



HAL
open science

Altérations du discernement et troubles du neurodéveloppement chez l'enfant et l'adolescent en contexte d'expertise psychiatrique pénale : revue de la littérature

Aurélie Lefebvre

► To cite this version:

Aurélie Lefebvre. Altérations du discernement et troubles du neurodéveloppement chez l'enfant et l'adolescent en contexte d'expertise psychiatrique pénale : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03601927

HAL Id: dumas-03601927

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03601927>

Submitted on 8 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.

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

Par Aurélie LEFEBVRE

née le 1^{er} Mai 1990 à Villeneuve d'Ascq (59)

Présentée et soutenue publiquement le 28 Janvier 2022.

Altérations du discernement et troubles du neurodéveloppement chez l'enfant et l'adolescent
en contexte d'expertise psychiatrique pénale : Revue de la littérature.

Présidente du Jury : Professeur Priscille Gérardin, Psychiatrie, PU, Faculté de Médecine,
Rouen

Directeur de thèse : Dr Adlane Inal, Praticien Hospitalier, Rouen.

Membres du Jury : Professeur Gisèle Apter et Professeur Gilles Tournel.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition

Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive

Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN		Les Herbiers Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Me Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire

M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique

Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire

M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS
M. Pierre BOHN

PAU

M. Damien SALAUZE

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
--------------------------	---------------

M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Parasitologie
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

M. Maxime GRAND	Bactériologie
------------------------	---------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) (UMR 1079)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeur Gérardin, pour la présidence de jury de ce travail. Je la remercie pour m'avoir accompagnée vers la voie de la pédopsychiatrie.

A Madame la Professeur Gisèle Apter et Monsieur le Professeur Gilles Tournel pour leur participation comme membre du jury, merci pour le temps accordé à ce travail.

A Monsieur le Docteur Adlane Inal, qui m'a fait l'honneur de diriger et relire mon travail. Je le remercie d'avoir été disponible pour ce travail et pour ma formation, de m'avoir encouragé sur cette voie. Sa rigueur scientifique, sa patience et sa disponibilité m'ont permis de bénéficier d'une supervision remarquable.

A mes maitres de stages :

Monsieur le Docteur Haouzir, qui m'a formé dès mon premier semestre, avec rigueur à l'examen clinique psychiatrique, les traitements et l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire. Bien que ce semestre fût difficile, je suis persuadée que ma rigueur aujourd'hui a été acquise en grande partie durant ce stage à Maupassant, avec les Docteurs Sandra Guigueno et Raphaëlle Deneuve, ainsi qu'avec toute l'équipe paramédicale grâce à qui j'ai gagné beaucoup de confiance (Julie, Yolène, Cher, Alison, Anne-so, Rosine, et tous les autres).

Monsieur le Professeur Dechelotte, qui m'a accueillie durant un semestre en nutrition et sur l'hôpital de la croix rouge, me permettant de me conforter dans mon choix de carrière sur les troubles du comportement alimentaire. Une belle expérience et une équipe qui m'a tout de suite intégrée, je pense particulièrement au Docteur Achamrah, au Docteur Grigioni et au Docteur Turcq, mais également à toute l'équipe de la croix rouge que j'espère revoir et avec qui j'ai eu plaisir à travailler.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

Aux Docteurs Audrey Martinez, Malaika Lasfar, Agathe Raynal, Cécile Feltin, Adlane Inal et Julie Herbet sur le site du CHU, ainsi qu'aux équipes qui ont toutes su être présentes pour les nombreux internes qui passent. Au Docteur Brahim qui a partagé mon dernier semestre en me formant à la périnatalité et à certaines techniques de psychothérapies, et qui m'a énormément aidé pour la rédaction de ce travail.

Aux Docteurs Simon Martinez et Grigor Sarateanu sur l'hôpital de Dieppe ainsi qu'à toute l'équipe de psychiatrie.

A toute l'équipe du service de Colonna du CHU ainsi qu'aux médecins présents durant mon court semestre avant covid, les Docteurs Claire Georgin, Anne-Sophie Martin, Paul Malekpour, Jean-Baptiste Duboc, Thomas Cauchois et Gael Fouldrin, ainsi qu'à toute l'équipe que je retrouve régulièrement sur les gardes aux urgences.

Au Docteur Chastan qui m'a accueillie sur la réhabilitation psycho-sociale de l'hôpital de Navarre ainsi qu'au Docteur Ponin-ballom et à toute l'équipe, avec pour confirmation l'obligation d'un travail multidisciplinaire et la prise en compte du patient dans sa globalité.

Aux Docteurs Virginie Stalin, Karine Marronnier et à Madame Cartelier qui m'ont accueillie et entourées au CMP d'Yvetot ainsi qu'à toute l'équipe avec qui j'ai beaucoup aimé travailler durant ses 6 mois. Je suis ravie de pouvoir réaliser ma dernière année en tant que Docteur Junior avec vous.

A l'équipe de liaison pédiatrique de l'hôpital d'Elbeuf, au Docteur Myriam Larson qui m'a accueillie pendant deux courts mois mais intenses néanmoins, avec Chrystelle et Sandrine, deux atouts majeurs de cette équipe.

A l'équipe de thérapie familiale du CETF avec qui, une journée par semaine, j'ai pu rencontrer des familles et me projeter sur mon intérêt pour me former. J'espère pouvoir rejoindre cette équipe.

A mes compagnons d'internat en particulier Emilie, Benjamin, Philippe et Valentin.

A ma famille :

Mon père, François, pour son soutien indéfectible durant ses longues années d'études, et son modèle de courage et de combat pour la vie, pour m'avoir épaulé durant ses longues années et n'avoir pas flanché et toujours encouragé lorsque moi je n'avais plus l'envie, merci papa.

Ma mère, Valérie, pour son amour et son écoute attentive, pour sa présence et son soutien, pour le fait d'être ma mère avec tout ce que cela comporte et que je comprends vraiment aujourd'hui en étant moi-même devenue mère. Je comprends encore plus la force qu'il faut pour essayer d'être sur tous les fronts, et je sais qu'une oreille attentive est toujours présente, merci maman.

Mes frères, Alexandre, Antoine et Arthur pour notre rivalité constructive et positive, pour nos moments de partage et votre amour,

Mes belles sœurs, Delphine et Laura, de très beaux moments déjà partagés et tellement de bons moments à venir,

Mes neveux et nièces, Noémie, Nathan et Robin, pour les moments avec eux, leur amour, leurs messages à leur tata, je vous aime,

Mes grands-parents, Michel et Nadine, pour leur soutien indéfectible et pour nos conversations médicales le dimanche midi, pour leur accueil et pour m'avoir si bien entourée durant toutes ces années d'abord chez vous, puis le dimanche,

Mes grands-parents Kilé et Kilou, mes étoiles, que je sais avoir rendu fiers, vous me manquez,

Mes cousines et cousins, pour leur présence,

Mes oncles et tantes, pour leur amour,

Ma marraine, Caroline, pour sa joie et sa force de vie,

A César, pour son amour et sa présence à mes côtés, pour la vie que nous sommes en train de construire même si elle est très loin du long fleuve tranquille, pour la famille que tu m'as donnée et celle que nous construisons avec notre fille, pour la reprise de voyages et les jours meilleurs, je t'aime profondément, même si j'ai parfois beaucoup de mal à te le dire, je pourrais aller te chercher au bout du monde s'il le fallait, de nouveau.

A ma fille Zélie, qui nous surprends tous les jours et nous donne tellement d'amour, je suis déjà si fière de toi, tu es un tourbillon d'amour, je t'aime.

A ma belle-famille, qui m'a accueillie chez eux, et qui nous soutient dans ce parcours médical malgré les nombreuses gardes et week-end travaillés, à mes belles-sœurs, et ma nièce Billie et le baby en chemin,

A mes amis, particulièrement :

A Julie, une si belle rencontre, un mois avant ton internat, et j'espère que nos chemins ne se quitteront pas de sitôt, et à Thomas avec qui tu es au soleil, je l'espère, en ce jour !

A Mathilde, Roxanne, Cécile, Sarah, Aurélie, Chloé, Charlotte pour notre groupe de danse surtout en soirée,

A Marine, mon acolyte de 2^{ème} année, je suis heureuse que tu sois toujours à mes côtés ;
A Sacha, Camille et Victor, Quentin qui nous a rejoint à Rouen, famille Leduc représente,

A Olivier, pour nos années de Faculté avec Marine, nous avons formé un beau trio,

A Julie et Bastien ainsi qu'au baby à venir, Pierre, Maryne, Simon, Maxime et Lou, Céline, Antoine et Blandine, Juliette et Charles, Arkane, Chaton, Julie et Flo ainsi qu'à Arsène, Hadrien, Gomar et Yo, Margaux, Lou et Ydriss pour tous ces moments passés ensemble du côté Lillois et ailleurs,

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

A Claire, Cécile, Amandine, mes chefs qui nous réconfortent en buvant un coup,

A Emilie pour notre amitié et ta présence durant cet internat,

A mes amis Rouennais, Marie-So, Léa, Dodo et Céline pour partager les concerts ou l'apéro, Audrey et Quentin ainsi qu'à baby girl, Adrien, Quentin, Lilian et Mathilde, Julien et Manon, Alex, Vico, Capucine, Ludo, Justin, Jon, Aymeric et Juliette, Capu et Medou, et à tous ceux qu'on retrouve le plus souvent autour d'un verre,

Aux amis de César, qui m'accompagnent depuis quelques années,

A mes vieilles amitiés avec qui j'ai grandi, Caroline et Apolline,

A Clélia, mon amie de château de sable,

Alexandra, Alexandra, Eléonore, Jeanne et Pierre, pour nos amitiés jusqu'à Rouen,

A mes co-internes qui m'ont vu évoluer et parfois involuer sur certaines journées,

A tout ceux que j'ai oublié alors que vous avez tant comptés,

Merci à tous d'avoir pu d'une manière ou d'une autre, m'aider à contribuer à ce travail et de m'avoir accompagnée durant mes études.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	14
TABLE DES MATIERES	19
INTRODUCTION	22
PREMIERE PARTIE : Revue de la littérature.....	25
I. Généralités	25
A. Expertise judiciaire	25
1. Cadre historique et légal	25
2. Spécificité de l'expertise chez l'enfant et l'adolescent.....	28
B. Responsabilité pénale.....	30
1. Définition	30
2. Abolition du discernement.....	31
3. Altération du discernement.....	32
4. Notion de libre arbitre.....	32
C. Experts psychiatriques judiciaires.....	33
1. Missions légales de l'expert.....	33
2. Formation.....	35
3. Demandes et chiffres.....	35
4. Déontologie du médecin expert	36
5. Secret médical et difficultés éthiques.....	37
D. La démarche de l'entretien d'expertise.....	38
E. Prise en charge psychiatrique au sein de la justice	40
1. Généralités	40
2. Mesures d'accompagnements pour les mineurs	40
3. Spécificités des auteurs de violences sexuelles, CRIAVS.	45
II. Altérations du développement psycho-affectif et cognitif.....	46
A. Troubles du neurodéveloppement.....	46
1. Troubles du spectre de l'autisme	46
a) Historique.....	46
b) Définition actuelle.....	48
c) Epidémiologie.....	48
2. Trouble du développement intellectuel.....	48
a) Historique.....	48
b) Notion de handicap	49
c) Définition actuelle.....	49
d) Comorbidités.....	50
3. Troubles des apprentissages.....	51
4. Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).....	52
a) Définition actuelle.....	52
b) Description clinique	53

5.	Connaissances actuelles	54
a)	Sur le plan neuropsychologique.....	54
b)	Sur le plan neurobiologique	56
B.	Enfant carencé et/ou maltraité	58
1.	Principales difficultés rencontrées	58
2.	Théorie de l'attachement.....	59
a)	Définition	59
b)	Les différents types de carences.....	61
c)	Clinique de l'enfant carencé	68
3.	Développement psychique et neurobiologique des enfants carencés	68
4.	Dysruptive Mood Dysregulation Disorder - DMDD	69
5.	Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	70
6.	Enfant traumatisé	70
7.	Connaissances actuelles sur les enfants insécures	72
a)	Sur le plan neuropsychologique.....	72
b)	Sur le plan neurobiologique	73
C.	Passage à l'acte	73
1.	Dysrégulation émotionnelle et trouble du comportement.....	73
2.	Interactions sociales et théories de l'esprit dans le passage à l'acte	74
D.	Allégations de violences	75
1.	Violences physiques, psychiques et maltraitance	75
2.	Violences sexuelles	75
E.	Développement et risque de passage à l'acte.....	76
1.	Risque de passage à l'acte et troubles du neurodéveloppement	76
2.	Risque de passage à l'acte et environnement.....	77
DEUXIEME PARTIE : Revue de cas clinique		78
III.	Cas cliniques	78
A.	Expertise pédopsychiatrique numéro 1 : Dylan.....	78
1.	Les faits et le contexte de l'expertise	78
2.	Les faits qui ont motivé l'expertise psychiatrique	78
3.	Principaux éléments biographiques	79
4.	L'examen psychiatrique	81
5.	Les éléments à caractère général.....	82
6.	Réponse aux questions posées	85
B.	Expertise pédopsychiatrique numéro 2 : Tom.....	88
1.	Les faits et le contexte de l'expertise	88
2.	Les faits qui ont motivé l'expertise psychiatrique	88
3.	Principaux éléments biographiques	89
4.	L'examen psychiatrique	90
5.	Réponse aux questions posées	93
IV.	Discussion	97
A.	Expertise pédopsychiatrique de Dylan.....	97

1. Réponse de l'expert.....	97
2. Remarques.....	98
B. Expertise pédopsychiatrique de Tom :	100
1. Discussion de l'expert.....	100
2. Remarques.....	101
CONCLUSION.....	102
BIBLIOGRAPHIE.....	103

INTRODUCTION

L'affaire Agnès Marin, en 2011, a posé un questionnement sur l'irresponsabilité pénale d'un adolescent présentant des troubles des apprentissages. Dans cette affaire, Matthieu M. a violé, maltraité puis tué Agnès, une autre élève de son établissement. Quelques mois plus tôt, il viole avec préméditation une jeune fille de son village, selon le même mode opératoire, sans la tuer. Plusieurs expertises sont réalisées, mettant en avant des difficultés chez ce jeune homme sur le plan psychiatrique ; des défaillances au niveau du suivi sont également mises en avant durant l'enquête, ainsi que des difficultés entre les différents intervenants pour s'échanger les informations nécessaires à l'accompagnement du jeune.

La question de l'irresponsabilité pénale est codifiée par l'article 122-1 du Code Pénal mais pose question aujourd'hui. C'est pourquoi s'est constitué le 24 juillet 2019, un groupe de travail¹ commun sur l'expertise psychiatrique et psychologique en matière pénale, à l'initiative de Nathalie Delattre et de Jean Sol.

Les violences (sexuelles, physiques, psychologiques) sont une problématique majeure et largement sous-estimée dans notre société, en termes de criminalité, de conséquences sur les victimes et de santé publique. Notre réflexion va s'orienter sur le rôle de l'expertise psychiatrique dans le parcours judiciaire à des fins d'évaluation et de proposition de soins quand ils sont nécessaires.

La crise sanitaire du Covid 19 a mis en avant les fragilités du secteur médico-social et en particulier en matière de protection de l'enfance. Les difficultés d'accès aux soins concernant la santé mentale sont communes et particulièrement chez les populations fragiles. De ce fait, une augmentation significative des violences intra et extra familiales a été constatée sur la période. Entre les années 2019 et 2020, il y a eu une augmentation² de 35% des cas de signalements d'enfants suite à de la maltraitance, et le nombre d'hospitalisations est passé de 0,056% à 0,073%.

Le système judiciaire est également mis à mal, avec des délais d'attente au niveau des procédures, que ce soit chez les adultes ou chez les mineurs, avec parfois des difficultés de mise en place d'un suivi médico-psychologique adapté.

La population qui nous intéresse dans ce travail est la population adolescente présentant des troubles du neurodéveloppement.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

Parmi les auteurs de violence, il existe une surreprésentation³ de diagnostics de troubles du développement. Le recours à l'expertise doit permettre de déterminer s'il existe une symptomatologie neuropsychiatrique en lien avec le passage à l'acte. L'objectif de l'évaluation est de déterminer une mesure de soin adaptée, tenant compte des spécificités de la procédure judiciaire.

Nous avons réalisé une revue de la littérature, dont l'objectif est d'éclairer la réflexion autour du discernement chez l'enfant porteur d'un trouble du développement neurocognitif ou psychoaffectif, en utilisant les bases de données suivantes : Pubmed, Google scholar, Science Direct, Cairn info.

Nous avons utilisé les mots clés suivants, en français pour les bases de données nationales et en anglais pour les bases de données internationales :

Sur la population cible : Adolescent ; Child ; Childhood ; Minor ; Mineur

Sur le diagnostic : Mental Disease ; Neurodevelopmental Disorder ; DMDD ; PTSD ; MCDD ; ASD ; TSA ; ADHD ; Psychiatric disorder in childhood ; social abilities ; Theory of Mind ; Troubles mentaux diagnostiqués dans l'enfance ; Théorie de l'esprit ; Passage à l'acte ; cognition sociale ; TDAH ;

Sur le contexte : Penal psychiatric evaluation ; Sexual violence ; Neurodevelopmental disorder criminality ; Psychiatric and criminality ; Justice ; Criminality ; impaired Jugement ; diminished mental capacity, decision-making disability ; Psychiatrie criminelle ; Evaluation psychiatrique pénale ; Criminalité psychiatrique ; Violences sexuelles ; Troubles neurodéveloppementaux et criminalité ; Trouble du jugement

La littérature internationale a permis de recueillir des données récentes sur les pathologies et la littérature française a permis de prendre en compte les contraintes médico-légales françaises.

Durant ce travail, nous allons nous questionner sur les enjeux et les limites des expertises psychiatriques judiciaires chez les adolescents présentant des troubles du développement.

Dans une première partie, nous allons faire un état des lieux et comprendre comment fonctionnent les expertises et les experts ainsi que les rapports réalisés. Quel est le cadre légal des démarches qui évaluent la capacité de discernement de la personne. Comment le milieu judiciaire s'organise pour évaluer la population présentant des altérations de leurs capacités.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

Ensuite nous aborderons les altérations du développement psycho-affectif et cognitif et tenterons d'apporter des éléments de réflexion sur la mesure du discernement dans cette population, à la lumière des données scientifiques actualisées.

Nous utiliserons deux cas cliniques d'expertises pédopsychiatriques pour essayer d'illustrer les difficultés pratiques des notions discutées dans cette revue.

PREMIERE PARTIE : Revue de la littérature

I. Généralités

Lorsque des faits criminels sont commis, une plainte est déposée, souvent par la victime ou sa famille, puis l'enquête judiciaire débute.

Le magistrat a pour rôle de dire le droit en s'appuyant sur les différentes règles et articles de notre société. Pour autant, en procédure criminelle, il est question d'hommes et de femmes avec un passé, ayant des fragilités et des blessures dont il faut tenir compte dans leurs actes. Il devient difficile pour le magistrat d'appliquer certaines règles au-delà du rationnel, sans pouvoir comprendre ou essayer d'adapter les choses.

L'article 427 du code de procédure pénale fixe le principe sur lequel repose le prononcé des décisions de justice en France : *« Hors les cas où la loi en dispose autrement, les infractions peuvent être établies par tout mode de preuve et le juge décide d'après son intime conviction. »*

Lorsque les faits sont de nature criminelle, c'est le juge d'instruction qui va procéder à l'enquête. L'article 81 du code de procédure pénale lui permet de procéder à toute évaluation qui lui semble nécessaire pour arriver à la vérité.

« Le juge d'instruction procède, conformément à la loi, à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité. Il instruit à charge et à décharge. »

Le juge peut donc faire appel à un expert, mais n'est pas obligé d'utiliser les conclusions de l'expertise. Et l'expertise n'est en rien une conclusion au dossier. Elle est réalisée pour aider le magistrat, rien de plus.

A. Expertise judiciaire

1. Cadre historique et légal

Antérieurement à 1789, l'ancien droit français connaissait peu l'expertise, à fortiori psychiatrique. Les travaux de Pinel⁴, à la fin du XVIIIème siècle, inspirèrent en 1810 l'article 64 du code de procédure pénale ouvrant la voie à une irresponsabilité pénale du « dément » sans toutefois définir en tant que telle l'expertise psychiatrique.

Le XIXème siècle constitua un tournant dans l'histoire de l'expertise de santé mentale. Sous l'impulsion d'Esquirol, le père de la loi du 30 juin 1838 sur les malades mentaux, la psychiatrie connaît un essor majeur ;

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

cette loi permet, entre autre, un accueil soit si la personne le demande, soit le tuteur, soit une autorité publique avec un certificat médical expliquant l'intérêt pour la personne ; prémice des hospitalisations libres ou sous contraintes.

En 1835, le juge d'instruction instruisant l'affaire Pierre Rivière, suspecté d'avoir égorgé sa mère, sa sœur et son frère, sollicita un psychiatre aux fins d'évaluation de sa responsabilité pénale⁵. Cette démarche, novatrice, invita la psychiatrie dans le champ du droit ; rejointe formellement en 1945 par la psychologie⁶.

L'expertise psychiatrique, appliquée en matière pénale au XIXe siècle, visait alors à déterminer une éventuelle irresponsabilité pénale de l'accusé. Depuis, l'expertise psychiatrique s'est largement développée, les magistrats instructeurs ayant recours facilement à cette mesure prévue par le code de procédure pénale, d'ailleurs rendue obligatoire pour certaines catégories de crimes⁷. La détermination du degré de responsabilité pénale et l'exigence d'individualisation de la peine, tendent à rendre nécessaire ce procédé.

Pour Anne Breton⁸, expert-psychiatre de la Cour d'Appel de Reims, « *L'expertise judiciaire psychiatrique est donc la demande d'un avis technique qu'adresse une juridiction judiciaire à un psychiatre pour connaître son point de vue notamment sur l'état des facultés mentales d'un sujet et sa responsabilité. Il s'agit d'une mesure d'instruction ordonnée par l'autorité judiciaire* ».

L'expertise psychiatrique vise d'abord à l'établissement d'un diagnostic de pathologie mentale, si celui-ci existe, et à la mise en lien éventuelle du passage à l'acte criminel avec cette pathologie. L'article 64 depuis remplacé par l'article 122-1 et 122-2 du Code de procédure pénale et distingue l'abolition (122-1) de l'altération (122-2) du discernement, avec une graduation de la responsabilité pénale. L'alinéa 1 ouvre à l'irresponsabilité pénale dans le cas où « *la personne (...) était atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* »⁹. L'arrêt de la procédure entraîne un arrêt du procès et une hospitalisation d'office en hôpital psychiatrique.

En revanche, si l'atténuation du discernement est retenue par un expert ou par un collège d'experts, la procédure pénale continue. Jusqu'en 2014, une altération importante du discernement au cours du passage à l'acte, impliquait une atténuation de la responsabilité pénale avec théoriquement, une atténuation de la peine prononcée. Pourtant, et contre l'esprit de la loi, l'atténuation du discernement occasionnait souvent une aggravation de la peine¹, en raison du caractère perçu comme prévalent de la dangerosité régulièrement associée au tableau clinique ; certains juristes allant jusqu'à considérer que le législateur ne prévoyait pas

explicitement le sens (aggravation ou minoration) dans lequel il devait être tenu « *compte de cette circonstance* ». C'est pourquoi une adaptation de l'article 17 de la loi n°2014-896 du 15 août 2014, a réécrit le second alinéa de l'article 122-1, précisant : « *Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance, lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans* ». Le sens dans lequel il doit être tenu « compte de cette circonstance » se trouve non seulement clarifié mais également quantifié à hauteur du tiers de la peine prononcée.

