunes PJJ a tous les facteurs de risques environnementaux pour être considérée comme étant en besoins de soins importants. Les études montrent que ces jeunes sont en moins bonne santé avec une surreprésentation des troubles de santé mentale. Cependant, ce n'est pas l'hôpital, c'est la PJJ, et ces jeunes n'ont rien demandé. Ils viennent d'ailleurs, et contraints par une mesure judiciaire.

Les professionnels de la PJJ sont des professionnels de terrain, ils se déplacent beaucoup, vont au domicile des jeunes, les retrouvent dans la rue, les accompagnent physiquement dans leurs démarches, sont joignables et accessibles (dans le respect de leur cadre de travail bien sûr). Du fait de la contrainte imposée par le contexte judiciaire, ils sont plus proactifs dans leurs suivis que notre expérience des suivis dans le cadre du soin. Leurs pratiques nous ont évoqué le travail des équipes mobiles psychiatriques et particulièrement celles des EMPP. La découverte du livre de Philippe Le Ferrand, « L'Accompagnement psychologique dans le travail social », psychiatre addictologue et enseignant dans le domaine de la psychopathologie de l'adolescent a été un tournant dans notre réflexion. Les situations de jeunes (des adultes également, mais de façon assez systématique chez les jeunes) caractérisés par leur « mise en échec » des soins sont fréquentes dans l'exercice psychiatrique hospitalier. Elles portent sans doute la frustration des soignants mais entraînent également beaucoup de frustration dans la communication entre professionnels car son stigmatisantes et créent du rejet. L'évaluation de la demande se confronte à celle des besoins de soins et ne se superposent pas dans bien des cas. Les jeunes de la PJJ, mettent comme les autres jeunes, en échec les adultes. D'autant plus qu'ils transgressent. Ils ne se contentent pas de mettre en échec le monde de l'adulte, ils l'attaquent. Il me semble possible de comparer ces attitudes de rejets réciproques avec la pratique de la médecine de la grande précarité. Philippe Le Ferrand note l'importance de la sollicitude comme principe de soins et de l'aller vers dans cette population : « L'absence de motivation n'est pas un défaut d'investissement ou une absence de désir, si bien

¹² Parole d'éducateur, Corinne, en EMPP.

qu'attendre la demande peut bloquer la créativité de la rencontre alors que la sollicitude peut soutenir la possibilité de la personne de trouver des issues pertinentes à ces impasses lorsque le désir personnel fait défaut. » (Le Ferrand, 2021, p.104). Au sujet des travailleurs sociaux, « au centre de la sollicitude », il évoque ce sentiment de frustration dans « l'attente de la demande et l'abus de sollicitude qui ne respecte pas l'équilibre précaire de la personne. » (Le Ferrand, 2021, p.54). Jauger la part de sollicitude et la part du retrait dans la relation me semble relever, aussi, de la compétence psychiatrique.

2. Veille sanitaire en addictologie et apport de la RDR.

Pour l'avoir vu dans son exercice de psychiatre hospitalier et de psychiatre de la PJJ, la consultation addictologique nous a paru aussi riche pour le jeune que pour le médecin. Le même constat dans la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral. Être à l'écoute du terrain permet d'ajuster sa pratique à l'hôpital. L'approche éducative, reine des suivis PJJ, s'enrichit de l'approche addictologique dans le domaine de l'abord des consommateurs. Il en est par exemple question dans le cas de Sylvia concernant la réduction de risque. Et bien souvent quand l'urgence pousse à vouloir sortir les jeunes de la destruction causé par les consommations. La surprévalence des troubles de l'usage chez les jeunes de la PJJ est alarmante. L'obligation de soin concernant les stupéfiants, un sacerdoce pour les addictologues (cela mériterait d'être plus discuté...). D'autant qu'elle est contradictoire avec l'essence du soin en addictologie. La consommation de substance est un trouble lié à l'usage dans le DSM, c'est un comportement et un fait social dans la vraie vie. Or le diagnostic de trouble lié à l'usage n'implique pas que les symptômes induisent « une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ». Le passage de l'usage au trouble n'est pas systématique mais n'est souvent « pas perçu par l'usager qui pense maîtriser sa consommation »¹³. L'usage pourrait correspondre au comportement, mais alors le passage au trouble serait décrété par la présence ou pas, d'au moins deux critères sur les onze proposés par le DSM ? Cela ne semble pas poser de problème dans un cadre de soins. Nous avons besoin de troubles pour travailler, même ceux que les patients n'acceptent pas. Mais dans un cadre qui n'est pas le soin, quelle valeur à la qualification de trouble ? Un des rôles du psychiatre à la PJJ, nous semble-t-il, est aussi d'apporter cette vision médicale du pathologique, qui fait rupture dans le rapport qu'on a avec la personne, en lui proposant de la soigner. Il s'agit d'apporter cette vision soignante aux équipes. Concernant les consommations, il s'agit souvent de mettre en avant la

¹³ DSM5

réduction de risque. Or cela, bien souvent, va plus concerner l'équipe éducative que le psychiatre, nouvelle forme de retrait qui accompagne sans laisser seul. Répondre à la demande de soins quand il y en a, et orienter vers les consultations jeunes consommateurs et le CSAPA quand nécessaire. Sachant que tout relai est à risque de rupture, même accompagné. Lily s'est rendue à la consultation jeune consommateur de l'association Michel avec son éducatrice référente. Elle a rapidement arrêté le suivi mais avait accroché un peu plus au CSAPA de Laon. Les ruptures de suivi sont aussi le reflet de ruptures de vie, lui apprendre l'existence de lieux ressources lui permettra peut-être de s'en saisir plus tard.

3. Le Dépistage des troubles psychiatriques.

La fragilité de la population des jeunes PJJ pose également la question du dépistage. Est-il pertinent de proposer un dépistage des troubles psychiatriques systématique à une population à risque et éloignée des soins ? Probablement que systématique relèverait plus de la surveillance et du contrôle et serait à risque d'abus de pouvoir. Mais être sur le terrain et disponible pour proposer une évaluation psychiatrique semble pertinent et dans l'esprit du secteur. Heloïse Haliday, maître de conférence en psychologie clinique et psychopathologique et spécialiste de l'étude de l'organisation des soins en santé et santé mentale propose un continuum entre « l'« esprit » du secteur » et le retour de la psychothérapie institutionnelle appliquée à la « santé mentale dans la communauté » (revendiqué dans la *clinique du sens* des détracteurs de l'étude INSERM sur les troubles du comportement). Quel rôle veut jouer aujourd'hui la psychiatrie ? Quelle place à l'universalité des soins ? Le maillage inter-institutionnel du territoire que propose la sectorisation reste pour l'instant un élément essentiel de l'offre de soins en psychiatrie. Il y a des psychiatres dans les EPHAD, dans les établissements médicaux-sociaux, dans le réseau de la grande précarité, à la prison. Alors pourquoi pas à la PJJ.

Un autre discours revendique le dépistage non pas relativement au caractère vulnérable de la population mais relativement à l'association de la délinquance aux troubles psychiques. Nous restons très sceptiques quant au mélange de genre de nombreuses études qui utilisent la délinquance comme critère clinique, rendant difficile l'interprétation de leurs résultats.

Des suivis complexes et de longue durée : le cas de GEORGES

Georges a 13 ans, il habite chez ses parents avec son « frère de cœur », n'aime pas trop l'école, préfère les jeux vidéo, le foot, il fait partie depuis peu des jeunes Sapeurs-pompiers volontaires, plus tard il aimerait être des leurs, ou militaire.

C'est la rentrée de 5^{ème}, George est déféré et mis en examen pour des faits d'agressions sexuelles commis entre janvier et juin 2019. La victime est un jeune garçon d'un an de moins que lui, qui vient régulièrement à la maison. À la suite du déferrement, Georges est placé en Liberté Surveillée Préjudicielle¹⁴ (LSP) et une Mesure Judiciaire d'Investigation Educative (MJIE) est ordonnée par le juge des enfants.

La Mesure Judiciaire d'Investigation Educative a pour objectif d'aider le juge à prendre la décision la plus éclairée concernant le jeune. Les objectifs, précisés par l'ordonnance du juge sont : recueillir par une approche interdisciplinaire, des informations quant à la personnalité et les conditions de vie, d'éducation et de prise en charge du mineur ; décrire la situation sociale dans laquelle évolue le mineur ; décrire la situation familiale du mineur et son fonctionnement. De plus, il est précisé que la mesure comporte, le cas échéant, et après évaluation de la notion de danger, des propositions d'accompagnement de type éducatif, thérapeutique, et ou de prise en charge médico-sociale.

C'est dans ce cadre que Georges et ses parents rencontrent les professionnels de la PJJ de Dunkerque. Le psychiatre participe à la MJIE. Dans l'organisation du département de la PJJ de Dunkerque, il est systématiquement impliqué lorsque le motif d'interpellation est celui d'agression sexuelle. Il sera par la suite sollicité par l'équipe au cours du suivi pour des consultations pour des conduites addictives. Ainsi, Georges a 13 ans quand il rencontre le psychiatre pour la première fois à l'occasion de la MJIE. Il le rencontrera à nouveau à 16 ans, à sa demande, et cette fois ci dans un contexte de soin.

Biographie, éléments développementaux et environnementaux

On retrouve dans ses antécédents médicaux-chirurgicaux une torsion testiculaire bilatérale et un eczéma. Il n'a pas de problème de santé par ailleurs et ne prend pas de traitement.

Il est né à terme (déclenché à J7 du terme), par voie basse sans complication en post-partum. Sa mère n'a pas souhaité allaiter avec une souffrance en lien avec un vécu de jugement par l'équipe de la maternité, assez marquant pour qu'elle en fasse part. On ne retrouve pas de dépression du post-partum pour autant. Les acquis et apprentissages n'ont pas posé de difficulté. Son carnet de santé est à jour avec une assiduité qui montre un investissement parental concernant sa santé.

Au niveau familial, sa mère a présenté des difficultés au niveau scolaire et a été orientée au collège en classe SEGPA. Le couple a été suivi pour infertilité sans diagnostic repéré et avec recours à l'assistance médicale à la procréation (plusieurs Fécondations In Vitro, 2 fausses couches), sa mère avait 39 ans lors de la grossesse de Georges.

¹⁴ La Liberté Surveillée Préjudicielle est une mesure probatoire qui implique un suivi éducatif par la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Cette mesure a disparu depuis le CJPM en septembre 2021.

Sa mère a également été hospitalisée en psychiatrie à la suite d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire au cours du suivi judiciaire de son fils.

Il habite chez ses parents, dans une maison confortable d'un village de 1500 habitants de la Flandre intérieure. Ses parents sont mariés depuis plus de vingt ans, son père est cariste et sa mère était assistante familiale pour l'Aide Sociale à l'Enfance depuis plusieurs années. Elle avait fait ce choix pour être plus présente à la maison et la famille accueillait depuis plusieurs années un jeune garçon. Georges avait 7 ans quand est arrivé Sami qui avait 2 ans et demi à l'époque. Sami présente un retard des acquisitions et des troubles du comportement, il a été diagnostiqué souffrant d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.

Georges était un enfant désiré et attendu. Le parcours du couple pour avoir un enfant a été long et douloureux, résigné à ne pas avoir d'autres enfants. L'arrivée de Sami a été investie d'autant plus sur le plan affectif par la famille. Pourtant, les difficultés que présente Sami sur le plan du comportement ont mis à l'épreuve le couple et l'équilibre familial. Georges est passé de l'enfant unique avec une relation dite « fusionnelle » avec sa mère, à l'enfant sans problème à côté de son « frère de cœur » demandant un investissement important, voir exclusif des parents du fait de ses troubles. Il a cependant évolué dans un milieu familial aimant et à l'écoute des besoins de ses besoins. Quand Georges a été accusé, l'habilitation d'assistante familiale a été retirée à sa mère et Sami a quitté le domicile familial.

Entre ses 6 et 13 ans, Georges était inscrit en club de foot, son père était impliqué dans l'organisation du club. Il pratiquait également la course à pied, du karaté et à partir de ses 13 ans avait intégré les jeunes sapeurs-pompiers volontaires. Il était sociable avec un bon étayage amical, côtoyant des jeunes « plus grands ». Son rêve à cette époque était de devenir pompier ou militaire.

Au niveau scolaire, la maternelle s'est déroulée sans complication. En primaire, Georges montre peu d'intérêt, ou un intérêt très fluctuant selon l'affect qu'il a pour ses professeurs. Il présente quelques troubles du comportement. Il redouble le CM2 avec un vécu de honte et de colère face à ce qu'il vit comme un échec. Il entre en 5^{ème} au moment des faits. Cette année-là, les troubles du comportement s'intensifient et le collège met en place une fiche de suivi quotidienne à la suite d'un différend avec un professeur (provocation, insultes).

Sur le plan matériel et financier, la famille ne présente pas de difficulté particulière.

Organisation du suivi judiciaire et médical

Georges est vu une première fois par le psychiatre de la PJJ dans le cadre de la Mesure d'Investigation Judiciaire Educative. La rencontre se fait avec ses parents. Le but de cette consultation est de compléter l'évaluation globale de la personnalité et situation du jeune sous un angle médical, psychopathologique. L'entretien s'appuie sur un questionnaire d'hétéro-évaluation globale de la psychopathologie de l'enfant, la Liste des Comportements pour les Enfants (LCE) qui fournit une description standardisée des troubles émotionnels et comportementaux, ainsi que des compétences sociales et scolaires (Mouchenik et al., 2010).

La LCE est l'adaptation française de la Child Behaviour Checklist publiée en 1991 (adaptation française par Fombonne). Elle comprend deux sous-échelles, compétences sociales et problèmes de comportement. L'échelle de comportement comprend des difficultés de type « internalisation »

(anxiété/dépression, repli sur soi, plaintes somatiques) et externalisation (comportements délinquants, agressifs). Comme le fait remarquer un article publié dans la revue L'Enfance en 2010 sur le Questionnaire Guide d'Evaluation des difficultés psychologiques des jeunes enfants pris en charge par la Protection de l'Enfance, « la symptomatologie liée aux traumatismes psychiques n'est pas pris en compte » de manière spécifique. Cependant, toujours selon le même article, c'est « l'échelle générale d'hétéro-évaluation la plus utilisée dans le monde et validée par le plus grand nombre de pays » qui « présente une grande fiabilité, attestée par de nombreux travaux de recherche pour discriminer, suivant leur situation psychologique, les enfants relevant d'une aide psychologique et ceux qui n'ont pas de difficultés particulières » (Mouchenik et al., 2010). La limite mais aussi l'intérêt de ce questionnaire réside dans le fait qu'il se pratique avec les parents puisque ce sont eux qui répondent aux questions.

