



## AVERTISSEMENT

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

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

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

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

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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



UNIVERSITÉ DE LORRAINE  
2014

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

## **THÈSE**

pour obtenir le grade de

### **DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

**Aurélié BOULANGER**

le 10 juin 2014

## **ADOLESCENTS EN CENTRE ÉDUCATIF FERMÉ ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE : RÉALITÉ OU UTOPIE ?**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur D. SIBERTIN-BLANC  
Monsieur le Professeur R. SCHWAN  
Monsieur le Professeur B. KABUTH  
Madame le Docteur C. MORISE

Président  
Juge  
Juge  
Directrice de thèse

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

**Doyen de la Faculté de Médecine :  
Professeur Henry COUDANE**

**Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN**  
**Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI**  
**Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE**

#### **Assesseurs :**

- 1 <sup>er</sup> Cycle et délégué FMN Paces :	<b>Docteur Mathias POUSSEL</b>
- 2 <sup>ème</sup> Cycle :	<b>Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER</b>
- 3 <sup>ème</sup> Cycle :	<b>Professeur Marc DEBOUVERIE</b>
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	
• « DES Spécialité Médecine Générale »	<b>Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO</b>
• « Gestion DU – DIU »	<b>Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE</b>
- Plan campus :	<b>Professeur Bruno LEHEUP</b>
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	<b>Professeur Laurent BRESLER</b>
- Recherche :	<b>Professeur Didier MAINARD</b>
- Relations Internationales :	<b>Professeur Jacques HUBERT</b>
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	<b>Docteur Christophe NEMOS</b>
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	<b>Docteur Stéphane ZUILY</b>
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	<b>Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT</b>
- Réingénierie professions paramédicales :	<b>Mme la Professeure Annick BARBAUD</b>

#### **DOYENS HONORAIRES**

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

=====

#### **PROFESSEURS HONORAIRES**

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY  
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE  
 Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER  
 Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS  
 Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH  
 Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ  
 Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE  
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN  
 Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE  
 Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN  
 Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL  
 Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND  
 René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET  
 Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT  
 Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

#### **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL  
 Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE  
 Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ  
 Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD  
 Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER  
 Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET  
 Professeur Michel WAYOFF

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

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

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

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

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

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

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

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

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

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

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

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

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

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

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

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

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

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

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

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

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

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

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

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

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

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

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

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

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

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE  
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN  
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

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

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

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

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

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

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

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

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

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

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

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

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

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

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

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

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

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

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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



**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**  
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX  
=====

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

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

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**  
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**  
Professeur Jean-Marc BOIVIN

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**  
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

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

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

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

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

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

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

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

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

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

Docteure Sandrine HENARD

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

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

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteure Lina BOLOTINE

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

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

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

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

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

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

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

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

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

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

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

Docteur Stéphane ZUILY

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

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

Docteure Laure JOLY

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

**5<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteure Elisabeth STEYER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

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

Monsieur Vincent LHUILLIER

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

Madame Joëlle KIVITS

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

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK

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

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

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

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

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

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

Monsieur Nguyen TRAN

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====



## DOCTEURS HONORIS CAUSA

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

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

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

## REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Daniel Sibertin-Blanc,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le Président de mon Jury. Je n'aurais pu imaginer quelqu'un d'autre à cette place.

Vous m'avez enseigné la pédopsychiatrie depuis ma première année d'internat, la théorie comme la clinique. Vous étiez également présent lors de mes premières consultations avec des enfants.

Vous m'avez proposé de réaliser ce travail passionnant et m'avez toujours soutenue.

Merci pour votre écoute et vos précieux conseils. Merci d'avoir partagé vos connaissances et votre pratique toujours si humaine avec moi.

Monsieur le Professeur Raymund Schwan,

Merci d'avoir accepté d'être juge de mon travail.

Merci pour votre enseignement tout au long de mon internat.

Merci de m'avoir accordé votre confiance et ouvert une porte pour mon avenir professionnel.

Monsieur le Professeur Bernard Kabuth,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

Merci pour vos enseignements, au cours desquels j'avais évoqué certaines des difficultés que je rencontrais au sein du Centre Éducatif Fermé. Vos analyses m'ont permis d'avancer.

J'espère, par ce travail, pouvoir vous apporter des réponses aux questions que vous m'aviez alors posées.

Merci à toi, Christine, d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Tu m'as accueillie au CMP durant deux semestres, tu m'as accordé ta confiance en m'ouvrant les portes du CEF. Tu m'as permis ces rencontres un peu hors du commun, à la fois avec les adolescents mais également avec l'équipe entière.

Tu as toujours été à mon écoute et tu m'as toujours soutenue quand des difficultés se présentaient.

Tu m'as guidée dans ce travail tout en me laissant beaucoup de liberté. Tu as su, en quelques remarques, m'orienter et m'interpeller sur des sujets majeurs.

À ma famille,

Mon Dany et ma Lulu. Que serais-je sans vous, vous qui m'avez pris par la main tant de fois.

Gros Doude, Stéphanie, merci de toujours être là pour moi. J'espère sans vos banderoles, mais on ne refait pas les boulons.

Gugu... Prendre tant de fois ce train ensemble depuis le lycée... We said we'd walk together. Signé Docteur Bubu, spécialiste en albumine.  
Anne, merci de ta présence.

Mon chéri, merci d'être mon premier supporter et de me supporter. Et désolée si je n'ai que deux pieds.  
Mon Poussin, ma Poupoune...

À toute ma famille et belle-famille, ceux présents mais aussi ceux qui malgré leur absence sont, je suis sûre, fiers de moi, ici ou là-bas.

Enfin, même si c'est bête, à mes bêtes : Daria, tu as donné un peu de piment à ce travail en arrachant avec tes griffes les touches de mon clavier pour avoir des câlins. Jojotte, tu as grignoté tellement de feuilles précieuses... Vengo, tu m'as baladée et tu m'as changé les idées tant de fois, sans doute même sur ton dos, ont mûri d'intéressantes réflexions.

À mes amis

À mes rencontres pendant l'internat, professionnelles et personnelles.

De vraies amitiés sont nées, et elles se reconnaîtront.  
Je sais que je pourrai toujours compter sur vous. Merci.

À toutes les équipes qui m'ont accueillie. Vous avez toutes été formidables.

Un merci particulier à toute l'équipe de l'UAUP. Vous avez su m'aider dans cette intense période, toujours avec beaucoup d'humour et de compréhension. Merci au Docteur Catherine Pichené de m'avoir accordé sa confiance. Je reviens bientôt !

## SERMENT

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.



# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	18
1 - LES CENTRES ÉDUCATIFS FERMÉS .....	20
1.1 - Les mesures de placement .....	20
1.1.1 - La contrainte judiciaire .....	20
1.1.2 - La décision de placement .....	21
1.1.3 - La durée du placement.....	21
1.2 - La population .....	21
1.3 - Le déroulement du placement .....	21
1.3.1 - La loi du 9 septembre 2002 .....	21
1.3.2 - La prise en charge éducative des mineurs .....	22
1.3.3 - Les soins psychiatriques au sein du CEF .....	22
2 - LE CENTRE ÉDUCATIF FERMÉ DE TONNOY .....	24
2.1 - L'association « REALISE » .....	24
2.2 - Présentation générale du CEF de Tonnoy .....	24
2.3 - Le projet individualisé .....	25
3 - JULIEN .....	26
3.1 – Introduction .....	26
3.2 - Parcours psychiatrique .....	27
3.3 - Soins somatiques .....	27
3.4 - Éléments biographiques .....	27
3.5 - Parcours scolaires .....	28
3.6 - Parcours judiciaire .....	28
3.7 - Déroulement du suivi et du placement .....	28
3.8 - Discussion autour du cas de Julien .....	32
4 - ADOLESCENCE ET JUSTICE .....	34
4.1 - Évolution du concept d'adolescence .....	34
4.2 - Évolution des approches de la délinquance juvénile .....	35
4.2.1 - Généralités .....	35
4.2.2 - Historique .....	35
4.2.3 - Adolescence et justice « de nos jours » .....	37
4.3 - Délinquance juvénile actuelle en quelques chiffres .....	37
5 – DÉLINQUANCE DES ADOLESCENTS ET PSYCHIATRIE .....	39
5.1 - Aspects théoriques .....	39
5.1.1 - Une maladie psychiatrique ? .....	39
5.1.2 - Winnicott et la théorie de la déprivation .....	40

5.1.3 - Théorie de la dépendance et du déséquilibre narcissico-objectal .....	41
5.1.4 - Les adolescents difficiles selon M. Botbol .....	42
5.2 - Institution, environnement et psychiatrie .....	43
5.2.1 - Environnement, institution et psychothérapie .....	43
5.2.2 - Alliance thérapeutique .....	44
6 - TROUBLE DES CONDUITES ET DÉLINQUANT CHRONIQUE .....	46
6.1 - Définitions et problématique .....	46
6.2 - Épidémiologie .....	46
6.3 - Comorbidités .....	47
6.4 - Le délinquant chronique .....	47
6.4.1 - Psychopathologie .....	47
6.4.2 - Sociologie .....	48
7 - ÉTUDE DE LA POPULATION DU CEF ET DES CRITÈRES INFLUENÇANT L'ADHÉSION AUX SOINS .....	49
7.1 - Matériels et méthodes .....	49
7.2 - Résultats .....	50
7.2.1 - Étude descriptive .....	50
7.2.1.1 - Versant socio-judiciaire .....	50
7.2.1.2 - Versant psychiatrique .....	51
7.2.2 - Étude comparative .....	57
7.2.2.1 - Facteurs n'influençant pas l'alliance thérapeutique de façon statistiquement significative .....	57
7.2.2.2 - Facteurs influençant l'alliance thérapeutique de façon statistiquement significative .....	57
7.3 - Discussion .....	58
7.3.1 - Limites .....	58
7.3.1.1 - Réalisation de l'étude .....	58
7.3.1.2 - Critères sélectionnés ou réfutés .....	58
7.3.2 - Discussion autour des résultats .....	60
7.3.2.1 - Placement et psychiatrie .....	60
7.3.2.2 - Contexte socio-judiciaire et psychiatrie .....	61
7.3.2.3 - Lien avec les intervenants extérieurs .....	62
7.3.2.4 - « Profil » psychiatrique .....	63
7.3.2.5 - Prise en charge psychiatrique .....	64
8 - PROPOSITION D'UN PROTOCOLE D'ÉTUDE .....	67
8.1 - Justification .....	67
8.1.1 - Augmentation du nombre de sujets .....	67
8.1.2 - Caractère prospectif de l'étude .....	67
8.1.3 - Élargissement du personnel investigateur .....	67
8.1.4 - Standardisation du recueil de données .....	67
8.2 - Protocole d'étude .....	67
8.2.1 - Synopsis .....	67
8.2.2 - Justification .....	68
8.2.3 - Objectifs .....	69
8.2.3.1 - Objectif principal .....	69

8.2.3.2 - Objectifs secondaires .....	69
8.2.4 - Type d'étude .....	69
8.2.5 - Population d'étude .....	70
8.2.6 - Données recueillies .....	70
8.2.7 - Modalités de suivi .....	71
8.2.8 - Analyse statistique des données .....	71
8.2.9 - Modalités administratives .....	71
CONCLUSION .....	72
BIBLIOGRAPHIE .....	73
ANNEXES .....	76

## INTRODUCTION

L'adolescence est une période particulière de la vie, une période de transition qui demande de quitter un « avant » pour arriver à un « après », plus mature et autonome. Cette période si complexe à saisir, causée par de nombreux bouleversements, peut se passer avec une certaine facilité ou au contraire devenir un enfer pour l'adolescent, pour sa famille, voire même pour la société. La résolution de ce passage obligatoire dans la vie d'un individu dépend de nombreux facteurs qui sont à la fois personnels, familiaux et socioculturels.

Tout le monde pense savoir ce qu'est l'adolescence, puisque tout le monde la traverse, chacun à sa manière, avec ses ressources propres et ses difficultés. Si nous nous prêtons au jeu d'interroger des adultes, des adolescents et même des enfants sur ce qu'ils pensent et comprennent de l'adolescence, chacun aurait son propre discours selon son expérience unique ou l'expérience de personnes de sa famille ou de son entourage. Les avis peuvent être tranchés sur les adolescents. Certains ne comprendront jamais leurs difficultés. D'autres les excuseront toujours. Or actuellement, le discours sociétal et médiatique n'est pas en leur faveur et dénigre fréquemment leur comportement. Il est courant d'entendre : « Ah les jeunes, ce n'est plus ce que c'était ». L'adolescence serait-elle moins bien comprise de nos jours, à l'heure où les théories se sont développées pour l'expliquer ?

L'adolescence n'est pas obligatoirement une période troublée ou douloureuse. Cependant les exemples relevés dans les médias concernent uniquement les cas de violence, de délinquance, de toxicomanie et de troubles alimentaires. Le discours tenu entraîne peut-être les adolescents à craindre l'adolescence, les parents à appréhender cette période, la rendant ainsi peut-être plus compliquée. La société ne cesse de critiquer les réactions parfois entières et excessives des adolescents. Les médias, mais également divers professionnels (enseignants, éducateurs...), sont régulièrement dépassés par leur comportement. Les médecins sont eux-mêmes parfois démunis devant leur hostilité.

Travailler avec les adolescents peut angoisser. Notamment lorsqu'il s'agit d'adolescents difficiles, délinquants, ayant posé des actes de violence. Souvent rejetés par la société, leur famille, voire l'institution, ils ne sont plus dans la demande d'aide mais dans la confrontation et dans la provocation. Ils ont déjà essuyé plusieurs revers, plusieurs échecs, plusieurs rejets. Souvent ils ne croient plus en un avenir différent de ce qu'ils ont connu jusqu'alors. Ils cherchent même régulièrement à tester les limites. Ils répètent souvent : « La prison ça ne me fait pas peur », l'incarcération semblant être pour eux l'aboutissement inéluctable de leur parcours chaotique. Une peine d'emprisonnement aurait pour eux la valeur d'une « reconnaissance du groupe », et les autoriserait à accéder au statut de détenu, seul capable de les faire exister dans leur dimension socioculturelle.

Les adolescents ne saisissent pas toujours le placement au Centre Éducatif Fermé comme une chance ou une opportunité de se reconstruire, mais plutôt comme une alternative moins difficile que la détention. Leur investissement n'est donc pas toujours optimal, et le travail est souvent laborieux pour les amener dans une dynamique de changement.

Sur le plan psychiatrique, la demande de soins est rare. Ils consultent essentiellement dans un cadre légal, donc imposé. La relation duelle peut ouvrir un espace de parole et d'expression qui

nécessite qu'un cadre fixe soit préalablement posé, et ce par l'institution dans sa globalité.

Au cours de l'année passée, nous avons été amenée à suivre plusieurs adolescents placés dans le Centre Éducatif Fermé de Tonnoy. Ce n'était pas notre première expérience en détention, mais certainement la première avec des adolescents, et sur ce mode de placement. Nous avons découvert un univers nouveau, sur lequel peu d'études ont été menées. C'est pourquoi nous avons décidé de réaliser notre travail de thèse sur les adolescents accueillis au Centre Éducatif Fermé de Tonnoy et suivis en consultation de psychiatrie.

Nous expliquerons d'abord ce qu'est un Centre Éducatif Fermé, et présenterons plus particulièrement le fonctionnement et les projets de celui de Tonnoy.

Nous aborderons ensuite le cas de Julien, le premier des patients que nous avons suivis, afin d'illustrer concrètement la façon dont les difficultés rencontrées au CEF ont pu en partie être surmontées.

Nous exposerons les outils théoriques qui nous ont aidée dans cette prise en charge.

Puis nous développerons l'étude que nous avons réalisée afin de mieux comprendre le « profil » des adolescents placés au CEF et les critères influençant l'alliance thérapeutique.

Enfin, nous proposerons un protocole d'étude prospective qui permettra, outre l'évaluation des précédents critères, un suivi « post-placement » des adolescents.

# 1 - LES CENTRES ÉDUCATIFS FERMÉS

L'évolution de la perception de la délinquance des mineurs et la nécessité d'y apporter des réponses mieux adaptées ont conduit le législateur à modifier l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a ainsi renforcé et diversifié les moyens, mis à la disposition des juridictions, de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'administration pénitentiaire pour prendre en charge ces adolescents.

C'est ainsi qu'ont été créés, en 2002, les centres éducatif fermés (1), définis comme : « *des établissements publics ou privés dans lesquels les mineurs sont placés en application d'un contrôle judiciaire (CJ) ou d'un sursis mise à l'épreuve (SME) et où ils font l'objet de mesures de surveillance et de contrôle permettant d'assurer un suivi éducatif et pédagogique renforcé et adapté à leur personnalité* ».

Ces centres se caractérisent par :

- un cadre juridique ;
- une action éducative renforcée ;
- un processus de socialisation des mineurs.

Ils sont un outil pour éviter l'incarcération et sont destinés aux mineurs :

- multi récidivants. En droit pénal français, la récidive légale est la réitération d'une infraction proche ou équivalente d'une infraction précédemment et définitivement condamnée. C'est une circonstance aggravante qui permet de prononcer une peine plus lourde jusqu'à doublement (2).
- multi réitérants. Il y a réitération d'infractions pénales lorsqu'une personne, déjà condamnée définitivement pour un crime ou un délit, commet une nouvelle infraction qui ne répond pas aux conditions de la récidive légale. Les peines prononcées pour l'infraction commise en réitération se cumulent sans limitation de quantum et sans possibilité de confusions avec les peines définitivement prononcées lors de la condamnation précédente (3).

## 1.1 - LES MESURES DE PLACEMENT

Trois mesures distinctes doivent être prononcées pour qu'un mineur soit accueilli au sein d'un CEF.

**1.1.1 - LA CONTRAINTE JUDICIAIRE** tout d'abord. Elle se traduit soit par un contrôle judiciaire (CJ), soit par une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve (SME). Elle résulte d'un jugement qui assure l'effectivité de la mesure, et permet de sanctionner le non-respect de celle-ci.

Le contrôle judiciaire concerne les mineurs de 13 à 18 ans, à la double condition qu'ils soient poursuivis pour un délit puni d'au moins 5 ans d'emprisonnement, et qu'ils aient déjà fait l'objet d'une mesure éducative pénale (admonestation, remise à parent, mise sous protection judiciaire, liberté surveillée préjudicielle, liberté surveillée ou placement), d'une



sanction éducative ou d'une peine (4).

Le sursis avec mise à l'épreuve pour les mineurs de 13 à 18 ans est ordonné à l'égard d'une personne qu'elle condamne à une peine d'emprisonnement, dont elle décide de surseoir à l'exécution en plaçant le condamné sous le régime de la mise à l'épreuve. Il le soumet à des mesures de contrôle et à des obligations particulières (5).

**1.1.2 - LA DÉCISION DE PLACEMENT** dans un centre éducatif fermé. L'établissement doit assurer (6) :

- les modalités de rencontres entre le mineur et ses parents, qui doivent être précisées dans la décision de placement elle-même. Ces rencontres doivent être adaptées afin de « faire évoluer le mineur vers l'autonomie dans le respect des règles communes ».
- les dispositions financières avec le maintien des allocations familiales aux familles lorsque celles-ci s'impliquent dans le bon déroulement du placement ou lorsqu'un projet de retour dans la famille est envisageable avec leur soutien.

**1.1.3 - LA DURÉE DU PLACEMENT** ne peut excéder six mois, renouvelable une fois. Le placement prend obligatoirement fin à l'arrêt de la contrainte judiciaire, ainsi qu'à la majorité du mineur.

## **1.2 - LA POPULATION**

Les centres éducatifs fermés accueillent entre huit et dix mineurs en même temps (6) :

- âgés de 13 à 18 ans (par tranche d'âge selon l'établissement : 13 à 16 ans ou 16 à 18 ans) ;
- faisant l'objet d'une mesure de placement accompagnée d'une décision de mise sous contrôle judiciaire ou d'une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis mise à l'épreuve ;
- multirécidivistes ou multiréitérants pour lesquels les différentes solutions éducatives ont été mises en échec.

Les centres éducatifs fermés ne répondent pas à l'obligation d'éloignement du mineur avec son environnement familial, social ou scolaire. Il existe donc une vocation géographique de ces centres : dans le département même ou un département limitrophe de son domicile. Lorsqu'un éloignement est nécessaire, le placement en centre éducatif renforcé sera privilégié.

## **1.3 - LE DÉROULEMENT DU PLACEMENT**

### **1.3.1 - LA LOI DU 9 SEPTEMBRE 2002**

Les mineurs placés sont soumis à l'obligation de respecter les conditions du placement soit :

- le respect du placement lui-même passant par l'interdiction de le quitter sans autorisation ni accompagnement ;
- le respect des modalités d'exécution du placement.

Le non-respect de ces règles entraîne la rédaction de rapports d'incidents qui seront envoyés au magistrat chargé de l'affaire.

Le bon déroulement du placement est corrélé à l'adéquation permanente entre le cadre judiciaire, le cadre éducatif et les autres professionnels impliqués dans la prise en charge.

Le placement pourra être adapté et renforcé si nécessaire.

Des audiences régulières ont lieu, toujours en présence du mineur et d'un responsable du centre éducatif fermé dans lequel il est placé.

### **1.3.2 - LA PRISE EN CHARGE ÉDUCATIVE DES MINEURS**

Le mineur est contrôlé en permanence, à l'intérieur comme à l'extérieur du centre.

L'objectif est de travailler « sur la personnalité du mineur et son évolution personnelle tant sur le plan psychologique que familial et social » et de modifier « son rapport aux autres et à la société dans une perspective d'insertion durable » (6). La présence permanente d'éducateurs est donc nécessaire, ainsi qu'une implication maximale de la famille.

À l'entrée, le mineur fait l'objet d'un bilan de base : bilan de santé, bilan scolaire et professionnel, bilan psychologique, afin d'élaborer un projet individuel qui sera ensuite transmis au magistrat.

Durant le placement, la prise en charge est multidisciplinaire.

La sortie du placement doit être préparée de façon anticipée et accompagnée. La réussite du placement en dépend. Les relais nécessaires, qu'ils soient professionnels, scolaires ou médicaux doivent être mis en place et le lien doit être fait avec la future structure d'accueil.

### **1.3.3 - LES SOINS PSYCHIATRIQUES AU SEIN DU CEF**

La prise en charge des adolescents au sein du CEF peut nécessiter un suivi psychiatrique, qu'il soit demandé par l'adolescent ou par la justice. Une grande partie des adolescents que nous rencontrons dans le contexte du CEF n'en font pas la demande, mais se rendent en consultation à la suite d'une mesure posée par la justice, d'une obligation de soins ou d'une injonction de soins.

Il faut en premier lieu distinguer (7) :

- la dangerosité psychiatrique, manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale. Une telle évaluation prend en compte l'observance thérapeutique que l'on est en droit d'attendre de l'adolescent. Cependant, « il convient d'éviter l'amalgame entre risque de rechute d'une pathologie psychiatrique et risque de récurrence de l'acte délictueux » (7).

La dangerosité psychiatrique peut se définir comme « un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante » (8), mais aussi comme la « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » (7).

- la dangerosité criminologique prend en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte. Elle correspond à « la probabilité qu'un individu commette une infraction contre les personnes ou les biens » (8), ou à « la probabilité de réitération chez un sujet déjà condamné » (8).

Dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique peuvent être associées, et les facteurs environnementaux et situationnels sont un paramètre majeur à prendre en compte sur le plan des actes de délinquance, tout particulièrement chez les mineurs.

Depuis les lois du 12 décembre 2005 et du 05 mars 2007, le champ de l'obligation de soins

s'est étendu au-delà des infractions à caractère sexuel.

Deux mesures sont à considérer :

1) L'obligation de soins prévue par l'article 132-45 du code pénal. Elle se pose dans le cadre légal d'un contrôle judiciaire, d'un ajournement avec mise à l'épreuve, d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'un sursis avec mise à l'épreuve et obligation de réalisation de travaux d'intérêt général et dans les mesures d'aménagement de peine. Cette obligation de soins ne nécessite pas d'expertise psychiatrique préalable, elle est ordonnée par le juge d'application des peines et peut être ajoutée ou supprimée à tout moment par ce dernier. L'injonction thérapeutique s'intègre dans l'obligation de soins. Son indication est cette fois posée par un médecin habilité. L'intéressé doit fournir un justificatif de son suivi.