La loi du 12 décembre 2005¹⁰ a tendu, sous la pression d'affaires largement médiatisées, à systématiser un tel recours, complété par la loi de février 2008 relative à la rétention de sûreté. Cette expertise dite « de dangerosité » vise à éclairer le juge sur la mesure la plus opportune quant au risque de réitération.

Cette seconde forme d'expertise, plus récente que la première, bien que la notion de dangerosité se trouvait déjà présente dans les libellés de mission antérieurement à 2005, s'appuie sur plusieurs dispositifs. La loi du 12 décembre 2005 (sur le traitement de la récidive), a initié le placement sous surveillance électronique mobile (P.S.E.M.). Pour être prononcée, cette mesure doit constituer un « *appareil indispensable pour prévenir la récidive du jour où la privation de liberté prend fin* » et se fonder sur une « *expertise médicale constatant la dangerosité* » du prévenu. Le plus souvent, le P.S.E.M. est accompagné d'une peine privative de liberté, n'entrant en application qu'à l'issue de celle-ci.

Cependant, au plus tard un an avant la date de libération, le juge d'application des peines (J.A.P.) se trouve tenu d'organiser un « *examen destiné à évaluer la dangerosité et mesurer le risque de commission d'une nouvelle infraction* »¹¹. Dans ce cas, le J.A.P. missionne un expert-psychiatre pour évaluer la dangerosité.

La dangerosité dite « psychiatrique » se trouve toutefois à différencier de celle dite « criminologique » quoiqu'une certaine confusion entre ces deux notions puisse exister, notamment chez les juristes, faisant pourtant consensus dans la communauté des experts-psychiatres. La dangerosité psychiatrique est liée à l'évolution de la maladie, alors que la dangerosité criminologique¹² a été défini par Grispieni en 1920, comme « un état de devenir auteur d'un méfait ».

La même loi du 12 décembre 2005 a créé la surveillance judiciaire de condamnés présentant une dangerosité, applicable à la diligence du J.A.P. et pouvant couvrir la durée de détention restant encourue. Ce dispositif

s'inscrit ainsi dans un processus de réinsertion. Là encore, la décision du J.A.P. doit se fonder sur un risque de récidive grâce à une expertise médicale.

L'expertise psychiatrique orientée sur la responsabilité pénale (article 122-1 et 122-2 du code de procédure pénale) et sous le poids de la société face à l'incompréhension et à l'inquiétude suscitées par la pathologie mentale, se retrouve sur le terrain glissant de la dangerosité et de la prédictivité.

Notons que l'expertise psychiatrique revêt un caractère obligatoire pour certaines catégories de crimes définie dans une liste fixée par l'article 706-47 du CPP :

- « *assassinat précédé de viol,*
- *tortures sur mineur,*
- *agressions ou atteinte sexuelles sur mineur,*
- *meurtre,*
- *assassinat avec actes de barbarie,*
- *tortures,*
- *meurtres et assassinats en récidive.* »

Ainsi, « *Les personnes poursuivies pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou pour l'une des infractions visées aux articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal doivent être soumises, avant tout jugement sur le fond, à une expertise médicale. L'expert est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire* ».

2. Spécificité de l'expertise chez l'enfant et l'adolescent

Contrairement à une expertise d'adulte, il est nécessaire de prendre en compte les aspects spécifiques liés au fonctionnement mental d'une personnalité en construction. On ne peut utiliser la nosographie psychiatrique seule, il faut absolument situer l'acte délictueux ou criminel en regard du stade de développement du sujet, en n'omettant pas que chaque enfant du même âge peut avoir des capacités et compétences forts différentes¹³. Il ne doit pas être question de rechercher des preuves de la culpabilité du mineur mais d'expliquer la trajectoire de développement dans ses différentes composantes biologique, psychologique et sociale, et de

la mettre en lien ou non, avec les faits supposés. Il ne doit pas davantage être question, pour l'expert, de dire si le mineur dit ou non la vérité, ni quelle est son opinion, mais seulement de recueillir la parole de l'enfant et d'analyser son comportement. Des procès récents tels que l'affaire Outreau^{14,15} en France ou Dutroux en Belgique ont pu montrer la complexité des expertises d'enfants. La recherche de la crédibilité de la parole de l'enfant dans ses affaires ont montré la complexité de la place de l'expert et du témoignage.

On retrouve plusieurs éléments qu'il faut prendre en compte, pour expertiser un enfant. Tout d'abord la suggestibilité¹⁶. Comme chaque individu, on peut être influencé et la suggestibilité peut varier grandement ; la règle veut que les enfants soient plus suggestibles que les adultes. Ainsi donc, la manière de mener l'entretien, l'attitude de celui qui pose les questions va influencer l'enfant. De plus, les enfants ont tendance à modifier leur réponse quand la même question est posée plusieurs fois, pensant que leur réponse n'est pas satisfaisante.

La deuxième chose importante, est la mémoire de l'enfant¹³. En effet, plus on est éloigné de la situation, plus on risque de perdre des informations. La manière d'obtenir le récit joue également un rôle, une question ouverte permettra d'avoir des informations plus exactes, même si certains éléments seront incomplets car la mémoire est sélective et l'encodage des informations est dépendant de notre attention, nos connaissances et nos préférences.

Plus le délai est long entre l'événement et le rappel, plus le nombre de détails sera diminué. Toutefois les éléments centraux seront mieux retenus et préservés comparativement aux éléments périphériques (le moment de la journée, la description du lieu, la tenue vestimentaire, etc). Si la répétition de l'événement vient enrichir les souvenirs, les mauvais traitements répétés viennent à l'inverse parasiter, et on appelle alors cela la « *mémoire du scénario* »¹³, c'est-à-dire l'amalgame de ce qui se produit habituellement lors de ces événements.

L'expertise médico-psychologique est envisagée comme une mesure de protection du mineur, il ne peut être question de l'utiliser à charge contre le mineur. Les différents protocoles d'évaluation ont évolué au fil du temps, la méthode la plus diffusée dans le monde européen francophone est développée par John Yuille¹⁷. Au milieu des années 1990, Michael Lamb et ses collègues¹⁸ ont développé le protocole du National Institute of Child Health and Human Development NICHD¹⁹, plus concret et structuré, avec les détails sur la

connaissance de la mémoire et de la suggestibilité des enfants. Le protocole NICHD est une entrevue structurée en trois phases : la phase pré-déclarative pour créer l'alliance avec l'enfant, la phase déclarative avec des questions ouvertes pour avoir le plus de souvenirs possibles, et des questions directives appelées invitations, pour les informations données, et enfin l'étape de clôture pour vérifier si d'autres informations sont présentes et féliciter l'enfant de son travail.

B. Responsabilité pénale

1. Définition

C'est dans le code pénal de 1992 qu'apparaît la notion de discernement et que la nuance de l'évaluation de l'état psychique de l'auteur présumé d'infractions pénales est prise en compte.

Alinéa 2 de l'article 122-1 :

« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble se justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état. »

Les liens entre maladie mentale et droit pénal ont varié au cours des siècles, selon l'évolution des sociétés.

L'enjeu réside dans le concept de responsabilité ou d'irresponsabilité pénale.

Être responsable pénalement signifie l'obligation de répondre aux infractions commises et de subir la peine prévue par la loi pénale qui les réprime. Pour commettre une infraction, il faut : un élément légal (un

comportement fait en infraction avec le législateur en vertu du principe de légalité), un élément matériel (un acte de commission ou d'omission) et un élément moral.

En France, être responsable pénalement impose la culpabilité et l'imputabilité. La culpabilité est faite lorsqu'une faute constituant un élément moral de l'infraction est commise. L'imputabilité est faite lorsque la faute est attribuable à l'auteur, supposé ayant une conscience et une volonté libre.

2. Abolition du discernement

La responsabilité pénale du malade psychique est levée sous deux conditions : premièrement, si la nature du trouble abolit le discernement ou le contrôle des actes, et deuxièmement, selon le moment où se produit l'infraction¹³.

« N'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'emprise d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pas pu résister ».

Une audition publique a été menée par Rossinelli pour la HAS en 2007 sur l'expertise psychiatrique pénale suite au constat dans plusieurs pays occidentaux, d'une surreprésentation des personnes présentant des troubles psychiques dans les établissements pénitentiaires (selon la méta-analyse en 2002, environ 4% de patients psychotiques²⁰) :

« L'expertise psychiatrique à travers l'identification de l'abolition du discernement, a pour objet de donner des soins à la personne malade plutôt que de l'exposer à la sanction pénale prévue par la loi.

L'abolition du discernement concerne toutes les situations cliniques et medico-légales dans lesquelles l'expert peut mettre en évidence un lien direct et exclusif entre une pathologie psychiatrique aliénante au moment des faits et l'infraction commise. Le champ de l'abolition du discernement garde toute sa pertinence et n'est en rien amputé par celui de l'altération du discernement.

Dans aucun pays il n'a été possible de lister tous les états pathologiques conduisant a priori à une proposition d'abolition du discernement et donc à une irresponsabilité pénale, même si entrent dans ce cadre, pour la plupart des experts :

-les psychoses schizophréniques

-les psychoses paranoïaques chroniques

-Les bouffées délirantes,

-Les épisodes aigus des troubles bipolaires

-les troubles dépressifs sévères

-Les troubles confusionnels ».

3. Altération du discernement

Article 122-A alinéa 2 du code pénal :

« Si la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »

Il paraît primordial de distinguer l'abolition de la simple altération des facultés mentales pour l'orientation de la peine, mais la frontière entre ses deux entités est très complexe.

Affirmer une altération du discernement pose de vifs débats : entre experts, sur l'interprétation médico-légale du retentissement d'un trouble sur le discernement ; entre psychiatres et psychiatres experts, sur les positions ambiguës de certains et l'invocation de l'alinéa 2 cité précédemment pour d'autres.

L'altération du discernement questionne sur les subtilités de la sémiologie psychiatrique, avec un examen réalisé en dehors de la décompensation, et engage l'expert (et la psychiatrie) de s'affranchir de la clinique malade/non malade.

4. Notion de libre arbitre

Le libre arbitre est la faculté qu'aurait l'être humain à se déterminer librement et par lui seul, à agir et à penser, par opposition au déterminisme ou au fatalisme, affirmant que la volonté serait déterminée dans chacun de ses actes, par des « forces » qui l'y nécessitent. « Se déterminer à » ou « être déterminé par » illustrent l'enjeu de l'antinomie du libre arbitre d'un côté, du destin ou de la « nécessité » de l'autre.

C. Experts psychiatriques judiciaires

Comme tous les experts judiciaires, les experts psychiatres et psychologues doivent être inscrits sur une liste établie nationalement ou pour le ressort d'une cour d'appel. Il s'agit d'une démarche volontaire de l'expert, soumise à des conditions définies par la loi et le règlement.

L'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires, à laquelle renvoie l'article 157 du code de procédure pénale, déclare « *la constitution* :

1° Une liste nationale des experts judiciaires, dressée par le bureau de la Cour de cassation ;

2° Une liste des experts judiciaires dressée par chaque cour d'appel. »

Ces listes sont établies « *pour l'information des juges* » et ils ne sont donc pas tenus de limiter leur choix aux experts inscrits.

La loi du 11 février 2004 a unifié les listes d'experts civils et pénaux :

« *Sous les seules restrictions prévues par la loi ou les règlements, les juges peuvent désigner pour procéder à des constatations, leur fournir une consultation ou réaliser une expertise, une personne figurant sur l'une des listes établies en application de l'article 2. Ils peuvent, le cas échéant, désigner toute autre personne de leur choix. »*

L'article 157 du code de procédure pénale dispose en effet que « *les experts sont choisis parmi les personnes physiques ou morales qui figurent sur la liste nationale dressée par la Cour de cassation ou sur une des listes dressées par les cours d'appel* ». Toutefois le même article prévoit qu'« *à titre exceptionnel, les juridictions peuvent, par décision motivée, choisir des experts ne figurant sur aucune de ces listes. »*

1. Missions légales de l'expert

L'article 121-3 du code pénal s'ouvre sur une disposition univoque : « *il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre* ». À la racine de cette intention, qui conditionne à elle seule l'établissement de la responsabilité pénale de l'auteur, se trouve le discernement de l'auteur au moment des faits.

La mission dont l'expert psychiatre ou l'expert psychologue est investi par le juge d'instruction consiste donc à déterminer la qualité du discernement du commettant²¹.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

L'article 122-1 du code pénal distingue à cet égard deux cas : les cas d'abolition du discernement, dont le droit prévoit qu'ils doivent se traduire par l'irresponsabilité pénale du sujet, et les cas d'altération du discernement, qui restent punissables mais qui contraignent la juridiction à tenir compte de cette circonstance lorsqu'elle la peine est fixée.

La loi du 15 août 2014 a permis de mieux circonscrire la latitude laissée au juge en cas d'altération du discernement, dans le sens d'une atténuation de la responsabilité pénale. Sur l'initiative de la commission des lois du Sénat, le texte a précisé l'article 122-1 du code pénal en prévoyant qu'en cas d'altération, *« si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans »*.

Aux deux possibilités décrites par l'article 122-1 du code pénal, s'ajoute celle énoncée par l'article 122-2 du même code, aux termes duquel *« n'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'emprise d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister »*. Bien que la mention de cette autre cause d'irresponsabilité pénale fasse l'objet d'un article distinct et qu'à cet égard il semble que la « force » ou la « contrainte » évoquée ne soit pas de nature psychique, l'expertise psychiatrique ou psychologique y a tout autant recours qu'à l'article 122-1.

Historiquement, la détermination du discernement par l'expert s'entendait de façon binaire : l'article 64 du code pénal de 1810 disposait en effet qu'il n'y avait *« ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister »*. La « démence », notion qui ne recouvre aucune réalité médicale, ou la contrainte présentaient les deux situations en dehors desquelles le prévenu devait être considéré comme ayant agi en plein discernement.

La réforme du code pénal de 1992 a étendu les causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité pénale en introduisant la notion d'altération du discernement, et en élargissant les causes d'abolition ou d'altération à tout *« trouble psychique ou neuropsychique »*. Substituer cette formule à celle, désuète, de « démence » ne permet pas pour autant de critères plus concrets. Même si de nombreux professionnels interprètent le trouble psychique ou neuropsychique de façon stricte, comme un renvoi aux *« pathologies psychiatriques ou neurologiques, [...] considérées, en l'état actuel des connaissances scientifiques, comme ayant une origine somatique ou non »*, le législateur, en choisissant de ne pas se référer explicitement à l'état

pathologique, semble avoir laissé une ouverture sur d'autres formes de troubles, notamment de nature psychologique.

Les cas d'expertise psychiatrique ou psychologique concluant à l'abolition du discernement et, par conséquent, à l'irresponsabilité pénale de l'auteur de l'acte exposent naturellement les ordonnances de non-lieu rendues par le juge d'instruction à l'incompréhension et la colère des victimes. Ces réactions, légitimes dans une société où la tenue du procès s'est heureusement substituée à l'assouvissement des vengeances privées, montrent l'urgence qu'il y a à définir dans des limites claires et strictes, le périmètre des crimes dont l'auteur ne peut rendre compte. Conscients de ce devoir, les rapporteurs rappellent toutefois qu'un État de droit se mesure à l'indépendance de ses magistrats, et que les bornes de leur office ne peuvent de ce fait être définies que par la loi.

2. Formation

A ce jour, aucune formation n'est obligatoire¹ ni requise pour être inscrit sur les listes d'experts psychologues et psychiatres, en dehors de la formation obligatoire pour exercer ses deux métiers.

On retrouve des diplômes universitaires, différentes formations mais il n'existe pas encore d'homogénéité ni d'obligation pour les experts en France. Il n'existe qu'un seul Diplôme Universitaire d'expertise légale en pédopsychiatrie et psychologie de l'enfant à Paris.

3. Demandes et chiffres

Le ministère de la justice a publié les chiffres suivants¹ :

	2020	2018	2007
Experts psychiatres	356		800
Expertises psychiatriques	49148	48924	
Experts psychologues	701		
Expertises psychologiques	38393	35192	

L'augmentation d'expertises judiciaires²², non régulée, résulte de deux phénomènes :

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

- Les affaires judiciaires sont de plus en plus médiatisées et nombreuses, obligeant les magistrats et les juridictions à s'entourer d'avis d'expert(s) pour rendre leur verdict ;
- L'anticipation du parcours post-carcéral ; l'objectif de réinsertion sociale des anciens détenus et la prévention de la récidive sont un enjeu majeur, contraignant les magistrats à solliciter des avis et des compétences extérieurs nombreux.

L'augmentation du nombre de demandes²² (cf tableau ci-dessus) est liée à l'augmentation du nombre de poursuites engagées pour certaines infractions (par exemple les agressions sexuelles chez les mineurs) ainsi que la volonté des magistrats d'étoffer l'information judiciaire et de prendre appui sur d'autres paramètres. Le rapport du ministère de la justice montre un total de 26 800 plaintes en 2012 à 54 800 en 2020 sur les agressions sexuelles enregistrées en France (Rapport SSMI, septembre 2020).

Les divergences²² en matière de psychiatrie pénale des praticiens sont connues des magistrats, certains considèrent que le discernement n'est jamais totalement aboli et que la peine est nécessaire au travail thérapeutique, d'autres souhaitent éviter la prison à l'individu présentant un trouble psychiatrique. C'est pour cela que sur certaines affaires, on peut voir plusieurs expertises avec des conclusions différentes, rendant la tâche difficile pour le magistrat.

4. Déontologie du médecin expert

Le médecin expert est inscrit au tableau de l'Ordre et soumis au Code de déontologie médicale, codifiée par les articles R. 4127-1 et suivants du Code de la santé publique. Depuis la loi dite « HSPT » du 21 Juillet 2009, le médecin peut être poursuivi, lors des missions de service public, par la juridiction disciplinaire du procureur de la République, le ministre de la santé, le préfet ainsi que le directeur de l'ARS¹².

Les articles 105 à 108 (R. 4127 du CSP) demandent que le médecin expert soit neutre et objectif, qu'il n'ait aucun lien direct ou indirect avec la personne examinée, et qu'il soit impartial. Le médecin a le droit de se récuser d'une mission s'il s'expose à un manquement à ses dispositions, ou si la mission dépasse sa qualification ou sa compétence.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

L'intervention de l'expert peut intervenir à deux moments : avant le jugement, c'est l'expertise pré-sententielle, ou au cours du parcours d'exécution de peine, ce sera l'expertise post-sententielle.

Dans l'expertise pré-sententielle, l'expert intervient au cours de l'instruction du dossier et va permettre notamment de déterminer la responsabilité de l'individu en cas de trouble psychiatrique.

L'expertise post-sententielle présente, comme finalité explicite, la mesure du risque de récidive à travers l'évaluation de la dangerosité de l'individu. *« Cette évaluation est requise dans les cas d'infractions particulièrement graves, ayant entraîné :*

- *une condamnation à la réclusion criminelle à perpétuité ;*
- *une condamnation à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle égale ou supérieure à 15 ans pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, à savoir les crimes sexuels ;*
- *une condamnation à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle égale ou supérieure à 10 ans pour les crimes d'assassinat, de meurtre aggravé, de torture, acte de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration. »*

Deux cas de figure sont alors possibles : soit l'expert intervient à la fin de l'exécution de la peine pour les individus présentant *« une probabilité très élevée de récidive »* et se prononce sur l'opportunité d'une rétention de sûreté ou d'une surveillance judiciaire (pose d'un dispositif électronique), soit après le dépôt par le détenu, d'une demande de libération conditionnelle.

5. Secret médical et difficultés éthiques

Régie par l'article L. 1110-4 du code de santé publique (CSP), la transmission d'informations relatives à l'état de santé d'un patient entre professionnels de santé n'est possible, sans recueil nécessaire du consentement du patient, qu'à la double condition d'appartenir à la *« même équipe de soins »* et que la transmission serve *« la coordination ou la continuité des soins, la prévention ou le suivi médico-social et social »*. Ainsi, bien que l'expert, psychiatre ou psychologue, soit professionnel de santé, la nature spécifique de sa mission ne lui permet pas que le dossier médical lui soit transmis.

Par ailleurs, aux termes de l'article R. 4127-108 du CSP, l'accomplissement de sa mission le délie de tout secret médical.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

Si l'expertise intervient avant la phase d'instruction (pré-sententielle, le plus souvent dans le cadre d'une enquête préliminaire ou d'une enquête de flagrance, dirigée par le procureur de la République) l'article 60-1 du code de procédure pénale prévoit la possibilité pour le procureur de requérir auprès d'un médecin traitant le dossier médical de la personne incriminée, sans obligation pour le médecin de déferer à cette réquisition, en vertu du secret médical ; il n'y a pas d'obligation légale à transférer le dossier si celui-ci n'a pas d'éléments pouvant aider la procédure, selon le médecin traitant.

Si l'expertise intervient pendant la phase d'instruction, les pouvoirs du magistrat obligent la transmission du dossier médical au médecin, en application de l'article 81 et d'une décision de la Cour de cassation. Le dossier médical rejoint le dossier, les « scellés », qui désignent l'ensemble des objets saisis par l'autorité judiciaire pour aider à la manifestation de la vérité, consultable par tout expert selon l'article 163.

D. La démarche de l'entretien d'expertise

Lorsqu'il est mandaté par un juge d'instruction, l'expert psychiatre ou l'expert psychologue est tenu de répondre à un ensemble de questions, dont le nombre et la teneur sont à la discrétion des magistrats mais qui, dans la pratique, reproduisent globalement un modèle issu, pour le cas des psychiatres, d'une circulaire d'application de 1958²¹ et, pour le cas des psychologues, d'une circulaire d'application de 1999.

Tableau des questions posées aux experts psychiatres et psychologues, source ministère de la justice.

Questions posées à l'expert psychiatre	Questions posées à l'expert psychologue
L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.	Analyser les dispositions de la personnalité du mis en examen dans les registres de l'intelligence, de l'affectivité et de la sociabilité et apprécier leurs dimensions pathologiques éventuelles
L'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?	Faire ressortir les facteurs personnels, familiaux et sociaux ayant pu influencer sur le développement de sa personnalité
Le sujet présente-t-il un état dangereux ?	Déterminer l'intelligence, l'habileté manuelle et l'attention
Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?	Préciser si des dispositions de la personnalité ou des anomalies mentales ont pu intervenir dans la commission de l'infraction
Le sujet est-il curable ou réadaptable ?	D'une façon générale, vous fournirez toutes données utiles à la compréhension du mobile des faits reprochés à la personne, et le cas échéant de son traitement
Le sujet était-il atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, soit altéré le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du code pénal ?	Indiquer dans quelle mesure la personne est susceptible de se réadapter et préciser quel moyen il conviendrait de mettre en oeuvre pour favoriser sa réadaptation
Le sujet a-t-il agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pas résisté au sens de l'article 122-2 du code pénal ?	
Le sujet est-il susceptible de faire l'objet d'un traitement dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire au sens de l'article 222-48-1 du code pénal ?	

On peut voir de nombreuses autres questions selon le trouble présenté, telles que le degré d'intelligence, la capacité de l'individu à comprendre les questions et à pouvoir y répondre, la personnalité, etc.

L'expertise se déroule quasi systématiquement sur le même modèle¹³ : le lieu de l'expertise, l'examen clinique, le rappels des faits, la biographie du sujet, les antécédents médicaux et la passation de tests selon leur utilité.