Dans le cas de Georges, le questionnaire met en évidence de bonnes capacités sociales et l'échelle de comportements rend peu probable l'existence d'un trouble psychopathologique caractérisé.

L'impact des événements sur la vie de Georges ne fait pas de doute avec des éléments de dépressivité remarquée par les professionnels qui le rencontrent. La dégradation de ses résultats scolaires sur le premier semestre de la 5^e (c'est à la rentrée de septembre 2019 que l'affaire éclate), l'arrêt des activités extra-scolaires et la perte d'intérêt pour des loisirs variés, les troubles du comportement qui se majorent avec la mise en place de mesures comme la fiche de suivi quotidienne, une information préoccupante du collègue qui signifie des « signes de mélancolie » avec des propos inquiétants de Georges (« de toute façon, je n'ai plus rien à perdre »). Un suivi psychologique est mis en place dans le cadre du suivi par la PJJ qui organise également un suivi au CMP qui débute en fin d'année de 5^e.

Selon son éducatrice, les rapports entre professionnels de la PJJ et des structures de soins, CMP, plus tard le CSAPA sont bons et appréciés par les intervenants. Seulement les accroches sont fragiles et les ruptures de suivi systématiques dans le cas de Georges. Le seul suivi qui tient est celui imposé par la PJJ (et donc par le juge) malgré de nombreux absentéismes. Le suivi est pro-actif et tente de s'organiser de façon cohérente en regroupant les différentes sanctions et mesures pénales qui s'accumulent à force de nouveaux délits. Son éducatrice référente va d'ailleurs le suivre de ses 13 à 18 ans, ce qui reste rare du fait de la mobilité importante des professionnels. Concernant le suivi au CMP, après en avoir rejeté son utilité, il expliquera par la suite y avoir mis fin au départ de l'interne en pédopsychiatrie qui s'en occupait. Les ruptures sur le plan relationnel sont connues comme étant des facteurs limitant le soin. La pérennité du suivi proposé par la PJJ, malgré un désinvestissement aussi marqué que pour les autres suivis, lui a permis, dans des moments de crise ou d'impasse, de solliciter à nouveau de l'aide.

C'est dans le cadre de ce suivi que va lui être proposé la consultation addictologique, qu'il acceptera de façon passive s'en s'y rendre, et sollicitera finalement de lui-même un peu plus tard.

Histoires de la maladie du trouble de l'usage du cannabis et du parcours de délinquance

En été 2020, entre la 5^e et la 4^e, Georges découvre le cannabis. Et dans la force de l'évitement par l'addiction, à partir de ce moment, ne sera plus question que de substances, dans le discours social, médical ou judiciaire.

Après une année compliquée de 5^e, il décroche au niveau de la scolarité en 4^e. A mi-parcours, il change d'établissement, orienté vers une formation professionnelle en 3^e prépa métier.

Les troubles du comportement et la violence en lien avec les stupéfiants s'intensifient (violences dans la famille quand il a besoin d'argent ou lorsqu'il est en manque de cannabis). Les parents sollicitent un placement et il va être en Centre Educatif Renforcé pendant 3 mois entre mai et juillet 2021. Cette période est décrite comme bénéfique par les professionnels qui le connaissent. Une période d'apaisement, de stabilité qui va perdurer quelques temps après la fin du CER. Un bilan de santé est réalisé mettant en évidence des consommations d'alcool régulières. Un traitement par HYDROXYZINE est prescrit par le médecin généraliste intervenant dans le centre. Si les troubles du comportement diminuent, les consommations de cannabis persistent et commencent à être identifiées par le jeune comme problématiques.

Les années suivantes sont marquées par l'absentéisme scolaire. Une ébauche de suivi au CSAPA est amorcée (organisé à partir du suivi éducatif). Devant l'aggravation des violences intrafamiliales, un placement en CEF est demandé par l'équipe de la PJJ mais ne donne pas suite. Les interpellations pour stupéfiants et violences s'accumulent. Georges vit entre chez ses parents et les parents de sa copine, il n'a pas d'activité. Les tentatives de raccrochage par des associations d'aide à la réinsertion, comme la mission locale, ne fonctionnent pas, par manque d'adhésion du jeune. On peut quand même noter que les quelques stages qu'il a faits se sont bien passés et ont été investis. Malgré cela, il est décrit comme un jeune « qui met en échec ses projets et qui ne va pas au bout de ses engagements ». Les parents restent présents mais s'épuisent. Dans l'engrenage de la dépendance de leur fils, ils financent sa consommation pour lui éviter plus de problème. Les tensions familiales sont importantes et sclérosées autour des consommations. Les parents, accompagnés par les professionnels de la PJJ vont même porter plainte contre lui pour des violences qu'ils ont subies.

Sur le plan judiciaire, la Mesure d'Investigation Judiciaire et Educative s'est terminée au bout de 6 mois en vue du jugement de culpabilité concernant les faits d'agression sexuelle. Le jugement a abouti à une Mise sous Protection Judiciaire d'une durée de 2 ans. Se chevauchent de nouvelles mesures en lien avec les stupéfiants et la violence. Une nouvelle Mesure Educative Judiciaire Provisoire d'un an qui vient prolonger le suivi déjà en cours. Dans le même temps, d'autres jugements l'amènent à réaliser deux stages de quelques jours pour usage illicite de stupéfiant et conduite et stupéfiants, honorés par le jeune (3 et 2 jours). Une semaine avant le jugement de culpabilité concernant les faits de violence motivant la MEJP d'un an, il est relaxé pour une autre affaire concernant les stupéfiants. La fiche de Recueil de Renseignements sociaux-Educatifs (RRSE) écrite au préalable du jugement évoque l'éventualité d'une hospitalisation sans consentement en soins psychiatriques. Cette demande n'a rien de judiciaire, se pose comme un signal d'alarme devant un jeune qui échappe à la protection de l'adulte.

Georges à aujourd'hui 17 ans et demi. La position de l'équipe de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, pour répondre à la nouvelle investive du juge en vue d'un nouveau jugement de culpabilité, n'est pas en faveur de la poursuite du suivi éducatif qui pourrait se prolonger au-delà de ses 18 ans s'il avait du sens. Ceci n'est pas un constat d'échec mais un souci du respect de l'autre comme individu autonome et responsable de sa vie. Malgré les difficultés et l'instabilité du parcours,

son évolution en termes de compréhension et de responsabilisation doit être relevée. Son rapport au cannabis et l'émergence d'une demande de soins, en sont peut-être l'illustration.

Sans la sollicitude de l'équipe, l'occasion de soins n'aurait pas eue lieu. Mais il a fallu attendre que lui sollicite le soin pour qu'il se rende à la consultation. L'objectif de l'accompagnement n'est pas de remettre sur le droit chemin mais de permettre, lorsqu'il y a entrave, à la personne de se réaliser.

« L'objectif de l'accompagnement est d'aider la personne à revivre, c'est-à-dire sortir de son « dévivre » en trouvant un équilibre dans un environnement social, certes normatif, mais qui doit aussi parfois changer lorsqu'il contraint la personne à se renier. »

Philippe Le Ferrand, L'Accompagnement psychologique dans le travail social

Discussion

Cette situation interroge sur le mal-être qui se cache, derrière une absence de trouble mental patent, et sur le statut clinique de l'addiction et des passages à l'acte chez ce très jeune adolescent.

Le climat familial ne semble pas délétère sur le développement de Georges, dans le sens où ses besoins semblent respectés sur les plans de la sécurité affective, matérielle, de santé, d'accompagnement dans la scolarité et dans son autonomie. Les éléments de dépressivité (troubles du comportement à type d'opposition, isolement, cognition dépressive et idées suicidaires) surviennent après le dévoilement des accusations et la judiciarisation des comportements sexuels. Le statut clinique de ces comportements n'est pas évoqué et nous n'avons pas les éléments concernant son développement sexuel (ni le bagage théorique). Les faits d'agressions peuvent cependant être catégorisés d'attouchements sexuels. L'acte sexuel n'est pas considéré comme transgressif par Georges, ce qui semble fréquent chez les mineurs auteurs d'agressions sexuelles, qui plus est, concernant les plus jeunes avec un profil d'immaturité (Dozois, 1994). Quel statut ont les comportements sexuels ? Relèvent-ils d'interdits non pathologiques ou s'intègrent dans un trouble développemental ? Nous ne nous engageons pas dans une discussion concernant la responsabilité sur ce terrain mais interrogeons sur le sens que nous pouvons y donner dans la lecture clinique. L'absence de diagnostic n'est pas synonyme d'absence de trouble, surtout si on se place dans une perspective développementale qui prime sur l'approche nosographique en pédopsychiatrie (Cohen, 2008). Dans le rapport Choquet, les auteurs pointent la moindre prévalence de syndrome dépressif chez les adolescents suivis à la PJJ par rapport à ceux du même âge scolaire mais avec une surreprésentation des passages à l'acte, notamment suicidaires (Choquet

& Hassler, 2005). Quelle place à le passage à l'acte dans la symptomatologie ? Est-il symptomatique d'une dépressivité ? Ou une manière de reprendre une place dans la famille avec l'arrivée de *son petit frère de cœur* venant bouleverser l'écosystème familial ? Qu'est-ce qu'on entend par passage à l'acte ? Ou troubles du comportement ? Et peut on mettre sur le même plan des comportements tels qu' « agression sexuelle » et « vol d'iPhone » ou « menace de mort envers son directeur » ? Vont tous se retrouver dans les items du trouble des conduites et plus tard dans trouble de personnalité antisociale (« répétition de comportements passibles d'arrestation ») alors qu'ils n'ont pas du tout le même sens dans l'histoire de vie de l'individu. Chez Georges, les agressions sexuelles ne sont pas conscientisées. Les éléments de dépressivité semblent survenir en aval de la judiciarisation des faits. Dans un contexte où on peut supposer que la révélation des accusations a eu un impact sur son fonctionnement, en termes d'introspection, de rapport à l'autre, le regard posé par ses parents, le départ de Sami de la maison. L'apparition des troubles oppositionnels au collège s'intensifient et semblent prendre une autre dimension à partir de cette période sur un fond de non-épanouissement scolaire. Si ces troubles oppositionnels semblent s'inscrire dans un trouble réactionnel avec éléments de dépressivité, les agressions sexuelles semblent être d'un autre ressort et mettre les deux sur le même plan nous paraît manquer de sens. Cela interroge sur la pertinence du diagnostic catégoriel quand il n'est pas considéré dans une optique développementale dynamique.

D'autre part, ce suivi assez long (pendant 4 ans), met le doigt sur la rareté de la constance des suivis. Dans l'évaluation de la dangerosité, le suivi est un facteur pronostique important (Gheorghiev & Marty, 2012). Le suivi, en atténuant le risque de rupture, atténuerait les risques de passages à l'acte. Cependant, chez les adolescents, il faut accepter que l'adhésion à des soins psychologiques soit sur un autre modèle que celui plus « continu » des adultes. Si le développement est continu, il s'opère sur des rythmes de vie qui le sont moins (par exemple, simplement, l'organisation du système scolaire) et intègre des moments de rupture. Cela interroge sur l'adaptation du soin sur un modèle de suivi plus discontinu et la construction d'une relation thérapeutique (individuelle ou institutionnelle) stable.

V. La prise en charge des jeunes délinquants

Léonard Nguimfack, docteur en psychopathologie et psychologie clinique décrit les différentes approches thérapeutiques de la délinquance dans son article *Comment a évolué la prise en charge thérapeutique des jeunes délinquants dans les recherches en sciences sociales ?*. Il distingue plusieurs modes cliniques d'approche de la délinquance. Le premier est le « mode d'approche psychiatrique » qui porte sur le traitement des maladies mentales, des déficiences intellectuelles ou des troubles de la personnalité responsables de conduites antisociales. Les autres sont les modes cliniques d'approches fondées sur divers modèles théoriques :

- Psychanalytique, « qui portent sur le traitement du psychisme du délinquant soumis aux conflits intrapsychiques ou internes et aux motivations inconscientes qui ont guidé chez lui le passage à l'acte criminel ou délictuel » ;
- Biomédicale et neuropsychologique, « qui porte sur la diminution des pulsions sexuelles, le traitement des liaisons cérébrales et de certaines maladies organiques responsables des troubles de comportement et de conduite ;
- Systémique et contextuel, « qui porte sur la modification du contexte ou le traitement des patterns transactionnels mal adaptifs au sein de la famille ou des interaction dysfonctionnelles au sein de celle-ci ».

L'auteur relève également qu'« aucune approche de type mono-disciplinaire ne peut être satisfaisante, ni intellectuellement, ni techniquement, ni socialement parlant ». La délinquance est d'abord un concept juridique, qui renvoie à l'ensemble des infractions punies par la loi qui exposent leur auteur à des poursuites judiciaires. La jeunesse délinquante, l'ensemble des jeunes ayant commis des actes de délinquance, c'est-à-dire une infraction punie par la loi. Ces jeunes ont donc en commun d'avoir commis une infraction, d'avoir transgressé la loi. On peut se demander si cela suffit pour qu'il « soit possible de tenir sur eux des propos généraux et sensés »(Goffman, 1963). « En psychologie et en psychiatrie la délinquance désigne les conduites symptomatiquement complexe et multidimensionnelles qui s'expriment par la transgression des règles sociales et des interdits et dont la signification peut varier du simple appel à de véritables troubles psychopathiques. Elle est essentiellement une pathologie des liens, de l'identité et des limites. Dans ce sens elle n'est pas la maladie mentale mais peut être un symptôme dans un trouble mental. » (Nguimfack, 2016).

