



HAL
open science

L'étude du régime de traitement psychiatrique du mineur délinquant

Juliane Fonseca

► **To cite this version:**

Juliane Fonseca. L'étude du régime de traitement psychiatrique du mineur délinquant. Droit. 2021. dumas-03559611

HAL Id: dumas-03559611

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03559611>

Submitted on 7 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Faculté de Droit et
de Science Politique
Aix-Marseille Université



AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ
FACULTÉ DE DROIT ET DE SCIENCE POLITIQUE

MASTER 2 « SCIENCES CRIMINOLOGIQUES »

L'ÉTUDE DU RÉGIME DE TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE DU MINEUR DÉLINQUANT

Mémoire de recherche présenté et soutenu par

Juliane FONSECA

Sous la direction de

Mesdames GALLARDO Eudoxie et GIRAVALLI Pascale

- Année universitaire 2020/2021 –

N° 15021635

« La Faculté n'entend donner ni approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire, qui doivent être considérées comme propres à leur auteur. »

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame GALLARDO Eudoxie, ma directrice de Master 2 et de recherche, pour son soutien sans faille tout au long de l'année scolaire, son dévouement, ses encouragements et sa disponibilité à mon égard, ainsi qu'à toute la promotion, pour cette année si particulière.

Je remercie également le docteur Madame GIRAVALLI Pascale, ma seconde directrice de mémoire, pour ses précieux conseils et son suivi tout au long de mon travail, spécialement s'agissant des spécificités liées à la psychiatrie.

Je remercie mes camarades de promotion et plus particulièrement mon amie Madame BENSALID Ghaliya, qui m'a soutenu tout au long de la rédaction de mon mémoire. Je la remercie pour son soutien sans égal, ses précieux conseils et son amitié sincère.

Je remercie également mes camarades Mesdames ADDE Lou et BAVREY Anne-Charlotte, qui m'ont conseillé et épaulé lors de la rédaction de mes différents travaux de recherche.

LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

AEMO	Action éducative en milieu ouvert
ASE	Aide sociale à l'enfance
BAS	Behavioural approach system
BIS	Behavioural inhibition system
CEF	Centre éducatif fermé
CER	Centre éducatif renforcé
CESDIP	Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant
CJPM	Code de justice pénale des mineurs
DUP	Dossier unique de personnalité
DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
ENPJJ	Ecole nationale de la protection judiciaire de la jeunesse
EPM	Etablissement pour mineurs

HAS	Haute autorité de santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la recherche et de la santé médicale
JLD	Juge des libertés et de la détention
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MJIE	Mesure judiciaire d'investigation éducative
OMS	Organisation mondiale de la santé
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
QM	Quartier pour mineurs
RRSE	Recueil de renseignements socio-éducatifs
SFPEADA	Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et d'Adolescent et des Disciplines Associées
SMPR	Service médico-psychologique régional
SNPC	Stratégie nationale pour la prévention du crime
TDAH	Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE : L'INTÉGRATION DE LA SANTÉ MENTALE AU SEIN DU DROIT PÉNAL DES MINEURS

CHAPITRE 1 : LE TROUBLE MENTAL CHEZ LE MINEUR DÉLINQUANT

Section 1 : L'existence d'un mal-être

Section 2 : L'adoption de comportements transgressifs

CHAPITRE 2 : L'INCIDENCE DU TROUBLE MENTAL SUR LE DROIT PÉNAL DES MINEURS

Section 1 : Les différents aspects sanitaires de la réponse pénale antérieurs au jugement

Section 2 : Les différents aspects sanitaires de la réponse pénale à l'issue du jugement

SECONDE PARTIE : LES DIFFICULTÉS RELATIVES À LA SANTÉ MENTALE AU SEIN DU DROIT PÉNAL DES MINEURS

CHAPITRE 1 : UNE PRISE EN CHARGE INADAPTÉE AUX MINEURS DÉLINQUANTS ATTEINTS D'UN TROUBLE MENTAL

Section 1 : Les lacunes relatives à l'établissement du diagnostic

Section 2 : Les lacunes relatives à la prise en charge de l'adolescent

CHAPITRE 2 : L'INSTAURATION DE NOUVELLES MESURES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES MINEURS DÉLINQUANTS ATTEINTS D'UN TROUBLE MENTAL

Section 1 : La prévention du trouble mental chez le mineur délinquant

Section 2 : Le traitement du trouble mental chez le mineur délinquant

INTRODUCTION

« Il est peu de problèmes aussi graves que ceux qui concernent la protection de l'enfance, et parmi eux, ceux qui ont trait au sort de l'enfance traduite en justice. La France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut en faire des êtres sains. »¹

1. – La protection du mineur délinquant. Si le mineur délinquant est un individu ayant commis des faits prohibés par la loi et qu'il convient de sanctionner, tout en recherchant, en priorité, son relèvement éducatif, il mérite également la protection de son intégrité et de sa santé physique et psychique. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, l'ordonnance du 02 février 1945, relative à l'enfance délinquante, exposait ainsi, au sein de ses motifs, l'importance de protéger les mineurs et leur santé mentale. La réponse pénale faite à l'égard de la délinquance juvénile doit, dès lors, s'adapter aux particularités et aux fragilités inhérentes à la qualité de mineur et ce, plus spécifiquement eu égard à son bien-être mental.

2. – L'actualité de la santé mentale des mineurs. En France, la santé mentale des mineurs est au cœur des préoccupations actuelles², en raison du nombre élevé d'enfants atteints de troubles mentaux. Une étude de l'Institut national de la recherche et de la santé médicale (Inserm) relève, au sein de son expertise collective de 2002, qu'un mineur sur huit souffre de troubles mentaux³ susceptibles de se manifester par des troubles du comportement, des troubles alimentaires, des troubles de la dépression mais aussi par des conduites à risques, des troubles schizophréniques, des troubles bipolaires et des conduites agressives. Les mineurs délinquants

¹ Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, JORF du 04 février 1945, exposé des motifs.

² Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 3.

³ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005.

n'échappent pas à ce triste constat puisque les pathologies mentales sont présentes, en nombre important, au sein des services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et au sein des établissements de détention pour mineurs. Il est également constaté que près de la moitié des mineurs impliqués dans des affaires pénales sont âgés de seize à dix-sept ans⁴. En effet, selon les chiffres clés de la Justice des enfants et des adolescents, ils représentent, en 2013, 47% de la totalité des mineurs délinquants. Ce phénomène de délinquance juvénile accrue à cet âge-là, peut être rapproché de la période de l'adolescence que les mineurs traversent, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), entre dix ans et dix-neuf ans⁵, avec un pic se situant à la mi-adolescence entre quinze et dix-sept ans⁶.

3. – La période de l'adolescence. L'adolescence, dont l'étymologie provient du latin « adolescere » qui signifie « croire »⁷, est la période de vie, permettant à l'individu, de passer du statut d'enfant, au statut d'adulte⁸. Ainsi, selon le dictionnaire *Larousse*, elle est une « époque de la vie qui s'étend depuis l'enfance jusqu'au moment où l'on cesse de grandir, c'est-à-dire à peu près de quatorze à vingt ans »⁹ ; elle n'est qu'un passage¹⁰. Elle est une période de transition sur le plan physique, psychique, qui va impliquer de nombreux changements indispensables au bon développement de l'adulte en devenir. Elle va ainsi permettre « une maturation physique et sexuelle [...], l'acquisition de l'indépendance sociale et économique, le développement de l'identité, de l'acquisition des compétences nécessaires pour remplir son rôle d'adulte et établir des relations d'adulte, et de la capacité de raisonnement abstrait »¹¹. Toutefois, en raison de ces nombreux changements, les adolescents sont également plus vulnérables aux sollicitations extérieures qui peuvent avoir des effets non négligeables sur leur

⁴ Ministère de la Justice, « Chiffres clés, 70e anniversaire de l'ordonnance du 2 février 1945 », Justice des enfants et des adolescents, 2015, page 3.

⁵ Organisation mondiale de la santé, « Développement des adolescents », 2021, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/

⁶ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005, page 11.

⁷ LAROUSSE Pierre, « Grand dictionnaire universel du 19e siècle », page 176.

⁸ GOLDBETER-MERINFELD Edith, « Adolescence : de la crise individuelle à la crise des générations », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, vol. 40, no. 1, 2008, page 13.

⁹ LAROUSSE Pierre, « Grand dictionnaire universel du 19e siècle », page 176.

¹⁰ BRACONNIER Alain et MARCELLI Daniel, « Psychopathologie de l'adolescent », Masson, Paris, 1983, page 3.

¹¹ Organisation mondiale de la santé, « Développement des adolescents », 2021.

santé et leur bien-être mental. Ainsi, le mineur est susceptible de faire l'expérience de situations délicates, au sein par exemple de la sphère familiale ou scolaire, et qui auront pour conséquence, d'accroître « l'instabilité, la fragilité et une exposition importante aux désordres voire aux violences de tous ordres »¹². De ce fait, l'adolescent, confronté à ces difficultés et à la volonté de rechercher les limites et la transgression par la commission d'actes interdits¹³, sera davantage exposé à l'apparition de pathologies mentales, susceptibles de se manifester sous diverses formes et degrés.

4. – La psychiatrie infanto-juvénile. L'apparition de pathologies mentales est prise en charge par une branche spéciale de la médecine, la psychiatrie qui est, selon le dictionnaire le Larousse, la « médecine spéciale des maladies mentales »¹⁴, maladies qui sont un « trouble de la santé, un dérangement dans les organes ou dans leurs fonctions » mais également un « trouble, un vice dans les facultés intellectuelles ou morales »¹⁵. S'agissant des mineurs, ceux-ci sont pris en charge par la spécialité de psychiatrie infanto-juvénile. Celle-ci est compétente pour « l'ensemble des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent quelle qu'en soit l'origine »¹⁶, selon la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et d'Adolescent et des Disciplines Associées (SFPEADA). Elle n'a, toutefois, pas toujours existé puisque, jusqu'au XIXe siècle, il n'existait pas de services spéciaux pour les mineurs. A cet égard, la loi Esquirol du 30 juin 1838¹⁷, relative aux aliénés, ne faisait pas de distinction entre les adultes et les enfants et prévoyait seulement l'établissement d'espaces spécialisés de soins sans consentement¹⁸.

¹² Organisation mondiale de la santé, « Développement des adolescents », 2021.

¹³ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 11.

¹⁴ LAROUSSE Pierre, « Grand dictionnaire universel du 19e siècle », page 378.

¹⁵ Ibidem, page 996.

¹⁶ Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées, « Présentation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ses principes, ses champs d'actions, les enjeux actuels », octobre 2017, <https://sfpeada.fr/presentation-de-la-psychiatrie-de-lenfant-et-de-ladolescent-ses-principes-ses-champs-daction-les-enjeux-actuels/>

¹⁷ Loi du 30 juin 1838 relative aux aliénés.

¹⁸ RHENTER Pauline, « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique », Journal français de psychiatrie, 2010/3 (n° 38), page 38.

5. – La spécialisation de la psychiatrie. La spécialisation de la psychiatrie, à l'égard des mineurs, ne sera amorcée qu'à partir de 1960, avec la circulaire du 15 mars 1960¹⁹ relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Celle-ci faisait ainsi mention des difficultés rencontrées dans l'admission des mineurs en psychiatrie non spécialisée. Elle préconisait ainsi la création de services de neuropsychiatrie infantile²⁰. La circulaire du 13 septembre 1961²¹ va ainsi poser le principe du placement de l'enfant, en hôpital psychiatrique, au sein d'un service spécialisé et va proclamer la séparation de l'hospitalisation psychiatrique entre les adultes et les mineurs de moins de seize ans. Elle sera suivie et complétée par la circulaire du 16 mars 1972²² permettant une meilleure organisation et un meilleur équipement des services prenant en charge les maladies et déficiences mentales des mineurs. Par la suite, la loi du 4 mars 2002²³, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, venait préciser les droits fondamentaux inhérents aux personnes malades, y compris s'agissant des mineurs. Elle sera complétée par plusieurs lois, dont celle du 26 janvier 2016²⁴ de modernisation de notre système de santé, plaçant le patient comme acteur du système de santé. Aujourd'hui, le territoire français est doté de « 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui prennent en charge environ 600 000 enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 16 ans »²⁵, par le biais de soins ambulatoires ou de placement en unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Les différents soins psychiatriques sont octroyés à des mineurs susceptibles de venir de divers horizons. Ainsi, il peut s'agir de mineurs pris en charge sur demande de leurs représentants légaux, sur décision du représentant de l'Etat ou dans le cadre de l'enfance délinquante.

¹⁹ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, non parue au *JORF*.

²⁰ Ibidem, page 4.

²¹ Circulaire du 13 septembre 1961 concernant l'hospitalisation des enfants de moins de seize ans à l'hôpital psychiatrique, non parue au *JORF*.

²² Circulaire n°72-443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents, *JORF* du 21 avril 1972.

²³ Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JORF* du 05 mars 2002, texte n°1.

²⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *JORF* n°0022 du 27 janvier 2016.

²⁵ Sénat, « Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d'information n°494, 04 avril 2017, page 65.

6. – La délinquance juvénile. S’agissant de la délinquance juvénile, celle-ci provient du verbe « délinquer » qui signifie étymologiquement « delinquere » c’est-à-dire « faillir, contrevenir à la loi »²⁶. Ainsi, le délinquant est une personne ayant commis un délit, et de ce fait, ayant failli à la loi. Quant au mot « juvénile », il provient du latin « juvenilis », de juvenis, « jeune » et signifie donc ce « qui appartient à la jeunesse »²⁷. De ce fait, la délinquance juvénile est la transgression des lois, la commission d’un délit par la jeunesse, par un mineur. Le mineur délinquant a toujours fait l’objet d’un régime présentant certaines spécificités, plus ou moins marquées selon les époques.

7. – L’histoire de la délinquance juvénile. Sous le droit romain et l’Ancien régime, l’enfant, qui était considéré comme un adulte miniature, bénéficiait d’une atténuation des peines et d’une irresponsabilité pénale absolue, pour *l’infans*, en dessous de sept ans. A partir du XVIII^e siècle, la majorité pénale est fixée à seize ans, toutefois, il n’y aura pas encore de véritable distinction faite entre les mineurs et les majeurs. En effet, les mineurs délinquants seront incarcérés dans les mêmes établissements que les adultes, à leur contact, et ne bénéficieront pas de réel régime spécifique. Il faudra attendre le début du XX^e siècle pour voir une « prise de conscience du particularisme du droit pénal des mineurs »²⁸. Ainsi, la majorité pénale des mineurs va être reportée à dix-huit ans par la loi du 12 avril 1906²⁹, qui va également diminuer le régime répressif des mineurs et augmenter le régime éducatif. Elle va ensuite être suivie par la loi du 22 juillet 1912 qui va prévoir la création des premières juridictions spécialisées pour mineurs, les tribunaux pour enfants, et ainsi poser « les prémices de la spécificité du droit pénal des mineurs délinquants »³⁰. Elle va également instaurer la mesure de liberté surveillée, première mesure de sureté éducative à la destination des mineurs délinquants.

8. – L’ordonnance du 02 février 1945 relative à l’enfance délinquante. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, les pouvoirs publics vont souhaiter consacrer spécifiquement le droit pénal des mineurs et vont ainsi promulguer l’ordonnance du 02 février 1945³¹ relative à

²⁶ LAROUSSE Pierre, « Grand dictionnaire universel du 19^e siècle », page 361.

²⁷ Ibidem, page 1138.

²⁸ Association française des magistrats de la jeunesse et de la famille, « Historique de la justice des mineurs », septembre 2011, <https://www.afmjf.fr/Historique-de-la-justice-des.html>

²⁹ Loi du 12 avril 1906 relative à la majorité pénale, JORF du 15 avril 1906.

³⁰ BONFILS Philippe et GOUTTENOIRE Adeline, « Droit des mineurs », Dalloz, 2014, page 17.

³¹ Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l’enfance délinquante, JORF du 04 février 1945.

l'enfance délinquante. Elle a été le premier texte à prévoir spécialement le droit pénal des mineurs et elle est particulièrement novatrice puisqu'elle propose, au sein de l'exposé de ses motifs, « d'apporter à la délinquance juvénile une réponse entre prévention, éducation et répression »³². Elle proclame ainsi la protection des mineurs délinquants, l'atténuation de leur responsabilité, lorsqu'ils sont en âge de faire l'objet d'une sanction, ainsi que la primauté de l'éducation sur la répression – réservant cette dernière en cas d'ultime nécessité – par le biais de mesures éducatives. Ce texte permet également de renforcer l'autonomie du droit pénal des mineurs et d'étendre ses compétences par le déferrement des mineurs délinquants devant des juridictions spécialisées. Elle est donc d'une importance considérable et elle est même considérée comme un « quasi-Code pénal des mineurs » applicable jusqu'à l'âge de dix-huit ans. En ce sens, le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2002-461 DC du 29 août 2002³³, a consacré, comme principe fondamental, l'affirmation de l'atténuation de la responsabilité pénale des mineurs ainsi que leur nécessité de rechercher leur relèvement éducatif et moral.

9. – La création d'un Code de justice pénale des mineurs. L'ordonnance régissant l'enfance délinquante va, toutefois, faire l'objet de plus d'une trentaine de modifications qui vont la fragiliser et la rendre complexe. Afin de pallier cela, l'idée d'une réécriture complète de ce texte va voir le jour avec la rédaction de soixante-dix propositions au sein d'un rapport « Varinard », en 2008. Ce texte a repensé tout le droit pénal des mineurs, en incluant le droit pénal général et la procédure pénale, et il va donner lieu, le 11 septembre 2019, à la signature d'une ordonnance pour l'adoption d'un nouveau Code de Justice pénale des mineurs (CJPM) qui entrera en vigueur le 30 septembre 2021 et remplacera ainsi l'ordonnance du 02 février 1945. Ce présent texte aura pour objectif de « simplifier les procédures, d'accélérer le jugement des mineurs délinquants et de limiter leur détention provisoire »³⁴. Il permettra également une meilleure prise en charge sanitaire des mineurs délinquants grâce à différentes mesures mises en place à cette occasion au sein du droit pénale des mineurs.

³² BONFILS Philippe et GOUTTENOIRE Adeline, « Droit des mineurs », Dalloz, 2014, page 18.

³³ Conseil constitutionnel, décision n°2002-461 DC du 20 août 2002, *JORF* du 10 septembre 2002, texte n°2.

³⁴ GOETZ Dorothée, « Code de justice pénale des mineurs : la loi de ratification », Dalloz actualité, mars 2021, page 1.

10. – La rencontre entre enfance délinquante et psychiatrie infanto-juvénile. L'enfance délinquante est parfois confrontée à la question de la psychiatrie infanto-juvénile, à différents stades de la procédure pénale, lorsque l'état mental du mineur le nécessite. En effet, le mineur peut faire l'objet d'un mal-être, plus ou moins profond, l'amenant par conséquent à matérialiser ce dernier par différents comportements, tel qu'un trouble dépressif ou un trouble des conduites en passant par le trouble bipolaire ou la schizophrénie. Ces différentes pathologies peuvent le conduire à commettre des faits délictueux, des actes condamnés par la loi. Aussi, une enquête menée par l'Inserm, en 2002, met en avant le fait que « les troubles du comportement de l'enfant ont toujours questionné entre responsabilité et culpabilité, entre loi et médecine entre criminologie et psychiatrie »³⁵. En effet, la frontière entre la présence d'un discernement, de son altération ou de son abolition est parfois mince. D'autre part, la nécessité de soigner est parfois délicate à combiner avec la répression du mineur, tout en garantissant l'intérêt supérieur du mineur, de ses besoins et ses droits³⁶.

11. – L'action gouvernementale pour la santé mentale des mineurs délinquants. Il est ainsi apparu nécessaire de se préoccuper plus particulièrement de la santé mentale des mineurs, et notamment dans le cadre de la délinquance juvénile. Ainsi, plusieurs missions d'information ont été menées, depuis 2009, par différentes institutions publiques, eu égard à la situation de la pédopsychiatrie en France. Le 02 décembre 2009, l'Assemblée nationale dépose un rapport d'information mettant en avant « la nécessité d'améliorer le suivi sanitaire et psychique des mineurs placés sous main de justice ». Il sera suivi, le 04 avril 2017, par le Sénat qui rend ainsi un rapport formulant cinquante-deux propositions visant à « améliorer l'accompagnement des mineurs souffrant de troubles psychiatriques »³⁷. Puis, le 8 janvier 2020, celui-ci se prononce une nouvelle fois sur la situation de la pédopsychiatrie française et le constat ne se fait pas attendre : « la minorité est une notion peu adaptée en matière de santé mentale »³⁸. Différentes recommandations sont ainsi soulevées afin de permettre une prise en charge sanitaire spécialisées pour les mineurs, y compris s'agissant de l'enfance délinquante. Toutefois, cette

³⁵ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005, page 1.

³⁶ Ibidem, page 1.

³⁷ Sénat, « Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d'information n°494, 04 avril 2017, page 19.

³⁸ Ibidem, page 5.

préoccupation n'est pas seulement un phénomène national, puisque la question de la santé mentale des mineurs est également une préoccupation mondiale.

12. – *La santé mentale des mineurs, une préoccupation mondiale.* La première référence mondiale en matière de santé est la Charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986, à l'occasion d'une « Conférence internationale pour la promotion de la santé »³⁹. Celle-ci a pour but de permettre aux individus de parvenir à un bien-être complet, sur le plan « physique, mental et social » et met en avant différentes actions à mettre en place à l'attention des autres Etats. Elle va être suivie par un texte fondamental s'agissant des mineurs : la Convention internationale des droits de l'enfant. Celle-ci prévoit, en son article 24, le droit pour les mineurs à la santé et aux services médicaux. Il est ainsi octroyé, à l'enfant, « le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation »⁴⁰ et les Etats doivent s'efforcer « d'assurer qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à des services de santé efficaces »⁴¹. Il est donc une priorité de garantir le droit, pour l'enfant, de grandir en bonne santé et de bénéficier des soins nécessaires pour conserver son bien-être global.

13. – *La santé mentale des mineurs délinquants et le droit comparé.* A l'étranger, différentes études ont été menées s'agissant de la santé mentale des mineurs délinquants. Ainsi, aux Etats-Unis, à San Francisco, une étude relève une prévalence de la commission d'actes délictuels en présence de troubles du comportement, d'une hyperactivité ou d'une impulsivité⁴². En Nouvelle-Zélande, une enquête a relevé davantage de condamnations chez les mineurs ayant une faible estime d'eux-mêmes, ainsi qu'une possibilité accrue de développer des troubles mentaux.

14. – *La santé mentale des mineurs délinquants au Canada.* Au Canada, et plus particulièrement au Québec, de nombreuses recherches ont également été menées s'agissant des mineurs délinquants. L'une d'entre elles relève que 58% des jeunes « ayant déclaré avoir souvent eu un comportement agressif ont aussi déclaré avoir souvent eu des comportements

³⁹ Organisation mondiale de la santé, « Promotion de la santé, Charte d'Ottawa, page 1, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

⁴⁰ Convention internationale des droits de l'enfant, « Article 24 », 20 novembre 1989.

⁴¹ Ibidem.

⁴² Institut canadien d'information sur la santé, « Santé mentale, délinquance et activité criminelle, améliorer la santé des Canadiens », Initiative sur la santé de la population canadienne, 2008, page 12.

délinquants »⁴³. Elle ajoute que « divers facteurs liés à la santé mentale peuvent constituer des facteurs de risque de délinquance ou d'agressivité »⁴⁴, s'agissant des « contextes individuels, familial, de l'école ou de la collectivité »⁴⁵. Diverses politiques sont alors mises en œuvre, notamment la Commission de la santé mentale du Canada et la Stratégie nationale pour la prévention du crime (SNPC), pour permettre de prévenir la commission de crimes et délits par le biais d'évaluation et de programmes de développement social. Elles visent ainsi à rétablir la santé mentale des mineurs ainsi qu'un « meilleur fonctionnement à l'école et au travail, un meilleure régulation des émotions »⁴⁶ et une « diminution de la délinquance »⁴⁷. D'autre part, la loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), en vigueur depuis le 1^e avril 2003, met en avant, au sein de son Préambule, le fait que « la société se doit de répondre aux besoins des adolescents, de les aider dans leur développement et de leur offrir soutien et conseil jusqu'à l'âge adulte »⁴⁸. Elle ajoute également qu'il convient de « prévenir la délinquance juvénile en s'attaquant à ses causes, de répondre à leurs besoins et d'offrir soutien et conseil à ceux d'entre eux qui risquent de commettre des actes délictueux ». Elle prévoit des dispositifs relatifs à la santé mentale de ces mineurs, âgés de douze ans à dix-huit ans⁴⁹. Elle les protège ainsi, en son article 39 (5)⁵⁰, contre « la détention lorsqu'ils ont besoin de services de santé mentale »⁵¹ puisque « le placement sous garde ne doit pas se substituer à des services de protection de la jeunesse ou de santé mentale, ou à d'autres mesures sociales plus appropriés »⁵². Ainsi, le Canada prévoit des dispositions spéciales relatives à la condition des mineurs délinquants, et plus particulièrement s'agissant des adolescents, par la promulgation de cette loi.

⁴³ Institut canadien d'information sur la santé, « Santé mentale, délinquance et activité criminelle, améliorer la santé des Canadiens », Initiative sur la santé de la population canadienne, 2008, page 10.

⁴⁴ Ibidem, page 13.

⁴⁵ Ibidem, page 21.

⁴⁶ Ibidem, page 21.

⁴⁷ Ibidem, page 22.

⁴⁸ Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, « Préambule », 2002, page 1.

⁴⁹ Ibidem, page 2.

⁵⁰ Ibidem, page 41.

⁵¹ Institut canadien d'information sur la santé, « Santé mentale, délinquance et activité criminelle, améliorer la santé des Canadiens », Initiative sur la santé de la population canadienne, 2008, page 35.

⁵² Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, page 41.

15. – En France, la justice pénale est également spécialisée à l'égard des mineurs délinquants depuis la promulgation de l'ordonnance du 02 février 1945 relative à l'enfance délinquante. Puis, plus récemment, avec la promulgation de la loi du 26 février 2021 qui ratifie l'ordonnance du 11 septembre 2019, portant partie législative du Code de la justice pénale des mineurs. Toutefois, s'agissant du volet sanitaire relatif à la prise en charge des mineurs délinquants, il convient de s'interroger sur les aspects sanitaires de la réponse pénale faite à l'égard de ces derniers.

Ainsi, la question se pose de savoir **comment est appréhendée la prise en charge du mineur délinquant lorsque qu'il est atteint d'un trouble mental**. En ce sens, il s'agit de s'interroger sur les modalités d'application de leur prise en charge et les réponses apportées par le droit lorsque la délinquance juvénile est en relation avec les troubles mentaux.

16. – Au sein de ce travail de recherche, l'accent sera mis sur le mineur délinquant, plus particulièrement au stade de l'adolescence, afin de rapprocher la commission d'actes délictueux avec la survenue de troubles mentaux, lors de ce passage, de l'enfance vers l'âge adulte. Sera donc spécifiquement étudiée la population délinquante juvénile âgée de treize à dix-huit ans. D'autre part, la maladie psychiatrique est une notion dense et complexe, regroupant différents troubles, à différents degrés. Seront particulièrement étudiés les troubles mentaux rencontrés chez l'adolescent délinquant, sans que ces derniers n'impliquent une irresponsabilité pénale.

17. – L'intérêt de ce travail sera donc d'étudier, comment le droit pénal des mineurs conjugue la réponse pénale faite au regard des faits délictueux, commis par le mineur, avec la réponse sanitaire faite au regard du mal-être, ou du trouble mental, rencontré chez cet individu (**Partie 1**). Il sera observé que la justice pénale des mineurs a mis en place, notamment par le biais du Code de Justice pénale des mineurs, plusieurs dispositions visant à faciliter la prise en charge sanitaire du mineur délinquant, aux différents stades de la procédure pénale. Toutefois, différentes difficultés seront rencontrées par cette branche du droit pénal (**Partie 2**), s'agissant de la réponse sanitaire faite au regard des spécificités relatives à l'adolescent délinquant. Elles se matérialiseront par une difficile mise à disposition de moyens au regard de l'ensemble des professionnels judiciaires et de santé, ainsi que d'un point de vue matériel. Un certain nombre d'améliorations seront donc attendues afin de prévoir une meilleure prise en charge des mineurs délinquants atteints d'un trouble mental.

PREMIÈRE PARTIE : L'INTÉGRATION DE LA SANTÉ MENTALE AU SEIN DU DROIT PÉNAL DES MINEURS

18. – Le droit pénal des mineurs est confronté à un certain nombre d'affaires variées et parfois complexes. Chacune diffère en fonction, d'abord de l'infraction dont il est question, puis, suivant l'âge du mineur, qui déterminera les mesures et les éventuelles peines susceptibles d'être prononcées. Ensuite, la personnalité du mineur va être recherchée par les autorités judiciaires afin de préciser l'efficacité des mesures qui seront prises à son encontre. Aussi, il est important de garder à l'esprit que l'adolescent est un adulte en devenir, particulièrement vulnérable et malléable, en fonction de différents facteurs qui tiennent notamment à l'environnement au sein duquel il va grandir et se construire.

19. – Il arrive ainsi au mineur délinquant de rencontrer un certain nombre de difficultés ou de déséquilibres au cours de son enfance et de son adolescence. Ces aléas pourront avoir une grande influence sur sa santé mentale et sur l'éventuelle survenance de troubles mentaux, plus particulièrement au stade de l'adolescence (**Chapitre 1**). Prenant ces singularités en compte, les institutions judiciaires vont tenter d'adapter le droit pénal des mineurs à celles-ci (**Chapitre 2**) afin d'appréhender plus spécifiquement les mineurs délinquants présentant des troubles. Ils vont notamment s'appuyer sur une des règles fondamentales régissant ce droit qui est de « rechercher le relèvement éducatif et moral de ces derniers par des mesures adaptées à leur âge et leur personnalité ».

Chapitre 1 : La pathologie mentale chez le mineur délinquant

20. – L'être humain est un être complexe du fait de son fonctionnement, son intelligence et ses multiples capacités. Sa complexité peut, toutefois, l'amener à rencontrer un certain nombre de difficultés, au cours de son existence, qu'elles soient internes ou externes. Enfin, dans certains cas, l'être humain peut basculer dans la pathologie mentale. Cela est particulièrement vrai au stade de l'enfance et, plus particulièrement, pendant l'adolescence puisqu'il s'agit d'une période accompagnée de grands changements, aussi bien d'un point de vue physiologique que psychologique. L'adolescent peut ainsi être sujet à un mal-être (**Section 1**) se matérialisant sous différentes formes et à différents degrés, mal-être pouvant avoir des conséquences plus ou moins marquées en fonction de sa gravité (**Section 2**).

Section 1 : L'existence d'un mal-être

21. – Le mineur, lorsqu'il entre dans la période de l'adolescence, va faire l'objet de différentes transformations qu'elles soient physiques ou psychiques. Il lui est alors possible de ressentir un mal-être ayant une ou plusieurs origines, susceptibles d'être très différentes les unes des autres (*Paragraphe 1*). De manière générale, il s'agit d'un phénomène bénin, souvent rencontré à cette période. Il arrive toutefois, en raison de la présence d'un certain nombre de facteurs à risque, que ce malaise prenne une certaine ampleur et devienne un mal-être plus sévère, aussi appelé « trouble mental » (*Paragraphe 2*).

Paragraphe 1 : Les origines du mal-être

22. – Le mal-être présent chez l'adolescent est une notion complexe qui mérite d'être explicitée afin d'en comprendre son sens (**A**). Il est causé par différents facteurs, ayant une influence plus ou moins importante, en fonction de l'ampleur de ces derniers, au sein de l'environnement du mineur (**B**).

A. La définition du mal-être chez l'adolescent

23. – Le mal-être est une notion qui regroupe tout un ensemble de symptômes, observables chez les individus, à différents niveaux. Elle mérite d'être explicitée, d'abord généralement, afin d'en comprendre le sens global (1) avant de pouvoir l'appliquer plus spécifiquement à l'adolescent (2), afin d'y rapprocher certaines particularités propres à sa personne.

1. La notion de mal-être

24. – La notion de mal-être est une notion complexe qui nécessite d'être définie afin d'en comprendre son sens.

25. – *Définition du mal-être.* Du latin « malum » (mal, maladie⁵³) et « esse » (être, exister, se produire, se réaliser⁵⁴), le mal-être est un état désagréable ressenti par un individu à un moment donné de son existence. Cette attitude est déjà appréhendée en 1590, par Michel de Montaigne, qui la définit dans son ouvrage « Les Essais » comme l'« état d'une personne qui ne se sent pas bien »⁵⁵. Ce « sentiment général de malaise »⁵⁶, de « vague indisposition »⁵⁷, de gêne ou d'« état peu fortuné »⁵⁸ peut se retrouver sous la forme physique ou mentale. Il traduit donc d'abord, de manière générale, l'« état d'une personne malheureuse » qui correspondrait à un sentiment « normal », susceptible de survenir au cours de la vie de l'individu. Il peut toutefois révéler, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), un « état vague et pénible d'une personne qui souffre de troubles psychiques ». Cela traduirait donc un mal-être plus profondément ancré chez l'individu, susceptible d'avoir des conséquences plus importantes sur sa santé mentale.

⁵³ LAROUSSE Pierre, « Grand dictionnaire universel du 19e siècle », page 993.

⁵⁴ Ibidem, page 1073.

⁵⁵ DE MONTAIGNE Michel, « Les essais », Villey-Saulnier, Quadrige, 2004, page 91.

⁵⁶ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, « Définition du mal-être », 2012, <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/mal-%C3%AAtre>

⁵⁷ LAROUSSE Pierre, « Grand dictionnaire universel du 19e siècle », page 1073.

⁵⁸ Ibidem, page 1073.

26. – Le mal-être est susceptible de toucher n’importe quel être humain, indépendamment de son âge, de son sexe, de sa religion et tout autre critère de distinction de l’individu. Il se retrouve donc aussi bien chez les adultes, que les enfants ou les adolescents.

2. La notion de mal-être chez l’adolescent

27. – Les adolescents sont particulièrement touchés par ce sentiment de « mal-être » en raison du « processus de passage de l’enfance à l’état adulte »⁵⁹, susceptible de les fragiliser d’un point de vue psychologique.

28. – *L’application du mal-être à l’adolescent.* L’adolescent, durant cette période, va faire l’objet de transformations multiples relatives à son corps, à son fonctionnement intellectuel avec notamment la volonté de développer et façonner son identité, de s’individualiser⁶⁰. Il fait donc l’objet de nombreux changements relativement rapides, pouvant impacter son estime de soi, sa confiance en lui et l’amener ainsi à ressentir différents sentiments désagréables comme la solitude⁶¹ par exemple. Le mal-être de l’adolescent peut être repéré par le biais de comportements, de propos et d’attitudes particuliers, qui vont être différents en fonction de la personnalité du mineur et de son environnement.

29. – *Les symptômes du mal-être.* L’adolescent va pouvoir matérialiser son mal-être à différentes échelles et par différents symptômes. Ainsi, il va d’abord être susceptible de manifester cet état par de l’irritabilité, une relative agressivité, de l’anxiété, de l’isolement ou un repli sur soi, de l’hypersensibilité, et dans ces cas présents, les symptômes resteront relativement bénins. Le mineur peut également traduire son mal-être par des signes plus marqués comme « l’anorexie, la toxicomanie, la chute des résultats scolaires voire l’échec scolaire soudain, les tentatives de suicide, la fugue »⁶². Cela va souvent démontrer un mal-être plus profondément ancré chez l’adolescent, qui sera plus facile à détecter par son entourage et plus facile à prendre en compte. Enfin, il arrive que le mal-être de l’adolescent se matérialise

⁵⁹ GOLDBETER-MERINFELD Edith, « Adolescence : de la crise individuelle à la crise des générations », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, vol. 40, n°1, 2008, page 14.

⁶⁰ Ibidem, page 15.

⁶¹ Ibidem, page 16.

⁶² Ibidem, page 17.

sous des formes qualifiées de « problématiques » notamment lorsqu'il se traduit par un trouble des conduites, impliquant la commission d'agressions physiques, de destructions de biens, de vols ou fraudes ainsi que de violations graves de règles établies⁶³. Cette forme de matérialisation du mal-être chez le jeune présente souvent des conséquences d'un point de vue juridique, qui seront abordées au sein du Chapitre 1, dans sa deuxième section.

30. – L'existence de cette multitude de symptômes démontre la complexité de la notion de mal-être rattachée à la personne de l'adolescent. En effet, puisqu'elle est susceptible de se matérialiser sous différentes formes, sa détermination et sa prise en charge ne vont pas être aisées. C'est notamment dû en raison d'un ensemble de facteurs qu'il convient d'explicitier.

B. L'influence de différents facteurs sur le mal-être de l'adolescent

31. – L'origine du mal-être de l'adolescent est complexe à déterminer puisque plusieurs facteurs peuvent avoir une influence sur la santé mentale de celui-ci. Il est alors délicat d'évaluer, au cas par cas, ceux ayant un rôle à jouer dans le mal-être de l'adolescent. Il est néanmoins possible de les classer selon qu'ils tiennent de l'ordre familial, scolaire ou relationnel (1) et ils sont à rapprocher avec les nombreux changements internes (2) que le mineur rencontre à la période de l'adolescence.

1. L'incidence des facteurs familiaux, scolaires et relationnels sur l'adolescent

32. – L'environnement familial, scolaire et relationnel du mineur peut avoir des incidences sur le mal-être de ce dernier.

33. – *Le facteur familial.* L'environnement familial est le socle sur lequel le mineur va se construire tout au long de son enfance et ce, jusqu'au jour où il aura la capacité d'acquérir son indépendance. Il est donc fondamental pour celui-ci de grandir dans un environnement sain, cadré et rassurant afin qu'il puisse développer toutes les capacités dont il aura besoin dans sa vie d'adulte. Lorsque ce socle présente des fragilités, qui peuvent tenir, par exemple, de l'ordre d'une séparation ou d'un divorce, de mésentente entre les parents ou envers l'enfant, d'un

⁶³ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005, pages 52-57.

contrôle parental strict ou au contraire laxiste, le mineur est susceptible de développer un mal-être en réponse à ces fragilités. En effet, la liste n'est pas exhaustive mais cela pourra avoir pour conséquence de fragiliser son estime de soi, sa stabilité émotionnelle ou encore sa réaction vis-à-vis d'éléments extérieurs. Cela résulte notamment du fait que le mineur va réagir, de manière inconsciente, aux différents facteurs familiaux rencontrés lors de son enfance. Ce ne sont pas les seuls à pouvoir avoir une influence sur son bien-être et il est important de les rapprocher au facteur scolaire et relationnel.

34. – Les facteurs scolaire et relationnel. L'environnement scolaire tient également une place importante dans la construction du bien-être du mineur puisqu'il s'agit d'une prolongation de ce qui est appris au sein du domicile familial. En effet, il est imposé au mineur un certain nombre de règles tenant à la vie en communauté, à l'apprentissage scolaire et relationnel notamment. C'est un lieu où l'enfant est susceptible de s'épanouir puisqu'il va pouvoir fréquenter ses pairs, créer des liens qui vont l'aider à s'intégrer en communauté et à apprendre les codes de la vie en société. Toutefois, l'école peut également être « le lieu de harcèlement, de violences et de bagarres »⁶⁴. C'est ainsi qu'en 2014, l'Organisation mondiale de la santé a mené une enquête auprès de différentes classes et a relevé plusieurs chiffres significatifs. Ainsi, un collégien sur dix déclare avoir subi un harcèlement avéré (11,8%), un élève sur cinq déclare avoir subi des violences à l'école (20,9%) et 47,2% des garçons se sont bagarrés au cours de l'année scolaire⁶⁵. Le facteur scolaire peut donc avoir une grande influence sur le bien-être mais également sur le mal-être du mineur lorsqu'il a notamment subi des faits, cités ci-dessus, dans l'enceinte de l'école. A la suite de ces agissements, l'adolescent est ainsi susceptible de développer différents symptômes relatifs à un mal-être tels que la volonté de s'isoler, l'anxiété ou encore l'échec ou la phobie scolaire. Il a également été démontré que des harcèlements ou des agressions subis dans le milieu scolaire peuvent amener le mineur à faire des tentatives de suicide, des automutilations ou des dépressions lorsque le mal-être s'amplifie et que les faits se prolongent dans le temps.