E. Prise en charge psychiatrique au sein de la justice

1. Généralités

La prise en charge des personnes sous la responsabilité de la justice est organisée sur plusieurs niveaux :

- le premier niveau correspond aux UNITES DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES (UCSA), au sein d'un établissement public de santé situé à proximité de l'établissement pénitentiaire ;

- le deuxième niveau, pour les soins psychiatriques ambulatoires et la possibilité d'une hospitalisation partielle, permet une extraction temporaire du détenu dans un autre établissement pénitentiaire pourvu d'un SERVICE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE REGIONAL (SMPR), avec un maximum d'une dizaine de jours par an ;

- le troisième niveau, correspond à l'hospitalisation complète, avec un transfert du détenu dans une UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE (UHSA). Ces unités se trouvent au sein d'un hôpital, et accueillent exclusivement des détenus, sous la surveillance de l'administration pénitentiaire chargée d'assurer la sécurité.

2. Mesures d'accompagnements pour les mineurs

La notion de suppléance familiale²³ a été introduite au milieu de la décennie 1980, pour qualifier un type d'action éducative, débuté dans les années 1940 par des éducateurs d'internat. L'action consiste, temporairement, à réaliser à la place des parents, les actes éducatifs quotidiens. Pendant longtemps, les interventions sociales ont séparé l'enfant de sa famille dans un souci de protection, l'idée aujourd'hui est de garder l'enfant au sein de sa famille, et réaliser des actions à domicile, auprès des parents, pour les soutenir et les aider dans leurs fonctions éducatives.

P. Durning²⁴ propose de regrouper sous l'intitulé d'intervention socio-éducative, les différentes catégories d'actions éducatives menées par les professionnels nombreux et diversifiés.

Les interventions socio-éducatives sont, selon le professionnel :

- celles assurant une fonction éducative spécifique complémentaire de l'action éducative familiale (les personnels exerçant dans les différents modes d'accueil éducatif de la petite enfance, les enseignants et personnels chargés de la vie scolaire, les animateurs, etc.) ;

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

- celles aidant les parents ou le groupe familial à assurer ses tâches éducatives, par exemple dans les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) ;
- celles assumant, souvent à titre temporaire, l'essentiel des activités familiales d'éducation, en internat ou en service de placement familial : la suppléance familiale.

L'inversion de logique, depuis la fin des années 1970, de préférer les interventions spécialisées à domicile ou en milieu ordinaire aux placements. On distingue trois modalités principales, d'interventions au domicile :

- les visites des puéricultrices de la Protection maternelle et infantile, le plus souvent postnatales, susceptibles d'aider les parents dans leurs tâches éducatives ;
- les interventions précoces, auprès de parents d'un enfant handicapé, notamment pour permettre le maintien de l'enfant dans un milieu de vie ordinaire familial puis scolaire, à partir de CAMSP (Centre d'actions médico-sociales précoces) et de SESSAD (Services d'éducation spéciale et de soins à domicile) ;
- les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) dans le cadre de la protection sociale et judiciaire de l'enfance.

- L'action éducative en milieu ouvert

L'AEMO (l'action éducative en milieu ouvert) est une mesure souvent ordonnée par le Juge des enfants. Cette mesure²⁵ est d'ailleurs la première citée par le Code civil. L'article 375-2 du Code civil dispose que *« chaque fois qu'il est possible, le mineur doit être maintenu dans son milieu actuel. Dans ce cas, le juge désigne, soit une personne qualifiée, soit un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert, en lui donnant mission d'apporter aide et conseil à la famille, afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre. Cette personne ou ce service est chargé de suivre le développement de l'enfant et d'en faire rapport au juge périodiquement. »*

L'AEMO a pour objectif d'aider la famille dans sa globalité. Le service, mandaté par le Juge des enfants, recherche d'où viennent les problèmes et met en place les mesures de soutien appropriées. Dans son

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

jugement, en vertu de l'article 375 du Code civil, le Juge indique la durée maximale de la mesure initialement fixée. La mesure ne peut excéder deux ans, mais peut être renouvelée.

La loi autorise le juge des enfants à désigner pour exercer la mesure d'AEMO « *soit une personne qualifiée, soit un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert* ».

Il convient de préciser que chaque service fixe ses propres règles pour définir qui intervient dans les familles.

Dans certains services, le critère géographique est prédominant, dans d'autres services les éducateurs se répartissent les mesures en fonction de la problématique familiale apparente et de l'expérience de chacun.

Certains services ont ainsi des éducateurs « spécialisés » dans la gestion des adolescents.

Dans certains cas, l'action éducative en milieu ouvert ne donne pas les résultats escomptés à cause d'un blocage, d'une absence de coopération d'un des membres de la famille.

Avant d'envisager le placement du mineur le Juge des enfants a la possibilité d'imposer certaines obligations aux familles peu coopérantes. Il s'agit d'une mesure d'AEMO avec obligations.

- L'action éducative en milieu ouvert assortie d'obligations

La mesure d'AEMO avec obligations est prévue par l'article 375-2 in fine du Code civil. Cet article dispose que « *le juge peut aussi subordonner le maintien de l'enfant dans son milieu à des obligations particulières, telles que celle de fréquenter régulièrement un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé, le cas échéant sous régime de l'internat ou d'exercer une activité professionnelle.* »

En France, les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables, avec une atténuation de peine en fonction de l'âge. Les mesures, sanctions éducatives ou les peines sont décidées par le juge des enfants, le tribunal pour enfants ou la cour d'assises des mineurs.

Les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse interviennent pour le suivi de certaines mesures, sanctions éducatives ou peines.

Le procureur de la République peut décider d'une mesure alternative aux poursuites.

Les alternatives aux poursuites décidées par le procureur de la République²⁶ sont :

- « *le rappel à la loi,*

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

- *l'orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle,*
- *la réparation,*
- *la régularisation de la situation au regard de la loi ou du règlement,*
- *la médiation,*
- *la composition pénale.*

Les mesures, les sanctions éducatives et les peines selon l'âge du mineur vont varier en fonction de l'âge :

- *Un mineur capable de discernement de moins de 10 ans : la remise à parent, le placement, la mise sous protection judiciaire, la réparation, la liberté surveillée, la mesure d'activité de jour.*
- *Un mineur entre 10 et 13 ans : ne peut faire l'objet que de mesures éducatives et de sanctions éducatives,*
- *Un mineur de plus de 13 ans : des mesures et des sanctions éducatives peuvent être ordonnées, ainsi qu'une peine si les circonstances et la personnalité du mineur l'exigent, »*

Les mesures éducatives ont pour but de protéger, d'assister, de surveiller et d'éduquer le mineur. Elles peuvent être modifiées à tout moment.

- *« l'admonestation est un avertissement fait au mineur par le juge des enfants,*
- *la remise à parents, à son tuteur, à la personne qui en avait la garde ou à une personne digne de confiance,*
- *l'avertissement solennel,*
- *la liberté surveillée, c'est une des mesures qui implique un suivi par un service éducatif de la protection judiciaire de la jeunesse,*
- *le placement,*
- *la mise sous protection judiciaire,*
- *la mesure d'aide ou de réparation,*
- *la mesure d'activité de jour,*
- *la dispense de mesure,*
- *l'ajournement de la mesure éducative,*

Les sanctions éducatives sont :

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

- *la confiscation,*
- *l'interdiction de paraître,*
- *l'interdiction de rencontrer la victime,*
- *l'interdiction de rencontrer les co-auteurs ou complices,*
- *la mesure d'aide ou de réparation,*
- *le stage de formation civique,*
- *le placement,*
- *l'exécution de travaux scolaires,*
- *l'avertissement solennel,*

Les peines possibles sont :

- *la dispense de peine,*
- *l'ajournement de la peine, simple ou avec mise à l'épreuve,*
- *la réparation-sanction,*
- *l'amende dans la limite de la moitié du montant maximum encouru par les majeurs (avec des exceptions pour les plus de 16 ans) sans excéder 7.500 euros,*
- *le travail d'intérêt général pour les mineurs de 16 à 18 ans. Il doit être adapté à leur âge, présenter un caractère éducatif et favoriser leur insertion sociale,*
- *le suivi socio-judiciaire,*
- *le stage de citoyenneté,*
- *l'emprisonnement avec sursis simple, avec sursis et l'obligation d'accomplir un travail d'intérêt général ou avec sursis et mise à l'épreuve,*
- *la peine de prison, au même titre que les autres peines, n'est applicable qu'aux mineurs âgés de 13 ans et plus.*

Elle ne peut excéder la moitié de la peine maximale encourue pour les majeurs pour tous les mineurs de moins de 16 ans au moment des faits. Cette diminution de peine n'est pas absolue pour les mineurs de plus de 16 ans, la juridiction pouvant décider de l'écarter, et la loi prévoyant qu'elle ne s'applique pas à certains mineurs récidivistes de violences. »

3. Spécificités des auteurs de violences sexuelles, CRIAVS.

Les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) sont des structures de service public, placées sous la responsabilité du Ministère des Solidarités et de la Santé et sont rattachées à des établissements de santé. (Source : ffcriavs.org.)

Leurs équipes sont pluridisciplinaires (environ une quinzaine ou plus de métiers différents), essentiellement composées de professionnels de la santé mentale.

Leurs actions s'adressent à tout professionnel ou toute institution concernés par la problématique des violences sexuelles, notamment dans les champs suivants : Santé, Justice, Socio-Educatif, Education Nationale, Formation, Enseignement supérieur, Sécurité publique...

Leurs missions sont nombreuses : la formation, la prévention, la recherche, l'animation du réseau, soutenir les intervenants et la documentation.

Il n'existe pas de CRIAVS spécialisé dans l'accompagnement des mineurs actuellement.

II. Altérations du développement psycho-affectif et cognitif.

A. Troubles du neurodéveloppement

Le trouble du neurodéveloppement TND²³ est une nouvelle notion apparue dans la dernière version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). Elle regroupe plusieurs troubles tel que les troubles du spectre de l'autisme, les troubles du développement intellectuel, les troubles des apprentissages, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité TDA-H, les troubles spécifiques des apprentissages, les troubles de la communication, les troubles moteurs et les troubles neuro-développementaux non spécifiques. L'approche développementale de l'enfant n'a été que récemment prise en compte, mettant en équilibre la question de l'environnement autant que la part génétique ou encore le développement cérébral²³. Ces troubles se traduisent souvent par des limitations de certaines fonctions ainsi qu'une restriction de la socialisation. Cette dimension a permis d'introduire la notion de spectre²⁷ ; en effet, il est communément admis que ses troubles ne répondent pas à une logique binaire, le diagnostic n'est pas toujours aisé : faire la part entre le pathologique et le normal est une tâche délicate et difficile.

1. Troubles du spectre de l'autisme

a) Historique

La première description de l'autisme est faite par Itard en 1828 : on parle de l'enfant sauvage.

L'observation clinique du TSA sera décrite par Carrey²⁸ en 1995.

Le terme d'autisme apparaît en psychiatrie adulte lorsque Bleuler redéfinit le concept de démence précoce de Kraepelin et propose le terme de schizophrénie. C'était d'abord un symptôme avant d'être une pathologie de l'enfant.

Par la suite les chercheurs²³ vont rechercher la schizophrénie chez l'enfant ainsi que la démence précoce sur le modèle de l'adulte. On peut retrouver les termes de « démence précocissime » (Sante de Sanctis, 1905), « démence infantile » (Heller, 1908), « schizophrénie de l'enfant » (Potter, 1933 ; Lutz, 1936 ; Despert et Bender, 1937). Mais la rareté du délire chez l'enfant est retrouvée par quasi tous les chercheurs ainsi que la complexité de parler de démence précoce chez l'enfant.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

Les notions de démence précoce et de schizophrénie à un moindre degré, sont inutilisables chez l'enfant, mais elles s'opposent aux notions de débilité, idiotie et imbecilité. Esquirol²³ disait « *le dément est un riche devenu pauvre, l'idiot lui a toujours été dans l'infortune et la misère.* »

L'émergence de la pédopsychiatrie est pour beaucoup contemporaine de la description de l'autisme et fortement liée à l'émergence du courant psychodynamique de la clinique sous un angle théorique.

La plupart considère que la description de Kanner²⁹ en 1943 est la première description de l'autisme infantile et fait cas d'école. La même année, Hans Asperger, psychiatre autrichien va décrire la psychopathie autistique. Souvent oubliée dans l'histoire de l'autisme, la psychiatre russe Grounia Iefimovna Soukhareva (en 1926), fut la première à décrire le Syndrome d'Asperger, en référence à une forme infantile de personnalité schizoïde. Les travaux de Georg Frankl et Annie Weiss²³, travaillant d'abord avec Asperger puis Kanner, vont décrire en premier les troubles de la communication et du contact affectif, véritables premiers troubles de la communication.

A partir des années 1950, de nombreuses descriptions seront faites telles que la « psychose symbiotique » (Malher, 1952), la « psychose infantile précoce non autistique » (Misès, 1970), et « l'autisme secondaire régressif » (Tustin, 1977).

Toutes ces définitions s'appuient sur une description psychodynamique avec un « noyau psychotique » ou un fonctionnement psychique dit « archaïque ». Ces définitions³⁰ laissent de côté la partie développementale, ce qui amènera des débats entre la psychogénèse comme cause exclusive ou l'organogénèse, excluant la construction interactive de l'individu.

Dans les années 1970, le concept de psychose unifié prend fin avec l'apparition des classifications internationale (CIM) et Américaine (DSM). Le caractère déviant du développement des enfants TSA est mis en avant ainsi que la rareté d'évolution vers un type schyzophrénique à l'âge adulte. On les nomme ainsi troubles envahissants du développement avec de multiples formes cliniques spécifiques (Syndrome de Rett, etc). De nombreuses entités vont être décrites : le syndrome d'Asperger, hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, la dysharmonie psychotique,...

b) Définition actuelle

Le trouble du spectre de l'autisme TSA fait partie d'un des troubles neurodéveloppementaux.

Selon les critères diagnostics du DSM-5, la symptomatologie s'articule autour de deux notions clefs : les perturbations de la communication et des interactions sociales ainsi que le caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts. Deux particularités d'ajout au DSM-5 : les particularités sensorielles (critère B) et la reconnaissance de la dimension développementale (critère C).

En plus des critères diagnostics, il faut ajouter le degré d'aide requise par le sujet ainsi que les spécificités d'ordre étiopathogéniques ou s'il existe des particularités sémiologiques : « *déficit intellectuel, altération du langage, pathologie médicale ou génétique connue, facteur environnemental connu, autre trouble du développement, autre trouble mental ou comportemental, catatonie* ».

Cette définition remplace celle de la CIM-10, de trouble envahissant du développement TED, plus catégorielle que dimensionnelle.

c) Epidémiologie

L'évolution de la prévalence²³ est en constante augmentation depuis les années 60-70. La prévalence est passée de 0.4 à 2/1 000 au cours de ses années avec 1 enfant sur 59 dans le dernier sondage³¹ aux Etats-Unis par exemple. Cette prévalence³² est estimée à 3.13 % chez les enfants âgés de 7 à 9 ans en France. Plusieurs explications sont avancées pour cette augmentation : une meilleure connaissance du trouble, un repérage plus précoce, des changements d'usage diagnostics, une augmentation de l'âge parental (un des facteurs de risque), des changements dans la définition des critères diagnostics selon les évolutions nosographiques. Une telle augmentation pose question de nouveaux facteurs de risque environnementaux.

2. Trouble du développement intellectuel

a) Historique

A ses débuts, la pédopsychiatrie s'est constituée autour de la déficience mentale comme objet d'étude principale. Pinel⁴ confond ainsi « demeuré », retard mental et état de stupeur.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

Esquirol²³ distingue ensuite demeuré et idiotisme, et sépare l'idiotie de l'imbécilité (sujet moins profondément atteint).

Seguin, à la fin du 19^{ème} siècle, sépare l'idiotie de l'imbécilité, caractérisant celle-ci comme incurable et parle « d'arriération mentale », avec une lenteur du développement intellectuel, plus ou moins récupérable.

Itard distingue l'idiot de l'autisme, définition de l'enfant sauvage, première description de l'autisme.

Binet, début du 20^{ème} siècle, introduit la psychométrie qui deviendra le passage obligé de critère des diverses déficiences.

De nombreuses pathologies génétiques sont associées à de la déficience, comme les encéphalopathies. La présence d'une pathologie sous-jacente est souvent associée à des formes plus sévères de troubles intellectuels. Cependant, les divers facteurs^{23,33} (environnement, famille, institution, histoire de l'individu) viennent moduler la présentation clinique de la pathologie.

b) Notion de handicap

Le terme³⁴ vient de *hand in cap*, locution faisant référence au dépôt d'une somme d'argent dans un chapeau pour compenser la différence de valeur entre deux chevaux échangés par leur propriétaire durant le 18^{ème} siècle.

Les définitions médicales successives ont toujours gardé cette notion de compensation. La première définition³⁵ de l'OMS décrit le « *handicap comme la combinaison entre une déficience (dimension lésionnelle), une incapacité (dimension fonctionnelle) et un désavantage (dimension situationnelle)* ».

En 2001 la CIM-2³⁶ inclut le versant négatif de l'altération du fonctionnement grâce à l'approche multidimensionnelle et interactive : la maladie ou trouble, les fonctions organiques atteintes, l'interaction sociale, professionnelle et familiale, les facteurs environnementaux, les facteurs personnels.

c) Définition actuelle

La littérature parle de déficience intellectuelle DI, sachant que la CIM-11 publiée en 2018 et entrant en vigueur en 2022 parle de trouble du développement intellectuel.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

La déficience intellectuelle est, selon l'Organisation Mondiale de la Santé OMS³⁷, « *la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement.* »

On peut voir une limitation significative du fonctionnement adaptatif sur la communication, les apprentissages scolaires, l'autonomie, la responsabilité individuelle, la vie sociale, le travail, les loisirs, la santé, la sécurité.

La CIM-10 distingue le handicap intellectuel, selon les tests psychométriques :

- léger : $50 \leq \text{QI} \leq 69$
- moyen : $35 \leq \text{QI} \leq 49$
- grave : $20 \leq \text{QI} \leq 34$
- profond : $\text{QI} \leq 19$

D'autres définitions se sont appuyées sur le retard scolaire (2 ans de retard avant 10 ans ou 3 ans de retard après 10 ans en fonction de sa tranche d'âge) ou le social (l'impossibilité pour un sujet d'accéder à l'autonomie attendue pour son âge, en l'absence d'autres causes).

d) Comorbidités

Plusieurs comorbidités³⁸ sont souvent concomitantes avec les troubles lors de déficience intellectuelle. Une comorbidité psychiatrique est notée dans 15 à 47% des cas selon les études. On retrouve fréquemment les troubles anxieux, mais aussi les troubles de l'humeur ainsi que les troubles psychotiques. Les troubles de la personnalité restent un sujet qui pose débat concernant la probabilité³⁹ de comorbidité avec le handicap intellectuel. Poser le diagnostic d'handicap intellectuel reste une tâche complexe, en effet, dans le handicap intellectuel profond et sévère, on retrouve souvent des perturbations relationnelles massives avec isolement,

voire véritable retrait affectif, stéréotypies sous forme de balancement, décharges agressives et grande impulsivité, automutilations.

Dans le handicap intellectuel léger et modéré, on retrouve des manifestations comportementales²³ telles qu'une instabilité, des troubles oppositionnels et des conduites chez le grand enfant et l'adolescent, une organisation très rigide avec des jugements à l' « emporte-pièce » excessifs et sans autocritique, pouvant impacter la perception du discernement ; de l'inhibition, passivité, abattement, soumission extrême aux adultes.

3. Troubles des apprentissages

En 2017, la HAS a publié un guide pour améliorer le parcours de soins des enfants présentant un trouble spécifique du langage et des apprentissages TSLA. Elle définit les TSLA comme une conséquence des troubles cognitifs neurodéveloppementaux spécifiques.

L'INSERM a publié en 2017 des chiffres⁴⁰ : 15 à 20% des enfants présentent des difficultés d'apprentissage, avec environ 5 à 7% de troubles spécifiques des apprentissages en âge scolaire. Les troubles sévères, que l'on qualifie de dys, se retrouve selon cette même étude chez 1 à 2% des enfants, impactant leur scolarité mais aussi leur vie quotidienne. Selon cette même étude, on retrouve chez 40% des enfants plusieurs troubles comorbides des apprentissages.

Certains troubles⁴¹ affecteront les apprentissages plus précoces (le langage, les gestes, ...) et d'autres plus spécifiquement un apprentissage scolaire (le calcul, le langage écrit, ...).

C'est une dénomination fonctionnelle²³, sans déficience intellectuelle globale.

Le DSM-5 regroupe cette entité sous trois dimensions :

- les troubles du langage (dysphasie)
- les troubles spécifiques des apprentissages, regroupant le déficit en lecture (dyslexie), déficit de l'expression écrite (dysgraphie), déficit en calcul (dyscalculie)
- les troubles développementaux de la coordination (dyspraxie)

Une grande diversité de ses troubles est présente selon le stade propre à chaque enfant en développement, expliquant une grande diversité des tableaux cliniques. L'évolution dans le temps ne peut être connue, est variable d'un enfant à l'autre et peut rester stable, s'améliorer ou s'aggraver.

4. Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

a) Définition actuelle

Les premières descriptions⁴² de ce symptôme s'appelaient initialement Minimal Brain Injury et se retrouvaient dans les séquelles comportementales des enfants atteints d'encéphalites infectieuses, d'intoxication ou de traumatismes crâniens. Les anglo-saxons ont ensuite parlé de Minimal Brain Disease puis Dysfunction traduites par Désordre Cérébral Mineur. La nécessité d'une révision de ses nomenclatures a dû être rapidement réalisée devant la stigmatisation de ses appellations et l'absence d'un réel « traumatisme » cérébral. Ultérieurement, les termes de « syndromes hyperkinétiques » et « réaction hyperkinétique » ont été utilisés. L'appellation actuelle du trouble *TDAH ou attention deficit hyperactivity disorder ADHD* a été introduite par le DSM IV⁴³ en 1994, venant renforcer le DSM-III qui parlait de trouble déficit de l'attention ou attention deficit disorder ADD. La CIM 10 conserve l'appellation de troubles hyperkinétiques introduite dans le DSM-II.

L'évolution des nominations subies par ce trouble témoigne de l'évolution de la compréhension de ses mécanismes physiopathologiques. L'existence d'une « lésion cérébrale minime » était présente dans les recherches initialement. Depuis les années soixantes, l'origine précoce et développementale du TDAH était suspectée⁴⁴. C'est pourquoi son inclusion dans la catégorie des troubles du neurodéveloppement du DSM-V est un cheminement naturel de son évolution. Bradley²³, en 1957, introduit le traitement par amphétamines sur la justification d'une probable lésion cérébrale mineure⁴⁵.

Les approches diagnostics ont été fortement influencées par le contexte politique et social. La réforme sociale de 1990 aux Etats-Unis avait pour objectif l'accès au soutien scolaire et à l'éducation, proposant des prises en charges gratuites pour certaines pathologies diagnostiquées chez l'enfant. Lorsque le TDAH a intégré la liste, les données ont été multipliées par deux en 3 ans. Au Royaume-Uni, on retrouve un phénomène similaire

avec une augmentation importante de diagnostics lorsque le Méthylphénidate a été remis sur le marché après dix ans de retrait⁴⁶.

Sur le plan international, cette pathologie est reconnue sur des modèles neuro-développementaux.

Cette absence de consensus conduit à des prises en charges hétérogènes même si tout le monde s'accorde sur une prise en charge multidisciplinaire⁴⁷.

Ceux qui s'appuient sur le courant neurobiologique ont recours en priorité au traitement médicamenteux. Ceux qui s'appuient sur le courant d'inspiration psychodynamique interprètent l'hyperkinésie comme révélateur de conflits psychiques conscients ou inconscients, et différencient le déficit de l'attention. Le traitement sera alors multidisciplinaire avec des prises en charge globales et éventuellement un traitement médicamenteux.