En considérant cette interprétation médico-psychologique de la délinquance, il peut sembler licite de proposer un traitement, prise en charge symptomatique ou étiologique, intégré à une prise en

charge globale de l'individu sur le modèle bio-psycho-social. Par ailleurs, en travaillant dans des milieux qui regroupent des jeunes délinquants, les psychiatres se trouvent intégrés à leurs prises en charge. Il serait intéressant d'étudier et comparer les pratiques dans les lieux qui regroupent une population de jeunes délinquants et des soignants. Nous citerons à titre d'exemples les centres éducatifs fermés (CEF) où travaille une équipe de soins composé d'un médecin psychiatre, psychologue et infirmier. Ou bien encore les unités régionales de soins aux auteurs de violences sexuelles (URSAVS) qui sont des unités psychiatriques spécialisées dans le soin des auteurs de violences sexuelles (donc d'infraction sinon crimes), ainsi que les services de soins des établissements pénitentiaires pour mineurs. Enfin, bien évidemment, les services PJJ qui travaillent avec des médecins ou soignants. A partir de notre étude au STEMO de Dunkerque, nous n'avons pas observé de différence entre la pratique psychiatrique du psychiatre à la PJJ et en service de psychiatrie générale. Les patients ont leurs spécificités, la médecine est la même.

1. Quel positionnement quant à l'objectif de prévenir la récidive.

Un des objectifs du travail de la PJJ, est d'empêcher la récidive. Est-ce que le psychiatre y participe et comment ?

La première définition de la récidive du Robert est : « réapparition (d'une maladie qui était guérie) ». La seconde concerne le « fait de commettre une nouvelle infraction, après une condamnation ». Les missions de la PJJ sont « de protéger, d'éduquer et d'insérer les mineurs confrontés à la justice, dans un objectif de lutte efficace contre la récidive » (justice.gouv). Dans les chiffres, les mineurs récidivistes concernent une minorité des jeunes condamnés. En 2022, seulement 3% étaient en récidive légale et 17% en réitération. Ils concernent environ 20% des suivis de la PJJ (estimation de la RUE de l'UEMO ouest de Dunkerque). Cet enjeu de prévention de la récidive complexifie la l'enjeu de protection des jeunes par la PJJ. Partir du principe qu'un mineur protégé et accompagné est moins à risque de commettre une infraction est certes une des bases de la justice pénale des mineurs mais il nous semble bien différent de protéger, éduquer, insérer dans un objectif humaniste d'aide efficace pour le jeune que dans un objectif de prévenir la récidive. Le psychiatre en participant, à certaines occasions, au suivi du jeune, participe donc à cet objectif de lutte contre la récidive. Mais dans son rôle de soignant, le critère de réussite n'est pas l'absence de récidive mais bien l'amélioration de l'état de santé du jeune. L'évaluation du caractère pathologique du comportement, d'une éventuelle psychopathologie sous-jacente, de traits d'impulsivité marqués voire de fonctionnement de personnalité pathologique, permet de proposer un traitement

psychothérapeutique ou médicamenteux pour tenter de diminuer les troubles du comportement. Mais toujours dans un objectif de réduire la souffrance sous-jacente et de protéger des mises en danger éventuelles par le passage à l'acte, auto ou hétéro-agressif. Ainsi pour Arthur, le psychiatre va prescrire un traitement psychotrope pour tenter de diminuer son impulsivité. Chez lui les troubles du comportement sont tels que la prise en charge psychiatrique a été, à plusieurs reprises, essayée. Au cours d'hospitalisations et du suivi au CMP où il avait prescrit un traitement par Cyamémazine, neuroleptique sédatif. Il était en rupture de suivi depuis quelques mois avant d'être pris en charge à la PJJ. Son instabilité était non seulement un frein à son suivi mais aussi très à risque de passage à l'acte, motivant la réintroduction du traitement.

Toutes les actes de délinquance ne sont pas comparables. La délinquance concerne des infractions trop variées pour en faire un point de comparaison entre les jeunes PJJ. Elle concerne aussi bien les contraventions, délits ou crimes. La problématique n'est pas la même quand il s'agit de prévenir la récurrence de trafic de stupéfiants ou prévenir la récurrence d'une agression sexuelle par exemple. Hormis Georges, qui va être suivis plusieurs années à la PJJ, initialement pour des faits d'agression sexuelle, nous n'avons pas de cas clinique qui explore les infractions à caractère sexuel qui sont pourtant une part non négligeable des suivis. Ces situations peuvent faire l'objet de présentations en réunion cas complexe, mais probablement que les suivis concerneront plus les psychologues que le psychiatre. De plus, le service est habitué à travailler en concertation avec l'URSAVS, qui a probablement moins de difficulté de communication avec les professionnels de la PJJ qu'un service classique de psychiatrie du fait de sa spécificité. Dans ce cas précis, le psychiatre peut aussi faciliter le lien avec ses collègues de l'URSAVS.

2. Le passage à l'acte et la violence dans la nomenclature médicale : la question de l'interdisciplinarité

Une des limites de cette thèse est la « pauvreté » des descriptions cliniques dans l'écriture des cas. C'est toute la difficulté de la transcription d'éléments issus du champ socio-éducatif vers le champ clinique. Cela met aussi l'accent sur le travail remarquable des psychologues de l'institution judiciaire. L'idée de ce travail était plutôt de montrer l'implication que pouvait avoir le psychiatre dans la prise en charge globale des jeunes de la PJJ plutôt qu'une étude de la symptomatologie chez ces adolescents. Explorer la sémiologie du TOC, de la dépression chez David avant que la comorbidité addictive ne prenne le dessus sur son fonctionnement, serait intéressant sur le plan médical au-delà de l'aspect criminologique. Ces histoires sont souvent obstruées par les moments

de crise, les passages à l'acte, la violence qui appellent à des solutions en urgence, à de nouveaux passages à l'acte et de nouvelles violences. Caractériser les troubles psychiatriques permet cependant de proposer des traitements adaptés qui résistent à la crise.

Dans le recueil *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent* publié en 2017, Marion Lusven et Philippe Duverger débutent leur chapitre, *Situations de crises, passages à l'acte et violence à l'adolescence* par des définitions des concepts de crise, passage à l'acte, impulsion, agressivité, violence, délinquance. « L'agressivité renvoie au champ médical et psychologique alors que la violence renvoie essentiellement aux champs sociologique et juridique ». L'agressivité, sans être pathologique est un objet psycho-médical qui peut le devenir. Concernant la délinquance, ils écrivent qu'elle « sort du champ de la médecine et de la psychiatrie, même si les frontières en sont parfois ténues (expertise, protection judiciaire de la jeunesse) ». C'est justement à cette frontière que se situe un espace de réflexion dont peut se saisir la médecine pour proposer autre chose à ces jeunes. Le passage à l'acte est décrit comme un « court-circuit » de la pensée, qui doit « inciter à redonner la parole à l'adolescent, à l'aider à un dire quelque chose qui lui soit propre. Alors que l'impulsion est une « décharge tensionnelle, clastique, non contrôlée par la réflexion ». Elle peut être spontanée ou réflexe, conditionnée par un stimulus environnemental. Contrairement au passage à l'acte qui appelle un travail psychothérapeutique, il ne s'agit pas de rétablir le court de la pensée (car elle est non contrôlée par la réflexion) mais de déconditionner, reconditionner ou essayer de limiter la fréquence et l'intensité des impulsions quand elles sont invalidantes. Enfin, la crise est un changement, un bouleversement subit, de l'intérieur (développementale comme le phénomène d'adolescence) ou occasionné par l'environnement extérieur. La crise se situe au niveau individuel et à un niveau plus large, car fait également rupture dans l'écosystème de la personne.

Jules,

« Ainsi l'incendie volontaire est-il classiquement un de ces actes que l'on impute le plus volontiers aux adolescents, dans une tradition là encore fort ancienne, où le feu joue métaphoriquement avec l'explosion pubertaire. »

Jacques Arveiller, Les idées médicales et la construction de la catégorie moderne d'adolescence

Jules est un jeune homme de 16 ans, difficile à saisir du fait de son emploi du temps mais qui présente très bien quand il accepte de venir aux rendez-vous. Très poli, cordial, entretenu, affable et très adaptée à son interlocuteur tant dans son attitude que dans son discours. Sa présentation contraste avec la tournure que prennent les entretiens où sont présents ses parents : « t'as juste l'impression qu'il va leur sauter dessus, surtout sur son père »¹⁵.

Depuis ses 4-5 ans, il présente des accès de colère. Ces accès de colère associés à des comportements violents se sont accentués à partir de l'âge de 8 ans et sont devenus, d'après ses parents, « très » problématiques à partir de l'adolescence à 13-14 ans.

C'est à 14 ans, qu'il aurait été mis, pour la première fois, en examen pour des faits de violence sans qu'il n'y ait de poursuite.

Puis à l'âge de 15 ans, il est successivement interpellé et en conflit avec la loi pour des faits de violences, violences en réunion, violation de domicile. Trois faits de violence se déroulent entre janvier et mai ; pour lesquels il est mis en examens¹⁶ à trois reprises entre juillet et novembre ; seront jugées un an après d'un *avertissement judiciaire, travaux d'intérêts généraux* et *stage de citoyenneté*... C'est donc devant la simultanéité des passages à l'acte qu'un contrôle judiciaire est décidé à partir d'une nouvelle mise en examen pour des faits de dégradation de bien d'autrui avec moyens dangereux.

Cet événement a lieu en mars 2021, il est interpellé par les forces de l'ordre, avec d'autres jeunes pour avoir mis le feu à une poubelle dans un local, souvent squatté, attenant à une école maternelle. Cette fois-ci, Jules est déféré et le juge des enfants ordonne un contrôle judiciaire avec une décision de placement chez sa marraine qui débute à cette période. Il sera jugé en octobre 2022 pour ces faits à quatre mois d'emprisonnement assorti d'un sursis simple.

C'est à partir de ce contrôle judiciaire que le STEMMO de la Protection judiciaire de la jeunesse de Dunkerque va être mandaté pour l'accompagnement et le suivi des obligations stipulées par le CJ.

La PJJ n'a donc pas de mission éducative à proprement parler, mais doit accompagner Jules à la compréhension et mise en place du contrôle judiciaire. Ce sera le travail de son éducatrice référente par le biais d'entretiens dans les locaux du STEMMO. L'éducatrice doit également régulièrement rapporter au juge des enfants si les termes du contrôle judiciaire sont bien respectés.

Finalement, seulement un mois après le jugement pour l'incendie de poubelle, Jules est à nouveau déféré pour destruction d'un bien appartenant à autrui par incendie. Il a mis le feu à la voiture du copain d'une ex petite-amie dans un esprit de vengeance. Alors que la situation (au moins sur le plan judiciaire) semblait se stabiliser, un nouveau contrôle judiciaire est décidé. Bien qu'il soit en

¹⁵ Extrait d'un échange avec son éducatrice référente.

¹⁶ Décision du juge d'instruction dans le cadre d'une information judiciaire. Suspect mis en examen bénéficie de droits et est soumis à des obligations. Le mis en examen peut voir ses libertés limitées, par exemple par une mesure de contrôle judiciaire ou par la détention provisoire. (service-public.fr)

récidive légale, le sursis ne tombe pas et les faits sont traités comme une nouvelle affaire totalement indépendante.

La situation interpelle les professionnels de la PJJ. Si les premiers délits (violences mineures, incendie de poubelle) semblent banals pour un adolescent entouré de pairs de *mauvaises fréquentions*, l'incendie attise les radars des professionnels qui suggèrent la nécessité d'approfondir la personnalité du jeune. Une note est envoyée fin décembre au juge des enfants pour solliciter la réalisation d'une Mesure Judiciaire d'Investigation Educative : « au vu de la nature des faits, de l'état de récidive légale et du mal-être de [Jules] ». Elle est ordonnée par le juge à partir du jugement de culpabilité en février 2023.

Eléments cliniques

On ne relève aucun antécédent médical ou chirurgical particulier. Ses vaccinations sont à jour.

On retrouve comme antécédents psychiatriques :

- 2 hospitalisations en PEA pour crises clastiques en début d'année 2021
- 2 rencontres avec un pédopsychiatre libéral en début d'année 2021

Addictologiques :

- Un trouble de l'usage de l'alcool, type usage à risque avec des consommations massives à type de binge et des troubles du comportement lors d'intoxication. Les consommations ne sont pas quotidiennes, qualifiées de *festives*.
- Tabagisme actif, depuis l'âge de 14 ans.
- Usage de cannabis de ses 15 à 16 ans. Serait sevré depuis le contrôle judiciaire en novembre 22.
- Consommation régulière des substances psychoactives type MDMA, LSD, kétamine lorsqu'il est en soirée (adepte des *rave party*, festivals, boîtes de nuit).

Les antécédents familiaux ne sont pas connus.

Histoire familiale

La famille de Jules se compose de ses parents, mariés depuis plus de vingt ans et de sa grande sœur, de 5 ans son aînée, Elise. La volonté du couple d'avoir des enfants a été entravée par des problèmes d'infertilité (symptomatique d'une pathologie chez le père). Ils ont donc fait le choix de l'adoption. Elise et Jules ont été adoptés respectivement à 4 et 3 mois au Togo dans un orphelinat. Concernant Jules, ils ont rencontré sa mère biologique lors de l'adoption. Sa mère biologique l'a confié à un orphelinat ne pouvant assumer le rôle de mère célibataire.

Les parents font état d'un fonctionnement familial « classique » et disent avoir entouré leurs enfants d'amour et d'attention. Il est notable que les besoins de leurs enfants sont pris en considération et vont dans le sens de leur autonomie, avec l'accent sur leur avenir professionnel comme socle de sécurité matérielle.

Jules et ses parents habitent dans la maison familiale, vaste et confortable. Un étage de la maison est à sa disposition avec une chambre spacieuse et une salle de bain individuelle. Ses parents ont

tous les deux des statuts de cadre dans leur entreprise respective et ne présentent pas de difficulté matérielle. Sa sœur est en fin d'étude pour devenir agent immobilier, elle a son propre logement et est en voie d'acquérir une autonomie financière.

La famille nucléaire s'appuie sur la famille élargie du côté maternel et paternel (grands-parents, nombreux oncles et tantes) avec une solidarité activée dans les moments de cohésion mais également de tension.

Mode de vie, scolarité, insertion

La maternelle et l'école élémentaire se sont déroulées sans difficulté sur le plan des apprentissages, résultats et sociabilisation.

C'est au collège qu'il devient perturbateur et commence à se faire remarquer, reprendre, punir, exclure régulièrement. Il change de collège à quatre reprises courant des années de 5^{ème} et 4^{ème} (2018-2019, 12-13 ans). Finalement, il termine sa scolarité en 3^{ème} prépa professionnelle. Par la suite, il signe rapidement un contrat d'apprentissage en boulangerie et part vivre à Lille où il habitera seul dans un studio pendant quelques mois. Il se démobilise rapidement et finit par ne plus se rendre en stage. Il rentre ensuite vivre chez ses parents où il va rester oisif jusqu'à la rentrée de septembre 2021.