⁶⁴ SAVALLE Caroline, « Le mal-être des adolescents et sa prise en charge en santé scolaire », Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, 2014, Dr Collet A. (dir), page 24.

⁶⁵ ESCALON Hélène, EHLINGER Virginie, GENOLINI Jean-Paul, GODEAU Emmanuelle, « La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Brimades, harcèlement, violences scolaires, bagarres ». Saint-Maurice : Santé publique France, 2016, page 6.

35. – Tous les mineurs ne vont toutefois pas réagir de la même façon, même en présence de situations similaires et cela est notamment du à leur conception psychique. Il est ainsi important de rapprocher ces précédents facteurs familiaux, scolaires et relationnels aux facteurs physiologiques et psychologiques.

2. L'incidence des facteurs physiologiques et psychologiques sur l'adolescent

36. – Lorsque le mineur arrive au stade de l'adolescence, tout un ensemble de transformations physiques et psychiques vont s'opérer. Chaque individu ne va pas réagir de la même façon à l'égard de ces changements, et cela tient, en partie, aux facteurs physiologiques et psychologiques.

37. – *Les facteurs physiologiques et psychologiques.* Les facteurs physiologiques et psychologiques concernent le fonctionnement organique humain et le fonctionnement du psychisme, qui vont différer pour chaque individu. Ils sont donc importants de les prendre en compte lorsqu'il s'agit de s'interroger sur le bien-être du mineur puisque, chaque adolescent n'aura pas la même réaction, ni le même comportement en fonction de son développement psychique. Ainsi, les transformations physiques qu'il rencontre (voix qui mue, pilosité, développement musculaire et des organes génitaux...), corrélées aux transformations psychiques (fonctionnement des hormones, volonté de s'émanciper, de s'individualiser) vont pouvoir avoir des conséquences sur l'état psychologique de l'adolescent. Celui-ci va pouvoir développer une gêne, une faible estime de lui-même, de la honte, des craintes, une anxiété ressentie à l'égard de ce corps qu'il ne connaît plus réellement et de ces changements qui sont opérés. Un mal-être va ainsi être susceptible de se développer en réaction à ces nombreux changements que l'adolescent ne maîtrise pas et ne connaît pas. Il est toutefois, dans une certaine mesure, « normal » que le jeune puisse ressentir un certain mal-être en réponse à tous ces changements, lorsque cela ne prend pas des proportions importantes.

38. – Lorsque ces différents facteurs affectifs, éducatifs ou sociaux⁶⁶ sont pris individuellement, ils peuvent rester relativement bénins. Ainsi, l'important va être, selon

⁶⁶ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 14.

François Bridier, de « reconnaître les signes de souffrance »⁶⁷ afin de veiller à ce que le mineur ne rencontre pas de difficultés plus importantes et de l'accompagner dans ces différents changements. Il arrive malheureusement que l'entourage du mineur ne prenne pas connaissance du mal-être que celui-ci ressent. Il va alors, parfois, s'aggraver progressivement, et, selon François Bridier, « se structurer, se fixer et conduire à des difficultés majeures dans l'avenir »⁶⁸ qui tiennent notamment à l'apparition d'un trouble mental plus marqué.

Paragraphe 2 : La transformation du mal-être en trouble mental

39. – Au cours de l'adolescence, le mineur est donc susceptible de ressentir un mal-être qui peut avoir diverses origines, tenant aussi bien à des facteurs externes qu'internes. Cette sensation de gêne peut être renforcée lorsque ces différents facteurs prennent une certaine ampleur (**A**). Le risque, auquel le mineur est alors confronté, est de voir son mal-être se fixer et se matérialiser sous la forme d'un véritable trouble mental (**B**).

A. Le renforcement du mal-être chez l'adolescent

40. – Il est « normal » pour l'adolescent de passer par des phases difficiles au cours de son passage de l'enfance vers la vie d'adulte. Il peut être problématique lorsque différents facteurs ont une certaine gravité ou sont présents en plus grand nombre au sein de l'environnement du mineur (**1**). Ce phénomène va pouvoir être associé à sa personnalité qui peut être qualifiée comme étant « à risque » (**2**) dans certains cas de figure et qui va donc également avoir un rôle à jouer dans les troubles susceptibles de survenir chez l'adolescent.

1. La place des facteurs externes au mineur

41. – Il a été précédemment expliqué le rôle des facteurs familiaux, scolaires et relationnels dans le mal-être du mineur. Plusieurs études ont mis en avant un ensemble de

⁶⁷ Ministère des affaires sociales et de la santé, « Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent », Guide de repérage à l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'éducation nationale, 2013, page 9.

⁶⁸ Ibidem, page 9.

facteurs dits « externes » au mineur qui peuvent entrer en compte dans l'évolution de son mal-être et dans la détermination d'un éventuel trouble mental.

42. – Les facteurs génétiques et périnataux. Le premier facteur susceptible d'avoir une influence sur la santé mentale du mineur relève des périodes anténatales et périnatales. Plusieurs études ont repéré l'existence d'un lien entre des événements apparus à ce moment précis et « la survenue ultérieure d'un trouble mental »⁶⁹. Ainsi, l'apparition de « complications au moment de la naissance »⁷⁰ peuvent favoriser l'apparition de « déficits neurologiques susceptibles de contribuer au développement de troubles du comportement ». Le tabagisme ou l'alcoolisme maternel (études menées par Streissguth, 1996 ; Fergusson, 1998 ; Brennan ; 1999)⁷¹, la prématurité, les troubles émotionnels chez la mère ou la maternité précoce, le rejet maternel peuvent également avoir une influence sur l'apparition d'un trouble mental chez le mineur, particulièrement s'agissant des conduites agressives et des troubles du comportement comme le prouvent des études menées à la fin des années 1990 par Raine (1997) et Allen (1998)⁷². Ce facteur à risque, touchant à la période natale et prénatale du mineur, peut être rapproché de celui touchant au domaine familial puisque bien souvent, ces deux facteurs sont liés et se retrouvent l'un et l'autre chez le même individu.

43. – Le facteur familial. S'agissant du facteur familial, des études menées au Québec par Tremblay, en 2004⁷³, ont ainsi permis de rapprocher un trouble des conduites pour 35 à 46% des mineurs ayant un parent présentant une personnalité dite antisociale, contre 6 à 17% pour les mineurs ayant des parents sans trouble particulier. Il est également rapporté que le « comportement antisocial de la mère avant la fin du lycée était prédictif d'une trajectoire élevée d'agression chez son enfant »⁷⁴ avec une augmentation des risques lorsque le parent, en particulier le père, est alcoolique. En effet, le parent, sous l'effet de substances psychoactives, est susceptible d'adopter des comportements violents au sein de la structure familiale qui pourront, par la suite, avoir des conséquences sur le comportement du mineur. Celui-ci, témoin

⁶⁹ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005, page 71.

⁷⁰ Ibidem, page 72.

⁷¹ Ibidem, page 74.

⁷² Ibidem, page 72.

⁷³ Ibidem, page 88.

⁷⁴ Ibidem, page 88.

ou victime de scènes de violences, de manière récurrente, pendant son enfance, va parfois créer un trouble des conduites en réponse aux scènes dont il a eu connaissance. Il va également pouvoir développer un comportement agressif et violent, reproduisant inconsciemment, le comportement du parent pour qui, l'agression deviendrait « une norme comportementale »⁷⁵. Cette dernière pourra être corrélée à l'environnement, au sein duquel le mineur va être amené à grandir, et qui va constituer le troisième facteur important.

44. – *Le facteur social et environnemental.* Pour plusieurs psychologues et criminologues comme Stouthamer, Tremblay et Loeber⁷⁶, le fait de vivre au sein de quartiers défavorisés, ainsi que le faible niveau socioéconomique des familles, la « fréquentation de pairs délinquants » et les situations d'échec scolaire sont des facteurs susceptibles d'augmenter le risque pour le mineur d'adopter un trouble des conduites ou de renforcer ce dernier. Cela est particulièrement vrai au stade de l'adolescence, lorsque le mineur est en pleine construction puisque sa vulnérabilité va être plus prononcée et que, de ce fait, tout facteur externe va avoir une plus grande influence sur son état psychique. Ainsi, lorsque son environnement présente de grandes carences pour le bon développement psychologique du mineur à l'adolescence, il est alors susceptible d'avoir « un rôle néfaste » sur cette période.

45. – Ces différents facteurs à risque sont donc susceptibles d'avoir une influence sur le renforcement du mal-être de l'adolescent puisqu'ils sont plus importants que de simples désagréments pouvant survenir au sein de n'importe quelle famille. Ils doivent néanmoins être associés au tempérament et à la personnalité du mineur puisque ces derniers donnent également de précieuses informations sur son état psychique, et sur la probabilité de développer des troubles à l'adolescence lorsqu'ils sont rapprochés à des facteurs externes.

2. Le facteur aggravant du tempérament à risque du mineur

46. – Le tempérament du mineur et sa personnalité peuvent parfois avoir des incidences sur l'éventuelle apparition de troubles mentaux.

⁷⁵ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005, page 93.

⁷⁶ Ibidem, page 96.

47. – Les facteurs tempéramentaux et de personnalité. Chaque individu présente des « différences individuelles de réactivité émotionnelle et de comportement »⁷⁷ qui peuvent jouer « un rôle dans le fonctionnement ultérieur et dans la survenue de certains troubles mentaux »⁷⁸. Le facteur du tempérament et de la personnalité du mineur est donc un élément très important à prendre en compte puisque « tous les individus exposés à un environnement défavorisé ou « criminogène » ne développent pas de troubles des conduites »⁷⁹. Ainsi, le tempérament relève de l’aspect dit « biologique », alors que le caractère concerne plutôt l’aspect « social ou acquis ». Plusieurs études ont été réalisées afin de dresser divers profils en fonction du tempérament du mineur et différentes caractéristiques sont régulièrement retrouvées dans la définition du « profil de tempérament à risque » comme la « qualité négative de l’humeur, la faible persévérance, la faible adaptabilité, la forte distractibilité et les réactions intenses, le niveau élevé d’activité et le retrait social »⁸⁰. Ce tempérament amène souvent les adolescents à avoir des « problèmes d’adaptation psychosociale »⁸¹ c’est-à-dire qu’ils vont avoir des réticences pour s’intégrer à un groupe d’individus. Ils sont, par conséquent, susceptibles d’adopter une personnalité antisociale se manifestant sous différentes formes comme l’hétéro-agressivité, l’impulsivité et la désinhibition comportementale.

48. – La personnalité antisociale. Cette dernière va d’ailleurs être étudiée par plusieurs auteurs et deux systèmes seront mis en place pour détecter la possible survenue de troubles des conduites : le *Behavioural approach system (BAS)* qui lui, est relié « aux dimensions d’impulsivité et de désinhibition » et le *Behavioural inhibition system (BIS)* qui lui, est relié « au trait d’anxiété ». L’association de ces deux techniques va permettre de repérer des « conduites antisociales et le trouble des conduites »⁸² en évaluant des adolescents à partir de différents critères relatifs à leur structure neurologique. Leur fonctionnement émotionnel a également été étudié afin de pouvoir évaluer les jeunes de façon plus complète. Ainsi, en 2003, Cimbora et McIntosh⁸³ ont démontré que plus l’index de moralité affective est bas, plus

⁷⁷ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l’enfant et l’adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005, page 133.

⁷⁸ Ibidem, page 133.

⁷⁹ Ibidem, page 133.

⁸⁰ Ibidem, page 136.

⁸¹ Ibidem, page 136.

⁸² Ibidem, page 140.

⁸³ Ibidem, page 140.

l'adolescent est susceptible de développer un trouble des conduites. Cela se matérialise notamment par la faible présence des émotions de culpabilité et de peur, par une certaine froideur, par une difficulté à reconnaître les émotions et par un manque d'empathie. Cette personnalité favorise le repli des adolescents sur eux-mêmes pouvant matérialiser des situations de rejet des autres et augmentant les risques d'apparition de « troubles internalisés »⁸⁴ aussi appelés troubles mentaux.

49. – *Le cumul des différents facteurs.* Les adolescents ayant ces tempéraments et personnalités sont des mineurs à risque notamment lorsque d'autres facteurs externes, comme vu précédemment, sont présents dans l'environnement de ces derniers. En effet, le risque de développer un trouble des conduites est augmenté à chaque fois que se rajoute un facteur susmentionné. En définitive, les carences éducatives, affectives et environnementales, lorsqu'elles évoluent avec un fonctionnement psychique de l'adolescent organisé sur un mode de fonctionnement à risque, peuvent se rigidifier et devenir pathologiques.

50. – C'est ainsi que le mal-être de l'adolescent, lorsqu'il n'est pas pris en charge, que les troubles dits « bénins » se renforcent, ce mal-être peut muter vers le trouble mental.

B. Le déclenchement de la pathologie mentale chez l'adolescent

51. – Au cours de l'adolescence, le mineur peut être en proie à un mal-être lorsque plusieurs facteurs à risque se rencontrent. Il va parfois voir son malaise évoluer et basculer vers la pathologie mentale (1) lorsque les troubles viennent à se rigidifier. Ce risque, pour l'adolescent, de développer des troubles mentaux, est notamment accentué lorsque celui-ci consomme des produits stupéfiants (2).

1. L'entrée de l'adolescent dans la pathologie mentale

52. – La pathologie mentale peut survenir auprès du mineur lorsque différents facteurs se présentent et viennent déclencher un trouble.

⁸⁴ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005, page 136.

53. – Définition de la pathologie mentale. Du latin « pathos »⁸⁵ (maladie) et « mentalis »⁸⁶ (esprit, âme), la pathologie mentale est la maladie de l'esprit, de l'âme c'est-à-dire une altération de la santé de l'esprit. Selon l'Association des médecins psychiatres du Québec, la maladie mentale est « un ensemble de dérèglements au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales »⁸⁷. La maladie mentale peut se matérialiser, chez l'adolescent, par l'apparition de différentes pathologies qui peuvent être des dépressions, des psychoses, des troubles du comportements comme le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou des troubles agressifs et destructeurs, de la schizophrénie et un certain nombre de comportements à risques comme la consommation de substances psychoactives⁸⁸ qui sera étudiée plus spécifiquement ci-après.

54. – La réunion de différents facteurs. La survenance d'une pathologie mentale, chez l'adolescent, nécessite la réunion de plusieurs facteurs à risque, qui ont été précédemment explicités au sein du grand I. Ainsi, lorsqu'ils sont pris indépendamment les uns des autres, ces facteurs sont susceptibles de causer un mal-être auprès du mineur sans qu'il n'y ait de grandes conséquences notamment lorsque d'autres facteurs dits « protecteurs » sont retrouvés au sein de l'environnement du jeune. Il peut ainsi s'agir d'un cadre familial équilibré avec un soutien des proches, de la présence de ressources internes chez le mineur, d'activités extra-scolaires favorisant le développement social et l'équilibre du jeune. Dans ce cas-là, le mal-être de l'adolescent va pouvoir être contenu et se stabiliser au fur et à mesure de sa croissance.

55. – Le développement du mal-être à l'adolescence. Ce qui peut être problématique, c'est lorsque le mineur développe un mal-être au cours de l'adolescence, et que ce dernier est causé par un ou plusieurs facteurs renforçant le malaise qui habite le mineur. L'U.S Department of Health Services a d'ailleurs dressé un tableau, regroupant les différents facteurs à risque (familial, communautaire ou scolaire et individuel) qui entrent en compte dans l'apparition de différents troubles mentaux pendant l'adolescence. En fonction du nombre de facteurs retrouvés au sein de l'environnement du mineur et selon sa conception psychique, il aura plus ou moins

⁸⁵ LAROUSSE Pierre, « Grand dictionnaire universel du 19e siècle », page 397.

⁸⁶ Ibidem, page 42.

⁸⁷ Association des Médecins Psychiatres du Québec, « Qu'est-ce qu'une maladie mentale ? », 2021.

⁸⁸ Organisation Mondiale de la Santé, « Santé mentale des adolescents », septembre 2020.

de risques de développer une pathologie mentale. Il a également été précisé le type de facteurs pouvant entrer en compte dans la survenance d'une pathologie mentale plutôt qu'une autre. Ainsi, une vie familiale désorganisée avec des proches ayant des antécédents psychopathologiques, un manque de cohésion et un déséquilibre au niveau de l'éducation, corrélés à un faible niveau socioéconomique et une alcoolodépendance d'un des parents, est susceptible de favoriser l'apparition d'un trouble du comportement agressif⁸⁹ chez l'adolescent. Lorsque le mineur présente une faible estime de lui, avec l'existence d'un conflit familial et des violences à l'école, par exemple, celui-ci est plus susceptible de développer un trouble de l'anxiété.

56. – *La multitude des facteurs à risque.* L'apparition des troubles mentaux chez l'adolescent est déterminée en fonction des facteurs à risque, présents au sein de l'environnement du mineur, et sont à mettre en lien avec son fonctionnement interne. Les troubles mentaux seront donc différents en fonction des facteurs retrouvés et n'auront pas nécessairement le même degré de gravité notamment au regard de la vulnérabilité de l'individu⁹⁰. Finalement, il est délicat de déterminer l'entrée de l'adolescent dans la pathologie mentale puisque d'une part, il existe un grand nombre de facteurs susceptibles d'influencer le bien-être ou le mal-être du mineur, et ce, à différents degrés. D'autre part, cette difficulté sera renforcée par la possibilité, pour le trouble mental, de survenir sur une période variable, pouvant être plus ou moins longue et ainsi enfermer, ou non, l'adolescent dans la pathologie mentale.

57. – Il est également important de mentionner l'existence d'un facteur de risque qui est particulièrement étudié depuis quelques années, dans la plupart des pays, en raison des conséquences qu'il a sur le développement psychique de l'adolescent et sur sa santé mentale. Ainsi, la consommation de substances psychoactives semble avoir des répercussions importantes concernant la pathologie mentale de l'adolescent, et ce, indépendamment des autres facteurs de risque.

⁸⁹ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005, page 124.

⁹⁰ Association des Médecins Psychiatres du Québec, « Qu'est-ce qu'une maladie mentale ? », 2021.

2. *Précisions sur l'influence des produits stupéfiants chez le trouble mental de l'adolescent*

58. – La consommation de produits stupéfiants, chez les adolescents, est un sujet actuellement au cœur des préoccupations puisque de nombreux mineurs, en proie à un mal-être, viennent à user d'alcool, de tabac, de cannabis ou de tout autre psychotrope.

59. – Définition des produits stupéfiants. En France, en 2017, il y a un peu moins d'un adolescent sur dix qui consomme régulièrement de l'alcool (8,4%)⁹¹, un adolescent sur quatre consomme quotidiennement du tabac (25%). Pour le cannabis, 7,2% sont des fumeurs réguliers et 25% de ces derniers rencontrent un usage problématique ou une dépendance⁹². En ce qui concerne la cocaïne⁹³, c'est environ 2,8% des adolescents de 17 ans qui ont consommé cette substance au moins une fois au cours de leur vie. Pour la MDMA⁹⁴, les chiffres sont de 3,4%, pour l'héroïne et les opioïdes⁹⁵, il s'élève à 0,7%. Ces substances sont définies par l'Organisation mondiale de la santé comme « une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect »⁹⁶. Cette modification des fonctions de l'adolescent représente un facteur de risque qui mérite d'être explicité plus en détail au sein de cette section notamment en raison des conséquences désastreuses qu'il peut avoir sur l'adolescence. La consommation de produits provoque une modification des fonctions mentales de l'adolescent notamment par une désinhibition comportementale et par une déformation de la réalité. Les effets provoqués par ces substances sont susceptibles d'inciter l'adolescent à adopter un comportement à risque, de renforcer son mal-être et cela va même parfois basculer dans la maladie mentale ou la commission d'actes criminels ou délinquants.

60. – La consommation des produits stupéfiants. Lorsque le jeune consomme ces produits de façon exceptionnelle, les effets peuvent être moindres mais ne sont pas à écarter.

⁹¹ Observatoire français des drogues et des toxicomanies, « Drogues, Chiffres clés », 8e édition, Juin 2019, page 2.

⁹² Ibidem, page 4.

⁹³ Ibidem, page 5.

⁹⁴ Ibidem, page 5.

⁹⁵ Ibidem, page 6.

⁹⁶ Organisation Mondiale de la Santé, « Prise en charge de l'abus de substances psychoactives », 2021.

De manière générale, ils vont n'être que temporaires et diminueront en quelques heures jusqu'à complètement disparaître. En revanche, lorsque le mineur consomme des produits stupéfiants de manière régulière, des modifications neuronales vont survenir et vont pouvoir provoquer un changement de comportement chez l'adolescent jusqu'à aller, dans certains cas, à la survenue d'une maladie mentale. Cela est particulièrement vrai notamment lorsque le mineur présente des anomalies neuronales, un développement particulier du cerveau et une consommation régulière de produits stupéfiants. Dans ce cas-ci, le risque pour l'adolescent, de développer une schizophrénie est plus élevé⁹⁷. Il est d'autant plus préoccupant qu'il a été démontré que des pathologies mentales, telles que la schizophrénie, peuvent survenir chez l'adolescent, consommateur de cannabis, même en l'absence de facteurs génétiques à risque. Ainsi, selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), « la consommation de cannabis doublerait le risque de schizophrénie, mais avec une grande hétérogénéité en fonction des individus »⁹⁸.

61. – Cette modification du comportement chez l'adolescent et son entrée dans la pathologie mentale peut l'amener à adopter tout un ensemble d'attitudes qu'il convient d'explicitier puisqu'ils amènent parfois à adopter des comportements qualifiés de transgressifs.

Section 2 : L'adoption de comportements transgressifs

62. – Pour Deutsh Morton, psychologue, « la morale sont les normes, les droits, les obligations, les responsabilités et les devoirs qui façonnent notre sens de la justice et guident notre comportement avec les autres »⁹⁹.

63. – Lorsque la santé mentale de l'adolescent est mise à mal, cela peut avoir différentes conséquences sur le comportement et les attitudes de celui-ci puisqu'ils vont, bien souvent, être différents des autres jeunes ne présentant pas de trouble mental. Il arrive ainsi à l'adolescent

⁹⁷ Inserm, « Schizophrénie, intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles », 2021.

⁹⁸ Ibidem.

⁹⁹ CHRISTIE Daniel J., WAGNER Richard V., WINTER DU NANN Deborah, « Peace, conflict and violence : Peace psychology for the 21st century », chapitre 8, I A Books, 2008, page 103.

d'adopter un comportement l'amenant à transgresser certaines normes dite « sociales » (*Paragraphe 1*) et d'adopter un comportement qualifié comme déviant au regard de la société. Il arrive également que l'adolescent adopte des comportements spécifiques et qualifiés par la société comme des actes de délinquance (*Paragraphe 2*). Ces derniers sont ainsi appréhendés par les autorités judiciaires et sont punissables par la loi.

Paragraphe 1 : La transgression des normes sociales au sens large

64. – Les normes sociales font partie intégrante de notre société et sont généralement inculquées aux mineurs dès leur plus jeune âge. Il arrive, toutefois, que l'adolescent développe une volonté de transgresser ces dernières (**A**) et ce, pour diverses raisons. Il va alors adopter divers comportements matérialisant ce processus de transgression des normes (**B**).

A. La volonté de transgresser les normes sociales chez l'adolescent

65. – Pour qu'il y ait transgression de normes sociales, il faut nécessairement la présence de ces dernières (**1**), qui vont édicter un certain nombre de règles pouvant être enfreintes par les adolescents (**2**).

1. La nécessaire présence de normes sociales

66. – Différentes théories sont avancées par une multitude d'auteurs afin d'expliquer la signification des normes sociales. Ces dernières sont complexes à déterminer et les avis divergent quant à sa définition, d'autant plus qu'aucune ne prévaut sur les autres.

67. – *Définition de la norme sociale.* Certains auteurs, comme Durkheim Emile et Mauss Marcel, mettent en avant le fait qu'elles assurent « le lien social »¹⁰⁰ et « seraient la manifestation contraignante de valeurs »¹⁰¹, d'autres comme Descombes Vincent, les qualifient

¹⁰⁰ LIVET Pierre, « Normes sociales, normes morales, et modes de reconnaissance », Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, 2012/1-2 (Vol. 45), page 3.

¹⁰¹ Ibidem, page 52.

comme « la manifestation de l'esprit collectif »¹⁰² ou encore comme « des règles partagées »¹⁰³ pour Goffman. Les différentes explications des normes sociales semblent partager l'idée de l'existence d'un lien reliant les différents individus entre eux par des lignes de conduite à respecter au sein de la collectivité. Cette dernière doit y adhérer en majorité afin que la norme soit intégrée au sein de la société et soit respectée par le plus grand nombre. L'intégration de la norme au sein de la société peut se faire de deux manières. Elle peut prendre naissance, soit de façon immanente c'est-à-dire que la norme sociale va être naturellement intégrée par la société puisqu'elle va prendre sa place progressivement dans le quotidien des individus, soit de façon délibérée c'est-à-dire que cela ne va pas être un processus naturel mais recherché intentionnellement¹⁰⁴. En effet, les partisans pour une nouvelle pratique vont chercher à démontrer l'utilité de celle-ci au sein de la société afin de recueillir l'approbation et l'adhésion des individus à cette nouvelle norme sociale.

68. – *L'existence d'un conflit entre différentes pratiques.* Il est également important de mentionner que les normes sociales sont corrélées à l'existence d'un conflit entre deux pratiques qui prennent une certaine ampleur et qui amènent la société à les départager. Elle va ainsi en déclarer une comme étant la marche à suivre par les individus, et rejettera la seconde. H. S. Becker, écrit d'ailleurs que « Les normes sociales définissent des situations et les modes de comportement appropriés à celles-ci : certaines actions sont prescrites (ce qui est “bien”), d'autres sont interdites (ce qui est “mal”) »¹⁰⁵. La société définit volontairement quelles actions, quels agissements seront acceptés et encouragés et ceux qui seront rejetés et interdits.

69. – Ce choix va s'appuyer sur différentes motivations et buts recherchés au sein des institutions publiques et il sera matérialisé, dans notre société, notamment sous la forme de lois et règlements. Afin de garantir leur efficacité, des sanctions formelles, pouvant être administratives ou pénales, seront instaurées afin de punir les individus ne respectant par ces normes et ainsi, les transgressant.

¹⁰² LIVET Pierre, « Normes sociales, normes morales, et modes de reconnaissance », Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, 2012/1-2 (Vol. 45), page 52.

¹⁰³ Ibidem, page 52.

¹⁰⁴ Ibidem, page 54

¹⁰⁵ Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, « Quels sont les processus sociaux qui contribuent à la déviance ? », décembre 2019, page 2.

2. *La transgression des normes chez l'adolescent*

70. – La transgression des normes est une notion complexe puisqu'elle est une construction sociétale. Elle est d'autant plus particulière lorsqu'elle est appliquée chez les adolescents.

71. – Définition de la transgression. La transgression des normes consiste en la volonté de transgresser du latin « *transgressare* » qui signifie littéralement « marcher au-delà » c'est-à-dire « aller au-delà des prescriptions de la loi, contrevenir à, enfreindre »¹⁰⁶. Pour Pesqueux Yvon, il est possible de la définir comme « un écart à la norme » et une « co-construction issue des interactions entre une personne et des situations »¹⁰⁷. Il s'agit d'un acte de déviance¹⁰⁸ au regard des normes établies au sein de la société puisque l'individu va, en quelque sorte, désobéir aux règles mises en place et adopter un comportement qui sera considéré comme non conforme à ces dernières. Cette désobéissance peut être matérialisée de façon consciente ou non, en fonction de la connaissance de l'individu des règles établies dans sa communauté. La connaissance, par l'individu, de ces dernières, va pouvoir avoir une incidence sur le comportement qu'il adoptera lors de cette transgression de normes.

72. – La matérialisation de la transgression. Le comportement impliquant ce non-respect des normes, issu de la transgression de ces dernières, peut se matérialiser sous différentes formes, puisque l'individu peut développer de l'agressivité, un refus de se soumettre aux lois ou une exclusion volontaire de la société. Il est, toutefois, important de préciser la relativité des normes puisque celles-ci évoluent en fonction de plusieurs critères notamment l'espace (entre les différents pays par exemple), le temps (selon les époques), selon les groupes sociaux (les mêmes comportements ne seront pas appréhendés de la même façon selon que l'on se trouve dans un milieu aisé ou défavorisé)¹⁰⁹ et selon l'individu (enfant, adulte ou adolescent). Celui-ci peut d'ailleurs avoir différentes motivations pour la transgression des normes et cela est particulièrement observé chez l'adolescent.

¹⁰⁶ LAROUSSE Pierre, « Grand dictionnaire universel du 19e siècle », page 420.

¹⁰⁷ PESQUEUX Yvon, « Transgression », Professeur titulaire de la Chaire « Développement des Systèmes d'Organisation », 2010, page 2.

¹⁰⁸ Ibidem, page 1.

¹⁰⁹ Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, « Quels sont les processus sociaux qui contribuent à la déviance ? », décembre 2019, page 3.

73. – Les motivations de l'adolescent. Chez l'adolescent, la transgression des normes est susceptible d'avoir plusieurs origines. Ainsi, il peut vouloir extérioriser son mal-être, il peut souhaiter attirer l'attention des personnes autour de lui et provoquer, il peut vouloir transgresser les normes afin de se mesurer à lui-même ou aux autres. Chaque adolescent va avoir une motivation différente en fonction de son parcours de vie, du type de mal-être qui l'habite et de sa personnalité : elles peuvent donc être très différentes selon les individus. L'usage de la transgression des normes exprime un « investissement identitaire »¹¹⁰ chez l'adolescent puisque lors du passage de l'enfance à l'âge adulte, ce dernier part à la recherche de qui il est réellement et va vouloir se confronter au monde extérieur notamment en enfreignant les règles mises en place.

74. – Pour s'individualiser, l'adolescent va chercher à rompre avec les formes d'autorité, que ce soit au sein de la sphère familiale ou au sein de la société : il entreprend ainsi une « quête identitaire »¹¹¹ afin de progresser dans sa rencontre avec lui-même. Cette dernière peut ainsi parfois prendre la tournure d'une transgression des normes qui va pouvoir se matérialiser sous différentes formes.

B. Le processus de transgression des normes chez l'adolescent

75. – La période de l'adolescence implique la volonté pour le jeune de se construire en tant qu'individu indépendant. Celui-ci va donc parfois chercher à transgresser les normes établies par la société et sa famille par le biais d'un certain processus (1) et va adopter un certain nombre de conduites déviantes qualifiées comme étant « à risque » (2).

1. L'explication du processus de transgression des normes

76. – La transgression des normes, par l'adolescent, se matérialise sous la forme d'un certain processus qui peut se décomposer en deux grandes parties.

¹¹⁰ FELONNEAU Marie-Line, LANNEGRAND-WILLEMS Lyda, « Normes adolescentes, normes adultes. Percevoir et juger les incivilités urbaines », Bulletin de psychologie, 2005/6 (Numéro 480), page 695.

¹¹¹ Ibidem, page 696.

77. – *Le processus de transgression des normes.* Cuin Charles-Henry ¹¹² explique que, lors de la période de l'adolescence, le jeune va d'abord chercher à se défaire de certains modèles normatifs qui ne correspondraient pas à sa représentation sociale, pour pouvoir intégrer de nouveaux schémas qui lui sembleraient « être les plus profitables »¹¹³. Néanmoins, entre cette séparation de l'ancien modèle et l'intégration du nouveau, il existe une période de battement et d'incertitude qui peut amener l'adolescent à rencontrer des difficultés aussi bien au niveau psychologique qu'à l'égard des attitudes et comportements qu'il peut adopter.

78. – *Le conflit entre intégration et rejet des normes.* Ensuite, et c'est là où les faits de transgression apparaissent le plus souvent, l'adolescent va être confronté à un besoin d'intégrer des normes et de s'en détacher pour d'autres. Il va souvent y avoir un conflit entre ces deux besoins puisque cela va nécessiter la faculté d'identifier, intégrer et intérioriser certaines normes¹¹⁴ tout en se détachant de certaines autres qui empêchent l'adolescent d'atteindre les fruits de celles-ci. Pour contourner cet obstacle, il va alors transgresser ces dernières par le biais de différents comportements avant de pouvoir les exploiter « avec adresse »¹¹⁵.

79. – L'adolescence est un apprentissage, permettant à l'adulte en devenir, de se confronter progressivement au monde réel et à ce qui l'attend lorsqu'il aura acquis son indépendance puisqu'il va, par le biais de la transgression des normes qui lui sont imposées, gagner en autonomie et en individualité. Toutefois, « l'adolescent fait souvent l'expérience d'une disjonction plus ou moins nette et durable »¹¹⁶ entre cette intégration des normes et le détachement de certaines autres qui va se matérialiser sous différentes formes.

2. La matérialisation du processus de transgression des normes

80. – Le processus de transgression des normes est susceptible de se matérialiser de différentes manières avec des comportements qualifiés, par la société, comme étant « déviants ». Pour Cuin Charles-Henry, cela provient du fait qu'un déséquilibre s'opère lorsque

¹¹² CUIIN Charles-Henry, « Esquisse d'une théorie sociologique de l'adolescence », *Revue européenne des sciences sociales*, 49-2, 2011, paragraphe 18.

¹¹³ Ibidem, paragraphe 18.

¹¹⁴ Ibidem, paragraphe 19.

¹¹⁵ Ibidem, paragraphe 19.

¹¹⁶ Ibidem, paragraphe 20.

l'adolescent abandonne temporairement l'une des deux notions explicitées plus haut, c'est-à-dire l'intégration ou le détachement de certaines normes¹¹⁷. Ils vont ainsi adopter des comportements de rébellion, de retrait ou d'évasion¹¹⁸ qui peuvent les mettre en danger, et c'est notamment le cas pour les conduites à risques.

81. – *Les différentes conduites à risque.* Lors de la période de l'adolescence, les mineurs vont chercher à tester leurs limites, à contrôler ce corps qui subit des transformations qu'ils ne maîtrisent pas et dont ils sont uniquement spectateurs. Les comportements qu'ils vont adopter seront en réaction à ces différents déséquilibres rencontrés et peuvent se matérialiser sous différentes formes. Ils sont d'abord susceptibles de les exprimer sous la forme d'automutilation, d'hypersexualisation avec l'exhibition sur internet, le port de tenues provocantes, l'adoption de comportements anormaux et cela relève des conduites sexuelles à risque. Les adolescents peuvent également adopter des conduites sportives à risques¹¹⁹ afin de se mesurer à eux-mêmes, de tester leurs capacités et de repousser leurs limites.

82. – *L'appréhension des conduites à risque par la société.* Ces exemples-ci de conduites à risques ne sont pas appréhendées par les normes juridiques et sont uniquement prises en compte à un niveau informel au sein de la société et à l'égard de leurs pairs. Il n'y aura donc pas de conséquences juridiques sur leurs comportements mais uniquement de possibles réactions de leurs proches. Il existe également d'autres formes de transgression des normes sociales qui peuvent se matérialiser notamment par la consommation de stupéfiants et autres substances psychoactives, comme explicité au sein de la section 1, par l'alcoolisation à outrance, par l'adoption de conduites routières à risque et accidentelles¹²⁰ également.

¹¹⁷ CUIIN Charles-Henry, « Esquisse d'une théorie sociologique de l'adolescence », Revue européenne des sciences sociales, 49-2, 2011., paragraphe 24.

¹¹⁸ Ibidem, paragraphe 24.

¹¹⁹ MICHEL Gregory, MOUREN-SIMEONI Marie-Christine., PURPER-OUAKIL Diane, « Clinique et recherche sur les conduites à risque chez l'adolescent », Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Volume 54, Issue 1, 2006, page 62.

¹²⁰ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005, page 138.

83. – Cette matérialisation du processus de transgression des normes peut ainsi être mise en œuvre de façon très variée et elle va différer selon la personnalité de l'adolescent, son environnement et ce qu'il recherche inconsciemment ou non. Cette transgression peut également se matérialiser par le fait d'enfreindre les normes juridiques édictées par les lois et les règlements. Dans ce cas-là, elle ne sera pas appréhendée de la même façon.

Paragraphe 2. L'adoption de comportements qualifiés de « délinquants » par la société

84. – L'adolescent est susceptible d'adopter des comportements inadaptés par rapport à la norme sociale et ils peuvent donc être qualifiés comme étant déviants au regard des normes établies. Ces conduites peuvent également être qualifiées comme étant délinquantes lorsqu'elles sont établies au sein des normes juridiques (**A**) et qu'elles relèvent d'un comportement particulier. Il est également intéressant d'étudier le lien entre les conduites délinquantes et la possible existence d'un trouble psychiatrique (**B**) puisqu'il sera observé que certains individus matérialisent leur souffrance mentale par l'adoption d'une conduite dangereuse.

A. La détermination des comportements délinquants de l'adolescent

85. – Pendant la période de l'adolescence, le mineur, en proie à un mal-être, va matérialiser ce dernier par divers comportements ayant pour objectif d'exprimer cet état de malaise qui l'habite. Il s'agira de s'interroger sur la frontière existant entre les comportements à risques et ceux délinquants (**1**), avant d'étudier la matérialisation de la délinquance juvénile (**2**).

1. La frontière entre comportements à risques et comportements délinquants

86. – La frontière entre les comportements à risque, non appréhendés par la loi, et les comportements délinquants, est parfois mince.

87. – *Les conduites à risque et la délinquance.* Les conduites à risques, comme vu précédemment, sont une forme de déviance qui peut être définie communément comme le fait

qu' « est déviant ce qui s'écarte par trop de la moyenne »¹²¹ ou comme « le défaut d'obéissance aux normes du groupe »¹²² selon la conception sociologique. Howard Becker, lui, la définit comme « le produit d'une transaction effectuée entre un groupe social et un individu qui, aux yeux du groupe, a transgressé une norme »¹²³. Ainsi, comme vu précédemment, c'est un ensemble de comportements qui s'écartent de la norme sociale et c'est la société qui va désigner ce qui sera la norme et ce qui ne le sera pas, puis elle va également décider de la gestion de la norme et de la transgression. Lorsqu'elle décide qu'une transgression de norme est assez « grave » pour être punie, elle met en place un mécanisme visant à réprimander l'individu qui s'est écarté de la norme sociale. C'est alors ici qu'entre en jeu la notion de délinquance.

88. – Le comportement délinquant de l'adolescent. Cette forme de transgression de la norme, cette forme de déviance va être plus particulièrement appréhendée par la société puisqu'elle a instauré un certain nombre de normes juridiques en réponse à ces transgressions. Il est d'abord nécessaire d'expliquer largement ce qu'est la délinquance. Celle-ci est désignée par Laurent Muchielli comme étant « l'ensemble des transgressions définies par le droit pénal, détectées et poursuivies par les acteurs du contrôle social »¹²⁴. Elle est, selon Pierre Coslin, une forme de déviance qui conduit « à une réaction institutionnalisée de la société »¹²⁵ en fonction notamment des faits à l'origine et qui est formellement proscrite par la société¹²⁶ selon Marc Le Blanc, criminologue. Cette notion est explicitée par Edwin Sutherland qui dit que, pour qu'il y ait délinquance, il est nécessaire de réunir trois éléments cumulatifs qui sont l'existence d'une loi ou d'un interdit, la présence d'une personne ou d'un groupe de personnes qui enfreignent cet interdit et une réaction sociale c'est-à-dire qu'il se passe quelque chose au sein de la société¹²⁷.

¹²¹ BECKER Howard, « OUTSIDERS – Etudes de sociologie de la déviance », Nouvelle édition revue et augmentée de 2 chapitres, Métailié, 2020, section 6.

¹²² Ibidem, section 6.