2) L'injonction de soins est une mesure faisant suite à une expertise psychiatrique qui conclut à la possibilité d'un traitement dans le cadre légal d'une affaire qui aboutira à un suivi socio-judiciaire ou à un sursis avec mise à l'épreuve. Elle ne se pose qu'après condamnation.

Nous observons donc que si le mineur délinquant doit être consentant à la mesure d'obligation ou d'injonction de soins, il n'est pas pour autant forcément demandeur de soins. Il consent ainsi souvent à un processus dont il faut définir avec lui le déroulement et les modalités, dans le but de faire émerger une demande de sa part. Or les mineurs inscrits dans ce cadre thérapeutique sont en général en conflit avec l'adulte ou du moins avec sa représentation. Ils considèrent souvent les soins psychiatriques comme inutiles, et les traitements dispensés comme responsables d'effets indésirables majeurs et de l'image de « cachetonné ».

Dans ce contexte, le travail primordial à effectuer est la création d'un lien thérapeutique, dans un climat de respect et de confiance mutuels, afin de les faire évoluer vers une prise de conscience de leurs troubles.

En décembre 2008, un rapport contenant soixante-dix propositions d'adaptation de la justice pénale des mineurs est remis au Garde des Sceaux (9). L'une des soixante-dix propositions vise à généraliser la passation de conventions entre les services de protection judiciaire de la jeunesse et les services de santé, afin d'améliorer leurs relations. Il existe, outre une insuffisance de moyens, peu de contacts entre ces deux institutions.

Sept CEF sont alors dotés de moyens supplémentaires à titre expérimental, dans le but d'une part d'améliorer la prise en compte des aspects psychologiques et psychiatriques des mineurs placés au sein de la structure, et d'autre part de développer des collaborations entre les CEF et les secteurs pédopsychiatriques.

En 2011, ce dispositif s'étend à six nouveaux CEF, dénommés « CEF santé mentale ».

## **2 - LE CENTRE ÉDUCATIF FERMÉ DE TONNOY**

### **2.1 - L'ASSOCIATION « REALISE »**

L'association REALISE (Réalisation pour les Enfants et Adolescents d'une Libre Insertion Sociale par l'Éducation) est régie par la loi de 1901 (10). Elle relève de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée non lucrative et exerce des missions de service public. Elle gère différentes structures sociales et médico-sociales dont les actions sont orientées vers des enfants, des adolescents, des jeunes adultes et des familles en difficulté. À ce jour, l'association REALISE se concentre sur le département de la Meurthe et Moselle.

L'association REALISE relève du champ de la Protection de l'Enfance. Elle intervient également dans le champ médico-social par le biais de L'ESCALE, conjugaison d'un ensemble de moyens thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques au service d'enfants et d'adolescents orientés par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), dont les troubles psychologiques perturbent gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Enfin, elle intervient dans la prise en charge de mineurs délinquants dans le cadre de l'ordonnance du 2 février 1945. Celle-ci revêt différents aspects dans le cadre du Service d'Investigation Éducative, du Service de Réparation Pénale, de l'Accueil de Jour Éducatif et Scolaire (AJES) et du Service Habilité d'Éducation Renforcée Pour Adolescents (SHERPA), d'un hébergement éducatif en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) et dans le cadre d'un placement éducatif en CER ou CEF.

C'est elle qui gère le CEF de Tonnoy.

### **2.2 - PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU CEF DE TONNOY**

Le CEF de Tonnoy a ouvert ses portes en mai 2004, dans une commune de 730 habitants, située à moins de quinze minutes du centre de Nancy.

Il accueille uniquement des garçons âgés de 16 à 18 ans, placés sur décision judiciaire dans le cadre pénal. La priorité est donnée aux mineurs du département de Meurthe et Moselle, considérant que c'est le travail sur soi plus que l'éloignement géographique qui leur est bénéfique. Cette proximité permet également un meilleur travail avec la famille et les différents services impliqués.

Il peut accueillir onze garçons en continu toute l'année. Le choix de la non-mixité a été fait compte tenu du trop grand risque d'atteinte à l'intégrité physique et morale des mineurs.

Le personnel du CEF comprend : une directrice, deux chefs de service, un agent administratif et de gestion, une psychologue et une infirmière (toutes deux à mi-temps), cinq éducateurs techniques, douze éducateurs d'hébergement, deux maîtresses de maison et deux surveillants de nuit.

Le CEF de Tonnoy a une mission de service public. Il propose, dans le cadre pénal, une action éducative intensive autour d'un projet individualisé, adapté à la situation de chaque mineur, en lien

très étroit avec les magistrats et les services de la protection judiciaire de la jeunesse pendant et après son accueil. Le caractère fermé du centre n'est pas matérialisé, c'est bien le « non-respect des obligations posées par le magistrat » qui conduit à l'incarcération éventuelle. La finalité visée est l'intégration dans l'environnement social ordinaire du mineur délinquant.

Le centre pose comme objectif général de permettre au mineur de prendre un nouveau cap dans sa vie, en structurant sa propre identité et en mettant en œuvre des perspectives concrètes d'intégration, essentiellement à l'aide d'une prise de distance par rapport à son vécu. Il existe également des objectifs opérationnels comme par exemple une aide à anticiper les conséquences de ses actes, à développer des capacités cognitives et relationnelles nécessaires à son insertion, une proposition d'orientation professionnelle avec mise en place des moyens nécessaires à la consolidation de son projet.

### **2.3 - LE PROJET INDIVIDUALISÉ**

Le centre éducatif fermé propose un projet individualisé à chaque mineur qu'il accueille, projet qui se structure autour d'objectifs à court terme (développement de diverses capacités, évolution pendant le placement) et à moyen terme (projection à l'issue du placement).

L'accompagnement du mineur est confié à deux éducateurs référents qui assureront la continuité de sa prise en charge.

Le projet éducatif est structuré autour de trois types de prestations :

- La prestation d'apprentissage, d'initiation au travail et d'aide à l'insertion. Elle passe par la participation obligatoire, mais adaptée, aux chantiers et à l'atelier pédagogique. Les chantiers comprennent l'entretien des espaces verts, la restauration-cuisine, la menuiserie-ferroserie, l'atelier d'insertion professionnelle et la scolarité.
- La prestation éducative intensive. Elle s'appuie sur l'entretien des locaux et de la chambre, un ensemble d'activités à finalité éducative et à caractère obligatoire (dont les activités physiques et sportives, d'expression et de communication). La participation à la réunion hebdomadaire du groupe d'expression ainsi que l'entretien individuel spécifique avec le ou les éducateurs référents est imposée. Enfin, le soutien psychologique s'inscrit dans l'accompagnement éducatif. Il permet d'assurer un suivi psychologique, d'orienter le mineur si besoin vers une aide thérapeutique extérieure, ainsi que d'éclairer l'équipe sur sa situation et son évolution.
- La prestation d'accès aux soins. Elle implique que le mineur soit partie prenante dans la gestion de sa santé. C'est dans ce but qu'il bénéficie d'un « carnet de bord » individuel. Un bilan de santé est réalisé à l'admission par le médecin généraliste de la commune de Tonnoy. Une rencontre avec les médecins de ville intégrés dans le réseau de soins Ville-Hôpital peut être organisée dans le cas de conduites toxicomaniaques. Une rencontre avec le psychiatre du CMP de Saint-Nicolas-de-Port peut être demandée si obligation, indication de l'équipe, du médecin généraliste ou si demande personnelle.

Le projet individualisé se construit après une phase d'observation durant les trois premières semaines du placement, lors de la première réunion de synthèse. Le projet est également évalué après trois mois de placement, puis à échéance du placement. Y sont présents le chef de service, les deux éducateurs référents, et les membres de l'équipe accompagnante. Les travailleurs sociaux y sont conviés, la présence de l'éducateur de la PJJ chargé du mineur est obligatoire.

## 3 – JULIEN

### 3.1 – INTRODUCTION

Il nous paraît essentiel d'exposer le cas de Julien.

Cet adolescent, particulièrement difficile, est le premier que nous avons rencontré dans l'univers du CEF. Il a motivé notre étude. Son cas sera examiné tout au long de notre travail puisqu'il représente à lui seul toute notre problématique : comment créer une alliance thérapeutique et faire émerger une demande chez un adolescent réfractaire à tout soin psychiatrique ?

Nous rencontrons Julien au Centre Médico-Psychologique presque « par hasard », pour une consultation urgente, faisant suite à une expertise psychiatrique. Il serait selon l'expert « trop endormi par les traitements ». Ce qui sous-entend, pour lui et l'équipe le prenant en charge, que des médecins psychiatres lui ont prescrit un traitement psychotrope « trop lourd ». Ce traitement serait responsable d'un état de sédation retentissant sur son intégration au sein de la structure. D'une part, les autres adolescents le considèrent comme « le cachetonné », et d'autre part les éducateurs le perçoivent comme un « malade », voire comme un « fou ».

Avant même cette première consultation, nous craignons que le lien ne soit difficile à établir avec lui. Notre première rencontre le vérifie. Il se présente en consultation, fermé et opposant, accompagné de l'infirmière du CEF qui m'explique brièvement sa situation actuelle.

Julien est placé au CEF pour six mois, après des difficultés en détention. Il a initialement été écroué en maison d'arrêt pour des actes de vols et de violence, puis transféré au SMPR (Service Médico-Psychiatrique Régional), où un incident majeur avec un soignant serait survenu. Nous ne disposons alors d'aucun autre élément, hormis l'ordonnance de sortie du SMPR.

Son traitement comprend :

- un antipsychotique atypique (risperidone 2mg/j) à visée anti impulsive ;
- un antipsychotique classique (cyamémazine 25mg à 50mg par prise, une à trois fois par jour) à visée anxiolytique et sédative ;
- un antidépresseur (citalopram 20mg/j).

Julien est peu loquace. Il n'exprime que sa fatigue et son manque de motivation général. Il met en rapport son traitement avec l'asthénie matinale. L'infirmière insiste sur son ralentissement psychomoteur et sur le retentissement qu'il a sur le bon déroulement de son placement. La demande implicite qu'elle relaie est la diminution du traitement. Nous décidons donc d'organiser une fenêtre thérapeutique.

Ce seul premier entretien nous a personnellement beaucoup questionnée. Nous ne disposions que de peu de connaissances théoriques sur les adolescents auteurs d'actes de délinquance, et nous n'avions aucune expérience clinique. Nous sentions Julien en difficulté et en souffrance, mais aussi réticent à tout dialogue et tout entretien psychiatrique.

De nombreux points sont à éclaircir avant de débiter les soins :



Quels sont ses antécédents psychiatriques, personnels et familiaux ?  
Quelle est son histoire de vie ? Quels sont ses éléments biographiques notables ?  
Quel est son parcours judiciaire ?  
Quels sont ses ressentis par rapport à la psychiatrie et aux traitements ?  
Quels messages lui sont renvoyés au niveau personnel ou familial, mais également institutionnel, pour qu'il paraisse à ce point hostile à toute aide ?

### **3.2 - PARCOURS PSYCHIATRIQUE**

Julien a déjà rencontré un pédopsychiatre en 2011 pour des troubles du comportement ayant eu des conséquences judiciaires. Sa mère, elle-même investie dans une psychothérapie, a été à l'initiative de ce rendez-vous.

Il ne s'est rendu qu'à la première consultation et a refusé de débiter un suivi. C'est sa mère qui s'est rendue seule au rendez-vous suivant, en demande d'aide par rapport aux difficultés de son fils.

Il a rencontré pour la seconde fois des psychiatres au SMPR, pour la même pathologie. Il n'a pas investi le suivi et a agressé une infirmière avec un couteau artisanal. Ce passage à l'acte hétéro agressif s'inscrivait dans le cadre d'une intolérance à la frustration (refus d'une cigarette par le surveillant pénitentiaire).

Il n'a ni su ni voulu créer d'alliance thérapeutique avec les médecins psychiatres jusqu'à ce jour. Il semble « rejeter » les aidants dans une escalade de violence. Il prend les traitements dispensés par le personnel infirmier de la détention ou le personnel éducatif du CEF seulement par obligation.

Il n'aborde aucun des éléments précédents en entretien. Nous en prenons connaissance par une étude approfondie de son dossier et des contacts téléphoniques avec les différents praticiens l'ayant pris en charge jusqu'à ce jour. Nous avons, avant ces démarches, informé Julien de notre intention d'entrer en contact avec ses thérapeutes antérieurs ; il nous avait alors donné son accord.

### **3.3 - SOINS SOMATIQUES**

Julien est réfractaire aux soins somatiques. Il semble peu préoccupé par son état de santé physique. Il ne se rend aux rendez-vous que s'il est accompagné par l'infirmière, qui le maternel et le cadre, comme elle le fait avec tous les adolescents placés au sein du CEF.

### **3.4 - ÉLÉMENTS BIOGRAPHIQUES**

Ce sont les plus difficiles à recueillir. Julien est très défensif lors des premiers entretiens, et rapidement sthénique à l'évocation de son entourage familial et de son histoire de vie. Les réunions de synthèse et les échanges avec le personnel du CEF – échanges primordiaux – nous apporteront les renseignements nécessaires.

Ses parents sont séparés depuis de nombreuses années.

Son père serait, selon l'éducateur de la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse), dépressif. Il n'aurait pas souhaité avoir la garde de ses enfants du fait de sa pathologie. Les relations qu'il entretient avec Julien seraient épisodiques.

Sa mère serait dépassée par la situation actuelle de son fils. Elle entretiendrait avec lui une relation très fusionnelle, voire incestueuse.

Son frère, âgé de 20 ans, n'a pas d'antécédent de trouble psychiatrique ou du comportement. Il n'entretient avec Julien quasiment aucune relation.

Ses grands-parents maternels, dont il était très proche, sont décédés. Ils ont toujours soutenu sa mère, essentiellement au niveau financier. Leur disparition a déstabilisé la famille. Il semble, par ailleurs, qu'une relation incestueuse entre la grand-mère maternelle et la mère de Julien ait existé.

### **3.5 - PARCOURS SCOLAIRE**

Après avoir interrompu ses études au cours de sa troisième, Julien ne dispose d'aucun diplôme et ne s'inscrit dans aucune formation. Il a suivi au collège les cours de façon aléatoire. Il commet depuis sa déscolarisation de petits délits et consomme parallèlement des toxiques (cannabis de façon quotidienne et alcool lors de soirées avec ses amis). Il parle de l'échec de son parcours scolaire avec une certaine fierté. Il a pourtant un niveau intellectuel satisfaisant qui lui permet d'ailleurs d'obtenir le CFG (Certificat de Formation Générale) durant son placement.

### **3.6 - PARCOURS JUDICIAIRE**

Son parcours judiciaire et éducatif est long, comme celui de tous les adolescents accueillis au sein du CEF. Julien a commis de nombreux délits : vols, vols avec violence, parfois sous l'empire de substances illicites.

Initialement, son placement au sein du CEF se déroule mal. Il scinde l'équipe éducative en deux groupes :

- le premier groupe comprend que Julien souffre d'une pathologie psychiatrique et qu'il nécessite des soins. Il risque cependant de le considérer uniquement comme « psy » ou « fou » et craint de le faire « décompenser ».
- le second groupe affirme que Julien « joue un jeu », « joue au fou », dans le but de désinvestir sa prise en charge au CEF et d'en être excusé. Il est avec lui dans la confrontation et lui renvoie une image d'inutilité des soins.

### **3.7 - DÉROULEMENT DU SUIVI ET DU PLACEMENT**

Les premières consultations sont centrées sur le traitement de Julien. Son adaptation est sa demande principale ainsi que celle des éducateurs, de l'infirmière, des chefs de service et de l'expert psychiatrique.

Nous constatons à la fois chez Julien :

- une opposition à toute aide et à toute contrainte. Il refuse de se lever le matin, de participer aux ateliers, de s'investir au sein du placement, d'entrer en relation avec les autres jeunes.
- une symptomatologie dépressive majeure : asthénie, angoisses, importants troubles du sommeil. Il explique dès le second rendez-vous qu'il est « difficile pour lui de garder le moral dans le CEF ».
- un effet sédatif marqué des traitements. Les dosages sont importants, et deux molécules antipsychotiques sont associées.

Nous décidons donc d'arrêter progressivement les antipsychotiques (tout en maintenant la

possibilité d'administrer un traitement en cas d'agitation ou de violence) et de modifier l'antidépresseur pour une molécule plus stimulante. En effet, nous savons Julien encadré et surveillé. L'infirmière ainsi que l'équipe du CEF sont informées de la possibilité d'une recrudescence de troubles du comportement du fait de l'arrêt des traitements. Elles disposent d'un traitement à dispenser en cas d'agitation ou de violence, et savent qu'elles peuvent nous adresser Julien en urgence en cas de nécessité.

Dans un premier temps, l'équipe du CEF décrit un effet positif de la modification de traitement. Julien est plus dynamique et s'exprime plus spontanément avec l'équipe. Il investit les ateliers et surtout la relation à son éducateur technique référent qui prend petit à petit la place de « père » pour lui.

Cependant, lors des entretiens, nous notons que le contact reste froid et le discours factuel. Peu d'affects sont exprimés. Puis progressivement apparaît une exaltation de l'humeur, à laquelle s'associe une désinhibition psychomotrice d'intensité progressivement croissante. La thymie s'améliore et les troubles du sommeil s'amendent. Julien se vante de ses « exploits » de violence. Il relate en détail et avec une certaine jouissance ses passages à l'acte hétéro agressifs. Son discours est inquiétant, sans remise en question possible. Il n'évoque aucun autre aspect de sa vie au cours des entretiens. Il refuse toute adaptation de traitement.

Selon le protocole du CEF, les visites de sa mère sont autorisées après la première réunion de synthèse. L'équipe éducative et la psychologue du CEF la rencontrent régulièrement. Sa relation avec Julien les effraie et nécessite des recadrages réguliers. Elle entretient avec lui des « rapports physiques » inadaptés, se met dans des positions équivoques à composante sexuelle et se place dans un rôle d'amie plus que dans un rôle de mère. Julien semble mal à l'aise mais « habitué » à cette situation. L'équipe va rapidement émettre l'hypothèse d'inceste. L'éducateur PJJ va parallèlement confirmer une relation incestueuse entre la mère et la grand-mère maternelle de Julien.

Julien présente, dès les premières visites de sa mère, des troubles du comportement. Il détruit du matériel du CEF, provoque le personnel, tient des propos obscènes et réalise des tags à connotation sexuelle. Les éducateurs renseignent de nombreuses notes d'incident.

Un tag de Julien (« j'encule le chien du maraîcher ») provoque une réaction surprenante et inadaptée de sa mère. Informée de cet incident par le chef de service du CEF, elle est persuadée que son fils a réellement eu un rapport zoophile. Elle rompt brutalement tout contact avec lui, après une violente dispute, sans doute persuadée que son fils lui a été infidèle.

À la suite de cet événement, et de façon brutale, Julien sombre dans une phase dépressive très intense, quasi mélancolique. Le contact est pathologique avec froideur affective, le regard est figé. L'humeur est labile, Julien peut être mutique comme sthénique. Incurique et anorexique, il s'isole des autres adolescents et des éducateurs. Il se plaint d'angoisses vespérales et de troubles du sommeil. S'associe à ces symptômes une bizarrerie du comportement. Julien refuse le silence, s'enferme plusieurs heures dans la salle de bains sous l'eau brûlante. La psychologue soupçonne l'existence d'hallucinations auditives, d'attitudes d'écoute. Les accès de violence se font plus fréquents et intenses. Nous pensons responsable de ce tableau le deuil de sa relation d'amour et de haine, d'enfant et de compagnon, avec sa mère.

Nous décidons de réintroduire un traitement à la fois antipsychotique et thymorégulateur (olanzapine). Nous expliquons cette décision lors de la seconde synthèse, soit à quatre mois du début de son placement. La réintroduction d'un traitement de ce type est longuement discutée et

argumentée au niveau de l'équipe du CEF, du fait de son ambivalence par rapport aux neuroleptiques. Cependant, tous s'accordent à dire qu'il faut réagir vite. Les accès de violence se multiplient, le comportement de Julien devient inadapté et la possibilité de son maintien au CEF est remise en question. Sa souffrance n'est, pour autant, pas unanimement reconnue authentique. L'équipe reste scindée en deux. Si certains de ses membres comprennent que Julien décompense une pathologie psychiatrique, d'autres affirment qu'il nous manipule. Une hospitalisation en psychiatrie est même demandée par le CEF, afin que les soins s'effectuent en dehors du placement.

Notre dialogue avec l'équipe est long et fastidieux. Nous leur confirmons d'abord les traits de personnalité de type psychopathique et antisocial de Julien. Mais nous précisons que ses troubles peuvent être associés à un épisode dépressif, ou à une entrée en psychose. Si le diagnostic n'est pas établi de façon définitive, nous tenons à mettre en avant la souffrance de Julien et la nécessité d'un traitement. C'est le deuxième point que nous travaillons avec l'équipe qui reste initialement méfiante. Nous notons que cette appréhension fait suite :

- d'une part à l'état de sédation de Julien à son admission, attribué aux traitements reçus ;
- d'autre part à la situation récente d'un autre adolescent qui, malgré son traitement neuroleptique, a violemment agressé une éducatrice et a ensuite été hospitalisé en USIP (Unité de Soins Intensifs Psychiatriques).

Les craintes de l'équipe sont évoquées et discutées. Elles sont centrées sur les effets secondaires du traitement, et sur la possibilité que ce dernier soit inefficace ou qu'il aggrave les troubles de Julien. Nos arguments semblent entendus. La modification de traitement est validée de façon pluridisciplinaire.

Cet échange est également l'occasion de reprendre la situation de l'autre adolescent, de poser des mots sur les événements et le vécu de chacun.

L'alliance thérapeutique reste à travailler avec Julien lui-même. Il demeure anosognosique et opposé à toute prise médicamenteuse. Nous lui en présentons lors des entretiens les bénéfices attendus, notamment sur l'humeur et l'impulsivité. Les éducateurs lui tiennent un discours identique au nôtre. Julien finit par accepter de prendre son traitement.

Ses symptômes s'amendent progressivement. Son comportement global au sein du CEF s'améliore, ainsi que sa thymie. Le contact reste cependant étrange, de type psychotique.

Parallèlement, la direction du CEF décide de prendre contact avec la mère de Julien et d'organiser des visites d'abord « médiatisées » par un éducateur. Les permissions de week-end sont ensuite instaurées. Celles-ci posent rapidement question :

- pour la dispensation des traitements : selon sa mère, Julien refuse de les prendre lorsqu'il est à son domicile ;
- sur leur déroulement : Julien reste en effet enfermé dans sa chambre durant deux jours et lui paraît persécuté ;
- à cause de son comportement à la veille des retours au domicile. Julien présente, les jours précédents la permission, des passages à l'acte violents qui entraînent comme sanction l'interdiction de rentrer chez lui.

Les retours au domicile paraissent anxiogènes. Cependant, Julien refuse d'aborder ces incidents, ainsi que le déroulement des week-ends chez sa mère. Son discours reste factuel et vide d'affects, centré sur son placement et son orientation professionnelle. L'adhésion au traitement

demeure fragile, malgré le travail pluridisciplinaire et l'amélioration des troubles.

Cependant, Julien investit peu à peu les ateliers techniques et un projet professionnel émerge. Il est admis au CFG (Certificat de Formation Générale). Il débute les stages extérieurs (espace vert, peintre en bâtiment) qui se déroulent de façon satisfaisante.

Il reste néanmoins persuadé de l'inutilité des entretiens psychiatriques et du traitement qu'il affirme prendre par obligation. Il n'en ressent d'ailleurs aucun effet favorable ou indésirable. Il se montre défensif et provocateur. Nous ne pouvons pas aborder avec lui les relations familiales.