A la rentrée, il est alors placé chez sa marraine depuis mai, il débute une seconde professionnelle en vente d'où il est exclu avant la fin du premier semestre. Il est proactif dans les démarches concernant son avenir professionnel et investit différentes formations et organismes (contrat d'apprentissage, conseillère d'orientation professionnelle) en dépit de sa déscolarisation qu'il n'a pas l'air de considérer comme un frein. Lors des différents stages qu'il a sollicités, il se montre assidu et apprécié par ses employeurs. Après avoir exploré des domaines variés d'exercice, il semble s'épanouir dans le BTP où il projette travailler.

Malgré les troubles de comportement récurrents, il n'a jamais eu de suivi éducatif en protection de l'enfance. Par ailleurs, il présente des bases éducatives solides et une bonne compréhension des enjeux et démarches judiciaires qui lui ont permis de mettre cordialement à distance le suivi éducatif appendant au contrôle judiciaire.

Sur le plan des loisirs, il aime pêcher, jouer aux fléchettes et sortir avec ses amis. Il a essayé de multiples sports en club, « sans jamais en trouver un qui lui corresponde ». Il est sociable, entouré d'un cercle d'amis et de pairs soudés dans les loisirs et comportements transgressifs.

Il reste très discret concernant sa vie personnelle. La seule évocation d'une relation amoureuse émane d'un feu de voiture, commis par dépit sentimental, dans un esprit de vengeance (la rupture remontait à quelques mois en arrière).

Histoire de la maladie

Les troubles du comportement qui évoluent depuis l'enfance, le contexte particulier de l'adoption, la nature incendiaire du passage à l'acte sont des indices qu'il est intéressant d'explorer d'un point de vue clinique et psychopathologique. Aborder le comportement comme un symptôme permet de proposer autre chose que la répression stricte de l'acte délinquant.

Brève histoire développementale.

Jules est né d'un accouchement par voie basse sans complication du post-partum. Il était un nourrisson en bonne santé. Sa mère biologique est venue le voir tous les jours à l'orphelinat à partir de son admission et jusqu'à l'adoption où elle a rencontré le couple de parents adoptifs. A trois mois, il a donc été accueilli par sa nouvelle famille, et s'est retrouvé les premières semaines seul avec sa mère, le père ayant dû rentrer en France.

La psychologue qui a rédigé le rapport de la MJIE fait état d'un attachement type insécurité avec test du lien. Elle formule l'« hypothèse que le mineur souffre toujours de l'accordage affectif primaire qui n'a pu être réalisé avec sa mère les premières semaines de vie et qui est primordiale pour la construction des liens d'attachement ». De plus, l'absence de tiers séparateur dans la relation mère fils exclusive lors des premières semaines de vie commune est pointée, à l'origine d'une relation quasi fusionnelle avec la mère.

La séparation d'avec sa mère a ainsi été difficile, au moment de l'entrée à l'école maternelle. Et Jules est décrit, depuis la petite enfance comme « très opposant, rétif à toute autorité ». L'intolérance à l'autorité a débuté à l'âge de 4-5 ans (« depuis la phase œdipienne ») et a persisté par la suite avec l'apparition de comportements violents vers l'âge de 8 ans qui se sont majorés à l'adolescence avec un impact plus important sur son environnement. Nous n'avons pas assez d'éléments pour poser un diagnostic, mais on peut évoquer le trouble de l'opposition avec provocation et le trouble des conduites. Le trouble des conduites est le trouble retrouvé avec la plus forte prévalence chez les jeunes suivis à la PJJ (Piot et al., 2023). Cela pose la question de sa place et de sa pertinence au sein d'une clinique de l'adolescence et de la délinquance.

A l'adolescence, avec les comportements transgressifs vient s'ajouter la problématique des toxiques. L'usage de substances psychoactives, comme acte transgressif d'émancipation, participant à la construction identitaire et sociale du jeune, constitue également une atteinte directe du corps avec des conséquences sur le développement cérébral, la psychopathologie des troubles préexistants et plus directement sur les comportements.

Approche systémique.

La famille semble se verrouiller dans un fonctionnement qui ne laisse pas de place aux aspects affectifs et émotionnels. L'abord très factuel de l'histoire familiale semble partagé par ses membres et justifié par la nécessité d'adaptation permanente pour la survie de ce système. Adaptation efficace qui se traduit par la reconnaissance sociale et professionnelle de chacun, y compris de Jules.

Cependant les non-dits sont explicites dans les faits. Jules formule régulièrement la demande de rencontrer sa mère biologique. Ses parents le soutiennent et son père dit comprendre ses attentes

et va entamer des démarches en ce sens « en espérant qu'il puisse envisager son avenir plus sereinement s'il a la possibilité de comprendre son histoire de vie ». Sur le temps du suivi (au-delà de deux ans), aucune démarche concrète n'a été entamée dans ce sens. Jules de son côté dit remettre à plus tard son souhait car il sait la souffrance que cela pourrait procurer chez sa mère. Pourtant il a la photo de sa mère biologique comme fond d'écran de son smartphone.

Il dit avoir tiré bénéfices des quelques consultations (2 ou 3) avec un pédopsychiatre, où a été essentiellement, abordé la question de la relation avec ses parents. Sa mère avait également sollicité une thérapie familiale mais qui n'avait pas abouti car la situation s'était apaisée avec le placement chez sa marraine. Bien que suggéré à plusieurs reprises par les différents intervenants, une thérapie familiale n'a pu être mise en place.

Malgré l'accompagnement dans la démarche, la MJIE semble avoir été perçue comme une attaque et non comme une recherche d'aide. Ainsi la réticence et résistance à la participation des parents et de leur fils dans la procédure semble très défensive. La MJIE, qui n'a évidemment pas vocation à être une thérapie familiale, va cependant interroger la place de chacun dans la situation et de ce fait questionner la responsabilité de chacun. La responsabilité n'est pas la culpabilité mais peut y faire écho selon sa subjectivité personnelle. De la nécessité de respecter ce retrait.

Intervention du psychiatre de la PJJ

La MJIE a été demandée afin de solliciter le psychiatre vacataire du STEMO, pour évaluer l'état psychique de Jules. L'équipe éducative appuie sa demande d'investigation afin d'élaborer des pistes de travail adaptées en termes de soins psychologiques.

Des consultations sont donc organisées avec le psychiatre pour évaluer son état psychique, la comorbidité addictive et la demande de soins. Ce lien direct avec la PJJ permet d'apporter de la cohérence et de la transdisciplinarité pour le jeune.

Avec le contrôle judiciaire, Jules est de plus soumis à une obligation de soins dont il ne formule pas la demande. L'accroche aux soins dans ce cadre-là est très limitée avec de réelles difficultés pour les équipes éducatives à les faire respecter. La consultation avec le psychiatre du STEMO va permettre de travailler la demande et l'orientation dans les soins. Concernant le trouble de l'usage, elle va également permettre d'apporter une information de première intention, type intervention brève.

Les délais d'orientation sur CMP ou sur CSAPA sont souvent plus longs que l'obligation de soins (ou au moins très éloignés des faits et de la réalité du jeune) et l'inscription à l'un ou l'autre suffit à se justifier auprès du juge. La consultation avec le psychiatre du STEMO permet donc une orientation selon la clinique et la demande de soins à partir d'une première évaluation de la motivation du jeune. En principe, le psychiatre du STEMO n'intervient pas simultanément sur les mesures d'investigation et les consultations psychiatriques pour distinguer le travail d'investigation judiciaire de celui de la clinique et du soins. Dans cette situation, la MJIE n'a pas été demandée pour appuyer la décision du juge mais pour aider à la construction du suivi éducatif qui s'oriente vers un accompagnement plus psychologique. Dans cette mesure, la participation du psychiatre aux deux modalités d'intervention paraît se justifier.

Finally, the judgment of sanction for the fire of vehicles took place a few months before his majority. The judicial control was maintained for a duration of 8 months and damages and interests for the civil parties were retained. Moreover, Jules refused to carry out the General Interests Works ordered for the facts of violence. A new judgment took place one year after the judgment of sanction, he was then 18 years and 1 month old, and it was settled by a fine of 600 euros which he preferred to pay. This judgment also closed the PJJ follow-up of Jules and his responsibility in front of the law as a minor. The continuation of the judicial control, still in progress, will be assured by the Service of Penitentiary Insertion and Probation. It now depends on the jurisdiction of adults who register his acts in an adult responsibility.

Discussion

This clinical situation raises several points for reflection. It calls for an interest in the nature of the passage to the incendiary act and its clinical significance. It asks us to question again the way we take into account the passages to acts and delinquent behaviors. The psychoanalytic literature seems abundant on the subject; in the DSM classification, *pyromanie* is an entity in itself, making part of disruptive disorders, control of impulses and conduct. It would be interesting to explore how and in what clinical context the passage to the act, specifically in adolescents of the PJJ. In the case of Jules, the fire seems to respond to a motive of revenge which does not correspond to the mode of passage to the incendiary act of the pyromaniac. But beyond this disorder, « the fascination of fire is a common fact in young children and adolescents » (Palix, 2015) and corresponds to a mode of passage to the act which is compelling (all the more so as there is a relapse). However, studies that compare the psychological and clinical characteristics of « pure » pyromaniacs, with those of criminal incendiaries or non incendiaries, do not show specificity (Palix, 2015). The relationship to fire can therefore be studied independently of the pyromaniac disorder. In her article, Julie Palix reports different implicit theories of the incendiary. Those of « living in a threatening world » and of « normalization of violence » seem common to transgressive acts more generally. Those more specific of the « implicit theory of the power of fire » which call for social recognition; « of excitation », by the positive reinforcement of the control of fire dangerous (which approaches the ordeal); and « of fire as a controllable element » in naive subjects who are deceived by their mastery.

On the other hand, this clinical case poses the question of attachment, of its link with conduct disorders and the construction of personality. The adoption in the first months of life fatally raises the question of attachment. In developmental psychopathology, it exists

un consensus pour « admettre que les problèmes de comportement chez le jeune enfant doivent être conceptualisés en intégrant les modèles écologiques et transactionnels ». « La qualité de la relation d'attachement modère plusieurs de ces relations entre le style éducatif parental et les comportements externalisés de l'enfant » (Campbell & Mellier, 2016). Intégrer cela dans les soins permet de remettre du sens et orienter le travail psychothérapeutique.

Dans le trouble des conduites, on observe un défaut de mentalisation des émotions et passage à l'acte (Garcia et al., 2019). Il est suggéré que c'est la négligence émotionnelle dans la petite enfance, qui semble être la plus associée au trouble des conduites (Deborde et al., 2015). Les études appellent à la prudence quant aux liens entre trouble de l'opposition, troubles des conduites et troubles de la personnalité antisociale (Lapalme & Déry, 2010). Il serait intéressant d'étudier quel lien avec le trouble de l'attachement les unit (s'il existe). La gravité des troubles est un facteur de risque en terme pronostic et d'évolution vers un autre troubles du spectre des troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites (Guionnet et al., 2010). Comment le trouble de l'attachement interagit avec ces troubles, notamment en termes d'aggravation symptomatique, qui s'inscrivent dans un continuum au niveau développemental.

3. Les troubles des conduites : un questionnement des nosographies.

Dans le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, sont répertoriés les troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent. Les plus représentés sont le trouble des conduites et le trouble opposition avec provocation, ils correspondent aux troubles externalisés. Le TDAH est une comorbidité fréquente (ne fait plus partie des troubles du comportement). Le trouble des conduites est également associé positivement aux troubles anxieux et dépressifs. Le trouble de l'usage de substance n'est évoqué que dans l'évolution du trouble des conduites. L'usage de substances ne faisant d'ailleurs pas parti des items diagnostiques du trouble des conduites dans le DSM 5.

Dans cette classification, les troubles des conduites sont répertoriés dans les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites. Ils sont classés avec le trouble opposition avec provocation, le trouble explosif intermittent, la personnalité antisociale, la pyromanie, kleptomanie et autres troubles. Il distingue les troubles des conduites à début pendant l'enfance, de ceux à début dans l'adolescence ou non spécifié. Il spécifie également s'il est associé à des émotions prosociales limitées et la sévérité en 3 degrés, léger moyen à grave selon le nombre de problèmes de conduites et leurs effets sur autrui.

Les critères diagnostiques sont :

- A. 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. Il faut alors au moins 3 critères sur 15 au cours des 12 derniers mois et d'au moins 1 au cours de 6 derniers mois.
Parmi ces critères on trouve : 7 items d'agressions envers des personnes ou animaux ; 2 items de destruction de biens matériels ; 3 items de fraudes ou vol ; 3 items de violations graves de règles établies
- B. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- C. Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne répond pas aux critères de la personnalité antisociale.

Les émotions prosociales limitées peuvent être : l'absence de remords ou de culpabilité ; la dureté (insensibilité) et manque d'empathie ; l'insouciance de la performance ; la superficialité ou déficience des affects.

Dans la CIM 11, on retrouve le trouble dissocial du comportement avec le trouble oppositionnel avec provocation classés dans les troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux, dans la sous-section Comportement perturbateur ou troubles dissociés.

Le trouble dissocial du comportement est « caractérisé par une tendance comportementale répétitive et persistante au cours de laquelle les droits fondamentaux d'autrui ou les principales normes, règles, ou lois de société appropriées selon l'âge sont violées, comme par l'agression envers des personnes ou des animaux, la destruction de biens, la tromperie ou le vol, et de graves violations de règles. La tendance comportementale est suffisamment sévère pour provoquer une altération importante de la vie de la personne, familiale, sociale, scolaire, professionnelle ou d'autres domaines importants de fonctionnement. Pour être diagnostiqué, la tendance comportementale doit se prolonger sur une période de temps significative (par exemple, 12 mois ou plus). Des actes dissociés ou criminels isolés ne justifient donc pas en soi un tel diagnostic. »

Par ailleurs il peut exister une relation entre trouble opposition avec provocation, trouble des conduites et personnalité antisociale. C'est ce qui avait mené en 2005, l'INSERM à proposer un suivi des enfants très jeunes pour anticiper les comportements antisociaux plus tard, ce qui avait suscité des inquiétudes avec notamment le risque de déterminer le parcours de ces enfants en les stigmatisants.