¹²³ Ibidem, section 6.

¹²⁴ MUCHIELLI Laurent, « La délinquance des mineurs : penser l'évolution de la délinquance des mineurs et de son traitement pénal », Journal du droit des jeunes, 2012/9 (N° 319), page 14.

¹²⁵ COSLIN Pierre G., « Les adolescents devant les déviances », Presses universitaires de France, 2015, section 4.

¹²⁶ Ibidem, section 4.

¹²⁷ MUCHIELLI Laurent, « Sociologie de la délinquance », cours 2020-2021, page 1.

89. – La diversité de la délinquance. La délinquance est donc une construction purement juridique qui va être susceptible d'évoluer en fonction des sociétés et des époques concernées puisque la loi est en perpétuel mouvement notamment du fait de l'évolution des normes, des mœurs, des croyances et de tout un ensemble d'autres éléments. Elle va également être différente selon le type d'individus notamment s'il s'agit de mineurs ou de majeurs. Pour les mineurs, les comportements délinquants étaient précédemment appréhendés au sein de l'ordonnance de 1945¹²⁸, qui aujourd'hui est codifiée au sein du Code de justice pénale des mineurs.

90. – Ainsi, cette délinquance appliquée aux mineurs présente un certain nombre de spécificités qu'il convient d'expliquer puisqu'elle peut se matérialiser de différentes façons.

2. La matérialisation de la délinquance juvénile

91. – La délinquance juvénile est une forme de délinquance particulière puisqu'elle peut revêtir plusieurs formes et différents types de transgressions. Ainsi, Laurent Muchielli¹²⁹ explique que la transgression de la loi à l'adolescence est un problème spécifique qui nécessite l'analyse de l'adolescence par des outils intellectuels, pour identifier la diversité, car la réalité est diverse et compliquée.

92. – La délinquance initiatique. Selon plusieurs auteurs comme Laurent Muchielli et Christine Lazerges, la délinquance juvénile peut être séparée en trois catégories¹³⁰. La première est celle dite « initiatique », elle concerne la plupart des adolescents n'ayant pas de problèmes particuliers mais qui vont souhaiter affirmer leurs gènes. Celle-ci regroupe les « transgressions qui ont toujours été observées lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte »¹³¹. Ces mineurs ne présentent pas de difficultés particulières qu'il s'agisse du domaine familial, scolaire ou social et les actes commis vont rester relativement « bénins » et ordinaires dans le cadre du processus de transformation à l'adolescence. Ce sera souvent des actes sans grandes

¹²⁸ MAUGER Gérard, « I. La délinquance juvénile : construction d'objet », Gérard Mauger éd., La sociologie de la délinquance juvénile, Paris, La Découverte, « Repères », 2009, page 3.

¹²⁹ Ibidem, page 6.

¹³⁰ MUCHIELLI Laurent, « Sociologie de la délinquance », cours 2020-2021, page 6.

¹³¹ LAZERGES Christine., « Sagesse et frénésie : de l'ordonnance de 1945 aux réformes Sarkozy », Après-demain, 2011/3 (N ° 19, NF), page 9.

conséquences sur leur avenir et qui se disparaissent progressivement lorsque le mineur sort de l'adolescence.

93. – La délinquance d'exclusion. Il arrive que certains adolescents connaissent des difficultés au sein de leur environnement familial, social ou scolaire comme l'existence de problèmes familiaux, l'échec scolaire ou encore le fait de vivre dans des milieux populaires et défavorisés. Une nouvelle forme de délinquance juvénile va alors se former en réponse à ces différentes difficultés, la délinquance dite « déjudiciarisée » ou « d'exclusion ». Ces mineurs, grandissant au sein d'un environnement qui n'est pas sain et qui fragilise le processus d'évolution vers l'âge adulte, vont adopter des comportements à risques, qui seront banalisés¹³² et répétés dans la durée. Ce sont d'ailleurs des individus qui vont se retrouver régulièrement au sein des juridictions pénales du fait de leurs transgressions continues aux normes juridiques.

94. – La dernière forme de délinquance juvénile est celle dite « « pathologique » et elle concerne les mineurs ayant des troubles psychologiques ou psychiatriques. Etant donné que ce mémoire traite du traitement psychiatrique des mineurs délinquants, elle mérite d'être explicitée plus précisément au sein du prochain développement.

B. Le lien entre les conduites délinquantes et l'existence d'un trouble mental

95. – La délinquance juvénile est une notion complexe, qui se matérialise sous différentes formes en fonction de différents critères. Il a été remarqué l'existence d'un lien entre la délinquance et l'existence de troubles psychologiques ou psychiatriques (1) et cela se matérialise sous la forme de différentes formes d'agressions (2).

1. L'existence d'une délinquance pathologique

96. – La délinquance juvénile est susceptible de se matérialiser sous différentes formes, comme vu précédemment, en fonction d'un certain nombre de critères susceptibles d'avoir une influence sur la matérialisation de telle ou telle forme de délinquance.

¹³² MUCHIELLI Laurent, « Délinquance et psychiatrie : réflexions sociologiques sur la définition et le rôle de la maladie mentale », La Psychiatrie à l'épreuve de la Justice, 2011, page 30.

97. – Les différents facteurs à risque. Le mineur peut ainsi être confronté à des problèmes importants au cours de son enfance et de son adolescence, notamment eu égard à sa « configuration familiale »¹³³, qui peut constituer un « lourd handicap » sur le bien-être du mineur et sa construction psychique. Plusieurs facteurs peuvent donc ici entrer en compte comme une instabilité familiale, une absence paternelle, des parents présentant des troubles psychiques, autant de facteurs qui ont été explicités au sein de la section 1 de ce chapitre. Lorsqu'à ce facteur, est ajouté celui d'un environnement social défavorisé ou de problèmes scolaires, les difficultés que rencontre le mineur vont être augmentées avec les risques de développer un trouble mental.

98. – Le cumul de facteurs à risque. Plusieurs auteurs ont ainsi fait le rapprochement entre l'existence d'un environnement familial instable, présentant de grandes carences éducatives et affectives, corrélées avec d'autres facteurs précités, et le développement d'un trouble psychique ou psychiatrique chez l'adolescent¹³⁴. En effet, au cours de l'adolescence, le mineur subit lui-même des transformations physiques et psychiques susceptibles de lui causer un mal-être à plus ou moins long terme. Lorsqu'il est également confronté à différents éléments extérieurs d'instabilité ou d'inconfort, il ne va pas être en mesure de suivre son processus d'évolution vers l'âge adulte de façon saine puisqu'il ne disposera pas d'un environnement lui permettant cela. Ce manque de stabilité va ainsi renforcer son mal-être, et va avoir des conséquences d'un point de vue psychique, puisque l'adolescence est une période où le mineur expérimente de grands changements notamment psychiques en vue de construire son individualité et sa capacité à vivre en tant qu'adulte.

99. – Les conséquences du cumul des facteurs à risque. En réponse à ces déséquilibres, le mineur ne va pas pouvoir évoluer sainement, notamment au regard de ses « sentiments de soi et d'identité »¹³⁵, et va être susceptible d'adopter un certain nombre de comportements délinquants qui matérialiseront son état de santé mentale ou plutôt de « mauvaise » santé

¹³³ MUCHIELLI Laurent, « Délinquance et psychiatrie : réflexions sociologiques sur la définition et le rôle de la maladie mentale », La Psychiatrie à l'épreuve de la Justice, 2011, page 30.

¹³⁴ Ibidem, page 33.

¹³⁵ HOUSIER Florian, « Réflexions sur la délinquance et la psychothérapie chez les auteurs inspirés par Anna Freud (1945-1965) : émergence des premières théories de l'adolescence », La psychiatrie de l'enfant, 2009/2 (Vol. 52), p. 611.

mentale, qui peut aller d'une simple détresse psychologique à un véritable trouble psychiatrique, dans les cas les plus rares¹³⁶.

2. *La matérialisation de la délinquance pathologique*

100. – La délinquance pathologique est susceptible de se matérialiser de différentes façons en fonction notamment de la configuration familiale de l'adolescent, de son environnement et de sa conception psychique. C'est ainsi l'existence de dysfonctionnements pathologiques qui va amener le mineur à adopter des « comportements illicites »¹³⁷ se matérialisant, souvent, différemment des mineurs délinquants n'ayant pas de pathologie mentale.

101. – *L'existence d'une agressivité et d'une impulsivité.* Plusieurs auteurs, comme le docteur Yves Roumajon, ont fait le rapprochement entre la maladie mentale à ses débuts et la délinquance juvénile, avec la présence d'actes de délinquance plus violents et marqués. Les mineurs délinquants ayant des pathologies mentales ne se limitent pas, bien souvent, à l'unique commissions de petits faits de délinquance tels que des vols simples, de la consommation occasionnelle de produits stupéfiants, pour n'en citer que deux. Chez ces mineurs-là, Miller-Johnson estime que « l'agression physique apparait comme l'un des meilleurs prédicteurs du trouble des conduites »¹³⁸, Vitacco et Rogers rajoutent également « l'importance de l'impulsivité » qui vont matérialiser cette volonté d'extérioriser le mal-être qu'ils ressentent. Cela va également donner des indices sur le degré de dysfonctionnement psychique qu'ils rencontrent grâce notamment à leur incapacité à se contrôler et à se rendre compte de la conséquence de leurs actes.

102. – *L'influence des proches.* Ces actes sont très souvent commis à l'égard de leurs proches, c'est-à-dire aussi bien les parents, que les grands-parents, les amis, les professeurs. C'est le lien affectif ici qui va importer et qui va avoir une influence chez l'adolescent lors de

¹³⁶ MUCHIELLI Laurent, « Délinquance et psychiatrie : réflexions sociologiques sur la définition et le rôle de la maladie mentale », La Psychiatrie à l'épreuve de la Justice, 2011, page 29.

¹³⁷ MILBURN Philip, « De la pédagogie de la responsabilisation au traitement par la sanction », La Justice des mineurs française, 2010, page 15.

¹³⁸ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005, page 138.

la commission de différents agissements. Ces derniers, bien souvent, vont traduire l'extériorisation d'un mal-être présent chez l'adolescent et cela va ainsi se faire par la violence et l'agressivité. Ils peuvent ainsi tenir à des violences dites « simples » envers une autre personne, à l'occasion d'un conflit par exemple, d'un désaccord que l'adolescent serait en incapacité de gérer convenablement et qui amènerait à des débordements. Il est également observé la commission d'homicides sur ascendant, par exemple, lorsque cette incapacité à se contrôler prend de plus grandes proportions¹³⁹ et que la violence physique est instaurée depuis longtemps au sein du cadre familial avec la présence de conflits très marqués entre l'enfant et le parent notamment.

103. – *Le cas particulier de la schizophrénie.* Dans ce cas de figure, la maladie psychiatrique peut également entrer en jeu notamment en ce qui concerne la schizophrénie. Dans le cadre d'un stage chez un avocat, un dossier concernait une tentative de meurtre sur ascendant commis par un jeune mineur. Il avait été rapporté la présence d'une « désorganisation psychique avec une rupture de la réalité représentées par des idées délirantes », un « manque de cohérence interne » ainsi qu'une « humeur anormalement élevée les jours précédents les faits » démontrant cette incapacité à « contrôler ses actes au moment des faits ». En s'intéressant à l'enfance et l'adolescence de ce mineur, il avait été remarqué l'absence de père, de troubles psychiques chez la mère, la prise de stupéfiants (cannabis, alcool et cocaïne), tout cela en vivant dans un milieu populaire. Il s'agissait donc d'autant de facteurs qui avaient amené progressivement cet adolescent vers une souffrance mentale puis vers une matérialisation de celle-ci en trouble psychiatrique.

104. – La délinquance pathologique peut donc se matérialiser à différents degrés en fonction de l'avancée de l'adolescent dans le mal-être. Un mineur qui commet donc des faits répréhensibles par la loi n'est pas toujours un « simple » jeune souhaitant tester ses limites et désobéir aux règles établies. Il arrive ainsi très souvent que derrière ces agissements, se cache un problème plus profond comme l'existence d'un mal-être ou d'un trouble mental. La difficulté est ainsi d'adapter la réponse pénale lorsqu'un mineur commet des actes punis par la loi, donc de le sanctionner afin de lui faire comprendre la conséquence de ses actes, tout en prenant en compte l'éventuelle présence de troubles mentaux, notamment par la nécessité de le

¹³⁹ MUCHIELLI Laurent, « Délinquance et psychiatrie : réflexions sociologiques sur la définition et le rôle de la maladie mentale », *La Psychiatrie à l'épreuve de la Justice, Educaçao, Sociedade & culturas* n°30, 2011, page 31.

protéger et de le soigner. Cela est d'autant plus important qu'à cette période de l'existence, le mineur présentant des troubles mentaux peut voir ces derniers se résorber¹⁴⁰ s'il est pris en charge de façon adaptée.

¹⁴⁰ ADAM Christophe, « Psychopathologie et délinquance », Primento, 2015, section 4.

Chapitre 2 : L'incidence du trouble mental sur le droit pénal des mineurs

105. – Depuis les années 1970, la part des mineurs au sein de la délinquance générale représente moins de 20%¹⁴¹ des affaires poursuivables et ce, de manière stable. En 2019, cette part au sein de la délinquance générale est de 10,1%, toute orientation confondue¹⁴². Cette même année, la justice des mineurs relève la présence de 218 100 mineurs délinquants¹⁴³ âgés de 10 à 17 ans au sein des parquets spécialisés, ce qui correspond à 3,3% de la population totale des mineurs au 1^e janvier 2020¹⁴⁴.

106. – Le droit pénal des mineurs, d'abord régi par l'ordonnance du 02 février 1945, est aujourd'hui codifié au sein du Code de Justice pénale des mineurs. Il prévoit la prise en charge spécifique des mineurs délinquants au regard de leur responsabilité pénale et de la « nécessité de recherche leur relèvement éducatif et moral par des mesures adaptées à leur âge et leur personnalité »¹⁴⁵. Parmi ces mineurs délinquants, il a été observé l'existence d'une « délinquance pathologique » qui implique la présence d'un mal-être chez l'adolescent, état qui peut l'amener à commettre des actes répréhensibles par la loi. Cet état psychologique du mineur peut se matérialiser à différents niveaux, comme vu au sein du premier chapitre de ce mémoire.

107. – La question de la prise en charge des mineurs délinquants présentant un mal-être avéré ou des troubles mentaux apparait de plus en plus sur les devants de la scène publique. Il est alors paru indispensable de prendre en compte ces spécificités afin de fournir une réponse pénale adaptée à la prise en charge de ces mineurs délinquants. Les aspects sanitaires mis en place à leur égard interviennent à tous les stades de la procédure pénale notamment au stade de la phase pré-sentencielle (**Section 1**) où il va être important de permettre l'établissement du

¹⁴¹ Le point, « Délinquance des mineurs : « Notre affaire à tous » », 2020, https://www.lepoint.fr/editos-du-point/laurence-neuer/delinquance-des-mineurs-notre-affaire-a-tous-29-09-2020-2394161_56.php

¹⁴² Ministère de la Justice, « Les chiffres-clés de la Justice 2020 », 2020, page 21.

¹⁴³ Ministère de la Justice, « Les mineurs délinquants », Références statistiques Justice, 2019, page 129.

¹⁴⁴ Ibidem, page 129.

¹⁴⁵ Article préliminaire du Code de justice pénale des mineurs.

diagnostic psychologique du mineur et d'adapter les mesures qui lui seront attribuées en fonction de son état mental en attendant son jugement. L'état mental du mineur aura également une incidence sur la réponse pénale lors du jugement et au regard des mesures post-sentencielles qui lui seront attribuées (**Section 2**).

Section 1 : Les différents aspects sanitaires de la réponse pénale antérieurs au jugement

108. – Lorsqu'un mineur commet des faits prohibés par la loi, celui-ci est pris en charge par la Justice selon les conditions énoncées au sein du Code de Justice pénale des mineurs. Il arrive parfois, au cours de la procédure pénale, que soit établi un trouble mental chez le mineur délinquant (*Paragraphe 1*). Celui-ci va alors être susceptible de bénéficier de mesures provisoires destinées à prendre en charge l'aspect sanitaire de son cas, mesures qui seront adaptées en fonction de son état mental (*Paragraphe 2*).

Paragraphe 1. L'établissement du diagnostic de la pathologie mentale

109. – Lorsqu'un mineur enfreint la loi, il va être pris en charge par les personnes dont la mission est de maintenir l'ordre public. Celles-ci vont parfois déceler un comportement inhabituel de la part de l'adolescent et ce, dès le début de la procédure (**A**). Un certain nombre d'examens vont alors être demandés afin de déterminer son état de santé mentale et l'éventuelle présence de troubles psychologiques ou psychiatriques. Il est également possible que le diagnostic de la pathologie mentale se fasse au stade de l'instruction lorsque des examens plus poussés sont pratiqués chez le mineur délinquant (**B**).

A. La suspicion de troubles mentaux au stade de la garde à vue

110. – Lorsque le mineur délinquant est interpellé par les forces de l'ordre, celui-ci va être soumis, en fonction de son âge, à la procédure pénale relative aux mineurs ou à celle relative aux majeurs. Il va ainsi être d'abord gardé à vue lorsqu'est soupçonnée la commission d'une

infraction et ce, pour les besoins de l'enquête ou de l'instruction¹⁴⁶ (1). Plusieurs droits fondamentaux sont attribués à l'individu avec notamment l'intervention d'un médecin se prononçant sur la compatibilité du maintien en garde à vue avec l'état de santé du prévenu (2). Lorsque celui-ci détecte un comportement suspect chez le mineur délinquant, il va pouvoir demander l'octroi de mesures spéciales.

1. Le placement en garde à vue du mineur délinquant

111. – La garde à vue du mineur est soumise à certaines conditions spécifiques, qui seront différentes en fonction de l'âge du mineur au moment des faits reprochés.

112. – *Les conditions de garde à vue du mineur.* Il est d'abord nécessaire de présenter les conditions relatives à la garde à vue des mineurs délinquants. Ceux-ci sont classés selon différents seuils d'âge ayant chacun leurs spécificités au regard de la responsabilité pénale, des mesures et des sanctions applicables à ces derniers. La garde à vue pour les mineurs ayant entre 10 et 13 ans n'est, en principe, pas possible en raison de leur jeune âge. Il est seulement permis une « retenue judiciaire », c'est-à-dire une mesure de privation de liberté, sur accord préalable du procureur de la République, du juge des enfants ou du juge d'instruction¹⁴⁷. Cela est uniquement envisageable lorsque le mineur a pu commettre ou tenter de « commettre un crime ou un délit puni d'au moins cinq ans d'emprisonnement »¹⁴⁸ et que la retenue soit « l'unique moyen de parvenir à l'un au moins des objectifs mentionnés à l'article 62-2 du Code de procédure pénale »¹⁴⁹. De plus, elle ne doit pas excéder une durée de 12 heures avec une possible exceptionnelle prolongation de 12 heures sur décision motivée du magistrat¹⁵⁰. A partir de l'âge 13 ans, et jusqu'à 18 ans, le mineur « peut être placé en garde à vue dans les cas et conditions prévus aux articles 62 à 66 du Code de procédure pénale »¹⁵¹ c'est-à-dire qu'il soit soupçonné d'une infraction punie d'une peine de prison et que la garde à vue soit « l'unique moyen de parvenir à l'un au moins des objectifs mentionnés à l'article 62-2 du Code de

¹⁴⁶ Article 63 du Code de procédure pénale.

¹⁴⁷ Direction des affaires criminelles et des grâces, « Guide de bonnes conduites relatif à l'intervention du médecin en garde à vue », 2009, page 7.

¹⁴⁸ Article L413-1 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁴⁹ Article L413-1 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁵⁰ Article L413-2 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁵¹ Article L413-6 du Code de justice pénale des mineurs.

procédure pénale »¹⁵². Jusqu'à 16 ans, la durée de la garde à vue est de 24 heures avec une possible prolongation de 24 heures supplémentaires, après décision motivée, en cas d'infraction punie d'au moins cinq ans d'emprisonnement¹⁵³. Pour les mineurs de plus de 16 ans, les conditions relatives à la garde à vue sont les mêmes que pour les majeurs, et elles sont également accompagnées de droits inhérents à la personne gardée à vue.

113. – *Les droits fondamentaux octroyés au mineur.* Différents droits fondamentaux sont octroyés au mineur délinquant lorsqu'il est pris en charge par la Justice. L'officier de police judiciaire doit d'abord informer, « par tout moyen, les représentants légaux du mineur et la personne ou le service auquel il est confié »¹⁵⁴ de la mesure de retenue ou de garde à vue. Le mineur doit également être mis au courant des faits qui lui sont reprochés, de ses droits notamment le droit¹⁵⁵ ou l'obligation¹⁵⁶, en fonction de son âge, à l'assistance d'un avocat, de la durée maximale de la mesure et des prolongations possibles, de son droit au silence, à la protection de sa vie privée, à être détenu séparément des adultes, à être accompagné par le titulaire de l'autorité parentale¹⁵⁷, à la consultation des divers documents ou encore du droit, ou de l'obligation pour les mineurs de moins de 16 ans, de faire l'objet d'un examen médical.

114. – Cet examen médical est particulièrement important puisque la suite de la prise en charge du mineur délinquant dépendra des conclusions faites sur le certificat médical produit par le médecin.

2. L'intervention du médecin lors de la garde à vue du mineur délinquant

115. – L'intervention du médecin auprès du mineur délinquant va être recherchée au stade de la garde à vue puisque « la santé, l'intégrité et la dignité des personnes gardées à vue

¹⁵² Article L413-1 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁵³ Article L413-10 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁵⁴ Articles L413-3 et L413-7 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁵⁵ Article L413-7 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁵⁶ Article L413-4 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁵⁷ Service-public.fr, « Garde à vue ou retenue d'un mineur », 2019, <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1469#:~:text=La%20garde%20C3%A0%20vue%20est%20une%20mesure%20de%20privation%20de,la%20gendarmarie%20pour%20C3%AAtre%20interrog%C3%A9>

doivent être sauvegardées »¹⁵⁸. Elle va avoir une place primordiale au sein de cette étape de la procédure pénale puisque le praticien de santé va juger de la compatibilité du maintien en garde à vue avec l'état de santé du mineur délinquant.

116. – Les conditions d'intervention du médecin. Lors de la garde à vue, un médecin va être requis pour examiner l'individu et délivrer un certificat médical attestant de l'état de santé du mineur. Les conditions diffèrent également en fonction de l'âge du mineur. Ainsi, pour ceux âgés entre 10 et 13 ans, il est prévu leur examen obligatoire par un médecin et ce, dès le début de la retenue¹⁵⁹, de même que pour les adolescents âgés de moins de 16 ans. En revanche, l'adolescent âgé de plus de 16 ans, va être soumis aux mêmes règles que les majeurs c'est-à-dire que lui, et ses représentants légaux seront informés de leur droit à demander un examen médical mais cela ne constituera plus une obligation¹⁶⁰, seulement une possibilité. Cette particularité, pour le mineur de plus de 16 ans, de ne pas bénéficier de l'examen médical peut interroger car il reste un « enfant » jusqu'à sa majorité et il paraît étonnant que son état mental ne soit pas perçu comme aussi important que celui d'un mineur âgé de 15 ans et moins. L'individu âgé de 16 à 18 ans est toujours un mineur qu'il convient de protéger notamment au regard de la compatibilité du maintien de la garde à vue avec son état de santé.

117. – La compatibilité du maintien en garde à vue avec l'état de santé du mineur délinquant. L'état de santé du mineur doit ainsi être compatible avec son placement en garde à vue. Le médecin va ainsi devoir procéder à un certain nombre de vérifications sur la personne du mineur délinquant qui permettront de retenir soit la compatibilité, soit l'incompatibilité de ce maintien en garde à vue avec l'état de santé de l'intéressé. Il va être ainsi recherché « l'absence de risque ou de la maîtrise des risques pour la santé de la personne gardé à vue »¹⁶¹, à un niveau physique et psychologique, et cela, pendant toute la durée de la garde à vue et selon les conditions qui sont prévues au sein de celle-ci. Lorsque le médecin procède à l'examen médical, il peut ainsi déclarer l'état de santé du mineur délinquant comme compatible à l'égard des mesures de la garde à vue, et dans ce cas, la procédure va poursuivre son cours normalement.

¹⁵⁸ Haute autorité de santé, « Conférence de consensus, Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue », 2004, page 7.

¹⁵⁹ Article L413-4 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁶⁰ Article L413-8 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁶¹ Direction des affaires criminelles et des grâces, « Guide de bonnes conduites relatif à l'intervention du médecin en garde à vue », 2009, page 11.

Il peut également déceler des troubles mentaux nécessitant une prise en charge hospitalière¹⁶², et dans ces cas-là, la procédure pénale prendra une autre tournure puisque l'incompatibilité de la garde à vue sera prononcée. Dans d'autres cas, la présence de légers troubles, n'empêchant pas la mise en œuvre de cette mesure peut nécessiter la simple prise d'un traitement médicamenteux ou la surveillance de l'état de santé de l'individu qui peut être fragile, notamment en raison de son âge et de sa particulière vulnérabilité.

118. – Il est également possible que l'état de santé mentale du mineur délinquant soit déclaré compatible au regard de la mesure de la garde à vue lors de l'examen médical initial et que la détection d'un trouble mental soit faite plus tard au stade de l'instruction.

B. La détermination du trouble mental au stade de l'instruction

119. – Lorsque le mineur délinquant a commis une infraction ayant une certaine gravité et qu'il y a des raisons probantes de retenir sa responsabilité pénale, une information judiciaire va être ouverte afin d'enquêter sur la commission des faits susceptibles de matérialiser un crime ou un délit. Lors de cette phase de la procédure pénale, le juge d'instruction peut vouloir demander la réalisation d'un examen psychiatrique (1) lorsqu'il a des doutes sur l'état de santé mentale du mineur délinquant et qu'il souhaite obtenir l'avis d'un expert en la matière (2).

1. La réalisation de l'expertise psychiatrique

120. – Au stade de l'instruction, il arrive parfois que le juge soit amené à se questionner sur l'état psychique du mineur délinquant, notamment au regard de différents éléments recueillis par le biais de l'enquête. Il va alors avoir la possibilité d'ordonner la réalisation d'une expertise psychiatrique qui va avoir pour mission de l'aiguiller sur les mesures à prendre à l'égard du mineur délinquant.

121. – *La saisine par le juge d'instruction.* L'expertise psychiatrique pénale peut être demandée facultativement lorsque le juge est en présence d'un délit, et elle est obligatoire lorsqu'il s'agit de la commission d'un crime. Les mineurs délinquants sont soumis aux mêmes

¹⁶² Direction des affaires criminelles et des grâces, « Guide de bonnes conduites relatif à l'intervention du médecin en garde à vue », 2009, page 11.

dispositions que les majeurs à l'article 81 du Code de procédure pénale¹⁶³. Le juge d'instruction va ainsi déterminer un certain nombre de questions relatives à la personne du mineur délinquant, auquel devra répondre l'expert psychiatre dans son rapport d'expertise. Elles sont susceptibles de diverger en fonction de ce que recherche le magistrat, notamment au regard des éléments qu'il possède déjà et de l'infraction concernée.

122. – L'examen psychiatrique. L'examen psychiatrique va permettre de recueillir un certain nombre d'éléments supplémentaires, éclairant la personnalité du mineur délinquant ainsi que son état psychique. Il va ainsi être généralement demandé, par le juge, une description précise de la personnalité de l'adolescent¹⁶⁴ notamment au regard de son agressivité, de son mode de fonctionnement psychique et déterminer s'il y a une éventuelle présence de troubles mentaux et si oui, lequel ou lesquels est-ce. Pour cela, l'expert va d'abord échanger avec le mineur par des « questionnements ouverts »¹⁶⁵ notamment concernant sa scolarité et son environnement social. Il va ensuite aborder le sujet de l'environnement familial et social du mineur délinquant afin de recueillir différentes informations sur les liens qu'il entretient avec sa famille. En dernier, vient la question de la situation actuelle, de l'acte commis et l'expert psychiatre va chercher à savoir quel regard l'adolescent adopte à propos de cette dernière. Pour les infractions relevant du domaine sexuel notamment, il va également être recherché le rapport du mineur avec la sexualité et diverses questions pourront lui être posées à propos, par exemple, de sa « sexualité réelle » et de « ses partenaires »¹⁶⁶.

123. – Une fois que les éléments descriptifs du mineur et de son état mental sont recueillis, l'expert psychiatre va procéder à l'écriture de son rapport d'expertise, de ses conclusions et va éventuellement procéder à un certain nombre de préconisations à l'égard du magistrat.

¹⁶³ Article 81 du Code de procédure pénale.

¹⁶⁴ VIAUX Jean-Luc., « 24. Expertises de mineurs », Gérard Lopez éd., L'expertise pénale psychologique et psychiatrique. En 32 notions. Paris, Dunod, « Aide-Mémoire », 2014, page 311.

¹⁶⁵ Ibidem, page 311.

¹⁶⁶ Ibidem, page 315.

2. *Les préconisations de l'expert psychiatre*

124. – Lorsque l'expert psychiatre a posé les questions déterminées par le juge, au mineur délinquant, et que ce dernier lui a répondu, le médecin va procéder à l'élaboration de ses conclusions qui peuvent avoir différents objectifs.

125. – *Les conclusions descriptives et explicatives de l'expert.* La mission de l'expert peut d'abord être purement descriptive c'est-à-dire qu'il va lui être uniquement demandé de faire un compte-rendu de la personnalité du mineur délinquant, de présenter les informations qu'il a pu recueillir lors de l'expertise pénale et de procéder à une conclusion uniquement clinique¹⁶⁷. La mission de l'expert peut également consister en le fait de donner des explications médicales sur la « conduite délinquante »¹⁶⁸ du mineur expertisé. Il va notamment lui être demandé de rechercher s'il existe un lien entre l'acte reproché et la personnalité de l'individu ou son éventuel trouble mental, et l'expert psychiatre devra motiver ses propos, les expliciter afin que les conclusions soient lisibles par les différentes parties au procès, aussi bien le magistrat, que l'avocat et les parties civiles. Il peut également lui être demandé de se prononcer sur la dangerosité du mineur délinquant et le risque de passage à l'acte, lorsque cela est nécessaire.

126. – *Les conclusions à visée médicale de l'expert.* Le magistrat peut également demander à l'expert psychiatre de se prononcer sur l'opportunité d'une prise en charge thérapeutique au regard de l'état mental du mineur délinquant¹⁶⁹. Il va ainsi devoir détailler ses préconisations et préciser quelle prise en charge psychologique, psychiatrique et médicamenteuse paraît la plus adéquate en fonction de l'état mental de l'adolescent. Il va, par ailleurs, expliciter « quel type d'aide psychologie ou psychothérapie » et « le cadre dans lequel il serait souhaitable que cela ait lieu »¹⁷⁰. Pour parvenir à la construction de telles conclusions, l'expert psychiatre s'appuiera donc sur l'ensembles des éléments recueillis pendant l'entretien avec le mineur, notamment concernant son environnement familial, scolaire et social, son développement cognitif, l'infraction concernée et les circonstances de sa commission. La

¹⁶⁷ VIAUX Jean-Luc., « 24. Expertises de mineurs », Gérard Lopez éd., L'expertise pénale psychologique et psychiatrique. En 32 notions. Paris, Dunod, « Aide-Mémoire », 2014, page 312.

¹⁶⁸ Ibidem, page 312.

¹⁶⁹ Ibidem, page 313.

¹⁷⁰ Ibidem, page 313.

difficulté, ici, va résider dans l'importance, pour l'expert psychiatre, de ne pas enfermer le mineur délinquant dans une pathologie ou un trouble mental puisque le processus relatif à l'adolescence met le mineur dans une situation mouvante. Il est ainsi susceptible de connaître une évolution, qu'elle soit positive c'est-à-dire une amélioration de son état mental, ou négative c'est-à-dire une rigidification de son trouble mental.

127. – D'autre part, au stade de l'information judiciaire, l'établissement de ce rapport d'expertise est accompagné d'un certain nombre de mesures provisoires qui vont permettre de rechercher l'accompagnement éducatif et sanitaire du mineur délinquant présentant des troubles mentaux.

Paragraphe 2 : La prononciation de mesures éducatives judiciaires provisoires à l'égard du mineur délinquant

128. – Lorsque le mineur a été diagnostiqué par l'expert psychiatre comme ayant des troubles mentaux nécessitant une prise en charge spécifique par les institutions publiques, celui-ci va pouvoir bénéficier de mesures éducatives judiciaires provisoires (**B**) qui seront déterminées à l'aide de mesures d'investigation (**A**) réalisées auprès du mineur délinquant.

A. La préalable et nécessaire réalisation de mesures d'investigation à l'égard du mineur délinquant

129. – Avant de prononcer des mesures éducatives judiciaires provisoires à l'égard du mineur délinquant, celui-ci va d'abord faire l'objet de mesures d'investigations ayant pour rôle de recueillir des éléments sur sa personnalité et sa situation¹⁷¹. Elles vont pouvoir se matérialiser sous la forme d'un recueil de renseignements socio-éducatifs (RRSE) ou d'une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE). Malgré le fait que ces deux mesures aient une portée différente (1), elles vont partager le même objectif qui est de procéder à une évaluation des éléments de personnalité et de situation du mineur (2).

¹⁷¹ Article L322-2 du Code de justice pénale des mineurs.

1. *L'existence d'une portée différente entre les deux mesures d'investigation*

130. – Le magistrat, lorsqu'il enquête sur la commission de faits délictueux par un mineur délinquant, va rechercher différentes informations sur la personnalité de celui-ci et sa situation personnelle. Il va ainsi avoir à sa disposition plusieurs outils d'investigation comme le RRSE et la MJIE. Ces mesures ont une portée différente et sont susceptibles d'être mises en œuvre à différents moments de la procédure pénale.

131. – *Le recueil de renseignements socio-éducatifs.* Le recueil de renseignements socio-éducatifs¹⁷² est la mesure d'investigation qui est ordonnée en premier, le plus souvent par le Procureur de la République mais le juge d'instruction ou les juridictions de jugement peuvent également le faire. C'est une mesure qui a prouvé son efficacité maintes fois puisqu'elle permet d'aider le magistrat à orienter l'affaire et, de ce fait, elle est rendue obligatoire au début de la procédure c'est-à-dire pendant la phase d'enquête. Son importance est également démontrée par le fait que, pour toute réquisition, décision de placement en détention provisoire ou de prolongation de celle-ci, il doit obligatoirement y avoir la présence de ce document au sein du dossier rattaché au mineur délinquant. Sans cela, le Procureur de la République est dans l'incapacité de saisir le juge¹⁷³. Cette mesure d'investigation reste toutefois assez légère puisqu'elle prend la forme d'une enquête synthétique, dressant « la situation sociale, familiale et sanitaire du mineur concerné à un instant T »¹⁷⁴ et réalisée par un éducateur de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ).

132. – *La mesure judiciaire d'investigation éducative.* La mesure judiciaire d'investigation éducative¹⁷⁵, quant à elle, est une évaluation du mineur délinquant et de sa situation qui est plus approfondie. En effet, la personnalité de ce dernier va être recherchée, comme pour le RRSE mais vont également être recherchés tous les éléments relatifs à « sa situation scolaire, familiale, sanitaire, sociale et éducative »¹⁷⁶ aussi bien concernant sa

¹⁷² Article L322-3 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁷³ Article L322-5 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁷⁴ Ministère de la Justice, « Les mesures d'investigation », 2012, <http://www.justice.gouv.fr/justice-penale-11330/les-decisions-judiciaires-pour-les-mineurs-12123/les-mesures-dinvestigation-21091.html>

¹⁷⁵ Article L322-7 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁷⁶ Ministère de la Justice, « Les mesures d'investigation », 2012, <http://www.justice.gouv.fr/justice-penale-11330/les-decisions-judiciaires-pour-les-mineurs-12123/les-mesures-dinvestigation-21091.html>

personne, que sa famille. Elle est également différente du RRSE au niveau procédural puisqu'elle va pouvoir être ordonnée par le juge des enfants, le juge d'instruction et les juridictions de jugement et ce, à tous les stades de la procédure pénale¹⁷⁷, alors que le RRSE doit être prononcé au tout début de celle-ci.

133. – *L'intérêt de la mesure judiciaire d'investigation éducative.* D'autre part, elle va être réalisée, non pas par un éducateur de la DPJJ mais de façon interdisciplinaire par plusieurs éducateurs accompagnés d'un assistant social et d'un psychologue¹⁷⁸. Cette investigation va permettre de recueillir un certain nombre d'éléments qu'une simple évaluation synthétique ne permet pas de faire et va éclairer d'avantage le magistrat. Cela tient notamment par l'intervention de plusieurs professionnels, compétents à différents niveaux, qui vont pouvoir élargir le recueil des différents éléments pertinents pour le bon déroulement de l'enquête. Elle est particulièrement importante lorsque le mineur délinquant présente un mal-être ou un trouble mental puisque c'est parfois grâce à cette mesure que la pathologie va être détectée, notamment lorsque cela n'a pas été fait au stade de la garde à vue. Le RRSE lui, ne prévoit pas l'investigation du mineur délinquant au niveau sanitaire. Cela est regrettable puisqu'elle est la première mesure ordonnée lorsqu'un mineur est pris en charge et un éducateur de la DPJJ n'est pas en capacité de se prononcer sur l'état mental du mineur.

134. – *Le caractère facultatif de la mesure judiciaire d'investigation éducative.* Il est également rapporté, à l'article L432-1 du Code de Justice pénale des mineurs que la mesure judiciaire d'investigation éducative est « facultative lorsqu'une copie du dossier unique de personnalité du mineur, [...], est versée au dossier de l'information judiciaire »¹⁷⁹. Cette faculté de recourir à la MJIE, qui n'est qu'optionnelle, paraît regrettable puisque, bien qu'un dossier unique de personnalité (DUP) soit présent au sein du dossier, le mineur peut avoir évolué dans son comportement, dans sa personnalité et sur le plan sanitaire également et ces changements ne seront pas toujours observés s'il n'y a pas d'évaluation approfondie de ces points-là. Il semblerait ainsi important de donner plus de force à cette investigation approfondie et pluridisciplinaire de la situation et de la personnalité du mineur délinquant.

¹⁷⁷ Article L322-7 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁷⁸ Article L322-7 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁷⁹ Article L432-1 du Code de justice pénale des mineurs.

135. – Malgré l’existence de différences entre ces deux procédures, tenant aussi bien au niveau procédural que dans leur fonctionnement et leur portée, elles partagent toutes les deux un objectif commun qui est d’investiguer sur le mineur délinquant, sa personnalité et sa situation.

2. Un objectif commun : investiguer sur la personnalité et la situation du mineur délinquant

136. – Lorsqu’une affaire de délinquance juvénile arrive entre les mains du magistrat, celui-ci va pouvoir ordonner différentes mesures¹⁸⁰ afin de l’aiguiller dans le choix des mesures à prendre à l’égard du mineur délinquant. Ces mesures, malgré leurs différences, vont avoir un but commun qui est d’investiguer sur la personnalité et la situation du mineur délinquant, et vont, toutes les deux, donner lieu à un rapport.

137. – *Un but commun.* Ces deux mesures d’investigation, qui sont le recueil de renseignements socio-éducatifs et la mesure judiciaire d’investigation éducative, partagent donc le même but qui est de dresser un portrait du mineur, auquel il est reproché la commission d’actes punis par la loi. Cela va être mis en œuvre grâce à l’évaluation de différents critères tenant à sa personnalité ainsi que sa situation personnelle c’est-à-dire sociale, scolaire, familiale, et même sanitaire pour la MJIE. Ce but commun va être matérialisé par la constitution d’un rapport faisant figurer toutes les informations recueillies auprès du mineur délinquant, et de sa famille, lorsqu’il s’agit d’une MJIE.