Il paraît mieux investir le suivi auprès de la psychologue, qu'il voit plus régulièrement et avec qui il serait moins méfiant.

En fin de placement, il est « stabilisé » sur le plan psychiatrique. Mais l'alliance thérapeutique demeure fragile et la poursuite du suivi et du traitement après son retour au domicile est incertaine.

Différents projets de sortie sont évoqués lors de la dernière réunion de synthèse :

- une hospitalisation en psychiatrie est suggérée par l'éducateur PJJ. Nous récusons son indication, Julien étant stabilisé sur le plan psychiatrique.
- un retour au domicile de sa mère, ce que Julien demande. Cela paraît peu pertinent compte tenu du vécu anxiogène des permissions et des relations pathologiques qui existent entre sa mère et lui.
- un placement en foyer afin de l'autonomiser et de l'éloigner de son milieu familial.
- un renouvellement de placement jusqu'à majorité pour préciser son projet personnel et professionnel, favoriser l'alliance thérapeutique, organiser un relais éventuel avec le CMP adulte de son secteur.

Julien accepte finalement de visiter un foyer avec son éducateur référent, mais refuse la veille de sa sortie de s'y rendre. Un renouvellement du placement pour trois mois (jusqu'à majorité) est donc décidé par la juge. La finalité de cette décision est expliquée à Julien. Il paraît la comprendre.

Ses trois derniers mois de placement se déroulent sans incident majeur. Son comportement reste identique. Les stages professionnels se succèdent. Il n'évolue pas dans son rapport à la psychiatrie, est anosognosique de ses troubles. Il est euthymique, ne tient pas de propos délirants, n'apparaît pas dissocié. Le contact reste froid, sans affect. Il évolue plutôt sur un versant « déficitaire ». Il concède des angoisses, qui se majorent à mesure que la fin du placement approche. Un projet professionnel est mis en place avec relais éducatif sur le secteur du domicile maternel. Nous organisons nous même un relais avec le CMP adulte de son secteur d'habitation, en accord avec lui.

La dernière semaine de placement est émaillée de nombreux incidents, que nous mettons en relation avec une recrudescence anxieuse majeure.

Il rentre donc finalement au domicile de sa mère avec un rendez-vous au CMP adulte, un suivi judiciaire, et des rendez-vous professionnels pour débiter une formation qui pourra déboucher sur l'obtention d'un emploi stable.

À ce jour, nous savons que Julien ne bénéficie plus d'aucun suivi. Il s'est rendu au premier entretien infirmier, au cours duquel il a exprimé le souhait de cesser toute prise en charge psychiatrique. Sa mère a plusieurs fois tenté de reprendre contact avec le CMP et avec son

médecin traitant pour lui faire part de ses inquiétudes. Celui-ci rapporte une bizarrerie du contact, une froideur affective ainsi qu'une hypocondrie, et des propos délirants à thème de persécution. Julien ne prend actuellement plus aucun traitement.

### 3.8 - DISCUSSION AUTOUR DU CAS DE JULIEN

Le cas de Julien nous permet d'aborder les points clés d'une prise en charge au CEF.

Tout d'abord la **demande**. Il s'agit de la comprendre rapidement. Son origine influence le suivi. Une demande extérieure à l'adolescent (judiciaire ou du CEF par exemple) nous amènera à une certaine « obligation de résultats ». La demande peut, par ailleurs, être multiple et différente selon le demandeur. Si le CEF peut nous interpeller sur des difficultés de comportement au sein du placement, l'adolescent peut, lui, mettre en avant des troubles anxieux ou dépressifs.

Dans le cas de Julien, nous pouvons identifier comme demandeurs :

- la justice ainsi que l'expert psychiatre qu'elle a mandaté et qui évoque une dangerosité potentielle de Julien, du fait de ses troubles du comportement majeurs à type d'hétéro agressivité ;
- le CEF qui évoque d'abord des difficultés d'adaptation, puis un isolement, et enfin des troubles du comportement ainsi qu'une tendance à la manipulation ;
- Julien lui-même qui, dans un premier temps du moins, se plaint de son humeur, d'angoisses, et de troubles du sommeil.

La demande évolue au cours du placement, elle est la conséquence à la fois du déroulement du placement, du suivi psychiatrique mais aussi du projet de vie qui se construit au fur et à mesure.

Ensuite la **prise en charge psychiatrique** proprement dite, **en relation duelle** avec l'adolescent. Certaines informations capitales (histoire de vie de l'adolescent, éléments biographiques, antécédents personnels et familiaux, parcours socio-judiciaire) sont parfois, nous l'avons illustré avec le cas de Julien, tout aussi difficiles à obtenir que primordiales pour le suivi. Ce dernier doit permettre de poser un diagnostic et d'orienter la thérapie sur un versant psychothérapeutique et/ou médicamenteux. Enfin, il doit pouvoir faire envisager à l'adolescent une démarche de soins pendant et après le placement. Il faut évoquer ici la difficulté du relais thérapeutique : si Julien est du secteur psychiatrique de notre région, ce n'est pas le cas de tous les adolescents, nous le verrons. Il est alors plus compliqué d'entrer en contact avec des structures que nous ne connaissons pas pour faire le lien avec les équipes qui poursuivront éventuellement un suivi.

Enfin, le **travail en équipe pluridisciplinaire** avec éducateurs, chefs de service, psychologue et tout autre intervenant assurant la prise en charge de l'adolescent. Cet aspect du placement au CEF est d'une importance majeure. Sans réunions, nous n'aurions pu comprendre l'histoire de Julien, éclairer l'équipe et être nous-même informée de ses difficultés comme de ses réussites, et participer à l'élaboration de son projet de vie. Cependant, il faut noter que si ces échanges permettent de mieux comprendre le travail de chacun et de poser un regard différent sur l'adolescent, ils sont également source d'une certaine méfiance de sa part. Ainsi, Julien évoquait régulièrement l'idée d'un « complot » et d'une trahison du secret médical au cours des réunions de synthèse.

Notre travail et notre suivi avec Julien auraient certainement pu être améliorés :

- par une **prise en charge institutionnelle plus poussée** qui aurait permis des échanges encore plus réguliers avec les équipes et la mise en place de temps de discussion,



afin que chacun puisse évoquer sa vision de la prise en charge. Il y a eu au cours des neuf mois de suivi plusieurs désaccords mutuels, et certainement autant d'incompréhension sur certaines décisions. Nous, comme elles, ne nous sommes pas toujours sentis entendus. L'adoption du projet final de vie de Julien (retour au domicile maternelle malgré toutes les difficultés connues), a été vécu comme arbitraire par plusieurs d'entre nous. Nous avons vécu l'issue de ses neuf mois de placement comme un échec, avec le sentiment de ne pas avoir été comprise dans nos inquiétudes.

– par un **travail familial**. Si la mère de Julien a été rencontrée par la psychologue, les éducateurs et les chefs de service, nous n'avons jamais réalisé d'entretien en sa présence. Ce qui aurait peut-être pu permettre de poser des mots sur les difficultés de Julien, mais aussi sur celles de sa mère, de travailler leur relation, mais également de créer une alliance thérapeutique double. Les suivis familiaux restent difficiles à mettre en place au sein du CEF, du fait de l'éloignement familial parfois important, du peu de moyen dont disposent les parents de ces adolescents pour se rendre au CEF en dehors des jours de visites autorisés (le week-end), mais aussi de leur manque d'investissement. Cet aspect de la prise en charge reste néanmoins à étudier, car les bénéfices pourraient en être importants.

– par **l'approfondissement de nos connaissances**. Il existe de nombreuses références bibliographiques sur les adolescents délinquants et difficiles. Mais nous n'avons retrouvé aucune étude sur les adolescents accueillis au CEF et leur rapport avec la psychiatrie. De plus, « *sept ans après l'ouverture des premiers CEF, aucune évaluation systématique de l'incidence d'un placement en CEF sur la réinsertion des mineurs n'a encore été menée* » (11). Nous avons donc souhaité mieux comprendre, non seulement le « profil » de ces adolescents, mais aussi les mécanismes d'adhésion aux soins au sein de ces structures de placement. En effet, nous verrons au cours de notre travail que les CEF diffèrent totalement des centres pénitentiaires ou des centres de placement social. C'est pourquoi réaliser une « première étude » sur cette population pourrait permettre d'en adapter la prise en charge. Nous pourrions même imaginer mettre en place un « protocole de suivi » qui inclurait à la fois les psychiatres et l'institution.

## 4 - ADOLESCENCE ET JUSTICE

### 4.1 - ÉVOLUTION DU CONCEPT D'ADOLESCENCE

Le terme *adolescent* vient du latin *adolescere* qui signifie grandir.

Initialement, il a une connotation péjorative. L'adolescent est avant tout un jeune homme inexpérimenté, naïf et qui doit passer par une phase d'apprentissage pour accéder à la sagesse et à la virilité (12).

C'est à partir de 1845 que l'adolescence désigne à la fois (13) une classe d'âge et la phase de premier développement.

Plusieurs définitions de l'adolescence coexistent. Le dictionnaire LAROUSSE situe l'adolescence entre l'enfance et l'âge adulte. Le dictionnaire médical GARNIER la place entre l'enfance et la puberté, plus précisément entre douze et quinze ans. Si ces définitions précisent l'âge de l'adolescent, elles n'en donnent pas pour autant une image claire.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en propose une plus complète. L'adolescence est « la progression entre l'apparition de caractéristiques sexuelles secondaires (puberté) et la maturité sexuelle et génésique ; le développement de mécanismes mentaux adultes et d'une identité d'adulte ; la transition entre une entière dépendance socio-économique et une relative indépendance ». Elle définit de plus l'adolescent comme « *tout individu âgé de 10 à 19 ans* ».

L'adolescence est donc une période de transition entre un état de dépendance infantile et une position plus autonome. C'est également une étape de la vie durant laquelle interviennent des modifications biologiques, psychologiques, comportementales et sociales d'individus d'une classe d'âge particulière, dans un contexte socioculturel donné.

De nos jours, le discours tenu sur les adolescents auteurs d'actes de délinquance est alarmant. Relayé par les médias et les politiques, il engendre un sentiment d'insécurité. Voici quelques exemples de propos rapportés et cités par L. MUCCHIELLI (historien et sociologue, chargé de recherche au CNRS) dans son article « *L'évolution de la délinquance juvénile entre fantasmes et réalités : essai de bilan critique* » (14).

- les statistiques indiqueraient une « explosion de la délinquance des mineurs » ;
- les délinquants seraient « de plus en plus jeunes et de plus en plus violents », ils n'auraient « aucun repère » et seraient « désocialisés » ;
- l'école serait « envahie », voire « submergée » par « la violence » ;
- les parents auraient « démissionné » ;
- la police serait « désemparée » et la justice « laxiste ».

La délinquance juvénile semble avant tout concerner les domaines publics, judiciaires et politiques. Mais elle est aussi considérée comme un enjeu de santé publique. La prise en charge des adolescents auteurs d'actes de délinquance d'un point de vue psychiatrique apparaît comme un outil majeur d'aide. C'est pourquoi des dispositifs particuliers ont été mis en place depuis 2008 notamment au sein de certains CEF qui ont été dotés de personnels supplémentaires dans le domaine de la santé mentale (11).

## **4.2 - ÉVOLUTION DES APPROCHES DE LA DÉLINQUANCE JUVÉNILE**

### **4.2.1 – GÉNÉRALITÉS**

La violence et la délinquance des mineurs, leurs troubles du comportement, qu'ils soient associés ou non à des pathologies psychiatriques, sont souvent rattachés à des comportements antisociaux. Ils préoccupent ainsi diverses institutions : judiciaires, sociales, médico-psychologiques et administratives.

Les adolescents en difficulté sont rapidement mal considérés par les différentes instances amenées à les rencontrer, mais également par leur entourage. Ils peuvent ainsi souvent être décrits comme :

- des « cas sociaux » par la population générale ;
- des psychopathes, pervers, caractériels, narcissiques, abandonniques, ou encore états limites par les professionnels de santé ;
- des délinquants par le système judiciaire.

Ils épuisent souvent leurs interlocuteurs, les ressources qui leur sont proposées, et semblent alors inaccessibles à toute prise en charge. Devant l'échec des différentes institutions disponibles, de nouveaux dispositifs voient le jour, visant à la fois à les contenir et à les réinsérer.

### **4.2.2 – HISTORIQUE**

On distingue plusieurs périodes historiques dans la prise en charge des mineurs auteurs d'actes transgressifs.

À l'époque romaine, il n'existe aucune loi spécifique pour les mineurs. Le *Pater Familias*, père de famille, a droit de vie et de mort sur l'enfant (*vitae necisque potestas*) (15).

Plus tard, sous l'Ancien Régime, le fouet, l'internement en maison religieuse, à l'hôpital ou en maison de force, sont les solutions d'usage pour faire face à la délinquance des mineurs. Sous Louis XIV, les jeunes mendiants ou vagabonds, les délinquants parisiens, sont enfermés à Bicêtre ou à la Salpêtrière (16).

De la révolution au début du XX<sup>e</sup> siècle, une certaine spécificité commence à être reconnue dans le traitement pénal des mineurs même si le versant répressif prédomine. En 1791, la majorité pénale est fixée à 16 ans, les mineurs de moins de 16 ans peuvent donc bénéficier de peines atténuées (17). C'est en 1810 qu'est introduite la notion de discernement (18) :

- Si le mineur est considéré comme ayant agi sans discernement, il est acquitté. Il est alors soit remis à ses parents, soit pris en charge en maison de correction pour une durée fixée par le tribunal, et qui ne peut excéder sa vingtième année.
- Si le mineur est reconnu pleinement responsable de ses actes, il subit les mêmes peines que les adultes à un degré néanmoins inférieur. Si le mineur est placé en détention, il est séparé des adultes.

Plusieurs types d'établissement sont créés afin d'accueillir les mineurs délinquants : les établissements pénitentiaires (pour ceux relevant de la correctionnelle paternelle), les colonies pénitentiaires ou disciplinaires, et les colonies correctionnelles.

Durant la première moitié du vingtième siècle, la prise en charge spécifique des mineurs sur le plan judiciaire se dessine. Tout d'abord, en 1906 (loi du 12 avril 1906), la majorité pénale est

portée à 18 ans (19). Puis la loi du 22 juillet 1912 met en exergue quatre grands principes (20) :

- L'irresponsabilité pénale des mineurs de moins de 13 ans ;
- La création du Tribunal pour Enfants pour les mineurs âgés de 13 à 18 ans ;
- La possibilité pour le juge de réaliser une enquête sociale et familiale ;
- La création de la liberté surveillée, qui peut permettre au juge de suivre le mineur au sein de sa famille et de le soutenir jusqu'à sa majorité (21 ans).

La justice continue d'évoluer cette fois sur un mode éducatif et protecteur plutôt que répressif. Les possibilités d'enfermement du mineur sont plus faibles. En 1940, les lieux d'enEDUment se nomment désormais des Instituts publics d'éducation surveillée.

Une large augmentation de la délinquance « d'appropriation » (vols et cambriolages) fait suite à la Seconde Guerre Mondiale (21). De nouvelles mesures sont prises, toujours dans le sens de l'éducation et de la protection :

– **L'ordonnance n° 45-174 du 02 février 1945 relative à l'enfance délinquante.** Elle renforce les principes précédemment établis : la justice des mineurs est avant tout une justice spécifique, rendue au Tribunal des Enfants par le Juge des Enfants. Certaines procédures applicables aux adultes ne le sont plus concernant les mineurs, notamment le flagrant délit. Tout mineur bénéficie de la présomption d'irresponsabilité. L'article 20-2 reconnaît « l'excuse atténuante de minorité » (absolue pour les mineurs de 13 à 16 ans, relative pour les mineurs de plus de 16 ans) lorsque celle-ci se justifie. Enfin, le Juge des Enfants peut ordonner une peine éducative qui sera confiée à la Direction de l'Éducation Surveillée. Si la justice des mineurs s'oriente vers une prise en charge éducative, la possibilité d'enfermement demeure, avec principalement les instituts spécialisés de l'éducation surveillée.

– **L'ordonnance n° 58-1270 du 22 décembre 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger.** Elle insiste sur le fait que le mineur délinquant est avant tout un mineur en danger, qui nécessite une prise en charge individuelle, qu'elle soit répressive et/ou éducative.

Ces ordonnances diminuent le nombre d'incarcérations de mineurs. Des alternatives à l'enfermement doivent donc être recherchées. C'est ainsi que sont créés, en 1970, le contrôle judiciaire et le sursis avec mise à l'épreuve.

La délinquance adolescente semble évoluer à partir des années 1970, selon Hugues LAGRANGE, sociologue et chercheur au CNRS, vers une délinquance « d'exclusion », c'est-à-dire qu'elle ne s'explique plus par une augmentation des opportunités (21). Dans ce contexte, et depuis les années 1990, nous assistons à un retour du pénal. Le modèle éducatif et protectionnel a peut-être été jugé insuffisamment efficace.

Le philosophe et directeur chargé de recherche à l'ENPJJ (École Nationale de Protection Judiciaire de la Jeunesse), Dominique YOUNG, explique qu'au cours des années 2000, ce n'est plus le modèle « thérapeutique » mais plutôt le « modèle sanctionniste » qui prévaut (22).

La loi Perben I (9 septembre 2002) (1) prévoit la création d'établissements pénitentiaires pour mineurs et l'augmentation du nombre de places d'emprisonnement. La loi Perben II (9 mars 2004) (23), ainsi que les lois du 05 mars 2007 (relatives à la prévention de la délinquance) (24) et du 10 août 2007, créent notamment les peines plancher. Il faut désormais que « *les sanctions soient adaptées aux mineurs d'aujourd'hui, qui n'ont plus rien à voir avec ceux de 1945* » (25).

#### 4.2.3 - ADOLESCENCE ET JUSTICE « DE NOS JOURS »

Il existe donc, nous l'avons vu, un éventail varié de réponses possibles à la délinquance des mineurs. Celles-ci s'étendent de la prise en charge éducative à la mise en place de peines d'emprisonnement. La condamnation doit prendre en compte simultanément l'acte posé par le mineur mais également sa personnalité et le contexte dans lequel il survient :

- Les **mesures éducatives** sont avant tout destinées à protéger, assister, surveiller et éduquer le mineur dans un but de le « rééduquer » et de prévenir une récidive de sa part. Ces mesures peuvent être révisées à tout moment et aller de la simple admonestation à la liberté surveillée ou au placement.
- Les **peines** comportent : le travail d'intérêt général, le suivi socio-judiciaire, l'emprisonnement avec sursis simple, avec sursis et l'obligation d'accomplir un travail d'intérêt général ou avec sursis et mise à l'épreuve, la peine de prison (cf. annexes).
- Les **sanctions éducatives**, qu'elles soient dites spécifiques ou non spécifiques (cf. annexes). Elles sont censées s'insérer entre la mesure éducative et la peine.

Ces mesures sont développées notamment dans l'article de L. GEBLER et I. GUTZ paru dans la revue « Actualités sociales hebdomadaires » (26).

Un point primordial à retenir est que le juge des enfants a toujours pour objectifs le redressement et la réhabilitation du mineur.

#### 4.3 - DÉLINQUANCE JUVÉNILE ACTUELLE EN QUELQUES CHIFFRES

Selon les informations transmises par la DPJJ (Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse), entre 2002 et 2009, le nombre de mineurs mis en cause par les services de police et de gendarmerie a crû de 19%, passant de 180 382 en 2002 à 214 612 en 2009.

Ces données peuvent traduire à la fois une augmentation réelle de la délinquance et/ou une plus grande efficacité des services de police et de gendarmerie : il est donc nécessaire de les interpréter avec précaution.

En 2009 (27) :

- plus de 40% des mineurs sont mis en cause pour vol ;
- 11% sont mis en cause pour consommation et trafic de stupéfiants ;
- 13% sont mis en cause pour destructions et dégradations de biens ;
- les faits de violence représentent une part croissante de la délinquance des mineurs, passant de 16% à 22% des mises en cause entre 2002 et 2009.

Peu de ces mineurs « récidivent » : d'après les évaluations réalisées par la DPJJ, sept mineurs sur dix ne font pas l'objet de nouvelles poursuites ou d'une mesure alternative aux poursuites dans l'année suivant la fin de leur prise en charge.

Plus de trois délinquants mineurs sur quatre sont âgés de 16 ans et plus. 20% ont entre 13 et 16 ans. Les délinquants mineurs de moins de treize ans sont rares : 2% environ.

Enfin, près de neuf délinquants sur dix sont des garçons.

Laurent MUCCHIELLI, dans son article « *L'Évolution de la Délinquance Juvenile en France* » datant de mars 2007, émet l'hypothèse que l'augmentation de la délinquance juvénile (notamment en matière de vol et de violence) pourrait être en rapport avec l'élargissement même de la définition

des infractions et de leur gravité (avec de plus en plus de circonstances aggravantes). Il constate également que cette augmentation ne s'accompagne pas d'une « *aggravation massive, constante, et de type criminel des comportements des mineurs délinquants* ». Enfin, il considère que les dégradations/violences, délits en matières de stupéfiants et infractions à l'encontre des policiers font partie d'un phénomène de « ghettoïsation ».

Ces chiffres sont donc à considérer comme indicatifs. Ils ne sont fournis que par les services de police, et une vraie réflexion doit être menée avant de pouvoir conclure à une évolution de la délinquance, quelle qu'elle soit.

## 5 - DÉLINQUANCE DES ADOLESCENTS ET PSYCHIATRIE

### 5.1 - ASPECTS THÉORIQUES

#### 5.1.1 - UNE MALADIE PSYCHIATRIQUE ?

Le terme de délinquance juvénile est avant tout un terme juridique qui considère l'acte posé par les adolescents. Selon Édouard TOULOUSE, psychiatre créateur du Comité d'hygiène mentale et de la Société de sexologie, la psychiatrie s'attache avant tout à « *examiner l'individu par des méthodes adaptées* », afin de comprendre l'acte posé (28).

Joëlle DROUX (maître d'enseignement et de recherche en histoire de l'éducation) rappelle en 2006 dans son article « *Le corps comme élément d'élaboration de nouveaux savoirs sur l'enfance délinquante* » les différents paradigmes successifs (29) :

- le paradigme morélien, celui du corps dégénéré, qui voit dans la délinquance un signe de dégénérescence de la « *race humaine* ». L'italien LOMBROSO (30) parle donc de « *criminels-nés* » pour qui le processus de dégénérescence psychique peut se lire sur l'enveloppe corporelle et que le tout est inné. LACASSAGNE (31) ajoute que cette dégénérescence serait due en partie au milieu social, ce qui sous-entend une possible prévention de tels comportements.
- le paradigme microbiologique, qui voit le corps comme germe de contamination. Le mineur est alors considéré comme « *contagieux* » pour la société, et doit ainsi être « *éloigné* » des autres.
- le paradigme métabolique, qui met en avant des désordres métaboliques. Ces derniers rendraient le corps malade « *de l'intérieur* » et non plus de l'extérieur, comme les agents infectieux par exemple. C'est BROWN-SEQUARD (32) qui va mener ce courant, observant que des dérèglements glandulaires peuvent être responsables de troubles du comportement.
- le paradigme psychosomatique, qui établit le concept de parallélisme médico-psychologique. Les troubles physiques seraient corrélés à des déséquilibres internes du système nerveux, passagers ou chroniques, sur lesquels un traitement peut être réalisé (33).

G. HEUYER précise néanmoins (34) qu'il y a dans la délinquance des mineurs « *une part d'accident, de hasard, de malchance* ». Il estime également (34) que « *c'est moins la classification en types psychologiques déterminés qui importe pour comprendre la dynamique du délit* » que « *l'étude complète des conditions dans lesquelles il (le mineur) est devenu délinquant* ». Il souligne en 1935 à Bruxelles (35) que « *les influences du milieu comme facteur de la délinquance juvénile ne sont discutées par personne* ».