Ces différentes nomenclatures, sont extraites de référentiels non spécifiques à la pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adolescent. De plus, elles s'appuient sur des comportements qu'elles viennent replacer dans un cadre médical permettant de s'atteler à une prise en charge thérapeutique. Cependant, dans le cadre de la PJJ, il ne s'agit plus de rendre le comportement, objet médical. Nous ne sommes pas dans un cadre médical. Le recours au psychiatre n'est pas médié par le comportement mais par la souffrance psychique constaté chez le jeune, ou les difficultés relationnelles au cours du suivi. Aussi parce qu'il n'est pas interpellé par la famille, l'environnement directement concerné par les moments de crise. Il nous semble que cela permettrait plus facilement de proposer une approche psychopathologique transdiagnostique. Il serait également de s'intéresser aux liens de cette approche avec la nosographie spécialisée pédopsychiatrique et aux recours aux diagnostics dans la pratique.

Mickaël, délinquances et déficiences multiples.

Histoire familiale

Mickaël à 15 ans, il est l'aîné d'une fratrie de trois enfants. Il a une petite-sœur de 13 ans et un petit frère de 12 ans. Ses parents sont séparés depuis qu'il a 11 ans, après huit ans de concubinage. La vie de couple semble avoir été marquée par des tensions et de la violence auxquelles ont été exposés les enfants. Depuis la séparation, les enfants n'ont plus de contact avec leur mère. Ils ont d'abord habité avec leur père avant d'être placés.

Bien qu'il assure avoir fait de son mieux, le père explique avoir été débordé par la prise en charge de ses trois enfants. La famille était suivie en Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO) par l'AGSS de l'UDAF en raison de carences éducatives. Des mises en danger ont été constatées ayant conduit au placement que le père considère comme injustifié. Des visites médiatisées ont été mises en place par le biais d'associations, et se sont progressivement élargies. Le logement est situé en zone rurale. Il est très encombré ce qui a contraint les services sociaux à ne pas y autoriser les visites des enfants.

Mickaël a été placé durant les années 2021 et 2022, pour la première fois à l'âge de 12 ans, en MECS pendant six mois, puis en foyer pendant un an et demi (service associatif habilité, AAES). Il a ensuite été placé en famille d'accueil. La fratrie a été séparée au moment du placement. Au départ, elle se retrouvait au cours de visites médiatisées avec le père, mais la violence que cela engendrait a obligé à les séparer. Mickaël reste cependant très attaché à sa sœur et son frère.

Le père reste un aidant familial, mais se limite aux aspects administratifs. Il est peu cadrant avec ses enfants et paraît limité dans la compréhension des enjeux éducatifs. Il rencontre des difficultés à adopter une posture adaptée face à ses enfants et à mener les démarches administratives nécessaires à leur accès aux droits sociaux quand il n'est pas aidé. Il n'a pas les repères suffisants pour assurer la sécurité et le développement de ses enfants : par exemple, Mr aurait déjà demandé à ses enfants d'aller faire les courses en auto-stop, il aurait laissé conduire Mickael sur l'autoroute quand il était fatigué.... Au cours de l'accompagnement PJJ, il se positionne en soutien du cadrage éducatif proposé mais reste en difficulté pour adopter une posture cohérente en l'absence des professionnels. Par exemple, il sollicite régulièrement son fils pour le rencontrer en dehors des temps dédiés et lui donne de l'argent et des objets ou vêtements de valeur sans se concerter avec les services gardiens.

Mickaël n'a plus de contact avec sa mère depuis 4 ans. Une procédure de délaissement parental a été évoquée par l'ASE.

L'histoire familiale est incomplète, « nébuleuse » et ne peut pas s'inscrire dans un processus narratif. Elle exclue par ailleurs d'autres membres de la famille au-delà du noyau parents-enfants.

Scolarité, insertion

Mickaël a eu en primaire un suivi orthophonique pendant 2 ans pour des troubles du langage non spécifiés. Il présentait déjà des difficultés d'attention, de concentration et des troubles du comportement.

A partir du collège, il a eu une scolarité adaptée, en classe SEGPA. Il a changé de collège une première fois entre la 6^{ième} et la 5^{ième} à cause de son placement en foyer. Au cours de l'année de 4^{ième}, il a changé d'établissement pour des troubles du comportement (perturbations de cours, dégradations, manque de respect et absentéisme important). Il avait également à cette période harcelé plusieurs autres élèves sur les réseaux sociaux. Il change à nouveau d'établissement en 3^{ième} pour des problèmes de comportements.

Malgré ces comportements inadaptés et le retard scolaire accumulé du fait de son absentéisme, il obtient des résultats scolaires corrects (14/20 de moyenne générale en 4^e SEGPA). Il est décrit comme un élève appliqué et soigneux malgré des capacités limitées d'attention de mémorisation et de compréhension. Il a besoin pour progresser d'une prise en charge en petit groupe. Il a réalisé deux stages en entreprise dans le bâtiment qui se sont révélés satisfaisants. Il s'est montré appliqué et n'a montré aucun problème de comportement. A chaque nouveau terrain de stage, il s'identifie à la profession. Plus tard, il aimerait être mécanicien automobile, peintre en bâtiment ou menuisier.

Concernant les troubles du comportement, le collège a tenté de mettre en place des réponses « cadrantes » en s'adaptant à la personnalité de Mickaël. Il y a eu, bien sûr, multiples exclusions mais également la réalisation de lettres d'excuses aux personnes agressées, la mise en place d'un tutorat, une rencontre avec un gendarme ou l'extension des périodes de stage en entreprise. Il a bénéficié d'un projet éducatif individualisé dès son entrée en 4^{ième}, avec un emploi du temps modulé. Entre septembre 2021 et avril 2022, il n'allait au collège que le matin et passait l'après-midi dans un accueil de jour de l'AAES. Les problèmes de comportement ont continué malgré ces adaptations, ce qui a amené à la mise en place d'un dossier MDPH pour l'orienter vers des structures plus spécialisées. Il a eu l'occasion de visiter un ITEP courant l'année de 4^{ième} mais sans visu sur une admission.

Personnalité

Les rapports remis au juge des enfants, décrivent un enfant agréable et poli. Qui est volontaire, participatif, avec du mal, parfois, à canaliser son énergie, à trouver ses mots et organiser sa pensée. Il est en permanence en recherche de proximité et d'attention, voire d'affection de la part des adultes. En présence de son père, Mickaël présente des comportements plus insolents et inappropriés envers les professionnels. Leur ressenti est qu'il semble tenter de l'impressionner ou de lui apporter les gages de sa loyauté.

La relation interpersonnelle est globalement adaptée mais la prise en charge en collectif est problématique. Dans un groupe, il est agité, turbulent et immature. Il partage difficilement l'attention des adultes. Il provoque et prend des risques pour susciter leur réaction et capter l'attention. En difficulté pour s'intégrer au groupe de pairs, il tente de trouver sa place par la transgression. Il est très influençable, et canalise difficilement ses émotions et impulsions.

Il est décrit par les professionnels qui l'accompagnent comme impulsif et ambivalent. Pouvant être discret et charmant et passer sans explication apparente à une attitude agressive voire violente. Il supporte très mal d'être pris en défaut et recadré. Il lui est très difficile de reconnaître ses responsabilités même lorsqu'il est pris sur le fait. Il tente généralement de se soustraire aux remontrances par le mensonge ou la fuite. Lorsqu'il est acculé, il se braque et tient tête. Il peut alors adopter des comportements d'une grande agressivité et user de menaces. S'il ne tient pas rancune, il reste obstiné. Il lui est difficile de faire face à ses responsabilités, même rétrospectivement.

Mickaël dit souffrir de sa situation familiale, notamment de l'absence de sa mère. Les différentes mises en danger auxquelles il a pu s'exposer semblent avoir été le reflet d'une souffrance psychologique importante. Par ailleurs, les conduites ordaliques (conduites en voiture, fugues, provocations qui engendrent de la violence à son encontre) ont disparu lors de son placement en famille d'accueil.

Santé

Il ne souffre d'aucune pathologie, n'a jamais été opéré et ses droits sociaux sont à jour. On peut tout de même noter une **énurésie nocturne primaire**. De plus, il a été hospitalisé en clinique pour adolescents suite à des **scarifications** (lors de son premier placement, il dira rétrospectivement qu'il ne comprenait pas, à l'époque, pourquoi il était placé). Cet épisode semble avoir été isolé.

Il a bénéficié d'un suivi psychologique bimensuel durant son placement à l'AAES, repris par la suite auprès de la psychologue de la PJJ de Dunkerque. Il n'est pas régulier dans le suivi avec des difficultés dans la gestion de ses rendez-vous. Un suivi par une psychologue de l'ASE, portant sur sa situation familiale, a également été maintenu pour lui et sa fratrie.

Il est fumeur actif de tabac, déclare fumer du cannabis occasionnellement. On peut supposer que les consommations sont sous-déclarées. En effet en 2022, il vole un I phone pour échanger contre de la beuh. Il ne rapporte pas de consommations d'alcool.

Dossier MDPH

Mickaël rencontre le psychiatre vacataire du STEMO pour compléter le volet médical du dossier MDPH en vue d'une demande d'admission en ITEP. Le dossier a été initié par l'équipe éducative du foyer, dépendant de l'ASE, et appuyé par l'équipe éducative de la PJJ. Un bilan psychométrique avait été réalisé en mars 2022, lors de son année de 4^{ième}, avec la psychologue scolaire. Le bilan, qui avait mis en évidence un trouble léger du développement intellectuel¹⁷, préconisait une orientation en ITEP ou un accompagnement par un SESSAD TEP. Au nom de l'intérêt commun de la protection de l'enfant, une double prise en charge ASE PJJ s'articule, avec le concours de l'éducation nationale, pour l'accompagner dans son projet de vie. La possibilité de travailler avec un psychiatre au sein du STEMO est d'une grande richesse pour faciliter et permettre les démarches.

¹⁷ La classification en trouble léger fait référence à la classification du DSM-IV qui était fonction du degré du QI total.

D'autant que remplir un dossier pour handicap psychique relève plus de la compétence du spécialiste que du médecin généraliste. Chez Mickaël, le trouble léger du développement intellectuel ne suffit pas pour justifier d'un dossier MDPH (son investissement en stage est très rassurant sur sa capacité à s'adapter à un travail). La demande de dossier MDPH a été motivée à partir de la pathologie « trouble dissocial du comportement » qui est comorbide du trouble du développement intellectuel. Une orientation ITEP a été demandée.

Le dossier s'appuie sur les éléments suivants : (le référentiel utilisé a été la CIM 10)

- Déficit de l'attention : difficultés d'apprentissages scolaires
- Trouble des conduites avec composante dyssociale prévalent
- Retard mental léger avec troubles du comportement
- Enurésie nocturne primaire

Il a présenté un retard de langage dans l'enfance avec des difficultés scolaires à partir de la primaire en lien avec des troubles de l'attention et de la concentration et des troubles du comportement. Un suivi orthophonique a eu lieu à cette époque. Il a ensuite bénéficié d'une scolarité adaptée à ses difficultés en SEGPA. La WISC V réalisée récemment a objectivé les difficultés cognitives avec un QIT homogène à 69 avec altération des processus de mémorisation et d'attention (suffisant lors de la CIM 10 pour définir le « retard mental léger » ; la CIM 11, entrée en vigueur à peu près en même temps que la passation du test ne se base plus sur le QI pour définir le trouble du développement intellectuel qui a remplacé le retard mental dans la classification).

Les signes cliniques invalidants sont les troubles de l'attention et de mémorisation qui sont constants, ainsi que les comportements de violence avec agressivité et comportements dyssociaux qui sont très fréquents. En situation de groupe élargi, il présente des comportements provocateurs et perturbateurs. Il peut se montrer menaçant ou agressif. Ces comportements entraînent des répercussions sur sa sociabilisation. En effet, il suscite fréquemment le rejet de ses pairs. Et ont également entraîné sa déscolarisation et des répercussions judiciaires multiples. Les troubles, qui évoluent depuis plus de cinq ans, ont un impact majeur sur son fonctionnement. Par ailleurs, il n'est pas autonome concernant la gestion de sa sécurité, d'un budget et des tâches administratives pour lesquelles il doit être représenté par un adulte. La perspective d'évolution globale n'est pour l'instant pas définie. L'isolement dans lequel ces troubles le conduisent, couplé à la rupture familiale, sont inquiétants pour l'évolution de son état qui semble pourtant s'améliorer dans un environnement très adapté.

Il n'a pas de traitement médicamenteux mais une prise en charge socio-éducative renforcée et un suivi psychologique. Le projet thérapeutique consiste à la stabilisation des troubles sur le plan psycho-comportemental, en s'appuyant sur une sécurisation de l'environnement. Cela lui permettrait d'évoluer dans un groupe restreint et contenant pour envisager à terme rejoindre une scolarisation plus densifiée.

Histoire et suivi judiciaire

Lorsqu'il est en 5^e, une plainte est déposée par le collège pour détérioration de matériel et outrage (au proviseur de l'établissement : « je t'emmerde », « nique ta mère »). Il est alors placé, pour la première fois, depuis juin. Il est jugé en janvier 2021 et sanctionné d'un avertissement judiciaire.

En mai 2021, il vole une voiture. Il est mis en examen pour vol, conduite sans permis et excès de vitesse en juillet 2021 et placé en liberté surveillée préjudicielle¹⁸. Il est condamné en janvier 2022 par un nouvel avertissement judiciaire.

En octobre 2021, il menace de mort le directeur du collège qui porte plainte. Une mesure judiciaire éducative provisoire est prononcée en janvier 2022, assortie des modules de réparation, santé et placement. A la demande de l'équipe éducative, la MEJP se prolonge par une mesure éducative judiciaire pour 18 mois au jugement de sanction en juillet 2022. Les axes de travail prioritaires de la MEJP sont la mise en œuvre de soins psychologiques et le travail sur les faits (à partir de module de réparation). Le collège et l'ASE signalent des difficultés de comportement dans les établissements scolaire et de placement qui compromettent leur fonctionnement. Un placement judiciaire est alors décidé en famille d'accueil, qui dépend de l'unité éducative d'hébergement diversifié (UEHD). Il est exclu du collège et réaffecté dans un nouvel établissement avec un aménagement prévu (3 demi-journées par semaines avec restriction des temps informels, récréation, cantine). Dans l'intervalle, il est accueilli à temps plein sur l'unité éducative d'activité de jour (UEAJ) de la PJJ pendant un mois. Il participe également à l'accueil de jour Adapt'Equit, qui fait de la médiation animale avec des chevaux pour un public en situation de handicap.