138. – *Un rapport commun.* Les deux mesures d’investigation prendront la forme d’un rapport contenant tous les renseignements utiles sur la situation du mineur¹⁸¹. L’important, pour les personnes chargées de ces missions, sera d’apporter le plus d’éléments possibles relatifs aux domaines susmentionnés en toute transparence, avec le plus de détails et de précision possible, en restant fidèle à la réalité et en étant impartial. Elles vont d’abord permettre au magistrat de prendre connaissance de la personnalité du mineur, de son comportement, de ses antécédents familiaux, scolaire et médicaux lorsqu’il y a lieu, et ainsi lui donner une vision globale du mineur qu’il va être amené à juger au cours de la procédure pénale. Une fois les observations

¹⁸⁰ Article L322-1 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁸¹ Articles L322-3 et L322-7 du Code de justice pénale des mineurs.

recueillies et déposées au sein du rapport, il va également, grâce aux éléments recueillis lors de l'investigation, être fait une « une proposition éducative ou une proposition de mesures propres à favoriser son insertion sociale »¹⁸². Celles-ci vont être prononcées au regard des éléments rapportés lors de ces évaluations et vont permettre d'aiguiller le juge sur les mesures à adopter à l'égard du mineur délinquant. En effet, il est primordial de rechercher le relèvement éducatif et moral de ce dernier par rapport au répressif. Il est ainsi indispensable de détenir le plus d'éléments, d'informations et de préconisations possibles, par les professionnels de la Protection judiciaire de la jeunesse, pour que le juge puisse prononcer une mesure adaptée au mineur.

139. – Chaque mineur délinquant a un parcours de vie et une personnalité différente. De ce fait, l'utilité de telle ou telle mesure ne sera pas la même en fonction de chacun, et c'est pourquoi, le juge doit s'appuyer sur ces différentes mesures d'investigations afin d'assurer une cohérence dans les décisions qui seront prononcées à l'égard du mineur délinquant¹⁸³, notamment concernant les mesures éducatives judiciaires provisoires.

A. La détermination des mesures éducatives judiciaires provisoires à l'égard du mineur délinquant

140. – Une fois que le juge d'instruction a toutes les informations nécessaires relatives à la personnalité et la situation du mineur délinquant, il va être en mesure de prononcer un certain nombre de mesures éducatives judiciaires provisoires. Celles-ci vont avoir pour fonction de permettre le relèvement éducatif du mineur (1) et elles vont être choisies en fonction de différents critères relatifs au mineur délinquant et sa situation (2), notamment sanitaire.

1. Le rôle des mesures éducatives judiciaires provisoires

141. – Les mesures éducatives judiciaires peuvent être prononcées à titre provisoire, avant le prononcé d'une éventuelle sanction¹⁸⁴, en suivant toujours cet objectif de relèvement éducatif

¹⁸² Articles L322-3 et L322-7 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁸³ Article L322-1 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁸⁴ Article L323-1 du Code de justice pénale des mineurs.

du mineur délinquant, qui constitue un des principes généraux du droit pénal applicable aux mineurs délinquant au sens de l'article L11-2 du Code de Justice pénale des mineurs¹⁸⁵.

142. – La mise en œuvre des mesures éducatives. L'objectif du relèvement éducatif du mineur est recherché à tous les stades de la procédure et pour toutes les mesures prises à l'égard du mineur délinquant puisque l'article L112-1 du Code de Justice pénale des mineurs dispose que « La mesure éducative judiciaire vise la protection du mineur, son assistance, son éducation, son insertion et son accès aux soins »¹⁸⁶.

143. – L'utilité des mesures éducatives. Elles vont donc permettre au mineur délinquant d'être pris en charge, au stade de l'instruction, et de bénéficier, selon l'article L112-2 du Code de Justice pénale des mineurs, « d'un accompagnement individualisé construit à partir d'une évaluation de sa situation personnelle, familiale, sanitaire et sociale »¹⁸⁷. Il s'agit ici d'une procédure spéciale de suivi du mineur lorsqu'il est « en attente de son jugement sur la culpabilité »¹⁸⁸ qui lui permet de faire l'objet de différentes mesures allant dans le sens de cette primauté du relèvement éducatif sur le répressif.

144. – Le possible cumul des mesures éducatives. Elles vont pouvoir être accompagnées, cumulativement, par différentes interdictions et obligations énoncées à l'article L112-2 du Code de Justice pénale des mineurs mais également d'un ou plusieurs modules ayant chacun des objectifs définis en fonction du domaine qu'ils traitent. Ils sont ainsi susceptibles de tenir compte en une prise en charge scolaire, sociale ou professionnelle pouvant être mise en œuvre par différents moyens¹⁸⁹, en une activité d'aide, de réparation ou de médiation à l'égard de la victime¹⁹⁰, en un placement du mineur auprès d'une personne ou d'un établissement désigné¹⁹¹ ou bien en une prise en charge sanitaire du mineur délinquant¹⁹². Ces différentes mesures

¹⁸⁵ Article L11-2 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁸⁶ Article L112-1 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁸⁷ Article L112-2 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁸⁸ Sénat, « Projet de loi ratifiant l'ordonnance n°2019-950 du 11 septembre 2019 portant partie législative du code de justice pénale des mineurs », 2021, page 21.

¹⁸⁹ Articles L112-5 et L112-6 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁹⁰ Article L112-8 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁹¹ Article L112-14 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁹² Article L112-11 du Code de justice pénale des mineurs.

éducatives judiciaires provisoires seront toujours prises en fonction des éléments relevés sur les rapports relatifs aux mesures d'investigation et des préconisations inscrites sur ces derniers afin d'octroyer au mineur délinquant un suivi adapté à sa personnalité, à sa situation et aux besoins qui en découlent, afin de le guider vers un rétablissement éducatif, moral et sanitaire.

145. – En ce sens, lorsqu'il est rapporté l'existence d'un mal-être ou d'un trouble mental chez le jeune délinquant, le juge va avoir la capacité d'adopter un certain nombre de mesures pouvant s'adapter à son état mental.

2. Le choix des mesures éducatives judiciaires provisoires à l'égard du mineur délinquant malade

146. – En présence d'un mineur délinquant présentant des troubles mentaux ou un certain mal-être, il va être important de faire un choix éclairé et adapté afin de permettre à cet adolescent d'être pris en charge correctement sur le plan sanitaire.

147. – *Le choix du module « santé ».* Comme mentionné précédemment, le juge bénéficie d'un panel de mesures éducatives judiciaires provisoires à destination du mineur délinquant et dont il va faire le choix en fonction de la personnalité et de la situation de celui-ci. Il dispose d'une grande liberté lui permettant d'ordonner une ou plusieurs mesures, alternativement ou cumulativement. Lorsque le juge est en présence d'un mineur délinquant en mauvaise santé mentale, celui-ci va pouvoir activer le « module santé » et orienter le jeune, au choix, soit vers une prise en charge sanitaire qui sera adaptée à ses besoins, soit au sein d'un établissement de santé, soit au sein d'un établissement médico-social. Ces décisions seront prises sur la base des différentes mesures d'investigation notamment celles tenant à la mesure judiciaire d'investigation éducative qui comprend un volet sanitaire avec l'avis d'un psychologue, et également par le biais des certificats médicaux et d'éventuelles expertises psychiatriques.

148. – *La mise en œuvre du module « santé ».* La mise en œuvre de ce module est primordiale lorsque l'état mental du mineur le nécessite puisque cela lui permet d'être pris en charge de manière adaptée en fonction de ses besoins et de bénéficier d'un traitement, d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique, dans les cas les plus graves, permettant au mineur d'évoluer vers un rétablissement ou une stabilisation de son état mental. Cela permettra

également un suivi plus précis, plus fréquent et plus adapté à la pathologie du mineur délinquant et l'évolution démontrée servira au juge lors de l'information judiciaire. Enfin, la mise en œuvre de ce module de santé, comme pour les autres, pourra être levée¹⁹³, à tout moment, lorsque le juge l'estime nécessaire et que cela est en adéquation avec la situation du mineur délinquant.

149. – Cette adaptation du droit pénal des mineurs à l'égard du mineur délinquant malade mentalement va se poursuivre à l'issue de l'instruction, lorsqu'il est question du jugement et de la réponse pénale que doit donner le juge à l'égard des faits commis.

Section 2 : Les différents aspects sanitaires de la réponse pénale faite au mineur délinquant à l'issue de l'instruction

150. – A l'issue de la phase d'instruction, le juge va devoir se prononcer sur la responsabilité du mineur à l'égard des faits commis et sur la sanction pénale à attribuer au mineur délinquant. Lorsque celui-ci présente des troubles mentaux, la place de cette dernière va pouvoir être aménagée (*Paragraphe 1*) et la question de l'opportunité d'attribuer des soins à l'adolescent (*Paragraphe 2*) sera discutée à différents niveaux.

Paragraphe 1 : La place de la sanction pénale à l'égard du mineur délinquant malade

151. – Un mineur ayant commis un acte de délinquance ou un acte criminel va pouvoir faire l'objet de sanctions qui peuvent prendre la forme de mesures, de sanctions éducatives ou de peines. Il va ainsi être important de déterminer quelle est la responsabilité du mineur délinquant au moment des faits ainsi que son état mental (**A**) afin d'adapter au mieux la sanction pénale qui sera prononcée à son égard (**B**).

¹⁹³ Article L432-2 du Code de justice pénale des mineurs.

A. La détermination de la responsabilité pénale du mineur délinquant (au regard de son état mental)

152. – Lors de la commission de faits réprimés par la loi, la responsabilité pénale des mineurs délinquants va être recherchée. Elle prend la forme d'une responsabilité pénale spéciale (1) déterminée par différents critères qui permettront de rechercher l'existence d'un discernement au moment des faits (2) notamment lorsque le mineur présente un trouble mental.

1. Le principe d'une responsabilité pénale spéciale du mineur délinquant

153. – Le délinquant, au stade de l'adolescence, n'est pas un délinquant comme les autres. Cela est notamment dû à sa condition inhérente de mineur et il a donc été nécessaire de créer un droit adapté aux différentes particularités rattachées à sa personne.

154. – *La spécificité du droit pénal des mineurs.* Le droit pénal des mineurs existe depuis presque la naissance du droit pénal général et il est un droit autonome et dérogatoire par rapport à ce dernier. Celui-ci a, en effet, ses propres normes et ses propres règles qui ont d'abord été édictées au sein de l'ordonnance du 02 février 1945 relative à l'enfance délinquante. Elle constitue véritablement le socle du droit pénal des mineurs français et a été remplacée, depuis peu, par le Code de Justice pénale des mineurs.

155. – *Le critère de l'âge du mineur.* Pour déterminer la responsabilité pénale du mineur, le juge doit rechercher la présence d'un discernement chez le mineur au moment des faits, comme c'est d'ailleurs le cas pour les majeurs. Il doit donc rechercher dans quel état psychologique et psychiatrique se trouvait l'individu au moment des faits, mais il doit également s'appuyer sur l'âge du mineur lors de la commission de l'infraction. La particularité se trouve donc dans le fait que la responsabilité pénale va dépendre de deux critères relatifs au discernement et à l'âge. Concernant l'âge, le principe ici va être celui de l'irresponsabilité pénale pour les mineurs âgés de moins de 13 ans, selon l'article L11-1 alinéa 2 du Code de Justice pénale des mineurs¹⁹⁴, puisque le mineur est présumé ne pas avoir de discernement en dessous de cet âge-là. De ce fait, lorsqu'il commet des infractions, il sera susceptible de faire uniquement l'objet de mesures éducatives avant 10 ans et de sanctions éducatives après cet âge-

¹⁹⁴ Article L11-1 du Code de justice pénale des mineurs.

là. Ce n'est qu'à partir de l'âge de 13 ans que le juge pourra prononcer une peine à l'égard du mineur discernant.

156. – Cette double recherche de discernement en fonction de l'âge, et comme en droit pénal général, en fonction de l'état mental du mineur va être d'autant plus importante lorsqu'il semble présenter des troubles mentaux.

2. La recherche du discernement du mineur délinquant au moment des faits

157. – La présence du discernement au moment des faits est un principe de droit pénal général, rappelé par l'arrêt « Laboube » du 13 décembre 1956¹⁹⁵, et également présent au sein du droit pénal des mineurs avec l'article L11-1 alinéa 1 du Code de Justice pénale des mineurs¹⁹⁶. Le discernement dépend ainsi, en partie, de l'âge du mineur mais également de son état mental au moment des faits.

158. – *La détermination du discernement au moment des faits.* Le discernement correspond « à la capacité de l'esprit à juger clairement et sainement des choses »¹⁹⁷. Chez le mineur, il se construit au fur et à mesure de l'évolution de l'enfant « jusqu'à l'âge de dix-huit ans, auquel il est censé pleinement établi »¹⁹⁸. Lorsque le mineur commet une infraction, le rôle du juge va être de rechercher la présence du discernement au moment des faits. Une fois le critère de l'âge déterminé, le magistrat va chercher à savoir si le mineur était discernant lorsqu'il a commis l'acte réprimé. Il va, pour cela, s'aider des différents éléments recueillis lors de l'enquête qui peuvent tenir du dossier unique de personnalité du mineur avec les différents rapports d'investigations, du certificat médical réalisé lors de la garde à vue et des éventuelles expertises psychiatriques réalisées au cours de l'instruction, à sa demande. Une fois ces éléments en sa possession, celui-ci va rechercher la présence ou l'absence d'un trouble mental chez le mineur. Lorsqu'aucun trouble n'est relevé, la responsabilité pénale du mineur va être entière, et lorsque les éléments recueillis relèvent l'existence d'un éventuel trouble mental ayant pu altérer ou abolir son discernement, sa responsabilité pénale va être atténuée ou nulle.

¹⁹⁵ Cour de cassation, chambre criminelle, 13 décembre 1956, n° 55-05.772, « Laboube ».

¹⁹⁶ Article L11-1 du Code de justice pénale des mineurs.

¹⁹⁷ Dalloz-actu-étudiant.fr, « Point sur la responsabilité pénale des mineurs », 2021.

¹⁹⁸ BONFILS Philippe et GOUTTENOIRE Adeline, « Droit des mineurs », Dalloz, 2014, page 1252.

159. – *La présence d'un trouble mental.* Lorsque les rapports d'expertises et les certificats médicaux relèvent la présence d'un trouble mental au moment des faits, le juge va pouvoir les confronter aux différents éléments qu'il a en sa possession pour construire son jugement et déterminer ainsi quelle sera la part de responsabilité du mineur délinquant. Un deuxième principe directeur du droit pénal des mineurs est celui du relèvement éducatif et moral du délinquant, et en ce sens, le juge va souvent suivre les préconisations des différents experts en ce qui concerne la matière sanitaire.

160. – Il va donc être important, pour le juge chargé de prononcer le degré de responsabilité pénale du mineur délinquant, d'adapter la sanction pénale qu'il va attribuer à ce dernier, au regard de son état mental passé et actuel.

B. L'adaptation de la sanction pénale au regard du mineur délinquant malade

161. – Le mineur, lorsqu'il commet une infraction, est susceptible de faire l'objet de différentes sanctions qui seront déterminées en fonction de plusieurs critères (1) tenant à l'application des différents principes directeurs du droit pénal des mineurs, de la gravité de l'acte et de la responsabilité pénale de l'adolescent. Elles pourront être adaptées lorsque le mineur délinquant présente des troubles mentaux (2).

1. La détermination de la sanction pénale à l'égard du mineur délinquant

162. – Le mineur ayant commis un fait réprimé par la loi va pouvoir être jugé pour cela lorsque les éléments de preuve sont suffisants. Le juge va ainsi se fonder sur plusieurs critères pour choisir les mesures à adopter et motiver sa décision.

163. – *La prise de décision du magistrat.* Lorsqu'une infraction est commise par un mineur, le juge va d'abord devoir tenir compte des critères de l'âge et du discernement du délinquant, qui seront véritablement les bases sur lesquelles la décision sera prise. Une fois ces deux informations recueillies et déterminées par le juge, la gravité de l'acte va être recherchée, c'est-à-dire de savoir si l'infraction relèvera d'un délit ou d'un crime, et s'il y a la présence de circonstances aggravantes. Enfin, le magistrat aura également pour mission de tenir « compte

de la personnalité du mineur et de ses conditions de vie et d'éducation »¹⁹⁹. Une fois ces éléments relevés, il sera important que le magistrat en tienne compte pour prononcer sa décision afin qu'elle soit la plus adaptée possible au mineur délinquant. En France, le taux de réponse pénale est de 92,7%²⁰⁰ en 2019 avec 37,2% des affaires orientées vers des poursuites pénales et 54% des affaires orientées vers des procédures d'alternative aux poursuites. Cela démontre bien cette tendance à la primauté de l'éducatif sur le répressif puisqu'en cas de prononciation d'alternatives aux poursuites, il va pouvoir être demandé notamment l'accomplissement d'un stage de formation civique, de consultation auprès de professionnels de santé ou du suivi d'une formation scolaire ou professionnelle.

164. – La prononciation de la sanction applicable au mineur. Toutefois, le magistrat peut faire le choix de poursuivre pénalement le mineur et celui-ci va avoir à sa disposition différentes mesures et peines, ainsi que plusieurs obligations et interdictions qu'il pourra prononcer alternativement ou cumulativement en fonction de l'objectif recherché. Les principes d'atténuation de la responsabilité pénale du mineur et de la primauté de l'éducatif sur le répressif vont inciter le juge à préférer prononcer des mesures éducatives ayant pour but « d'assister, de surveiller et d'éduquer le mineur »²⁰¹, lorsque cela est suffisant et proportionné à l'acte commis, et approprié à la situation et la personnalité du mineur. D'autre part, lorsque des mesures éducatives sont prononcées à titre provisoire pendant la phase d'information judiciaire, le juge peut choisir de les établir de manière définitive au moment du jugement, lorsqu'il estime que cela est nécessaire au regard du mineur et de sa situation actuelle. Il est toutefois possible pour le juge de prononcer des peines privatives de liberté lorsque l'infraction commise représente une certaine gravité mais cela représente, en 2019, 8,23%²⁰² des mesures et sanctions définitivement prises à l'égard de l'enfance délinquante.

165. – La réponse pénale va également être adaptée lorsque le magistrat est en présence d'un adolescent présentant un certain mal-être psychique ou des troubles mentaux.

¹⁹⁹ Article L421-1 du Code de justice pénale des mineurs.

²⁰⁰ Ministère de la Justice, « Les chiffres-clés de la Justice 2020 », 2020, page 21.

²⁰¹ Dalloz-actu-étudiant.fr, « Point sur la responsabilité pénale des mineurs », 2021.

²⁰² Ministère de la Justice, « Les chiffres-clés de la Justice 2020 », 2020, page 22.

2. *Le cas particulier du mineur délinquant malade*

166. – Il arrive parfois que le parquet soit amené à se prononcer sur l’opportunité des poursuites à l’égard d’un mineur présentant un mal-être ou des troubles mentaux et il va avoir à sa disposition différentes orientations possibles.

167. – *L’alternative aux poursuites.* Le juge va ainsi s’appuyer sur les éléments dont il a en sa possession afin de faire un choix éclairé et proportionné avec la situation, la personnalité et l’état mental du mineur délinquant. Il va avoir pour mission de prononcer la mesure la plus adéquate afin de permettre au mineur d’être pris en charge correctement d’un point de vue sanitaire notamment. Ainsi, dans le cas où le mineur a commis un acte de délinquance qui reste léger et sans grande gravité, le magistrat va pouvoir prononcer une mesure d’alternative aux poursuites²⁰³ tenant, par exemple, à la consultation d’un psychiatre ou d’un psychologue. Toutefois, cela n’est pas une obligation et il va également pouvoir choisir de poursuivre le mineur avec une procédure différente.

168. – *Le choix des poursuites.* Le mineur délinquant peut avoir commis des infractions plus importantes que de simples petits faits délictueux pouvant être réglés alternativement à des poursuites. Dans ces cas-là, le magistrat va pouvoir choisir la voie de la poursuite pénale et prononcer différentes mesures ou peines, comme vu précédemment. Lorsque le mineur présente des troubles mentaux ou un mal-être, le juge va devoir adapter sa réponse pénale en fonction de la gravité du trouble présent chez l’adolescent. Il va d’abord devoir, comme vu précédemment, déterminer son âge et son discernement en fonction des éléments qu’il a en sa possession, et il pourra ensuite, grâce à cela, choisir la ou les mesures à adopter afin de combiner la nécessité de rechercher le relèvement éducatif du mineur, la protection de sa santé mentale et la sanction d’un acte prohibé par la loi. Une mesure éducative judiciaire pourra donc être prononcée notamment au regard de l’objectif de protection et d’accès aux soins de l’article L112-1 du Code de Justice pénale des mineurs²⁰⁴. Elle pourra contenir différents modules notamment celui tenant à la santé du mineur²⁰⁵ et lui permettant ainsi de bénéficier d’une « prise en charge sanitaire adaptée à ses besoins », d’un « placement dans un établissement de santé »

²⁰³ Article L422-1 du Code de justice pénale des mineurs.

²⁰⁴ Article L112-1 du Code de justice pénale des mineurs.

²⁰⁵ Article L112-2 3° du Code de justice pénale des mineurs.

ou d'un « placement dans un établissement médico-social »²⁰⁶. Enfin, lorsque les faits commis sont relativement graves, des peines d'emprisonnement pourront être prononcées lorsque la responsabilité du mineur délinquant est rapportée. Ce dernier pourra bénéficier, même lorsqu'il est détenu, de soins afin de prendre en charge sa souffrance psychique.

169. – Il conviendra d'explicitier plus en détails ces différents suivis sanitaires notamment au regard de l'importance du soin à apporter au mineur malade d'un point de vue psychique, même lorsqu'il a commis des actes de délinquance.

Paragraphe 2 : L'importance du soin à l'égard du mineur délinquant malade

170. – En présence d'un mineur délinquant en souffrance psychique, il va être primordial de lui apporter des soins adaptés à son état mental (**A**) afin de prendre en charge son mal-être. Pour permettre cela, la mesure d'enfermement devra être adaptée à la gravité de l'état psychique du mineur délinquant (**B**).

A. La nécessité de procurer des soins à l'égard du mineur délinquant malade

171. – Le mineur délinquant peut parfois présenter une souffrance psychique se matérialisant à différents degrés et sous différentes formes. Il est ainsi important de la prendre en compte dans la réponse pénale faite à son égard puisque la maladie psychique est un véritable problème au sein de la délinquance juvénile. Les soins attribués au mineur délinquant peuvent être matérialisé sous différentes formes (**1**) et présentent donc un intérêt incontestable (**2**).

1. La mise en place de soins à l'égard du mineur délinquant malade

172. – Le mineur délinquant peut parfois présenter des troubles mentaux comme les troubles bipolaires, les troubles schizophréniques ou d'autres troubles du comportement, et il est également susceptible de ressentir une souffrance psychique plus « légère » relevant d'une tendance à des troubles alimentaires, à des périodes de dépresses ou de mal-être liés à la période de l'adolescence. Il est donc important de lui faire bénéficier d'un suivi psychologique,

²⁰⁶ Article L112-11 du Code de justice pénale des mineurs.

psychiatrique ou médicamenteux qui seront adaptés en fonction de sa pathologie et de modalités de soins qui pourront être plus ou moins soutenues.

173. – La mise en place de soins médicaux. Lorsque le mineur délinquant est entre les mains de la Justice, il va faire l'objet de différents examens médicaux, à tous les stades de la procédure, afin de faire état de son état mental et d'adapter sa prise en charge au regard de sa santé mentale. Lorsque les certificats médicaux et les éventuelles expertises psychologiques ou psychiatriques relèvent la présence d'un trouble mental ou d'une souffrance psychique, les professionnels de santé vont faire des préconisations sur les modalités de soins à adopter à l'égard du mineur délinquant. Celles-ci vont pouvoir se matérialiser sous différentes formes et vont pouvoir évoluer en même temps que l'évolution du mineur.

174. – Les différents types de soins. Le mineur délinquant présentant une pathologie mentale va ainsi être susceptible de bénéficier de différents soins comme un traitement médicamenteux. Le médecin va ainsi pouvoir lui prescrire une prise d'anxiolytiques lorsque l'individu est sujet à des angoisses, des neuroleptiques lorsqu'il est question d'une schizophrénie ou encore d'antidépresseurs²⁰⁷. Le mineur fera l'objet d'un suivi psychologique et psychiatrique régulier matérialisé sous la forme d'entretiens médicaux réalisés entre le professionnel de santé et le mineur. Ces rendez-vous permettront de suivre l'évolution de son état mental et d'adapter la prise en charge médicale du mineur lorsque cela est nécessaire. De plus, cette prise en charge médicale se fera bien souvent par le biais des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)²⁰⁸ qui sont de plus en plus utilisées à l'égard des mineurs délinquants malades afin de permettre une certaine proximité des soins.

175. – La mise en place de soins à l'égard du mineur délinquant présentant des troubles psychiques est donc permise par différents biais permettant de prendre en charge les différentes pathologies mentales liées à l'adolescence d'une part, et à des pathologies plus lourdes d'autre part. Cette mise en place présente un certain intérêt justifiant son existence.

²⁰⁷ CHABROL Henri, « Les comportements suicidaires de l'adolescent », Puf, Paris, 1984, page 73.

²⁰⁸ Sénat, « Mission d'information sur la réinsertion des mineurs enfermés », Rapport d'information n°726, 25 septembre 2018, page 125.

2. *L'apport des soins à l'égard du mineur délinquant malade*

176. – Le mineur délinquant, bien souvent, n'est pas un simple individu commettant des infractions avec l'unique volonté de transgresser les lois établies au sein de la société. L'entrée dans la délinquance juvénile est souvent révélatrice d'un mal-être ou d'un trouble psychique plus ou moins rigidifié.

177. – *La prise en compte de l'état psychique.* La prise en compte de l'état mental du mineur délinquant est le premier pas vers la reconnaissance de l'importance de la santé mentale des mineurs, et ce, à tous les égards. En effet, les mineurs délinquants, bien qu'ils aient commis des faits prohibés, ont droit, comme tous les êtres humains, à une prise en charge sanitaire et à l'attribution de soins lorsque cela est nécessaire. Il est indispensable que leurs troubles psychiques ou leur mal-être soient pris en compte afin de ne pas les conforter dans la maladie et voir leurs troubles renforcés.

178. – *La stabilisation de l'état mental.* Le mineur délinquant va donc pouvoir bénéficier d'un traitement médicamenteux ou d'un suivi médical régulier qui vont avoir pour but d'accompagner le mineur dans sa maladie ou son mal-être, de lui procurer des soins adaptés à sa pathologie et de lui offrir un soutien personnalisé en fonction de plusieurs critères tenant également à la personnalité du mineur, sa situation familiale et sociale. Ce soutien sera adapté à chaque mineur afin qu'il corresponde au mieux aux besoins de ce dernier et qu'il puisse lui permettre une stabilisation de son état, dans un premier temps.

179. – *La guérison de la pathologie mentale.* La prise en charge sanitaire du mineur délinquant va également avoir pour intérêt de rechercher la guérison des différentes pathologies présentes au sein de la délinquance juvénile afin de rétablir leur santé mentale puisque celle-ci représente actuellement un enjeu politique majeur. D'autre part, cette guérison psychique dépendra des différents moyens sanitaires qui seront mis à disposition des professionnels de santé et judiciaires. En effet, ceux-ci auront besoin d'une certaine marge de manœuvre tenant aux modalités de soins et aux mesures d'enfermement afin de parvenir à prendre en charge correctement l'aspect sanitaire de la prise en charge des mineurs délinquants.

180. – Lorsque les simples soins ambulatoires octroyés au mineur délinquant présentant des troubles psychiques ou un mal-être se révèlent être insuffisants, l'aspect sanitaire de la

réponse pénale va se poursuivre avec une adaptation de la mesure d'enfermement. Cela va ainsi permettre d'articuler la détention autour d'un soin plus intensif du mineur.

B. L'adaptation de la mesure d'enfermement au regard de l'état du mineur délinquant malade

181. – Lorsque le mineur délinquant fait l'objet d'une mesure d'enfermement, celui-ci peut présenter des troubles mentaux que le droit pénal s'est attaché à prendre en charge au sein même de la détention, et ce, à plusieurs degrés. Le magistrat a alors, à sa disposition, la possibilité de recourir à différents établissements (1) qui seront choisis en fonction de différents critères et il va également pouvoir prononcer une mesure d'hospitalisation complète lorsque l'état de santé mentale du mineur délinquant le justifie (2).

1. Le choix entre les différents établissements

182. – Lorsque le magistrat est en présence d'un mineur délinquant, celui-ci peut être susceptible d'ordonner une mesure prenant différentes formes, tenant aussi bien au milieu ouvert, qu'au milieu fermé.

183. – *Les établissements alternatifs à l'incarcération.* Lorsque la situation du mineur délinquant permet d'éviter l'incarcération, le juge va pouvoir prononcer au choix une mesure en foyer ou en Centres éducatifs renforcés (CER) ou fermés (CEF). En présence de mineurs présentant un certain degré de délinquance et « des troubles du comportement »²⁰⁹, le placement en foyer va être écarté pour se référer aux CER ou aux CEF. Ces derniers ont la vocation d'être complémentaires mais le CEF va être destiné à des mineurs plus ancrés dans la délinquance. Ces deux types d'établissements peuvent être publics ou privés²¹⁰, sont mis en œuvre par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et permettent un encadrement éducatif, pédagogique et médico-psychologique renforcé²¹¹. Aujourd'hui, la mise en œuvre du CER semble se

²⁰⁹ Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant, « Les centres éducatifs renforcés (CEF), une réponse éducative pénale pertinente, qui reste trop méconnue », page 1.

²¹⁰ GOGUEL D'ALLONDANS Thierry, « Les nouveaux visages de l'éducation renforcée : cef, epm, epide [1] », VST - Vie sociale et traitements, 2010/4 (n° 108), page 56.

²¹¹ Ministère de la Justice, « Programme, de nouveaux centres éducatifs fermés », 2020.

marginaliser²¹² au profit du CEF qui peut être mis en œuvre dans le cadre d'un contrôle judiciaire, d'un sursis probatoire, d'un placement à l'extérieur ou d'une libération conditionnelle²¹³. Ce dispositif est une alternative à l'incarcération²¹⁴ permettant une approche plus thérapeutique que les foyers, puisque chaque CEF contient un pôle santé et l'intervention de professionnels de santé extérieurs à l'établissement est également prévue²¹⁵. Cela permet une prise en charge psychologique adaptée au mineur délinquant ayant des troubles psychiques et son efficacité est renforcée lorsque le CEF est associé à une structure de santé mentale. Ce mécanisme, permettant au mineur d'éviter l'incarcération, le protège ainsi des risques psychologiques et sociaux inhérents à la prison²¹⁶, sous réserve qu'il respecte ses obligations. Dans le cas contraire, le juge peut prononcer l'incarcération du mineur délinquant, mais il peut également la prononcer indépendamment d'un placement en CEF. Dans tous les cas, l'octroi de soin à l'égard du mineur reste un point important de sa prise en charge.

184. – Les établissements de détention des mineurs. Lorsque les circonstances de l'affaire le justifient notamment au regard de la gravité de l'infraction, le mineur délinquant peut être incarcéré dans un quartier pour mineurs (QM) au sein d'une maison d'arrêt ou, depuis peu, dans un établissement adapté aux mineurs qui prend la forme d'un établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM). Cet établissement a également été créé à l'occasion de la loi « Perben I » du 09 septembre 2002²¹⁷ afin de permettre aux mineurs délinquants d'évoluer dans un cadre plus adapté aux spécificités inhérentes à leur condition de mineur et à leur éducation. Ainsi, afin de repérer les besoins spécifiques de chaque mineur admis au sein d'un EPM, une « unité arrivant »²¹⁸ est mise en place. Celle-ci permet, par le biais d'une approche

²¹² Sénat, « Mission d'information sur la réinsertion des mineurs enfermés », Rapport d'information n°726, 25 septembre 2018, page 94.

²¹³ Article L113-7 du Code de justice pénale des mineurs.

²¹⁴ DAYAN Jacques, « Enfermement des mineurs délinquants. Dans les murs », *Adolescence*, 2012/4 (T. 30 n°4), page 788.

²¹⁵ Ministère de la Justice, « Création de 20 centres éducatifs fermés, dispositif des CEF « nouvelle génération » », 2018, page 6.

²¹⁶ DAYAN Jacques « Enfermement des mineurs délinquants. Dans les murs », *Adolescence*, 2012/4 (T. 30 n°4), page 788.

²¹⁷ Loi n°2002-1138 du 09 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF du 10 septembre 2002, texte n° 1.

²¹⁸ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, « Santé mentale et prise en charge des mineurs détenus : état des lieux, évolutions, enjeux », 2011, page 14.

pluridisciplinaire, de faire bénéficier au mineur de plusieurs visites médicales et de différents entretiens avec des professionnels de santé afin de faire état de la santé psychique du mineur pour pouvoir lui accorder des soins adaptés à son état mental. Par la suite, un projet personnalisé sera mis en place afin de suivre le mineur délinquant tout au long de son incarcération afin de veiller à une stabilisation de son état mental et un rétablissement psychique. Enfin, un ensemble d'activités et d'ateliers à visée thérapeutiques seront mis en œuvre par le service médical psychologique régional (SMPR) au sein des différents EPM français qui malheureusement, auront une utilisation contrastée en fonction des établissements. En effet, l'EPM d'Orvault connaît un taux de participation très élevé avec environ 92% de participation contre 20% des détenus mineurs au sein de l'EPM de Brest²¹⁹.

185. – Il arrive parfois que les soins ambulatoires ne suffisent pas, ou plus, en raison d'une aggravation de l'état de santé mentale du mineur délinquant, qui peut être causée par l'enfermement²²⁰. La mesure d'enfermement rattachée au mineur délinquant va alors pouvoir évoluer vers une unité ou un établissement spécifiquement adaptée aux mineurs délinquants malades psychiquement.

2. Le recours à l'hospitalisation psychiatrique

186. – Le mineur délinquant, lorsqu'il fait l'objet de mesures d'enfermement, peut présenter un trouble psychique nécessitant une prise en charge sanitaire plus poussée que de simples suivis psychologiques et activités thérapeutiques. Lorsque son état le nécessite, il va alors pouvoir bénéficier d'une mesure d'hospitalisation complète.

187. – *La mesure d'hospitalisation complète.* Le mineur détenu en établissement fermé est parfois susceptible de voir une aggravation de son état psychique notamment en raison des conditions de détention et de ce milieu qui lui est étranger. En effet, un adolescent présentant déjà des difficultés psychiques va être plus vulnérable au regard de son environnement et des facteurs extérieurs. Lorsque le mineur est en période de « crise », il peut être extrait

²¹⁹ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, « Santé mentale et prise en charge des mineurs détenus : état des lieux, évolutions, enjeux », 2011, page 15.

²²⁰ Sénat, « Mission d'information sur la réinsertion des mineurs enfermés », Rapport d'information n°726, 25 septembre 2018, page 124.

temporairement de l'établissement auprès duquel il suit la mesure d'enfermement et être pris en charge par le biais d'une hospitalisation complète²²¹. Cette mesure nécessite un transfert permanent du mineur détenu avec une affectation au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Ce sont des unités qui « sont sous la surveillance de l'administration pénitentiaire » qui va s'assurer du maintien de l'ordre et de la sécurité au sein des locaux.

188. – Les unités hospitalière spécialement aménagées. L'admission du patient mineur au sein d'une UHSA se fait sur demande d'un médecin intervenant au sein de l'établissement pénitentiaire, auprès du directeur de l'établissement, lorsque son état mental le nécessite et elle est décidée par arrêté préfectoral²²². Cette mesure d'hospitalisation, contrairement à la mesure d'hospitalisation partielle, se fait sans le consentement de la personne²²³ et les soins se dérouleront de la même façon que pour les « autres unités d'hospitalisation de l'établissement de santé »²²⁴. Au sein des UHSA, deux principes sont rappelés et concernent la primauté du soin ainsi qu'une double prise en charge sanitaire et pénitentiaire dans le but d'offrir « un accès aux soins dans un cadre sécurisé »²²⁵. Les mineurs détenus admis au sein de ces unités vont y rester jusqu'à une stabilisation et une amélioration de leur état de santé mentale. Ce n'est qu'après cela qu'ils pourront réintégrer l'établissement de détention.

189. – L'attribution de soins sans consentement. La question de l'attribution de différents soins sans le consentement du mineur se pose néanmoins. En effet, lorsque le mineur bénéficie de soins dans le cadre d'une hospitalisation partielle et ambulatoire, son consentement ou celui de ses parents est toujours recherché et nécessaire. En présence d'une admission en UHSA, ce principe de consentement aux soins n'est plus respecté puisque l'accord du mineur ou de ses parents est recherché, mais n'est plus indispensable, avant la décision d'admission. La violation du droit des mineurs quant à leur consentement pour l'octroi de soin peut toutefois

²²¹ Sénat, « Mission d'information sur la réinsertion des mineurs enfermés », Rapport d'information n°726, 25 septembre 2018, page 125.

²²² Circulaire interministérielle n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), page 122.

²²³ Article L3214-1 du Code de santé publique.

²²⁴ Circulaire interministérielle n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), page 123.

²²⁵ Ibidem, page 123.

s'expliquer dans une certaine mesure, lorsque le caractère urgent de sa souffrance psychique et de son trouble mental le justifie. Il semble toutefois important que le consentement soit toujours recherché en amont afin de respecter ses droits.

190. – Ainsi, la prise en charge psychiatrique du mineur délinquant, bien qu'elle soit prévue au sein de l'arsenal pénal, est délicate à organiser puisque les troubles mentaux présents chez les différents délinquants mineurs vont inévitablement différer en fonction des cas recueillis. Cela va impliquer un certain nombre de difficultés mises en lumière par la situation pédopsychiatrique actuelle en France.

DEUXIÈME PARTIE : LES DIFFICULTÉS RELATIVES À LA SANTÉ MENTALE AU SEIN DU DROIT PÉNAL DES MINEURS

« Il y a urgence à repenser l'articulation du soin et de l'accompagnement éducatif pour donner sa pleine efficacité à la sanction pénale. »²²⁶

191. – L'Assemblée nationale, en 2009, rappelait déjà la présence de difficultés dans la prise en charge sanitaire des mineurs délinquants. Une étude réalisée par l'INSERM relevait qu'un enfant sur huit souffrait de trouble mental en France²²⁷. Or, comme le disait l'ordonnance du 02 février 1945 relative à l'enfance délinquante « La France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut en faire des êtres sains ».

192. – La situation pédopsychiatrique en France est actuellement un enjeu politique majeur puisque les différents acteurs de la vie politique se rendent compte que la santé mentale des mineurs est mise à mal alors que le droit à la santé, physique ou psychique, est un droit fondamental inhérent à toute personne²²⁸. Elle est qualifiée « d'alarmante » par les différents services et professionnels de santé et cette souffrance psychique juvénile se retrouve d'autant plus au sein des institutions judiciaires, aussi bien à l'égard de la protection de l'enfance qu'à l'enfance délinquante. Ainsi, pour les mineurs accompagnés par l'Aide sociale à l'enfance

²²⁶ Assemblée nationale, « Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures », 02 décembre 2009, page 7.

²²⁷ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005.

²²⁸ Article L1110-1 du Code de la santé publique.

(ASE) et, ou, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), « est constatée une prédominance nette des pathologies limites et des troubles des conduites et des comportements, qui constituent près de 50 % des diagnostics (contre à peine 25 % chez les adolescents sans accompagnement ASE et/ou PJJ) »²²⁹.

193. – Malgré la volonté des pouvoirs publics, d’individualiser la prise en charge des mineurs délinquants au regard de leur personnalité, de leur situation et de leur santé mentale, il existe encore aujourd’hui des difficultés au sein de la population délinquante juvénile (**Chapitre 1**). Elles tiennent notamment à l’existence d’une prise en charge de leurs troubles mentaux qui se révèle encore inadaptée, et ce, tout au long de la procédure pénale. Il est donc urgent de mettre en place un certain nombre de mesures afin d’appréhender au mieux les souffrances psychiques des mineurs délinquants (**Chapitre 2**). En effet, ces adolescents, bien qu’ils aient commis des faits prohibés par la loi et transgressent les règles, restent des enfants qu’il convient de protéger particulièrement eu égard à leurs droits fondamentaux.