Avec le DSM-V et d'autres courants psychiatriques, le diagnostic a une dimension neurodéveloppementale s'inscrivant dans les organisations psychopathologiques et neurobiologiques, pour essayer de réconcilier ses différents courants.

Les facteurs étiologiques s'inscrivent dans un modèle multifactoriel⁴⁸ où les facteurs génétiques neurobiologiques interagissent avec les facteurs environnementaux.

b) Description clinique

- Troubles de l'attention : faible capacité à se concentrer, à se fixer sur une tâche, à organiser puis à finir son travail, mais aussi dans les activités ludiques ou culturelles. Un changement fréquent d'activité, une distractibilité importante. L'impression que l'enfant n'écoute pas ce que l'on dit, ne respecte pas les consignes. Le travail est souvent négligé, avec beaucoup de fautes d'inattention. On retrouve un évitement des tâches nécessitant un effort de concentration.
- Hyperactivité : activité motrice exagérée pour l'âge, un enfant « monté sur un ressort », toujours en mouvement même assis, qui traverse la rue sans regarder, ...
- Impulsivité : difficulté à respecter les règles et le cadre, non-respect de la parole de l'autre, des règles sportives, du tour de l'autre dans le jeu. Impose sa présence à l'autre, arrache les jouets, fait les

choses sans envisager les conséquences. Cela peut aller jusqu'aux troubles du comportement de type agressivité et colère. On retrouve souvent associée des difficultés d'inhibition cognitive et des difficultés dans les fonctions exécutives.

- Autres symptômes : difficultés cognitives (repérage spatio-temporel, séquences rythmiques, fonctions exécutives), un retard scolaire, une énurésie, une labilité affective voire une dysrégulation émotionnelle, des signes neurologiques mineurs (incoordination motrice fine, mouvements choréiformes, anomalies perceptivo-motrices, des signes non spécifiques à l'EEG).

Dans la CIM 10, le trouble doit débiter avant l'âge de 7 ans et peut persister à l'âge adulte. Le diagnostic rétrospectif est ainsi difficile à réaliser. Dans le DSM 5 le début des troubles doit se situer avant 12 ans. Cette modification par rapport au DSM-IV-R permet de poser un diagnostic rétrospectif à l'âge adulte.

Le diagnostic positif repose aujourd'hui sur l'évaluation clinique et l'éventuelle utilisation d'échelle^{49,50,51}, avec comme dernière recommandation d'avoir plus qu'une échelle avec un positif.

5. Connaissances actuelles

a) Sur le plan neuropsychologique

Les troubles du neurodéveloppement ont des présentations cliniques différentes en fonction de la pathologie, mais sont caractérisés par des éléments communs, notamment une perturbation de la cognition sociale.

Parler des expertises et des capacités de jugement ne peut se faire sans aborder la cognition sociale. Les capacités de cognition sociale sont essentielles pour permettre un fonctionnement adapté dans la société. Le DSM-5 a introduit la cognition sociale⁵² comme l'un des six composants essentiels de la fonction neurocognitive, aux côtés de la mémoire et du contrôle exécutif. La cognition sociale désigne l'ensemble des processus cognitifs (la mémorisation, la perception, le raisonnement, les émotions, etc) qui sont impliqués dans les interactions sociales entre individus. Quand on parle d'échec de la cognition sociale, on retrouve le plus souvent une mauvaise théorie de l'esprit, une empathie affective réduite, une perception sociale altérée ou un comportement social anormal.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

Le degré d'altération des fonctions cognitives, particulièrement la cognition sociale, est différente selon le type de trouble. Par exemple, selon Le Grall et Lakimova⁵³, dans une population adolescente comparant trois groupes d'adolescents (avec trouble autistique de haut niveau/ syndrome d'Asperger, avec schizophrénie et témoin), les performances des groupes avec autisme sont moindres que celle du groupe avec schizophrénie ou témoins pour les tâches de théories de l'esprit de 1^{er} ordre (attribution d'une croyance à autrui). La différence est plus faible dans le groupe schizophrénie pour les tâches de théorie de l'esprit de 2nd ordre (attribution d'une fausse croyance), et les deux groupes sont moins performants que le groupe témoin. Les mêmes conclusions sont retrouvés par Pilowsky et al⁵⁴.

D'autres auteurs^{55,56} montrent une similitude entre les groupes Autisme de haut niveau et schizophrénie sur la tâche du Faux pas (elle évalue la théorie de l'esprit via l'identification de maladroites sociales au sein d'histoires fictives impliquant des personnages ; le sujet doit pouvoir détecter les maladroites sociales de situation fictive), avec une diminution de performance sur la théorie de l'esprit de 1^{er} ordre. Ils montrent également que le groupe Autisme de haut niveau présente plus de difficultés à comprendre la situation du Faux pas et qu'il établit moins d'inférences émotionnelles pour l'état mental d'autrui (théorie de l'esprit émotionnelle).

On peut également remarquer que certains facteurs non spécifiques vont moduler les tâches de cognition sociale tels que le QI^{57,58} ou le niveau de compétence verbal du participant.

Le niveau de développement du langage ainsi que l'efficacité cognitive détermine l'évolution cognitive des personnes avec un trouble du spectre autistique ainsi que leurs capacités de réalisation des épreuves de cognition sociale, surtout dans le domaine des théories de l'esprit^{59,60}. On peut voir chez les personnes présentant des troubles de type autistique des particularités perceptives pouvant expliquer leurs difficultés dans les théories de l'esprit. Par exemple, on retrouve dans la littérature que les sujets avec autisme ne dirigent pas préférentiellement leur attention visuo-spatiale vers des stimuli à valeur émotionnelle ou sociale contenus dans une scène^{61,62}.

Ces perturbations sont souvent expliquées avec une perspective développementale^{63,64,65}. Ainsi les troubles de la cognition sociale dans l'autisme seraient la conséquence de la perturbation, dès la naissance, des mécanismes précurseurs de la théorie de l'esprit : la poursuite du regard, l'attention conjointe, l'imitation, le

jeu de faire semblant et la reconnaissance des émotions. Ils ajoutent, qu'en plus de ses anomalies, le retard de langage que l'on retrouve fréquemment, contribue également de façon importante aux troubles sociocommunicatifs⁶⁶ des personnes avec autisme.

b) Sur le plan neurobiologique

Sur le plan neurobiologique, les études sur les sujets avec TSA trouvent des particularités d'activation différente de la typologie des sujets dit « neurotypiques »^{67,68,69}. Ses différences ne se traduisent pas forcément par des modifications comportementales. Il est possible de conclure que les sujets avec TSA développent des voies alternatives pour les fonctions neurocognitives.

Les mêmes constatations sont observées avec les autres troubles du neurodéveloppement. Les résultats de l'étude de Léger et al⁷⁰ mettent en évidence une altération significative des habiletés sociales chez les enfants souffrant de TDAH par rapport à une population témoin du même âge. Le niveau d'altération place les enfants avec TDAH à une position intermédiaire entre les enfants témoins et les enfants du groupe TSA qui eux sont plus impactés. On retrouve un impact du TDAH sur les capacités pragmatiques de l'enfant et donc sur le retentissement social global⁷¹. Les capacités pragmatiques correspondent aux capacités cognitives d'un individu pour traiter les stimulus de communication verbaux et non verbaux, en intégrant le contexte et les intentions de l'interlocuteur.

Contrairement au groupe TSA, le groupe TDAH présente une « motivation sociale » décrite par les auteurs⁷² comme l'envie d'aller voir l'autre et la volonté de créer une relation. Mais la difficulté de maintenir cette relation d'échange, en qualité et en durée, montre le biais^{73,74} de leur vision positive de leurs habiletés sociales. Ils présentent une incapacité de percevoir l'échec de la communication dans la relation, avec une mauvaise adaptation dans l'intégration sociale. Les altérations peuvent être la clef des dysfonctions de la cognition sociale. La littérature^{75,76,77,78,79,80} montre une relation entre l'attention conjointe et le développement de la cognition sociale montrant ainsi les difficultés chez les personnes présentant un trouble de l'attention. Néanmoins, il faut interpréter ses données avec prudence ; en effet, les sujets TDAH inclus dans cette étude souffrent de formes sévères du trouble⁷⁰.

Dans une traduction neurophysiologique de ses résultats, les études sur les connectivités cérébrales ont trouvé des différences entre les groupes avec TDAH et ceux avec TSA et les groupes présentant les deux comorbidités. Le cerveau des enfants TSA est plutôt « hypoconnecté » comparativement à celui des enfants TDAH qui est « hyperconnecté ». L'étude de Shepharda et al.⁸¹ a montré :

- Une hypoconnectivité chez les TSA avec ou sans TDAH par rapport aux enfants sans TSA
- Une hyperconnectivité chez les enfants TDAH avec ou sans TSA se limitant aux tâches cognitives par rapport aux enfants sans TDAH
- Les enfants TSA + TDAH ont une hypoconnectivité par rapport aux enfants sans TSA et hyperconnectivité par rapport aux enfants sans TDAH.

Les auteurs⁷⁴ apportent deux conclusions : une dissociabilité entre TSA et TDAH sur la base d'altérations différentes des réseaux de neurones oscillatoires, avec un ensemble d'atypies pour chaque trouble ; et une addition des altérations liées au TSA et TDAH pour les enfants atteints de ces deux troubles, au sein du réseau neuronal oscillatoire à grande échelle. L'oscillation neuronale est définie par les potentiels d'actions des neurones, caractérisés par leur amplitude, leur fréquence et leur localisation. Certaines zones vont avoir des neurones oscillants ensemble, d'autres séparément, sur des zones plus ou moins étendues.

Ces perturbations sont susceptibles de modifications selon le stade de développement du sujet. Une revue de littérature⁸² suggère que les systèmes neuronaux de l'attention conjointe, un des acteurs de la cognition sociale, continuent de se différencier de la petite enfance à l'adolescence et à l'âge adulte. En particulier, l'activation plus différenciée du lobe frontal médial, des noyaux gris centraux et le long des cortex temporal et pariétal supérieur a été observée⁸³ chez les adolescents et les adultes. L'attention conjointe⁸⁴ peut être définie par la capacité du sujet à partager un événement avec un autre, et à maintenir une attention commune vers un objet ou une personne.

B. Enfant carencé et/ou maltraité

1. Principales difficultés rencontrées

Certains auteurs parlent de déterminants sociaux²³ pour qualifier l'environnement de l'enfant. On peut ainsi retrouver des carences chez l'enfant lorsque les relations sont discontinues ou pauvres.

On remarque également une forte discontinuité des placements, mais aussi dans les soins de l'enfant. Ainsi, il serait préférable de garder des suivis médicaux et paramédicaux pérennes pour éviter des discontinuités.

On peut aussi voir l'importance de créer le moins possible de discontinuité dans l'environnement de l'enfant, encore plus quand il a été séparé de sa famille.

L'enfant a son propre vécu de sa situation avec un sentiment de solitude parfois intense, un sentiment de doute perpétuel dû aux difficultés de la continuité des liens et des situations.

On peut retrouver ses éléments dans la théorie de l'attachement décrite par J.Bowlby⁸⁵.

En effet, l'être humain est particulièrement dépendant dans la relation à l'autre pour son développement et ce dès la naissance. Le besoin d'attachement primaire du bébé à la mère a une double fonction : la sociabilisation et la protection. L'attachement se construit dans la fiabilité et la continuité des relations précoces. L'enfant recherche une proximité et une sécurité auprès d'un adulte fixe. Ce qui est très important est de ne pas changer sans cesse d'interlocuteur les premières années.

Les cadres théoriques des besoins de l'enfant et de son développement sont regroupés comme suit²³ :

- Interactionnisme : étudie les interactions et le reflet des modalités du développement avec les compétences
- Attachementiste : sécurité du lien d'attachement et interaction bébé-caregivers (personne qui prend soin de l'enfant)
- Psychodynamique : processus d'accès à l'intersubjectivité de la dyade donne accès à la construction complémentaire de la théorie de l'esprit sur le versant cognitif
- Neurobiologique : effet du stress sur le développement.
- Modèle transactionnel : le trouble mental comme expression de la dynamique entre les aspects intra et extra-individuels, non fixés.

2. Théorie de l'attachement

a) Définition

Dès la naissance et chez le tout-petit, les besoins relationnels sont fondamentaux. Les interactions précoces sont essentielles à son développement.

J.Bowlby⁸⁶ propose de considérer l'attachement comme un besoin primaire, un instinct, dérivant de la pulsion d'agrippement (grasping).

L'attachement est défini comme le lien émotif s'établissant entre l'enfant et la figure de référence, favorisant la proximité physique afin d'assurer la protection et les soins. Ce lien primitif, développé bien avant les capacités verbales ou de raisonnement, résiste au temps et à l'espace et ne sera pas modifié par des expériences ultérieures de liens interpersonnels.

Le risque principal lors d'une réponse insuffisante ou inadéquate de l'environnement aux besoins relationnels fondamentaux, est de constituer une situation dite de négligence. Pouvant alors entraîner une perte du sentiment de sécurité de base²³.

Le sentiment de sécurité de base, primordial dans la petite enfance, est présent tout au long de la vie et constitue un des piliers de la santé mentale. On le définit comme la conscience ou la conviction de disposer d'une base sécurisée dans sa vie, un havre, un socle, un foyer stable et fiable, que l'on peut quitter mais que l'on retrouvera de manière sûre, pour se ressourcer, se réparer avant d'autres épreuves ou d'autres découvertes de la vie.

Pour l'enfant, cette base correspond à une présence, un lien d'attachement fortement investi, qui doit être stable dans la durée et fiable avec au moins une personne disponible continuellement et avec une capacité à le soutenir, le comprendre, le réconforter lorsqu'il en a besoin. Un enfant peut avoir plusieurs figures d'attachement, on parle de figure de référence pour la personne vers qui l'enfant se tournera lors d'une détresse ou d'inquiétude (en général la mère pour le bébé et l'enfant si dès la naissance elle a pu s'en occuper le plus souvent et être en état psychique de le faire de façon adéquate). D'autres personnes peuvent être personne ressource pour l'enfant selon la situation, mais la nécessité d'une personne stable, continue, disponible, adaptée et empathique, que l'enfant investit comme sécurisante et réconfortante, parmi toutes ses relations. Donc dans la majorité des cas, la personne qui le nourrit, le soigne, le console et le rassure.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

Lorsqu'un état de détresse survient chez l'enfant, la figure de référence doit rapidement intervenir pour que l'enfant se sente en sécurité. L'enfant⁸⁷ va pouvoir établir un sentiment de continuité d'existence et voir que la figure de référence influe sur son avenir.

Les recherches en neurobiologies⁸⁸ montrent que si cela ne se produit pas, le système cérébral est soumis à des niveaux de stress extrêmes, aux conséquences traumatiques, à terme très dommageables pour son développement. Ces mêmes chercheurs ont mis en évidence que le besoin de contact réconfortant de la figure de référence en cas de détresse est aussi important que le besoin d'être nourri, vêtu et soigné.

La pulsion d'agrippement est présente chez les petits de toutes espèces ; elle permet une proximité physique avec la mère garantissant chaleur, sécurité, alimentation. La mère est souvent cette figure-là, car connue en anténatal, mais cela peut être une autre personne qui s'occupe de lui depuis la naissance.

Certains auteurs^{89,90} reconnaissent chez l'être humain la pulsion d'attachement. La survie de l'être immature et vulnérable, dépend de la capacité de s'attacher psychiquement à l'adulte prenant soin de lui, et engendre des comportements pour conserver la proximité physique avec cet adulte.

Le concept de pulsion d'attachement est apparu dans les années 1980. Il ne satisfait pas tout le monde dans le milieu psychiatrique et psychanalytique mais reste un concept intéressant. En effet, souvent, un clivage existe entre la théorie de la pulsion de Freud et la théorie de l'attachement de Bowlby. Cette théorie permet d'inscrire l'attachement dans le processus des pulsions. Il s'agit d'une pulsion qui se situera entre le libidinal et l'objet, la relation avec l'autre. Dans la pulsion de l'attachement⁹¹, le but de la pulsion n'est donc plus une zone érogène mais un « autre ».

L'attachement permet l'exploration de l'environnement. La disponibilité de l'adulte, la qualité de ses soins, le caractère approprié et ajusté des réponses de l'adulte aux signaux de l'enfant, permettent de créer chez le bébé, au fur et à mesure que ses besoins sont comblés, un sentiment de sécurité et de confiance en sa valeur personnelle.

Plus la période est longue sans un lien d'attachement stable et adéquat, plus les possibilités de rattrapages sont limitées.

b) Les différents types de carences

Les différents types d'attachements dépendent de la qualité des interactions entre l'enfant et sa figure d'attachement principale. Lorsque l'enfant n'a pas pu bénéficier, dans les premières années de sa vie, d'une figure apte à répondre efficacement à ses besoins psychoaffectifs et physiques, il se détourne peu à peu de la relation pour devenir complètement détaché²³. L'enfant se montrera peu disposé à aimer, se liant de façon superficielle aux adultes qui seront facilement interchangeables à ses yeux²³. L'enfant peut aussi développer des attitudes tyranniques face à sa figure de référence, cherchant à contrôler et ne supportant pas de perdre l'attention et le contact physique avec celle-ci. Les enfants en situation de négligence ou de maltraitance ont une représentation d'eux-mêmes négative : ils se sentent non-désirables, non-aimables. La représentation de l'adulte de référence sera un objet qui ne préoccupe pas, qui rejette voire persécute²³.

On retrouve 3 types d'attachement décrit par M.Ainsworth⁹² et coll:

- L'attachement sécurisant (dit « sécure »):

Favorisé par les mères traitant l'enfant avec sensibilité, l'enfant recherchant spontanément la proximité et le contact avec la mère, dès son retour. Une fois dans les bras, ils sont vite réconfortés et retournent jouer. Ils montrent peu d'anxiété et l'apaisement est rapide au retour de la mère. Ils peuvent explorer leur environnement et mieux s'y adapter. Ils ont une relative bonne estime d'eux-mêmes et des bonnes capacités à faire appel à l'environnement selon leur besoin. Cet attachement serait présent chez 62% de la population. Guedeney⁹³ précise que cet attachement n'est jamais fixé et peut devenir de manière transitoire ou chronique insécure si les qualités et conditions de l'environnement changent (par exemple : traumatismes, deuil)

- L'attachement évitant :

Les enfants évitent le contact avec la figure maternelle, ainsi que sa proximité. Ils ne réagissent pas à son départ et l'évite à son retour (tourner le dos, éviter de regarder). Ils ne recherchent pas le contact physique, n'accueillent pas les tentatives de rapprochement de leur mère (ils peuvent se jeter en arrière ou se contorsionner pour sortir des bras). Il arrive fréquemment, qu'ils se détournent de leur mère pour un objet/jouet ou une personne étrangère témoignant une familiarité avec l'inconnu. Leur détresse émotionnelle et leur vulnérabilité sont masquées et pensent ne pas pouvoir faire confiance à l'autre. Ils gardent le contrôle

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

dans les situations de détresse en réduisant la réactivité du système d'attachement et en réduisant l'émission de signaux de détresse envers l'environnement.

Bowlby⁸⁶ parle de réponse d'évitement dès l'âge de 12 mois où certains enfants n'expriment plus à leur mère certaines de leurs plus vives émotions, pas plus que le désir de réconfort et la confiance qui l'accompagne.

- L'attachement ambivalent-résistant :

Les enfants éprouvent un besoin intense d'être collé à leur mère, même si cela les empêche d'explorer leur environnement. Ils sont très affectés par la séparation et sont ambivalents lorsque la mère revient : ils veulent être près d'elle mais sont en colère et n'arrivent pas à se calmer, semblent même résister à être réconfortés. Ils s'accrochent, ne veulent pas quitter leur mère, ne veulent pas jouer. L'image d'une mère répondant de façon inconstante aux besoins semble avoir été intériorisée par ses enfants.

L'enfant ambivalent-résistant a adopté la stratégie d'exagération de l'affect, pour avoir l'attention de la figure d'attachement, avec une stratégie d'augmentation du système d'attachement et des signaux de détresse.

Cela correspondrait à environ 9% de la population.

Les attachements dits inséculs sont les attachement résistants et évitants, et correspondent de nos jours à une clinique de mésadaptation sociale chez l'enfant, et non pas synonyme de pathologie. Ce sont des formes d'adaptation, de stratégies adaptatives des individus à leur milieu social, ne conduisant pas forcément à des problèmes ultérieurs ; bien que l'insécurité soit davantage associée à la psychopathologie, et la sécurité à la résilience post-traumatique.

Les types de figures parentales sont décrites par M.Main et coll⁹⁴ (1990) :

- « *Type sécuritaire : figures parentales libres et autonomes*
- *Type inséculre-évitant : figures parentales détachées de leurs propres expériences d'attachement*
- *Type inséculre-résistant ou ambivalent : figures parentales préoccupées »*

M. Main décrivait à cette époque un 4^{ème} type : l'attachement désorganisé-désorienté²³.

- L'attachement désorganisé désorienté :

Contrairement aux autres enfants, les stratégies adéquates pour gérer le stress de la séparation ne se développent pas. La période de retrouvailles avec la figure d'attachement est variable : l'enfant peut être pétrifié, immobile, tomber par terre, avoir des stéréotypies ou avoir des mouvements contradictoires. On

remarque souvent un mouvement vers l'adulte qui est détourné ou arrêté à la dernière minute. L'enfant est incapable de faire face et de résoudre une situation de stress, puisque la figure d'attachement est source d'anxiété et de sécurité. Cela entraîne un effondrement des comportements d'attachements organisés : l'enfant ne peut ni s'agripper ni détourner son attention.

1. Carence par insuffisance : l'hospitalisme et la carence partielle.

- Définition

Spitz⁹⁵ décrit un tableau de carence affective sous le nom d'« hospitalisme ». La carence affective produit des effets variables selon sa nature (distorsion, insuffisance ou discontinuité), selon sa durée, selon l'âge de l'enfant, selon la qualité du maternage antérieur.

La réaction d'hospitalisme décrit par Spitz se retrouve dans ses travaux portant sur deux groupes d'enfants (mère s'occupant de son enfant la journée avec une infirmière en institut pénitentiaire et d'autre part des enfants dans un orphelinat sans contacts humains mais avec des soins hygiéno-diététiques rigoureux). Dans le deuxième groupe il décrit 3 phases : une phase de pleurs, une phase de gémissements, de perte de poids et d'arrêt du développement et une phase de retrait et de refus de contact aboutissant à un tableau de dépression anaclithique.

Malgré les critiques de ses travaux, les institutions ont beaucoup travaillé à réduire la carence affective au sein des institutions, à réduire le nombre d'intervenants par enfant, etc.

Aujourd'hui on retrouve des cas d'hospitalisme partiel, avec typiquement chez des nourrissons entre 5-6 mois à 2-3 ans, certains signes :

- Augmentation de troubles d'allures psychosomatique ou d'infections (otites, rhinopharyngites, rhumes, vomissements) et parfois un retard staturo-pondéral
- Tonus particulier : le corps est clivé avec une hypertonicité du haut du corps et hypotonie de la moitié inférieure. Les membres supérieurs souvent en extension avec les poings fermés (signe de manque de stimulation à la préhension et au jeu avec les objets). Les membres inférieurs sont hypotoniques et en rotation externe, parfois en extension. Les mouvements de pédalage caractéristiques des enfants joyeux manquent en général.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

- Souvent l'enfant est accroché à son pouce avec un air absent pendant de longues périodes
- Difficulté de rencontrer son regard, avec difficulté de se centrer sur l'interaction avec l'adulte.
- Facilité apparente de contact : l'enfant aimant être porté, être agrippé à l'adulte. Mais la réticence de l'étranger normalement présente à cet âge est absente.
- L'enfant est dans la passivité de l'interaction, une soumission. Il n'est pas actif dans l'échange (peu ou pas d'activité exploratoire du visage de l'adulte), rapide intolérance à la frustration.
- Retard du développement social avec retard de langage. Dans le jeu avec les autres enfants, les échanges sont plutôt agressifs avec une carence dans l'acceptation et la tolérance au partage.