Concernant le module réparation, il a participé à des actions individuelles et collectives au sein du STEM0. Ces actions sont choisies pour développer ses compétences psychosociales en lui permettant de réfléchir sur ses actes, à son rapport aux autres, développer son empathie ainsi que d'agir dans l'intérêt commun. Il a participé :

- A des temps d'information et de réflexion sur le harcèlement (info sur mécanisme, réflexion autour de « l'harcélomètre », info sur cadre légal et peines encourues)
- A une action écocitoyenne de nettoyage de la plage. A des visites de musées et participation à des ateliers de pratique artistique. Au projet intergénérationnel « devoir de mémoire », en partenariat avec le CCAS.
- A la découverte d'une pièce de théâtre, « Le prix de la Liberté ». Il s'est montré, lors de toutes ces activités, assidu, volontaire, avec un comportement adapté.

En mars 2022, il est en garde à vue dégradation volontaire en réunion. Il est condamné à un stage de citoyenneté.

En avril 2023, il est à nouveau jugé pour des faits de vols et de trafic de stupéfiant Il est toujours sous la mesure judiciaire éducative qui se poursuit jusqu'en juin 23...

Une part du suivi PJJ consiste à analyser les mécanismes des comportements délictuels avec le jeune avec l'objectif d'empêcher sa récidive. Les professionnels rapportent que le travail sur les faits est

¹⁸ Cette mesure n'existe plus depuis le CJPM en septembre 2021, aurait été une MEJP

difficile à cause « de **capacités de réflexion** et d'**empathie limitées** ». Concernant son rapport aux faits, les professionnels notent que l'existence de la règle et de la loi est conscientisée mais ne semble **pas intériorisée**. Les passages à l'acte délictuels ou violents semblent motivés par des motifs futiles ou des **impulsions**. Même rétrospectivement, il n'arrive pas à les expliquer et tend à affabuler pour se « sortir d'affaire ». Sa confrontation à la règle et à la loi suscite des **émotions qui le submergent** et le rendent incapable de contenir sa colère et de se remettre en question. Mikael a besoin d'une forme de « contenance » de la part des adultes, faute de quoi, il adopte des comportements de toute puissance qui rendent difficiles sa vie en collectivité. Dans ce cas il ne résiste pas aux tentations délictuelles en présence de pairs.

L'histoire judiciaire a volontairement été placée à la fin de ce cas clinique, car nous semble venir *ratrapper* son parcours de vie, en s'ajoutant à des prises en charge déjà multiples (ASE, éducation nationale, soins). Où à partir des multiples handicaps (intellectuel, psychique, carences familiales) se dessinent un parcours de délinquance qui vient se distinguer de ses difficultés personnelles.

Focus sur le trouble dissocial du comportement (CIM 11)

Trouble dissocial du comportement caractérisé par une tendance comportementale répétitive et persistante au cours de laquelle les droits fondamentaux d'autrui ou les principales normes, règles, ou lois de société appropriées selon l'âge sont violées, comme par l'agression envers des personnes ou des animaux, la destruction de biens, la tromperie ou le vol, et de graves violations des règles. La tendance comportementale est suffisamment sévère pour provoquer une altération importante de la vie personnelle, familiale, sociale, scolaire, professionnelle ou d'autres domaines importants de fonctionnement. Pour être diagnostiqué, la tendance comportementale doit se prolonger sur une période significative (par exemple, 12 mois ou plus). Des actes dissociaux ou criminels isolés ne justifient donc pas en soi un tel diagnostic.

Discussion

L'histoire de Mickaël nous amène à penser à la qualification et donc au repérage des déficiences au sens de handicap, à partir, ou malgré, l'écran des infractions aux règles qui se multiplient et s'enchaînent. Les troubles du comportement dévient la problématique du jeune, à comprendre et s'adapter à son environnement vers la problématique du groupe qui doit se prémunir des agressions qu'il subit. Au niveau scolaire, l'orientation en SEGPA semble plus en lien avec la nécessité de le contenir dans un espace où il peut être plus accompagné et moins stimulé, limitant ainsi les comportements violents que par ses problèmes de compréhension. D'autant qu'il a finalement une bonne moyenne et que l'on peut supposer qu'une stimulation plus conséquente sur le plan intellectuelle serait bénéfique à son développement. Les rapports de la CNAPE sur handicap et délinquance insistent sur l'importance de repérer ces difficultés pour proposer un accompagnement adapté.

Aussi, le clivage entre un comportement en relation duelle ou de petits groupes « pseudo-adapté » et des passages à l'acte en situation de groupes, dès qu'il échappe à la vigilance de l'adulte, pose la question de quel accompagnement proposer. S'agit-il de le protéger du groupe ou de travailler sur ses cognitions sociales pour qu'il puisse s'adapter ? Les deux sont évidemment des options non exclusives et qui s'organisent sur des temporalités souvent différentes du fait, souvent, de contraintes pratiques (par exemple l'éviction de la récréation dans les périodes où les troubles du comportement sont trop importants, la mesure n'est pas satisfaisante mais permet d'avancer). Comment articuler protection, réadaptation et autonomisation en respectant l'intégrité de l'individu ? Proposer une sémiologie précise du handicap psychique, serait déjà une façon de *mettre de l'ordre* dans nos pratiques. Une évaluation des pratiques dans ce sens, appliquée à la population de la jeunesse, ayant commis des actes délinquances, serait intéressante à étudier.

VI. Psychiatre ou pédopsychiatre ?

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Dans l'article *Quel accompagnement pour les adolescents pris en charge à la protection judiciaire de la jeunesse*, publié en 2023 dans *l'Information Psychiatrique*, il est écrit que la « prise en charge de ces jeunes concernent autant les pédopsychiatres que les psychiatres. » (Piot et al., 2023). L'auteur remarque que 40% des jeunes suivis sont majeurs (en 2019) et qu'à partir du moment où il y a de la violence (même comme expression de la souffrance psychique), à partir de 15 ans, il est récurrent qu'ils soient hospitalisés en secteur adulte, pour le recours à la contention. Le chiffre de 40% correspondent aux jeunes suivis par la PJJ mais pas forcément aux jeunes suivis pour des faits de délinquance. La proportion de majeurs dans les suivis PJJ est bien moindre. Cependant, l'adolescence en étant une période charnière dont les frontières sont mouvantes, concernent dans les faits pédopsychiatres et psychiatres dépendant souvent de l'âge et des conditions de l'entrée dans les soins. Les professionnels de la PJJ sont d'ailleurs amenés à travailler avec des CMP de pédopsychiatre et de psychiatrie générale.

En revanche un nouveau praticien qui s'intéresse au milieu de la jeunesse délinquante peut se former à la clinique adolescente et spécifiquement de l'adolescent difficile. La multiplication des DU depuis les années 2000 en sont l'illustration. Les terrains de stage et d'exercice sont également riche en clinique de l'adolescence et structures spécialisées pour adolescents comme les Maisons des adolescents (existent depuis 2004). Notre absence de formation dans ce domaine est évidemment une autre limite de ce travail, bien qu'elle ne nous a pas semblé un frein mais plutôt un appel à aller l'explorer.

VII. Apport de la pratique pour le psychiatre.

Au STEMOMO de Dunkerque, le psychiatre vacataire est spécialisé en psychogériatrie. Après plus de 20 ans de métier à la protection judiciaire de la jeunesse, les jeunes qu'il a rencontrés n'auront probablement pas le temps d'avancer assez dans leur vie pour le rattraper dans sa spécialité. Nous ne leur souhaitons pas.

Le sujet de cette thèse était finalement de montrer ce qu'apporte le psychiatre à la PJJ. Nous aimerions finir notre propos sur ce que peut apporter la PJJ au psychiatre. Nous pensons que travailler en dehors d'un espace de soins participe à enrichir sa pratique par la nécessité d'ajustement

permanent de sa réflexion et décisions au cadre différent. La collaboration avec des collègues qui ont une autre formation et une autre forme d'engagement nous semble un des points importants de cet enrichissement. Il nous semble également que la particularité du milieu judiciaire est profitable. Il permet parfois de mieux saisir la spécificité du pourquoi et comment l'organisation des soins actuelles en psychiatrie. Il permet de se confronter à un principe de réalité qui a parfois tendance à disparaître dans la médicalisation des vies des individus. Le droit, dans sa rigueur et par moment, ses incohérences, laisse la place à l'investissement humain pour une cause et des valeurs. La justice des mineurs, malgré ses évolutions, en est un aperçu.

CONCLUSION

Nous avons comme objectif de montrer quelles sont les missions du psychiatre en exercice dans un service de milieu ouvert de la PJJ, en nous appuyant sur le cas particulier du STEMO de Dunkerque. Ces missions, une fois identifiées, ont été illustrées par des cas cliniques extraits de situations concrètes ayant impliqué le psychiatre dans l'accompagnement. Pierrot, Wendy, Jules et Georges l'ont rencontré dans le cadre d'une **Mesure judiciaire d'investigation éducative** (MJIE). Cette procédure évoque un des piliers de la justice des mineurs : « l'enfant doit être jugé davantage sur ce qu'il est que sur l'acte qu'il a commis »¹⁹. En amont du jugement, le magistrat a besoin d'une évaluation complète de la situation du jeune, de sa personnalité, de son environnement social et familial. Cela lui permettra de choisir la sanction la plus juste et la plus adaptée à sa réinsertion. En effet, la MJIE doit également proposer quelles mesures éducatives semblent les plus indiquées : autre pilier de la justice des mineurs, le « primat de l'éducatif sur le répressif ». Les histoires de Pierrot et Sylvia ont été évoquées en réunion d'équipe dédiées aux situations d'analyse de « **cas complexe** » auxquelles participe le psychiatre en plus des autres professionnels de la PJJ : éducateur, assistante sociale, psychologue et le responsable d'unité éducative. Ces réunions en collégialité permettent de réfléchir ensemble, avec le regard supplémentaire du psychiatre, à la prise en charge globale et aux phénomènes de transferts qui participent au sentiment d'impasse de certains suivis. Georges, Arthur, David, Jean et Lily ont rencontré le psychiatre au cours de **consultations**, psychiatriques et orientées addictologiques. Quant à Barrie et Mickaël, c'était pour le certificat médical de leur dossier **MDPH**. Chacun accompagné par l'équipe dans un projet d'autonomisation personnalisé. Enfin, le psychiatre fait le **lien** avec les services médicaux quand nécessaire (par exemple pour Wendy lorsqu'elle était hospitalisée à l'UHSA). Il fait également le lien dans les interstices, les couloirs, aux portes des bureaux, dans les esprits de l'équipe de la PJJ. Il participe ainsi à la déstigmatisation des troubles psychiatriques, et accompagne ses collègues, sensibilisés à la santé mentale souvent au prix d'une réelle solitude face à la souffrance psychique et la violence (agie et subie) des jeunes, résonnant avec le vécu de chaque professionnel.

En l'exposant, nous espérons avoir pu montrer l'intérêt du travail du psychiatre à la PJJ. Dans cette perspective, nous interrogeons comment appliquer celui-ci concrètement sur le terrain. En termes de formation d'abord, réfléchir à communiquer les particularités de cette pratique auprès des internes, au cours de la formation du DES, avec, en plus, la possibilité de l'articuler avec les options de psychiatrie légale et de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. S'il existe un intérêt certain des

¹⁹ Jean Chazal, en 1946 dans son article *L'enfant devant le juge*

institutions judiciaires pour la collaboration avec les soins et la psychiatrie en particulier, les conceptions et attentes des professionnels du soin et judiciaires ne se basent ni sur les mêmes préoccupations, ni sur le même langage. Ainsi, il serait intéressant d'étudier aussi le dialogue entre les institutions et si les besoins définis par la PJJ correspondent aux pratiques des psychiatres. Des budgets sont sans doute engagés par le ministère de la justice afin de répondre à cette autre forme de *sécurité sociale*. Travailler à la consistance du lien entre ces institutions et le secteur psychiatrique de service public est donc primordial pour qu'ils s'accordent. Des filières et des réseaux sont à imaginer avec la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'addictologie, le médico-social, les équipes de réhabilitation psycho-sociales, la médecine scolaire. La question des jeunes sous main de justice soulève des enjeux d'ordre public. L'évolution des conceptions de la santé, de la médecine et de son aspect institutionnel amène à repenser la place de la psychiatrie de secteur public, notamment dans son rapport aux exclus. Historiquement médecine des exclus, la psychiatrie travaille à la déstigmatisation de la maladie en promouvant le modèle biopsychosocial et la démocratisation de la santé mentale. Le secteur, en approfondissant les liens entre santé psychique et santé sociale (Parizot, S., 2022), a sans doute contribué à élargir les domaines de connaissance sur des terrains de partage des savoirs s'éloignant des exigences de la spécialisation des disciplines. Le malaise identitaire dont peut souffrir la psychiatrie, nous semble être le reflet de cette évolution des pratiques et la position inconfortable qu'il offre, une ouverture sur le processus créatif.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.*
- Barie, J. M. (1911). *Peter Pan.*
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique.*
- Blatier, C. (2002). *La Délinquance des mineurs. L'enfant, le psychologue et le droit.*
- Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire nationale des enseignants en addictologie (2020). *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie.*
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique.*
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir.*
- Foucault, M. (1999). *Les Anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975.*
- Gansel, Y. (2019). *Vulnérables ou dangereux ?*
- Goffman, E. (1963). *Stigmate.*
- Kammerer, P. (2000). *Adolescents dans la violence.*
- Krebs, M. O. (2015). *Signes précoces de schizophrénie.*
- Le Breton, D. (2016). *Corps et adolescence.*
- Le Ferrand, P. (2021). *L'accompagnement psychologique dans le travail social.*
- Mauger, G. (2009). *La sociologie de la délinquance juvénile.*
- Monestes, J. L., & Baeyen, C. (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie.*
- Moro, M. R. (2013). *Troubles à l'adolescence dans un monde en changement.*
- Lusven, M., & Duverger, P. (2017). *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent.*
- Piaget, J. (1967). *Psychologie de l'intelligence.*
- Raoult, P. A., (2008). *L'Agir criminel adolescent.*
- Rostaing, C. (2021). *Une Institution dégradante, la Prison.*
- Youf, D. (2009). *Juger et éduquer les mineurs délinquants.*