La prise en compte des facteurs sociaux reste d'une importance majeure. J. DE AJURIAGUERRA, neuropsychiatre, estime qu'il « *reste impossible de comprendre la délinquance actuelle, sans tenir compte des facteurs sociaux, de l'environnement familial et de l'organisation propre de la personnalité du délinquant* » (36). D. LAGACHE considère, quant à lui, que « *la délinquance est une désadaptation, un conflit patent entre le délinquant et la société, qui recouvre un conflit latent, à la fois plus intime, plus enfoui et plus diffus, plus mêlé à d'autres aspects de l'existence* » (37).

Des outils thérapeutiques émergent dès les années 1930. G. HEUYER (35) imagine pour « *éviter la récidive des enfants délinquants* », que soit « *demandée la collaboration du psychiatre à toutes les étapes* ».

*du redressement de l'enfant coupable »; mais, il lui importe « davantage encore d'éviter le premier délit », en incluant « dans un vaste programme de protection de l'enfance, qui doit être appliqué dès l'école, toutes les mesures de prophylaxie de la criminalité juvénile ».*

L'approche descriptive de la délinquance juvénile se transforme donc progressivement en une approche explicative, voire compréhensive.

La notion de « psychopathie de l'enfant » apparaît dans les années 1960 (38). Les adolescents auteurs d'actes de délinquance sont alors considérés comme des adolescents posant des « *actes antisociaux* ».

### 5.1.2 - WINNICOTT ET LA THÉORIE DE LA DÉPRIVATION

Pour WINNICOTT (39) (40), la délinquance et la tendance antisociale sont deux entités bien distinctes.

La délinquance, effet d'un comportement antisocial, se caractérise par ses conséquences plus ou moins graves, inscrites au niveau de la réalité sociale. Elle n'est qu'une évolution possible. Elle est la forme prise par la tendance antisociale quand celle-ci se fige et devient une identité sociale pour le jeune, qui lui apporte alors des bénéfices secondaires. Ces derniers vont venir interférer avec le lien « *deep and early* » recherché inconsciemment dans les manifestations de la tendance antisociale. Les actes de délinquance sont donc à considérer comme un symptôme de détresse lorsqu'ils sont l'expression de la seule tendance antisociale.

Par ailleurs, la tendance antisociale serait présente chez tous les enfants. Ce serait la réponse qu'ils reçoivent de leur entourage qui déterminerait son évolution vers un renforcement, voire une pathologie, ou au contraire vers son dépassement.

*« L'expression « tendance antisociale » est utile parce qu'elle relie ce type de trouble à la normalité et à ce qu'elle est à son début : une réaction à une privation affective. Cette tendance peut se transformer en une compulsion vaine et l'enfant est alors étiqueté comme délinquant... Il s'agit d'un trouble qui se relie très facilement à ceux qui sont propres au syndrome de la croissance de l'adolescent... Chez un enfant, la tendance antisociale représente l'espoir (inconscient) relatif à la réparation d'un traumatisme dû à un sevrage affectif. » (40).*

Selon WINNICOTT, l'adolescent adresse donc son comportement à l'adulte, en quête d'une réaction en termes de limites contenant non réactives. Il est par ses actes dans une recherche de « *création primaire* », c'est-à-dire qu'il veut créer le sein de sa mère là où l'attend et où sa mère le lui présente (40). L'anamnèse des adolescents aux comportements antisociaux révèle toujours « *une béance dans la continuité de la vie de l'enfant, du point de vue de l'enfant lui-même* », et qui a marqué le développement de sa personnalité (40).

On retrouve également une « *déprivation* » dans l'enfance, c'est-à-dire la « *perte de quelque chose de bon, qui a été positif dans l'expérience de l'enfant jusqu'à une certaine date, et qui lui a été retiré. Ce retrait a dépassé la durée pendant laquelle l'enfant est capable d'en maintenir le souvenir vivant. La définition complète de la déprivation couvre à la fois le précoce et le tardif, à la fois le coup d'aiguille du traumatisme et l'état traumatique durable et aussi ce qui est presque normal et ce qui est indiscutablement anormal.* » (39).

J. BOWLBY précise dans ses ouvrages sur la « *Théorie de l'attachement* » (41) : « *Les interruptions prolongées [du lien affectif mère-enfant] pendant les trois premières années de la vie laissent des traces caractéristiques sur la personnalité de l'enfant. Cliniquement, ces enfants se montrent affectivement renfermés et solitaires. Ils ne parviennent pas à nouer des liens libidinaux avec d'autres enfants ou avec des adultes, et n'ont,*



*par conséquent pas d'amis dignes de ce nom. Il leur arrive parfois de se montrer sociables superficiellement; mais une étude approfondie de leur attitude nous contraint de leur refuser tout sentiment réel, toute profondeur dans leurs attachements. C'est là que réside, il me semble, l'explication de leur dureté. Parents et professeurs déplorent l'inefficacité de toutes les mesures verbales ou autres. Si on frappe l'enfant, il commence par pleurer un peu; mais il ne présente aucune réaction à cet état de disgrâce, comme on s'y attendrait chez un enfant ordinaire. Il semble que le fait d'être en faveur ou non auprès des adultes ne présente aucun intérêt pour ces âmes perdues. Puisqu'ils sont incapables de contacts affectifs sincères, la nature d'un lien affectif à un moment donné ne présente pour eux aucun intérêt. ... »*

*« Il faut (...) noter deux (...) faits de grande importance : d'abord, le lien étroit et statistiquement significatif entre les « indifférents affectifs » et ceux qui avaient subi une séparation; ensuite la délinquance beaucoup plus grave des « indifférents ».... Il apparaît clairement que, chez les voleurs indifférents, c'est le milieu et non l'hérédité qui est l'agent pathogène... »*

La conclusion de J. BOWLBY est donc qu'« il semblerait qu'il y (ait) de très fortes raisons de croire que la séparation prolongée d'un enfant d'avec sa mère (ou d'avec le substitut maternel), au cours des cinq premières années de sa vie, est le principal facteur étiologique de la délinquance. ».

L'adolescent, par le vol, appelle la mère archaïque, avec un espoir toujours vivant que sa demande soit entendue. Si ces manifestations antisociales sont désagréables, voire insupportables, pour l'entourage, elles appellent cependant une réaction de sa part. Les dégâts matériels exigent, quant à eux, une réponse « concrète ».

### **5.1.3 - THÉORIE DE LA DÉPENDANCE ET DU DÉSÉQUILIBRE NARCISSICO-OBJECTAL**

Il s'agit en fait de la problématique de la dépendance et de la séparation qui survient chez tout adolescent, de façon plus ou moins marquée, mais qui se trouve encore plus présente et plus intense chez les adolescents difficiles.

En effet, l'adolescence se caractérise :

- d'une part par l'injonction faite à l'adolescent de se séparer des objets qui ont eu une place vitale pour lui dans l'enfance ;
- d'autre part par la difficulté à utiliser les modalités infantiles de traitement des contraintes qu'impose le développement.

Cette problématique est le fait d'une révolution tant psychique que physique : la puberté. Éprouver dans le corps la complémentarité des sexes (42) est beaucoup plus intense que de savoir qu'il existe deux sexes différents. L'adolescent réalise la nécessité de passer par l'autre, c'est-à-dire l'autre sexe, pour atteindre la réalisation sexuelle. Ainsi, toute relation de l'adolescent devient sexualisée de façon plus ou moins consciente, y compris au sein de la famille. Cette situation lui impose de s'éloigner des objets infantiles, ceux-ci étant depuis l'enfance recouverts de l'interdit de l'inceste. Cet éloignement et cette distance visent à réintroduire de façon protectrice et concrète l'interdit de l'inceste, qui résultait auparavant de l'immaturité génitale, appelé principe de réalité.

Par ailleurs, l'adolescent va être poussé à devenir autonome du fait de la pression de la réalité externe, sociale et familiale. Il va devoir apprendre et veiller seul à se fixer des limites, notamment à ne pas franchir celles de l'interdit de l'inceste. Ceci va faire peser sur lui une nouvelle charge psychique très intense.

La question de la séparation et des liens est donc au centre de la problématique adolescente. Cette double contrainte que nous avons évoquée plonge l'adolescent dans ce que P. JEAMMET

appelle « *le paradoxe narcissico-objectal* » (43). Il énonce que « *ce dont l'adolescent a le plus besoin est ce qui le menace le plus, parce qu'il en a besoin* ». Cela signifie que cette obligation qu'il a de devenir indépendant s'oppose à ce besoin qu'il ressent des objets infantiles. Cette dépendance qu'il a vis-à-vis d'eux rend encore cette obligation de séparation plus nécessaire.

Pour faire face à ce paradoxe, l'adolescent doit pouvoir puiser dans toutes ses ressources intrapsychiques. Or ces ressources sont dépendantes des assises narcissiques de l'adolescent et de ses capacités d'auto érotisation. Ces dernières peuvent être fragilisées par des expériences traumatiques précoces. On comprend ainsi que les adolescents les plus en difficulté face à ce paradoxe seront les adolescents déprivés. Ceux-ci vont donc surinvestir le milieu externe et exporter dans celui-ci ce qu'ils ne peuvent plus tolérer dans leur espace psychique interne, pour fuir ce conflit insoluble pour eux. Ils vont alors par des mécanismes de projection poser des actes transgressifs afin de fuir cette souffrance interne, mais également refuser tout lien significatif afin de ne pas mettre en danger leur sentiment d'identité.

#### 5.1.4 - LES ADOLESCENTS DIFFICILES SELON M. BOTBOL

M. BOTBOL définit les « adolescents difficiles » comme « *une catégorie d'adolescents qui se caractérisent par le fait qu'ils manifestent leur trouble non par la souffrance ou le malaise qu'ils ressentent ou expriment, mais majoritairement voire exclusivement par les difficultés dans lesquelles ils mettent les institutions qui en ont la charge car ils les confrontent à leurs limites* » (44). Ainsi, pour lui, les conduites délinquantes « *sont au moins partiellement adaptatives et pourvues d'un sens personnel. La violence est ici considérée comme la manifestation d'un processus psychopathologique, prenant place dans l'économie psychique du sujet* » (44).

Il se base sur les deux théories que nous avons précédemment développées, en mettant en exergue leur point commun : la place particulière de la réalité externe dans la vie psychique de l'adolescent difficile. Il précise notamment que l'agir vient à la place de ce qui ne peut trouver place dans la réalité interne du sujet, et que le lien à l'autre occupe une place centrale dans la psychopathologie de l'adolescent. Pour BOTBOL, « *le lien à l'autre est à la fois le problème et la solution* » (45).

L'adolescent difficile naît ainsi, selon lui, d'un défaut d'étayage précoce, puisqu'il se construit dans des familles où déjà les parents sont pris dans leurs propres pulsions et sont alors dans l'incapacité de fournir à l'enfant puis à l'adolescent des repères, des limites, et de l'inscrire dans une dimension familiale claire avec une place qui lui soit propre (45). Il existe également chez lui un défaut de l'imaginaire et du préconscient, avec une illusion de continuité entre l'objet interne et l'objet externe, soit une transitionnalité (au sens Winnicottien du terme) défailante.

L'adolescent ne pourra alors investir le processus psychique d'autonomisation, et on assistera ainsi à un sur-investissement de l'extérieur et de l'environnement. Il privilégie donc l'utilisation du milieu, de l'environnement, notamment par des actes transgressifs et des passages à l'acte plutôt que par l'investissement de son espace intrapsychique par la symbolisation.

Ce sont donc des mécanismes mentaux archaïques qui sont mis en place par l'adolescent pour maintenir le contact avec la réalité : clivage, identification projective, idéalisation ou déni.

La théorie psychopathologique de BOTBOL se rapproche en fait de celle des états limites de R. MISES (46), qui décrit chez ces adolescents :

- des défaillances d'étayage et d'accompagnement précoces du milieu, des carences, et une discontinuité du processus de soin maternel ;
- des atteintes de la fonction de contenance entraînant une défaillance de pare-excitation

puisque certaines émotions pulsionnelles archaïques ne sont pas élaborées, et empêchent ainsi l'adolescent de lier affect et représentation, et de mentaliser ;

- une incapacité d'accès aux objets transitionnels ;
- une difficulté à organiser un processus de séparation d'où la grande vulnérabilité devant toute perte d'objet et la difficulté dans le processus d'individuation.

MISES différencie cependant les adolescents états-limites des sujets psychotiques par leur capacité à différencier le Soi et le Non Soi. Il décrit donc ces adolescents états-limites comme « *une organisation psychopathologique dont le centre de gravité se situe entre l'organisation névrotique et l'organisation psychotique* » (46).

## 5.2 - INSTITUTION, ENVIRONNEMENT ET PSYCHIATRIE

### 5.2.1 - ENVIRONNEMENT, INSTITUTION ET PSYCHOTHÉRAPIE

Selon les théories précédentes, nous pouvons émettre l'hypothèse que les adolescents délinquants, bien qu'ils mettent en difficulté l'institution, peuvent tout de même et prioritairement être aidés par cette dernière. Ceci n'est possible, comme le souligne M. BOTBOL, que s'il s'agit « *d'une organisation institutionnelle assez paradoxale pour dépasser les effets du paradoxe adolescent* » (45). En effet, pour ces adolescents, l'environnement surinvesti peut devenir un espace de soins.

M. BOTBOL n'est d'ailleurs pas le seul à défendre cette théorie puisque WINNICOTT, avant lui, énonçait déjà que « *le traitement de la tendance antisociale n'est pas la psychanalyse. Il faut fournir à l'enfant la chance de redécouvrir des soins infantiles qu'il pourra mettre à l'épreuve et au sein desquels il pourra revivre les pulsions instinctuelles. C'est la stabilité nouvelle de l'environnement qui a valeur thérapeutique* » (40).

Plusieurs auteurs ont ainsi publié sur la prise en charge institutionnelle des patients en psychiatrie, et notamment sur l'importance de la médiation et du lien transférentiel. J. OURY propose la notion de « transfert éclaté » (47), F. TOSQUELLES celle de « transfert multi référentiel » (48) et P. DELION la théorie selon laquelle le patient actualise dans le transfert institutionnel les modalités selon lesquelles il s'est lui-même construit (49). Ce sont cependant essentiellement M. BOTBOL et T. BALKAN, qui, dans leur article « *États limites en institution : une psychothérapie par l'institution ?* », ont présenté le cas de Céline et proposé un travail institutionnel se développant en trois étapes que nous citons (45) :

- *Exposition de l'équipe aux mouvements d'identification projective du patient qui contre-investit sa conflictualité interne et « l'exporte » dans cet environnement psychique disponible offert par les soignants qui prêtent leur pensée ;*
- *À partir des effets de cette exposition (ici un questionnaire inhabituellement intrusif), production dans l'équipe de représentations élaboratives des conflits, en restant au plus près de ce que l'on peut percevoir ou construire du monde interne et de l'histoire du patient et en s'appuyant sur les capacités d'empathie métaphorisante de chaque soignant en particulier, et de l'équipe dans son ensemble ;*
- *Restitution au patient des effets de cette élaboration, sous une forme entendable par lui : par la parole ou, plus souvent, au travers d'actes multiples à l'occasion d'interactions quotidiennes, d'interactions plus exceptionnelles ou de recontractualisation du cadre des soins. On a donc ici recours, le plus souvent, à ce que RACAMIER (50) dénomme des actions parlantes, c'est-à-dire des actions qui valent plus par le sens qu'elles apportent que par ce qu'elles réalisent concrètement.*

M. BOTBOL et T. BALKAN concluent par le fait qu'il est nécessaire de sortir de la relation duelle avec les adolescents pour se rapprocher d'une « *psychothérapie élargie* », même si cette dernière n'est probablement pas suffisante à elle seule (45).

Ainsi, la prise en charge multidisciplinaire et en réseau est un pilier. Cependant, il est indispensable de proposer, en plus de ce soutien pluridisciplinaire, une prise en charge individuelle, à la fois médicale, éducative et psychique. L'adhésion et l'investissement dans chacune de ces prises en charge impactent l'évolution globale du suivi des adolescents.

Qu'en est-il de la demande des adolescents ainsi que de l'alliance thérapeutique que nous pouvons mettre en place avec eux ?

Il nous apparaît difficile que les adolescents puissent émettre une demande. En effet, pris dans le paradoxe narcissico-objectal, qui régit leurs liens aux autres, ils ne peuvent reconnaître leur désir. JEAMMET explique que « *le plus grand danger (pour les adolescents), c'est celui d'exprimer leur désir en tant que celui-ci leur fait sentir ce qu'ils vivent comme une sorte d'emprise sur l'objet du désir sur eux* » (43). Nous pouvons donc penser que si les adolescents sont souvent si réticents à toute prise en charge, ce n'est en fait qu'une image, une apparente hostilité pour contrer le désir qu'ils en ont. En effet, ce désir est pour eux inavoué, car inavouable, tant il sous-entendrait une dépendance à autrui.

Dans ce contexte, JEAMMET considère « *qu'il faut qu'il y ait une contrainte pour que les adolescents ne soient pas obligés de saboter tout ce qu'ils désirent. Face à leurs menaces de rupture, ce peut être au thérapeute d'être pour un temps porteur de leur demande* » (43).

Ainsi, la demande des adolescents n'est pas inexistante mais indirecte. Elle peut même évoluer en « non-demande » du fait des enjeux relationnels impliqués par elle (51). C'est donc souvent la raison pour laquelle la demande de soins des adolescents est portée par ses parents, ou par l'institution, ce qui peut encore renforcer leur opposition. Le refus de la consultation est habituel. Il n'a pas seulement une signification intrapsychique puisqu'il s'inscrit également dans une stratégie interactive, surtout quand la consultation est imposée par les parents ou, dans notre cas, par l'institution (52).

## 5.2.2 - ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

BORDIN définit en 1994 l'alliance thérapeutique comme « *une compréhension et un accord mutuel au sujet des buts de changement et des tâches nécessaires pour avancer vers ces buts s'accompagnant de la création de liens afin de maintenir le travail des partenaires* » (53). Selon cette définition, deux étapes se distinguent dans la création d'une alliance thérapeutique.

Tout d'abord, la compréhension et l'accord mutuel. Cet aspect semble tout à fait compatible avec les capacités cognitives des adolescents. Ils ne sont pas, pour la plupart, dans le déni des faits et des actes qui les ont amenés ici, mais plutôt dans la minimisation de la gravité des affaires traitées par la justice et dans le déni de leur responsabilité, restant dans une position de toute-puissance d'enfant non justiciable. De façon globale, ils comprennent qu'ils doivent « subir les conséquences de leurs actes » et travailler pour ne pas réitérer les mêmes actes. Si nous ne retrouvons pas souvent un accord franc de leur part pour le suivi, nous observons alors :

- soit une acceptation, voire une résignation, à avancer dans un but fixé pour eux (et parfois par eux) pour préparer leur réinsertion dans la société ;
- soit une opposition partielle ou totale à reconnaître cet objectif et la nécessité de changement. Ici se situe donc pour nous la première difficulté à créer l'alliance.

De plus, les différentes théories de la psychopathologie des adolescents démontrent que la difficulté essentielle (qui sous-tend d'ailleurs le travail et l'accompagnement) est la création d'un lien.

Les adolescents ne peuvent supporter la création de ce lien du fait de sa nécessité, mais peuvent par ailleurs trouver cette relation en même temps très excitante (54). Ainsi JEAMMET explique que « *le thérapeute a potentiellement un rôle traumatique. Du seul fait qu'il s'offre comme objet d'investissement, il comporte un risque de séduction susceptible d'être vécu comme une menace d'effraction pour le narcissisme.* » (54). Cette menace peut entraîner deux réactions bien distinctes de leur part :

- un surinvestissement de la personne du thérapeute qui leur offre écoute et disponibilité, ce que JEAMMET appelle « *la défense par le transfert* » (54) ;
- la rupture de la thérapie, ce que JEAMMET appelle « *les défenses par l'agir* » (54). Elle peut avoir lieu même en cas de placement sous obligation de soins.

Ainsi se pose la question de l'équilibre dans la relation avec les adolescents qui ne doit être ni trop ni trop peu investie. Dès les premières consultations, le thérapeute va par conséquent mettre en place la bonne « *distance relationnelle* » (52). Son travail peut être facilité par la présence d'un tiers, afin d'éviter que l'investissement ne soit fixé de manière trop intense sur une seule personne (54) : « *Il est important qu'il y ait très tôt des tiers qui se mettent en place pour que justement cette massivité de l'investissement narcissique ne soit pas fixée de façon trop univoque sur une personne.* ». Ce tiers peut être la famille, partenaire privilégié de tous les intervenants du CEF, mais également l'institution elle-même.

## 6 - TROUBLES DES CONDUITES ET DÉLINQUANT CHRONIQUE

### 6.1 - DÉFINITIONS ET PROBLÉMATIQUE

Le terme *conduite* signifie « *manière de se comporter par rapport aux règles en usage dans un groupe plus ou moins large, un milieu, une société* » (55). Il inclut une certaine connotation morale.

Les troubles des conduites peuvent être définis comme des comportements répétitifs au cours desquels le droit des autres ou la norme sociale sont bafoués (56).

La délinquance est l'ensemble des comportements contraires aux intérêts de la société et interdits par la loi (57).

La différenciation entre trouble des conduites (diagnostic psychiatrique individuel) et délinquance (phénomène social) peut être difficile. Cependant, ces deux entités sont liées aux conséquences des troubles des conduites sur l'intégration sociale et sur les actes posés.

Le diagnostic de trouble des conduites se pose avant tout selon la clinique, les critères du DSM V et de la CIM 10. Ces classifications permettent de poser un diagnostic psychiatrique, au-delà des conséquences sociales et des seules considérations morales et juridiques.

### 6.2 - ÉPIDÉMIOLOGIE

Les troubles des conduites ont été plus étudiés chez les garçons que chez les filles, et ne s'expriment d'ailleurs pas de la même façon selon le sexe. Si les filles commettent des actes de prostitution, recherchent des partenaires antisociaux, manifestent des comportements sexuels à risque, les garçons, eux, présentent plutôt des comportements agressifs.

Le pic de ces troubles se situe à mi-adolescence (entre 15 et 16 ans) chez les filles comme chez les garçons.

Chez les garçons, ces troubles sont, de manière générale, plus importants à l'adolescence comme à l'âge adulte (58).

Plusieurs études menées sur une population de jeunes délinquants, notamment aux États-Unis, en Grande-Bretagne, en Russie et en Hollande, montrent que les troubles psychiatriques les plus représentés sont les troubles des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation, ainsi que les addictions aux substances illicites. Si le trouble oppositionnel avec provocation diminue avec l'âge, il n'en est pas de même pour le trouble des conduites qui reste stable (59).

Selon plusieurs études réalisées dans les années 2000, l'âge de début du trouble des conduites influence également son évolution. En effet, les garçons chez qui les troubles débutent précocement (soit avant 10 ans), ont des risques plus élevés de comorbidité psychiatrique, de symptômes plus sévères et d'actes délinquants plus graves (60).

Les facteurs environnementaux entrent également en compte puisque les antécédents d'abus sexuels (61), la destruction de la cellule familiale et l'existence de comportements ou de traits de

personnalité antisociaux retrouvés chez les parents (62), favoriseraient la pérennisation du trouble des conduites des adolescents.

### 6.3 - COMORBIDITÉS

Les troubles des conduites sont associés à des comorbidités psychiatriques telles que :

- le trouble déficit de l'attention/hyperactivité ;
- le trouble oppositionnel avec provocation ;
- les troubles de l'humeur ;
- les troubles anxieux ;
- l'abus de substances psychoactives.

Ces troubles des conduites sont également associés à des conduites à risque définies par « *un engagement délibéré et répétitif dans des comportements dangereux* » (63). Ces dernières peuvent être des consommations de substances psychoactives mais également des passages à l'acte mettant en jeu l'intégrité physique de l'adolescent ou celle d'autrui.

Par ailleurs, il faut noter que les troubles des conduites sont un facteur de risque de suicide (64). Le lien est d'autant plus fort que les sujets sont jeunes, le mode opératoire est souvent très violent.