On retrouve un manque d'apport affectif libidinal au premier plan. Une désafférentiation sensorielle totale²³ chez l'adulte (expérience de privation) peut entraîner des troubles de type « hallucinose », accompagnés parfois d'une certaine obnubilation et d'un état confusionnel. Les sujets recherchent une source extérieure de stimulation et de compagnie dans un climat d'anxiété parfois importante. Même si la privation sensorielle transitoire chez l'adulte déjà structuré est différent de la situation du nourrisson en carence affective ou sensitivosensorielle. Lebovici et Soulé²³ expliquent que « *la situation d'isolement des afférences produit un déplacement ou l'équilibre entre les données intéro-, proprio- et extéroceptives se fait au détriment de ces dernières et en faveur des premières. Cette modification d'équilibre dynamique modifie les frontières du Moi et altère le sentiment d'identité personnelle.* »

Selon Spitz⁹⁵, comme les pulsions agressives ne trouvent plus d'objet pour se décharger, elles se retournent sur le Moi du nourrisson, époque où le Moi est très désorganisé pour prendre corps comme objet d'investissement libidinal (narcissisme secondaire) expliquant l'absence ou l'épuisement rapide des autostimulations puis l'état de misère physiologique.

2. Carence par discontinuité des liens : la séparation.

- Définition

Bowlby⁸⁶ décrit trois stades suite à la séparation maternelle :

- une phase de protestation, interprétée par l'expression de la douleur et de la souffrance

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

- une phase de désespoir, manifestation de la dépression et du deuil
- une phase de détachement, travail psychique de défense et de reconstruction.

Cette réaction se retrouve très intensément chez les enfants de 5 mois à 3 ans ; la répétition des séparations est également nocive car l'enfant développe une dépendance excessive à son environnement et une forte anxiété. On parle de réaction d'attachement angoissé de Bowlby⁸⁶.

Lorsque la séparation se produit, on observe :

- un arrêt fréquent du développement affectif et cognitif (parfois des chutes impressionnantes du QI et des QD)
- des perturbations somatiques : des infections plus fréquentes
- des troubles psychosomatiques (énurésie, anorexie, troubles du sommeil)
- une symptomatologie dépressive
- chez les plus grands, des difficultés d'adaptation à l'école ou des troubles du comportement.

- Evolution

L'évolution dépendra de l'âge au moment de la séparation, de la durée de celle-ci, mais Ainsworth⁹² décrit d'autres facteurs :

La réparation des dommages si la séparation est de courte durée est assez rapide et complète au niveau du comportement dans des conditions ordinaires. Mais on pense que le sujet restera vulnérable aux menaces de séparations par la suite.

La suppression de la carence peut donner une amélioration rapide et considérable du comportement et des fonctions intellectuelles générales. On peut voir un retard de l'apparition de la parole si la carence cesse avant 12 mois, mais peu de recherches approfondies.

Si la carence est grave, prolongée, avant la première année de vie et persistant pendant 3 ans, on peut voir des effets sévères sur les processus intellectuels et sur la personnalité qui semblent irréversibles.

Les épisodes de carence grave et prolongée commençant au cours de la 2ème année de vie, ont des effets sur la personnalité, profonds et durables, alors que les effets sur l'intelligence semblent réversibles.

Les effets de l'âge au début et à la fin de la carence, conditionnent la réversibilité du dommage mais il n'y a pas encore suffisamment de connaissances actuelles.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

Dans la première année de vie, plus la carence a pris fin tôt (et donc une durée courte de carence), plus le développement ultérieur aura des chances d'être normal. Après la première année, plus l'enfant est âgé quand la carence débute, plus la réparation du dommage causé sera facile et complète.

Certaines altérations semblent moins facilement réversibles : celles affectant la fonction verbale, la fonction d'abstraction et l'aptitude à nouer des attachements interpersonnels profonds et durables.

Une psychothérapie intensive dès le plus jeune âge semble atténuer considérablement les effets que l'arrêt de la carence ne semble pas suffire à faire disparaître.

Les épisodes ultérieurs de carence peuvent entretenir ou faire réapparaître des altérations qui auraient été complètement réversibles.

- Abord psychopathologique

Lorsqu'un lien affectif stable est établi (après cinq à six mois), il arrive la perte d'objet. Selon Bowlby⁸⁶, la frustration provoquée par la non-satisfaction de besoin primaire d'attachement expliquerait la réaction de colère puis d'hostilité envers la figure frustrante.

3. Carence par distorsion : les familles problèmes.

- Définition

Les dernières enquêtes épidémiologiques ont montré que « la seule population à haut risque qui soit définie est constituée par les enfants élevés dans une misère intense et chronique » (Escalona)²³

Certains traits, dans ces familles, se retrouvent fréquemment tel que :

- La misère sociale chronique
- L'insertion professionnelle aléatoire et instable du chef de famille
- Nombreuses ruptures et unions transitoires du couple parental
- Violence et alcoolisme
- Rarement uniquement une figure maternelle mais le rôle masculin est parfois annexe (hospitalisation, handicap, chômage, invalidité, absence prolongée, prison, ...)

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

- Fratries souvent nombreuses, faible écart d'âge entre les enfants (nombreux incidents obstétricaux).
On retrouve dans la petite enfance des éléments de l'attachement anxieux.
- Chez l'enfant, on va retrouver des difficultés au niveau du langage de manière constante (troubles articulatoires, pauvreté du stock lexical, agrammatisme avec mauvaise utilisation des pronoms et non utilisation du « je ») ; des difficultés intellectuelles (une majorité des enfants présente un QI inférieur à la norme malgré un développement normal) ; de fréquents troubles du comportement avec un défaut d'inhibition et des difficultés au niveau des normes sociales. Le risque de passage à l'acte est plus fréquent dans cette population.

Le risque de cette population sur le long terme est la marginalité, la délinquance ou la psychopathie ; en partie due à une dévalorisation de soi, une absence d'idéal du moi ainsi que des faillites très primitives dans l'investissement de narcissique du soi.

- Abord psychopathologique

Bien que les facteurs sociologiques, économiques et politiques jouent un rôle important, on retrouve certains facteurs individuels.

Pour G.Diatkine⁹⁶, une partie des troubles cognitifs et le retard du langage serait imputable à la communication intrafamiliale : la disparition des couples antithétiques (nuit/jour, amour/haine, présence/absence, propre/sale, faim/satiété,...) structurant l'enfant dans sa pensée et dans sa vie n'existe plus ; il est nourri quand on y pense, levé et couché à n'importe quelle heure, les adultes apparaissent et disparaissent, s'aiment et se bagarrent,... L'enfant n'est pas considéré comme individu mais l'ensemble de la fratrie est souvent un soutien narcissique aux parents (expliquant les difficultés de contraception dans ces familles).

On peut retrouver, en plus de cette absence totale de repère, une angoisse permanente, des traumatismes incessants, une inorganisation psychique avec une adaptation seulement en surface de ce qui est le moins dangereux.

Sur le plan de la structure, les enfants ne paraissent pas différencier le Surmoi (resté très archaïque) de l'idéal du Moi (marqué par le vide, l'absence et l'impuissance). Cette carence narcissique sera la faille fondamentale

au fur et à mesure de la vie de l'enfant, avec cette fragile adaptabilité en surface et le risque de passage à l'acte, avec une reproductibilité sur la génération future : le parent sans figure parentale intériorisée utilisera son enfant comme soutien narcissique et reproduira cette situation de carence.

c) Clinique de l'enfant carencé

La confrontation précoce prolongée de situations de négligence et de maltraitance sont sources de traumatismes psychiques²³.

Certains enfants vivent des situations terrifiantes dans leurs premiers temps de vie, des séries de rencontres manquées, parfois les parents sont imprévisibles et angoissés, laissant l'enfant seul et impuissant face à leurs émotions, ne trouvant ni réconfort ou ni reconnaissance de l'adulte empathique et secourable. On retrouve ici des traumatismes par répétitions de séquences d'attachement manquées.

Ces émotions de tension et d'intensité extrême ont débordées les capacités de traitement de la psyché. C'est ce que Freud⁹⁷ (dès 1920) explique comme le traumatisme psychique.

Plus le sujet est jeune, moins son psychisme et son cerveau sont structurés. Les trois premières années de vie sont les plus sensibles, la vulnérabilité de l'enfant aux traumatismes étant proportionnelle à son immaturité.

Les troubles de ses enfants proviennent d'une répétition aux expériences traumatiques et de la construction psychique qu'ils ont du développer pour tenter de palier aux effets des traumatismes.

3. Développement psychique et neurobiologique des enfants carencés

On retrouve dans la littérature⁸⁷ que les manques successifs d'interactions précoces (les expériences de stress extrêmes répétées non suivies de réconfort), influencent la constitution des fonctions cérébrales responsables de la reconnaissance des perceptions corporelles, de la gestion des émotions et du contrôle de l'impulsivité. Soit les connexions neuronales ne se développent pas dans certaines zones du cerveau associées à ses fonctions, soit elles s'auto-détruisent par un processus de défense contre la souffrance issue suite à l'accumulation de stress trop fréquents.

L'imagerie²³ montre des zones noires ; ces enfants ne semblent pas percevoir les sensations de chaud, de froid, de faim, de douleur, de soif, de satiété, de fatigue, etc et ont beaucoup de difficultés à contenir leur frustration.

Les enfants que l'on nomme dans la toute-puissance, sont en fait plutôt dans la toute-impuissance⁸⁷ (reprise des termes de René Roussillon) si survient la colère, la violence ou le désir ; ils ne peuvent pas ne pas frapper, ne savent pas différer, ni attendre ni renoncer car ils n'ont pas les moyens psychologiques ni neurologiques. Ces comportements ne sont pas de la malveillance.

Ces enfants sont construits différemment avec un développement des systèmes de défense et de substitution pour leur permettre de survivre psychiquement et de gérer leur état émotionnel. Certes ce système est efficace mais également pathologique dans leur vie sociale par exemple et source de souffrance.

Mais la difficulté pour ses enfants est qu'ils ne perçoivent pas d'emblée ce fonctionnement comme inadéquat et nocif : ils ne connaissent que celui-ci qui leur permet de leur fournir une organisation et des repères.

4. Dysruptive Mood Dysregulation Disorder - DMDD

Dans la littérature francophone, on retrouve le terme de dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère (DES). Les critères du DES⁹⁸ sont « *une irritabilité chronique sévère et des crises de rage, celles-ci comprennent des manifestations verbales et comportementales qui sont des réactions disproportionnées en termes de durée et d'intensité par rapport à la situation qui les a provoquées.* »

Cette entité a été créée pour éviter le diagnostic de trouble bipolaire des enfants en âge pré-scolaire et scolaire. En effet, ces manifestations appartiennent aux troubles de l'humeur chez l'enfant, anciennement appelés dans le DSM-IV « trouble bipolaire à début précoce » ou dans la CIM-10 « Trouble de l'humeur non spécifié ». L'évolution de cette entité à l'âge adulte ne semble pas tendre vers un trouble bipolaire mais plutôt vers d'autres troubles de l'humeur tel que le trouble dépressif récurrent. L'intégration de ce trouble permet également de diminuer le recours au diagnostic de « trouble des conduites » chez les enfants d'âge scolaire et les inconvénients qui en découlent. L'accent est mis sur la composante comportementale dans les troubles de l'humeur de l'enfant et respecte la particularité développementale en lui évitant un diagnostic lourd de conséquence, d'autant important quand on connaît les répercussions du pronostic et de la prise en charge.

C'est en 2003 que Leibenluft et al⁹⁹ proposent une catégorie précurseur du DMDD : « *SMD Severe mood dysregulation* » ou « *dysregulation sévère de l'humeur* ». Mais les critères du SMD ne convaint pas tout le monde et le DSM V va créer le DMDD¹⁰⁰.

5. Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble psychiatrique du DSM-5¹⁰¹. Il se développe chez les sujets (enfant, adolescent ou adulte) qui ont été victimes ou exposés à un traumatisme important, menaçant leur intégrité physique et / ou psychique. Il associe classiquement trois types de symptômes : des signes d'évitement de tout ce qui peut être en rapport avec l'évènement traumatisant, des signes de reviviscence ou de répétition de l'évènement traumatique et des manifestations émotionnelles et cognitives négatives ainsi que des troubles neurovégétatifs.

6. Enfant traumatisé

Lorsque les événements sont traumatiques, ils produisent un « effroi » chez l'enfant, n'arrivant plus à faire face, mais affectant son système de croyances, ce que Bailly¹⁰² a nommé la « *destruction des théories sociales infantiles* ». L'enfant se pense protégé par la croyance en l'invulnérabilité de ses parents et leur capacité à toujours le protéger, voit ses croyances protectrices voler en éclats.

Enfin, Terr¹⁰³ a distingué dans ses travaux deux types de traumatismes :

-le traumatisme de type I correspond à la survenue d'un événement unique, et qui peut occasionner un trouble de stress post-traumatique ;

-le traumatisme de type II correspond à la survenue d'événements traumatiques répétés, que l'enfant peut anticiper, mais face auxquels il est impuissant : inceste, violences dans le couple parental... Dans ces cas, l'enfant met en place des mécanismes de défense rigides contre cette réalité effroyable (par exemple le déni de la réalité, le clivage, la dissociation), qui complexifient le tableau clinique : les symptômes de trouble de stress post-traumatique sont présents, mais on observe également une dysrégulation émotionnelle, des troubles du comportement et des symptômes dissociatifs marqués.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

L'exposition à des événements traumatogènes est fréquente. L'étude d'un échantillon¹⁰⁴ de 4 023 adolescents de 12 à 17 ans en population générale aux États-Unis a montré que 8 % avaient des antécédents d'abus sexuels, 22 % avaient été victimes de violences physiques, et 39 % avaient été témoins de violences¹⁰⁵. Tous les enfants confrontés à de tels événements ne développent cependant pas un trouble de stress post-traumatique. Une étude en population générale de plus de 10 000 adolescents âgés de 13 à 18 ans aux États-Unis a montré que 5 % des adolescents avaient réuni les critères diagnostics de trouble de stress post-traumatique à un moment de leur vie (8 % pour les filles, 2,3 % pour les garçons). La prévalence augmentait avec l'âge, et la prévalence actuelle du trouble (mois écoulé) était estimée à 3,9 % de la population^{106,107}. Il n'y a pas d'étude de prévalence en population générale concernant les enfants plus jeunes. Une méta-analyse récente¹⁰⁸ a estimé la prévalence du trouble de stress post-traumatique chez les adolescents confrontés à un traumatisme à 15,9 %, le taux étant le plus élevé pour les filles exposées à des violences intentionnelles (32,9 %).

Les facteurs de risque de développer un trouble de stress post-traumatique sont de trois ordres¹⁰⁹ :

- liés à l'exposition : menace directe, intensité, proximité, durée, crainte pour sa vie, intentionnalité de l'acte (*a fortiori* s'il est perpétré par un proche) ;

-liés au sujet : sexe féminin, antécédent d'exposition à des événements traumatogènes, antécédents psychiatriques ;

– liés à l'environnement : faible soutien social, psychopathologie parentale, difficultés socio-économiques.

Un fort soutien parental et l'absence de trouble de stress post-traumatique chez les parents sont un facteur de meilleur pronostic.

Enfin, le trouble de stress post-traumatique est susceptible de se chroniciser quel que soit l'âge de l'enfant¹¹⁰. Les conséquences pouvant être importantes sur son développement. Une étude a insisté sur les conséquences des événements traumatiques sur les étapes du développement de l'enfant¹¹¹. Ainsi les conséquences, qui dépendent de l'âge, seraient majeures sur la mise en place des schémas d'attachement et des processus de régulation psychophysiologiques lors des deux premières années de la vie, puis, lorsque l'événement traumatique survient entre 2 et 3 ans, sur les processus de séparation/individuation, de régulation de l'agressivité, de développement de l'identité de genre et des capacités de socialisation. L'achoppement de

tels processus précoces est susceptible de conduire à des troubles ultérieurs, lorsque ceux-ci seront remobilisés lors de phases plus tardives du développement, notamment à l'adolescence¹¹².

7. Connaissances actuelles sur les enfants insécures

a) Sur le plan neuropsychologique

Comme nous venons de voir, l'attachement insécure se met en place en contexte de carences, de maltraitances et de traumatismes. Il génère des symptômes psychocomportementaux en lien avec les mécanismes de défense pour la gestion du stress. Ceux-ci s'expriment soit par le versant de l'inhibition et l'évitement, soit par le biais de l'agitation et de la dysrégulation émotionnelle.

La revue de littérature¹¹³ rapporte une altération étendue des aspects affectifs et émotionnels de la théorie de l'esprit chez les patients présentant un PTSD, la dimension cognitive étant la moins perturbée, voire préservée, selon certaines études. La capacité d'identifier et d'analyser les émotions faciales effrayantes est également altérée, mais également l'encodage des émotions positives, ou le fait de ressentir les émotions moins positivement que ce qu'elles sont. L'empathie est également atteinte.

Il semble que la composante cognitive de la théorie de l'esprit¹¹⁴ soit préservée dans le PTSD et que les patients atteints ont de meilleures capacités métacognitives que ceux atteints de schizophrénie. Le fonctionnement intellectuel et toute tâche d'apprentissage va utiliser trois niveaux ou sphères : la cognition, la métacognition et la sphère psycho-affective. La métacognition¹¹⁵ est décrite comme la cognition de la cognition, c'est-à-dire qu'elle coordonne, modifie, trie, contrôle les processus cognitifs dits « subordonnés ».

L'empathie semble le plus gros problème chez les patients présentant un PTSD ; un manque d'empathie induit des comportements agressifs¹¹⁶, tant verbaux que physiques. Une étude¹¹⁷ suggère que la prise en charge optimale serait de la remédiation cognitive individuelle basée sur l'empathie et la composante affective de la théorie de l'esprit.

b) Sur le plan neurobiologique

Les études¹¹⁸ de neuroimagerie ont montrée une dysrégulation dans le cortex préfrontal limbique suite à un traumatisme, en particulier au niveau de l'hippocampe, l'amygdale, le cortex préfrontal médian, le cortex cingulaire antérieur, l'insula et le cortex orbitofrontal. Or, les auteurs¹¹⁹ ont montré le rôle majeur du cortex préfrontal médian dans la théorie de l'esprit ainsi que dans l'empathie.

Le cortex orbitofrontal est crucial¹²⁰ pour l'évaluation de la valence émotionnelle d'un stimulus et pour déterminer l'exactitude d'une réponse adaptée à ce stimulus, ainsi que pour la reconnaissance de la colère et des transgressions de règles.

On pense que le cortex cingulaire antérieur est impliqué dans les processus de régulation des émotions et de l'apprentissage, permettant l'intégration de nouvelles normes sociales¹²¹.

Dans une méta-analyse¹²², les auteurs décrivent plus de dommages au sein de la cognition sociale lorsque le traumatisme est interpersonnel (plutôt qu'une catastrophe naturelle)

La conclusion de la revue¹¹³ de littérature montre que les aspects affectifs et émotionnels de la Théorie de l'esprit sont massivement altérés dans toutes les études. Et ils concluent que la cognition sociale est perturbée dans le PTSD et doit être prise en compte car participe au handicap fonctionnel des personnes atteintes de PTSD.

C. Passage à l'acte

1. Dysrégulation émotionnelle et trouble du comportement

On retrouve plusieurs éléments dans les troubles du comportement²³ :

- Hyperactivité et inattention. On remarque une instabilité psychomotrice, une distractibilité, des oublis, une mauvaise appréciation du danger induisant des comportements à risque.
- Impulsivité : On retrouve une précipitation verbale et motrice avec des prises de risque.
- Opposition et provocation. Une dysrégulation émotionnelle avec irritabilité au premier plan et défiance à l'autorité est retrouvée.
- Conduites anti-sociales. Des comportements violents et dégradants ainsi qu'une absence d'empathie.

La dysrégulation émotionnelle est, d'un point de vue dimensionnel, favorisée par des facteurs environnementaux mais aussi le développement neurocognitif et émotionnel. On retrouve d'ailleurs une forte comorbidité entre dysrégulation émotionnelle sévère et TDAH¹²³. Actuellement, il y a une tendance à considérer la régulation émotionnelle comme une fonction cognitive cérébrale, comme les fonctions exécutives ou la mémoire par exemple. Ainsi, l'intrication entre comportement et émotion est importante. D'un point de vue neurobiologique¹²⁴, le système limbique est schématiquement reconnu comme le cerveau émotionnel de l'être humain.

Il est aussi démontré que l'Amygdale, pièce maitresse de ce système, est directement impliqué dans la genèse de comportement agressif et de réaction impulsive. Il est donc évident de trouver dans les troubles de régulation émotionnelle¹²⁵ une origine probable des troubles du comportement tel l'agressivité.

2. Interactions sociales et théories de l'esprit dans le passage à l'acte

La théorie de l'esprit désigne la capacité mentale d'inférer des états mentaux à soi-même et à autrui et de les comprendre. Cette aptitude nous permet de prédire, d'anticiper et d'interpréter le comportement ou l'action de nos pairs dans une situation donnée.

Elle est indispensable à la régulation des conduites et au bon déroulement des interactions sociales. Selon les auteurs¹²⁶, le processus de raisonnement permet de comprendre, d'expliquer ou de prédire les actions et nécessite obligatoirement des connaissances ou faits concernant le protagoniste ainsi que le contexte.

La complexité et la forte implication du langage dans les processus de théorie de l'esprit montrent que les performances des enfants aux tâches de fausses croyances sont associées au développement de la sémantique du langage, et donc, un retard d'acquisition du langage peut être associé à un retard dans le développement de la théorie de l'esprit. Cela peut aussi bien être valable dans les dimensions pathologiques des troubles du neurodéveloppement que dans les dimensions socio-éducatives des enfants carencés et traumatisés.

Les auteurs concluent avec une forte difficulté sur la modularité des différents facteurs impliqués dans les processus cognitifs, notamment exécutifs dans la réalisation de tâches des théories de l'esprit. Ils évoquent la possibilité de réaliser des profils de déficits précis et distincts selon certaines pathologies où prédominent des troubles des interactions sociales pour la suite des investigations.

Cela illustre parfaitement les difficultés de notre population dans l'évaluation du passage à l'acte, avec une modulation des difficultés mais qui reste pour le moment, impossible à catégoriser et objectiver de manière sûre.

D. Allégations de violences

1. *Violences physiques, psychiques et maltraitance*

En 2003, l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée a recensé en France 18000 « enfants maltraités » et 71000 « enfants à risque » pour un total de 89000 signalements. Les « enfants à risque » le seraient en raison de leur vulnérabilité sociale, familiale, de carences affectives ou éducatives n'ayant pas valeur de maltraitance. Le rapport ne précise pas la part des maltraitances à caractère sexuel de celle à caractère non-sexuel.

Durant la première période de confinement, environ 35% de signalements supplémentaires ont été effectués par rapport à l'année 2019 sur la même période. (source du ministère de la Justice).

Si les notions de « maltraitance » et de « violence », en l'occurrence à caractère sexuel, ne se trouvent pas pleinement superposables, elles renvoient à des situations pouvant les unes comme les autres donner lieu à un examen psychologique.