²²⁹ Haute Autorité de Santé, « Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l’enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives », 2015, page 8.

Chapitre 1. Une prise en charge inadaptée des mineurs délinquants atteints d'un trouble mental

194. – La délinquance juvénile est une étude de comportements transgressifs qui s'avère délicate à appréhender, notamment en raison des spécificités liées au processus de transformation de l'enfance vers l'âge adulte. Le mineur est un être vulnérable, en raison de sa condition, et ce, aussi bien au stade de l'enfance que de l'adolescence. C'est pourquoi le droit pénal des mineurs a souhaité s'adapter à leurs spécificités, afin de leur permettre une prise en charge qui prenne en compte leurs besoins spécifiques. Malheureusement, des difficultés persistent encore aujourd'hui et elle va se matérialiser à tous les stades de la procédure pénale. Ainsi, l'établissement du diagnostic relatif au trouble mental va, bien souvent, présenter un certain nombre de carences (**Section 1**) et ce, à plusieurs échelles. Ces difficultés relatives à l'établissement de la pathologie mentale auront des répercussions sur l'appréhension du trouble mental juvénile au sein des institutions pénitentiaires (**Section 2**) et viendront renforcer le non-respect des droits rattachés aux mineurs.

Section 1 : Les lacunes relatives à l'établissement du diagnostic

195. – L'établissement du diagnostic de la maladie mentale est un acte indispensable à réaliser afin de protéger l'état psychique du mineur délinquant et lui octroyer des soins adaptés et adaptables en fonction de sa maladie et de son évolution. En pratique, plusieurs difficultés se présentent avec notamment la détection des troubles mentaux qui se révèle souvent insuffisante (*Paragraphe 1*), première difficulté qui sera renforcée par le fait que ce diagnostic est délicat à établir (*Paragraphe 2*) en raison de différents facteurs.

Paragraphe 1 : L'insuffisante détection des troubles mentaux chez les mineurs

196. – La question du trouble mental des mineurs délinquants reste encore en marge de leur prise en charge comme le démontre les faibles connaissances statistiques dédiées à l'état de santé des mineurs délinquants (A). Cette insuffisante détection des troubles mentaux au sein de la délinquance juvénile se traduit notamment par l'insuffisante formation des professionnels destinés à travailler au contact de cette population (B).

A. Une faiblesse dans la connaissance statistique de l'état de santé des mineurs délinquants

197. – L'état de santé des mineurs délinquants est un problème actuel qui est encore trop peu étudié et pris en compte par les différentes institutions. Cela est notamment matérialisé par une insuffisante connaissance statistique de ces derniers (1), doublée par une imprécision entre les différents chiffres (2) fournis au sein des rapports d'évaluation traitant de la santé mentale des mineurs délinquants.

1. Une insuffisante connaissance statistique de l'état de santé des mineurs délinquants

198. – La santé mentale des mineurs est un sujet d'actualité qui présente une importance de plus en plus grande au sein des pouvoirs publics. Il est toutefois constaté que les chiffres établis au regard des mineurs délinquants sont difficiles à recueillir pour plusieurs raisons.

199. – *Des données recueillies en faible nombre.* En effet, s'agissant de la population juvénile délinquante, les données sont recueillies en trop faible nombre comme le rappellent Choquet Marie et Hassler Christine puisqu'elles font état de « peu de données fiables sur la situation sociale, familiale et sanitaire des jeunes sous protection judiciaire de la jeunesse »²³⁰. Cette tendance à la rareté des études épidémiologiques se constate un peu partout, au sein de différents rapports comme ceux rendus par la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2018, à propos de « L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement

²³⁰ CHOQUET Marie et HASSLER Christine, « La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse. Retour sur enquête(s) », Les Cahiers Dynamiques, 2009/2 (n° 44), page 27.

les processus de socialisation »²³¹. Ce constat se retrouve également au sein du rapport d'information de l'Assemblée Nationale, du 02 décembre 2009, relatif à « La prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures » puisqu'il est rappelé que « les enquêtes de portée générale sont rares » et qu'il existe une « difficulté d'accès aux statistiques recueillies par le ministère de la Justice »²³². Aussi, le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) rappelle dans son rapport, en 2017, que « les admissions en psychiatrie au titre de l'enfance délinquante [...] ne sont pas recensées par le ministère de la justice »²³³. Cette insuffisante connaissance statistique est donc largement remarquée par les différentes autorités publiques, et ce, aux différents stades de la prise en charge sanitaire des mineurs délinquants. Elle se trouve également renforcée par un faible taux de participation de ces derniers aux études menées.

200. – Un faible taux de participation des mineurs. C'est ainsi que la pauvreté des données recueillies à l'égard de la santé mentale des mineurs doit également être rapprochée avec le faible taux de participation²³⁴ de la population juvénile délinquante puisque, par exemple, dans l'étude menée par l'INSERM, seulement 20% des mineurs²³⁵ mobilisés ont répondu au questionnaire. Il est d'autant plus délicat de prendre ces chiffres en compte que ce sont surtout « les jeunes les plus insérés ou les mieux socialisés »²³⁶ qui répondent aux différents questionnaires, et non pas ceux présentant de sérieux troubles mentaux ou une grande souffrance psychique. Pour les jeunes délinquants incarcérés, les chiffres sont d'autant plus difficiles à obtenir que cette catégorie d'individus ne représente qu'1% de la population carcérale²³⁷ en 2020 et 2021 et que 76% d'entre eux relèvent de la détention provisoire²³⁸.

²³¹ Haute autorité de santé, « L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation », 2018, page 7.

²³² Assemblée nationale, « Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures », 02 décembre 2009, page 11.

²³³ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 32.

²³⁴ Assemblée nationale, « Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures », 02 décembre 2009, page 14.

²³⁵ Ibidem, page 13.

²³⁶ Ibidem, page 14.

²³⁷ Ministère de la Justice, « Mesure de l'incarcération au 1^{er} janvier 2021 », 2021, page 1.

²³⁸ Observatoire international des prisons, « Existe-il des prisons spéciales pour mineurs ? », Section française, 3 février 2021, <https://oip.org/en-bref/existe-t-il-des-prisons-speciales-pour-mineurs/>

201. – Ce manque d’informations relatives à l’état de santé des mineurs délinquants est regrettable puisque le flou pesant au-dessus de la santé mentale des mineurs continue d’exister et cette faiblesse est renforcée par l’existence d’une contradiction entre les différents rapports rendus par les institutions.

2. Une imprécision dans les rapports sur l’état de santé des mineurs délinquants

202. – Au-delà de connaître un recueil insuffisant des données relatives à la santé mentale des mineurs délinquants, le CGLPL rappelle dans son rapport de 2017, la présence de chiffres susceptibles de différer en fonction des rapports rendus et rappelle donc à la prudence de leur lecture²³⁹.

203. – *Des chiffres imprécis.* En France, l’état de santé mentale des mineurs n’est malheureusement pas assez étudié et les différentes enquêtes épidémiologiques ne sont pas assez développées. A cet égard, en 2016, le rapport du Sénat met en avant le fait que « les enquêtes françaises se révèlent à la fois partielles et éparées »²⁴⁰ et « qu’elles ne permettent pas de connaître les trajectoires et les évolutions des troubles »²⁴¹. D’autre part, Guernalec-Levy Gaëlle rappelle également qu’il « est difficile d’obtenir des chiffres très précis sur le sujet »²⁴² puisque les données recueillies proviennent des hôpitaux et des unités spécialisées mais uniquement s’agissant des cas les plus lourds. Tous les cas présentant des symptômes plus légers ne sont pas répertoriés au sein des différents rapports puisqu’ils ne sont, généralement, pas détectés à ce stade-là. Ainsi toute une partie de la population juvénile carcérale présentant des troubles mentaux ou un mal-être plus léger ne sont pas représentés au sein des différentes études épidémiologiques et les données ne sont donc pas disponibles pour ces mineurs. C’est notamment pour cette raison que les chiffres manquent de finesse s’agissant de la recherche des troubles mentaux chez les mineurs délinquants.

²³⁹ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 3.

²⁴⁰ Sénat, « Mission d’information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d’information n°494, 04 avril 2017, page 32.

²⁴¹ Ibidem, page 33.

²⁴² GUERNALEC-LEVY Gaëlle, « Santé mentale des familles : 15 jours pour en parler », 2018.

204. – *L’absence d’un dépistage précoce.* Cela est notamment dû à l’absence de dépistage précoce de la pathologie mentale, comme le rappelle Madame Imbert Corine, rapporteur au sein de la mission d’information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France. En effet, un grand nombre d’intervenants ne bénéficient pas d’une formation permettant de détecter les premiers signes d’une maladie psychique chez le mineur délinquant, et a fortiori, pendant la période de l’adolescence. La plupart des professionnels judiciaires, comme les surveillants pénitentiaires et les éducateurs de la PJJ, qui sont quotidiennement au contact du jeune, vont souvent considérer son comportement comme la matérialisation de la crise d’adolescence. Malheureusement, il arrive qu’il s’agisse finalement des prémices d’un trouble mental, qui, lorsqu’il n’est pas détecté à temps, pourra avoir des conséquences importantes sur l’avenir du mineur.

205. – Ainsi, la détection des troubles mentaux au sein de la population délinquante juvénile présente une première faiblesse puisqu’elle se révèle être insuffisante et contradictoire s’agissant des études menées à son égard. En effet, l’absence de données statistiques permettant d’avoir un aperçu de cette population en souffrance fragilise d’autant plus celle-ci. Fragilisation qui va être renforcée par une insuffisante formation des professionnels travaillant au contact de cette délinquance juvénile.

B. Une insuffisante formation des professionnels de santé et judiciaires

206. – La délinquance juvénile est une population particulière présente au sein de la sphère juridique et elle nécessite un certain nombre d’ajustements qui tiennent en partie aux professionnels amenés à travailler avec les mineurs délinquants. Il est toutefois remarqué un certain nombre d’insuffisances relatives à des formations se révélant limitées aussi bien chez les professionnels de santé (1) que pour les professionnels judiciaires (2).

1. Le manque de formation des professionnels de santé aux problématiques juridiques

207. – Lorsque le mineur délinquant présente une souffrance psychique ou des troubles mentaux, le corps médical est sollicité afin de prendre en charge le mal-être du mineur et l’aider à stabiliser son état.

208. – *La formation du corps médical.* Le corps médical est composé de différents professionnels pouvant tenir aux infirmiers, aux psychologues, aux psychiatres, aux médecins mais également aux aides-soignants, aux accompagnants éducatifs et sociaux, aux psychomotriciens... Ces différents métiers qui composent le corps médical reçoivent tous une formation en rapport avec leur spécialité et les missions spécifiques qui leurs sont attribuées. Elles ont toutefois une visée générale c'est-à-dire qu'elles permettent de soigner et prendre en charge la population française de manière générale. Certains corps de métiers sont formés spécifiquement pour répondre aux besoins spécifiques des mineurs mais cela n'est pas toujours le cas. D'autre part, l'aspect psychiatrique de la prise en charge de la maladie n'est pas toujours enseigné comme c'est notamment le cas avec la formation des infirmiers, puisque le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique a été supprimé en 1992²⁴³. Ainsi, malgré l'existence de diplômes universitaires relatifs à la prise en charge des adolescents difficiles²⁴⁴, ces derniers ne sont pas systématiquement suivis par les professionnels para médicaux amenés à travailler avec des mineurs délinquants. Enfin, les formations continues se font rares et ne permettent pas aux intervenants en santé de rester à jour sur les différentes évolutions. La difficulté relative à la formation des professionnels va être également renforcée puisque ceux-ci méconnaissent bien souvent le fonctionnement juridique relatif à la population juvénile délinquante.

209. – *La méconnaissance du cadre juridique chez les soignants.* En effet, les soignants n'ont, bien souvent, pas été formés au cadre juridique entourant certaines prises en charge sanitaires de mineurs et peuvent se retrouver dépassés par certaines situations. Le milieu juridique peut leur sembler complexe puisque les modalités de prise en charge sont variées et les pratiques sont également variables. En effet, ils ne sont pas toujours au fait de l'articulation de la procédure pénale, des différents acteurs juridiques, du fonctionnement des institutions, des délais existants en matière d'hospitalisation au sein du cadre juridique, qui ne sont, d'ailleurs, pas toujours respectés. Ils peuvent ainsi se retrouver perdus et démunis face à des situations dont ils ne comprendront pas toujours les tenants et les aboutissants.

²⁴³ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 14.

²⁴⁴ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, « Santé mentale et prise en charge des mineurs détenus : état des lieux, évolutions, enjeux », 2011, page 18.

210. – Des professionnels de santé en nombre insuffisant. Il est également relevé un nombre insuffisant de professionnels de santé puisque par exemple, la « spécialité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est confrontée à la plus forte chute de médecine de spécialité : moins 48,2 % entre 2007 et 2016 »²⁴⁵. Ainsi, il y a presque eu, en l'espace de presque dix ans, une baisse de moitié du nombre de médecins se spécialisant en pédopsychiatrie. Cela renforce ainsi cette fragilité tenant aux professionnels de santé puisque par ailleurs, concernant les pédopsychiatres, la « densité moyenne est de 5 pour une population de 100 000 enfants de 0 à 15 ans » et qui plus est, « elle est très variable selon des départements »²⁴⁶. Ce manque de médecins spécialisés va impliquer, de ce fait, la prise en charge des mineurs par des médecins non spécialisés, à défaut de bénéficier de médecins ayant reçu une formation adéquate pouvant prendre en compte les spécificités inhérentes à la personne de l'enfant et les pathologies qui peuvent lui être rattachées.

211. – Ces carences relatives aux professionnels de santé, à leur formation et à leur connaissance du monde juridique va également se retrouver chez les professionnels judiciaires qui eux, vont surtout manquer de spécialisation à l'égard de la population juvénile délinquante qui présente un certain nombre de spécificités qu'il est difficile de deviner.

2. Le manque de spécialisation des formations relatives aux professionnels judiciaires

212. – Les professionnels judiciaires amenés à travailler au contact de mineurs délinquants doivent connaître les spécificités qui existent à l'égard de cette population et qui sont inhérentes à leur qualité d'individu. Toutefois, ils ne bénéficient pas toujours des connaissances nécessaires pour agir de façon adaptée en fonction des particularités du mineur.

213. – Les professionnels du milieu pénitentiaire. Les professionnels du milieu pénitentiaire, lorsque le mineur est incarcéré, sont ses premiers interlocuteurs s'agissant du quotidien. Lorsque le délinquant est en détention au sein d'un EPM, les professionnels y travaillant sont généralement formés spécifiquement aux besoins du mineur. En revanche,

²⁴⁵ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, « Santé mentale et prise en charge des mineurs détenus : état des lieux, évolutions, enjeux », 2011, page 13.

²⁴⁶ Ibidem, page 13.

concernant les QM, les surveillants pénitentiaires, par exemple, ne sont pas spécifiquement formés aux mineurs, ou très peu, comme le présente l'étude réalisée par le Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales (CESDIP)²⁴⁷. C'est regrettable puisque ce sont les professionnels qui sont le plus en contact avec les mineurs détenus puisqu'ils gèrent la surveillance des locaux et des mineurs, de leur arrivée, des repas, des promenades, des fermetures de cellules. Mais l'acteur central s'agissant des mesures de privation de liberté dont va souvent faire l'objet le mineur délinquant, est le Juge des libertés et de la détention.

214. – Le juge des libertés et de la détention. Celui-ci a une importance considérable car il va être décisionnaire des mesures de contrôle judiciaire, de placement provisoire en CEF et de détention provisoire²⁴⁸ pouvant être prononcées à l'égard du mineur. Son pouvoir est également élargi depuis les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 puisqu'elles « ont fait du JLD le juge du contrôle des soins sans consentement »²⁴⁹. Il est donc prévu une spécialisation de ces juges au regard du principe notamment de spécialisation des juridictions régissant l'enfance délinquante et au regard des besoins rattachés à cette population mais la réalité en est toute autre. En effet, les magistrats changent régulièrement de poste et ne restent donc pas indéfiniment au sein du même service, première difficulté qui est renforcée lorsque le juge se trouve dans une juridiction de petite taille ne permettant pas une spécialisation de celui-ci. Il serait opportun de préférer l'attribution de cette spécialisation auprès d'un juge des enfants mais le problème de l'effectif de ces professionnels ne permet pas toujours, en pratique, une spécialisation du JLD qui, lorsque c'est le cas, sera limité dans la compréhension des enjeux relatifs à l'enfance délinquante et à l'adaptation des mesures à prendre au regard de la personnalité, de la situation et de l'état mental du mineur délinquant. Ce manque de spécialisation chez le JLD peut avoir des effets dévastateurs sur le mineur délinquant notamment lorsque celui-ci, par manque de formation, va omettre d'ordonner une mesure judiciaire d'investigation éducative alors que celle-ci aurait présenté un intérêt considérable afin d'approfondir l'évaluation de la personnalité du mineur. A la suite de cette omission, il va

²⁴⁷ CESDIP, « Les établissements privés de liberté pour mineurs : entre logiques institutionnelles et pratiques professionnelles », Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales, n° 112, 2012, page 67.

²⁴⁸ CLAVEL Jeanne, QUIRIAU Fabienne, PALLEZ Audrey, « La justice pénale des mineurs, un sujet de société qui mérite une politique ambitieuse », Les Cahiers Dynamiques, 2015/2 (N° 64), p. 83-91, page 89.

²⁴⁹ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 22.

être susceptible de prononcer une mesure privative de liberté qui ne sera pas en adéquation avec l'état psychique du mineur par exemple.

215. – Ces difficultés vont se rencontrer également lors de l'établissement du diagnostic de l'état psychique du mineur qui va se révéler souvent être délicat au regard de la qualité du mineur et de l'appréhension des différents professionnels avec les troubles mentaux.

Paragraphe 2 : L'établissement délicat d'un diagnostic sur l'état de santé du mineur

216. – Le diagnostic de l'état psychique du mineur peut également être délicat à établir et ce, en raison de plusieurs facteurs. D'abord, la qualité de mineur (**A**) présente un certain nombre de spécificités ayant une incidence sur le diagnostic que les praticiens auront à poser (**B**). Ces derniers seront donc susceptibles de commettre un certain nombre d'erreurs, rendant le diagnostic encore plus délicat à réaliser.

A. L'incidence de la qualité de mineur sur l'établissement du diagnostic

217. – Le mineur est un individu présentant un certain nombre de particularités qui sont renforcées au stade de l'adolescence puisqu'il développe un fonctionnement spécifique (**1**) susceptible d'évoluer dans le temps. Cette évolution va, de ce fait, pouvoir avoir une incidence sur son état psychique (**2**), qui va lui aussi, être susceptible d'évoluer.

1. Un fonctionnement spécifique inhérent à la qualité d'adolescent

218. – Le mineur est un individu ayant un fonctionnement psychique qui est, par nature, différent des adultes. S'agissant de l'adolescence, celle-ci est « une période de transition et de maturation »²⁵⁰ qui va impliquer au mineur de développer une certaine capacité d'adaptation au regard des changements physiques et psychiques dont il va faire l'objet pendant cette période. Ces mouvements pourront être « plus ou moins simultanés et contradictoires »²⁵¹ et auront

²⁵⁰ DEVERNAY Marie, VIAUX-SAVELON Sylvie, « Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître », Réalités pédiatriques, n°184, septembre 2014, page 2.

²⁵¹ Ibidem, page 2.

souvent une incidence sur le comportement du mineur qui pourra être « paradoxal et fluctuant »²⁵². Cela tient en partie par un ensemble d'éléments inhérents à l'adolescent qu'il convient d'analyser.

219. – *Le critère de l'âge et du développement psychique.* Le premier élément ayant une incidence sur le fonctionnement psychique du mineur va être son âge, pouvant être séparé en trois paliers. La première période débute aux alentours de 10 ans et dure jusqu'à environ 13 ans. Elle amorce, au niveau psychique, le « processus de séparation et d'individuation »²⁵³ accompagné d'une « intelligence opératoire formelle » et un « raisonnement hypothéticodéductif ». Elle va être suivie, à partir de 14 ans et jusqu'à 17 ans, par la mi-adolescence, aussi qualifiée de « phase d'expérimentation et de prise de risques » en raison notamment du processus de construction de son identité en tant que sujet à part entière. A cet âge-là, le mineur va avoir tendance à adopter des comportements « paradoxaux »²⁵⁴ envers ses représentants légaux mais également envers la société et les pairs afin de se mesurer à eux et de tester ses limites. Enfin, à partir de 17 ans, l'identité de l'adolescent va être affirmée et son fonctionnement psychique va se stabiliser sauf dans le cas où des facteurs de risques se retrouvent au sein de son environnement de vie.

220. – *La présence de facteurs de risques.* Au cours de l'adolescence, et plus particulièrement entre 14 et 17 ans, la survenue d'une crise d'adolescence peut être observée, crise « nécessaire à la construction de soi »²⁵⁵. Elle est donc un processus « normal » qui permet à l'adolescent de se construire en tant que futur adulte mais elle est également « synonyme de changement subit, favorable ou défavorable »²⁵⁶. Ce changement, bien qu'il soit une simple matérialisation de la période adolescente, et du processus de transformation du mineur, va pouvoir parfois avoir des répercussions plus importantes sur sa santé mentale lorsqu'il existe différents facteurs de risques, explicités au sein de la première partie de ce mémoire. Ainsi, bien

²⁵² DEVERNAY Marie, VIAUX-SAVELON Sylvie, « Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître », *Réalités pédiatriques*, n°184, septembre 2014, page 2.

²⁵³ Ibidem, page 2.

²⁵⁴ Ibidem, page 2.

²⁵⁵ DUVERGER Philippe et LUSVEN Marion, « 9. Situations de crises, passages à l'acte et violence à l'adolescence », *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent*, 2017, page 87.

²⁵⁶ Ibidem, page 88.

qu'une crise d'adolescence ne signifie pas « intrinsèquement une pathologie »²⁵⁷, il peut en être autrement lorsque des difficultés familiales, scolaires ou sociales sont présentes dans le quotidien du mineur.

221. – Ainsi, ces particularités inhérentes à la personne de l'adolescent, qui plus est, lorsqu'il est délinquant, ainsi que l'ensemble de son environnement sont à prendre en compte lorsque l'existence d'un trouble mental est recherchée. Il est toutefois important de garder à l'esprit la possible évolution de la pathologie.

2. Une possible évolution de l'état mental du mineur délinquant

222. – L'état mental du mineur est délicat à diagnostiquer en raison des nombreux facteurs ayant une possible influence sur celui-ci, et cela l'est d'autant plus lorsque le mineur est présent au sein de la délinquance. En effet, certains facteurs externes peuvent impacter plus durement le mineur qui, en fonction de sa composition psychique et neuropsychique, va parfois voir une évolution de son état mental.

223. – *L'évolution de l'état mental.* Le mineur délinquant, lorsqu'il est pris en charge au sein de l'arsenal pénal, va être confronté à un certain nombre de facteurs pouvant perturber son état de santé mentale. Il en est ainsi lorsqu'il est, par exemple, admis au sein de différents établissements habilités à traiter de l'enfance délinquante comme les CER, les CEF, les QM ou encore les EPM. Sa prise en charge éducative, ses relations avec les autres mineurs et son interaction avec les différents professionnels travaillant pour l'enfance délinquante peut également avoir une incidence sur son état mental. Son fonctionnement psychique étant particulièrement malléable, le mineur délinquant, en réaction à ces différents facteurs, pourra voir une amélioration ou une aggravation de sa santé mentale au cours de sa prise en charge juridique. Lorsque le mineur voit sa santé mentale se détériorer, l'issue peut être variable, et elle est ainsi susceptible de se matérialiser ponctuellement²⁵⁸, tout en restant gérable ou au contraire, elle peut s'aggraver notamment en raison « d'une défaillance des contenants, d'un

²⁵⁷ DUVERGER Philippe et LUSVEN Marion, « 9. Situations de crises, passages à l'acte et violence à l'adolescence », *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent*, 2017, page 88.

²⁵⁸ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », *Rapport thématique*, Dalloz, 8 novembre 2017, page 53.

échec dans l'aménagement de l'organisation défensive et qui aboutira à un état pathologique »²⁵⁹. Il est toutefois primordial de prendre du recul sur cet état psychique de l'adolescent afin de ne pas l'enfermer dans sa pathologie.

224. – L'importance de ne pas enfermer le mineur dans sa pathologie. Il existe un risque qui est celui d'enfermer le mineur délinquant dans sa pathologie mentale. Il est ainsi parfois tentant de poser une étiquette sur l'état de santé psychique du mineur, et de le considérer comme tributaire de tel ou tel trouble, sans véritablement rechercher l'amélioration de la maladie et sa possible évolution lorsque différentes aides et suivis sont mis en place. Il est pourtant primordial de ne pas stigmatiser les adolescents²⁶⁰ et leur entrée dans la délinquance lorsque celle-ci se fait manifestement par le biais de la maladie. En effet, le mineur, par ses spécificités, implique non pas une adolescence mais des adolescences, non pas une délinquance mais des délinquances²⁶¹, et par conséquent, non pas un phénomène de pathologie mentale mais différents phénomènes de pathologies. Ces derniers doivent être pris en compte de façon globale, et avec du recul afin de diagnostiquer au mieux le trouble mental développé et garder à l'esprit une éventuelle évolution de ce dernier afin de ne pas sceller l'existence de ce trouble.

225. – Toutes ces difficultés relatives à la qualité du mineur, à l'existence de différents facteurs à risques et à la possible évolution de la pathologie mentale, compliquent la mission des praticiens qui est de poser un diagnostic cohérent et circonstancié du trouble mental présent chez le mineur délinquant.

B. L'interaction des praticiens avec le diagnostic des troubles mentaux

226. – Lorsque le mineur délinquant est pris en charge au sein de l'arsenal pénal et qu'il développe un trouble mental, la relation faite entre sa pathologie et les différents praticiens chargés d'établir le diagnostic de la pathologie mentale, va être délicate. En effet, du fait des

²⁵⁹ DUVERGER Philippe et LUSVEN Marion, « 9. Situations de crises, passages à l'acte et violence à l'adolescence », *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent*, 2017, page 88.

²⁶⁰ *Ibidem*, page 89.

²⁶¹ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », *Rapport thématique*, Dalloz, 8 novembre 2017, page 11.

spécificités relatives à la personne du mineur, et plus particulièrement au stade de l'adolescence, l'établissement du diagnostic va parfois être tardif (1) ou erroné (2).

1. L'établissement tardif du diagnostic psychiatrique

227. – Pour pouvoir établir un diagnostic relatif au trouble mental du mineur délinquant, il est d'abord nécessaire de le détecter. Cette détection va parfois être réalisée tardivement en raison des spécificités du mineur, celles-ci amenant parfois le personnel judiciaire à ne pas s'inquiéter de son comportement.

228. – *Les spécificités du mineur.* Comme vu précédemment, l'adolescent présente un certain nombre de spécificités relatives au processus de transformation, de l'enfance vers l'âge adulte, dont il fait l'objet. Il est donc sujet à développer certains comportements agressifs ou encore d'exclusion, de déprime, de réactions disproportionnées ou inadaptées qui peuvent être perçues comme une matérialisation de la crise d'adolescence. Son état psychique va alors être considéré comme bénin et ne sera pas pris en charge de manière spécifique par les éducateurs ou les agents de l'administration pénitentiaire.

229. – *Une absence de détection par le personnel pénitentiaire.* En effet, ces derniers ne sont pas toujours formés aux aspects psychiques psychiatriques rattachés au mineur délinquant. Cela est notamment le cas lorsque les mineurs sont accueillis au sein des QM des maisons d'arrêt puisque ce sont de simples surveillants qui sont chargés de leur quotidien²⁶². Ces derniers s'occupent également des autres quartiers où sont incarcérés les majeurs et n'ont pas suivi de formations spécifiques leur enseignant les particularités des mineurs et la vulnérabilité de leur santé mentale. Par conséquent, ils ne s'attarderont pas sur un mineur présentant certains symptômes d'un mal-être psychique ou d'un trouble mental en apparition. Ce n'est, bien souvent, que lorsque la pathologie mentale du mineur s'est développée, que le personnel judiciaire va faire état d'un comportement particulièrement inhabituel nécessitant l'intervention d'un médecin ou d'un psychiatre afin d'établir un diagnostic médical.

²⁶² CESDIP, « Les établissements privés de liberté pour mineurs : entre logiques institutionnelles et pratiques professionnelles », Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales, n°112, 2012, page 14.

230. – Les conséquences d'un diagnostic tardif. L'établissement tardif du diagnostic va avoir plusieurs conséquences qui peuvent être dramatiques pour la santé mentale du mineur. En effet, le fait de ne pas déceler le problème mental à ses prémices va d'abord amener le mineur à se retrouver seul, incompris face à son mal-être et la matérialisation de son trouble mental. D'autre part, il ne va pas pouvoir bénéficier d'un traitement et d'un suivi médical appropriés à sa pathologie et cela va pouvoir avoir comme effet de l'installer dans la maladie mentale. En effet, selon le CGLPL dans son rapport de 2017²⁶³, sans prise en charge sanitaire adaptée et au vu des conditions d'enfermement auquel est exposé le mineur délinquant, les crises psychiatriques susceptibles de survenir auprès de ce dernier, sont souvent très mal gérées au sein des établissements fermés.

231. – La fragilité inhérente à l'établissement tardif du diagnostic psychiatrique va être renforcée lorsque les conclusions de ce dernier sont erronées.

2. L'établissement erroné du diagnostic psychiatrique

232. Le diagnostic psychiatrique mené auprès d'un mineur est délicat à réaliser. Cela l'est d'autant plus lorsque ce mineur traverse la période de l'adolescence et qu'il est inséré dans la délinquance, et cela amène parfois à des erreurs d'évaluation.

233. – L'évaluation des troubles. Afin d'évaluer l'existence de potentiels troubles mentaux chez le mineur délinquant, le praticien va avoir à sa disposition différents outils permettant « un repérage clinique des symptômes »²⁶⁴ et ainsi caractériser le trouble concerné. Il peut ainsi s'agir d'entretiens cliniques ou de techniques d'observation avec différentes échelles et tableaux qui permettront de procéder à l'évaluation des comportements chez le mineur²⁶⁵. Ces différents outils seront utilisés en fonction de la personnalité du mineur, de son état de santé mentale au moment de la consultation et de son adhésion à l'évaluation des troubles.

²⁶³ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 53.

²⁶⁴ EXPERTISE COLLECTIVE, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », Les éditions Inserm, Paris, 2005, page 263.

²⁶⁵ Ibidem, page 263.

234. – Minimiser le trouble mental. L'établissement du diagnostic médical du mineur délinquant peut présenter des difficultés dans le cas où le mineur est réfractaire à l'évaluation, lorsqu'il ne souhaite pas répondre aux différentes questions et se mure dans le silence ou reste vague à l'égard des symptômes dont il fait l'objet. Ainsi, cela peut parfois amener le professionnel de santé à conclure à l'existence de différents troubles rattachés à une crise adolescente²⁶⁶ alors qu'il pourrait finalement s'agir de pathologies telles que la bipolarité ou la schizophrénie puisque 50% des pathologies mentales apparaissent avant 16 ans. Ces pathologies étant complexes, lorsque le mineur n'adhère pas à la consultation, les erreurs de diagnostics peuvent être observées et ainsi minimiser l'existence de la maladie mentale. En effet, « il n'est pas facile de distinguer une crise « normale » des prémices d'une pathologie... »²⁶⁷.

235. – Exagérer le trouble mental. Il est toutefois possible d'observer ce phénomène dans le sens inverse, c'est-à-dire d'exagérer le diagnostic psychiatrique réalisé à l'égard du mineur et ainsi de lui coller une étiquette d'adolescent ayant une maladie psychiatrique. La période de l'adolescence est pourtant, comme il a été dit précédemment, une période charnière dont il est important de ne pas « psychiatriser »²⁶⁸ automatiquement tout trouble du comportement pouvant survenir lors de cette phase. En effet, dans la majeure partie des cas, le mal-être présent chez le mineur va se stabiliser lors de l'entrée dans la vie adulte, sous condition qu'il soit accompagné d'un suivi médical, psychologique et psychiatrique, dans les cas le nécessitant, adapté à ses difficultés psychiques.

236. – Le trouble mental du mineur délinquant, lorsqu'il n'aura pas été diagnostiqué correctement ou à temps, pourra avoir des conséquences dramatiques sur la suite de son parcours de vie. De plus, une prise en charge inadaptée de ce dernier va pouvoir avoir pour conséquences de renforcer l'existence ou l'apparition d'une maladie psychique chez ce dernier.

²⁶⁶ LLORCA Pierre-Michel, « Le bilan inquiétant de la pédopsychiatrie », L'Ecole des parents, 2019/1 (n°630), page 9.

²⁶⁷ Ibidem, page 10.

²⁶⁸ Ibidem, page 10.

Section 2 : Les lacunes relatives à la prise en charge de l'adolescent en elle-même

237. – Malgré une volonté, de la part des services publics, de prendre en charge l'adolescent de manière spécifique lorsqu'il commet des actes de délinquance, celui-ci se retrouve parfois confronté à des situations délicates. Ce constat va être renforcé en présence d'un délinquant mineur, atteint d'un trouble mental, notamment par l'existence d'une procédure pénale inadaptée à ses besoins spécifiques (*Paragraphe 1*) et par des placements inadaptés au regard des pathologies dont il est susceptible de faire l'objet (*Paragraphe 2*).

Paragraphe 1 : Une procédure pénale inadaptée aux besoins spécifiques du mineur délinquant malade

238. – Le mineur délinquant est un sujet délicat à traiter en matière pénale du fait de sa particulière vulnérabilité et des différents droits fondamentaux qui sont rattachés à sa personne. Lorsque celui-ci est atteint d'un trouble mental, il devrait être plus particulièrement protégé par le droit mais il existe pourtant un certain flou autour des différents textes régissant l'enfance délinquante à l'égard de cette particularité (**A**). Par conséquent, des carences vont se retrouver dans le suivi du mineur délinquant malade (**B**).

A. Un manque de dispositions législatives à l'égard du mineur délinquant malade

239. – L'enfance délinquante, qui est une population spécifique du droit pénal, a d'abord été régie par l'ordonnance du 02 février 1945. Celle-ci ne comportait qu'un faible nombre de prescriptions relatives à l'état de santé mentale du mineur délinquant (**1**), ce qui était critiqué largement. Le travail mené pendant l'élaboration du Code de Justice pénale des mineurs va permettre de prévoir d'avantage de dispositions législatives et d'amorcer ainsi une plus grande consécration de l'état mental du mineur (**2**), bien que des améliorations soient encore attendues.

1. L'ordonnance du 02 février 1945 : un texte lacunaire

240. – L'ordonnance du 02 février 1945 est le premier texte régissant spécifiquement le droit pénal des mineurs. Celle-ci est d'une importance considérable car elle a permis de regrouper l'ensemble de la procédure pénale et des droits des mineurs au sein d'un même texte. Toutefois, s'agissant de leur état de santé mentale, elle présente un certain nombre de lacunes que l'Assemblée nationale, dans son rapport d'information du 02 décembre 2009²⁶⁹, va mettre en avant.

241. – *La garde à vue.* La faible considération de l'état mental du mineur se constate dès la garde à vue. En effet, au sein de l'article 4 de l'ordonnance de 1945²⁷⁰, il est uniquement demandé au médecin de s'assurer « que l'état de santé est compatible avec le maintien de la garde à vue »²⁷¹ du mineur. Il est rapporté que cet examen médical est « très lacunaire » puisque le professionnel de santé va, bien souvent, ne pas procéder à un examen poussé de la santé psychique du mineur délinquant et se contentera, au mieux, de demander l'administration d'un traitement médicamenteux pour ce dernier. D'autre part, l'ordonnance ne rend cet examen médical obligatoire que jusqu'à l'âge de seize ans, alors que le mineur délinquant, reste vulnérable après cet âge-là et particulièrement pendant la période de l'adolescence qu'il va connaître, au moins, jusqu'à l'âge de la majorité.

242. – *Le placement en détention.* Ces lacunes vont également se retrouver lors du placement des mineurs en établissements fermés. Il n'est, d'abord, pas indiqué la réalisation d'un bilan de santé « lorsqu'un mineur est confié à un établissement »²⁷² au sein de l'ordonnance alors que celui-ci est primordial afin d'adapter son placement et les activités proposées en fonction de son état mental. D'autre part, ce bilan devrait également être réalisé lors de la sortie du mineur²⁷³ afin de lui proposer une continuité des soins et du suivi médical lorsque son état psychique le nécessite. Toutefois, l'article 33 de l'ordonnance prévoit

²⁶⁹ Assemblée nationale, « Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures », 02 décembre 2009, page 45.

²⁷⁰ Article 4 de l'ordonnance du 02 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

²⁷¹ Assemblée nationale, « Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures », 02 décembre 2009, page 45.

²⁷² Ibidem, page 46.

²⁷³ Ibidem, page 46.

uniquement une « continuité de la prise en charge éducative du mineur » et exclut une fois encore la prise en charge psychique du mineur qui pourrait se poursuivre par le biais de soins ambulatoires.

243. – *Les obligations de soins.* Enfin, s’agissant des obligations de soins, le rapport d’information de l’Assemblée nationale rappelle que l’ordonnance ne fait « aucune mention des soins pénalement obligés et de l’injonction thérapeutique »²⁷⁴. Ces soins sont pourtant d’une importance considérable puisqu’ils sont la matérialisation de la prise en charge sanitaire des mineurs délinquants présentant des troubles mentaux. En effet, l’obligation aux soins permet de bénéficier d’un traitement et d’un suivi adapté qui amène à une stabilisation et une évolution positive de l’état psychique du mineur. Ce manque de dispositions législatives, sous l’ordonnance de 1945, a pour conséquence une faible utilisation des différentes mesures de soins puisque, par exemple, en 2010, le recours au suivi socio-judiciaire pour les mineurs est de seulement 1%²⁷⁵ en cas de délit et 7%²⁷⁶ pour les condamnations de viol.

244. – En réaction à ces insuffisances législatives, un nouveau texte a été pensé afin de prévoir plus spécifiquement différentes mesures relatives à la santé mentale du mineur délinquant.

2. Le Code de Justice pénale des mineurs : l’amorce d’une consécration de l’état mental des mineurs délinquants

245. – Le Code de Justice pénale des mineurs, entré en vigueur depuis le 31 mars 2021, a souhaité tirer les enseignements de l’échec de l’ordonnance de 1945 et permettre une meilleure consécration de l’état mental des mineurs délinquants. Il a ainsi prévu différentes dispositions mettant en avant la prise en charge médicale de ces derniers et ce, à différents stades de la procédure pénale. Toutefois, certaines lacunes restent encore présentes actuellement.

²⁷⁴ Assemblée nationale, « Rapport d’information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures », 02 décembre 2009, page 46.

²⁷⁵ Ministère de la Justice, « Le recours au suivi socio-judiciaire », Infostat Justice, février 2013, numéro 121, page 2.

²⁷⁶ Ibidem, page 2.

246. – La phase pré-sentencielle. Ce Code des mineurs délinquants a ainsi inséré la prise en charge sanitaire au stade de la phase pré sentencielle avec notamment la mesure éducative judiciaire provisoire et son module santé, à l'article L112-11²⁷⁷. En effet, celle-ci permet un placement dans un établissement adapté ainsi qu'un suivi médical en adéquation avec ses besoins psychiques. Cette mesure, par une reconnaissance de l'état mental détérioré du mineur, lui permet ainsi de bénéficier de mesures spécifiques dès le début de la procédure pénale. Dans ce sens, il est également prévu au sein de l'article L331-2 du Code de Justice pénale des mineurs, la faculté, pour la juridiction compétente, de mettre en place une mesure « d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation »²⁷⁸ auquel devra se soumettre le mineur délinquant dans le cadre d'un contrôle judiciaire. Cette mesure est d'ailleurs régulièrement mise en œuvre puisqu'elle représente 33%²⁷⁹ des mesures pré sentencielles prononcées au sein de la Justice pénale des mineurs, en 2019.