L'association du trouble des conduites à des comorbidités et à des conduites à risque pronostique son évolution. Cette dernière peut être favorable, par exemple si un vécu anxigène est associé, ou plutôt défavorable, par exemple en cas de conduites à risque extrêmes.

### 6.4 - LE DÉLINQUANT CHRONIQUE

#### 6.4.1 - PSYCHOPATHOLOGIE

Le délinquant chronique, c'est-à-dire multi récidivant ou multi réitérant, est à différencier du délinquant occasionnel. Des éléments à la fois contextuels, macrosociaux et personnels doivent être pris en compte.

Ces « traits de personnalité » peuvent générer des conduites et des comportements pathologiques. Selon PINATEL (65), il s'agit d'égoïsme, de labilité thymique, d'agressivité, d'indifférence affective et de manque d'empathie. GOTTFREDSON et HIRSCHI expliquent, dans *A General Theory Of Crime*, les passages à l'acte récurrents par le manque de maîtrise de soi à travers la recherche de satisfactions immédiates et éphémères, le manque de persévérance et l'incapacité à planifier des tâches (66).

Sur le plan cognitif et affectif, le délinquant chronique souffre :

- de carence de la pensée abstraite avec difficulté d'expression verbale ;
- de « présentisme », c'est-à-dire qu'il ne parvient pas à prendre en compte le passé ou l'avenir ;
- d'une action découplée de la pensée : sa pensée est avant tout centrée sur le concret et l'immédiété.

Son agitation paraît compenser un vide affectif certain et lui permet d'échapper à une symptomatologie anxieuse, voire dépressive.

La délinquance chronique correspond donc à des formes de « personnalité » ou de



« sociabilité » dont l'évolution ne pourra être qu'un processus long, avec un travail pluridisciplinaire et multidimensionnel indispensable.

#### **6.4.2 - SOCIOLOGIE**

Les actes délictueux doivent être identifiés et décrits selon plusieurs angles : ampleur, gravité, fréquence, répétition, intensité, conséquences sociales.

Leurs causes peuvent être endogènes et structurelles, en rapport avec les éléments précédemment développés (fragilité psychique, déstructuration, antécédents familiaux et environnement familial chaotique...).

Elles peuvent également être exogènes. En effet, certains facteurs peuvent être aggravants ou fragilisants, sur un plan conjoncturel notamment. Il peut alors exister une réaction massive de rejet qui se traduit essentiellement par de la violence. Celle-ci pourra être dirigée contre tout interlocuteur ou contre l'institution.

Enfin, ces actes délictueux peuvent s'intégrer dans un mode d'initiation et d'affirmation identitaire au sein de bandes ou de quartiers.



## **7 - ÉTUDE DE LA POPULATION DU CEF ET DES CRITÈRES INFLUENÇANT L'ADHÉSION AUX SOINS**

### **7.1 - MATÉRIELS ET MÉTHODES**

Nous avons réalisé une étude rétrospective, comprenant deux phases : l'une descriptive, l'autre comparative.

L'objectif principal était de décrire la population adolescente accueillie au CEF, sur un plan psychiatrique et plus global.

Les objectifs secondaires étaient de rechercher des facteurs prédictifs d'une alliance thérapeutique de qualité et d'une évolution satisfaisante de cette dernière.

Cinquante-trois patients ont été recrutés, exclusivement des garçons, le CEF de Tonnoy n'étant pas un centre mixte.

Les critères d'inclusion étaient :

- le placement au CEF entre le 01 janvier 2006 et le 01 mai 2013 ;
- la prise en charge en consultation au Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents sur au moins une consultation.

Quatre patients ont été exclus. Leurs dossiers médicaux étaient archivés et ne contenaient pas suffisamment d'informations pour être exploitables.

Au total, quarante-neuf patients ont été inclus dans l'étude.

Il faut noter que pendant cette période, cent soixante adolescents ont été accueillis au sein du centre. Notre échantillon représente donc un peu moins d'un tiers de la population totale d'adolescents accueillis dans la structure.

Le recueil des données s'est fait uniquement sur le dossier médical.

Les dossiers réunis étaient renseignés par deux médecins différents : le Dr Christine MORISE et nous-même.

Les critères retenus étaient :

- objectifs, basés sur un recueil de données strict (dossier médical, dossier PJJ, dossier CEF) ;
- subjectifs, exprimés par le patient et par le thérapeute, et toujours retrouvés dans les dossiers médicaux. Le patient était souvent cité dans le dossier, et exprimait facilement les bénéfices ou l'inutilité du suivi ou des traitements. Les impressions du thérapeute étaient assez claires dans ses notes, ses citations, et ses conclusions.

Le critère « évolution de l'adhésion aux soins » était établi sur une combinaison de critères objectifs (patient venu aux rendez-vous, traitements pris) et subjectifs (aide exprimée par le patient, aide ressentie par le thérapeute). Ces critères étaient relevés lors des différents entretiens

et plus particulièrement en début et en fin de prise en charge.

L'évolution pouvait être stable (si aucun des critères n'était modifié), favorable (si une majorité de critères évoluait positivement) et défavorable (si une majorité de critères évoluait de façon négative).

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel EXCEL et l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS, version 9.2, par le Dr I. LEMONNIER, du Service d'Épidémiologie et d'Évaluation Cliniques du CHU de Nancy.

L'analyse statistique a comporté une première partie descriptive afin :

- de décrire la population accueillie au CEF sur le plan judiciaire (délits commis, placements judiciaires antérieurs), sur le plan social (problématique familiale, niveau scolaire, placements antérieurs) ;
- de présenter les patients selon leur « profil psychiatrique » (addictions, antécédents, diagnostics posés, traitements dispensés),
- d'étudier la création d'un lien de confiance et son évolution.

Les variables quantitatives ont été exprimées par leur moyenne et leur écart-type, les variables qualitatives par leur effectif et leur fréquence.

Tous les items ont ensuite été comparés selon l'évolution. Cette analyse comparative a été réalisée selon le test de Fisher pour les variables qualitatives, et selon un test issu d'une analyse de variance pour les variables quantitatives.

Les différents critères retenus (notamment le délai du premier rendez-vous, la durée du suivi, le nombre de rendez-vous honorés et la participation aux synthèses du CEF) ont été comparés à l'évaluation à la fois subjective et objective de l'adhésion aux soins ainsi qu'à son évolution.

Le seuil de signification (p) retenu était de 5%.

## **7.2 - RÉSULTATS**

### **7.2.1 - ÉTUDE DESCRIPTIVE**

#### **7.2.1.1 - VERSANT SOCIO-JUDICIAIRE**

La population étudiée est exclusivement masculine, formée d'adolescents accueillis au CEF de Tonnoy entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 1<sup>er</sup> mai 2013, et répondant aux critères d'inclusion précédemment développés.

La moyenne d'âge des adolescents reçus en consultation est de 16,8 ans.

Sur le plan judiciaire : 59,2% des adolescents sont placés pour violences sur autrui. Les autres délits constatés sont : les vols et dégradations (20,4%), les agressions sexuelles (14,3%) et le trafic de stupéfiants (6,1%).

Avant le placement au CEF de Tonnoy : 55,1% des adolescents inclus avaient été placés sur le plan judiciaire (détention, Centre Éducatif Renforcé, Centre Éducatif Fermé).

Sur le plan familial, nous avons choisi d'étudier le caractère abandonnique de la famille

(manque d'étayage familial, relations intrafamiliales pathologiques) et l'existence d'une maltraitance physique révélée. Ainsi, 63,3% des adolescents recrutés sont issus d'une « famille abandonnique », 16,3% ont révélé être victimes de maltraitance physique jusqu'à la date de leur placement.

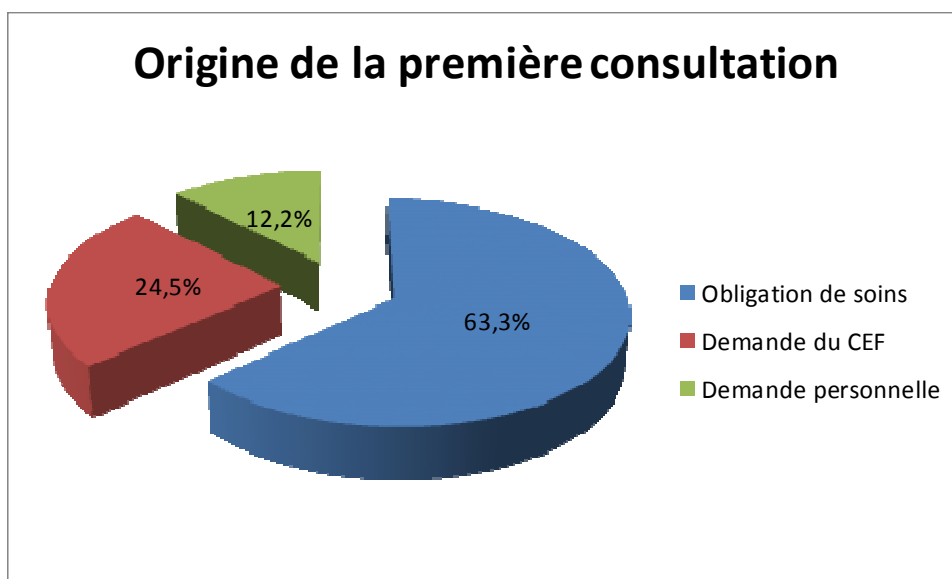
Sur le plan social, 55,1% des adolescents avaient été placés soit en foyer, soit en famille d'accueil avant leur placement. Une minorité des adolescents (22,4%) avaient dépassé le niveau de 3<sup>e</sup> et avaient fait une formation supérieure (BEP, Bac Professionnel, Apprentissage).

#### 7.2.1.2 - VERSANT PSYCHIATRIQUE

Les patients sont adressés en grande majorité (63,3%) en obligation de soins.

24,5% d'entre eux se présentent sur demande du CEF : soit à la suite de troubles du comportement interférant avec le bon déroulement de leur placement, soit sur la demande de la psychologue du CEF. Celle-ci les oriente vers nous après un travail d'adhésion aux soins si elle pense un traitement nécessaire, si elle évoque une pathologie psychiatrique ou dans le but de les décentrer du CEF.

Enfin, 12,2% des patients consultent de leur propre initiative, avec une demande personnelle de psychothérapie, de soutien ou de traitements.



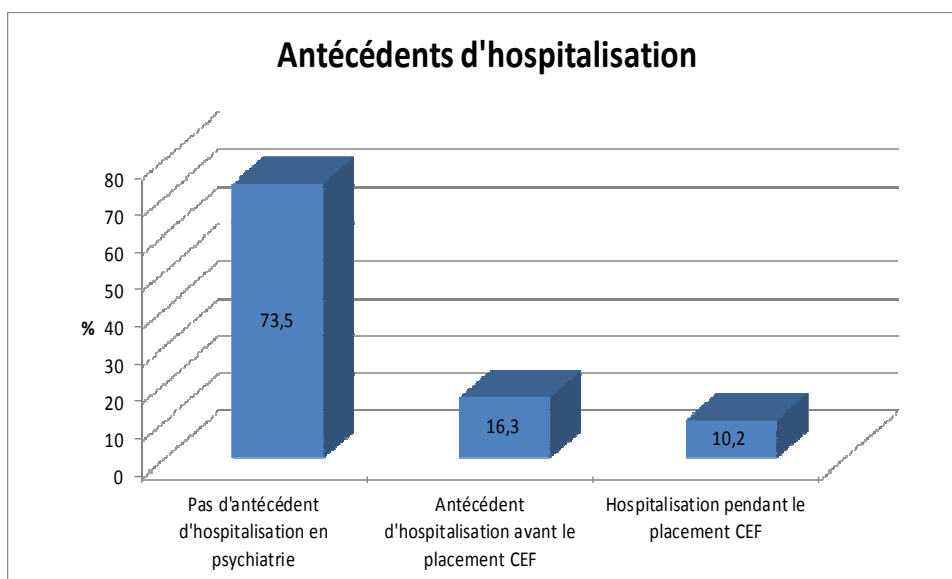
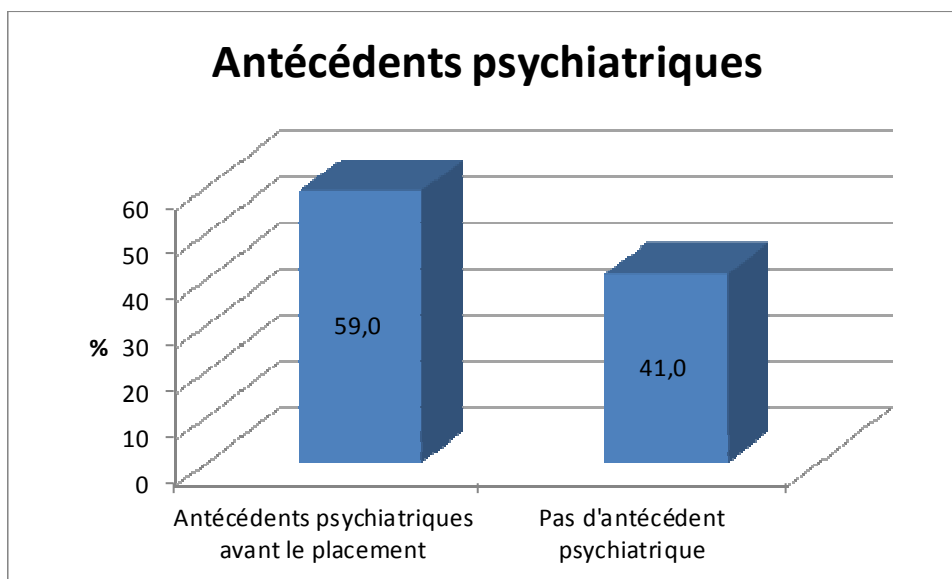
Le délai moyen de rendez-vous par rapport au début du placement au CEF est de 1,9 mois.

La durée du suivi est en moyenne de 6,6 mois, du fait de la possibilité du renouvellement des placements pour 6 mois ou jusqu'à majorité.

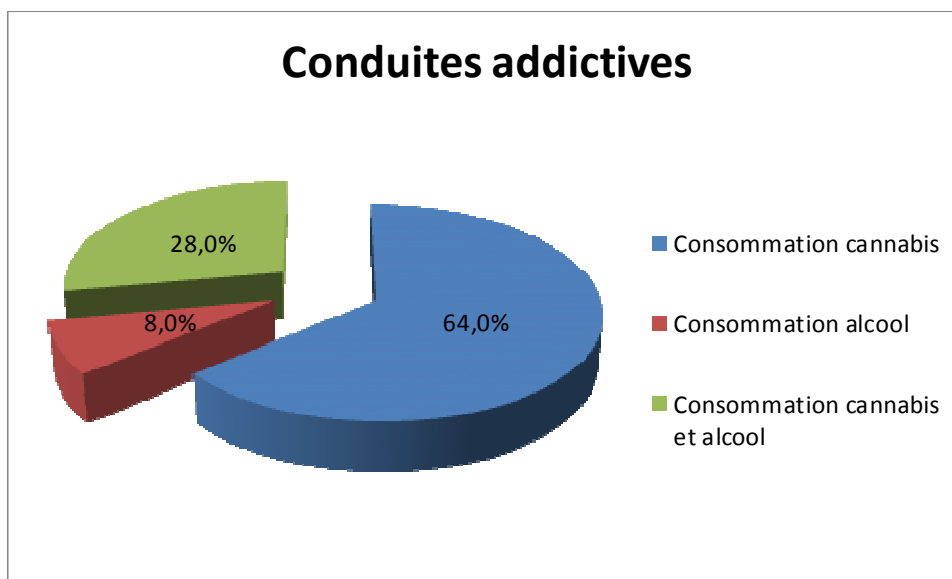
Les patients bénéficient de 3 à 4 consultations durant leur placement.

La participation aux synthèses est possible dans 59,2% des cas, souvent sur une seule des synthèses (44,9% des cas).

Plus de la moitié des patients ont des antécédents psychiatriques, qu'il s'agisse d'un contact unique, d'un suivi en CMP ou d'une hospitalisation. Par ailleurs, 16,3% d'entre eux ont déjà connu une hospitalisation en psychiatrie antérieure au placement, et 10,2% ont été hospitalisés pendant leur placement (crise clastique, hétéro agressivité, scarifications à visée suicidaire).



Les problématiques addictives concernent 52,1% des patients inclus dans l'étude. 64% d'entre eux consomment du cannabis, et 8% de l'alcool de façon régulière (binge drinking ou alcoolisations régulières, voire quotidiennes). 28% des patients déclarent consommer à la fois du cannabis et de l'alcool de façon régulière.

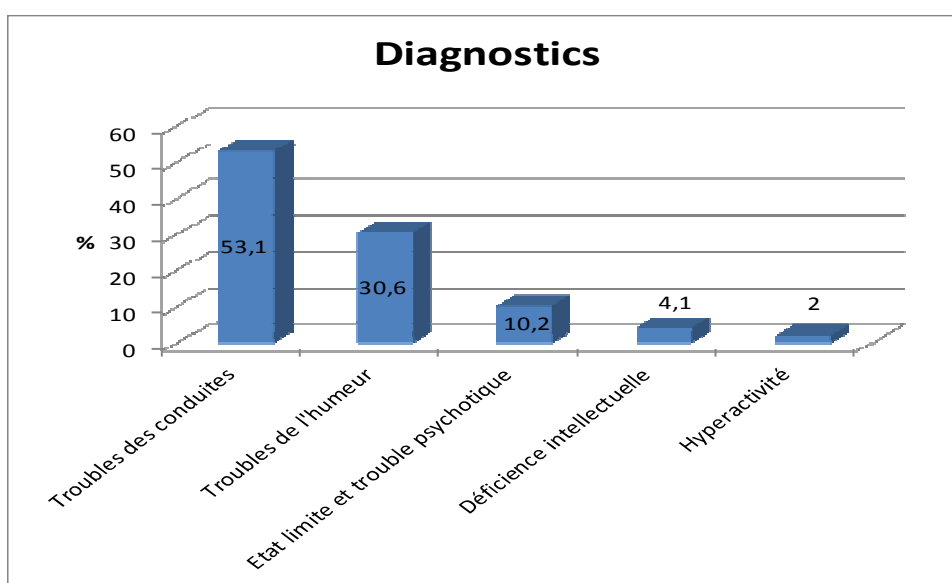


Le diagnostic de trouble des conduites prédomine (53,1%).

Les troubles de l'humeur, notamment le syndrome anxio-dépressif, représentent près d'un tiers des diagnostics posés. Il s'agit avant tout de syndromes anxio-dépressifs réactionnels à la situation d'enfermement, au procès attendu, plutôt que de syndromes anxio-dépressifs endogènes, relatifs à l'affaire judiciaire en cours ou à une remise en question.

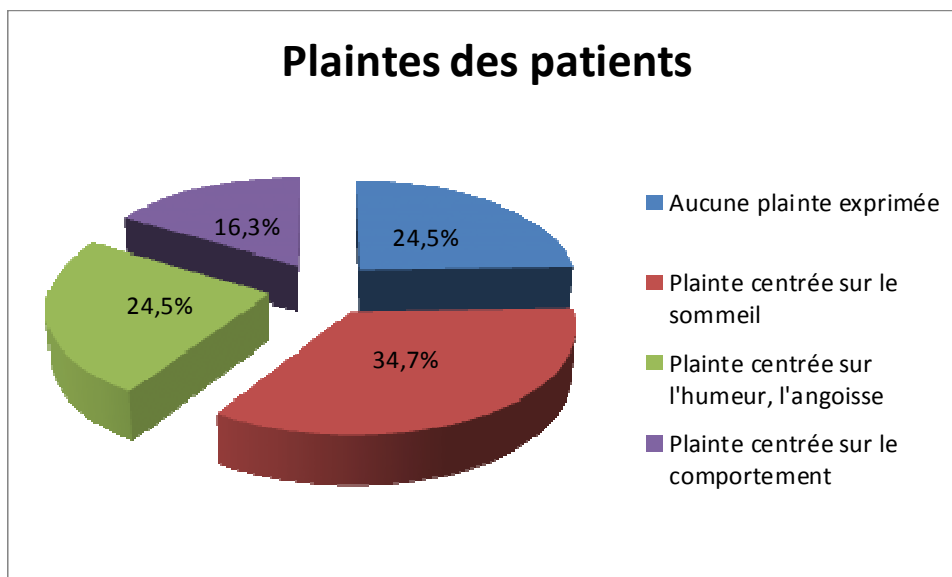
10,2% des patients présentent un état limite sur un versant plutôt psychotique.

Les diagnostics de déficience intellectuelle (4,1%) et d'hyperactivité (2%) sont peu fréquents.

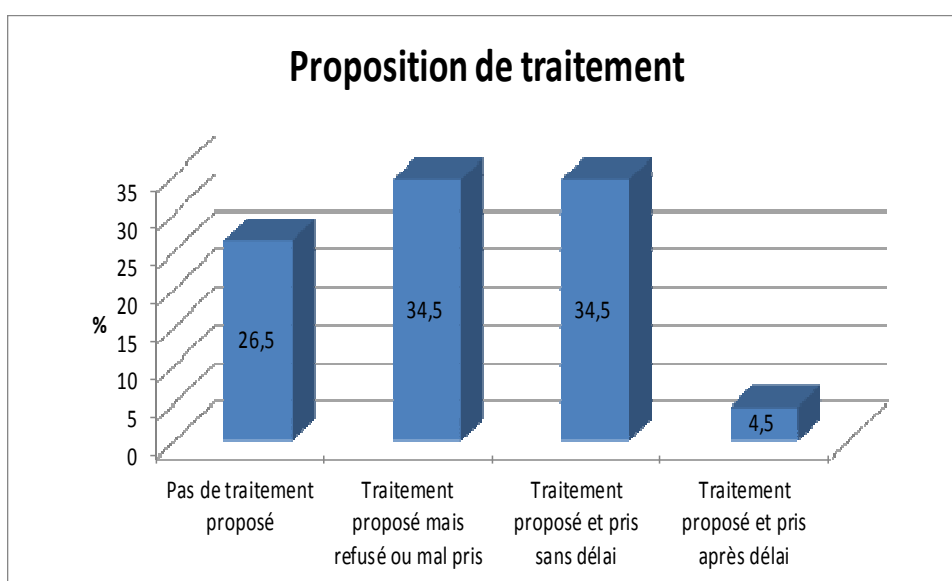


Dix-sept patients se plaignent surtout de troubles du sommeil, douze de troubles anxieux ou de l'humeur, et huit patients de troubles du comportement retentissant sur leur bien-être et le bon déroulement de leur placement.

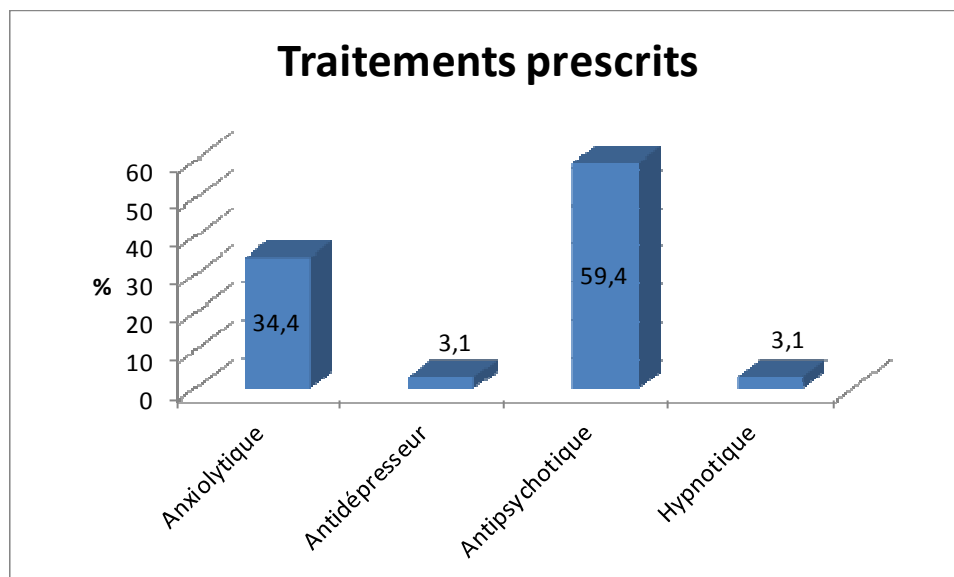
Douze patients n'expriment aucune plainte.