2. *Violences sexuelles*

Une enquête publiée en 2006 par l'INSEE-INED¹²⁷ intitulée « Contexte de la sexualité en France » estime à 20,4% la part de femmes et à 6,8% la part d'hommes âgés de 18 à 69 ans ayant subi des violences ou tentatives de violences à caractère sexuel au cours de leur existence.

Selon une autre enquête réalisée par l'INSEE-ONDRP sur des moyennes obtenues à partir des résultats des enquêtes 2010, 2011 et 2012, chaque année 83000 femmes âgées de 18 à 59 ans sont victimes de viol ou de tentative de viol. Seuls 11% auraient effectué un dépôt de plainte initial.

Dans une population déterminée, le nombre réel d'abus sexuels subis se trouve difficilement quantifiable. De nombreux abus ne seraient jamais ou que trop tardivement révélés en raison de la prévalence de certains affects (notamment de culpabilité et de honte), d'une compréhension dans l'après-coup de la teneur

symbolique des faits subis, du lien régulièrement entretenu avec l'agresseur et/ou l'entourage familial, de la menace d'une éventuelle réitération, etc. Le silence sur les abus serait particulièrement fréquent dans les cas d'inceste dans lesquels la révélation occasionnerait d'importantes répercussions en particulier sur la structure familiale, pouvant amener à une séparation parentale et/ou à un placement de l'enfant abusé.

S'agissant des abus donnant lieu à procédure, leur prévalence serait de 1/1000 dans la population générale. Entre 1988 et 1998, les condamnations pour viol sur mineurs de 15 ans ou par ascendant ont presque été multipliées par 6¹²⁷.

L'enquête Ciivise¹²⁸ menée en 2021 évoque le chiffre de 160 000 enfants subissant des violences sexuelles chaque année. En 2020, 1 697 personnes sont poursuivies pour viol par inceste sur mineur ou agression sur mineur, et en 2018 seules 760 personnes ont été condamnées, montrant des chiffres bien plus faibles que le nombre d'enfant violentés.

E. Développement et risque de passage à l'acte

A l'adolescence, le passage à l'acte vient soulager les tensions internes à défaut de résoudre les conflits intrapsychiques, en évitant la mentalisation²³. La tentative de suicide est l'exemple type : c'est rarement un désir de mort mais plutôt de vivre autrement, d'en finir avec les conflits internes.

L'adolescent provoque l'adulte pour attirer son attention, le mettre en difficulté, réaliser ce qui lui est encore interdit, chercher les limites et le rappel à la loi. Il essaie de trouver un rôle actif dans la passivité de son vécu face aux nombreux bouleversements durant cette période.

Le passage à l'acte peut être vu comme un moyen de confrontation et un essai de séparation et d'autonomisation.

1. Risque de passage à l'acte et troubles du neurodéveloppement

Selon l'étude de Hugues et al¹²⁹, on retrouve chez les jeunes mis en examen :

- entre 23 et 32% de personnes présentant un déficit intellectuel (prévalence dans la population générale de 2 à 4%),
- entre 60 et 90% de troubles de la communication (prévalence de 5 à 7% dans la population générale),

- 12% de jeunes présentant un TDAH (prévalence de 1.7% à 9% dans la population générale)

- 15% de jeunes présentant un TSA (prévalence entre 0,6% et 1,2% en population générale).

Ces chiffres montrent une sur-représentation des troubles psychiatriques au sein de la population criminelle. Dans son étude, Hughes¹²⁹, rapporte des éléments cliniques suivants retrouvés dans les troubles du neurodéveloppement et engendrant selon les auteurs une augmentation du risque de passage à l'acte : une mauvaise théorie de l'esprit, des difficultés dans la communication sociale, une susceptibilité plus élevée que la moyenne, une influençabilité plus marquée, une tendance à la victimisation et à l'intimidation, une mauvaise empathie, des déficits du fonctionnement exécutif, une excitabilité plus importante, une agressivité réactive plus marquée, des difficultés dans le raisonnement abstrait, une impulsivité, une mauvaise lecture émotionnelle, des difficultés de reconnaissance des conséquences d'une action.

2. Risque de passage à l'acte et environnement

Hughes¹²⁹ montre que la proportion de jeunes avec des traumatismes crâniens est également plus importante au sein de la population mise en examen. Ils trouvent entre 45 et 55% de jeunes mis en examen présentant des traumatismes crâniens multiples (prévalence en population générale de 9.2 à 12%) ; et entre 49 et 72% de jeunes mis en examens ne présentent pas de traumatisme crânien (la prévalence dans la population générale est entre 24 à 42%), Ses chiffres montrent la forte proportion d'enfants victimes devenant par la suite auteurs. Les auteurs mettent également en avant des risques liés à l'environnement : des difficultés parentales (que ce soit un manque ou au contraire un autoritarisme), une influence négative du groupe de pairs (la susceptibilité et l'influençabilité vont faire augmenter la pression sociale du jeune pour être à la hauteur de ce qu'il pense être important pour l'autre), les difficultés d'apprentissages avec un effet cumulatif des troubles.

DEUXIEME PARTIE : Revue de cas clinique

III. Cas cliniques

A. Expertise pédopsychiatrique numéro 1 : Dylan

Mis en examen des chefs :

Agression sexuelle imposée à un mineur de 15 ans

1. *Les faits et le contexte de l'expertise*

a) *Conditions de l'expertise et passation des entretiens*

Le mineur Dylan a été reçu dans les bureaux de la maison des adolescents du CHU de Rouen – Charles Nicolle, pavillon de pédiatrie.

Il était accompagné de sa mère

A noter que l'entretien d'expertise s'est déroulé sans particularité après que le mineur Dylan ait été informé de la mission. Il était en mesure de comprendre les questions posées.

2. *Les faits qui ont motivé l'expertise psychiatrique*

La lecture du dossier met en évidence que le jeune est mis en examen pour agression sexuelle imposée sur mineur de 15 ans.

Nous disposons de plusieurs éléments à savoir :

le procès verbal de synthèse d'enquête préliminaire

les procès verbaux d'audition en garde à vue avant et après entretien avec l'avocate

Le procès verbal de première comparution devant la juge d'instruction

Le projet personnalisé d'accompagnement de Dylan à l'IMPro

Dans le rappel des faits dont nous disposons, il est mentionné que : « Monsieur L. découvre dans le bac de linge sale la culotte de sa fille Candice âgée de 9 ans tachée de sang. Interrogée par ses parents, Candice

explique que ce jour là, lors d'une fête d'anniversaire en famille, son cousin Dylan lui a demandé d'enlever sa culotte puis lui a introduit quelque chose dans l'anus.

Les faits se sont produits à trois reprises durant la soirée. Dylan ayant intimidé Candice en lui disant : 'tu as intérêt de garder le secret, sinon on est dans la merde' ».

Il est par ailleurs mentionné que : « L'examen médical effectué par le médecin de l'UMJ révèle au plan anal une éraflure anale pouvant correspondre à des faits de pénétration anale en date des faits dénoncés. Ainsi qu'une hypotonie de la partie la plus externe du sphincter externe anal.

Lors de l'examen psychiatrique de Candice, cette dernière n'a pas souhaité aborder les faits. Le médecin n'a donc pu se prononcer sur l'éventuelle mythomanie de l'enfant. Toutefois le médecin a pu déceler un impact psychologique et une peur de l'agresseur ».

Interrogé sur les faits, Dylan expliquera qu'effectivement, il a pénétré Candice au niveau anal avec son doigt, que c'est arrivé une fois, et qu'il ne sait pas dire pourquoi.

3. Principaux éléments biographiques

La situation de Dylan est particulière en ce sens qu'il ne connaît pas son père. Il nous explique que celui-ci l'a « abandonné à la naissance ».

Dylan vit donc chez sa mère, qui travaille en tant qu'aide à la personne. Il n'y a pas de fratrie. Dans l'entourage proche on note toutefois une présence importante des grands parents maternels. Le jeune rapportera de très bonnes relations avec eux, « ils m'ont élevé, je passe beaucoup de temps avec eux ».

Les relations avec la maman ne semblent pas problématiques. En tout cas Dylan rapporte qu'il a pu y avoir des disputes concernant les sorties ou la télévision, mais que ce n'est plus le cas en ce moment. Toutefois, il mentionnera des difficultés sur le plan financier : « maman elle travaille beaucoup mais on n'a pas beaucoup d'argent » qui les empêchent de partir en vacances ou de faire beaucoup d'activités.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

Lorsque nous le questionnons sur l'histoire de son père, Dylan explique : « il m'a abandonné à la naissance, maman m'a pas raconté pourquoi. J'ai jamais posé la question, je veux pas savoir, je veux pas le voir. J'ai bien grandi comme ça. On m'a jamais embêté à l'école à cause de ça ».

Sur le plan social, nous n'avons pas de notion de mesure de placement ou d'accompagnement éducatif.

Sur le plan scolaire, Dylan est actuellement partagé entre le lycée professionnel et l'institut médico-professionnel (IMPro). Il est également inscrit au centre équestre pour le loisir.

Lorsqu'on évoque le projet professionnel, Dylan nous dit vouloir devenir palefrenier ou travailler à la SPA : « j'aime bien les chevaux et les chiens ». Cependant il n'est pas très au clair sur son parcours actuel. C'est la mère de Dylan qui nous expliquera qu'il a passé le CFG, lui donnant un niveau équivalent au brevet des collèges. Dans le projet personnalisé d'accompagnement de l'IMPro, il est pourtant noté qu'il est prévu que Dylan passe le CFG en juin 2020.

De la 6^{ème} à la 3^{ème} incluse, Dylan a été scolarisé en classe ULIS à la demande de l'équipe pédagogique du primaire devant un retard global des apprentissages. Il n'a donc pas passé le diplôme du brevet des collèges. En primaire, il n'y avait visiblement pas d'adaptation scolaire particulière ni d'accompagnement par une auxiliaire de vie scolaire.

Concernant sa scolarité, Dylan explique se sentir bien intégré, avoir de bonnes relations avec ses pairs, un entourage amical sur lequel il peut compter. Là encore, ses propos ne semblent pas tout à fait correspondre avec ce qui est rapporté par l'IMPro qui rapporte plutôt une fragilité importante dans les relations sociales : « Dylan se sent fragile dans son lien aux autres ».

Il ne rapporte en tout cas pas de conflit aussi bien avec l'adulte qu'avec des adolescents du lycée. Il ne rapporte pas non plus de harcèlement ni d'exclusion dans le passé.

4. L'examen psychiatrique

Sur le plan pédiatrique, nous notons un antécédent de crises d'épilepsie pour lequel il n'y a actuellement plus de traitement. Dylan aurait pris du valproate de sodium (médicament anti-épileptique), mais ne l'aurait pas supporté en raison d'effets secondaires à type de vomissements. Il n'est cependant pas capable de détailler plus que cela.

En reprenant avec sa mère, les dernières crises semblent remonter à il y a environ 3 ans et survenaient dans les périodes de fin de sommeil. Elle nous explique que Dylan a eu un bilan d'exploration et qu'aucune cause n'a été retrouvée. Il n'y a pas de suivi neuropédiatrique par ailleurs.

Dylan quant à lui peut exprimer une forme d'anxiété anticipatoire à l'idée que ces crises réapparaissent.

Sur le plan psychologique, Dylan rapporte un suivi en psychothérapie auprès d'une psychologue depuis la mesure d'éloignement mise en place vis-à-vis de la victime des faits pour lesquels il est poursuivi.

Il explique avoir été suivi auparavant au CMPP. La mère de Dylan nous précisera que ce suivi psychologique et pédopsychiatrique en complément de l'aide d'une assistante sociale, avait été mis en place lors de l'intégration en classe ULIS. S'il s'inscrit dans le contexte de trouble des apprentissages, ni Dylan, ni sa mère, ne sont en mesure de nous apporter des éléments supplémentaires sur les raisons et le contenu de ce suivi.

Un bilan psychométrique a été réalisé pour évaluer les capacités cognitives de Dylan, retrouvant des difficultés de concentration et en mémoire de travail (mémoire à court terme permettant de manipuler les informations à traiter pour la réalisation de tâches concomitantes). Nous n'avons pas de résultat concernant l'efficience cognitive globale par un test de QI ; cependant au vu des éléments cliniques et du contexte scolaire, il semble qu'il existe au mieux une efficience dans la limite basse, voire une déficience intellectuelle. Nous n'avons pas notion de suivi complémentaire orthophonique ou psychomoteur.

Sur le plan psychiatrique, nous ne retrouvons pas d'élément particulier en dehors du trouble des apprentissages.

Nous ne notons aucune hospitalisation pour motif pédopsychiatrique. On ne retrouve pas d'épisode de dépression ni de tentative de suicide. On ne retrouve pas non plus d'argument en faveur d'un trouble anxieux

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

sévère notamment pas d'anxiété généralisée, pas de trouble panique, pas d'état de stress post-traumatique ni de trouble obsessionnel compulsif.

Il n'existe pas d'éléments en faveur d'un épisode délirant ou d'hallucinations.

Sur le plan socio-judiciaire, on ne retrouve pas d'antécédent de mesure d'accompagnement éducatif, de placement. Nous n'avons pas notion de condamnation pour des faits délictuels ou criminels.

5. Les éléments à caractère général

Dylan est un adolescent de 17 ans lors de l'entretien d'expertise. Il dit mesurer 1,80m pour 55kg.

Sur le plan général, nous notons d'emblée que le contact est fruste. Dylan est tout à fait en mesure de comprendre les questions posées et le sens de cet examen. S'il présente quelques difficultés d'élocution, son discours reste bien compréhensible. Le discours est cependant peu spontané et peu élaboré.

Sur le plan neurodéveloppemental, on note la présence d'un trouble important des apprentissages avec une efficacité intellectuelle en limite basse justifiant la mise en place d'une scolarité adaptée.

On ne retrouve toutefois pas d'argument en faveur d'un trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Sur le plan de l'humeur, on ne note pas d'éléments actuels au cours de cet entretien en faveur d'une pathologie décompensée qu'elle soit du registre d'une dépression unipolaire ou d'un trouble bipolaire.

On ne note pas de symptôme en faveur d'un trouble anxieux sévère que ce soit une anxiété généralisée, un trouble panique, un état de stress post-traumatique ou un trouble obsessionnel compulsif.

On ne retrouve pas d'argument en faveur d'une pathologie du registre psychotique tels que la schizophrénie ou les délires chroniques non schizophréniques (psychose paranoïaque notamment). Nous ne notons pas

d'éléments délirant dans l'anamnèse ou au cours de l'entretien, nous ne retrouvons pas de symptôme hallucinatoire ni de discordance affective ou comportementale.

Concernant la consommation de toxiques, Dylan explique fumer de temps en temps du tabac. Il rapporte une consommation moyenne d'une cigarette par jour. Pour le reste, il dit ne pas avoir de consommation d'alcool ou de drogues.

- *La personnalité et le comportement*

Sur le plan de la personnalité, Dylan ne présente pas d'élément d'inquiétude évidents. Il présente un fonctionnement plutôt introverti avec un intérêt pour les activités solitaires comme les jeux vidéo, ou avec les animaux. Il explique d'ailleurs : « ça me dit rien de sortir, je préfère jouer à la console ». Lorsque nous lui demandons quelles sont ses passions, il nous dit : « je vais à la SPA et je fais du cheval ».

Sur le plan du comportement, on ne note pas au cours de l'entretien d'éléments en faveur d'une impulsivité majeure ou d'une hyperactivité. On ne retrouve pas non plus à l'inverse de ralentissement sur le plan psychomoteur.

Il n'y a pas de marques évidentes de conduites auto ou hétéro-agressives.

Concernant la construction de personnalité et le développement psycho-affectif, nous ne retrouvons pas dans l'anamnèse d'éléments d'inquiétude notamment de maltraitance subie physique, verbale ou sexuelle. Dylan ne rapporte pas non plus d'épisode de harcèlement scolaire.

La cellule familiale semble apporter un soutien adapté à Dylan. Nous ne retrouvons pas de signe en faveur de carences éducatives ou affectives majeures. La question de l'abandon du père ne semble pas faire le support de préoccupations ou de ruminations anxieuses envahissantes.

Il faut noter que le trouble des apprentissages et l'efficacité intellectuelle basse a probablement un impact sur le développement psycho-affectif avec des fragilités sur le plan narcissique et des difficultés dans les interactions sociales.

Concernant la sexualité, Dylan explique ne jamais avoir connu de relation sentimentale. Lorsque nous le questionnons sur la façon dont il se projette sur cette question, il dit : « j'aime pas, je préfère rester seul. Peut-être un jour oui, mais je veux pas d'enfants ».

Il ne rapporte aucune expérience sexuelle en dehors des faits qui lui sont reprochés. Il n'aurait pas de comportement sexualisé auto-érotique tel que la masturbation. Il n'aurait pas accès à des contenus pornographiques.

La question de la sexualité semble peu investie même dans les discussions avec ses pairs ou avec l'adulte. Il explique en ce sens : « j'en parle jamais avec mes copains ou avec ma mère ».

Concernant les faits, Dylan nous dit : « J'avais 15 ans. C'était chez elle. On était chez elle parce qu'on était invités à manger et dormir du samedi soir jusqu'au dimanche matin. On jouait dans la chambre, on était que tous les deux. Après je sais plus ce qui s'est passé ».

Lorsque nous l'interrogeons de façon plus spécifique sur les faits d'agression, il explique : « c'était avec un doigt dans l'anus. C'est arrivé une fois. Elle a rien dit, elle a pas réagi. Je lui ai dit de pas le dire, que c'était un secret parce que je savais que c'était une bêtise ».

Lorsque nous explorons l'accès à la culpabilité et la compréhension de l'interdit transgressé, il évoque : « en y repensant, je me suis dit je vais me faire avoir quand même. Ça m'inquiétait. J'étais plus inquiet pour moi, mais ça m'inquiétait aussi qu'elle puisse en souffrir ». Dylan n'est toutefois pas capable d'expliquer de quelle façon la victime pourrait souffrir de cette situation.

Pour finir, Dylan nous explique ne plus avoir de contact avec la victime « depuis la garde à vue ». Il ajoute que « les parents de Candice ont porté plainte en 2016. Ils ont appelé ma mère pour lui dire. Elle m'a engueulé ».

6. Réponse aux questions posées

a) *Procéder à l'examen psychiatrique de Dylan et dire s'il est en mesure de comprendre les propos et répondre aux questions.*

Dylan ne présente pas de déficience intellectuelle majeure ou de pathologie psychiatrique décompensée qui l'empêcherait de comprendre les propos ou de répondre aux questions.

b) *Dire si l'examen de l'intéressé révèle chez lui des anomalies mentales ou psychiques, le cas échéant les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.*

Nous ne retrouvons pas d'argument pour une pathologie psychiatrique décompensée.

Sur le plan psychopathologique, nous ne retrouvons pas d'élément d'inquiétude évident.

Sur le plan neurodéveloppemental, il existe un trouble des apprentissages avec une efficacité intellectuelle au moins dans la limite basse voire une déficience intellectuelle légère.

c) *Dire si l'infraction reprochée au sujet est en relation avec des éléments factuels ou biographiques de l'intéressé.*

Nous ne retrouvons pas d'éléments factuels ou biographiques pouvant être en lien avec l'infraction reprochée.

d) *Dire si l'intéressé était atteint au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ou ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes et définir si ce trouble peut être en relation déterminante ou partielle avec les faits reprochés à l'intéressé.*

Le sujet ne présente pas de maladie psychiatrique entravant ou abolissant le discernement ou le contrôle des actes.

- e) *Dire si l'intéressé a agi sous l'emprise d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister ; en cas d'abolition du discernement, se prononcer sur la faculté du mis en cause à comparaître personnellement devant la chambre de l'instruction.*

Le sujet ne présente pas de maladie psychiatrique avec des symptômes délirants ou hallucinatoires. Il est en mesure de comparaître personnellement devant la chambre d'instruction.

- f) *Dire si l'état mental de l'intéressé risque de compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes et nécessiterait, dès lors, une hospitalisation en milieu spécialisé.*

Nous ne retrouvons pas d'argument en faveur de la nécessité d'une hospitalisation en milieu psychiatrique. Nous ne retrouvons aucune pathologie psychiatrique qui risquerait de compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes.

- g) *Dire si l'intéressé présente un état dangereux au sens psychiatrique ou criminologique en énumérant les éléments de pronostic défavorables et favorables.*

Sur le plan criminologique, on ne retrouve pas d'argument en faveur d'une dangerosité :

psychologique : pas de traits de personnalité marqués par une impulsivité, des passages à l'acte auto et hétéroagressifs ou une instabilité émotionnelle, pas de consommation de toxiques et notamment de cannabis ou d'alcool,

sur le plan socio-judiciaire : bon investissement de la scolarité avec projet professionnel, pas de carences éducatives ou affectives familiales, pas de mesure de placement, pas d'antécédents judiciaires précoces.

Sur le plan psychiatrique, on ne retrouve pas d'argument en faveur d'une dangerosité :

pas d'argument pour une schizophrénie ou une psychose paranoïaque (délire chronique non schizophrénique) pas d'éléments en faveur d'un trouble sévère de l'humeur qu'il s'agisse d'une dépression mélancolique (avec des idées délirantes et/ou des hallucinations) ou d'un trouble bipolaire.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

h) Dire quelles sont les propositions thérapeutiques possibles et se prononcer sur l'opportunité, sur un plan psychiatrique, en cas de condamnation ultérieure, d'une injonction de soin dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.

Plusieurs modalités d'accompagnement doivent être proposées.

Sur le plan psychologique, Dylan doit pouvoir être accompagné sur la reconnaissance et la gestion des émotions.

Un travail autour de la sexualité, adapté à son développement intellectuel et affectif doit également pouvoir être proposé pour éviter un risque de récurrence.

Sur plan social, une enquête sociale doit pouvoir éclairer le fonctionnement familial au domicile pour s'assurer des ressources existantes.

Un accompagnement éducatif au décours de l'enquête pourrait être bénéfique.

i) Faire toutes observations utiles à la manifestation de la vérité.

Nous n'avons pas d'observation complémentaire particulière.

B. Expertise pédopsychiatrique numéro 2 : Tom

Procédure :

Viol incestueux commis sur un mineur de 15 ans

Agression sexuelle incestueuse sur un mineur de 15 ans

1. Les faits et le contexte de l'expertise

a) Conditions de l'expertise et passation des entretiens

Le mineur Tom a été reçu dans les bureaux de la maison des adolescents du CHU de Rouen – Charles Nicolle, pavillon de pédiatrie.

Il était accompagné de son père.

L'entretien d'expertise s'est déroulé sans particularité notable après que Tom ait été informé de la mission.

Le père de Tom sera brièvement rencontré dans un second temps de l'entretien pour apporter quelques précisions notamment sur le plan du suivi médical.

2. Les faits qui ont motivé l'expertise psychiatrique

La lecture du dossier met en évidence que le jeune est auteur d'agression sexuelle et de viol sur Clara, sa demi-sœur maternelle alors âgée de 7 ans.

Les pièces dont nous disposons sont :

Le procès-verbal d'audition libre de Tom.

Des productions manuscrites sur papier de Tom à l'attention de plusieurs membres de sa famille dont le contenu n'est que très partiellement lisible.

Le père de Tom nous fournit deux comptes rendus de consultation médicale spécialisée en neuropédiatre et un bilan orthophonique.

Au début de l'entretien, lorsque nous abordons la question des faits, Tom répond brièvement : « j'aime pas en parler, j'aime pas du tout en parler... J'ai fait des trucs pas bien avec ma sœur ».