Thèses :

- Mouchonnet, M. – *Premier épisode psychotique en milieu carcéral : une étude descriptive à l'UHSA de Seclin.*
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine – Université de Lille – 2021
- Raulin, G. – *La place de la psychiatrie en prison en France : réflexion institutionnelle concernant la psychiatrie pénitentiaire française, son histoire, sa situation actuelle, son avenir.* Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine – Université de Strasbourg – 2018
- Teillet, G. – *Une jeunesse populaire sous contrainte judiciaire. De l'incrimination à la reproduction sociale.*
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en sociologie – Université de Poitiers – 2019

Mémoires :

- Fialeix, S. – *Trouble de la santé mentale et handicap : à la croisée de la méconnaissance et de la reconnaissance des situations de handicap d'origine psychique*. Mémoire de validation professionnelle, formation des éducateurs statutaires – Ecole nationale de la Protection Judiciaire de la jeunesse – 2023
- Ghezzi, C. – *Le traitement de la santé mentale chez les jeunes pris en charge à la Protection Judiciaire de la jeunesse*. Mémoire de validation professionnelle, formation des éducateurs statutaires – Ecole nationale de la Protection Judiciaire de la jeunesse – 2022
- Licour, J. – *La prise en charge des adolescents difficiles, regard au sein de la protection judiciaire de la jeunesse*. Master 2 mention Santé publique, parcours « Enfance, jeunesse : politiques et accompagnement » – Université de Rennes – 2020

Sites web :

- Site du ministère de la justice : <https://www.justice.gouv.fr/justice-france/justice-mineurs>
- Site de l'Ecole nationale de la PJJ : <https://www.enpjj.justice.fr/histoire-de-l%E2%80%99ecole-nationale-de-protection-judiciaire-de-la-jeunesse>

Conférence :

- Cabestan, P. – *Phénoménologie, analyse existentielle et psychiatrie* – Amphithéâtre de l'Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille – 25 janvier 2024

Documents, rapports :

- Amsellem-Mainguy, Y., Dumollard, M. – *Santé et sexualité des jeunes pris en charge à la PJJ. Entre priorité et évitement*. Rapport d'étude/INJEP – octobre 2015
- Bibard, D., Borrelli, C., Mucchielli, L., Raffin, V. – *La délinquance des mineurs à Marseille. 500 jeunes suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse*. Les rapports de recherche de l'Observatoire – octobre 2016
- Boulay-Espéronnier, C., Fialaire, B., Harribey, L., Jourda, M. – *Rapport d'information. Fait au nom de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur la délinquance des mineurs*. Sénat – septembre 2022
- Bronsard, G., Boyer, L. – *Etude médico-psychologique d'adolescents placés en Centre éducatif fermé en France* – Rapport final /DPJJ, DGS, DGCS – 2019
- Choquet, M., Ledoux, S., Hassler, C., Paré, C., Inserm – *Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé*. Enquête épidémiologique à l'initiative de la DPJJ, financée par la MILDT - 1998
- Choquet, M., Hassler, C., Morin, D., Inserm – *Santé des 14-20 ans de la Protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après*. Rapport d'étude/DPJJ - 2005
- CNAPE – *Les enfants & adolescents. A la croisée du handicap et de la délinquance* – janvier 2018
- CNAPE – *La santé mentale des mineurs. Examen de la France par le comité des droits de l'enfant de l'ONU* – juillet 2020
- DPJJ – *Plaquette Grand Nord* – avril 2016
- DPJJ – *Projet de service. Service territorial éducatif de milieu ouvert de Dunkerque*. – 2021 (réactualisation sept 2022)
- DRESS – *Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance*. Fiche 24. L'aide et l'action sociale en France – édition 2020

- HAS – *Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur*. Recommandation de bonnes pratiques – 2015 mises à jour en 2018
- HAS – *L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (volet 1). Principes généraux*. Recommandation – 2022
- HAS - *Prise en charge de la psychopathie - Recommandations de la commission d'audition* - 2006
- Inserm – *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Une expertise collective de l'Inserm* – dossier de presse, 2005
- Institut canadien de recherche sur le droit de la famille - *Pratiques exemplaires de travail auprès des jeunes délinquants multirécidivistes au Canada : rapport sommaire*. – 2009
- Jeammet, P., Perdignes, M. – *La prise en charge des jeunes en grande difficulté. Eléments de guidance à l'usage des professionnels* – 2003
- Ministère de la justice – *Guide de la justice des mineurs* – 2021, mis à jour 2023
- Ministère de la justice – *Le déferement d'un mineur*. Code de justice pénal des mineurs, fiche technique – 2021
- ONPE – *Données sur les prises en charge en protection de l'enfance au 31 décembre 2022. Variations départementales et évolutions*. – février 2024
- Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. *Exposé des motifs*.
- PJJ – *Livret d'accueil. Service territorial éducatif de milieu ouvert. Dunkerque*. Direction territoriale du Nord. – Mis à jour en mai 2023
- Statistiques justice – *Les mineurs auteurs d'infractions pénales* – édition 2023

Articles :

- Arveiller, J. (2010). Les idées médicales et la construction de la catégorie moderne d'adolescence (XVIII^e -XIX^e siècles). *Le Télémaque*, n° 38(2), 111–128. <https://doi.org/10.3917/tele.038.0111>
- Beaudry, G., Yu, R., Långström, N., & Fazel, S. (2021). An Updated Systematic Review and Meta-regression Analysis: Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities. In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 60, Issue 1, pp. 46–60). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.01.015>
- Becker, E. de. (2011). Un modèle de procédure diagnostique du trouble des conduites chez l'enfant. *Perspectives Psy*, 50(3), 272–283. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2011503272>
- Bolton, D. (2020). Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical. *Archives de Philosophie*, 83(4), 13–40. <https://doi.org/10.3917/aphi.834.0013>
- Bouchaud, B., Kee, J. C. H., & Gasman, I. (2024). Women, mental disorders, attempted homicide and homicides : Characteristics of the perpetrators, the acts and the victims. *Annales Medico-Psychologiques*, 182(1), 50–54. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.11.006>
- Bousquet, E., Franc, N., Ha, C., & Purper-Ouakil, D. (2018). Intrafamilial disruptive behaviour disorders in children and adolescents : Present data and treatment prospects. *Encephale*, 44(2), 176–182. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.09.002>

- Boutanquoi, M. (2019). Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir. *Sociétés et Jeunes En Difficulté*.
- Brzegowy, M. (2010). Quand la recherche de l'efficacité croise la quête du sens. *Les Cahiers Dynamiques*, n° 45(3), 85–88. <https://doi.org/10.3917/lcd.045.0085>
- Buyle-Bodin, S., Amad, A., Medjkane, F., Bourion-Bedes, S., Thomas, P., & Fovet, T. (2019). Socio-demographic and clinical characteristics of adolescents hospitalized in French units for inmates: Results of a cross-sectional study. *Encephale*, 45(3), 207–213. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.07.008>
- Campbell, S. B., & Mellier, D. (2016). Les troubles externalisés chez le jeune enfant à la lumière de la psychopathologie développementale. *Enfance*, N° 1(1), 35–49. <https://doi.org/10.3917/enf1.161.0035>
- Chahraoui, K., Minassian, S., & Moro, M. R. (2022). Multiple care modalities in the complex field of trauma. In *Soins Psychiatrie* (Vol. 43, Issue 338, pp. 7–33). Elsevier Masson s.r.l. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2022.01.002>
- Chatagner, A., Olliac, B., Choquet, L. H., Botbol, M., & Raynaud, J. P. (2015). Teenagers urgently received in child and adolescent psychiatry: Who are they? What about their trajectories? What social and/or judicial support ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(2), 124–132. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.08.003>
- Cheval, P., & Youf, D. (2017). Repenser les droits de l'enfant. *Les Cahiers Dynamiques*, N° 69(3), 26–31. <https://doi.org/10.3917/lcd.069.0026>
- Choquet, M., & Hassler, C. (2009). La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse. *Les Cahiers Dynamiques*, n° 44(2), 27–30. <https://doi.org/10.3917/lcd.044.0027>
- Chudzik, L. (2010). Analyse de six controverses autour du diagnostic de trouble des conduites. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58(4), 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.07.004>
- Cohen, D. (2008). Vers un modèle développemental d'épigenèse probabiliste du trouble des conduites et des troubles externalisés de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(4–5), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.07.003>
- Corcos, M. (2023). Borderline functioning in adolescence : Unthinkable depression... between syncope of the being and mourning of the self. *Information Psychiatrique*, 99(2), 91–95. <https://doi.org/10.1684/ipe.2023.2548>
- Danion, J. M. (2007). Conduct disorder: interest and limits of medical rationality. In *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* (Vol. 55, Issue 8, pp. 440–442). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.10.004>
- Deborde, A. S., Vanwalleghem Maury, S., & Aitel, S. (2015). Régulation émotionnelle chez des adolescents présentant des troubles des conduites et chez des témoins. *Encephale*, 41(1), 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.01.002>

- Decety, J., & Holvoet, C. (2021). Early empathy deficits and psychopathology. In *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* (Vol. 69, Issue 3, pp. 147–152). Elsevier Masson s.r.l. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.02.002>
- Degouis, F., Saloppé, X., Gandolphe, M. C., Nandrino, J. L., & Pham, T. H. (2022). Relevance of autobiographical memory among antisocial inpatients. *Annales Medico-Psychologiques*, 180(3), 269–271. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.01.009>
- Delion, P. (2022). Histoire de la pédopsychiatrie, de sa genèse à aujourd'hui. *VST - Vie Sociale et Traitements*, N° 156(4), 20–25. <https://doi.org/10.3917/vst.156.0020>
- Delvenne, V., & Bula-Ibula, C. (2021). What are the interactions between child and adolescent mental health and psychiatry ?. *Information Psychiatrique*, 97(5), 353–359. <https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2262>
- Desquesnes, G., & Proia-Lelouey, N. (2011). Le sujet “incasable”, entre psychopathologie et limite institutionnelle. *Sociétés et Jeunes En Difficulté*.
- Desquesnes, G., Proia-Lelouey, N., & Drieu, D. (2010). Analyse des représentations de professionnels impliqués dans deux parcours de sujets dits “incasables.” *Sociétés et Jeunes En Difficulté*. <http://journals.openedition.org/sejed/6837>
- Dozois, J. (1994). Adolescent et agresseur sexuel : bilan d'une recherche. *Criminologie*, 27(2), 71–85. <https://doi.org/10.7202/017356ar>
- Duron, J. F., Williams-Butler, A., Mattson, P., & Boxer, P. (2022a). Trauma Exposure and Mental Health Needs Among Adolescents Involved With the Juvenile Justice System. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17–18), NP15700–NP15725. <https://doi.org/10.1177/08862605211016358>
- Englebert, J., & Adam, C. (2017). La « personnalité antisociale », antithèse de la psychopathologie. In *Deviance et Société* (Vol. 41, Issue 1, pp. 3–28). Editions Medecine et Hygiene. <https://doi.org/10.3917/ds.411.0003>
- Escarguel, M., & Benbouriche, M. (2024). The role of alexithymia in violent behaviors: A review of available studies that correspond to the social information processing model. *Annales Medico-Psychologiques*, 182(1), 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.03.004>
- Espi, P. (2024). What makes care in complex trauma ? *Annales Medico-Psychologiques*, 182(3), 290–293. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.01.003>
- Fovet, T., Lancelevée, C., & Thomas, P. (2022). Mental health and criminal justice in France : State of play and some emerging issues. In *Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine* (Vol. 206, Issue 3, pp. 301–309). Elsevier Masson s.r.l. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.10.011>
- Fovet, T., Plancke, L., & Thomas, P. (2018). Prévalence des troubles psychiatriques en prison. *Santé Mentale*. <https://www.researchgate.net/publication/324804037>
- Fovet, T., Thomas, P., & Amad, A. (2015). Psychiatry in prison : A specific semiology? *Annales Medico-Psychologiques*, 173(8), 726–730. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.033>

- Galland, D., Jonas, C., Jardri, R., Wilquin, M., Cottencin, O., Thomas, P., & Rolland, B. (2016). Comparison of the concept of “responsibility” in neuroscience and in French criminal law: A cross-literature review for the psychiatric forensic practice. *Presse Medicale*, *45*(6), 559–566. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.03.018>
- Gansel, Y. (2006). Conceptions du statut professionnel chez les psychiatres : Un regard anthropologique. *Information Psychiatrique*, *82*(10), 811–815. <https://doi.org/10.1684/ipe.2006.0053>
- Gansel, Y., & Pétrouchine, R. (2015). Is precarity at the heart of suffering subjects? The case of difficult Adolescents. *Enfances et Psy*, *67*(3), 32–41. <https://doi.org/10.3917/ep.067.0032>
- Garcia, M., Rouchy, E., & Michel, G. (2019). The role of Callous-Unemotional traits in delinquent and criminal trajectories: A review of longitudinal studies. *Annales Medico-Psychologiques*, *177*(8), 819–828. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.07.009>
- Garrabé, J. (2006). De la criminologie à la psychiatrie en milieu pénitentiaire. *Perspectives Psy*, *45*(4), 360. <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2006-4-page-356.htm>
- Gauthier, I., Gignac, M., Lafortune, D., & Cousineau, M. M. (2010). Trouble des conduites : compréhension et typologie proposée. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *58*(4), 208–217. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2010.03.004>
- Gheorghiev, C., & Marty, F. (2012). Dangerousness: A psychopathological concept? *Evolution Psychiatrique*, *77*(3), 443–450. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.04.003>
- Gheorghiev, C., Raffray, P., & de Montleau, F. (2008). Dangereusité et maladie mentale. *L'information Psychiatrique, Volume 84*(10), 941–947. <https://doi.org/10.1684/ipe.2008.0415>
- Gimenez, C., Blatier, C., Paulicand, M., & Pez, O. (2005). Délinquance des filles. *Adolescence*, *54*(4), 1005. <https://doi.org/10.3917/ado.054.1005>
- Guionnet, S., Viaux-Savelon, S., & Mazet, P. (2010). Trouble de la relation et trouble des conduites : un lien évolutif. À propos d'un cas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *58*(4), 218–223. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.09.005>
- Haesevoets, Y. H. (2001). Évaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels : De la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive. In *Psychiatrie de l'Enfant* (Vol. 44, Issue 2, pp. 447–483). Presses Universitaires de France, Département des Revues. <https://doi.org/10.3917/psy.442.0447>
- Haliday, H. (2021). The “spirit” of the psychiatry sector, between institutional psychotherapy and community-based mental health care. *Information Psychiatrique*, *97*(2), 33–38. <https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2200>
- Haney-Caron, E., Esposito-Smythers, C., Tolou-Shams, M., Lowery, A., & Brown, L. K. (2019). Mental health symptoms and delinquency among court-involved youth referred for treatment. *Children and Youth Services Review*, *98*, 312–318. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.01.008>