Un traitement a été proposé dans 73,5% des cas. Il a été pris dans un peu plus de la moitié des cas, parfois après plusieurs rendez-vous.



Les traitements prescrits sont en majorité des antipsychotiques : cyamémazine à visée anxiolytique essentiellement, risperidone ou olanzapine à visée anti impulsive ou anti productive. Les traitements anxiolytiques purs (hydroxyzine) sont prescrits dans 34,4% des cas. Les traitements antidépresseurs (setraline) sont rares (3,1% des patients traités), de même que les traitements hypnotiques (alimémazine).



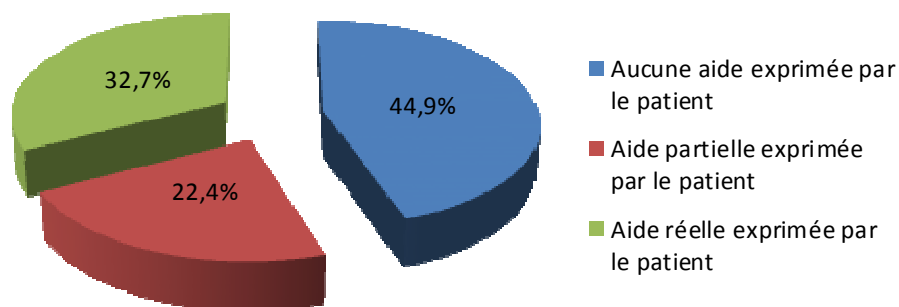
L'adhésion aux soins est tout d'abord évaluée sur des critères objectifs :

- la venue aux consultations : seul un patient ne s'est pas présenté aux rendez-vous proposés ;
- la prise des traitements : les traitements sont pris dans plus de la moitié des cas lorsqu'ils sont prescrits, d'emblée ou après plusieurs consultations.

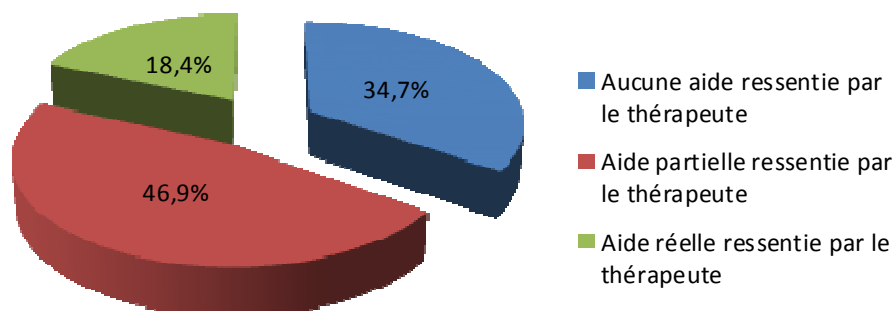
L'adhésion aux soins est aussi évaluée par des critères subjectifs :

- l'aide ressentie qu'a pu exprimer le patient : 44,9% des patients disent ne tirer aucun effet bénéfique des consultations alors que 51,1% se sentent aidés par elles (32,7% de façon partielle, 22,4% de façon indiscutable) ;
- l'impression d'une relation de confiance instaurée et ressentie par le thérapeute est stable dans 34,7% des cas, partielle dans 46,9% des cas, indiscutable dans 18,4% des cas.

### Aide exprimée par le patient

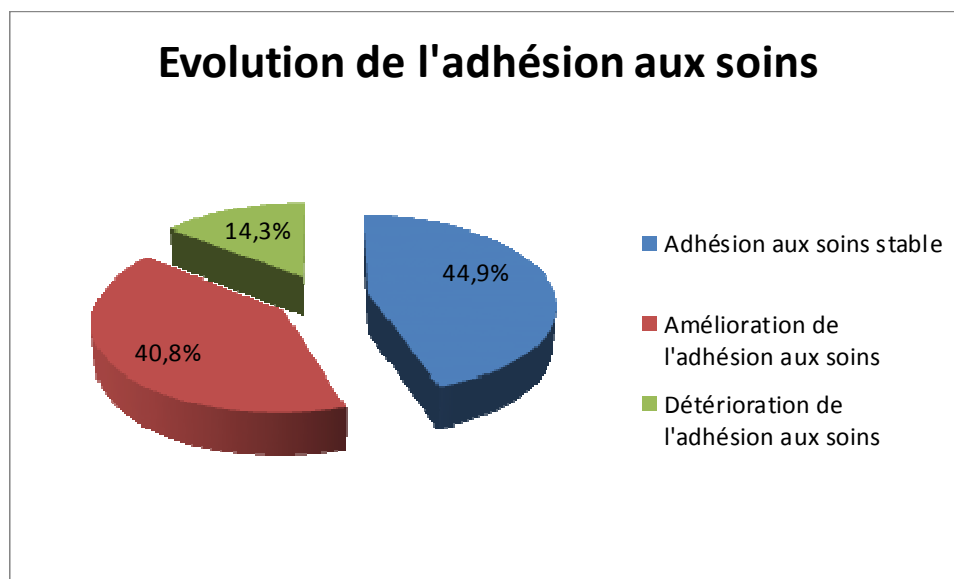


### Aide ressentie par le thérapeute





Enfin, l'adhésion aux soins et le lien thérapeutique ne varient pas dans 44,9% des cas, c'est-à-dire qu'elle reste soit bonne soit médiocre sans aucune modification. Elle s'améliore au cours de la prise en charge dans 40,8% des cas, et se dégrade dans 14,3% des cas.



## 7.2.2 - ÉTUDE COMPARATIVE

Nous avons cherché à mettre en évidence des critères statistiquement significatifs pouvant influencer l'adhésion aux soins et la création d'un lien thérapeutique.

### 7.2.2.1 - FACTEURS N'INFLUENÇANT PAS L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DE FAÇON STATISTIQUEMENT SIGNIFICATIVE

- le motif de consultation : obligation de soins, demande émanant du CEF ou demande personnelle ( $p = 0,848$ ) ;
- le délai du premier rendez-vous par rapport à la date du début du placement ( $p = 0,1199$ ) ;
- le chef d'accusation ( $p = 0,2254$ ) ;
- les placements antérieurs qu'ils soient sociaux ou judiciaires ( $p = 0,3073$ ) ;
- le niveau scolaire ( $p = 0,2688$ ) ;
- le caractère abandonnique de la famille ( $p = 0,3137$ ) ;
- les antécédents de maltraitance physique révélés ( $p = 0,5167$ ) ;
- les contacts antérieurs avec la psychiatrie : consultations ( $p = 0,3004$ ), hospitalisations ( $p = 0,8200$ ) ;
- le diagnostic posé ( $p = 0,7905$ ) et les comorbidités addictives ( $p = 0,7913$ ) ;
- l'existence d'une plainte du patient ( $p = 0,2022$ ) ;
- le type de traitement pris par le patient ( $p = 0,4821$ ) ;
- la participation aux réunions de synthèse, quel que soit le nombre d'entre elles auxquelles assiste le thérapeute ( $p = 0,7122$ ).

### 7.2.2.2 - FACTEURS INFLUENÇANT L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DE FAÇON STATISTIQUEMENT SIGNIFICATIVE

- la durée du placement ( $p=0,0342$ ). Plus le placement est long, notamment supérieur à 6 mois, plus l'évolution sera favorable ;

- la prise d'un traitement, que le traitement soit proposé lors de la première consultation ou au fil des consultations suivantes ( $p=0,0054$ ) ;
- un ressenti positif du patient ou du thérapeute lors de la première consultation notamment, mais aussi au cours du suivi (respectivement  $p= 0,0002$  et  $p= 0,0009$ ), que ce ressenti positif soit modéré ou majeur ;
- un nombre de consultations plus élevé, surtout au-delà de quatre rendez-vous ( $p = 0,0160$ ).

## 7.3 – DISCUSSION

### 7.3.1 – LIMITES

#### 7.3.1.1 - RÉALISATION DE L'ÉTUDE

Il convient tout d'abord de noter le **nombre relativement faible de sujets recrutés** (49 adolescents), même si l'étude porte sur la totalité des adolescents rencontrés en consultation sur le CMP Enfants et Adolescents de Saint-Nicolas de Port, depuis l'année 2006.

Le CEF de Tonnoy a ouvert ses portes en 2004, mais les dossiers antérieurs à 2006 n'étaient pas exploitables, car insuffisamment complets pour renseigner la totalité de nos critères.

De plus, aucune étude antérieure n'a été, à notre connaissance, réalisée sur ce sujet. Il n'a donc pas été possible de calculer le nombre de sujets nécessaire pour obtenir une puissance optimale à notre étude statistique.

Enfin, il s'agit d'une étude rétrospective. Le recueil des données peut donc être biaisé, les dossiers peuvent être incomplets, car renseignés dans l'optique de la réalisation de cette étude.

Une étude de cohorte prospective et élargie à l'ensemble des CEF de France permettrait d'obtenir une meilleure puissance et donc des résultats sans doute plus exploitables, voire généralisables.

Cependant, notre étude nous paraît utile et importante. Sur son versant descriptif, elle permet de mieux connaître la population d'adolescents accueillis au CEF, de pouvoir appréhender de façon différente la prise en charge et de pouvoir l'adapter. Sur son versant analytique, elle permet également de faire émerger des pistes de réflexions concernant le soin psychiatrique dans ces institutions encore peu connues, dans le but de créer une meilleure alliance thérapeutique et ainsi d'ancrer peut-être les adolescents dans une prise en charge, même au-delà de leur placement.

#### 7.3.1.2 - CRITÈRES SÉLECTIONNÉS OU RÉFUTÉS

Les critères sélectionnés pour notre étude l'ont été après une première lecture attentive de cinq dossiers. Ainsi, seuls ceux présents dans tous les dossiers ont été retenus.

Cette première analyse nous a conduite à éliminer un critère qui nous paraît cependant important : **la relation du patient avec le soin somatique**. En effet, certains adolescents du CEF peuvent être très demandeurs de soins somatiques, et par ce biais, d'attention, voire de maternage. Ils se positionnent alors beaucoup dans ce que l'on appelle la « bobologie ». D'autres, en revanche, se montrent très rejetants vis-à-vis des soins somatiques, parce qu'ils n'ont pas l'habitude de prendre soin d'eux, ou simplement par opposition. C'est l'infirmière somatique du CEF qui recueille ces données, une personne très « maternante » pour les adolescents qui sont

presque toujours très respectueux à son égard. La dégradation de leur relation avec elle est le signe que le placement va en général mal évoluer.

Nous nous sommes donc légitimement posé la question du **lien « soin somatique-soin psychiatrique »**. Nous avons émis l'hypothèse que si les adolescents sont observants au niveau des soins somatiques (le plus souvent dentaires, ou dans le cadre de maladies chroniques comme le diabète), ils peuvent le devenir davantage sur le plan des soins psychiatriques. Cependant, cette hypothèse n'a pas pu être vérifiée lors de notre étude, du fait d'informations insuffisantes dans les dossiers médicaux (sur le plan somatique comme psychiatrique).

**La différence de vision du lien thérapeutique** est bien réelle. Elle varie selon le thérapeute, ses connaissances générales, ses attentes particulières, sa vision proprement subjective de ce qu'est le soin, et sa façon personnelle de travailler. De plus, chacun de ces éléments peut également varier dans le temps, même si le thérapeute reste le même. C'est pourquoi le recueil de **données objectives** dans l'évaluation de l'évolution de l'adhésion aux soins nous paraît primordial.

Deux thérapeutes différents interviennent au CEF de Tonnoy : le médecin référent, et l'interne en psychiatrie (c'est-à-dire le Dr MORISE et nous-même). Les informations que nous avons choisies de répertorier comme critères de notre étude étaient, nous l'avons vu, disponibles dans tous les dossiers.

Les données « objectives » ne peuvent différer d'un thérapeute à l'autre.

C'est donc le recueil des données subjectives qui nous a le plus questionnée. Cependant la quasi-totalité des dossiers (44 sur les 49 dossiers retenus) a été renseignée par le même thérapeute, le Dr MORISE, qui a participé au recueil de ces données précises. De plus, nous avons toujours, lors de nos prises en charge, relu nos propres dossiers avec elle, ce qui nous a permis de dégager une vision subjective commune.

Parmi les **critères objectifs** d'évaluation de l'adhésion aux soins figure **la venue aux rendez-vous**. Ce critère semble en fait peu pertinent car les adolescents ne sont pas libres de leur emploi du temps au sein du CEF. Ils sont amenés aux consultations du CMP par le personnel (infirmière ou éducateur). Dans ce contexte, il paraît difficile qu'ils puissent oublier un rendez-vous ou se tromper dans la date ou l'heure de l'entretien. De plus, un refus de consultation, notamment en cas de mesure d'obligation de soins, peut entraîner la rédaction de notes d'incidents, qui pourront, si ces refus se répètent, être transmises au juge qui statue sur leur affaire. Leur motivation pour les entretiens peut être créée et entretenue par la crainte d'un signalement au juge et donc d'une aggravation de leur peine. Il n'est donc pas étonnant que les adolescents qui refusent tout entretien soient peu nombreux. Les autres motifs d'absence sont avant tout la fugue ou la peine d'emprisonnement.

Concernant maintenant le recueil des **données subjectives**, le caractère rétrospectif de l'étude n'a pas permis :

- la réalisation d'un questionnaire portant sur l'aide ressentie par l'adolescent et par le thérapeute ;
- l'étude du devenir des adolescents notamment sur un plan psychiatrique.

**L'évolution de l'adhésion aux soins a été « mesurée » de façon globale à la fin du placement comparativement à son début.** Il n'était pas possible de réaliser des mesures intermédiaires du fait de l'individualisation des prises en charge (nombre de consultations, délai entre chaque consultation, événements intercurrents comme une fugue ou un emprisonnement,

durée du suivi, thérapeute référent).

Cette évolution de l'adhésion aux soins peut être de trois types :

- **favorable** si une majorité de critères évolue de façon positive. Par exemple, un adolescent peut refuser les traitements proposés mais par ailleurs s'investir dans le suivi sur un plan quasi « psychothérapique » et améliorer ses symptômes.

- **défavorable** si une majorité de critères évolue de façon négative. Par exemple, un adolescent peut refuser les entretiens, présenter un comportement opposant malgré une prise régulière des traitements.

- **Stable** : c'est un cas fréquent. Le rapport au suivi a souvent pu rester positif durant sa totalité. S'il n'a pas évolué, est-ce pour autant qu'il ne pouvait s'améliorer ou se détériorer ? Devons-nous considérer que c'est une évolution défavorable de dire qu'il n'a pas évolué ? De même, concernant les adolescents qui sont restés sur une base de suivi négatif, devons-nous conclure à un échec de la prise en charge donc à une évolution défavorable du suivi ? Ainsi, pour ne pas biaiser les deux catégories précédentes, nous avons préféré créer cette distinction d'évolution stable.

## 7.3.2 - DISCUSSION AUTOUR DES RÉSULTATS

### 7.3.2.1 - PLACEMENT ET PSYCHIATRIE

Nous rencontrons des adolescents âgés d'en moyenne dix-sept ans. La première rencontre se fait dans les deux premiers mois de leur placement, le plus souvent après la première synthèse pluridisciplinaire.

Le **délai du premier rendez-vous** dépend à la fois :

- du délai de la demande dans le placement, qui varie selon de nombreux facteurs (existence ou non d'une obligation de soins, déroulement du placement, demande de l'adolescent...)

- du délai global de rendez-vous du CMP, puisqu'il n'existe pas de créneaux horaires réservés pour cette population de patients.

Les adolescents sont rarement amenés en urgence. Cela est survenu seulement deux fois au cours de notre année travaillée au CEF :

- pour Julien, pour qui les traitements paraissaient mal tolérés ;
- pour un autre adolescent qui présentait des troubles du comportement majeurs au cours de son placement et qui a d'ailleurs été incarcéré quelques jours après notre premier entretien. Nous en avons déduit que cette rencontre avait trop tardé, ou que l'institution n'avait pas pu attendre un effet possible de notre suivi, ne tolérant plus les conduites agressives de l'adolescent. Celui-ci, d'ailleurs plutôt volontaire pour le soin avant son incarcération, ne l'était plus après sa réintégration au CEF, et manifestait au thérapeute une animosité importante. « L'échec » du premier entretien, ou du moins son manque d'utilité concrète, est peut-être responsable de ce rejet brutal d'un nouveau suivi psychiatrique. Il peut également s'agir d'une sorte de « défi » lancé au CEF.

Ainsi, même si le délai de prise en charge n'influence pas, selon notre étude, l'évolution aux soins, un premier entretien précoce paraît bénéfique. La rapidité de ce premier rendez-vous permet un suivi plus long, et un nombre de consultations plus élevé, si celles-ci sont réalisées à intervalles réguliers.

Or, nous observons dans notre étude que **la durée du placement** influence de façon

significative l'évolution de l'adhésion aux soins. Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses pour l'expliquer :

- un placement plus long permet un plus grand nombre de consultations, donc une meilleure connaissance commune et réciproque. Il favorise le lien de confiance et a comme conséquences une meilleure adaptation et une meilleure compliance au traitement. Le bon déroulement des soins et leur efficacité améliorent parallèlement le bon déroulement du placement.
- des échanges pluridisciplinaires plus fréquents et une connaissance interne de chacun renforcée, améliorent de ce fait la prise en charge globale.

**Un renouvellement de placement**, pour six mois ou jusqu'à majorité, apparaît bénéfique. Cette décision est souvent prise lorsque les objectifs du projet individualisé de soins ne sont pas remplis en fin de placement. Si l'adolescent n'a pas investi ses six premiers mois au CEF, un renouvellement lui permet souvent de réenvisager sa situation. L'évolution peut donc encore se faire, même tardivement.

Julien, qui a lui-même été prolongé jusqu'à majorité, a pu se stabiliser sur le plan psychique grâce à l'effet du traitement. Les relais ont pu être organisés pour la suite de sa prise en charge. Le premier mois « post renouvellement » a réellement été bénéfique pour lui : malgré la déception initiale, il a trouvé un nouvel élan pour que cette prolongation lui soit profitable. Cependant ses efforts se sont vite essouffés, et son regard sur la psychiatrie n'a pas évolué. Les quelques mois supplémentaires ont, dans son cas, pu donner l'illusion d'une évolution favorable.

### 7.3.2.2 - CONTEXTE SOCIO-JUDICIAIRE ET PSYCHIATRIE

Les **antécédents familiaux** montrent souvent des carences affectives, des familles dispersées et abandonniques, des relations intrafamiliales pathologiques et des enfants placés tôt sur le plan social : ce sont les critères que nous avons regroupés dans le terme de **famille à caractère abandonnique**. Il nous paraissait plus pertinent, au vu des histoires toujours difficiles de ces adolescents, de regrouper plusieurs critères pour n'en faire qu'un et ainsi simplifier notre étude. L'étude descriptive montre une majorité de cellules familiales abandonniques et d'adolescents déprivés, ce qui est conforme aux théories que nous avons précédemment développées, mais aussi aux résultats du rapport de l'INSERM en 2005 (59) qui démontre l'importance d'un passé abandonnique dans le développement d'un trouble des conduites. Si ce résultat est sans surprise, il est tout de même une réalité.

Par ailleurs, nous constatons dans notre étude que le nombre d'adolescents victimes de **maltraitance physique révélée** est assez faible. Ces résultats doivent être nuancés : en effet, les adolescents se livrent difficilement sur leur passé et plus spécifiquement sur leur contexte familial. La maltraitance physique est ainsi souvent méconnue, parfois même non reconnue. Le recueil de ces informations se fait donc souvent grâce à l'existence de dossiers antérieurs, ou grâce aux informations délivrées par les éducateurs référents de la PJJ.

Nous avons également émis l'hypothèse que les adolescents ayant un **niveau scolaire** faible, avec notamment une déscolarisation précoce, présentent des capacités d'élaboration voire de compréhension plus faibles que d'autres. Or, aucun lien n'allant dans ce sens n'a été mis en évidence dans notre étude. Tout d'abord, même si les adolescents peuvent investir leur scolarité assez pauvrement, cela ne signifie pas qu'ils n'ont pas des capacités certaines non exploitées sur le plan scolaire ou professionnel. Ensuite, il faut préciser que nous ne réalisons pas avec les adolescents du CEF une réelle psychothérapie : nous sommes en effet plutôt dans le soutien, l'étayage, le symptôme, ce qui ne nécessite pas forcément de leur part des capacités d'élaboration

très poussées. Enfin, ajoutons que nous avons su adapter notre prise en charge aux capacités d'expression et d'élaboration que nous observions.

### 7.3.2.3 - LIENS AVEC LES INTERVENANTS EXTÉRIEURS

Si le **partenariat avec les différents acteurs de la prise en charge** nous paraît primordial, il n'est pas décrit dans notre étude comme un facteur prédictif d'évolution favorable de l'adhésion aux soins.

Deux types de rencontres avec les intervenants extérieurs à la psychiatrie coexistent.

Tout d'abord, les rencontres régulières et de courte durée que constituent les entretiens. Un soignant, le plus souvent l'infirmière, mais aussi parfois des éducateurs (éducateur référent prioritairement, mais aussi éducateurs techniques ou d'hébergement) accompagnent l'adolescent. Ces échanges permettent un contact entre professionnels, l'établissement d'un lien privilégié avec eux, mais aussi un temps pour évoquer le déroulement du placement.

Ensuite, les réunions de synthèse. Elles ont lieu régulièrement au cours du placement, sont au nombre de trois pour un placement de six mois. Elles offrent un réel échange entre les différents partenaires de la prise en charge. Primordiales, elles permettent :

- une rencontre physique des différents partenaires ;
- une compréhension du rôle de chacun ;
- une identification des référents ;
- une connaissance du parcours de l'adolescent avant et pendant le placement, ainsi que des liens qu'il met en place au niveau de ses pairs et des éducateurs ;
- un échange autour de chaque prise en charge spécifique, notamment, pour ce qui nous concerne, une discussion autour de l'intérêt de la prise en charge, une éducation de l'équipe sur les bénéfices attendus des traitements (souvent remis en cause par elle) et ce sans trahir le secret médical ;
- une vision différente de l'adolescent, souvent plus positive. En effet, il nous apparaît souvent en entretien sur un versant très négatif, ayant du mal à concéder qu'il respecte certaines règles et accepte finalement certaines contraintes. Les intervenants nous font souvent découvrir qu'il est capable de s'inscrire dans des activités et dans une relation de qualité avec certaines personnes.

Dans le cas de Julien, les réunions de synthèse se sont révélées indispensables pour expliquer les différentes hypothèses diagnostiques, les troubles de la personnalité associés, la nécessité de la prise régulière des traitements, ainsi que l'importance de suivre les prescriptions sans les commenter en sa présence. Elles nous ont aussi permis d'expliquer son évolution, plutôt favorable lors du placement, avec une stabilisation de son état psychique.

Ce travail, long et difficile, s'est montré d'une efficacité modérée. En effet, au cours de la dernière synthèse, son éducateur PJJ a conclu à l'inutilité et à l'impuissance d'une prise en charge sociale et judiciaire du fait de la pathologie psychiatrique de Julien. Il nous a alors demandé de le prendre en charge et de l'hospitaliser...

Ces échanges peuvent également être néfastes pour l'adhésion aux soins des adolescents. En effet, si certains sont satisfaits de notre présence à ces réunions (qui représentent pour eux des échéances importantes) et espèrent souvent que nous allons les défendre, d'autres sont très réticents à ce que nous rencontrions les professionnels du CEF. Ils évoquent alors un « complot », se disent « persécutés ». Ils craignent que nous ne rapportions la violence de leur

discours à l'encontre des éducateurs, leur indifférence par rapport à leur affaire judiciaire, ou encore leur agressivité envers nous.