247. – La phase post-sentencielle. Au stade de la phase post-sentencielle, il va également être question de la prise en charge sanitaire du mineur délinquant par le biais de différentes mesures. En effet, les juridictions de jugement vont pouvoir prononcer un suivi socio-judiciaire sur le fondement de l'article 122-3 du Code de Justice pénale des mineurs²⁸⁰. A cette occasion celles-ci vont avoir la possibilité d'obliger le délinquant à « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation »²⁸¹. Cela lui permettra ainsi de bénéficier de soins appropriés et d'être suivi médicalement par des professionnels de santé. D'autre part, les mesures éducatives judiciaires comprenant le module santé, explicitées précédemment, peuvent également être prononcées à titre définitif à l'égard du mineur délinquant, lorsque son état mental le nécessite.

248. – Des lacunes persistantes. Toutefois, certaines lacunes persistent encore au sein du Code de Justice pénale des mineurs à l'égard de la santé mentale de ces derniers. Dans le cadre de la garde à vue par exemple, l'article L413-8 du Code de Justice pénale des mineurs²⁸² prévoit l'examen obligatoire de l'intéressé par un médecin mais uniquement jusqu'à l'âge de seize

²⁷⁷ Article L112-11 du Code de justice pénale des mineurs.

²⁷⁸ Article L331-2 10° du Code de justice pénale des mineurs.

²⁷⁹ Ministère de la Justice, « Les chiffres-clés de la Justice 2020 », 2020, page 22.

²⁸⁰ Article L122-3 du Code de justice pénale des mineurs.

²⁸¹ Article 132-45 du Code pénal.

²⁸² Article L413-8 du Code de justice pénale des mineurs.

ans ; au-delà, cet examen est seulement facultatif. L'individu âgé de seize ans reste pourtant un mineur jusqu'à l'âge de dix-huit ans, et du fait de sa vulnérabilité inhérente à sa condition d'enfant, qui plus est, au stade de l'adolescence, il semble incohérent et dangereux de ne pas prévoir un examen médical obligatoire jusqu'à la majorité. En effet, c'est au cours de cette période de l'adolescence que le mineur est le plus susceptible de développer un trouble mental ou un mal-être. Il semblerait donc indispensable de prévoir une obligation de l'examen médical réalisé au début de la garde à vue, jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Une autre lacune peut être mise en avant concernant les mesures d'investigations spécifiques au mineur. En effet, l'article L322-3 du Code de Justice pénale des mineurs²⁸³ prévoit un RRSE contenant une proposition éducative dans un objectif de réinsertion sociale. Il n'est toutefois pas fait mention d'une visée sanitaire permettant de favoriser l'équilibre mental du mineur. Cette mesure va se retrouver au sein de l'article L322-7 du Code de justice pénale des mineurs²⁸⁴, dans le cadre de la MJIE, qui prévoit une évaluation sur le plan médical. Toutefois, cette investigation est facultative et vient après la mesure de RRSE, mesure qui ne prévoit pas spécifiquement l'évaluation de la santé mentale du mineur. Il semble donc regrettable que l'état psychique du mineur passe en second plan alors que les différentes études menées à propos de ces derniers démontrent l'existence d'une grande souffrance psychique.

249. – Ces lacunes persistant au sein du Code de Justice pénale des mineurs impliquent, de ce fait, l'existence d'un suivi sanitaire trop léger au regard de l'état mental des mineurs.

B. Les difficultés relatives au suivi sanitaire des mineurs délinquants

250. – Malgré une volonté, de la part du législateur, de pallier les insuffisances relatives à la prise en charge sanitaire des mineurs délinquants, celle-ci connaît encore actuellement un certain nombre de difficultés. En effet, des fragilités se retrouvent à l'égard des pratiques professionnelles (1) et de carences relatives à la mise en œuvre du suivi sanitaire à l'égard du mineur délinquant (2).

²⁸³ Article L322-1 du Code de justice pénale des mineurs.

²⁸⁴ Article L322-7 du Code de justice pénale des mineurs.

1. L'existence de difficultés relatives aux professionnels

251. – Le suivi sanitaire des mineurs délinquants dépend, en partie, de l'action des différents professionnels et de l'existence d'une articulation entre les différentes spécialisations. Il est remarqué l'existence de pratiques parallèles et d'une mauvaise communication entre les professionnels ayant des conséquences sur le bon déroulement du suivi sanitaire.

252. – *Des pratiques diverses.* Au sein du droit pénal des mineurs, plusieurs intervenants sont amenés à interagir avec ces derniers comme les magistrats, les surveillants pénitentiaires ou les éducateurs en passant par les infirmiers et les médecins. Au sein de chaque corps de métier, tous les professionnels n'ont pas suivi la même spécialisation et des disparités peuvent donc déjà survenir entre deux professionnels de même champ de compétences, sans compter le manque de qualification ou d'expérience²⁸⁵. Cela peut ainsi provoquer une diversité dans les pratiques menées à l'égard des mineurs délinquants, notamment au sein des établissements d'accueil de ces derniers, ce qui peut avoir pour conséquence un suivi des mineurs différent selon les structures et selon les procédures.

253. – *Une mauvaise communication entre professionnels.* Cette diversité des pratiques est également causée par une mauvaise communication des professionnels entre eux et ce, à différents stades de la procédure. Cela peut notamment être le cas au stade de la garde à vue pendant l'examen médical du mineur, comme le soulève le CGLPL dans son rapport de 2017²⁸⁶, puisqu'il donne l'exemple de décisions données en « méconnaissance de cause » aussi bien s'agissant de l'expert psychiatre, que s'agissant du Parquet et des différents juges. Cette communication lacunaire entre les différents intervenants peut avoir des conséquences importantes, tant sur la suite de la procédure pénale et les mesures qui seront prononcées à l'égard du mineur délinquant, que sur la santé mentale de ce dernier. En effet, dans le cas où de mauvaises informations sont transmises, les répercussions sur l'avenir du mineur délinquants peuvent être considérables.

²⁸⁵ Observatoire international des prisons, « Les centres éducatifs fermés, « antichambres de la prison » », Section française, 19 novembre 2019, <https://oip.org/analyse/les-centres-educatifs-fermes-antichambres-de-la-prison/>

²⁸⁶ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 34.

254. – Les professionnels travaillant au contact des mineurs délinquants, peu importe leur profession ont donc une grande responsabilité qui est encore régulièrement mise à mal et qui provoque différentes difficultés. Ces dernières peuvent être rapprochées avec l'existence de difficultés matérielles.

2. *Les carences à la mise en œuvre du suivi sanitaire*

255. – Les professionnels, en plus de rencontrer des difficultés à l'égard de l'articulation de leurs différentes compétences, vont faire l'objet de difficultés tenant à la mise en œuvre du suivi sanitaire du mineur délinquant.

256. – *L'exclusion de la transmission de l'ensemble des informations relatives au mineur délinquant.* Avant la loi du 10 août 2011²⁸⁷, sur la participation des citoyens au fonctionnement de la justice et le jugement des mineurs, créant le dossier unique de personnalité (DUP), il n'existait pas de centralisation des différents rapports réalisés concernant le mineur²⁸⁸. Ce dossier est un outil méthodologique permettant de regrouper les différents rapports établis au regard de la personnalité, de la situation et des mesures prononcées à l'égard du mineur. Cela facilite ainsi le travail des magistrats et des différents intervenants lors de la prise en charge de ce dernier et du prononcé de décisions. En pratique toutefois, un certain nombre de limites viennent tempérer son efficacité puisqu'il semble ne pas être utilisé effectivement au sein des grosses juridictions²⁸⁹ et n'est pas toujours consulté attentivement par les professionnels, faute de temps²⁹⁰. D'autre part, s'agissant des pièces issues du dossier d'assistance éducative, lorsqu'il y en a un, seules les mesures d'investigations sont ajoutées au dossier. Cela fait ainsi parfois exclusion des « mesures de suivi et d'analyse que sont les rapports d'AEMO, de placements... »²⁹¹ puisque toutes les juridictions n'ajouteront pas automatiquement ces écrits. Par conséquent, des incohérences vont pouvoir se retrouver dans la prise en charge du mineur et se refléter par une augmentation des délais notamment.

²⁸⁷ Loi n° 2011-939 du 10 août 2011 sur la participation des citoyens au fonctionnement de la justice pénale et le jugement des mineurs, JORF n°0185 du 11 août 2011.

²⁸⁸ COMBEAU Chantal, CREBASSA Muriel, « La prise en compte de la personnalité du mineur en matière pénale, entre nécessité et instrumentalisation », Journal du droit des jeunes, 2012/9 (N° 319), page 29.

²⁸⁹ Ibidem, page 30.

²⁹⁰ Ibidem, page 31.

²⁹¹ Ibidem, page 30.

257. – L’augmentation des délais de prise en charge. La question des délais de prise en charge des mineurs est également à mettre en avant puisqu’il est remarqué que ceux-ci sont régulièrement non respectés, notamment en raison d’un manque de places dans les différents établissements spécialisés²⁹², ce qui va impliquer un refus d’admission ou un transfert vers des institutions inadaptées²⁹³. Cela se matérialise également par un manque de personnel puisqu’il n’y a, par exemple, pas assez de pédopsychiatres en France. En effet, leur nombre a été « divisé par deux entre 2007 et 2016 »²⁹⁴ et il n’est pas possible de les retrouver de façon homogène sur le territoire français. De ce fait, la prise en charge psychiatrique des mineurs se fait, soit par des psychiatres généralistes – mais ne le font qu’à la marge²⁹⁵ –, soit lorsque des disponibilités se libèrent – mais les délais peuvent être très longs et les listes d’attente peuvent être de plusieurs mois²⁹⁶. Ces différentes difficultés vont avoir des conséquences non négligeables sur l’état de santé mentale du mineur et l’éventuelle apparition d’une pathologie ou d’un nouveau passage à l’acte. C’est par exemple le cas d’un mineur ayant commis des faits d’agressions sexuelles après avoir pourtant fait l’objet d’une mesure de suivi psychiatrique. Celle-ci, plusieurs mois après son ordonnancement, n’avait toujours pas été mise en place et cette absence de prise en charge sanitaire a, malheureusement, conduit le mineur à commettre des faits dont il craignait leur matérialisation.

258. – La difficile mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des mineurs délinquants a donc des conséquences, parfois dramatiques, aussi bien sur la santé mentale de ces derniers que sur un éventuel passage à l’acte. Ces difficultés vont également se retrouver, au stade de leur prise en charge, au sein des différentes structures d’accueil.

²⁹² Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 35.

²⁹³ Assemblée nationale, « Rapport d’information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures », 02 décembre 2009, page 64.

²⁹⁴ Sénat, « Mission d’information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d’information n°494, 04 avril 2017, page 113.

²⁹⁵ Ibidem, page 116.

²⁹⁶ Sénat, « Rapport de la commission d’enquête sur la délinquance des mineurs, créée en vertu d’une résolution adoptée par le Sénat le 12 février 2002 », Rapport n°340, JO du 27 juin 2002, page 80.

Paragraphe 2 : Des difficultés inhérentes aux structures d'accueil du mineur délinquant malade

259. – La loi du 09 septembre 2002 a permis de renforcer la spécialisation des structures d'accueil des mineurs délinquants. Toutefois, lorsque ces derniers présentent des troubles mentaux nécessitant des besoins spécifiques, les structures d'accueil vont se retrouver inadaptées (A). D'autre part, les mineurs atteints d'une pathologie mentale nécessitant une hospitalisation vont, régulièrement, se retrouver en contact avec une population carcérale majeure (B).

A. L'inadaptabilité des structures aux besoins spécifiques du mineur délinquant malade

260. – Le mineur délinquant, lorsqu'il présente un trouble mental, doit pouvoir bénéficier de soins adaptés au sein des structures d'accueil qui, elles aussi, doivent pouvoir s'adapter. En pratique, celles-ci rencontrent plusieurs difficultés concernant la prise en charge de ces spécificités (1), difficultés qui se retrouvent renforcées par une articulation complexe entre ces différentes structures (2).

1. L'existence de carences au sein des structures de prise en charge du mineur délinquant malade

261. – Les structures d'accueil des mineurs délinquants, malgré une volonté de préciser la prise en charge de ces derniers lorsqu'ils font état de troubles mentaux, sont encore aujourd'hui inadaptées à ces spécificités propres aux mineurs et à leur pathologie. En effet, bien souvent, ces derniers sont mélangés au reste de la population carcérale juvénile et voient leurs droits non respectés.

262. – *Le mélange des mineurs délinquants malades à la population carcérale juvénile générale.* Depuis plusieurs années, le constat est à l'augmentation de la prise en charge de mineurs atteints de troubles mentaux notamment dans le cadre de la délinquance. Cette demande croissante a des conséquences puisque malgré la création de nouveaux établissements fermés permettant une meilleure prise en charge des soins psychiatriques des mineurs, le

manque de place au sein des institutions spécialisées va se faire ressentir. En effet, le rapport du Sénat énonce que l'hôpital psychiatrique « n'accepte plus de patient en long séjour », et que plusieurs départements n'ont « aucun lit en pédopsychiatrie »²⁹⁷, cette problématique est également retrouvée au sein des unités permettant les soins ambulatoires. Par conséquent, « la prison est alors pour eux le premier lieu où ils découvrent la psychiatrie »²⁹⁸ puisque cette institution est contrainte de se substituer à l'hôpital²⁹⁹. De ce fait, les mineurs détenus malades vont se retrouver au contact des autres détenus comme c'est notamment le cas au sein de la prison pour mineurs de Meyzieu où 30% de ses détenus présentent des « troubles du comportement sérieux »³⁰⁰. Cela va parfois avoir pour conséquence, une absence de prise en charge des troubles psychiatriques³⁰¹ ou du moins, elle sera très lacunaire et cela pourra avoir des incidences sur le respect de leurs droits.

263. – *Le non-respect des droits fondamentaux.* En vertu de l'article 59 de la loi du 24 novembre 2009³⁰², les mineurs délinquants font l'objet de droits fondamentaux qu'il convient de respecter, et ce, qu'ils aient des troubles mentaux ou non. Ils sont prévus tout au long de leur prise en charge pénale et sont codifiés au sein du Code de Justice pénale des mineurs et du Code de la santé publique. Toutefois, en 2017, le CGLPL a fait état, au sein de son rapport intitulé « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale »³⁰³, d'une violation régulière des garanties reconnues à l'égard de ces derniers. C'est ainsi le cas concernant le droit à l'information, qui va être défaillant dans le cadre de plusieurs situations notamment d'hospitalisation sous contrainte. En effet, différents adolescents³⁰⁴ et leurs parents n'ont pas été informés des différents droits attachés au statut de mineur³⁰⁵ et sont ainsi dans l'incapacité d'exercer ces derniers. Le contrôleur relève également « une atteinte au principe du

²⁹⁷ Sénat, « Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 février 2002 », Rapport n°340, JO du 27 juin 2002, page 332.

²⁹⁸ Ibidem, page 332.

²⁹⁹ Ibidem, page 45.

³⁰⁰ Ibidem, page 45.

³⁰¹ Ibidem, page 474.

³⁰² Article 59 de la Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JORF* n°0273 du 25 novembre 2009, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000021312171>

³⁰³ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017.

³⁰⁴ Ibidem, page 26.

³⁰⁵ Ibidem, page 27.

contradictoire [...], au droit de la défense [...], aux droits spécifiques des mineurs »³⁰⁶ à l'égard d'une mineure prise en charge dans un contexte de radicalisation ou encore l'impossibilité, pour un mineur ayant commis des actes d'agression sexuelle, « d'exercer les droits attachés à son statut ni de voir ses droits exercés en son nom par un adulte susceptible d'agir dans son intérêt »³⁰⁷. Le non-respect des droits fondamentaux des mineurs délinquants est donc très présent, d'autant plus lorsqu'ils présentent des troubles psychiques, droits qui sont également à rapprocher la violation d'autres garanties, telles que la privation « d'accès direct à l'air libre, de contact avec des jeunes de son âge, de scolarité »³⁰⁸ lorsque le mineur est admis en chambre d'isolement quand les troubles présentent un risque pour la sécurité des autres détenus et du personnel, ou qu'ils prennent des proportions nécessitant une hospitalisation complète.

264. – Ainsi, « la sécurité a pris le pas sur la protection des mineurs et sur le respect de leurs droits fondamentaux »³⁰⁹ puisque de nombreux droits leurs sont enlevés sous prétexte que ces derniers présentent par exemple un danger ou ne soient pas en mesure de faire preuve de discernement sur des périodes variables. Ces difficultés rencontrées au sein des différents établissements d'accueil des mineurs vont être renforcées par une articulation entre ces derniers qui se révèle être lacunaire.

2. L'articulation complexe des structures de prise en charge du mineur délinquant malade

265. – Le mineur délinquant, lorsqu'il développe un trouble mental ou lorsque celui-ci se dégrade, va être pris en charge au sein de différentes structures. Toutefois, l'articulation entre ces dernières est complexe et rencontre des problèmes d'organisation ayant des conséquences sur la prise en charge sanitaire du mineur.

266. – *Des placements inadaptés.* La prise en charge sanitaire du mineur délinquant est délicate à mettre en œuvre, d'abord, du fait des spécificités propres à la pédopsychiatrie, en

³⁰⁶ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 28.

³⁰⁷ Ibidem, page 34.

³⁰⁸ Ibidem, page 33.

³⁰⁹ Ibidem, page 28.

particulier au stade de l'adolescence mais également en raison des difficultés d'organisation entre les différentes structures d'accueil du mineur. Il est ainsi fréquent qu'un mineur passe plus de temps que nécessaire au sein, par exemple, d'une chambre d'isolement³¹⁰, ou d'une UHSA, ou, au contraire, que celui-ci ne soit pas admis au sein d'une structure adaptée à son état mental, ou du moins, pas assez longtemps pour stabiliser son état. Madame Coutant Isabelle, sociologue, a ainsi pu remarquer lors de ses travaux que certains mineurs étaient parfois hospitalisés pendant une longue période alors « qu'ils n'auraient dû l'être que pour un à trois mois »³¹¹ puisque leurs troubles s'étaient stabilisés.

267. – Un manque de continuité des prises en charge. D'autre part, il est régulièrement constaté une « multiplication des ruptures de prise en charge non préparées »³¹². C'est notamment le cas lorsque le mineur est amené à changer de lieu ou de structure de placement, par exemple, lorsqu'il passe d'un CEF à un EPM. Cela peut également être le cas pour les services de psychiatrie, qui, par manque de place, seront en incapacité de prendre le relais³¹³, comme l'explique Monsieur Salas Denis, magistrat et maître de conférences. A cet égard, Madame Coutant Isabelle, sociologue, énonce ainsi que certains mineurs « relèvent parfois de plusieurs institutions qui se renvoient la balle ». Lors de ces transitions entre différents établissements, la continuité des soins ne va pas toujours être assurée et il y aura donc une rupture de l'attribution de ces derniers, aussi bien s'agissant du suivi psychiatrique ou psychologique, que des différentes activités thérapeutiques. Cela va pouvoir avoir pour conséquence de renforcer les troubles psychiques rencontrés chez les mineurs. En effet, ces derniers qui ne pourront pas bénéficier de la stabilité qui leur est nécessaire pour voir une amélioration de leur état mental, verront leurs repères bouleversés et la possibilité de voir une aggravation de leur trouble psychique.

³¹⁰ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 33.

³¹¹ Sénat, « Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d'information n°494, 04 avril 2017, page 424.

³¹² BOTBOL Michel, REMAUD Anita et THEETEN Peggy « Prendre soin de la vie psychique des adolescents délinquants », Les Cahiers Dynamiques, 2009/2 (n° 44), page 32.

³¹³ Sénat, « Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 février 2002 », Rapport n°340, JO du 27 juin 2002, page 166.

268. – L’inadaptabilité des différentes structures d’accueil des mineurs délinquants malades est donc un véritable problème actuellement, puisque ces différentes ruptures vont avoir pour risque de les ancrer dans la pathologie mentale. Cela est d’autant plus vrai que les mineurs, aux alentours de seize ans, vont être exclus des structures médicales spécifiquement implantées pour les enfants, à l’origine.

B. L’exclusion des mineurs délinquants malades au sein des structures spécialisées

269. – A l’origine, les mineurs délinquants atteints de troubles mentaux doivent être pris en charge dans des unités d’hospitalisation spécialisées pour les mineurs. En réalité, les mineurs délinquants ayant plus de seize ans et rencontrant des troubles psychiques, sont admis, pour plusieurs raisons, dans des unités générales c’est-à-dire des unités où les adultes sont pris en charge (1). Cette admission dans des unités pour adultes vont avoir des effets délétères sur l’état de santé des mineurs délinquants malades (2).

1. L’admission des mineurs dans des unités d’hospitalisation pour majeurs

270. – En France, l’admission des mineurs délinquants malades au sein d’unités hospitalières pour majeurs est très fréquente en pratique. Les différents praticiens justifient cette démarche en raison, notamment, du manque de moyens et de l’âge du mineur.

271. – *Le critère de justification par le manque de moyens.* Le manque de moyens est un véritable fléau pour la prise en charge sanitaire du mineur délinquant. En effet, « l’intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile est mal connu à cause du sous-équipement dramatique »³¹⁴ et les places au sein d’unités hospitalières pour mineurs ont toujours manqué. Pour pallier ce problème, le législateur a créé, par la loi du 09 septembre 2002, des UHSA et ainsi des unités spécialisées pour les mineurs délinquants. Toutefois, cela n’a pas suffi et il existe toujours un manque de place au sein de ces dernières³¹⁵. Par conséquent, les différents

³¹⁴Sénat, « Rapport de la commission d’enquête sur la délinquance des mineurs, créée en vertu d’une résolution adoptée par le Sénat le 12 février 2002 », Rapport n°340, JO du 27 juin 2002, page 80.

³¹⁵ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 53.

praticiens se retrouvent dans l'obligation de placer des mineurs en état de souffrance psychique au sein d'unités pour adultes, et justifient également cela par le critère de leur âge.

272. – Le critère de justification par l'âge du mineur. Les différents praticiens amenés à travailler au contact des mineurs délinquants malades psychiquement, lorsqu'ils les orientent vers un service pour adultes, prennent parfois pour argument celui de l'âge du mineur. En effet, la prise en charge au sein de la psychiatrie infanto-juvénile « ne va pas au-delà de seize ans »³¹⁶ puisqu'ils relèvent « administrativement de la psychiatrie générale »³¹⁷ à partir de cet âge-là. Il arrive parfois même que des praticiens permettent une admission au sein d'une unité pour adultes à partir de « quinze ans, parfois même quinze ans et trois mois »³¹⁸. Ainsi, au sein du centre hospitalier de Montperrin, à Aix-en-Provence, entre 2013 et 2014, le moyenne d'âge se situait à quinze ans³¹⁹. Le CGLPL, dans son rapport de 2017, ajoute que l'âge, « mais aussi le comportement et la morphologie sont plus souvent évoqués pour exclure que pour intégrer »³²⁰ et ainsi, par ce biais, les différents praticiens légitiment « l'admission d'un mineur de seize ans, parfois moins, en psychiatrie pour adultes »³²¹. Ainsi, l'âge du mineur sert quasi systématiquement à une admission au sein d'une unité pour adultes plutôt qu'à « l'admission d'un jeune de dix-sept ans, a fortiori dix-huit, en pédopsychiatrie »³²², toujours selon le CGLPL et c'est d'autant plus regrettable que, bien souvent, les mineurs délinquants faisant l'objet de poursuites pénales ont plus de seize ans »³²³.

³¹⁶ Sénat, « Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 février 2002 », Rapport n°340, JO du 27 juin 2002, page 80.

³¹⁷Assemblée nationale, « Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures », 02 décembre 2009, page 63.

³¹⁸ Sénat, « Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 février 2002 », Rapport n°340, JO du 27 juin 2002, page 80.

³¹⁹ GUIDI Julien, GUIOT Florence, SIGAUD Jean-Paul, « Étude rétrospective concernant les mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte », L'information psychiatrique, 2018/3 (Volume 94), page 185.

³²⁰ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 10.

³²¹ Ibidem, page 10.

³²² Ibidem, page 10.

³²³ Sénat, « Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 février 2002 », Rapport n°340, JO du 27 juin 2002 page 80.

273. – L’admission des mineurs de seize ans – voir quinze – au sein des unités d’hospitalisation pour adultes va avoir des effets non négligeables sur leur état mental puisque ces lieux ne sont pas adaptés à leurs besoins.

2. *Des effets délétères sur les mineurs délinquants malades*

274. – Une grande partie des mineurs délinquants, lorsqu’ils présentent des troubles mentaux, sont admis au sein d’unités psychiatriques pour majeurs. Cela a des effets délétères sur leur prise en charge puisqu’ils sont confrontés à des situations et des conditions d’hospitalisation susceptibles de les ancrer dans la pathologie mentale.

275. – *L’exposition à des conditions et situations inadaptées.* Lorsque le mineur est hospitalisé au sein d’un service pour adulte, celui-ci va généralement bénéficier des mêmes soins que ceux attribués aux majeurs. De plus, dans ces unités, les professionnels, non formés à l’accueil et aux spécificités de l’adolescents, vont parfois avoir de « vives réactions émotionnelles »³²⁴, accompagnées d’une inadéquation et une « non-spécificité des moyens mis à disposition »³²⁵, notamment au sein de l’établissement de Montperrin, à Aix-en-Provence. Cela est regrettable au regard de la spécificité de leurs besoins³²⁶ puisque les mineurs, même âgés de seize ans, restent des individus d’une particulière vulnérabilité et dont la période de l’adolescence nécessite une réponse sanitaire particulière. En effet, comme vu tout au long de ce mémoire, ce processus de transformation les rend plus fragiles notamment en raison des événements extérieurs. Ainsi, en étant mélangés aux adultes, ils vont être témoins de situations pouvant les déstabiliser et les choquer puisqu’ils peuvent être confrontés « à des adultes en situation de crise aiguë »³²⁷ notamment. De ce fait, l’admission au sein d’une unité pour adultes, « par la confrontation brutale avec des patients « lourds » ou chroniques, vient en quelque sorte sceller l’existence de la pathologie »³²⁸.

³²⁴ GUIDI Julien, GUIOT Florence, SIGAUD Jean-Paul., « Étude rétrospective concernant les mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte », L’information psychiatrique, 2018/3 (Volume 94), page 187.

³²⁵ Ibidem, page 187.

³²⁶ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 10.

³²⁷ Ibidem, page 12.

³²⁸ Ibidem, page 12.

276. – *Un ancrage dans la pathologie mentale.* L'exposition des adolescents délinquants, atteints d'une pathologie mentale, à des unités d'hospitalisation pour adultes, vient renforcer leurs troubles psychiques. En effet, ces unités ne sont pas adaptées pour les mineurs et les praticiens ne sont pas spécialement formés aux spécificités de ces derniers. Cela va pouvoir avoir un impact traumatique sur ces adolescents³²⁹ puisqu'il est, en effet, relevé que ces derniers vivaient ce passage comme « un vécu traumatique » notamment s'agissant de l'isolement thérapeutique qui peut être représenté comme « un épisode particulièrement violent et difficile dans leur parcours de soins »³³⁰. Ces mineurs, en réaction à ces différents événements traumatisants, vont parfois externaliser d'avantage leurs troubles qui va s'aggraver et se rigidifier dans certains cas, notamment lorsque la prise en charge reste lacunaire et inadaptée pendant une période qui dure dans le temps.

277. – « Parce que la France connaît un déficit considérable dans le traitement de la psychiatrie de l'adolescent. »³³¹, eu égard au manque de moyens, tant humain que matériel, et au « faible encadrement législatif »³³², il apparaît nécessaire de renforcer l'ensemble des mesures dédiées à la prise en charge des mineurs délinquants présentant des troubles mentaux, particulièrement au stade de l'adolescence.

³²⁹ GUIDI Julien, GUIOT Florence, SIGAUD Jean-Paul., « Étude rétrospective concernant les mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte », *L'information psychiatrique*, 2018/3 (Volume 94), page 187.

³³⁰ *Ibidem*, page 187.

³³¹ Sénat, « Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 février 2002 », Rapport n°340, JO du 27 juin 2002, page 166.

³³² GUIDI J., GUIOT F., SIGAUD J-P., « Étude rétrospective concernant les mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte », *L'information psychiatrique*, 2018/3 (Volume 94), page 187.

Chapitre 2. L’instauration de nouvelles mesures pour une meilleure prise en charge des mineurs délinquants atteints d’un trouble mental

« La prise en compte des aspects psychologiques impliqués dans les conduites délinquantes des mineurs est un élément central de la justice pénale des mineurs. »³³³

278. – La délinquance des mineurs est une forme particulière de transgression des lois qui a nécessité, de la part des services publics, une adaptation de la réponse pénale par le biais de différentes mesures et procédures spéciales. Il a également fallu adapter cette réponse pénale à la souffrance psychique que les mineurs sont susceptibles de développer au cours de leur prise en charge et qui peuvent avoir des conséquences dramatiques lorsque leur prise en charge sanitaire est défaillante. En effet, celle-ci peut renforcer la pathologie mentale du mineur, ou son mal-être, et ainsi l’ancrer dans la maladie. Pour pallier cela, plusieurs recommandations ont été émises par différentes institutions afin d’améliorer, dans un premier temps, la prévention du trouble mental chez le mineur délinquant et son diagnostic (**Section 1**), puisque cela est vraiment la clé d’une bonne santé mentale des mineurs. Puis dans un second temps, la volonté d’octroyer de meilleures conditions de traitement des troubles mentaux à l’égard de cette population a également été mise en avant (**Section 2**), en rappelant l’importance de garder à l’esprit le critère de vulnérabilité inhérent à la qualité de mineur.

³³³ BOTBOL Michel, REMAUD Anita et THEETEN Peggy, « Prendre soin de la vie psychique des adolescents délinquants », Les Cahiers Dynamiques, 2009/2 (n° 44), page 31.

Section 1 : La prévention du trouble mental chez le mineur délinquant

279. – Les troubles mentaux chez le mineur, sont susceptibles de se développer à différents moments, c'est-à-dire aussi bien avant la commission de faits prohibés par la loi, qu'au stade de sa prise en charge pénale. C'est pourquoi il est important de prévoir un dépistage précoce des troubles mentaux chez les mineurs, par des moyens humains (*Paragraphe 1*) et par des moyens matériels (*Paragraphe 2*).

Paragraphe 1. La mise en place du dépistage précoce des troubles mentaux

280. – Le dépistage précoce des troubles mentaux chez les adolescents doit être permis par le renforcement de l'information (**A**) en amont d'un passage à l'acte au sein de la sphère privée et scolaire, et auprès des professionnels de santé et judiciaire (**B**) lorsque le mineur est entré dans la délinquance.

A. Le renforcement de l'information pour la prévention des troubles mentaux

281. – La détection des troubles mentaux, chez les mineurs délinquants, est particulièrement délicate à appréhender. C'est pourquoi il est indispensable de renforcer l'information et la connaissance de ce phénomène, aussi bien au sein de la sphère privée (**1**) que scolaire (**2**) afin d'aider à déceler l'existence d'une souffrance psychique, de façon précoce.

1. L'éducation aux troubles mentaux au sein de la sphère privée

282. – La prévention des troubles mentaux chez les mineurs doit se faire le plus précocement possible. A cet égard, elle doit débiter au sein de la sphère privée en permettant un accompagnement familial dans l'information des représentants légaux aux différents troubles mentaux, permise par le dialogue entre le mineur et ces derniers.

283. – *L'information des représentants légaux au dépistage des troubles mentaux.* Il est primordial de permettre aux représentants légaux de pouvoir prévenir et détecter l'apparition d'un trouble chez le mineur. Le rapport d'information du 04 avril 2017, sur la situation de la

pédopsychiatrie en France, proposait déjà un meilleur accompagnement des familles « dans l'information et l'orientation, dès la détection du trouble et jusqu'à sa prise en charge »³³⁴, et cela est également valable pour les enfants placés dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou de la PJJ. Cette prévention doit débiter dès la périnatalité, lors de l'accompagnement des futurs parents »³³⁵ afin de les sensibiliser à la relation parent-enfant et au bien-être de chaque membre de la famille puisque cela aura une importance considérable sur le développement du mineur, sa santé mentale et l'éventuelle survenue de troubles mentaux.

284. – *L'importance du dialogue entre l'enfant et son représentant légal.* Il est également indispensable, tout au long de l'existence du mineur, de privilégier le dialogue avec celui-ci afin d'instaurer un cadre de confiance au sein de la sphère familiale. Cela permet au mineur de grandir au sein d'un environnement sain, sur lequel il peut s'appuyer et ainsi protéger sa santé mentale. Le rapport d'information du Sénat préconise pour cela, « de prendre en compte l'importance à la parentalité dès la périnatalité »³³⁶ et cela vaut également au sein des établissements de placement des mineurs, comme l'ASE et la PJJ. En effet, il est important que les éducateurs cherchent à instaurer un dialogue et une relation de confiance avec le mineur afin que celui-ci évolue dans les meilleures conditions possibles. Cela s'explique notamment par le fait que, les mineurs se retrouvant dans un tel établissement ont déjà un parcours de vie chaotique, susceptible de fragiliser leur développement psychique et les rendant plus vulnérables eu égard à l'apparition de troubles mentaux.

285. – Le dépistage des troubles mentaux va se poursuivre au sein de la sphère scolaire puisqu'elle est le deuxième lieu dans lequel l'enfant passe le plus de temps, après l'environnement familial.

2. Le dépistage des troubles mentaux au sein de la sphère scolaire

³³⁴ Sénat, « Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d'information n°494, 04 avril 2017, page 9.

³³⁵ Ibidem, page 41.

³³⁶ Ibidem, page 42.

286. – Le milieu scolaire a un rôle important à jouer dans le dépistage des troubles mentaux chez les mineurs puisqu'elle permet de sensibiliser les élèves aux différents troubles mentaux par la formation des professionnels aux spécificités de la maladie mentale.

287. – *La sensibilisation des élèves aux différents troubles mentaux.* Selon une étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2018, la durée moyenne de scolarisation des enfants est de 18,3 ans à partir de leur deuxième année³³⁷ et 91,9% des mineurs sont scolarisés jusqu'à l'âge de 17 ans. Il est donc intéressant et important de les sensibiliser, sous une approche pédagogique, aux différents troubles mentaux ainsi qu'aux différents symptômes et causes susceptibles de favoriser leur apparition. Cela leur permet de pouvoir mieux appréhender la survenue de tels troubles et de créer un lien de confiance entre le mineur et l'établissement scolaire. En effet, le jeune pourra se confier plus facilement à un professionnel travaillant au sein d'une école lorsqu'il sait que l'intervenant est compétent pour de telles problématiques et qu'il propose une écoute bienveillante. Pour cela, ces derniers doivent bénéficier d'une formation adaptée et peuvent être épaulés par l'intervention de professionnels spécialisés.

288. – *Le rôle des différents professionnels au sein des écoles.* Les professionnels scolaires ont un rôle important à jouer dans la prévention des troubles mentaux puisqu'ils peuvent déceler l'apparition de troubles mentaux lorsqu'ils ont bénéficié de formations adaptées. En effet, s'agissant des enseignants, ceux-ci sont quotidiennement au contact de leurs élèves et vont être capables de détecter un potentiel changement de comportement. Il est ainsi nécessaire de renforcer leur formation afin d'y intégrer des connaissances en psychologie de l'adolescent³³⁸, ainsi qu'aux infirmiers scolaires. D'autre part, le repérage des troubles mentaux, au sein des établissements scolaires, peut se faire par la mise en place de psychologues de l'Education nationale³³⁹ et de procédures de repérage précoce du mal-être comme le dispositif

³³⁷ Institut national de la statistique et des études économiques, « L'école et ses sortants », Formations et emploi, Insee références, édition 2018, 10 avril 2018, page 70.

³³⁸ Sénat, « Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d'information n°494, 04 avril 2017, page 9.

³³⁹ Ibidem, page 10.

« Fil Harmonie »³⁴⁰ créé en 2011. Cette méthode est une ligne téléphonique réservée aux professionnels de l'académie de Paris – et qu'il serait intéressant d'étendre à la France entière – permettant d'appeler un professionnel de santé lorsqu'il y a des soupçons de difficultés psychologiques chez un mineur³⁴¹.

289. – La prévention des troubles mentaux va également se faire au sein de la sphère juridique, lorsque les mineurs ont déjà commis un fait prohibé par la loi. Il est donc primordial que les professionnels amenés à travailler avec cette population, soit formés spécifiquement pour la prise en charge et la gestion de ces troubles psychiques.

B. Le renforcement des moyens à l'égard des professionnels de santé et judiciaires

290. – L'ensemble des professionnels travaillant au contact des mineurs délinquants ont tous un rôle à jouer à l'égard de la santé psychique du mineur et de la prise en charge de cette dernière. Il s'agit principalement des professionnels de santé **(1)** et judiciaire **(2)**, qui ont des compétences complémentaires et doivent être formés spécifiquement aux particularités que présente le secteur avec qui ils sont amenés à travailler.

1. L'instauration de moyens supplémentaires à l'égard des professionnels de santé

291. – Les professionnels de santé, selon les services au sein duquel ils se trouvent, peuvent être amenés à prendre en charge des mineurs relevant de la sphère juridique, et plus particulièrement de la délinquance. Ils doivent ainsi connaître les spécificités relatives au cadre légal et pouvoir intervenir plus aisément au sein des services prenant en charge cette population.

292. – *La spécialisation des professionnels de santé.* Les différents professionnels de santé sont formés à la psychologie de l'enfant et de l'adolescent puisqu'il s'agit de leur champ de compétences. Toutefois, s'agissant de ceux travaillant au contact de mineurs délinquants, comme les infirmiers, les psychologues ou les psychiatres, ils ne sont pas toujours formés au

³⁴⁰ Fondation Santé des Etudiants de France, « « Fil harmonie », un dispositif d'écoute téléphonique dédié aux professionnels de l'Académie de Paris qui contribue à lutter contre le décrochage scolaire et à réduire les inégalités d'accès aux soins des collégiens et lycéens ».

³⁴¹ MORVAN Yannick, OPPETIT Alice, « Détection précoce des troubles psychiques en milieu scolaire : le dispositif Fil Harmonie », l'Encéphale, 2018/6 (vol. 44, issue 3).

cadre légal. Il est donc important de prévoir des formations leur permettant de comprendre les spécificités relatives à la sphère juridique, aux différents délais et modalités de prise en charge. Pour cela, l'Ecole nationale de la Protection judiciaire de la jeunesse (ENPJJ) prévoit notamment « des formations d'adaptation pour les psychologues »³⁴². Celles-ci ont pour objectif de les aider à appréhender des situations pouvant être délicates lorsqu'ils s'entretiennent avec des mineurs difficiles. Des spécialisations sont également prévues pour les infirmiers qui bénéficient d'une formation comprenant un module sur la psychiatrie et la pédopsychiatrie³⁴³ et qui sont parfois amenés à se déplacer au sein de différentes unités.

293. – *Le développement des instruments d'intervention.* Il semble également important de développer la réponse médicale à l'égard des mineurs délinquants, aussi bien au sein des établissements fermés que dans les unités spécifiques. Pour cela, le rapport d'information du 04 avril 2017 préconise de développer les équipes mobiles de pédopsychiatrie³⁴⁴ afin de permettre aux mineurs de rester dans l'environnement qu'ils connaissent. Cela permet ainsi de traiter l'apparition des troubles mentaux, au plus tôt, et de limiter le recours à l'hospitalisation psychiatrique qui peut être traumatisant pour les mineurs, notamment lorsqu'ils sont admis dans des unités non spécialisées. La mission d'information du Sénat va également préconiser le développement de l'intervention des pédopsychiatres au sein des services de protection de l'enfance³⁴⁵. En effet, ces derniers recueillent des mineurs ayant une situation familiale particulière et nécessitant souvent un suivi psychique eu égard aux difficultés relationnelles et de développement qu'ils sont susceptibles de rencontrer, et ce, afin de limiter l'apparition des troubles mentaux et leur rigidification.