3. Principaux éléments biographiques

Les parents de Tom se sont séparés quand il avait 2 ans, sans savoir pourquoi.

Lorsque nous questionnons Tom sur la situation de sa mère, il rétorque « maman on sait pas on s'en fout d'elle. Je l'aime pas, trop de problème. Elle se raconte des vies ». Tom aurait eu récemment des contacts par message avec elle en raison de conflits « mais c'est pour l'embrouille après moi je lui parle pas ». Il ne sait pas ce que madame exerce comme profession mais il sait que sa mère habite à Grenoble.

Concernant le père, Tom dit « ça se passe bien, il est pompier et plombier ». Il habite Barentin. Il a refait sa vie avec « Delphine, elle m'aime pas, je m'entend pas bien avec elle. C'est aussi pour ça que je vais pas souvent chez mon père, et quand je viens elle est pas là, elle a une autre maison ».

Tom vit chez sa grand-mère paternelle. Le grand-père est décédé ; Tom ne l'a pas connu. Il explique cette situation en raison de la proximité avec son collègue. Il passe ses weekends au domicile de son père.

Tom n'a pas de frère et sœur mais plusieurs demi frères et demi sœurs.

Du côté maternel : Clara 7 ans, Laetitia 26 ans, Alexandre 9 ans, Greg 27 ans

Tom dit ne pas avoir de contact avec eux.

Du côté paternel : Rose 2 ans, Charles 6 ans

Tom dit ne pas avoir de contact avec eux.

Concernant sa scolarité, Tom rentre en 3^{ème} SEGPA. Il fait part d'une adaptation de sa scolarité en raison d'une dyspraxie. Il disposait d'un aménagement avec une AVS (auxiliaire de vie scolaire) au primaire, puis a été orienté en SEGPA dès la 6^{ème}. Spontanément il ne rapporte pas de difficulté en lien avec la scolarité mais dit ne pas apprécier l'école. Lorsque l'on précise, il évoque de multiples heures de colle, d'exclusions

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

(insultes envers les professeurs, absentéisme injustifié...), des implications dans des conflits voire des rixes.

Tom ne rapporte pas de fait de harcèlement scolaire.

Tom dit avoir de bonnes relations sociales avec plusieurs amis et une petite copine « Lou, ça se passe bien avec elle, elle est dans ma classe ».

Tom a comme projet de travailler dans la vente de vêtements.

4. L'examen psychiatrique

a) Antécédents médicaux et pédopsychiatriques

Sur le plan médical, Tom n'est pas en mesure de dire s'il a des antécédents particuliers. En évoquant de potentielles hospitalisation, il dit : « avant en CE1, j'étais hospitalisé souvent, presque toutes les semaines, j'avais des 40 de fièvre ».

Sur le plan psychiatrique, Tom est actuellement suivi au CRIAVS après que le père ait « souhaité faire ce qu'il fallait suite aux faits » selon ses dires. Tom n'est pas en mesure de dire qui s'occupe de lui. Le père nous précise ce point : un psychologue, une infirmière, et un psychiatre référent.

Il ne prend pas de traitement particulier. Avant « il y a deux ans je prenais du MEDIKINET, c'était pour me concentrer à l'école. Ça servait à rien du coup j'ai arrêté ».

Tom ne rapporte pas d'hospitalisation récente ni pour un problème de santé médicale ni pour un motif psychiatrique.

Tom n'est pas en mesure de dire s'il y a des antécédents familiaux médicaux ou psychiatriques notables. Le père est donc questionné sur ce point. Il n'a pas connaissance d'antécédents particuliers ni sur le plan médical, ni sur le plan psychiatrique.

Sur le plan médico-social, Tom ne rapporte pas d'antécédent particulier de mesure éducative ou de placement.

Actuellement, un suivi par le SESSAD du Chant du Loup est en place avec un accompagnement éducatif. L'équipe intervient à l'école et Tom se rend sur la structure trois demi-journée par semaine. Tom dit y faire de la relaxation « après je parle, c'est tout ».

b) Les éléments à caractère général

Tom a 14 ans au moment de l'entretien. Il mesure 180cm et pèse 60kg.

Le contact est particulier, fruste. On note des manifestations corporelles à type d'instabilité motrice voire de tic moteurs. Sur le plan du discours, Tom montre des signes de trouble du langage expressif avec un défaut d'articulation, une accélération du flux verbal et un vocabulaire relativement pauvre.

Les réponses aux questions sont laconiques. Le discours est souvent emprunté de l'adulte sans toujours en comprendre le sens.

L'ensemble de ces éléments sont à mettre en lien avec les troubles du neurodéveloppement à savoir :

Un trouble spécifique du langage et des apprentissages.

Il existe également des éléments cliniques en lien avec un trouble déficit attentionnel sans hyperactivité.

Le niveau d'intelligence apparaît faible avec des doutes sur une déficience intellectuelle qu'il conviendrait d'explorer si cela n'a pas déjà été le cas. Il existe un défaut d'inhibition manifestée au travers du langage ou de certains comportements décrits. On note également une orientation spatio-temporelle déficitaire.

Les capacités de compréhension sont médiocres, à la fois en raison du déficit attentionnel et du trouble du langage. Cela impacte les capacités d'analyse et de compréhension des états mentaux d'autrui et des normes sociales.

Sur le plan psychiatrique, on ne retrouve pas d'élément en faveur d'une pathologie décompensée sur le plan de l'humeur que ce soit un épisode dépressif ou un trouble bipolaire. Il n'y a pas d'idée suicidaire, pas de ralentissement psychomoteur, pas d'irritabilité, pas d'isolement ou de perte de projection ou de plaisir. Il n'y a pas d'argument pour un épisode maniaque ou hypomaniaque.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

On ne retrouve pas lors de l'entretien de symptôme de schizophrénie type discordance idéo-affective ou comportementale, de symptômes négatifs ou d'éléments délirants ou hallucinatoires.

Il n'y a pas d'élément autistique.

Il n'y a pas de plainte sur le plan des fonctions instinctuelles (sommeil et appétit). Il n'y a pas de symptôme de stress post traumatique. Il n'y a pas de plainte spontanée, mais l'évaluation globale de l'attitude, du discours et du comportement retrouve des éléments en faveur d'une anxiété sous-jacente importante.

Globalement, Tom est très peu en capacité d'exprimer ses ressentis et émotions.

c) La personnalité et le comportement

Lors de l'entretien d'expertise, l'évaluation de la personnalité est rendue complexe par les difficultés majeures d'élaboration tant sur le plan cognitif qu'émotionnel comparativement à son âge.

Tom ne rapporte pas d'évènement de vie particulièrement douloureux. Pourtant, dans son histoire, plusieurs éléments nous semblent importants à noter. La séparation parentale précoce avec des relations avec sa mère qui semblent fortement dégradées, un hébergement chez sa grand-mère paternelle, des conflits avec sa belle-mère, l'absence de relations avec ses demi-frères et sœurs... Cependant, il faut noter que les éléments contextuels de l'histoire familiale sont relativement opaques dans le discours de Tom.

Au regard de l'histoire et des éléments cliniques et psychopathologiques, on peut évoquer un trouble de l'attachement de type évitant. On note une impulsivité contrastant avec des capacités d'expression émotionnelles particulièrement pauvres. Il existe des risques de passage à l'acte impulsifs, en rapport avec de faibles capacités de mentalisation et un défaut d'inhibition. Tom du fait de ses différents troubles apparaît comme suggestible et son discours reprend volontiers celui de l'adulte, parfois dans des positionnements très tranchés posant la question d'une instrumentalisation en cas de conflits parentaux.

Tom présente donc des inquiétudes importantes sur le plan de son fonctionnement avec un impact sur son appréhension, des états mentaux d'autrui, de la morale et des normes sociales.

Sur le plan de la sexualité, Tom évoque ne jamais avoir eu de relation intime en dehors des faits qui lui sont reprochés. Il ne rapporte pas avoir été lui-même victime d'agression sexuelle.

Il dit ne plus avoir accès à des contenus pornographiques. Il ne critique que partiellement ces comportements en évoquant « j'ai l'âge, enfin tout le monde l'a déjà fait ». Lorsque nous le questionnons sur d'éventuelles relations intimes qu'il aurait pu avoir avec sa petite copine, il dit « je suis trop jeune, j'attends 16 ans ».

Le discours semble encore très emprunté à l'adulte, il ne comprend pas le sens de la norme sociale. S'il semble avoir acquis la notion d'interdit, celle de consentement semble plus énigmatique.

Lorsque nous revenons sur les faits, et que nous questionnons Tom sur l'âge particulièrement jeune de Clara, il n'apporte aucune autre explication que « c'était plus facile parce qu'elle était jeune ». Il n'évoque pas d'appétence spécifique pour les enfants d'âge prépubaire. Il n'arrive pas à redéfinir la notion de pulsion.

A noter qu'il nie de la même façon qu'il y ait pu y avoir un acte de pénétration.

5. Réponse aux questions posées

a) *L'examen du sujet révèle-t-il des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.*

Oui.

Tom présente un trouble du neurodéveloppement avec un trouble spécifique du langage et des apprentissages. Il existe par ailleurs sur le plan clinique psychopathologique des éléments en faveur d'un trouble de l'attachement de type évitant.

b) *L'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?*

Oui. Les capacités de compréhension à la fois de l'explicite et de l'implicite sont altérées.

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

Tom ne comprend pas tout ce qui est exprimé dans le discours du fait d'un déficit de vocabulaire et d'un trouble attentionnel.

Il n'est pas en mesure de saisir tout le sens de certaines normes sociales et des intentionnalités ou désirs d'autrui.

c) L'intéressé présente-t-il un état dangereux ?

Au sens criminologique :

Il existe des éléments d'inquiétude sur le plan de la personnalité, notamment des comportements impulsifs, un défaut d'inhibition, un défaut de compréhension des états mentaux d'autrui et des normes sociales et des difficultés majeures dans l'expression des émotions.

Pas de consommation de produits toxiques.

Pas d'antécédents socio-judiciaires connus.

Au sens psychiatrique :

Pas de pathologie du registre psychotique.

Pas de pathologie grave de l'humeur.

Aucun élément entraînant une abolition du jugement dans le cadre d'un épisode délirant ou hallucinatoire.

d) Est-il accessible à une sanction pénale ?

Nous ne retrouvons pas de contre-indication à une sanction pénale.

e) Est-il curable, réadaptable ?

Les états pathologiques présentés par Tom sont chroniques sans traitement curatif. La mise en place d'une prise en charge adaptée doit permettre un accompagnement psycho-éducatif visant à une réadaptation sociale et à minimiser le risque de récidive.

f) Si oui, une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire semble-t-elle envisageable ?

Oui.

g) Son état de santé est-il compatible avec une incarcération ?

Malgré les troubles présentés par Tom, il n'y a pas de contre-indication psychiatrique en l'absence d'état délirant ou hallucinatoire.

h) Préciser le degré de connaissance et de maturation du mis en cause en matière sexuelle afin de déterminer si le sujet était doté au moment des faits d'un discernement suffisant.

Les connaissances de Tom en matière sexuelle sont en rapport avec son âge. Au moment des faits Tom exprime avoir notion de la gravité et de l'interdit de son geste.

Au regard du profil de développement (défaut d'inhibition, défaut de compréhension des états mentaux d'autrui, difficulté de compréhension des normes sociales...), Tom ne dispose pas par contre des ressources suffisantes sur le plan cognitif, affectif et relationnel pour contenir ses pulsions en l'absence d'une prise en charge adéquate.

i) Le sujet était-il atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ?

Non.

j) Le sujet était-il atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes ?

Oui.

k) Le sujet est-il en capacité de comprendre des questions simples, fait-il la distinction entre le bien et le mal ?

Tom est en mesure de comprendre des questions simples. Aujourd'hui il semble distinguer le bien et le mal en ce qui concerne les relations intimes. Il conserve cependant des difficultés à se conformer au cadre.

IV. Discussion

A. Expertise pédopsychiatrique de Dylan.

1. Réponse de l'expert.

Nous ne retrouvons pas sur le plan biographique et dans les antécédents d'événement en lien direct et évident dans la survenue des faits.

On ne retrouve pas d'éléments psychopathologiques pouvant laisser penser à des histoires de carences ou des maltraitances.

Sur le plan de l'environnement, la cellule familiale semble pouvoir apporter le soutien et l'accompagnement nécessaire pour Dylan, en dehors de la question de la sexualité.

La scolarité est correctement investie et adaptée aux difficultés de Dylan. Les activités extra-scolaires sont un support de soutien supplémentaire dans lequel il s'épanouit. Son souhait de travailler avec les animaux semble être une motivation et est tout à fait pertinent au regard de ses centres d'intérêts.

Sur le plan du développement psycho-affectif, on ne retrouve pas d'éléments d'inquiétude évidents. Nous ne retrouvons pas d'instabilité affective ou comportementale généralement pourvoyeuse de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs.

Dylan paraît peu à l'aise avec les relations sociales. Il préfère les activités solitaires et une certaine forme de routine paraît le rassurer.

L'efficacité intellectuelle plutôt basse et le trouble des apprentissages important induit probablement une fragilité sur le plan narcissique avec une faible confiance en soi.

Concernant la question de la sexualité, celle-ci apparaît peu investie par Dylan, contrastant avec les faits d'agression sexuelle. Il existe donc des préoccupations autour de la sexualité, tout à fait classiques de l'adolescence, mais dont l'élaboration émotionnelle et intellectuelle est compliquée pour Dylan.

Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique ne met pas en évidence de pathologie délirante ou hallucinatoire.

On ne retrouve pas de désorganisation de la pensée.

Il n'y a pas non plus de trouble grave de l'humeur ou de trouble anxieux pouvant entraîner une abolition du discernement au moment des faits.

Concernant les faits d'agression, Dylan est accessible à la critique. Lorsque nous l'interrogeons sur la différence entre un viol et des attouchements sexuels, il n'est toutefois pas en mesure de répondre.

S'il existe un accès à la culpabilité, il n'arrive pas à comprendre de quelle façon pourrait souffrir la victime sur le plan psychologique.

L'efficiences intellectuelle basse peut entraîner un défaut de théorie de l'esprit (capacité à interpréter et comprendre les émotions d'autrui) qui pourrait également contribuer aux difficultés relationnelles, mais cela doit être exploré par le moyen de tests neuropsychologiques.

2. Remarques

L'expertise de Dylan met l'accent sur la complexité du sujet. On est face à deux acteurs (victime et agresseur) mineurs. Naturellement, l'être humain est conditionné pour protéger les enfants, c'est l'instinct de survie et d'autoconservation. Mais il y a également l'attachement. Comme déjà cité dans la théorie de l'attachement, l'enfant¹³⁰ va chercher la proximité de l'adulte, mais ce qui est souvent oublié, c'est que l'adulte vit également de son côté une véritable régression face à l'enfant. Durant une expertise pédopsychiatrique, avant de faire face à la problématique de l'enfant devant soi, l'expert doit faire face à ses propres problématiques, pour pouvoir garder sa neutralité bienveillante.

L'autre complexité est la prise en compte de la trajectoire de l'adolescent et d'y intégrer les faits. Dylan n'a pas eu de « père ». A quel point ce « père » a été substitué ou représenté dans le discours maternel, la question n'est pas claire. Dans cette expertise, ce fait est particulièrement intéressant. Selon la théorie de Freud¹³¹, le père est « l'interdit », en d'autres termes « la loi ».

Le petit garçon sera face au premier interdit, « l'inceste », grâce à ce père qui lui barre l'accès à sa mère, mais derrière cela, se situe la symbolique des lois. Ainsi l'enfant en résolvant cette problématique, se résigne et accepte la « Loi ». Ici Dylan a transgressé « l'interdit », mais à quel point peut-il, sans père, intégrer réellement les notions de l'interdit ? D'autre part, Lacan¹³² est venu nuancer la place du père « réel » dans l'installation

de cet interdit en donnant ce rôle plutôt à la « fonction du père », qui peut être assuré par la mère grâce à la théorie de la forclusion du père dans le discours de la mère . Ainsi, les Lois deviennent le rôle de la mère. La mère sera-t-elle prise comme un acteur dans cette affaire ?

Dans la même problématique développementale, Dylan est un adolescent. La problématique sexuelle fait partie centrale du processus : les hormones, les transformations corporelles, l'accès à une sexualité adulte, etc. La curiosité sexuelle¹³³ fait partie du tableau, et les zones génitales reprennent leurs places comme zones érogènes principales et vers lesquelles divergent les pulsions libidinales.

D'un point de vue neurobiologique, l'adolescence est synonyme de maturation cérébrale. Mais cette maturation¹³⁴ ne se fait pas de manière concomittante et homogène dans toutes les aires cérébrales. En effet les zones impliquées dans le circuit de la récompense responsable de la quête du plaisir et de la motivation, mature de trois à quatre ans plus tôt que la zone frontale, responsable du contrôle et de la régulation. Ainsi, l'adolescent fait face à une importante excitation et quête de plaisir sans avoir les outils frontaux nécessaires pour les canaliser efficacement. Ceci explique plusieurs passages à l'acte qui semblent, à posteriori, incompris par l'adolescent lui-même.

L'autre problématique mise en avant par cette expertise, est la limite entre le normal et le pathologique, en matière de trouble du développement. Dylan avait des troubles des apprentissages et semble avoir une efficacité intellectuelle normale basse. La question de l'efficacité intellectuelle est sujette à des modifications dans les nosographies actuelles. L'appellation de déficit ne cesse de changer, augmentant les difficultés. Classiquement, l'efficacité est définie selon les normes basées sur des tests biométriques (test du Quotient intellectuel tel le WISC ou EDEI ou autres). Le DSM-5 n'exige plus dans les critères diagnostics de tests neuropsychologiques ou de seuils pour poser un diagnostic. Il fait de ce trouble une « dimension » avec des spectres différents de sévérité, mais aussi des domaines d'atteinte différents. Ainsi, chaque domaine est évalué indépendamment, et le degré d'atteinte de chacun est indépendant de l'autre (théoriquement). Alors à quel point Dylan était atteint sur le plan cognitif et sur le plan du jugement ? Cette atteinte reste t-elle dans les normes du « typique » ou atteint-elle les seuils frôlant le « pathologique » ?

Enjeux en expertise psychiatrique pénale.

L'efficacité intellectuelle basse entraîne dans ce cas des difficultés sur la théorie de l'esprit de cet adolescent, comme l'avait noté les auteurs^{57,58} en classant le QI dans les facteurs non spécifiques modulant les tâches de cognition sociales.

Il n'existe pas de moyen connu à ce jour pour augmenter de manière pérenne le quotient intellectuel.

Les moyens pouvant être mis en œuvre seront un travail sur la reconnaissance des émotions d'autrui, souvent accessible lors de psychothérapie ; un travail sur les relations ainsi que sur les normes sociales peuvent également être un avantage dans ce cas.

En psychiatrie, il est difficile voire impossible d'assurer une réponse sûre quant à l'avenir d'une personne. Certaines seront capables de modifier certains comportements et schémas de pensée, d'autres en seront incapables.

Dans le cas de Dylan, il n'y aura aucun traitement médicamenteux efficace. Et savoir si le patient sera accessible à une prise en charge psychologique et à des changements est impossible à prévoir.

B. Expertise pédopsychiatrique de Tom :

1. Discussion de l'expert.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, il apparaît que Tom présente à la fois :

- Un trouble du neurodéveloppement impactant les apprentissages avec des atteintes multiples des fonctions cognitives (dyslexie, dyspraxie et déficit attentionnel sans hyperactivité),
- Un trouble de l'attachement de type évitant avec une capacité d'expression émotionnelle extrêmement pauvre.

L'accumulation de fragilités multiples, individuelles congénitales, développementales et environnementales ont altéré en étroite relation le développement cognitif, psycho-affectif et relationnel.

La faible capacité de Tom à retracer son histoire familiale et à y rattacher l'expression d'émotion rend l'examen compliqué. Cependant cela traduit bien la situation de Tom sur le plan psychopathologique.

Sur la question des faits, Tom n'apporte pas d'élément supplémentaire que ce qu'il a déjà pu exprimer. Il est actuellement pris en charge par le CRIAVS à la demande du père. Il adhère au dispositif mais ses capacités de compréhension altérées rendent nécessaire la poursuite d'un suivi pour contenir le risque de récurrence.

2. Remarques.

Tom présente un trouble du neurodéveloppement avec une association de plusieurs éléments : un trouble attentionnel sans hyperactivité ainsi qu'un trouble spécifique du langage et des apprentissages (TSLA) avec atteintes des fonctions cognitives (dyslexie et dyspraxie). Un trouble de l'attachement de type évitant est aussi mis en avant par l'expert. Comme décrit dans la littérature⁷⁰, les enfants souffrant de TDAH ont une altération significative des habiletés sociales. C'est ce qu'on retrouve dans ce cas présent chez Tom. Comme décrit par les auteurs⁷¹, Tom présente un dysfonctionnement de ses capacités pragmatiques mais aussi des difficultés sur sa propre vision de ses habiletés sociales, comme décrit précédemment^{73,74}. Cela pouvant expliquer les difficultés au niveau de l'intégration sociale et des normes que présente Tom.

Le trouble de l'attachement que présente Tom, comme décrit dans notre revue, n'est pas en soi un élément pathologique mais plutôt une adaptation, principalement dans les situations de stress où il leur sera difficile de montrer leur détresse émotionnelle et leur vulnérabilité, ainsi que demander de l'aide. C'est pourquoi, l'expert se prononce sur la poursuite du suivi pour « contenir » le risque de récurrence. En effet, Tom ne pourra pas modifier ses schémas d'attachements.

Comme décrit par Diatkine⁹⁶, on pourrait penser que la cellule familiale a joué un rôle dans les troubles d'apprentissage de Tom, et donc qu'il est difficile aujourd'hui de pouvoir penser que la seule cellule familiale pourrait venir soutenir Tom dans ses difficultés actuelles.

CONCLUSION

Cette revue de littérature nous a permis de mettre en avant les difficultés rencontrées tout au long de la procédure, par le système judiciaire, par l'expert, mais aussi sur les conclusions et les suites données à ces entretiens. En effet la littérature nous décrit bien des altérations cognitives chez les personnes présentant des troubles du neurodéveloppement, mais l'évaluation reste difficile pour différentes raisons.

Plusieurs questions se sont posées ici et nous semblent importantes en conclusion.

Premièrement, d'un point de vue purement pratique : la formation des experts ainsi que leur nombre très restreints pour le nombre croissants d'expertise sont un véritable frein à l'évaluation des mineurs ; en effet nous avons pu voir que les délais perturbent le souvenir.

L'idée d'une homogénéisation des experts avec une formation validée pour évaluer et diminuer les différences entre expertises serait une piste importante pour l'avenir.

Deuxièmement, la difficulté d'un entretien à un moment précis sur une personne qui évolue encore avec l'importance d'évaluer en fonction de son âge et selon son développement, rend la tâche très difficile pour l'expert.

Ensuite, une autre difficulté propre à chacun, en fonction des différentes problématiques individuelles, familiales et environnementales. L'interaction des troubles de chaque individu est difficilement mesurable, et impose de nombreuses difficultés sur l'évolution possible ; en effet, la prise en charge individuelle tend à améliorer certains troubles et avoir un équilibre, mais parfois l'évolution est imprévisible.

L'accompagnement des enfants et adolescents semble presque obligatoire mais l'accès aux soins et aux différentes thérapies possibles, aux accompagnements éducatifs montrent les difficultés de mise en place sur le terrain.

L'évaluation des troubles psychiatriques par catégories de troubles, sur chaque expertise, pourrait être intéressante pour évaluer le pourcentage de cette population et pour pouvoir travailler un parcours de soins avec un suivi judiciaire plus adapté.