Nous avons été surpris de l'absence de lien, démontrée dans notre étude, entre nos participations aux réunions de synthèse et l'évolution positive de l'adhésion aux soins. Néanmoins, nous pensons en effet qu'un dialogue bien mené auprès de l'institution, et bien expliqué à l'adolescent, peut être un atout majeur dans sa prise en charge globale et plus particulièrement psychiatrique.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette absence de lien dans notre étude :

- le faible nombre de sujets ;
- la variabilité du personnel présent lors de la réunion (chef de service, éducateurs...), son transfert sur l'adolescent, et sa capacité ou non d'échange et de remise en question ;
- la qualité de la restitution faite au personnel absent lors de la synthèse et à l'adolescent lui-même ;
- la vision de l'adolescent sur notre participation à la synthèse, sa compréhension du but de ces échanges.

#### 7.3.2.4 - « PROFIL » PSYCHIATRIQUE

Reprenons tout d'abord les **antécédents psychiatriques**.

Les antécédents familiaux ne peuvent pas tous être retrouvés. Ils ne sont la plupart du temps pas connus des éducateurs et de la PJJ, sauf en cas de pathologie psychiatrique parentale avérée, ayant nécessité une hospitalisation ou une expertise psychiatrique. C'était le cas pour Julien, ainsi que pour un autre adolescent que nous suivions, et pour qui les deux parents ont été expertisés dans le cadre de trouble de la personnalité de type paranoïaque. Le critère « antécédents familiaux » n'a donc pas été inclus dans notre étude. Cependant, nous pensons que le regard des adolescents sur la psychiatrie peut varier quand leurs parents, au sens large, ont connu avec plus ou moins de succès le système psychiatrique.

Les antécédents personnels psychiatriques (de suivi ou d'hospitalisation) sont, quant à eux, facilement retrouvés. Leur existence n'apparaît pas influencer l'évolution de l'alliance thérapeutique, peut-être parce qu'ils ont débuté dans des contextes différents du nôtre (en détention ou à la demande des parents). De plus, même si un adolescent a bénéficié d'une prise en charge antérieure, et même si celle-ci s'est mal déroulée, l'alliance thérapeutique peut se créer.

Le **chef d'accusation** le plus fréquent est l'acte de « violence », souvent associé à des vols ou des trafics de stupéfiants. La prédominance des passages à l'acte hétéro agressif peut être rattachée au diagnostic principal posé : le **trouble des conduites**.

Par ailleurs, nous devons préciser que ce diagnostic est dans notre étude très souvent associé à des comorbidités psychiatriques. Dans le rapport de l'INSERM de 2005 portant sur les troubles des conduites des adolescents (59), les différentes études démontrent que les patients masculins souffrant de troubles des conduites présentent souvent des conduites à risque associées, qui retentissent de façon importante sur leur insertion sociale.

Enfin, les comorbidités psychiatriques décrites dans les études (59) figurent également dans notre population. Les conduites addictives sont très fréquentes, la quasi-totalité des adolescents accueillis au CEF étant dépendants à au moins une substance. La fréquence des syndromes anxio-dépressifs peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit le plus souvent de troubles de l'humeur très réactionnels à la situation d'enfermement présente. Notons également que peu d'adolescents

passent à l'acte de façon auto-agressive avant ou durant le placement. Les hospitalisations en psychiatrie pendant leur période de placement font majoritairement suite à des passages à l'acte ou des crises clastiques. Un seul patient a été hospitalisé suite à des scarifications importantes.

Nous avons émis l'hypothèse que le diagnostic posé, donc la « pathologie » psychiatrique éventuellement présentée par l'adolescent, influençait l'évolution de l'adhésion aux soins. Nous pensions notamment qu'un adolescent se présentant en consultation avec un trouble de l'humeur, ou un trouble anxieux, pouvait ressentir une souffrance importante et par là même être en demande d'aide (soutien, chimie). Or, son évolution n'a pas été plus favorable que celle d'un adolescent souffrant, par exemple, uniquement de troubles des conduites ou de troubles addictifs (plus à risque de « déni des troubles »). De même, un adolescent se présentant avec une demande n'évolue pas de façon plus favorable qu'un autre qui vient sans objectif préalablement établi. Ceci signifie donc qu'il a été possible de faire émerger des demandes chez des adolescents initialement non demandeurs, voire réfractaires.

Par ailleurs, nous pensions, qu'indépendamment de l'existence d'une demande, le **mode de rencontre** pouvait modifier le lien créé. En effet, un adolescent à la fois contraint à « l'enfermement », à la réalisation d'activités, à l'investissement d'un suivi psychologique, voire psychiatrique, peut mettre à mal la prise en charge globale ou plus spécifiquement la nôtre. Inversement, nous estimions qu'un adolescent venant sur sa propre demande investirait plus rapidement un suivi. Notre étude ne conclut pas à une différence statistiquement significative pour ce critère, ce qui signifie que quel que soit le mode de rencontre avec nous, les adolescents ont pu créer ou non un lien, et ce de manière indépendante au mode de rencontre. Connaître, pour chacune de ces catégories de mode de rencontre, combien d'adolescents ont poursuivi un suivi après leur placement serait intéressant. Puisque le non-respect d'une obligation de soins n'entraîne jamais la révocation du sursis ou l'emprisonnement, nous pouvons peut-être conclure que le maintien d'un suivi après le placement est un signe d'aide et d'adhésion aux soins au-delà du cadre de la contrainte.

#### 7.3.2.5 - PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

En premier lieu, nous notons que le choix d'un lieu de consultation extérieur au CEF a été fait. C'est une différence majeure avec le suivi psychologique. Si la psychologue voit les adolescents au quotidien et rencontre ainsi plus facilement leur famille, elle fait pour eux partie intégrante du CEF, ce qui influence leur lien avec elle. C'est pourquoi le fait de décentrer la consultation psychiatrique peut être bénéfique. Cela leur permet non seulement de se sentir dans un autre environnement, mais également de considérer la consultation psychiatrique avec le même respect qu'une consultation de toute autre spécialité.

Nous avons fait l'expérience de rencontrer de façon exceptionnelle l'un des adolescents au sein du CEF, dans l'infirmerie. Son comportement a alors été totalement différent, insolent et sûr de lui, comme s'il se plaçait en maître des lieux. Nous avons ainsi eu beaucoup de difficultés à échanger avec lui lors de cette rencontre. Cette consultation « ratée » nous a confortée dans le fait qu'il est nécessaire d'extraire les adolescents du centre pour permettre une relation de qualité et une plus grande confiance mutuelle.

Notre étude met en avant la fréquence des traitements proposés (pour les trois quarts des adolescents). Les traitements antipsychotiques prédominent, le plus souvent prescrits à visée anxiolytique ou anti impulsive, plus rarement dans le cadre d'une pathologie de type psychotique.

La **prise d'un traitement** apparaît comme un facteur prédictif d'une évolution favorable de



l'adhésion aux soins. Ce résultat était attendu puisque le critère « prise d'un traitement » fait partie des critères objectifs d'évaluation de l'adhésion aux soins. Cependant, il aurait pu être écrasé par les trois autres critères, ce qui n'est pas le cas.

Mais, nous pouvons malgré tout nous interroger sur la relation de causalité entre prise de traitement et évolution favorable de l'alliance thérapeutique. En effet :

- la prise des traitements permet souvent une amélioration des symptômes et ainsi d'aborder d'autres problématiques. Les adolescents, soulagés, développent alors une meilleure relation de confiance avec leur thérapeute.
- l'adhésion initiale à un traitement se place souvent dans le cadre d'une démarche de soins déjà existante.
- l'adhésion plus tardive à un traitement, c'est-à-dire après plusieurs entretiens, peut être due à un travail préalable et donc à la création progressive d'une alliance thérapeutique. Dans ce cas, il apparaît que c'est l'évolution favorable de l'adhésion aux soins qui influence la prise du traitement.

Nous notons par ailleurs que la **classe pharmacologique de traitement** proposé n'a pas influencé sa prise. Nous pensons que la prescription d'un traitement antipsychotique par exemple (traitement le plus dispensé dans notre étude) pouvait être plus difficile à accepter par l'adolescent du fait de sa « lourdeur » et des connotations péjoratives associées. Nous pouvons émettre deux hypothèses à la bonne compliance à ce traitement :

- la création préalable d'un lien de confiance ;
- la canalisation préalable de l'impulsivité.

La relation de causalité semble donc plutôt être à double sens.

**L'aide ressentie à la fois par le patient et par le thérapeute** apparaît également comme un facteur prédictif d'évolution favorable de l'adhésion aux soins. Ce résultat était attendu puisque les critères « aide exprimée par le patient » et « aide ressentie par le thérapeute » font partie des critères subjectifs d'évaluation de l'adhésion aux soins. Cependant, ils auraient pu être écrasés par les deux autres critères, ce qui n'est pas le cas.

Nous pouvons encore une fois nous interroger sur l'existence d'une relation « bidirectionnelle » entre ces critères et l'évolution de l'alliance thérapeutique.

L'a priori positif (de l'adolescent comme du thérapeute) sur le suivi peut être responsable d'une évolution favorable.

L'aide ressentie par l'adolescent, qu'elle soit importante ou seulement partielle, permet une évolution favorable tout au long du suivi : s'il a un vécu positif du suivi (dès le début ou progressivement), il va évoluer de façon favorable tout au long du placement, malgré des régressions possibles au niveau de la thérapie.

L'expression d'une aide par l'adolescent peut également être influencée par le renvoi que lui font les autres intervenants de son comportement ou d'une sensation de mieux-être.

Enfin, l'anticipation des entretiens peut être rendue plus positive par la préparation faite au CEF. Cette démarche est le fruit d'un travail avec l'infirmière du CEF et/ou la psychologue. Les éducateurs, quant à eux, doivent être sensibilisés à l'utilité, voire à la nécessité d'un suivi. Une aide exprimée et une évolution favorable du suivi paraissent indissociables.

Même si l'adhésion aux soins ressentie par le thérapeute est avant tout personnelle, elle peut être aussi influencée par les propos tenus par les adolescents. Lorsque nous nous sentons

« efficace » ou « valorisée », il est plus facile de créer une alliance thérapeutique avec les adolescents, qui investiront sans doute mieux le suivi en retour. Ce qu'ils expriment paraît indissociable de l'évolution du ressenti du thérapeute, et donc de l'évolution globale de la prise en charge.

Julien nous a régulièrement reproché l'inutilité du suivi et du traitement. Il nous a malmenée, voire insultée. Il y a eu des moments de découragement de notre part, associés à un profond sentiment d'échec. Ce ressenti négatif a influencé nos paroles et notre comportement au cours d'entretiens que nous appréhendions parfois. Le lien, dans ces conditions, nous paraît difficile à créer.

C'est bien cette notion de contre-transfert qui peut nous interpeller et nous mettre en difficulté. Si les adolescents projettent leur vie psychique sur l'espace extérieur (thérapeute, aidants extérieurs, CEF), ils nous font inconsciemment vivre ce qu'ils ont vécu. Ils traitent alors les aidants de la même manière qu'ils ont eux-mêmes été traités, et ainsi peuvent n'avoir de cesse que de dévaloriser, voire d'attaquer, ceux qui les aident et les soutiennent. C'est, pour eux, une façon de tester leur sincérité, la solidité de leurs liens et de vérifier leurs intentions. Il s'agit donc bien pour « les aidants » de « tenir bon », de « survivre », comme le dit Winnicott à propos des parents d'adolescents, pour que, justement, ce ressenti négatif n'influence pas nos paroles et notre comportement.

C'est pourquoi il nous paraît important de souligner le caractère « indépendant » du ressenti des adolescents et du thérapeute. Selon notre étude, il suffit que l'un ou l'autre ressente une aide pour que l'alliance thérapeutique s'améliore. Les adolescents qui se disent aidés ne sont pas toujours les mêmes que ceux qui sont ressentis comme aidés par le thérapeute, et inversement.

L'expérience que nous avons menée au sein du CEF nous montre donc qu'il existe à la fois :

- de réelles demandes des adolescents par rapport à une souffrance ancienne ou réactionnelle à leur placement, qui les amène à des soins qu'ils seront libres d'investir ;
- de réelles relations de confiance qui se créent pour des adolescents initialement non demandeurs, voire très réfractaires, qui peuvent les guider vers un avenir différent.

Ces résultats sont souvent le fruit d'un long travail, voire d'un « combat » que nous menons aux côtés de l'adolescent et de l'institution.

## **8 - PROPOSITION D'UN PROTOCOLE D'ÉTUDE**

### **8.1 - JUSTIFICATION**

La proposition d'un protocole d'étude nous semble importante compte tenu des limites propres à la nôtre.

#### **8.1.1 - AUGMENTATION DU NOMBRE DE SUJETS**

Nous nous sommes concentrée sur la population du CEF de Tonnoy depuis 2006, soit cinquante-trois sujets. Du fait de l'absence d'étude antérieure sur ce type de patients, il nous a été impossible de calculer le nombre de sujets nécessaires. Pour élargir l'étude et ainsi obtenir une meilleure représentativité, il faudrait recruter les adolescents au sein des cinquante et un différents CEF de France.

#### **8.1.2 - CARACTÈRE PROSPECTIF DE L'ÉTUDE**

Inclure des adolescents au début de leur prise en charge, les suivre tout au long du placement mais aussi après leur sortie permettrait une meilleure évaluation et une meilleure connaissance de leur devenir personnel, surtout « psychiatrique ». Les informer de la démarche, malgré le biais que cela constitue, les impliquerait davantage.

#### **8.1.3 - ÉLARGISSEMENT DU PERSONNEL INVESTIGATEUR**

L'élargissement du personnel au médecin généraliste référent du CEF, à l'infirmier/infirmière somatique ainsi qu'à la psychologue permettrait l'étude des critères jusqu'à présent non exploitables, telle l'adhésion aux soins somatiques.

#### **8.1.4 - STANDARDISATION DU RECUEIL DE DONNÉES**

L'étude pourrait être « uniformisée » entre les différents praticiens et les adolescents à l'aide d'outils standardisés et communs, notamment des questionnaires adaptés à leurs destinataires.

Nous proposons donc dans les pages qui suivent un protocole d'étude prenant en compte les éléments précédemment cités.

### **8.2 - PROTOCOLE D'ÉTUDE**

Description d'une population d'adolescents accueillis dans les Centres Éducatifs Fermés de France.

Facteurs prédictifs de l'évolution de l'adhésion aux soins et de la création d'un lien thérapeutique, pendant et après le placement en Centre Éducatif Fermé.

#### **8.2.1 – SYNOPSIS**

Soit un groupe d'adolescents âgés de 16 à 18 ans, placés dans l'un des Centres Éducatifs Fermés, consultants en psychiatrie, à la suite d'une obligation de soins, d'une demande de l'équipe

du CEF ou d'une demande personnelle. Les adolescents inclus recevront lors de leur premier entretien, en fin de placement et trois mois après leur sortie un auto-questionnaire à remplir. Les professionnels de santé concernés disposeront d'une version différente de ce questionnaire qu'ils rempliront aux mêmes dates.

Pour tenter d'éclairer les facteurs prédictifs de création d'un lien thérapeutique de bonne qualité, des données générales seront recueillies sur :

- l'âge ;
- les antécédents psychiatriques personnels et familiaux ;
- les antécédents judiciaires et de placements (judiciaire comme social) ;
- le milieu familial ;
- le niveau scolaire.

Des données plus spécifiques sur le placement seront recueillies :

- mode et motif de consultation ;
- délai de consultation par rapport au début du placement ;
- nombre et fréquence des entretiens proposés ;
- durée du suivi.

Les adolescents rempliront un auto-questionnaire renseignant sur leur sentiment d'aide et de soutien grâce au suivi et/ou au traitement, tant sur le plan personnel que sur le déroulement de leur placement.

Les psychiatres rempliront un questionnaire concernant leur ressenti face à la demande et à l'adhésion de l'adolescent aux soins psychothérapeutiques et médicamenteux. Ils indiqueront également leur participation aux réunions de synthèse ou aux réunions pluridisciplinaires.

Les soignants somaticiens renseigneront eux-aussi un questionnaire portant sur leur ressenti face à la demande et à l'adhésion de l'adolescent concernant les soins somatiques.

Les questionnaires seront distribués à tous en début de placement et en fin de placement. Les adolescents en recevront également un, trois mois après la fin du placement, afin de connaître leur devenir et leur investissement éventuel dans un suivi ultérieur.

Les données générales, spécifiques au placement ainsi que les auto-questionnaires seront mesurés par des outils standardisés. Le but sera d'évaluer leur implication dans la création d'un lien thérapeutique de bonne qualité, mais aussi dans la poursuite d'une prise en charge psychiatrique « post-placement », si celle-ci est nécessaire ou demandée par l'adolescent.

### **8.2.2 – JUSTIFICATION**

Cette étude se justifie par :

– la méconnaissance des profils des jeunes adolescents placés dans les Centres Éducatifs Fermés, de leur éventuelle pathologie psychiatrique et de leur prise en charge. Il n'existe en effet aucune étude française concernant les facteurs prédictifs d'une adhésion aux soins et d'une poursuite d'un suivi psychiatrique nécessaire au sein de cette population.

– la lutte contre la délinquance adolescente, problème de santé publique, si un dépistage, un accompagnement, voire un traitement des pathologies psychiatriques de certains adolescents placés au CEF, sont opérés.

– la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et institutionnelle, et non seulement duelle, avec un thérapeute. C'est bien toute une équipe qui doit créer une alliance thérapeutique avec l'adolescent.

L'intérêt d'une telle étude serait donc de préciser le profil psychologique et psychiatrique des adolescents accueillis dans ces structures, et ainsi de permettre une adaptation des soins.

Des facteurs prédictifs d'échec ou d'amélioration de la mise en place de l'alliance thérapeutique pourront être mis en relief. Une prise en charge « standardisée » plus efficace (notamment en termes de délai de rencontre, de nombre et de fréquence d'entretiens) pourra éventuellement être proposée. L'étude devra montrer l'importance de la population « psychiatrique » dans ces centres, et la nécessité d'adapter les moyens de sa prise en charge.

Les facteurs prédictifs d'alliance thérapeutiques relevés dans notre étude seront de nouveau testés dans des conditions contrôlées, s'appuyant sur un modèle scientifique pertinent. Une telle étude contribuera au débat sur la place de la psychiatrie dans les milieux éducatifs de ce type. Si le suivi semble être efficace dans certaines situations, il est pour l'instant impossible de déterminer les facteurs prédictifs de sa « réussite ». Une telle étude participera donc à la théorie des pratiques dans le domaine psychique.

### **8.2.3 – OBJECTIFS**

#### **8.2.3.1 - OBJECTIF PRINCIPAL**

L'objectif principal est de décrire la population accueillie au CEF et bénéficiant d'une prise en charge psychiatrique, quel que soit le mode d'entrée dans cette prise en charge.

#### **8.2.3.2 - OBJECTIFS SECONDAIRES**

Les objectifs secondaires sont de :

- déterminer les facteurs prédictifs d'une alliance thérapeutique de qualité, ainsi que les facteurs prédictifs de la poursuite d'un suivi psychiatrique après le placement, si ce dernier est jugé nécessaire, ou s'il est demandé par les adolescents ;
- vérifier la corrélation entre le nombre de consultations, la durée du suivi, le renouvellement du placement, la prise de traitements et l'obtention d'une alliance thérapeutique de qualité ;
- évaluer l'existence d'un lien entre adhésion aux soins somatiques et adhésion aux soins psychiatriques ;
- évaluer l'influence de la présence du psychiatre au sein des réunions d'équipe sur l'amélioration du lien thérapeutique psychiatrique et éducatif.

### **8.2.4 – TYPE D'ÉTUDE**

Il s'agira d'une étude longitudinale à recueil prospectif, de type cohorte, avec trois temps de mesure. Le temps initial (T0) correspondra à l'inclusion dans l'étude et donc au premier entretien. La date de point (T1), à la fin du placement. La date de fin d'étude (T2), au recueil des données trois mois après la fin du placement.

## 8.2.5 – POPULATION D'ÉTUDE

- critères d'éligibilité : patients de 16 à 18 ans accueillis au sein d'un Centre Éducatif Fermé et consultant auprès d'un psychiatre quel que soit le « mode » de consultation (obligation de soins, demande du CEF, demande personnelle du patient) ;
- critères de non-inclusion : patients non consentants ;
- recrutement des patients : tous les patients consentants, rencontrés au moins à une reprise, par un médecin investigateur et entrant dans les critères d'éligibilité seront inclus. L'inclusion se déroulera après information écrite sur le déroulement, les objectifs, les données recueillies, la durée de l'étude et la possibilité, en cas d'acceptation à participer, de se retirer à tout moment comme il sera stipulé dans le formulaire d'information et de consentement (Annexe).

Le recrutement commencera le XX/XX/XXXX. Il concernera tous les adolescents accueillis dans l'année sur les différents CEF de France acceptant de participer à l'étude et bénéficiant d'un suivi psychiatrique. Si nous nous référons à notre étude, environ 35% des adolescents accueillis au CEF de Tonnoy nous ont rencontrée. Ainsi, un recrutement sur une année dans tous les CEF de France pourrait permettre de recruter 722 adolescents, ce qui, malgré les perdus de vue supposés, offre une population relativement importante sur une courte durée de recrutement.

## 8.2.6 – DONNÉES RECUEILLIES

Les praticiens recueilleront les dossiers sur des cahiers de recueils.

À T0, les données suivantes seront recueillies :

- le mode de rencontre avec la psychiatrie, les éléments biographiques et les types de placements antérieurs ;
- la demande du patient, afin d'évaluer si la nature de celle-ci peut influencer la suite de la prise en charge ;
- le vécu par le patient de la prise en charge psychiatrique ;
- les antécédents psychiatriques et somatiques personnels et familiaux ;
- la signature du consentement éclairé.

Lors du premier entretien, le psychiatre notera par ailleurs s'il sent l'adolescent en demande ou en confiance, si des traitements sont ou non nécessaires, proposés, acceptés et s'il a déjà rencontré l'équipe du CEF. Le somaticien notera également les demandes éventuelles de l'adolescent et son acceptation de soins somatiques.

À T1, soit à la fin du placement, seront évalués :

- par auto questionnaire de l'adolescent : son vécu de la prise en charge psychiatrique, l'aide apportée par le suivi et/ou le traitement sur le cours de son placement, ses projets ultérieurs de suivi ;
- par auto questionnaire du thérapeute : l'évolution de l'alliance thérapeutique au cours du placement, le nombre de consultations, la durée du suivi, le nombre et le type de rencontres avec l'équipe du CEF ;
- par auto questionnaire du somaticien : l'évolution éventuelle de la relation aux soins somatiques.

À T2, soit trois mois après la fin du placement, seront évaluées :

- par contact auprès du patient : la poursuite d'un suivi psychiatrique et l'influence de la prise en charge au cours du placement sur la décision de maintenir ce suivi.

### **8.2.7 – MODALITÉS DE SUIVI**

Si les patients ne retournent pas leur questionnaire trois mois après la fin de leur placement, ils seront recontactés une fois par le secrétariat du service de psychiatrie.

### **8.2.8 – ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES**

La saisie des données sera réalisée à l'aide d'un masque de saisie.

Une première étude descriptive sera réalisée, puis des tests de corrélations tenteront de mettre en évidence les facteurs prédictifs de l'alliance thérapeutique avec le psychiatre.

### **8.2.9 – MODALITÉS ADMINISTRATIVES**

Un consentement informé et écrit doit être recueilli au moment de l'inclusion. Un cahier d'observation sera établi pour chaque recueil.