- Haustgen, T. (2022a). The history of forensic psychiatry at the Société Médico-Psychologique. *Annales Medico-Psychologiques*, 180(10), 1047–1058. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.10.006>
- Haustgen, T. (2022b). The history of forensic psychiatry at the Société Médico-Psychologique. *Annales Medico-Psychologiques*, 180(10), 1047–1058. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.10.006>
- Hopchet, M., Kholti, S., & Vanhelleputte, A. (2017). Effets de la violence interpersonnelle : trauma complexe, évolution symptomatologique et implications thérapeutiques. *Annales Medico-Psychologiques*, 175(3), 290–293. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.01.007>
- Houssier, F. (2004). Un pionnier dans l'histoire de la psychanalyse : August Aichhorn et le traitement de la délinquance dans la première moitié du XXème siècle. *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 6, 45–67. <https://doi.org/10.4000/rhei.709>
- Jeammet, P. (2007). Actualité du trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. *Archives de Pédiatrie*, 14(6), 565–568. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2007.02.027>
- Jovelet, G. (2006). The “act” in psychiatry today. In *Information Psychiatrique* (Vol. 82, Issue 2, pp. 105–119). John Libbey Eurotext. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8202.0105>
- Ladsous, J., & Anker, M. (2012). On l'appelait Tom. *VST - Vie Sociale et Traitements*, n° 114(2), 99–105. <https://doi.org/10.3917/vst.114.0099>
- Lamb, H. R. (2015). Does deinstitutionalization cause criminalization?: The penrose hypothesis. In *JAMA Psychiatry* (Vol. 72, Issue 2, pp. 105–106). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2444>
- Lapalme, M., & Déry, M. (2010). Évolution du trouble d'opposition et du trouble des conduites au cours de l'enfance. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42(1), 14–23. <https://doi.org/10.1037/a0015292>
- Marques, A., Azocar, B., Daoud, V., & Laffaille, M. (2013). Formation action sociale/santé mentale : évaluation d'impact. *L'information Psychiatrique*, Volume 89(1), 43–49. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1007>
- Michard, H. (2012). Allocution de M. Michard, Inspecteur de l'Éducation surveillée. *Les Cahiers Dynamiques, Hors-série (HS)*, 31–39. <https://doi.org/10.3917/lcd.hs01.0031>
- Milano, S. (2010). Le handicap psychique, d'une loi à l'autre. *Revue Française Des Affaires Sociales*, 1, 17–24. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0017>
- Milot1, T., Bruneau-Bhérier, R., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2021). Le trauma complexe : un regard interdisciplinaire sur les difficultés des enfants et des adolescents. *Revue Québécoise de Psychologie*, 42(2), 69–90. <https://doi.org/10.7202/1081256ar>
- Monduit de Caussade, C. (2022a). Emmanuelle Berthiaud, François Léger et Jérôme Van Wijland (dir.), Prévenir, accueillir, guérir. La médecine des enfants de l'époque moderne à nos jours. *Histoire, Médecine et Santé*, 21, 217–220. <https://doi.org/10.4000/hms.5984>

- Monduit de Caussade, C. (2022b). Nicole Catheline, L'enfant et la médecine. Une histoire de la pédopsychiatrie (xixe-xxe. *Histoire, Médecine et Santé*, 20, 197–200.
<https://doi.org/10.4000/hms.5449>
- Moro, M. R., & Brison, J.-L. (2017). Mission Bien-Être et Santé des jeunes. *Journal Du Droit Des Jeunes*, N° 364-365(4), 111–121. <https://doi.org/10.3917/jdj.364.0111>
- Mouchenik, Y., Gaboulaud, V., Pérouse de Montclos, M.-O., Monge, S., Baubet, T., Taieb, O., & Moro, M. R. (2010). Questionnaire Guide d'Évaluation des difficultés psychologiques de jeunes enfants pris en charge par la Protection de l'Enfance. *Enfance*, N° 2(2), 143–166.
<https://doi.org/10.3917/enf1.102.0143>
- Moyano, O. (2005). Le trouble des conduites : une médicalisation de la délinquance ? *Les Cahiers Dynamiques*, n° 36(4), 4–7. <https://doi.org/10.3917/lcd.036.0004>
- Munkner, R., Hastrup, S., Joergensen, T., & Kramp, P. (2005). Incipient offending among schizophrenia patients after first contact to the psychiatric hospital system. *European Psychiatry*, 20(4), 321–326. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.01.008>
- Nguimfack, L. (2016). Comment a évolué la prise en charge thérapeutique des jeunes délinquants dans les recherches en sciences sociales ? État de la question. *Information Psychiatrique*, 92(3), 219–230. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1464>
- Nisand, C. (2023). La protection judiciaire de la jeunesse : éduquer, protéger et insérer les mineurs en conflit avec la loi. *Administration*, N° 276(4), 75–77.
<https://doi.org/10.3917/admi.276.0075>
- Palix, J. (n.d.). *J. Palix qu'est-ce que la pyromanie ? Incendiaires et pyromanes le point sur...*
<http://gallica.bnf>
- Parizot, S. (2022). Psychiatry, mental health. Synonyms or false friends? *Information Psychiatrique*, 98(3), 159–163. <https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2390>
- Pinell, P. (2005). Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, 156–157(1), 4. <https://doi.org/10.3917/arss.156.0004>
- Piot, M. A., Ludot, M., Blot, S., Radjack, R., & Moro, M. R. (2023). Supporting adolescents and young adults in the French juvenile judiciary protection system. *Evolution Psychiatrique*, 88(1), 135–149. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2022.09.003>
- Potin, E. (2014). Mesures imposées et engagements négociés. Mineurs, acteurs familiaux et professionnels dans le cadre des mesures d'action éducative en milieu ouvert (AEMO). *Sociétés et Jeunesses En Difficulté*. <http://journals.openedition.org/sejed/7752>
- Renouard, J.-M. (2021). Julien LARREGUE, Héréditaire. L'éternel retour des théories biologiques du crime. *Revue Européenne Des Sciences Sociales*, 59–1, 264–266.
<https://doi.org/10.4000/ress.7270>
- Ritchie, K. (2007). Quel abord épistémologique de la notion de trouble des conduites ? L'apport des systèmes de classification. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(8), 458–460.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.07.021>

- Schweitzer, M., & Puig-Verges, N. (2022a). The judicial expert and Criminal irresponsibility. Debates and controverses over time and contemporary issues. *Annales Medico-Psychologiques*, 180(10), 1059–1068. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.10.014>
- Schweitzer, M., & Puig-Verges, N. (2022b). The judicial expert and Criminal irresponsibility. Debates and controverses over time and contemporary issues. *Annales Medico-Psychologiques*, 180(10), 1059–1068. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.10.014>
- Senon, J. L., & Jaafari, N. (2008). La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : Ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice? *Information Psychiatrique*, 84(6), 511–518. <https://doi.org/10.1684/ipe.2008.0363>
- Senon, J. L., Manzanera, C., Humeau, M., & Gotzamanis, L. (2006). Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? In *Information Psychiatrique* (Vol. 82, Issue 8, pp. 645–652). <https://doi.org/10.1684/ipe.2006.0006>
- Song, F., Li, R., Wang, W., & Zhang, S. (2022). Psychological Characteristics and Health Behavior for Juvenile Delinquency Groups. In *Occupational Therapy International* (Vol. 2022). Hindawi Limited. <https://doi.org/10.1155/2022/3684691>
- Tarquino, C., Houllé, W. A., & Tarquino, P. (2017). Discussion autour du traumatisme complexe : émergence du concept, étiologie et critères diagnostiques. *Sexologies*, 26(2), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.03.007>
- Valleur, M. (2009). Les chemins de l'ordalie. *Topique*, 107(2), 47–64. <https://doi.org/10.3917/top.107.0047>
- Votadoro, P. (2016). Risk-taking in adolescence, or Pinocchio's truth. *Evolution Psychiatrique*, 81(1), 92–117. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.03.004>
- Witt, K., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2015). Improving risk assessment in schizophrenia: Epidemiological investigation of criminal history factors. *British Journal of Psychiatry*, 206(5), 424–430. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144485>
- Youf, D. (2001). L'enfant doit-il être tenu pour responsable de ses actes ? *Cités*, n°6(2), 215–228. <https://doi.org/10.3917/cite.006.0215>

Liste des abréviations

Centre d'Action Educative et d'Insertion	CAEI
Centre Educatif Fermé	CEF
Centre Educatif Renforcé	CER
Centre de Placement Educatif	CPE
Code de Justice Pénal des Mineurs	CJPM
Direction Inter-Régionale	DIR
Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse	DPJJ
Direction Territoriale	DT
Ecole Nationale de la PJJ	ENPJJ
Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs	EPM
Etablissement de Placement Educatif	EPE
Juge Des Enfants	JDE
Mesure Educative Judiciaire	MEJ
Mesure Educative Judiciaire Provisoire	MEJP
Mesure Judiciaire d'Investigation Educative	MJIE
Mise Sous Protection Judiciaire	MSPJ
Permanence Educative Auprès du Tribunal	PEAT
Protection Judiciaire de la Jeunesse	PJJ
Recueil de Renseignement Sociaux Educatifs	RRSE
Secteur Associatif Habilité	SAH
Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation	SPIP
Services Territoriaux Educatifs et d'Insertion	STEI
Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert	STEMO
Tribunal Pour Enfant	TPE
Unités Educatives d'Activités de Jour	UEAJ
Unité Educative Auprès du Tribunal	UEAT
Unité Educative d'Hébergement Diversifié	UEHD
Unité Educative en Milieu Ouvert	UEMO

Aide Educative à Domicile	AED
Aide Educative Milieu Ouvert	AEMO
Aide Familiale A Domicile (app. Au SAAD)	AFAD
Aide Sociale à l'Enfance	ASE
Assistance Pédagogique à Domicile	APAD
Association d'Action Educative et Sociale	AAES
Association de Gestion des Services Spécialisés	AGSS
Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfance	CNAPE
Institut Thérapeutique et Pédagogique	ITEP
Maison d'Enfants à Caractère Social	MECS
Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfant	ONPE
Organisation des Nations Unies	ONU
Projet d'accompagnement Individualisé	PAI
Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté	SEGPA
Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile	SAAD
Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale	TISF
Union Nationale des Associations Familiales	UDAF
Centre d'Action Médico-Social Précoce	CAMPS
Centre Médico Psychologique	CMP
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	CSAPA
Diplôme Universitaire	DU
Equipe Mobile Psychiatre Précarité	EMPP
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale	INSERM
Maison Départementale des Personnes Handicapées	MDPH
Organisation Mondiale de la Santé	OMS
Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent	PEA
Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé	RQTH
Réduction des Risques	RDR
Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile	SESSAD
Service Médico-Psychologique Régional	SMPR
Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité	TDAH
Trouble du Stress Post-Traumatique	TSPT
Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée	UHSA
Weschler Intelligence Scale for Children	WISC

AUTEURE :

Nom : BOUTAN

Prénom : Louise

Date de soutenance : 11 juin 2024

Titre de la thèse :

**Le psychiatre à la protection judiciaire de la jeunesse :
au travers de ses missions, de l'histoire d'une institution et de la présentation de
situations cliniques**

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Psychiatrie, FST addictologie

**Mots-clés : « protection judiciaire de la jeunesse », « délinquance juvénile », « santé
mentale », « handicap psychique », « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »**

Résumé : La protection judiciaire de la jeunesse est une institution qui dépend du ministère de la justice. Elle a pour vocation l'accompagnement des décisions judiciaires concernant les mineurs en conflit avec la loi. Un des fondements de la justice des mineurs est le primat de l'éducatif sur le répressif, qui s'est appuyé sur un « modèle thérapeutique » de la prise en charge de la délinquance. Nous confrontons la construction de ce modèle avec l'avènement de la pédopsychiatrie puis de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, comme spécialité et catégorie à part entière de la discipline. Ceci après avoir mis en parallèle l'histoire de la psychiatrie générale appliquée au système carcéral et l'histoire de la pédopsychiatrie, qui a contribué à la spécialisation de la justice des mineurs. Les rapports entre psychiatrie et justice ne se sont pas développés de la même manière dans ces deux domaines et dénotent donc des enjeux différents.

À partir d'une observation dans le service territorial de milieu ouvert de la PJJ de Dunkerque, nous avons décrit les différents aspects de la pratique du psychiatre vacataire de l'équipe. Nous décrivons ainsi les missions auxquelles il participe, qui sont illustrées par onze cas cliniques issus de situations de jeunes pris en charge à la PJJ pour lesquels le psychiatre a été sollicité. Ces missions peuvent se regrouper en tâches d'aspect institutionnel judiciaire et en tâches à vocation sanitaire. En effet, l'élaboration de ces pratiques s'est faite dans la rencontre des besoins de l'institution judiciaire et de l'offre, en termes de compétence, du praticien hospitalier, qui s'est engagé, dans le cadre d'une activité d'intérêt général, à la PJJ. De cette manière, il participe aux mesures judiciaires d'investigation éducative, ordonnées par le juge pour avoir les éléments de compréhension, en termes de personnalité et d'environnement social ; participe aux réunions dédiées aux situations d'analyse de « cas complexes » ; propose une consultation psychiatrique et plus spécifiquement orientée addictologie ; aide à la réalisation des dossiers MDPH envisagés par les équipes éducatives qui travaillent avec le jeune à son projet d'autonomie ; fait le lien avec les soins généraux et accompagne les travailleurs sociaux dans l'appréhension de la question de la santé mentale, dans une population de jeunes vulnérable sur le plan psychique et souvent exclue du système de soin.

Composition du Jury :

Président : Professeur Renaud JARDRI

Assesseur : Docteur Laurane LEPEN

Directeur de thèse : Docteur Jean-Paul DURAND