BIBLIOGRAPHIE

¹ Rapport d'information n°432, Expertise psychiatrique et psychologique en matière pénale : mieux organiser pour mieux juger; senat.fr

² <https://www.justifit.fr/b/guides/droit-penal/enfants-victimes-maltraitances-france/>

³ S. Lundström et al (2014). Childhood Neurodevelopmental Disorders and Violent Criminality : a sibling control study. *Journal of Autism and developmental disorders*, n°44. p2707-2716

⁴ Pinel, P. (1798), *Nosographie philosophique ou La méthode de l'analyse adaptée à la médecine*, Paris, J.-A. Brosson.

⁵ Pradel, J. (1994), *L'expertise psychiatrique*, In *L'expertise*, travaux du colloque des Instituts d'études judiciaires, Angers, 1994, Dalloz, 1995.

⁶ Ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante

⁷ Article 706-47 du CPP.

⁸ Breton, A. (2009), *L'expertise psychiatrique pénale*, Documents de médecine légale, Conférence du 18 septembre 2009.

⁹ Article 122-1 et 122-2 du code pénal depuis modifié par la loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

¹⁰ 2005 Loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales

¹¹ Article 763-10 du CPP

¹² J.-L. Senon, M. Voyer, C. Paillard, N. Jaafari. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts, *L'information psychiatrique* 2009/8 (Volume 85), pages 719 à 725

¹³ Aide-mémoire, l'expertise pénale psychiatrique et psychologique, éditions DUNOD, sous la direction de Gérard Lopez et Geneviève Cédile. Chapitre Evaluation de la parole de l'enfant dans les expertises pénales; chapitre Déontologie de l'expert judiciaire; Chapitre Examen clinique;

¹⁴ B. DURAND (2009) *L'expertise psychiatrique des mineurs*, *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence* n°57

¹⁵ Gryson-Dejehansart M.-C. (2009). *Outreau la vérité abusée*, Paris, Dunod.

¹⁶ Cyr M., Bruneau G. (2007) « l'évaluation des fausses allégations d'agression sexuelle chez l'enfant », in St-Yves M., Tanguay M. (éd.) *Psychologie de l'enquête criminelle : La recherche de la vérité*, Cowansville, Edition Yvon Blais (p 221- 254)

¹⁷ Lebrevelec J. (2012) "mettre des mots sur des maux d'enfants", *Enfance et psy*, n°53

¹⁸ Lamb M.E., Hershkowitz I., Orbach Y., Esplin P.W. (2008). *Tell me What Happened: structured Investigative Interview of child Victims and Witnesses*, New York, Wiley.

¹⁹ Cyr M., Dion J, Hershkowitz I., Lamb M.E. (2013) "l'audition de mineurs témoins ou victimes : l'efficacité du protocole NICHD", *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, LXVI (2), p223-238

- ²⁰ Fazel S., Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;16:545-50.
- ²¹ Village-justice.com, Mr Avi Bitton, Avocat et Anne-claire Lagarde, juriste. (23 avril 2020), Expertises psychiatriques et psychologiques dans les procédures criminelles.
- ²² Trop d'expertises psychiatriques et psychologiques, pas assez d'experts. Pierre Januel, 11 mars 2021, Dalloz Actualité.
- ²² Enfance et psychopathologie, 11^e Edition, Daniel Marcelli, David Cohen, 03/2021
Chapitres 2; 3; 5; 9; 10; 12; 13; 14; 15; 16; 20; 21; 22; 23; 24; 27; 28;
- ²⁴ D. Fablet (2007) Les interventions socio-éducatives : comment les définir ? Dans La revue internationale de l'éducation familiale (n° 21), pages 125 à 137 <https://www.cairn.info/revue-la-revue-internationale-de-l-education-familiale-2007-1-page-125.htm>
- ²⁵ Les mesures d'action éducatives en milieu ouvert prononcées par le juge des enfants. Juliette Clerbout, Avocat, 2015, Village justice.
- ²⁶ Les mesures, les sanctions éducatives et les peines. Ministère de la Justice, 2011. <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/presentation-10043/les-mesures-les-sanctions-educatives-et-les-peines-21653.html>
- ²⁷ Sacks et al (2018) Multisociety Consensus Quality Improvement Revised Consensus Statement for Endovascular Therapy of Acute Ischemic Stroke <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.013>
- ²⁸ Carey N. J.(1995) Itard's 1828 - Mémoire on "mutism Caused by a lesion of the intellectual functions" : A Historical Analysis. *Journal of The American of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1655-1661
- ²⁹ Kanner, L. (1990). Les troubles autistiques du contact affectif. (Traduction française de l'article paru dans *Nervous Child* 1943; 2 : 217-50 par MM.Rosenberg). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 38 (1-2) 65-84
- ³⁰ Chamak, B., Bonniau, B., Oudaya, L., et Ehrenberg, A. (2011). The Autism diagnostic experiences of French parents. *Autism.*, 15, 83-87
- ³¹ E. Fombonne (2018) The rising prevalence of autism. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12941>
- ³² M. Delobel-Ayoub et al. (2020) Prevalence of Autism Spectrum Disorder in 7-9 Year Old Children in Denmark, Finland, France and Iceland : A population-Based Registries approach within the ASDEU Project. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04328-y>
- ³³ INSERM (2016). *Déficiences intellectuelles : expertises collectives*. Paris : éditions EDP Sciences
- ³⁴ M. Crété (2007) Hand in cap : tous dans le même chapeau ? <https://doi.org/10.3917/jfp.031.0011>
- ³⁵ M.Johnston, B. Pollard (2001) Consequences of disease : testing the WHO International Classification of impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) model [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00384-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00384-1)
- ³⁶ M. W. De Kleijn-De Vrankrijker (2009). The long way from the International Classification of impairments, Disabilities and Handicap (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <https://doi.org/10.1080/09638280110110879>

³⁷ <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

³⁸ P. White and al (2005). Prevalence of Intellectual Disability and Comorbid Mental Illness in an Australian Community Sample. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01587.x>

³⁹ S.Thomas et al (2019) Crime and victimization among people with intellectual disability with and without comorbid mental illness. <https://doi.org/10.1111/jar.12598>

⁴⁰ <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-specifiques-apprentissages/>

⁴¹ Haute Autorité de santé. COMMENT AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ D'UN ENFANT AVEC TROUBLES SPÉCIFIQUES DU LANGAGE ET DES APPRENTISSAGES ?, Décembre 2017 , N° ISBN 978-2-11-151490-4)

⁴² A.L. Abrams (1968) Delayed and irregular maturation versus minimal brain injury :
Recommandations for a change in current nomenclature.
<https://doi.org/10.1177/000992286800700610>

⁴³ D. Joanne Lynn et al (1983). Correspondence between DSM-II Hyperkinetic Reaction and DSM-III Attention Deficit Disorder. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60670-1](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60670-1)

⁴⁴ K. Thoomas et al (1967). Incidence of Minimal brain injury in Adopted children. in *Child Welfare*, Vol 46, p24-29.

⁴⁵ Wender PH, et Eisenberg L. (1974). Minimal Brain Dysfunction in children. In: *American Handbook of Psychiatry*. Vol 2. 2nd ed. New York Basic Books Inc p 130-46.

⁴⁶ Swanson, J..M., Sergeant, J.A., Taylor, E., et al (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet*, 351, p429-433

⁴⁷ m;l; Wolraich et al (2019). ADHD Diagnosis and treatment Guidelines: a historical perspective. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1682>

⁴⁸ Y. Luo et al (2019). A review of Heterogeneity in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00042>

⁴⁹ Pelham, W. E. (1992). Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31, p210-218

⁵⁰ Conners, K. (1994) *Conners abbreviated symptom questionnaire*. North Tonawanda N.Y: Multi Health Systems.

⁵¹ Swanson, L.M. (1995). *SNAP-IV Scale*. Irvine CA: University of California Child Development Center.

⁵² P. Sachdev et al (2014). Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. [doi:10.1038/nrneurol.2014.181](https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.181)

⁵³ E. Le Gall, G. Lakimova, (2018), Cognition sociale dans la schizophrénie et les troubles du spectre de l'autisme : points de convergences et différences fonctionnelles, *Encéphale* Volume 44, Issue 6, p523-537

- ⁵⁴ T. Pilowsky, N. Yirmiya, S. Arbelle, et al. (2000) Theory of mind abilities of children with schizophrenia, children with autism, and normally developing children, *Schizophr Res*, 42 (2), p. 145-155
- ⁵⁵ S.G. Shamay-Tsoory, S. Shur, L. Barcai-Goodman, et al. Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia *Psychiatry Res*, 149 (1–3) (2007), pp. 11-23
- ⁵⁶ L.N.W. Tin, S.S.Y. Lui, K.K.Y. Ho, et al. High-functioning autism patients share similar but more severe impairments in verbal theory of mind than schizophrenia patients, *Psychol Med* (2017), pp. 1-12
- ⁵⁷ T. Lugnegård, M. Unenge Hallerbäck, F. Hjärthag, et al. Social cognition impairments in Asperger syndrome and schizophrenia, *Schizophr Res*, 143 (2–3) (2013), pp. 277-284
- ⁵⁸ H.D. Ozguven, O. Oner, B. Baskak, et al. Theory of mind in schizophrenia and asperger's syndrome: relationship with negative symptoms; *Bull Clin Psychopharmacol*, 20 (1) (2010), pp. 5-13
- ⁵⁹ L. Bishop-Fitzpatrick, C.A. Mazefsky, S.M. Eack, et al. Correlates of social functioning in autism spectrum disorder: the role of social cognition. *Res Autism Spectr Disord*, 35 (2017), pp. 25-34
- ⁶⁰ K. Ballaban-Gil, I. Rapin, R. Tuchman, et al. Longitudinal examination of the behavioral, language, and social changes in a population of adolescents and young adults with autistic disorder. *Pediatr Neurol*, 15 (3) (1996), pp. 217-223
- ⁶¹ N.J. Sasson, A.E. Pinkham, L.P. Weittenhiller, et al. Context effects on facial affect recognition in schizophrenia and autism: Behavioral and eye-tracking evidence. *Schizophr Bull*, 42 (3) (2016), pp. 675-683
- ⁶² N. Sasson, N. Tsuchiya, R. Hurley, et al. Orienting to social stimuli differentiates social cognitive impairment in autism and schizophrenia. *Neuropsychologia*, 45 (11) (2007), pp. 2580-2588
- ⁶³ A. Melzoff, A. Gopnik. The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. *Understanding other minds: perspectives from autism* (1st Ed.) (1993)
- ⁶⁴ T. Charman, S. Baron-Cohen, J. Swettenham, et al. Testing joint attention, imitation, and play as infancy precursors to language and theory of mind. *Cogn Dev*, 15 (4) (2000), pp. 481-498
- ⁶⁵ T. Ruffman, W. Garnham, P. Rideout. Social understanding in autism: eye gaze as a measure of core insights. *J Child Psychol Psychiatry*, 42 (8) (2001), pp. 1083-1094
- ⁶⁶ H. Tager-Flusberg. Language and understanding minds: connections in autism. *Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience* 2nd edition (2nd Ed.), Oxford (2000), pp. 124-149
- ⁶⁷ Oberwelland, E., Schilbach, L., Barisic, I., Krall, S. C., Vogeley, K., Fink, G. R., ... & SchulteRüther, M. (2016). Look into my eyes: Investigating joint attention using interactive eyetracking and fMRI in a developmental sample. *NeuroImage*, 130, 248-260
- ⁶⁸ Oberwelland, E., Schilbach, L., Barisic, I., Krall, S. C., Vogeley, K., Fink, G. R., ... & SchulteRüther, M. (2017). Young adolescents with autism show abnormal joint attention network: A gaze contingent fMRI study. *NeuroImage: Clinical*, 14, 112-121.

- ⁶⁹ Redcay, E., Dodell-Feder, D., Mavros, P. L., Kleiner, M., Pearrow, M. J., Triantafyllou, C., ... & Saxe, R. (2013). Atypical brain activation patterns during a face-to-face joint attention game in adults with autism spectrum disorder. *Human brain mapping*, 34(10), 2511-2523.
- ⁷⁰ M.Léger, N.Piat, F.A.Jean, C.Galera, M.P.Bouvard, A.Amestoy. (2020) Étude des altérations des habilités sociales chez des enfants ayant un Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité : comparatif avec des sujets contrôles et des sujets présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme ; *Encéphale*, Volume 46, Issue 5, p326-333 <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.11.008>
- ⁷¹ B. St Pourcain, W.P. Mandy, J. Heron, *et al.* Links between co-occurring social-communication and hyperactive-inattentive trait trajectories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50 (2011), pp. 892-902
- ⁷² M.A. Leonard, R. Milich, E.P. Lorch. The role of pragmatic language use in mediating the relation between hyperactivity and inattention and social skills problems. *J Speech Lang Hear Res JSLHR*, 54 (2011), pp. 567-579
- ⁷³ J.D. McQuade, B. Hoza. Peer problems in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: current status and future directions. *Dev Disabil Res Rev*, 14 (2008), pp. 320-324
- ⁷⁴ K. Linnea, B. Hoza, M. Tomb, *et al.* Does a positive bias relate to social behavior in children with ADHD? *Behav Ther*, 43 (2012), pp. 862-875
- ⁷⁵ Baron-Cohen, S. (1989). Joint-attention deficits in autism: Towards a cognitive analysis. *Development and Psychopathology*, 1, 185-189.
- ⁷⁶ Mundy, P. (1995). Joint attention and social-emotional approach behavior in children with autism. *Development and Psychopathology*, 7, 63-82.
- ⁷⁷ Mundy, P. (2003). The neural basis of social impairments in autism: the role of the dorsal medial-frontal cortex and anterior cingulate system. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44, 793-809.
- ⁷⁸ Mundy, P., & Newell, L. (2007). Attention, joint attention and social cognition. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 269-274.
- ⁷⁹ Tomasello, M. (1995). Joint attention as social cognition. In Moore, C. & Dunham, P. (Eds) *Joint attention: Its origins and role in development* (p. 103-130). NYC, NY: Lawrence Erlbaum.
- ⁸⁰ Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and brain sciences*, 28(05), 675-691.
- ⁸¹ E. Shepharda, C. TyeaKaren, L. Ashwooda, B. Azadia, M.H. Johnson, T. Charman, G. McLoughlin, P. F.Bolton. (2019) Oscillatory neural networks underlying resting-state, attentional control and social cognition taskconditions in children with ASD, ADHD and ASD+ADHD. *Cortex*, Volume 116, p 96-110 <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2019.03.005>
- ⁸² Mundy, Peter (2017) A Review of Joint Attention and Social-Cognitive Brain Systems in Typical Development and Autism Spectrum Disorder. *European Journal of Neuroscience*
- ⁸³ Buckner, R. L., & Carroll, D. C. (2007). Self-projection and the brain. *Trends in cognitive sciences*, 11(2), 49-57

- ⁸⁴ J. Lobbé. (2019) L'attention conjointe, une fonction cognitive qui convoque l'autre ? Dans *Autisme, corps et psychomotricité*, p225-229. <https://www.cairn.info/autisme-corps-et-psychomotricite--9782100769995-page-225.htm>
- ⁸⁵ Bowlby, J. (1978). *L'attachement* (vol 1). Paris: PUF
- ⁸⁶ Bowlby, J. (1978) *Attachement et perte: la séparation, angoisse et colère*. Paris : PUF
- ⁸⁷ E. Bonneville-Baruchel (2018). Troubles de l'attachement et de la relation intersubjective chez l'enfant maltraité, Dans *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles* (N° 7), p 6 à 28 <https://www.cairn.info/revue-carnet-de-notes-sur-les-maltraitances-infantiles-2018-1-page-6.htm>
- ⁸⁸ Schneider A., Vecho O. (2015) Le développement des enfants adoptés par des familles homoparentales : une revue de littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 63, p401-412
- ⁸⁹ Golse, B., et Bursztein, C. (1990). *Penser, parler, représenter: émergences chez l'enfant*. Paris: Masson
- ⁹⁰ Golse, B. (2001) *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant* (3^e ed). Paris: Masson
- ⁹¹ B. Golse. (2004) La pulsion d'attachement, dans la psychiatrie de l'enfant, vol 47 p5-25 <https://doi.org/10.3917/psy.471.0005>
- ⁹² Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., et Wall, S.(1978) Patterns of attachment. In: *A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Ass.
- ⁹³ Guedeney, N. (1989). Les enfants de parents déprimés. *Psychiatr Enfance* 32(1) p269-309
- ⁹⁴ Main, M., SOLOMON, J. (1990) « *Procedures for classifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation ?* », in GREENBERG M., CICHETTI D., CUMMINGS E. (Eds.) : *Attachment in the preschool years*, Chicago University Press, Chicago, p. 121-160.
- ⁹⁵ Spitz, R. (1968). *De la naissance à la parole*. Paris: PUF
- ⁹⁶ Diatkine, G. (1979), Famille sans qualités : les troubles du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples. *Psychiatr Enfance*, 22(1), p237-273
- ⁹⁷ Freud, S. (1951). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : PUF
- ⁹⁸ L.Masi et al (2014). Dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère chez l'enfant: évolution nosologique et affiliation aux pathologies de l'humeur. Doi : 10.1016/j.neurenf.2014.01.013
- ⁹⁹ Leibenluft, E., Charney, D.S. et Towbin, K.E. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *American Journal of Psychiatry*. 2003, 160, pp. 430-437
- ¹⁰⁰ Birmaher, B., Axelson, D. et Strober, M. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2006, Vol. 63, 2, pp. 175-183.
- ¹⁰¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition . Arlington VA. American Psychiatric Association 2015. DSM-5 - Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux American Psychiatric Association, Traduction française coordonnée par Marc-Antoine Crocq, Traduction française coordonnée par Julien-Daniel Guelfi, Traduction française coordonnée par Patrice Boyer, Traduction française coordonnée par Charles-Bernard Pull, Traduction française coordonnée par Marie-Claire Pull Editeur: Elsevier Masson | Date de publication: 07/2015

- ¹⁰² Bailly L. (2006) Traumatismes psychiques chez l'enfant et théories sociales infantiles, In: Baubet T, Lachal C., Ouss-Ryngaert L., Moro MR. Ed Bébés et traumas. Grenoble : La pensée sauvage.
- ¹⁰³ Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991;148:10-20.
- ¹⁰⁴ Baubet T., Rezzoug D., (2018) Troubles liés aux traumatismes chez les enfants, *La revue du Praticien*. n°63 p307-11
- ¹⁰⁵ Kilpatrick D, Acierno R, Saunders B, Resnick H, Best C, Schnurr P. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *J Consult Clin Psychology* 2000;68:19-30.
- ¹⁰⁶ Merikangas KR, He JP, Bustein M, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in the U.S. Adolescent Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:980-8.
- ¹⁰⁷ Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:372-80.
- ¹⁰⁸ Alisic E, Zalta AK, van Wesel F, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014;204:335-40.
- ¹⁰⁹ Hamblen J, Barnett E. PTSD in children and adolescents. US Department of Veteran Affairs, National Center for PTSD. 23/02/2016.
- ¹¹⁰ Bui E, Ohye B, Palitz S, et al. Réactions aiguës et chroniques au traumatisme chez les enfants et les adolescents. In: Rey JM (ed), IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health (édition en français : Cohen D, ed). *Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*, 2012
- ¹¹¹ Gaensbauer TJ, Siegel H. Therapeutic approaches to posttraumatic stress disorder in infants and toddlers. *Infant Ment Health J* 1995;16:292-305.
- ¹¹² Hakobdjanian H, Lignieres B, Baubet T. Du trauma familial au placement des enfants en institution. Regard rétrospectif sur les effets lointains du séisme de 1988 en Arménie. In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol. 2 : Bébés, enfants et adolescents dans la violence*. Grenoble : La Pensée Sauvage, 2003.
- ¹¹³ Couette, M. Mouchabac, S ; Bourla, A. Nuss, P. Ferreri, F. (2019). Social cognition in post-traumatic stress disorder: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*,
- ¹¹⁴ Lysaker et al.(2015). Deficits in metacognitive capacity are related to subjective distress and heightened levels of hyperarousal symptoms in adults with posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16, 384–398
- ¹¹⁵ Composantes métacognitives ; définitions et outils d'évaluation Stéphanie Frenkel, *Enfance* 2014/4 (N° 4), pages 427 à 457 <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2014-4-page-427.htm>
- ¹¹⁶ Klimecki, O. M. (2015). The plasticity of social emotions. *Social Neuroscience*, 10, 466–473

- ¹¹⁷ Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 28186
- ¹¹⁸ Schurz, M., Radua, J., Aichhorn, M., Richlan, F., & Perner, J. (2014). Fractionating theory of mind: A meta-analysis of functional brain imaging studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 42, 9–34
- ¹¹⁹ Shamay-Tsoory, S. G., Tomer, R., Berger, B. D., & Aharon-Peretz, J. (2003). Characterization of empathy deficits following prefrontal brain damage: The role of the right ventromedial prefrontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 15, 324–337
- ¹²⁰ Hiser, J., & Koenigs, M. (2018). The multifaceted role of the ventromedial prefrontal cortex in emotion, decision making, social cognition, and psychopathology. *Biological Psychiatry*, 83, 638–647
- ¹²¹ Apps, M. A. J., Rushworth, M. F. S., & Chang, S. W. C. (2016). The anterior cingulate gyrus and social cognition: Tracking the motivation of others. *Neuron*, 90, 692–707
- ¹²² Stevens, J. S., & Jovanovic, T. (2019). Role of social cognition in post-traumatic stress disorder: A review and meta-analysis. *Genes, Brain, and Behavior*, 18(1), e12518
- ¹²³ Bruno, A., Celebre, A. et al (2019) Focus on Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A review of the literature, *Psychiatric Research*, 279. p323-330
- ¹²⁴ R.A.Thompson (2008). Reassessing Emotion Regulation? in *Child Development Perspectives*, Vol 2 issue 3. p124-131 <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00054.x>
- ¹²⁵ S. Herpertz et al (2008). Emotionnal processing in male adolescents with childhood-onset conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol 49 issue 7, p781-791 <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01905.x>
- ¹²⁶ Duval et all. (2011), La théorie de l'esprit : Aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie*, 2011/1, volume 3 pages 41 à 51.
- ¹²⁷ Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère. Nathalie Bajos, Michel Bozon et coll. *Bulletin Mensuel d'information de l'institut ational d'études démographiques*. Mai 2008, Numéro 448.
- ¹²⁶ Enquête Ciivise (octobre 2021) <https://www.ciivise.fr/>
- ¹²⁹ Hughes et Al (2017). Neurodisability in the youth justice system : recognising and responding to the criminalisation of neurodevelopmental impairment. *Justice and Policing*.
- ¹³⁰ J.Laplanche (2002). Entretien avec Jean Laplanche, *Enfance et psy*, n°17, p9-16. <https://doi.org/10.3917/ep.017.0009>
- ¹³¹ C.Hoffmann (2005), Pourquoi la loi freudienne du père mort ? De la méthode paternelle à la version du père dans l'enseignement de J.Lacan. N°11, p83-92 <https://doi.org/10.3917/fp.011.0083>
- ¹³² J. Lacan (1975), Le séminaire Livre XXII, RSI, séance du 21 janvier 1975, inédit
- ¹³³ P.Roman (2019). Chapitre 4. Les violences sexuelles à l'adolescence, Aspects cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques. p31-36. <https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2019.01.0031>

¹³⁴ M. Ernst, K. Korelitz (2009), Cerebral maturation in adolescence : behavioral vulnerability. *Encephale*, suppl 6. 10.1016/s0013-7006(09)73469-4