Un dossier sera soumis auprès du CPP (Comité de Protection des Personnes) et du CCTIRS (Comité Consultatif Traitement de l'Information Recherche et de la Santé). Cette étude fera l'objet d'une demande d'autorisation de traitement des données auprès de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés). Un numéro d'ordre, identifiant unique, sera attribué à chaque adolescent par le moniteur de l'étude. Les données recueillies seront saisies anonymement avec ce numéro d'ordre dans une base de données, au fur et à mesure de leur réception, sur un ordinateur sécurisé.

L'étude demandera des moyens humains : en termes de temps de secrétariat pour la gestion des rendez-vous, de temps de consultation des psychiatres, ainsi que de temps de partage ou d'échange avec l'équipe du CEF, et de temps d'analyse des données. Elle nécessitera aussi des moyens matériels : photocopies pour les cahiers de recueil des données et des auto-questionnaires. Une estimation de budget devra être réalisée. Les résultats de l'étude devront être publiés.

## CONCLUSION

L'étude que nous avons réalisée souligne essentiellement la problématique abandonnique des adolescents placés dans un Centre Éducatif Fermé, ainsi que la fréquence de maltraitances souvent tues ou banalisées. Ces adolescents déprivés développent des troubles des conduites importants qui les ont entraînés à mettre en échec tous les dispositifs d'aide qui leur ont été proposés.

Admis dans un CEF, dernier recours avant l'incarcération, ils développent pour certains des comorbidités psychiatriques en majorité réactionnelles à l'enfermement et aux règles du placement, et non à une remise en question personnelle.

Le travail que nous avons mené avec eux ne s'est avéré efficace que s'il reposait sur des faits concrets. Seule la thérapie de soutien a eu des résultats positifs. Ces adolescents ne sont pas dans l'élaboration. Ils ne sont pas non plus en mesure de verbaliser autour de leur vécu.

Le suivi psychiatrique étant court, il ne peut que permettre d'améliorer leurs symptômes et de les aider dans leur adaptation au placement. Il se doit par ailleurs de les préparer à une psychothérapie ultérieure à leur sortie.

Notre étude met également en évidence l'importance d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire, bénéfique tant à l'adolescent qu'à l'équipe du CEF. En effet, il est nécessaire de s'assurer auprès d'elle de sa bonne compréhension des soins et des traitements prescrits, mais aussi de l'accompagner dans une écoute attentive de ses difficultés. La présence d'un psychiatre aux réunions de synthèse est donc primordiale et doit figurer en bonne place dans son agenda.

Nous avons tenté de réaliser une étude permettant une description initiale des adolescents qui y sont placés. Nous avons également pu en dégager quelques axes à prendre en considération pour la création d'un lien thérapeutique de qualité.

Cependant, notre étude n'est pas suffisante et doit être comprise comme un préambule à d'autres recherches, qui pourraient aboutir à l'optimisation des prises en charge et ainsi influencer favorablement l'avenir de ces adolescents.

La population adolescente accueillie dans un CEF est peu connue. Le peu de travaux réalisés sur ce sujet est bien la preuve d'un certain désintérêt ou plutôt d'une certaine résignation face à ses adolescents difficiles, délinquants, auteurs de passages à l'acte graves, et qui sont peut-être trop souvent considérés à tort comme « perdus ».

Le refus de soins en Centre Éducatif Fermé n'apparaît pas comme une fatalité. L'alliance thérapeutique doit être considérée comme possible, très souvent porteuse d'une dynamique de soins globale, et d'une bonne projection dans l'avenir. Considérer comme impossible ou voué à l'échec le soin des adolescents placés en Centre Éducatif Fermé serait une erreur lourde de conséquences.



## BIBLIOGRAPHIE

1. *Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice*. Journal Officiel.
2. **Pénal, Code**. *Article 132-9*.
3. —. *Article 132-16-7*.
4. —. *Article 131-36-1*.
5. —. *Article 132-40*.
6. **Justice, Ministère de la**. K/28-03-2003. *Mise en œuvre du programme des Centres Educatifs Fermés : cadre juridique, prise en charge éducative et politique pénale*. Bulletin Officiel du Ministère de la Justice. 1er janvier – 31 mars 2003, 89.
7. **HAS, Fédération Française de Psychiatrie**. *Audition publique: Expertise Psychiatrique Pénale, Recommandations de la commission d'audition*. Paris : s.n., 25 et 26 janvier 2007.
8. **BURGELIN, JF**. *Santé, Justice et Dangers : pour une meilleure prévention de la récidive*. s.l. : Ministère de la Justice et Ministère de la Santé et des Solidarités, Rapport de la Commission Santé-Justice, Juillet 2005.
9. **VARINARD, A**. *Entre modifications raisonnables et innovations fondamentales : 70 propositions pour adapter la justice des mineurs*. s.l. : Commission de propositions de réforme de l'ordonnance du 2 février 1945 relative aux mineurs délinquants. Remis à Madame le Garde des Sceaux.
10. *Loi du 1er juillet 1901 relative au Contrat d'association*. Journal Officiel.
11. **Finances, Projet de loi**. *Justice-Protection Judiciaire de la Jeunesse*. 2011.
12. **LAURU, D**. *Folies d'Amour*. Paris : Calmann-Levy, 2003. p. 270.
13. **REY, C**. *Les adolescents face à la violence*. Paris : Syros, 1996 . p. 336.
14. **MUCCHIELLI, L**. *L'évolution de la délinquance juvénile entre fantasmes et réalités : essai de bilan critique*. Vie Sociale. 2002, pp. 21-47.
15. *Loi des Douze Tables*.
16. **Justice, Ministère de la**. *Visite Historique : de l'Ancien Régime au Premier Empire*. 2010.
17. **Pénal, Code**. *Première partie - Des Condamnations, Titre V - De l'influence de l'âge des condamnés sur la nature et la durée des peines, Article 1*. 1791.
18. —. *Livre II : Des personnes punissables, excusables ou responsables, pour crimes ou pour délits, Article 66*. 1810.
19. *Loi du 12 avril 1906 sur la majorité pénale à 18 ans, modification et complément à la loi du 30 novembre 1894, qu'elle abroge et remplace*. Journal Officiel.
20. *Loi du 22 juillet 1912 sur les tribunaux pour enfants et sur la liberté surveillée*. Journal Officiel.
21. **LAGRANGE, H**. *Demandes de sécurité France, Europe, Etats-Unis*. Paris : Seuil, 2003. p. 96.
22. **YOUF, D**. *Juger et éduquer les mineurs délinquants*. Paris : Dunod, 2009. p. 240.
23. *Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité*. Journal Officiel .
24. *Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance*. Journal Officiel .
25. **SARKOZY, N**. *Ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, Présentation du projet de loi sur la prévention de la délinquance devant l'Assemblée Nationale*. 21/11/2006.
26. **GBLER, L et GUITZ, I**. *Le traitement judiciaire de la délinquance des mineurs, État des lieux de l'ordonnance du 2 février 1945*. Actualités Sociales Hebdomadaires, Les numéros Juridiques. Juin 2012, p. 160.
27. **l'Intérieur, Ministère de**. : *Institut National des Hautes Études de Sécurité, Observatoire National de la délinquance; Ministère de la Justice, S/Dir de la Statistique et des Etudes; Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger*.

28. **TOULOUSE, E.** *L'Homme Criminel et la Conférence Internationale de Droit Pénal - La Prophylaxie Mentale*. 1932.
29. **DROUX, J.** *Le corps comme élément d'élaboration de nouveaux savoirs sur l'enfance délinquante*. 2006. pp. 63-80.
30. **LOMBROSO, C.** *L'Homme Criminel : Étude anthropologique et Médico-légale*. Paris : Ancienne Librairie Germer Baillière et Cie, Félix Alcan, 1887. p. 682.
31. **LACASSAGNE, A.** *Archives d'Anthropologie Criminelle*. Lyon-Paris : Broché, 1906. p. 60.
32. **BROWN-SEQUARD, C-E.** *Note on the effects produced on man by subcutaneous injections of a liquid obtained from the testicles of animals*. s.l. : The Lancet, 1889. pp. 105-107. Vol. 134.
33. **DUBOIS, P.** *De l'influence de l'esprit sur le corps*. Berne : Francke, 1901. p. 92.
34. **HEUYER, G.** *La dynamique des délits des mineurs*. Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'hygiène mentale de l'enfance. 1955, 9-10, pp. 413-417.
35. —. *Délinquance et criminalité de l'Enfance*. Paris : Masson et Cie, 1935.
36. **DE AJURIAGUERRA, J.** *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*. Paris : Masson, 1974.
37. **LAGACHE, D.** *Psychologie Clinique et Délinquance Juvénile*. Paris : PUF, 1945. Vol. 1.
38. **BAUNSCHWEIG, D., LEOVICI, S. et VAN THIEL-GODFRIED, J.** *La psychopathie chez l'enfant*. s.l. : Psychiatrie de l'Enfant, 1969. pp. 5-106. Vol. XII.
39. **WINNICOTT, D.** *Déprivation et Délinquance*. Paris : Payot, 1994. p. 314.
40. —. *La tendance antisociale, De la Pédiatrie à la Psychanalyse*. Paris : Payot, 1969. pp. 292-302.
41. **BOWLBY, J.** *Attachement et Perte*. Paris : PUF, 1978. p. 540. Vol. 1.
42. **GUTTON, P.** *Le Pubertaire*. Paris : PUF « Le fil rouge », 1991. p. 208.
43. **JEAMMET, P.** *Réalité interne et réalité externe à l'adolescence*. Revue Française de Psychanalyse. 1980.
44. **BOTBOL, M., CHOQUET, L-H et GROUSSET, J.** *Éduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites*. s.l. : Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2010. pp. 224-233. 58.
45. **BOTBOL, M. et BALKAN, T.** *États limites en institution : une psychothérapie par « l'environnement »*. Psychothérapies, Médecine et Hygiène. 2006, 26, pp. 15-20.
46. **MISES, R.** *Les Pathologies limites de l'enfance*. Paris : PUF, 1990.
47. **OURY, J.** *La Psychose et le temps*. Paris : Galilée, 1980. p. 252.
48. **TOSQUELLES, F.** *Le Travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*. Paris : Scarabée, 1967. p. 162.
49. **DELION, P.** *Thérapies institutionnelles*. s.l. : Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie, 2001. p. 19. 37-230-G-10.
50. **RACAMIER, P-C.** *Le Psychanalyste sans divan*. Paris : Payot, 1970. p. 448.
51. **BOTBOL, M., PAPANICOLAOU, M. et BALKAN, T.** *Une « Psychothérapie par l'environnement » Soigner les Etats Limites au Quotidien*. Revue Enfance et Psy. 2000, 160, pp. 96-104.
52. **MARCELLI, D., BRACONNIER, A. et WIDLOCHER, D.** *Psychopathologie de l'adolescent*. Paris : Masson, 1983. p. 631.
53. **BORDIN, E.S.** *Theory and research on the therapeutic working alliance : New directions*. In A. O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds) *The Working alliance : theory, research, and practice*. New York : John Wiley & Sons, INC. pp. 85-208.
54. **JEAMMET, P.** *Évolution des problématiques à l'adolescence : l'émergence de la dépendance et ses aménagements*. Rueil-Malmaison : Doin, 2001.
55. *Dictionnaire Larousse*. s.l. : Larousse, 2013.
56. **DSM-IV-TR**, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*. ISBN 2-294-00663-1. Paris : Elsevier Masson, 2003. p. 1002.
57. *Décret n° 2013-1113 du 4 décembre 2013 relatif aux dispositions des livres Ier, II, IV et V de la partie réglementaire du code de la sécurité intérieure (Décrets en Conseil d'Etat et décrets simples), Chapitre II "Prévention de la délinquance"*. s.l. : Journal Officiel.
58. **STORVOLL, E.E. et WICHSTROM, L.** *Gender differences in changes and stability of conduct*

- problems from early adolescence to early adulthood*. s.l. : J. Adolesc, 2003. pp. 413-429. Vol. 26.
59. **INSERME**. *Rapport sur Les Troubles des Conduites*. 2005.
60. **RUSCHKIN, V.; KOPOSOV, R.; VERMEIREN, R.; STONE SWCHAB, M.** *Psychopatology and Age at Onset of Conduct Problems in Juvenil Delinquents*. s.l. : J. Clin Psychiatry, 2003. pp. 913-920. Vol. 64.
61. **SILVERTHORN, P., FRICK, P-J. et REYNOLDS , R.** *Timing of onset and correlates of severe conduct problems in adjudicated girls and boys*. Assesment, J Psychopatology Behav . 2001, 23, pp. 171-181.
62. **RUTTER, M., HILL, J. et MAUGHAN, B.** *Conduct Disorder : future directions. An afterword. In : conduct disorder in childhood and adolescence*. [éd.] Cambridge University Press. 2001, pp. 553-572.
63. **MICHEL, G.** *La prise de risque à l'adolescence : pratique sportive et usage de substances psycho-actives*. Paris : MASSON, Coll. Les âges de la vie, 2001. p. 217.
64. **SHAFFER, D.; GOULD, M-S.; FISHER, P.; TRAUTMAN, P.; MOREAU, D.; et coll.** *Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide*. Arch Gen Psychiatry, 1996, 53, pp. 339-348.
65. **PINATEL, J.** *La criminologie*. Paris : Spes, 1960. p. 224.
66. **GOTTFREDSON, M. et HIRSCHI, T.** *A General Theory of Crime*. Stanford, CA : Stanford University Press, 1990.

## **ANNEXES**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE PROTOCOLE D'ÉTUDE

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DESTINÉ AUX  
PARENTS DE PATIENTS MINEURS

FORMULAIRE D'INFORMATION

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DESTINÉ AUX PARENTS DE PATIENTS  
MINEURS

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE PROTOCOLE D'ÉTUDE

Description d'une population d'adolescents accueillis dans les Centres Éducatifs Fermés de France.

Facteurs prédictifs de l'évolution de l'adhésion aux soins et de la création d'un lien thérapeutique pendant et après le placement en Centre Éducatif Fermé.

[illegible]

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT  
DESTINÉ AUX PARENTS DE PATIENTS MINEURS**

N° de dossier : \_\_\_\_\_

Investigateur coordonnateur : \_\_\_\_\_

Responsable scientifique : \_\_\_\_\_

Titre de l'essai :

*Description d'une population d'adolescents accueillis dans les Centres Éducatifs  
Fermés de France*

*Facteurs prédictifs de l'évolution de l'adhésion aux soins et de la création d'un lien  
thérapeutique pendant et après le placement en Centre Éducatif Fermé.*

Promoteur : \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Le Docteur \_\_\_\_\_, médecin investigateur, propose à votre enfant de participer à la recherche clinique intitulée :

*Description d'une population d'adolescents accueillis dans les Centres Éducatifs Fermés de France.*

*Facteurs prédictifs de l'évolution de l'adhésion aux soins et de la création d'un lien thérapeutique pendant et après le placement en Centre Éducatif Fermé.*

Le Docteur \_\_\_\_\_, en charge de cette recherche clinique est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions et à celles de votre enfant, et vous expliquer ce que vous ne comprenez pas.

La décision de faire participer ou non votre enfant à cette recherche clinique vous appartient.

Sa participation est libre et volontaire. Vous avez le droit de refuser qu'il participe ou d'arrêter à tout moment sa participation à cette recherche sans avoir à vous justifier, et la qualité des soins dont il devra bénéficier n'en sera pas modifiée.

Ce document a pour but de vous fournir les informations nécessaires à votre décision. Nous vous remercions de le lire attentivement. Vous pouvez prendre le temps pour réfléchir à votre participation à cette recherche, et en discuter avec votre médecin, votre enfant et vos proches.

### 1. Cadre général et objectifs de la recherche

Votre enfant est placé en Centre Éducatif Fermé et va bénéficier d'un suivi psychiatrique. C'est pour cette raison que nous le sollicitons pour participer à cette recherche. Les facteurs prédictifs d'adhésion aux soins sont peu connus à l'heure actuelle.

Nous formulons l'hypothèse qu'une meilleure connaissance de ces facteurs permettrait d'adapter les moyens mis à disposition du CEF ainsi que les prises en charge qui y sont dispensées.

Dans ce but, nous menons une étude avec des adolescents admis en CEF et bénéficiant d'un suivi psychiatrique, quel qu'en soit le motif.

Les objectifs sont de rechercher les facteurs prédictifs d'une alliance thérapeutique de bonne qualité et de mieux connaître les adolescents accueillis en CEF.

### 2. Déroulement de la recherche

Cette notice d'information vous a été transmise pour que vous preniez connaissance des objectifs, du déroulement et des contraintes liés à cette étude.

À l'admission au CEF, le médecin investigateur vous informera sur la nature et l'objectif de cette étude. Après 24h de réflexion au cours desquelles le médecin investigateur répondra à vos questions, vous nous ferez part de votre souhait de faire participer votre enfant ou non à cette étude.

Si vous acceptez que votre enfant participe à cette recherche, l'étude se déroulera suivant le schéma suivant :

- vous signerez ensemble le consentement de participation ;
- votre enfant renseignera un auto-questionnaire lors de la première consultation psychiatrique, à la fin du placement, et trois mois après sa sortie du CEF.

### 3. Bénéfices attendus

Aucun avantage personnel n'est attendu pour votre enfant, néanmoins les résultats de cette étude permettront de mieux connaître les facteurs prédictifs d'une bonne adhésion aux soins psychiatriques, et ainsi par la suite de mieux orienter la prise en charge des adolescents accueillis en CEF.

### 4. Contraintes et risques prévisibles

La participation de votre enfant implique de rencontrer une fois en consultation le médecin investigateur, et de bénéficier d'un suivi psychiatrique.

Il n'existe aucun risque prévisible.

### 5. Modalités d'un arrêt ou d'une sortie d'étude

Vous ou votre enfant pouvez arrêter de participer à cette étude à tout moment, sans que cela ne porte atteinte à vos relations et celle de votre enfant avec l'équipe, le médecin de l'étude ou le médecin traitant de votre enfant. La qualité des soins qui seront apportés ne sera pas modifiée.

Si vous êtes d'accord, les données concernant votre enfant seront conservées pour l'analyse des résultats globaux. Si vous décidez de retirer votre consentement, ces données seront détruites.

### 6. Droit d'être informé des résultats globaux de la recherche

À l'issue de cette recherche, vous avez le droit d'être informé(e) des résultats globaux de cette recherche, conformément au dernier alinéa de l'article L.1122-1 du Code de la Santé Publique.

Les résultats de cette étude peuvent être présentés à des congrès ou dans des publications scientifiques. Cependant, les données personnelles de votre enfant ne seront aucunement identifiables et son anonymat sera entièrement respecté.

### 7. Données informatisées

Dans le cadre de la recherche clinique à laquelle nous proposons à votre enfant de participer, un traitement des données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche. À cette fin, des données médicales vous concernant, vous et votre enfant, seront recueillies. Ces données seront identifiées par un numéro de code. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de Santé françaises.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel, susceptibles d'être utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, à l'ensemble de ces données médicales, en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

### 8. Indemnités

Nous vous informons qu'aucune indemnité n'est prévue pour la participation de votre enfant à cette étude et aucun éventuel avantage financier ne peut être tiré de sa participation.



## 9. Cadre législatif de cette étude

Pour participer à cette étude, votre enfant doit être affilié à un régime de sécurité sociale ou équivalent (par exemple, couverture médicale universelle-CMU).

Conformément à la Loi, le promoteur de cette recherche a contracté une police d'assurance garantissant sa responsabilité civile et celle de tout intervenant.

Cette étude est réalisée conformément aux articles L1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, relatifs à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales et conformément aux Bonnes Pratiques Cliniques. Des moniteurs de Recherche Clinique désignés par le promoteur et des auditeurs mandatés par le promoteur, ainsi que les inspecteurs des autorités de santé, peuvent demander l'accès aux données cliniques de votre dossier médical pour vérifier les données présentées dans le cahier de recueil de données. Ils sont également soumis à une clause de confidentialité concernant vos données personnelles.

Cette étude a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DESTINÉ AUX PARENTS DE PATIENTS MINEURS

(Le ou les titulaires de l'autorité parentale doivent compléter eux-mêmes, de façon manuscrite, les informations les concernant)

Nous, soussignés

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Titulaire(s) de l'exercice de l'autorité parentale de l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Acceptons par la présente, conformément à la Loi Française n°88-1138 du 20 Décembre 1988 modifiée, que notre enfant participe à la Recherche Clinique intitulée :

*Description d'une population d'adolescents accueillis dans les Centres Éducatifs Fermés de France.*

*Facteurs prédictifs de l'évolution de l'adhésion aux soins et de la création d'un lien thérapeutique pendant et après le placement en Centre Éducatif Fermé.*

Nous certifions avoir lu et pris connaissance du document d'information relatif à cette étude.

Nous avons eu suffisamment de temps pour réfléchir à la participation de notre enfant à cette recherche clinique et nous avons obtenu les réponses à nos questions.

Nous avons bien compris les contraintes pour notre enfant durant sa participation à cette étude et nous les acceptons.

Nous avons pris connaissance des risques et nous sommes conscients que la participation de notre enfant pourra être interrompue par le médecin en cas de nécessité.

Nous avons été avisés qu'aucune indemnité n'est prévue pour la participation de notre enfant à cette recherche.

Nous pouvons à tout moment demander des informations complémentaires au médecin investigateur.

Nous déclarons sur l'honneur que notre enfant est affilié(e) à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime et ne pas être sous sauvegarde de la justice.

Nous acceptons également que :

- l'ensemble du dossier médical de notre enfant soit consulté par les personnes habilitées dans le cadre de cette recherche, dans le respect de la confidentialité ;

- les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatique par le promoteur ou pour son compte.

Nous avons bien noté que le droit d'accès et de rectification pourra s'exercer à tout moment auprès du médecin investigateur en application de la loi "Informatique et Liberté" du 6 janvier 1978, modifiée par les lois n° 94-548 du 1er juillet 1994, n° 2002-303 du 4 mars 2002 et n° 2004-801 du 6 août 2004.

VU

NANCY, le **17 avril 2014**

Le Président de Thèse

NANCY, le **17 avril 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur D. SIBERTIN-BLANC**

**Professeur H. COUDANE**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6503

NANCY, le 24/04/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

**Professeur P. MUTZENHARDT**



---

## RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'adolescence délinquante est un problème de santé publique. Le regard porté sur les adolescents difficiles ainsi que les modalités de prise en charge des phénomènes de délinquance juvénile ont beaucoup évolué au fil du temps.

Après avoir présenté le fonctionnement et les missions des Centres Éducatifs Fermés, cette étude expose les différents outils théoriques pouvant guider les acteurs de la prise en charge des adolescents délinquants chroniques.

Ni le profil des adolescents accueillis dans une telle structure, ni les aléas et les enjeux de la création d'un lien thérapeutique avec eux, n'ont encore réellement été étudiés. Les perspectives sont pourtant majeures, le but étant d'éviter la pérennisation d'un trouble psychiatrique et/ou de comportements à risque.

Dans ses travaux, l'auteur réalise une étude au sein du Centre Éducatif Fermé de Tonnoy. D'abord descriptive, celle-ci présente les grandes caractéristiques des patients orientés en consultation psychiatrique. Ensuite analytique, elle démontre que la durée du suivi, le nombre de consultations, une prise de traitements, une aide exprimée par l'adolescent ou ressentie par le thérapeute sont des facteurs prédictifs d'une évolution favorable de l'alliance thérapeutique.

Dans le but de légitimer, affiner, et approfondir les données mises en évidence par ses travaux, l'auteur soumet un protocole d'étude plus représentatif et uniformisé.

Il conclue que l'alliance thérapeutique, loin de devoir être considérée comme une utopie, peut être une réalité.

---

### TITRE EN ANGLAIS

ADOLESCENTS IN EDUCATIONAL CLOSED CENTRE  
THERAPEUTIC WORKING ALLIANCE: REALITY OR UTOPIA?

---

### THÈSE DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE EN PSYCHIATRIE - ANNÉE 2014

---

#### MOTS CLEFS

Adolescents, Délinquance, Centre Éducatif Fermé, Alliance thérapeutique

---

#### UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDŒUVRE LES NANCY Cedex

---