294. – L'octroi de moyens supplémentaires à l'égard des professionnels de santé permettrait une meilleure prise en charge sanitaire des mineurs délinquants, afin de prévenir l'apparition de trouble mental. Cela doit également être corrélé à la spécialisation des

³⁴² Inspection générale des affaires sociales, « Rapport sur le dispositif des centres éducatifs fermés (CEF) », Rapport n°2015-014R, juillet 2015, page 78.

³⁴³ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 13.

³⁴⁴ Sénat, « Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d'information n°494, 04 avril 2017, page 90.

³⁴⁵ Ibidem, page 10.

professionnels judiciaires, qui ont également un rôle important à jouer dans la mise en place du dépistage des troubles mentaux.

2. La spécialisation des professionnels judiciaire

295. – Les professionnels judiciaires amenés à travailler avec les mineurs délinquants doivent être formés à la psychologie du mineur et au recours aux soins, ainsi qu'à la prévention des troubles mentaux afin de dépister précocement l'apparition de telles pathologies.

296. – *Le développement de la formation en psychologie du mineur.* La psychologie du mineur est spécifique, comme cela a été démontré tout au long de ce travail. Il est donc primordial que les différents professionnels judiciaires y soient formés afin de s'adapter à celles-ci et de comprendre le fonctionnement du mineur délinquant. La mission d'information du Sénat, en 2017, préconise ainsi la mise en place « d'une formation minimale en psychopathologie du développement et en psychologie de l'enfant et de l'adolescent »³⁴⁶, et ce, à l'égard de tous les intervenants. Il est nécessaire qu'ils soient capables d'adapter leurs actions en fonction des jeunes avec lequel ils travaillent, notamment au regard de leur situation familiale, de leur personnalité et de l'éventuelle présence de troubles, indépendamment des faits qu'ils ont commis.

297. – *Le développement de la formation au recours aux soins et à la prévention.* Les professionnels judiciaires doivent également être formés à la prévention des troubles mentaux et au recours aux soins. Ainsi, la mission d'information du Sénat félicite la mise en place d'« une formation statutaire et continue des éducateurs « l'optimisation du recours aux soins et à la prévention »³⁴⁷ au sein de l'ENPJJ. Cette spécialisation permet aux professionnels de la PJJ d'être instruits sur « bien être, sur les conduites à risques, la sexualité, l'hygiène, l'éducation alimentaire, la qualité de l'environnement » relatifs à l'adolescent et aux différentes situations que le professionnel est susceptible de rencontrer au cours de sa carrière. Enfin, dans le cadre de la formation continue, l'ENPJJ prévoit « quelques modules qui, sans traiter spécifiquement

³⁴⁶ Sénat, « Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d'information n°494, 04 avril 2017, page 40.

³⁴⁷ Inspection générale des affaires sociales, « Rapport sur le dispositif des centres éducatifs fermés (CEF) », Rapport n°2015-014R, juillet 2015, page 78.

de santé mentale, portent sur des sujets liés »³⁴⁸. Ces différentes formations permettent ainsi aux intervenants d’appréhender, de manière appropriée, le comportement du mineur et de s’adapter en fonction de son état de santé mentale.

298. – Aussi, la prévention des troubles mentaux du mineur délinquant va de pair avec le traitement de ce dernier au sein d’unités spécialisées. Ces dernières vont ainsi permettre de mettre en place, efficacement, le suivi médical et le traitement pharmacologique des mineurs délinquants.

Paragraphe 2 : L’amélioration des moyens matériels

299. – Actuellement, les unités de prise en charge sanitaire des mineurs délinquants atteints de troubles mentaux rencontrent encore de grandes difficultés. Il est ainsi nécessaire de renforcer les structures existantes (**A**) afin de pallier les carences et d’en créer de nouvelles prenant en charge spécifiquement ces mineurs (**B**).

A. Le renforcement des structures existantes

300. – Les structures d’accueil des mineurs délinquants ont connu une première spécialisation avec la loi du 09 septembre 2002. Il est toutefois nécessaire, s’agissant des professionnels de santé, de prévoir une augmentation des effectifs (**1**) et d’améliorer la collaboration entre ces derniers et les professionnels judiciaires (**2**).

1. L’augmentation des effectifs en professionnels de santé

301. – Les professionnels de santé ont un rôle important – et indispensable – à jouer dans la prise en charge sanitaire des mineurs délinquants. Il apparaît donc opportun d’augmenter leur effectif aux côtés des mineurs délinquants atteints de troubles mentaux.

302. – *L’expérimentation des Centres éducatifs fermés à vocation de santé mentale.* En 2008, une expérimentation avait été menée au sein d’une dizaine de CEF volontaires afin de

³⁴⁸ Inspection générale des affaires sociales, « Rapport sur le dispositif des centres éducatifs fermés (CEF) », Rapport n°2015-014R, juillet 2015, page 78.

spécialiser ces derniers au regard de la santé mentale. Il était ainsi prévu de renforcer le personnel de santé par une dotation de 2,5 intervenants supplémentaires à temps plein au sein de ces structures, tels que des psychiatres, des psychologues, des infirmiers ou des éducateurs spécialisés³⁴⁹. Cela permettait ainsi d’orienter les mineurs délinquants atteints de troubles mentaux ou de mal-être avéré au sein de ces établissements afin de recevoir un traitement sanitaire adapté et renforcé. Toutefois, cette expérimentation présentait un certain nombre de limites avec un bilan « contrasté et globalement négatif »³⁵⁰ puisque cela avait pour effet de stigmatiser cette population de mineurs alors que la plupart ne présentaient pas de véritable trouble psychique mais plutôt un mal-être profond nécessitant un traitement particulier.

303. – La démocratisation des interventions sanitaires. Il était donc recommandé l’arrêt de la spécialisation de certains CEF et la mise en place d’une augmentation des effectifs de santé à tous ces établissements³⁵¹. Cela a été mis en place par le biais de la circulaire DPJJ du 27 avril 2015³⁵² permettant ainsi de prendre en charge l’ensemble des mineurs délinquants présentant un trouble mental ou une souffrance psychique et de ne pas venir à manquer de places au sein de CEF spécialisés, ni de stigmatiser la survenue d’un éventuel trouble au cours de la mesure de placement. Toutefois, le CGLPL relève, en 2017, que ces structures présentent des difficultés pour bénéficier de services de psychiatrie notamment. Il serait donc opportun de faciliter l’intervention des différents praticiens de santé au sein des CEF et ce, de façon plus régulière et fréquente afin de leur permettre un suivi médical de meilleure qualité. L’augmentation des effectifs en professionnels de santé va donc de pair avec cette recommandation puisque lorsqu’ils sont en nombre insuffisant, ils n’ont pas les moyens d’offrir une prise en charge élargie et adaptée aux mineurs délinquants.

304. – Les professionnels de santé, travaillant au contact de mineurs délinquants, vont donc, par conséquent être amené à communiquer avec les professionnels judiciaires. Il est donc important de prévoir une collaboration de qualité entre ces deux catégories de professionnels.

³⁴⁹ Inspection générale des affaires sociales, « Rapport sur le dispositif des centres éducatifs fermés (CEF) », Rapport n°2015-014R, juillet 2015, page 77.

³⁵⁰ Ibidem, page 77.

³⁵¹ Ibidem, page 77.

³⁵² Circulaire DPJJ du 27 avril 2015 relative à la campagne budgétaire 2015 des établissements et services concourant à la mission de la PJJ

2. *L'amélioration de la collaboration entre les professionnels de santé et judiciaires*

305. – Les professionnels de santé et judiciaires sont des acteurs clés de la prise en charge sanitaire du mineur délinquant, il est donc primordial que la collaboration entre ces deux catégories d'intervenants soit fluide.

306. – *L'intensification de la collaboration santé/justice.* Plusieurs missions ont ainsi rappelé la « nécessité d'intensifier la collaboration santé/justice »³⁵³ comme la mission d'évaluation du dispositif des CEF de 2015, notamment par le biais de mise en place d'équipes médicales mobiles. Cela permet ainsi une meilleure disponibilité et une plus grande proximité avec les différents établissements de placement, et cela a pour but de faire profiter, plus facilement, de soins à l'égard des différents mineurs délinquants en éprouvant le besoin. D'autre part, il est recommandé de mettre en place davantage de formations à l'égard des différents professionnels judiciaires, comme les éducateurs, afin de les sensibiliser à la prévention, au suivi et à l'évaluation des mineurs atteints de troubles mentaux³⁵⁴.

307. – *L'amélioration de la couverture médicale territoriale.* Aussi, il est fait état de moyens mis en place sur le territoire français de façon inégalitaire. Il serait ainsi opportun de prévoir une meilleure couverture médicale à l'égard de toutes les structures d'accueil des mineurs délinquants afin de réduire les inégalités présentes pour les établissements en zone rural, par exemple. Enfin, il semble opportun de renforcer l'intervention de professionnels de santé ayant une formation plus spécifique, comme les psychomotriciens et les art-thérapeutes³⁵⁵, à l'égard des mineurs délinquants atteints de troubles mentaux. De manière générale, leur intervention pourrait profiter à tous les jeunes délinquants, sans problème psychique particulier, puisque de telles activités ont des effets très bénéfiques sur l'état de santé mentale des personnes en bénéficiant.

³⁵³ Inspection générale des affaires sociales, « Rapport sur le dispositif des centres éducatifs fermés (CEF) », Rapport n°2015-014R, juillet 2015, page 79.

³⁵⁴ Ibidem, page 79.

³⁵⁵ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 14.

308. – L’amélioration des structures existantes d’accueil des mineurs délinquants est indispensable pour permettre une meilleure prise en charge de ces derniers et préserver leur santé mentale. Il pourrait également être opportun de créer des structures spécifiques pour ces derniers afin de préciser leur prise en charge et le traitement de leurs troubles.

B. Le développement de structures spécifiques

309. – Les mineurs délinquants atteints de troubles mentaux ont des besoins spécifiques qu’il est parfois difficile de prendre en compte au sein d’établissements accueillant les mineurs, sans distinction de leur état de santé psychique. Il serait ainsi intéressant de développer des structures spécifiques pour les jeunes présentant une souffrance mentale. Cela leur permettrait ainsi d’adapter la réponse sanitaire à leurs besoins (1) en les préservant notamment d’un contact avec des détenus susceptibles d’avoir une influence négative sur leur souffrance psychique (2).

1. L’adaptation de la réponse sanitaire à des besoins spécifiques

310. – Eu égard au nombre important de mineurs délinquants présentant un mal-être ou des troubles mentaux avérés, il serait intéressant de créer des établissements permettant une prise en charge qui soit entièrement adaptée aux besoins du mineur.

311. – *La création d’un environnement sécuritaire.* La création de tels établissements pourrait avoir plusieurs objectifs et effets bénéfiques. D’une part, il serait intéressant de créer un environnement permettant au mineur de se sentir en sécurité et entouré. Ainsi, la formation spécifique des différents intervenants est indispensable, comme vu précédemment, pour que ces derniers puissent appréhender convenablement le mineur et ses troubles. Cela permettrait ainsi un meilleur dialogue entre eux et cela permettrait également d’instaurer un climat de confiance réciproque.

312. – *La proximité avec les professionnels de santé.* D’autre part, de tels établissements devraient bénéficier de la présence de professionnels de santé de façon permanente, s’agissant de l’infirmier, spécialement formés aux troubles de l’adolescence, et s’agissant du médecin psychiatre, celui-ci devrait être formé à la pédopsychiatrie pour détecter les subtilités présentes chez les pathologies de l’adolescence. Celui-ci pourrait intervenir de façon hebdomadaire au

sein de ces établissements. Aussi, il serait intéressant de mettre en place des activités adaptées à la santé mentale du mineur afin de le diriger vers une amélioration de son état mental et une guérison des éventuels troubles. Enfin, cela permettrait de préciser les projets de soins³⁵⁶ établis spécifiquement pour chaque mineur en fonction de sa situation personnelle, des faits commis et de son trouble et ainsi, la collaboration entre les différents intervenants pourrait être de meilleure qualité.

313. – La création de telles structures, en plus de faire bénéficier au mineur d'un suivi spécialement adapté à son cas, permettrait également de le préserver de l'environnement de détention non adapté à ces derniers.

2. L'évitement du contact avec les détenus non malades

314. – Les mineurs délinquants en souffrance psychique sont particulièrement fragiles et sensibles à l'environnement dans lequel ils se trouvent. La création de structures spécifiques leur permettrait ainsi d'être « protégé » de la population carcérale juvénile générale.

315. – *La protection des mineurs délinquants atteints de troubles mentaux.* Les conditions de détention des mineurs délinquants, lorsqu'ils sont atteints de troubles mentaux ou lorsqu'ils sont en souffrance psychique, peuvent avoir des effets dramatiques sur la santé mentale de ces derniers, qui est déjà détériorée. En créant des établissements spécialisés pour cette population de délinquant, cela permettrait de les préserver de l'environnement carcéral et des autres jeunes délinquants. Ainsi, ils ne subiraient plus l'influence négative de ces derniers, ni la possible commission de violences entre eux. Il serait également important de créer davantage d'unités spécifiques pour les mineurs délinquants admis actuellement au sein de services pour adultes. En effet, ces derniers ont des effets dramatiques sur la santé mentale du patient mineur qui va souvent, comme vu précédemment, s'ancrer dans la maladie mentale après une admission au sein de ces unités.

316. – *Allonger la prise en charge pédopsychiatrique à la majorité.* En 2009, l'assemblée nationale préconisait déjà le soin des adolescents de 16 à 18 ans dans des services

³⁵⁶ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 14.

de pédopsychiatrie et demandait l'obligation pour ces unités, « d'accepter les mineurs jusqu'à 18 ans »³⁵⁷, ainsi que la modification des textes réglementaires prévoyant l'arrêt de la prise en charge à 16 ans. En 2017, soit presque dix ans après les recommandations émises par l'assemblée nationale, le nécessaire n'avait toujours pas été fait puisque la mission d'information du Sénat, dans sa proposition n°18, demandait de « prévoir une psychiatrie infanto-juvénile prenant en charge les jeunes au moins jusqu'à leur majorité »³⁵⁸. Il apparaît donc urgent de suivre ces recommandations puisque les mineurs n'ont pas leur place au sein d'unités pour adultes au regard de la dureté des situations dont ils peuvent être témoins. Il serait donc opportun de prévoir des unités supplémentaires de prise en charge des mineurs délinquants et ce, jusqu'à leur majorité, a minima. En effet, il serait intéressant d'élargir la prise en charge pédopsychiatrique aux jeunes adultes puisque ceux-ci restent des individus vulnérables et qu'il convient de protéger.

317. – La prévention des troubles mentaux et son dépistage précoce va ainsi avoir une importance considérable concernant la prise en charge du mineur et de son mal-être ainsi que sur l'avenir de celui-ci.

Section 2 : Le traitement du trouble mental chez le mineur délinquant

318. – Le traitement du trouble mental de l'adolescent délinquant est indispensable pour permettre une stabilisation de son état et à sa guérison. A cet égard, la prévention de ces troubles va jouer un rôle important (*Paragraphe 1*) et va être rapprochée à la protection du mineur délinquant (*Paragraphe 2*), qui reste un être vulnérable, avant tout.

³⁵⁷ Assemblée nationale, « Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures », 02 décembre 2009, page 66.

³⁵⁸ Sénat, « Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d'information n°494, 04 avril 2017, page 64.

Paragraphe 1 : Le rôle de la prévention des troubles mentaux

319. – Le dépistage précoce des troubles mentaux chez le mineur délinquant a une grande importance. En effet, lorsqu'ils sont détectés rapidement, leur gravité pourra être amoindrie (**A**) et cela permet de réduire le mode d'entrée dans la délinquance (**B**).

A. L'amoindrissement de la gravité des troubles mentaux

320. – Lorsque les troubles mentaux sont décelés rapidement par les différents intervenants, cela va permettre de réduire la durée de ces derniers (**1**) et de favoriser leur guérison (**2**).

1. La réduction de la durée des troubles mentaux

321. – Le dépistage précoce des troubles mentaux chez les adolescents permet de réduire leur durée, notamment par la mise en place rapide de différents outils médicaux.

322. – *La mise en place d'un suivi médical.* Le mineur présentant une souffrance psychique, lorsqu'elle est diagnostiquée, peut bénéficier d'un suivi psychologique ou psychiatrique en ambulatoire. Ce suivi permet d'abord le diagnostic du mal-être ou du trouble mental que connaît le mineur. Il permet ensuite une prise en charge ponctuelle ou continue en fonction de la gravité du trouble et des besoins du jeune, en termes de suivi médical, afin de stabiliser son état psychique. Enfin, le praticien a la possibilité de mettre en place un traitement médical adapté lorsque la santé mentale du mineur le nécessite.

323. – *La mise en place d'un traitement adapté.* Le mineur atteint de troubles mentaux peut bénéficier d'un traitement médical adapté à sa pathologie et sa personnalité qui est établi par le praticien de santé. L'admission de médicaments va pouvoir être octroyée sur une période variable en fonction du trouble, de sa gravité ainsi qu'au « type d'évolution et au stade de la maladie »³⁵⁹, selon Krebs Marie-Odile, professeur de psychiatrie à l'université de Paris Descartes. Cela va ainsi permettre « d'éviter les complications qui résultent de l'absence de

³⁵⁹ Sénat, « Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d'information n°494, 04 avril 2017, page 384.

traitement »³⁶⁰ et qui pourrait avoir des conséquences dramatiques sur la santé mentale du mineur délinquant et sur son avenir.

324. – Ainsi, la mission d’information du Sénat rappelle « la nécessité d’agir le plus en amont possible avec les instruments adaptés » puisque « s’ils sont pris suffisamment tôt, certains troubles peuvent disparaître et l’enfant ou l’adolescent guérir »³⁶¹.

2. La possible guérison des troubles mentaux

325. – Lorsque les troubles mentaux sont détectés à leurs prémices, il est possible de les guérir par l’octroi d’un suivi médical et d’un traitement médicamenteux, si cela est nécessaire. Cette guérison peut être observée chez différents mineurs qui, lorsque leur pathologie a été prise en charge à temps, ont pu être rétablis.

326. – *L’augmentation des chances de guérison.* La mission d’information du Sénat, énonce que « selon une étude récente, « les cinq premières années de la maladie sont considérées comme une phase critique au cours de laquelle les chances de rémission sont les plus grandes et la réponse aux traitements la meilleure »³⁶². Les premières années de la maladie constituent une période où le trouble mental n’est pas encore ancré chez l’adolescent, d’autant plus qu’il est dans une phase de grande transformation. De ce fait, les chances de guérison sont plus importantes lorsque la pathologie a été détectée assez rapidement et que la prise en charge a été faite de manière efficace et adaptée au mineur. En ce sens, Madame Coutant Isabelle, au sein de son audition lors de la mission d’information du Sénat, rappelle que « l’adolescence est une période où rien n’est joué » et que « le travail préventif peut y être particulièrement efficace »³⁶³. D’autre part, Madame Krebs Marie-Odile, rappelle que « même un premier épisode de schizophrénie n’est pas catégoriel : seule la moitié des patients va évoluer vers cette maladie »³⁶⁴ ; autant d’éléments qui rappellent l’importance de déceler rapidement les troubles

³⁶⁰ Sénat, « Mission d’information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d’information n°494, 04 avril 2017, page 22.

³⁶¹ Ibidem, page 22.

³⁶² Ibidem, page 22.

³⁶³ Ibidem, page 426.

³⁶⁴ Ibidem, page 384.

mentaux chez les mineurs et de leur faire bénéficier d'une prise en charge sanitaire qui soit rapide, plurielle et efficace.

327. – Puisque la prise en charge précoce des adolescents et des troubles mentaux permet une stabilisation et une guérison de leur état, cela permet ainsi de réduire le passage à l'acte de ces derniers et l'entrée dans la délinquance.

B. La réduction du mode d'entrée dans la délinquance

328. – Le dépistage précoce des troubles mentaux présente plusieurs intérêts puisqu'il permet notamment d'éviter certains passages à l'acte (1), ou du moins, de limiter la gravité de ces derniers (2).

1. L'évasion des passages à l'acte

329. – Le trouble mental rencontré chez le mineur peut se matérialiser sous différentes formes comme le présente le rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures avec la « Classification des situations cliniques des enfants et adolescents »³⁶⁵.

330. – *Une stratégie thérapeutique.* Ceux-ci peuvent ainsi se matérialiser par le biais « de la violence, de la transgression et du passage à l'acte »³⁶⁶ notamment lorsque la prise de substances toxiques y est également rapportée. Le dépistage précoce des troubles et leur prise en charge rapide peut ainsi permettre d'éviter le passage à l'acte. Cela est permis, comme vu précédemment, par la mise en place d'un suivi médical et psychologique et la prise d'un traitement médicamenteux. En effet, grâce à ces outils, l'état mental du mineur va être stabilisé, celui-ci va être suivi par des professionnels spécifiquement formés pour ces cas de figure et auront la faculté d'adapter les traitements au degré et à l'évolution du trouble mental.

³⁶⁵ Assemblée nationale, « Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures », 02 décembre 2009, page 135.

³⁶⁶ Ibidem, page 36.

331. – Une moindre extériorisation des troubles mentaux. D'autre part, les mineurs se sentant épaulés et compris, ils n'auront plus d'intérêt à extérioriser leurs troubles et leur mal-être par des actes transgressifs. Les traitements médicamenteux auront également un rôle très important à jouer puisqu'ils permettent d'agir, par exemple, sur la régulation des émotions et la modulation de la perception ³⁶⁷ et de ce fait, les passages à l'acte se feront plus rarement.

332. – Il arrive toutefois, que les mineurs, en raison de la gravité de leurs troubles ou de leur personnalité, commettent des faits délictueux, qui seront toutefois d'une gravité plus atténuée que s'ils ne bénéficiaient pas d'un suivi médical.

2. *La commission de faits délictueux de moindre gravité*

333. – Les mineurs – et particulièrement au stade de l'adolescence –, lorsqu'ils font l'objet de troubles mentaux et bénéficient d'une prise en charge médicale, vont pouvoir éviter de matérialiser une forme de transgression des lois. Il arrive, toutefois, que ceux-ci la matérialisent mais sous une forme diminuée et donc de moindre gravité.

334. – Une stabilisation de l'état émotionnel et psychique. Les mineurs ne bénéficiant pas d'un traitement médicamenteux et d'un suivi avec un praticien de santé, vont être en situation de vulnérabilité eu égard aux émotions et aux pulsions qui peuvent les traverser. Ils vont être alors plus susceptibles de passer à l'acte avec un degré de violence plus élevé. En revanche, lorsqu'ils font l'objet d'une prise en charge sanitaire, leur état mental, leurs émotions vont être stabilisés afin de retrouver un équilibre émotionnel. Cela va ainsi permettre à ces derniers d'apprendre à gérer leurs pulsions, leurs envies et leurs éventuels débordements. De ce fait, la commission de faits délictueux sera évitée ou sera, à tout le moins, d'une moindre gravité puisque les différents aspects des troubles mentaux seront contenus par la mise en place du suivi médical et des différents outils qui seront octroyés au mineur. D'autre part, leur santé mentale sera de meilleure qualité et les chances de récurrence seront également diminuées, d'autant plus que la pathologie mentale, au stade de l'adolescence, présente de grandes chances de guérison.

³⁶⁷ GIORGIO Marie-Thérèse., « Traitements en psychiatrie », mai 2011, site internet.

335. – L'importance du dépistage précoce des troubles mentaux est démontrée à différentes échelles, allant de la stabilisation de la pathologie mentale, à la diminution de l'entrée dans la délinquance, en passant par la possible guérison. Au-delà de permettre une prise en charge sanitaire adaptée aux mineurs délinquants présentant des troubles mentaux, il est indispensable de garder à l'esprit que le mineur délinquant est d'abord un adolescent en souffrance et qu'il convient donc de protéger.

Paragraphe 2. La protection du mineur délinquant, un adolescent en souffrance

336. – Les mineurs, lorsqu'ils entrent dans la délinquance, sont régulièrement diabolisés en raison des actes défendus qu'ils commettent et de ce fait, certains de leurs droits vont être « oubliés » et moins protégés. Ceux-ci restent pourtant, et avant tout, des enfants qu'il convient de protéger **(A)**, d'autant plus qu'ils sont régulièrement issus d'histoires familiales délicates **(B)**.

A. Le mineur délinquant, un enfant avant tout

337. – Le mineur qui transgresse la loi va être pris en charge par la Justice et va être susceptible de faire l'objet d'une sanction pénale qui sera proportionnelle à son âge, son discernement et la gravité des faits. Il est toutefois important de rappeler que celui-ci, du fait de sa particulière vulnérabilité **(1)**, nécessite une indispensable protection de ses droits **(2)**.

1. Une particulière vulnérabilité

338. – Les mineurs délinquants, bien qu'ils commettent des faits prohibés par la loi, restent avant tout des mineurs et donc, des individus présentant un certain degré de vulnérabilité.

339. – *Une spécificité inhérente au mineur.* La vulnérabilité du mineur est inhérente à sa qualité d'enfant puisqu'il ne dispose pas des mêmes capacités que le majeur, aussi bien sur le plan physique que psychique³⁶⁸. En effet, le mineur est en plein développement jusqu'à la fin

³⁶⁸ Cour européenne des droits de l'homme, 16 décembre 1999, n° 24888/94, T. et V. contre Royaume-Uni.

de son adolescence, et il est donc « par nature, plus fragile et immature que l'adulte »³⁶⁹. Madame Geindreau Diane, conseillère technique Santé de la PJJ, énonce ainsi que « la population adolescente est unanimement reconnue comme vulnérable, fragile » notamment en raison de la « phase de transition, de questionnement, de rébellion, d'expérimentations »³⁷⁰ que les mineurs traversent et qui les rendent « particulièrement fragiles, particulièrement perméables aux risques, particulièrement influençables »³⁷¹.

340. – Une prise en compte au sein de l'arsenal juridique. Cette particularité du mineur est prise en compte dans l'arsenal juridique, notamment par la Cour européenne des droits de l'homme puisqu'elle indique que l'Etat doit veiller à la prise en compte de l'âge et de la vulnérabilité des personnes mineures³⁷², même lorsqu'elles commettent des actes de délinquance. D'autre part, elle affirme que l'enfant est une « catégorie particulière de vulnérable, ce qui génère une protection particulière plus poussée »³⁷³, notamment en raison de son manque d'autonomie. Le caractère vulnérable de l'enfant est également prévu au sein du Code pénal puisque, malgré l'absence de définition, celle-ci prévoit que la minorité est une circonstance aggravante lors de la commission d'une infraction par un adulte.

341. – Le mineur est donc, par nature, un être faible et sans défense qu'il convient de protéger particulièrement afin de garantir la protection de ses droits, lesquels sont inhérents à toute personne humaine.

2. Une indispensable protection de ses droits

342. – Le mineur est un individu à part entière qui bénéficie d'un ensemble de droits permettant de protéger son intégrité et la sauvegarde de son intérêt supérieur.

³⁶⁹ GAIGNOT Julie, « L'intérêt supérieur de l'enfant en droit pénal », Faculté de droit et de sciences politiques, Aix-Marseille Université, 2018, Gallardo E. (dir.), page 2.

³⁷⁰ Revue des droits et libertés fondamentaux, « Vulnérabilité et justice pénale », Colloque « Vulnérabilité et droits fondamentaux », Université de la Réunion, 19 et 20 avril 2018.

³⁷¹ Ibidem.

³⁷² Cour européenne des droits de l'homme, 16 décembre 1999, n° 24888/94, T. et V. contre Royaume-Uni, considérant 64.

³⁷³ BONFILS Philippe et GOUTTENOIRE Adeline, « Droit des mineurs », Dalloz, 2014, page 53.

343. – *La protection des droits fondamentaux du mineur en toute circonstance.* Ce mouvement de protection de ses droits a été initié par la Convention des droits de l'enfant (CIDE), qui a progressivement été suivie par le droit français avec la proclamation de ces derniers au sein de l'arsenal juridique. Le mineur fait l'objet d'un ensemble de droits juridiquement protégés et ce, peu importe son statut de citoyen, de victime ou de délinquant. Les droits du mineur doivent être protégés en tout temps, en tout lieu et en toute situation. Pour veiller à cela, une autorité administrative indépendante est mise en place par la loi du 30 octobre 2007 : le CGLPL. Celui-ci s'est ainsi chargé, en 2017, de contrôler le respect de ces derniers au sein des lieux de privation de liberté, notamment en établissement de santé mentale³⁷⁴ et fait le constat d'un certain nombre de violations des droits des mineurs. Ainsi, « il est regrettable que la commission d'actes de délinquance obère une autre réalité : ces mineurs sont aussi des enfants en danger, qui méritent protection et soins »³⁷⁵.

344. – *Le respect des droits fondamentaux du mineur en tout temps.* Il est pourtant indispensable de protéger ces derniers, sans faire de distinction entre les différentes situations pouvant se matérialiser. Ainsi, le droit, pour le mineur, à la dignité, à la vie privée, à l'intimité, au respect de son intégrité physique et psychique, le droit à l'information, à des soins adéquats, à un environnement respectueux, doivent être respectés, protégés et permis en tout temps, à l'égard de tous les mineurs. Cela vaut donc aussi bien pour les mineurs admis en établissements fermés, qu'en EPM ou en unités d'hospitalisations. Aucune dérogation ne peut être faite s'agissant de leurs droits fondamentaux, qui plus est, compte tenu de leur vulnérabilité.

345. – La protection des mineurs délinquants, s'agissant de leurs droits et de leur intégrité, va être d'autant plus importante que ce sont, bien souvent, des jeunes ayant un parcours de vie chaotique.

³⁷⁴ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 3.

³⁷⁵ Ibidem, page 53.

B. Le mineur délinquant, un parcours de vie chaotique

346. – Les mineurs délinquants sont généralement des enfants ayant un parcours de vie délicat, principalement dans le cadre familial (1). Cela les amène parfois à être placés dans le cadre de l'ASE, et ces mineurs sont plus sensible de développer un trouble mental (2).

1. L'instabilité de l'environnement familial

347. – L'environnement familial sain et équilibré est un critère important pour le bon développement psychique du mineur. Lorsque ce n'est pas le cas, celui-ci va rencontrer des difficultés pour se construire et va être plus enclin à tomber dans la délinquance.

348. – *Des difficultés pour se construire.* Le mineur, lorsqu'il né et grandit au sein d'un environnement familial violent, absent ou déséquilibré, va rencontrer des difficultés pour se construire. En effet, un cadre de vie sain, équilibré et comportant des limites est indispensable pour le bon développement psychique du mineur. Celui-ci, tout au long de sa croissance va acquérir un certain nombre de connaissances, de facultés qui ne peuvent être correctement intégré sans un environnement familial stable. Sans cela, son apprentissage va se révéler être plus fastidieux et compliqué notamment en raison « d'un parcours chaotique et de relations précoces souvent défectueuses »³⁷⁶. La Haute autorité de la santé, met ainsi en avant le fait que les mineurs peuvent être « fragilisés par un environnement n'ayant pas favorisé un bon développement psychoaffectif »³⁷⁷ et cela peut ainsi les diriger vers la délinquance.

349. – *La possibilité de tomber dans la délinquance.* En l'absence de règles établies, de protection, de bienveillance et de présence familiale, le mineur va pouvoir être tenté de transgresser les interdits, de se tester. Il va également pouvoir manifester de la colère, de la rébellion envers lui-même ou ses pairs, il va chercher à extérioriser son mal-être et va donc être susceptible de commettre des faits proscris par la loi. La commission de tels faits peut également

³⁷⁶ Haute autorité de santé, « Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives », 2015, page 9.

³⁷⁷ Ibidem, page 9.

être la manifestation d'un mal-être plus profond ou d'un trouble naissant ou plus ancré chez le mineur.

350. – L'instabilité familiale est donc un fléau pour la population juvénile qui est susceptible de matérialiser cette situation par de la violence et d'autres comportements à risques. Ce phénomène est d'autant plus observé à l'égard des mineurs placés auprès de l'Aide sociale à l'enfance.

2. La prévalence des troubles chez les mineurs placés

351. – Les mineurs placés dans le cadre de la protection de l'enfance sont des jeunes, bien souvent, plus fragiles et par conséquent, plus susceptibles de développer des troubles mentaux.

352. – *Le constat de la Haute autorité de santé.* Plusieurs études mettent en avant l'existence accrue de troubles mentaux chez les mineurs placés dans des services de protection de l'enfance. Ainsi, la Haute autorité de santé relève que « les études d'épidémiologie pédopsychiatrique [...] montrent une prévalence élevée des troubles mentaux chez les mineurs placés (cinq fois plus élevée qu'en population générale) en particulier chez les filles »³⁷⁸. Le constat que fait cette autorité est alarmant puisqu'elle relève que les troubles mentaux chez cette population de mineurs est cinq fois plus élevée que s'agissant de la population générale de mineurs. Cela est notamment dû à la fragilité de ces derniers, à leurs parcours de vie, aux carences affectives qu'ils ont rencontrés dans leur enfance, aux ruptures relatives à leur accompagnement, à l'instabilité de leur quotidien.

353. – *Le constat du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.* D'autre part, le CGLPL, dans son rapport sur les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale relève qu' « une proportion importante d'enfants hospitalisés relève en effet des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou, à tout le moins, fait l'objet d'un suivi des

³⁷⁸ Haute autorité de santé, « Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives », 2015, page 9.

services sociaux (environ la moitié de l'effectif présent dans les unités visitées) »³⁷⁹. Il apparaît également ici une proportion majoritaire d'enfants bénéficiant, ou ayant bénéficié, des services de protection de l'enfance, qu'il s'agisse d'un suivi simple ou d'un placement au sein de l'ASE. En ce sens, il semble d'autant plus urgent de prévoir une protection accrue des mineurs délinquants, puisque la majorité d'entre eux relèvent finalement d'un des services de protection de l'enfance.

³⁷⁹ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, page 20.

CONCLUSION

Les mineurs délinquants atteints d'un trouble mental sont une population particulière de la délinquance juvénile. Le droit pénal des mineurs s'est donc posé la question de savoir comment aménager sa réponse pénale aux spécificités du jeune, afin que celui-ci bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins. Il a ainsi été permis un aménagement de celle-ci à différents stades de la procédure pénale, avec la mise en place de mesures éducatives judiciaires provisoires et le module santé lors de la phase pré-sentencielle, la création de suivis spécialisés post-sentenciels ou encore l'adaptation des établissements, pour n'en citer que quelques-uns. Ces différentes mesures se sont mises en place progressivement, et ont permis une meilleure prise en charge sanitaire de ces mineurs délinquants.

Toutefois, la situation actuelle de la pédopsychiatrie reste encore aujourd'hui en grande difficulté. L'état de cette branche de psychiatrie est alarmant, comme le démontrent plusieurs rapports rendus par différentes instances. Ainsi, s'agissant de l'inspection générale des affaires sociales, du Sénat, de la Haute autorité de santé, tous s'accordent à dire que « la pédopsychiatrie française va mal »³⁸⁰ et que la situation est alarmante. Malgré une volonté d'adapter la prise en charge des mineurs délinquants atteints de troubles mentaux, de nombreuses insuffisances persistent encore aujourd'hui. Leurs droits ne sont pas respectés de manière satisfaisante, leur prise en charge sanitaire est lacunaire, les intervenants ne sont pas toujours formés aux spécificités de ces mineurs et sont présents en nombre insuffisant, les mineurs délinquants de plus de 16 ans sont admis au sein d'unités pour adultes.

Il est donc indispensable et urgent d'appliquer les différentes recommandations faites par les institutions et d'octroyer davantage de moyens matériels et humains à la prise en charge sanitaire des mineurs délinquants. En effet, la santé mentale des mineurs représente notamment la future santé du pays puisque selon l'OMS, « plus de 50 % des pathologies psychiatriques de l'adulte apparaissent avant seize ans »³⁸¹. La réponse pénale actuelle, à l'égard des mineurs

³⁸⁰ Sénat, « La pédopsychiatrie en France », Compte rendu analytique officiel, 8 janvier 2020, page 24.

³⁸¹ Sénat, « Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d'information n°494, 04 avril 2017, page 22.

délinquants atteints de troubles mentaux, ne leur permet pas une prise en charge sanitaire adaptée à leurs spécificités. Elle ne leur permet pas une stabilisation de leur état psychique et les prive d'une possible guérison, ou du moins, elle ne la facilite pas, alors que la protection du mineur, de son état physique, psychique et mental doit être une priorité du Gouvernement.

De l'autre côté de l'Atlantique, au Canada, divers programmes ont été spécialement mis en place d'une part, s'agissant du mineur de manière générale, et d'autre part, s'agissant du mineur délinquant. Ils permettent de cibler différents groupes de mineurs en fonction des différents facteurs à risque. Ainsi, la prévention de la pathologie mentale peut se faire dès l'âge de six ans, avec le projet d'intervention précoce, pour les enfants « vivant dans des quartiers à risque de délinquance »³⁸². Pour les familles ayant des « enfants de 5 à 12 ans présentant des facteurs de risque liés au crime et à la victimisation », c'est le programme « Strong Families, Strong Children » qui sera activé. Cela permet ainsi de limiter l'anxiété, d'améliorer les résultats scolaires, de réduire les comportements criminels, d'améliorer les compétences sociales et, de ce fait, les études montrent une réduction des troubles mentaux ainsi que de la délinquance juvénile³⁸³. Ainsi, compte tenu des résultats encourageants liés à la mise en place de ces différents programmes, il pourrait être opportun de réfléchir à instaurer ces derniers, en France, afin d'améliorer l'accompagnement des mineurs et prévenir leur entrée dans la pathologie mentale, et de ce fait, dans la délinquance.

³⁸² Institut canadien d'information sur la santé, « Santé mentale, délinquance et activité criminelle, améliorer la santé des Canadiens », Initiative sur la santé de la population canadienne, 2008, page 23.

³⁸³ Ibidem, page 23.

INDEX ALPHABÉTIQUE

(Les chiffres renvoient aux numéros de page)

A

Abolition du discernement.....6, 23
Acte de déviance29
Adolescence.....2, 9, 11, 12, 15, 17, 18, 20,
22, 23, 25, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 39,
49, 57, 62, 63, 72, 75, 80, 81, 82, 83, 85,
86, 87, 90, 97, 101, 102, 113, 117, 119,
120, 126
Altération du discernement6, 23
Alternative aux poursuites.....59, 60
Aide sociale à l'enfance 70, 104, 105, 122,
124
Aspects sanitaires8, 41, 42, 56

B

Bien-être1, 2, 7, 15, 16, 17, 24, 36, 105

C

Centre éducatif fermé ..65, 66, 79, 82, 92,
98, 107, 109, 110, 111, 112
Centre éducatif renforcé.....65, 82
Certificat médical44, 45, 49, 58
Comportements délinquants 7, 33, 34, 37
Conduites agressives1, 19
Conduites délinquantes.....33, 36, 103
Conduites déviantes.....30

D

Délinquance juvénile . 1, 2, 4, 6, 8, 33, 34,
35, 36, 38, 52, 62, 63, 64, 72, 73, 76, 82,
93, 98, 100, 102, 107, 115, 117, 119,
125
Délinquance pathologique.. 36, 37, 39, 41
Dépistage précoce 75, 103, 104, 115, 116,
118, 119, 126
Désinhibition comportementale..... 21, 25
Détection 46, 72, 76, 83, 84, 104
Détention ... 2, 5, 8, 50, 64, 67, 68, 74, 78,
79, 88, 114
Diagnostic .42, 72, 79, 80, 83, 84, 85, 103,
116
**Direction de la Protection Judiciaire de la
Jeunesse**..... 50
Discernement.. 6, 9, 56, 57, 58, 59, 61, 97,
120
Droits fondamentaux1, 3, 4, 9, 17, 43, 44,
49, 71, 74, 75, 77, 79, 82, 83, 84, 86, 91,
93, 96, 97, 99, 100, 101, 108, 112, 113,
120, 121, 122, 124
Dossier unique de personnalité..... 51, 92

E

Enfance délinquante... 1, 4, 5, 6, 8, 57, 60,
70, 74, 79, 82, 87

Etablissement pénitentiaire pour mineurs66, 78, 82, 92, 98, 122

Etablissement de santé. 1, 3, 9, 17, 49, 55,
61, 68, 74, 75, 77, 79, 82, 83, 84, 91, 93,
96, 97, 99, 100, 101, 108, 112, 113, 121,
122, 124

Etablissement du diagnostic42, 72, 79,
80, 83, 85

Etat mental... 6, 42, 45, 47, 48, 49, 51, 55,
56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 66, 68, 79, 81,
82, 87, 88, 89, 90, 97, 98, 100, 113, 118,
119

Etudes épidémiologiques.....73, 75

Examen médical.44, 45, 46, 87, 89, 90, 91

Expert psychiatre47, 48, 49, 92

Expertise psychiatrique46, 47, 55, 58

F

Facteur familial15

Facteur scolaire15, 16

Facteurs de risques.....12, 20, 22, 24, 81

Facteurs externes.....18, 20, 82

Fil Harmonie.....106

Formation des professionnels..73, 76, 77,
105

G

Garde à vue.42, 43, 44, 45, 46, 51, 58, 87,
90, 91

Guérison.64, 113, 115, 116, 117, 119, 126

H

Hospitalisation psychiatrique .. 3, 67, 108

I

Incarcération..... 65, 66, 74

Information judiciaire.. 46, 49, 51, 55, 60

Infraction.... 11, 42, 43, 46, 47, 48, 57, 58,
59, 60, 66, 121

J

Juge des libertés et de la détention 78, 79

Juridictions spécialisées..... 5

M

Maladie mentale... 3, 9, 23, 24, 25, 35, 36,
37, 38, 72, 84, 85, 105, 114

Mal-être 6, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,
19, 20, 22, 23, 24, 25, 29, 33, 36, 37, 38,
39, 41, 51, 55, 60, 61, 62, 63, 64, 75, 76,
84, 86, 90, 103, 106, 110, 113, 115, 116,
118, 123

Mesure éducative judiciaire..... 54, 61, 89

Mesure éducative judiciaire provisoire ..
42, 49, 53, 89

**Mesure judiciaire d'investigation
éducative** 49, 50, 51, 52, 55, 79

Mesures éducatives.. 5, 49, 53, 54, 55, 57,
60, 70, 90, 123, 124, 125

N

Normes sociales 26, 27, 28, 32

P

Pathologie mentale 1, 3, 12, 22, 23, 24, 26, 38, 41, 42, 63, 72, 75, 83, 84, 94, 98, 101, 103, 119

Pédopsychiatres 77, 93, 108

Pédopsychiatrie 3, 6, 77, 85, 95, 97, 99, 100, 104, 108, 113, 114, 125

Peines 4, 11, 56, 60, 61

Personnalité 11, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 29, 32, 41, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 58, 59, 60, 64, 70, 79, 85, 92, 109, 116, 118

Protection judiciaire de la jeunesse 1, 65, 70, 75, 104, 105, 109, 111, 120

Prévention ... 5, 7, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 112, 115

Prise en charge sanitaire .. 6, 9, 54, 55, 61, 64, 67, 68, 73, 74, 84, 87, 88, 89, 91, 93, 94, 97, 99, 100, 103, 108, 110, 111, 114, 117, 118, 119, 125

Produits stupéfiants 20, 22, 25, 32, 38, 118

Professionnels 9, 51, 53, 60, 62, 64, 66, 70, 75, 76, 77, 78, 79, 82, 89, 91, 92, 93, 101, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 118

Protection de l'enfance 1, 10, 70, 108, 123, 124

Protection judiciaire de la jeunesse 1, 65, 73

Psychiatrie ... 3, 4, 6, 10, 35, 36, 37, 38, 74, 75, 77, 93, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 111, 115, 116, 117, 118, 125, 126

Q

Quartier pour mineurs . 66, 78, 82, 84, 92

R

Recueil de renseignements socio-éducatifs 50, 52

Relèvement éducatif . 1, 11, 41, 53, 54, 58, 61

Responsabilité pénale 5, 6, 41, 43, 46, 56, 57, 58, 59, 60, 92

S

Sanction pénale 56, 59, 120

Sanctions éducatives 56, 57

Schizophrénie 6, 23, 26, 39, 63, 85, 117

Service médico-psychologique régional 66

Soins ambulatoires 4, 64, 67, 88, 95

Suivi médical 6, 64, 84, 86, 88, 89, 90, 94, 98, 109, 111, 116, 117, 118, 119

T

Toxicomanie 14

Traitement médicamenteux 46, 63, 64, 87, 117, 118, 119

Transgression . 3, 4, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 103, 118, 119

Trouble bipolaire 6

Trouble dépressif 6

Trouble des conduites 6, 14, 19, 20, 21, 22, 38, 70

Trouble mental 8, 9, 12, 18, 19, 22, 24, 26, 36, 37, 39, 42, 46, 48, 49, 51, 55, 56, 58, 62, 68, 70, 72, 76, 81, 83, 84, 85, 86, 90,

	94, 97, 103, 108, 111, 115, 116, 117, 118, 122, 125
Troubles agressifs	23
Troubles alimentaires	1, 62
Troubles du comportement	1, 6, 7, 19, 62, 65, 95

U

Unité hospitalière spécialement aménagée	4, 67, 68, 97, 99
Unité pour adultes	100, 101
Unités de consultations et de soins ambulatoires	63, 67

V

Vulnérabilité	11, 20, 24, 46, 67, 72, 84, 86, 90, 101, 103, 115, 119, 120, 122
----------------------------	---

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages généraux, manuels et traités :

BONFILS P. et GOUTTENOIRE A., « *Droit des mineurs* », Dalloz, 2014, 1278 p.

BRACONNIER A. et MARCELLI D., « *Psychopathologie de l'adolescent* », Masson, Paris, 1983, 479 p.

CHABROL H., « *Les comportements suicidaires de l'adolescent* », Puf, Paris, 1984, 91 p.

CHRISTIE D. J., WAGNER R. V., WINTER DUNANN D., « *Peace, conflict and violence : Peace psychology for the 21st century* », I A Books, 2008, 438 p.

EXPERTISE COLLECTIVE, « *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent* », Les éditions Inserm, Paris, 2005, 428 p.

LAROUSSE P., « *Grand dictionnaire universel du 19^e siècle* », 1531 p.

MAUGER G., « *La sociologie de la délinquance juvénile* », La découverte, Paris, 2009, 110 p.

II. Ouvrages spéciaux, thèses, mémoires, monographies

ADAM C., « *Psychopathologie et délinquance* », Primento, 2015, 160 p., https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=mEblBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT150&dq=d%C3%A9linquance+pathologique&ots=cfNd_YuMGd&sig=PSFxIWmecDbOqEp88eotAtdT Xmc#v=onepage&q=d%C3%A9linquance%20pathologique&f=false

BECKER H. S., « *OUTSIDERS – Etudes de sociologie de la déviance* », Nouvelle édition revue et augmentée de 2 chapitres, Métailié, 2020, 256 p., <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=2OjYDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=deviance+howard+becker&ots=Qh4AC2ELdK&sig=K9VkuUUu4j5-iZWGpPUQDth2aX70#v=onepage&q=deviance%20howard%20becker&f=true>

COSLIN P. G., « *Les adolescents devant les déviances* », Presses universitaires de France, 2015, 272 p., <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=sDxYDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=diff%C3%A9rence+deviance+delinquance&ots=1Akn->

[5pxFt&sig=1q2PLId98_BvFq0vZGNyGlX6sxM#v=onepage&q=diff%C3%A9rence%20deviance%20delinquance&f=true](https://www.researchgate.net/publication/354111111)

DE MONTAIGNE M., « *Les essais* », Villey-Saulnier, Quadrige, 2004, 1504 p.

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, « Santé mentale et prise en charge des mineurs détenus : état des lieux, évolutions, enjeux », 2011, 68 p., https://documentation.ehesp.fr/memoires/2011/mip/groupe_17.pdf

GAIGNOT J., « L'intérêt supérieur de l'enfant en droit pénal », Faculté de droit et de sciences politiques, Aix-Marseille Université, 2018, Gallardo E. (dir.), 131 p., <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01949776/document>

Revue des droits et libertés fondamentaux, « Vulnérabilité et justice pénale », *Colloque « Vulnérabilité et droits fondamentaux »*, Université de la Réunion, 19 et 20 avril 2018, <http://www.revuedlf.com/droit-fondamentaux/dossier/vulnerabilite-et-justice-penale/#PJJ>

ROLLIN E., « Evolution des soins psychiatriques en milieu carcéral », Faculté de médecine de Nancy, Université Henri Poincaré, Nancy 1, 2008, Pr. Kahn J-P (dir.), 264 p., <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733823/document>

SAVALLE C., « Le mal-être des adolescents et sa prise en charge en santé scolaire », Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, 2014, Dr Collet A. (dir.), 125 p., <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01079607/document>

III. Articles de périodiques et chroniques :

BOTBOL M., REMAUD A. et THEETEN P., « Prendre soin de la vie psychique des adolescents délinquants », *Les Cahiers Dynamiques*, 2009/2 (n° 44), p. 31-36. <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2009-2-page-31.htm>

BOURGIN J., BREBANT C., GAILLARD R., KREBS M-O., MONCHABLON D., MORVAN Y., OPPETIT A., « Détection précoce des troubles psychiques en milieu scolaire : le dispositif Fil Harmonie », *l'Encéphale*, 2018/6 (vol. 44, issue 3), p. 232-238, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700617300623>

ESCALON H., EHLINGER V., GENOLINI J-P., GODEAU E., « La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Brimades, harcèlement, violences scolaires, bagarres ». Saint-Maurice : Santé publique France, 2016, 8 p., <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-des->

[collegiens-en-france-2014.-donnees-francaises-de-l-enquete-internationale-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc.-brimades-h](#)

CESDIP, « Les établissements privés de liberté pour mineurs : entre logiques institutionnelles et pratiques professionnelles », *Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales*, n°112, 2012, 356 p. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00743963/document>

CHOQUET M. et HASSLER C., « La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse. Retour sur enquête(s) », *Les Cahiers Dynamiques*, 2009/2 (n° 44), p. 27-30, <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2009-2-page-27.htm>

CLAVEL J., QUIRIAU F., PALLEZ A. et al., « La justice pénale des mineurs, un sujet de société qui mérite une politique ambitieuse », *Les Cahiers Dynamiques*, 2015/2 (N° 64), p. 83-91, <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2015-2-page-83.htm>

COMBEAU Chantal, CREBASSA Muriel, « La prise en compte de la personnalité du mineur en matière pénale, entre nécessité et instrumentalisation », *Journal du droit des jeunes*, 2012/9 (N° 319), p. 28-33. <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2012-9-page-28.htm>

COUTANT I., « La pédopsychiatrie en souffrance », *Savoir/Agir*, 2020/2 (n°52), p. 81-85, <https://www.cairn.info/revue-savoir-agir-2020-2-page-81.htm>

CUIN C-H., « Esquisse d'une théorie sociologique de l'adolescence », *Revue européenne des sciences sociales*, 49-2, 2011, p. 71-92, <https://journals.openedition.org/ress/987#quotation>

DALLOZ ACTU, « Point sur la responsabilité pénale des mineurs », 2021, [https://actu.dalloz-
etudiant.fr/a-la-une/article/point-sur-la-responsabilite-penale-des-
mineurs/h/ac8518e87534df05e0154dc29920292f.html](https://actu.dalloz-etudiant.fr/a-la-une/article/point-sur-la-responsabilite-penale-des-mineurs/h/ac8518e87534df05e0154dc29920292f.html)

DAYAN J., « Enfermement des mineurs délinquants. Dans les murs », *Adolescence*, 2012/4 (T. 30 n°4), p. 783-796, <https://www.cairn.info/revue-adolescence-2012-4-page-783.htm>

DELAGRANGE G., « Justice des mineurs et psychiatrie infantile », *Journal du droit des jeunes*, 2002/10 (n°220), p. 29-33, [https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-
2002-10-page-29.htm](https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2002-10-page-29.htm)

DEVERNAY M., VIAUX-SAVELON S., « Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître », *Réalités pédiatriques*, n°184, septembre 2014, 7 p. https://www.sfsa.fr/wp-content/uploads/2013/02/00_Dos_Devernay_Neuro.pdf

DUVERGER P. et LUSVEN M., « 9. Situations de crises, passages à l'acte et violence à l'adolescence », *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent*, 2017, p. 87-99,

<https://www.cairn.info/troubles-psychiques-et-comportementaux--9782257207067-page-87.htm>

FELONNEAU M-L., LANNEGRAND-WILLEMS L., « Normes adolescentes, normes adultes. Percevoir et juger les incivilités urbaines », *Bulletin de psychologie*, 2005/6 (Numéro 480), p. 695-704, <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2005-6-page-695.htm>

GOETZ D., « Code de justice pénale des mineurs : la loi de ratification », *Dalloz actualité*, mars 2021, 2 p., <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/code-de-justice-penale-des-mineurs-loi-de-ratification>

GOGUEL D'ALLONDANS T., « Les nouveaux visages de l'éducation renforcée : cef, epm, epide [1] », *VST - Vie sociale et traitements*, 2010/4 (n° 108), p. 54-60, <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2010-4-page-54.htm>

GOLDBETER-MERINFELD E., « Adolescence : de la crise individuelle à la crise des générations », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 40, no. 1, 2008, p. 13-26, <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2008-1-page-13.htm>

GUERNALEC-LEVY G., « Santé mentale des familles : 15 jours pour en parler », 2018, <https://www.gynger.fr/sante-mentale-des-familles-15-jours-pour-en-parler/>

GUIDI J., GUIOT F., SIGAUD J-P., « Étude rétrospective concernant les mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte », *L'information psychiatrique*, 2018/3 (Volume 94), p. 183-188, <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-3-page-183.htm>

HOUSSIER F., « Réflexions sur la délinquance et la psychothérapie chez les auteurs inspirés par Anna Freud (1945-1965) : émergence des premières théories de l'adolescence », *La psychiatrie de l'enfant*, 2009/2 (Vol. 52), p. 593-623, <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2009-2-page-593.htm>

LAZERGES C., « Sagesse et frénésie : de l'ordonnance de 1945 aux réformes Sarkozy », *Après-demain*, 2011/3 (N ° 19, NF), p. 8-11, <https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2011-3-page-8.htm>

LIVET P., « Normes sociales, normes morales, et modes de reconnaissance », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 2012/1-2 (Vol. 45), p. 51-66, <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2012-1-page-51.htm>

LLORCA P-M., « Le bilan inquiétant de la pédopsychiatrie », *L'École des parents*, 2019/1 (n°630), p. 8-11, <https://www.cairn.info/journal-l-ecole-des-parents-2019-1-page-8.htm>

- MAUGER G.**, « I. La délinquance juvénile : construction d'objet », Gérard Mauger éd., *La sociologie de la délinquance juvénile*, Paris, La Découverte, « Repères », 2009, p. 9-29, <https://www.cairn.info/la-sociologie-de-la-delinquance-juvenile--9782707149718-page-9.htm>
- MICHEL G., MOUREN-SIMEONI M-C., PURPER-OUAKIL D.**, « Clinique et recherche sur les conduites à risque chez l'adolescent », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 54, Issue 1, 2006, p. 62-76, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961705001704>
- MILBURN P.**, « De la pédagogie de la responsabilisation au traitement par la sanction », *La Justice des mineurs française*, 2010, p. 11-21, <https://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC30/n30a03.pdf>
- MUCHIELLI L.**, « Délinquance et psychiatrie : réflexions sociologiques sur la définition et le rôle de la maladie mentale », *La Psychiatrie à l'épreuve de la Justice*, Educação, Sociedade & culturas n°30, 2011, p. 25-35, http://www.antoniocasella.eu/archipsy/Mucchielli_2011.pdf
- MUCHIELLI L.**, « La délinquance des mineurs : penser l'évolution de la délinquance des mineurs et de son traitement pénal », *Journal du droit des jeunes*, 2012/9 (N° 319), p. 13-18, <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2012-9-page-13.htm>
- MUCCHIELLI L.**, « Les mineurs incarcérés à Marseille : pas plus violents, mais plus fragiles socialement ? », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2016/1 (n°1), p. 157-161, <https://www.cairn.info/revue-de-science-criminelle-et-de-droit-penal-compare-2016-1-page-157.htm>
- MUCHIELLI L.**, « Sociologie de la délinquance », cours 2020-2021, 18 p.
- NGUIMFACK L.**, « Comment a évolué la prise en charge thérapeutique des jeunes délinquants dans les recherches en sciences sociales ? Etat de la question », *L'information psychiatrique*, 2016/3 (volume 92), p. 219-230, <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-3-page-219.htm>
- OLIVAN G.**, « Interventions psychiatriques et psychologiques dans les institutions pour mineur(e)s détenu(e)s », *Médecine, santé et prison*, ouvrage collectif sous la direction de BERTRAND D. et NIVEAU G. Editions médecine et hygiène, 2006, p. 277-285, http://olivan-pediatra.es/Mineurs_Detenues.pdf
- PESQUEUX Y.**, « Transgression », Professeur titulaire de la Chaire « Développement des Systèmes d'Organisation », 2010, 9 p., <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00509695/file/Transgression.pdf>

RHENTER Pauline, « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique », *Journal français de psychiatrie*, 2010/3 (n° 38), p. 12-15.
<https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2010-3-page-12.htm>

IV. Discours et rapports :

Institut canadien d'information sur la santé, « Santé mentale, délinquance et activité criminelle, améliorer la santé des Canadiens », Initiative sur la santé de la population canadienne, 2008, 87 p.,
https://secure.cihi.ca/free_products/mh_crime_full_report_apr11_08_f.pdf

Assemblée nationale, « Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures », 02 décembre 2009, 136 p., <https://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2130.pdf>

« Question écrite au Ministère des solidarités et de la santé sur la situation de la pédopsychiatrie », question n°28441, publiée au *JO* le 14 avril 2020, page 2790,
<https://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-28441QE.htm>

Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », Rapport thématique, Dalloz, 8 novembre 2017, 61 p.,
https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/11/Rapport-th%C3%A9matique-mineurs-hospitalis%C3%A9s_version-web.pdf

Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant, « Les centres éducatifs renforcés (CEF), une réponse éducative pénale pertinente, qui reste trop méconnue », 2012, 11 p., <https://www.cnape.fr/documents/les-cer-une-reponse-educative-pertinente-qui-reste-trop-meconnue/>

« La santé mentale des mineurs, examen de la France par le Comité des droits de l'enfant de l'ONU », juillet 2020, 8 p., https://www.cnape.fr/documents/cnape_contribution-sur-la-sante-mentale-des-mineurs-examen-de-la-france-par-le-comite-des-droits-de-lenfant-de-lonu_juillet-2020/

Défenseur des droits, « Droits de l'enfant en 2017 : Au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant », Rapport annuel, 20 novembre 2017, 122 p.,
<https://defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae-2017.pdf>

Direction des affaires criminelles et des grâces, « Guide de bonnes conduites relatif à l'intervention du médecin en garde à vue », 2009, 34 p., <https://solidarites->

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_juillet_2009_Intervention_du_medecin_en_GAV - 09-07-29-Guide_IMGAV.pdf](http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_juillet_2009_Intervention_du_medecin_en_GAV_-_09-07-29-Guide_IMGAV.pdf)

Haute autorité de santé, « Conférence de consensus, Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue », 2004, 44 p., https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Garde_vue_long.pdf

« Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé », décembre 2011, 35 p., https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/format2clics_enfants_v3.pdf

« Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur », décembre 2015, 88 p., https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb_1_accompagnement_des_enfants_civiles_penales.pdf

« Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives », 2015, 12 p., https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpb_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

« L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation », 2018, 84 p., https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpb_socialisation.pdf

« Programme pluriannuel – Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 », juin 2018, 41 p., https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf

Inspection générale des affaires sociales, « Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques », Rapport n°2004-027, février 2004, 125 p., https://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=267

« Rapport sur le dispositif des centres éducatifs fermés (CEF) », Rapport n°2015-014R, juillet 2015, 284 p., <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/154000879.pdf>

Institut national de la statistique et des études économiques, « L'école et ses sortants », *Formations et emploi*, Insee références, édition 2018, 10 avril 2018, 144 p., https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/3526077/Formemp18f_F1_ecole.pdf

Ministère de la Justice, « Le recours au suivi socio-judiciaire », *Infostat Justice*, février 2013, numéro 121, 8 p., http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_stat_infostat121_2013.pdf

« Chiffres clés, 70^e anniversaire de l'ordonnance du 2 février 1945 », Justice des enfants et des adolescents, 2015, 9 p., http://www.justice.gouv.fr/publication/o45_chiffres_cles.pdf

« Création de 20 centres éducatifs fermés, dispositif des CEF « nouvelle génération » », 2018, 14 p., http://www.justice.gouv.fr/art_pix/DP_CEF_2018.pdf

« Les mineurs délinquants », Références statistiques Justice, 2019, p. 128-140, http://www.justice.gouv.fr/art_pix/13-

[PARTIE12_References_statistiques_justice_2019_16x24.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/13-PARTIE12_References_statistiques_justice_2019_16x24.pdf)

« Les chiffres-clés de la Justice 2020 », 2020, 35 p., http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffres%20Cles%202020.pdf

« Mesure de l’incarcération au 1^e janvier 2021 », 2021, 3 p., http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Mesure_incarceration_janvier_2021_v3.pdf

Ministère de l’éducation nationale et de la jeunesse, « Quels sont les processus sociaux qui contribuent à la déviance ? », décembre 2019, 11 p., https://cache.media.eduscol.education.fr/file/SES/91/1/RA19_Lycees_SPE_SES_1ere_devi_ance_1225911.pdf

Ministère des affaires sociales et de la santé, « Souffrances psychiques et troubles du développement chez l’enfant et l’adolescent », Guide de repérage à l’usage des infirmiers et assistants de service social de l’éducation nationale, 2013, 32 p., https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Souffrance_psy_Enfant_ado_2014.pdf

Observatoire français des drogues et des toxicomanies, « Drogues, Chiffres clés », 8^e édition, Juin 2019, 8 p., <http://www.srae-addicto-pdl.fr/files/00/02/97/00029729-fee899ef25a88040dbb4b6688de07849/drogues-chiffres-cles-juin-2019.pdf>

Sénat, « Rapport de la commission d’enquête sur la délinquance des mineurs, créée en vertu d’une résolution adoptée par le Sénat le 12 février 2002 », Rapport n°340, JO du 27 juin 2002, 708 p., <https://www.senat.fr/rap/r01-340-2/r01-340-21.pdf>

« Mission d’information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d’information n°494, 04 avril 2017, 547 p., <http://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4941.pdf>

« Mission d’information sur la réinsertion des mineurs enfermés », Rapport d’information n°726, 25 septembre 2018, 194 p., <http://www.senat.fr/rap/r17-726-1/r17-726-11.pdf>

« La pédopsychiatrie en France », Compte rendu analytique officiel, 8 janvier 2020, 32 p., <http://www.senat.fr/cra/s20200108/s20200108.pdf>

« Projet de loi ratifiant l’ordonnance n°2019-950 du 11 septembre 2019 portant partie législative du code de justice pénale des mineurs », 20 janvier 2021, 69 p., [http://www.senat.fr/rap/120-291/120-](http://www.senat.fr/rap/120-291/120-2915.html#:~:text=La%20mesure%20C3%A9ducative%20judiciaire%20provisoire&text=L)

[2915.html#:~:text=La%20mesure%20C3%A9ducative%20judiciaire%20provisoire&text=L](http://www.senat.fr/rap/120-291/120-2915.html#:~:text=La%20mesure%20C3%A9ducative%20judiciaire%20provisoire&text=L)

[e%20placement%20ne%20peut%20%C3%AAtre,et%20de%20ses%20repr%C3%A9sentants%20I%C3%A9gaux.](#)

V. Textes législatifs et réglementaires, conventions, arrêts :

Convention internationale des droits de l'enfant, 20 novembre 1989, 32 p.
<https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

Cour européenne des droits de l'homme, 16 décembre 1999, n° 24888/94, T. et V. contre Royaume-Uni, <https://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-62944&filename=001-62944.pdf>

Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, « Préambule », 2002, 161 p.,
<https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/Y-1.5.pdf>

Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), NOR n°ETSH1107932C, https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-05/ste_20110005_0100_0076.pdf

Circulaire 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, non parue au *JORF*,
https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21540

Circulaire du 13 septembre 1961 concernant l'hospitalisation des enfants de moins de seize ans à l'hôpital psychiatrique, non parue au *JORF*, https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_13septembre1961.pdf

Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents, *JORF* du 21 avril 1972,
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000660933>

Code de la santé publique, Article L. 1110-1, L. 3214-1, R.1112-34.

Code de la justice pénale des mineurs, Article préliminaire, L11-1, L11-2, L112-1, L112-2, L112-5, L112-6, L112-8, L112-11, L112-14, L113-7, L322-1, L322-2, L322-3, L322-5, L322-7, L413-1, L413-2, L413-4, L413-6, L413-7, L413-8, L413-10, L421-1, L422-1, L432-1, L432-2.

Code de procédure pénale, Article 63.

Conseil constitutionnel, décision n°2002-461 DC du 20 août 2002, *JORF* du 10 septembre 2002, texte n°2, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227586>

Cour de cassation, chambre criminelle, 13 décembre 1956, n° 55-05.772 « Laboube ».

Loi du 30 juin 1838 relative aux aliénés, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000882534>

Loi du 12 avril 1906 relative à la majorité pénale, *JORF* du 15 avril 1906, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000874224>

Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JORF* du 05 mars 2002, texte n°1, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

Loi n°2002-1138 du 09 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, *JORF* du 10 septembre 2002, texte n° 1, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000775140>

Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JORF* n°0273 du 25 novembre 2009, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000021312171>

Loi n° 2011-939 du 10 août 2011 sur la participation des citoyens au fonctionnement de la justice pénale et le jugement des mineurs, *JORF* n°0185 du 11 août 2011, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024456769/>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *JORF* n°0022 du 27 janvier 2016, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>

Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, *JORF* du 04 février 1945, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000517521>

Ordonnance n°2019-950 du 11 septembre 2019 portant partie législative du code de la justice pénale des mineurs, *JORF* n°0213 du 13 septembre 2019, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039085102/>

VI. Articles de sites internet

Association des Médecins Psychiatres du Québec, « Qu'est-ce qu'une maladie mentale ? », 2021, <https://ampq.org/info-maladie/quest-ce-quune-maladie-mentale/#:~:text=Une%20maladie%20mentale%20est%20un,ou%20d%C3%A9veloppementa%20des%20fonctions%20mentales>

Association française des magistrats de la jeunesse et de la famille, « Historique de la justice des mineurs », septembre 2011, <https://www.afmjf.fr/Historique-de-la-justice-des.html>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, « Définition du mal-être », 2012, <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/mal-%C3%AAtre>

Fondation Santé des Etudiants de France, « « Fil harmonie », un dispositif d'écoute téléphonique dédié aux professionnels de l'Académie de Paris qui contribue à lutter contre le décrochage scolaire et à réduire les inégalités d'accès aux soins des collégiens et lycéens », http://www.fsef.net/~wp-content/images/etablissements/georges-heuyer/Relais/poster_UNIRES.pdf

GIORGIO M-T., « Traitements en psychiatrie », mai 2011, <https://www.atousante.com/apptitude-inapptitude/apptitude-travail-pathologie/troubles-mentaux/traitements-psychiatrie/#:~:text=Traitements%20m%C3%A9dicamenteux%20%3A%20les%20psychotropes,->

[Les%20psychotropes%20sont&text=Ils%20agissent%20sur%20le%20syst%C3%A8me,de%20la%20s%C3%A9cr%C3%A9tion%20de%20prolactine](https://www.atousante.com/apptitude-inapptitude/apptitude-travail-pathologie/troubles-mentaux/traitements-psychiatrie/#:~:text=Ils%20agissent%20sur%20le%20syst%C3%A8me,de%20la%20s%C3%A9cr%C3%A9tion%20de%20prolactine)

Inserm, « Schizophrénie, intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles », 2021, <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrénie>

Le point, « Délinquance des mineurs : « Notre affaire à tous » », 2020, https://www.lepoint.fr/editos-du-point/laurence-neuer/delinquance-des-mineurs-notre-affaire-a-tous-29-09-2020-2394161_56.php

Ministère de la Justice, « Les mesures d'investigation », 2012, <http://www.justice.gouv.fr/justice-penale-11330/les-decisions-judiciaires-pour-les-mineurs-12123/les-mesures-dinvestigation-21091.html>

« Programme, de nouveaux centres éducatifs fermés », 2020, <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/programme-de-nouveaux-centres-educatifs-fermes-12917/#difference>

Organisation Mondiale de la Santé, « Développement des adolescents », 2021, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/

« Santé mentale des adolescents », septembre 2020, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

« Prise en charge de l'abus de substances psychoactives », 2021, https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/

« Promotion de la santé, Charte d'Ottawa, 6 p.,

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Observatoire international des prisons, « Les centres éducatifs fermés, « antichambres de la prison » », Section française, 19 novembre 2019, <https://oip.org/analyse/les-centres-educatifs-fermes-antichambres-de-la-prison/>

« Existe-il des prisons spéciales pour mineurs ? », Section française, 3 février 2021, <https://oip.org/en-bref/existe-t-il-des-prisons-speciales-pour-mineurs/>

Service-public.fr, « Garde à vue ou retenue d'un mineur », 2019, <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1469#:~:text=La%20garde%20%C3%A0%20vue%20est%20une%20mesure%20de%20privation%20de,la%20gendarmerie%20pour%20%C3%AAtre%20interrog%C3%A9>

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS

LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE : L'INTÉGRATION DE LA SANTÉ MENTALE AU SEIN DU DROIT PÉNAL DES MINEURS 11

Chapitre 1 : La pathologie mentale chez le mineur délinquant 12

Section 1 : L'existence d'un mal-être 12

Paragraphe 1 : Les origines du mal-être 12

A. La définition du mal-être chez l'adolescent 13

1. La notion de mal-être 13

2. La notion de mal-être chez l'adolescent 14

B. L'influence de différents facteurs sur le mal-être de l'adolescent 15

1. L'incidence des facteurs familiaux, scolaires et relationnels sur l'adolescent 15

2. L'incidence des facteurs physiologiques et psychologiques sur l'adolescent 17

Paragraphe 2 : La transformation du mal-être en trouble mental 18

A. Le renforcement du mal-être chez l'adolescent 18

1. La place des facteurs externes au mineur 18

2. Le facteur aggravant du tempérament à risque du mineur 20

B. Le déclenchement de la pathologie mentale chez l'adolescent 22

1. L'entrée de l'adolescent dans la pathologie mentale 22

2. Précisions sur l'influence des produits stupéfiants chez le trouble mental de l'adolescent 25

Section 2 : L'adoption de comportements transgressifs 26

Paragraphe 1 : La transgression des normes sociales au sens large 27

A. La volonté de transgresser les normes sociales chez l'adolescent 27

1. La nécessaire présence de normes sociales 27

2. La transgression des normes chez l'adolescent 29

B. Le processus de transgression des normes chez l'adolescent	30
1. <i>L'explication du processus de transgression des normes</i>	30
2. <i>La matérialisation du processus de transgression des normes</i>	31
Paragraphe 2. L'adoption de comportements qualifiés de « délinquants » par la société	33
A. La détermination des comportements délinquants de l'adolescent	33
1. <i>La frontière entre comportements à risques et comportements délinquants</i>	33
2. <i>La matérialisation de la délinquance juvénile</i>	35
B. Le lien entre les conduites délinquantes et l'existence d'un trouble mental	36
1. <i>L'existence d'une délinquance pathologique</i>	36
2. <i>La matérialisation de la délinquance pathologique</i>	38
Chapitre 2 : L'incidence du trouble mental sur le droit pénal des mineurs	
.....	41
Section 1 : Les différents aspects sanitaires de la réponse pénale antérieurs au jugement	42
Paragraphe 1. L'établissement du diagnostic de la pathologie mentale	42
A. La suspicion de troubles mentaux au stade de la garde à vue	42
1. <i>Le placement en garde à vue du mineur délinquant</i>	43
2. <i>L'intervention du médecin lors de la garde à vue du mineur délinquant</i>	44
B. La détermination du trouble mental au stade de l'instruction	46
1. <i>La réalisation de l'expertise psychiatrique</i>	46
2. <i>Les préconisations de l'expert psychiatre</i>	48
Paragraphe 2 : La prononciation de mesures éducatives judiciaires provisoires à l'égard du mineur délinquant	49
A. La préalable et nécessaire réalisation de mesures d'investigation à l'égard du mineur délinquant	49
1. <i>L'existence d'une portée différente entre les deux mesures d'investigation</i>	50
2. <i>Un objectif commun : investiguer sur la personnalité et la situation du mineur délinquant</i>	52
A. La détermination des mesures éducatives judiciaires provisoires à l'égard du mineur délinquant	53
1. <i>Le rôle des mesures éducatives judiciaires provisoires</i>	53
2. <i>Le choix des mesures éducatives judiciaires provisoires à l'égard du mineur délinquant malade</i>	55
Section 2 : Les différents aspects sanitaires de la réponse pénale faite au mineur délinquant à l'issue de l'instruction	56
Paragraphe 1 : La place de la sanction pénale à l'égard du mineur délinquant malade ..	56

A. La détermination de la responsabilité pénale du mineur délinquant (au regard de son état mental).....	57
1. <i>Le principe d'une responsabilité pénale spéciale du mineur délinquant</i>	<i>57</i>
2. <i>La recherche du discernement du mineur délinquant au moment des faits.....</i>	<i>58</i>
B. L'adaptation de la sanction pénale au regard du mineur délinquant malade	59
1. <i>La détermination de la sanction pénale à l'égard du mineur délinquant</i>	<i>59</i>
2. <i>Le cas particulier du mineur délinquant malade.....</i>	<i>61</i>
Paragraphe 2 : L'importance du soin à l'égard du mineur délinquant malade	62
A. La nécessité de procurer des soins à l'égard du mineur délinquant malade.....	62
1. <i>La mise en place de soins à l'égard du mineur délinquant malade</i>	<i>62</i>
2. <i>L'apport des soins à l'égard du mineur délinquant malade.....</i>	<i>64</i>
B. L'adaptation de la mesure d'enfermement au regard de l'état du mineur délinquant malade	65
1. <i>Le choix entre les différents établissements</i>	<i>65</i>
2. <i>Le recours à l'hospitalisation psychiatrique</i>	<i>67</i>
DEUXIÈME PARTIE : LES DIFFICULTÉS RELATIVES À LA SANTÉ MENTALE AU SEIN DU DROIT PÉNAL DES MINEURS	70
Chapitre 1. Une prise en charge inadaptée des mineurs délinquants atteints d'un trouble mental.....	72
Section 1 : Les lacunes relatives à l'établissement du diagnostic	72
Paragraphe 1 : L'insuffisante détection des troubles mentaux chez les mineurs	73
A. Une faiblesse dans la connaissance statistique de l'état de santé des mineurs délinquants.....	73
1. <i>Une insuffisante connaissance statistique de l'état de santé des mineurs délinquants</i>	<i>73</i>
2. <i>Une imprécision dans les rapports sur l'état de santé des mineurs délinquants</i>	<i>75</i>
B. Une insuffisante formation des professionnels de santé et judiciaires.....	76
1. <i>Le manque de formation des professionnels de santé aux problématiques juridiques</i>	<i>76</i>
2. <i>Le manque de spécialisation des formations relatives aux professionnels judiciaires</i>	<i>78</i>
Paragraphe 2 : L'établissement délicat d'un diagnostic sur l'état de santé du mineur	80
A. L'incidence de la qualité de mineur sur l'établissement du diagnostic	80
1. <i>Un fonctionnement spécifique inhérent à la qualité d'adolescent.....</i>	<i>80</i>
2. <i>Une possible évolution de l'état mental du mineur délinquant</i>	<i>82</i>
B. L'interaction des praticiens avec le diagnostic des troubles mentaux	83
1. <i>L'établissement tardif du diagnostic psychiatrique.....</i>	<i>84</i>

2. <i>L'établissement erroné du diagnostic psychiatrique</i>	85
Section 2 : Les lacunes relatives à la prise en charge de l'adolescent en elle-même.	87
Paragraphe 1 : Une procédure pénale inadaptée aux besoins spécifiques du mineur délinquant malade	87
A. Un manque de dispositions législatives à l'égard du mineur délinquant malade ..	87
1. <i>L'ordonnance du 02 février 1945 : un texte lacunaire</i>	88
2. <i>Le Code de Justice pénale des mineurs : l'amorce d'une consécration de l'état mental des mineurs délinquants</i>	89
B. Les difficultés relatives au suivi sanitaire des mineurs délinquants	91
1. <i>L'existence de difficultés relatives aux professionnels</i>	92
2. <i>Les carences à la mise en œuvre du suivi sanitaire</i>	93
Paragraphe 2 : Des difficultés inhérentes aux structures d'accueil du mineur délinquant malade	95
A. L'inadaptabilité des structures aux besoins spécifiques du mineur délinquant malade	95
1. <i>L'existence de carences au sein des structures de prise en charge du mineur délinquant malade</i>	95
2. <i>L'articulation complexe des structures de prise en charge du mineur délinquant malade</i>	97
B. L'exclusion des mineurs délinquants malades au sein des structures spécialisées	99
1. <i>L'admission des mineurs dans des unités d'hospitalisation pour majeurs</i>	99
2. <i>Des effets délétères sur les mineurs délinquants malades</i>	101
Chapitre 2. L'instauration de nouvelles mesures pour une meilleure prise en charge des mineurs délinquants atteints d'un trouble mental	103
Section 1 : La prévention du trouble mental chez le mineur délinquant	104
Paragraphe 1. La mise en place du dépistage précoce des troubles mentaux	104
A. Le renforcement de l'information pour la prévention des troubles mentaux	104
1. <i>L'éducation aux troubles mentaux au sein de la sphère privée</i>	104
2. <i>Le dépistage des troubles mentaux au sein de la sphère scolaire</i>	105
B. Le renforcement des moyens à l'égard des professionnels de santé et judiciaires	107
1. <i>L'instauration de moyens supplémentaires à l'égard des professionnels de santé</i> .	107
2. <i>La spécialisation des professionnels judiciaire</i>	109
Paragraphe 2 : L'amélioration des moyens matériels	110
A. Le renforcement des structures existantes	110
1. <i>L'augmentation des effectifs en professionnels de santé</i>	110

2. <i>L'amélioration de la collaboration entre les professionnels de santé et judiciaires</i>	112
B. Le développement de structures spécifiques	113
1. <i>L'adaptation de la réponse sanitaire à des besoins spécifiques</i>	113
2. <i>L'évitement du contact avec les détenus non malades</i>	114
Section 2 : Le traitement du trouble mental chez le mineur délinquant	115
Paragraphe 1 : Le rôle de la prévention des troubles mentaux	116
A. L'amoindrissement de la gravité des troubles mentaux	116
1. <i>La réduction de la durée des troubles mentaux</i>	116
2. <i>La possible guérison des troubles mentaux</i>	117
B. La réduction du mode d'entrée dans la délinquance	118
1. <i>L'éclusion des passages à l'acte</i>	118
2. <i>La commission de faits délictueux de moindre gravité</i>	119
Paragraphe 2. La protection du mineur délinquant, un adolescent en souffrance	120
A. Le mineur délinquant, un enfant avant tout	120
1. <i>Une particulière vulnérabilité</i>	120
2. <i>Une indispensable protection de ses droits</i>	121
B. Le mineur délinquant, un parcours de vie chaotique	123
1. <i>L'instabilité de l'environnement familial</i>	123
2. <i>La prévalence des troubles chez les mineurs placés</i>	124
CONCLUSION	126

INDEX ALPHABÉTIQUE

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIÈRES