



HAL
open science

Incarcération des mineurs et dispositifs de soins psychiques : exemple des mineurs incarcérés au sein de la maison d'arrêt de Luynes

Emma Meslet

► To cite this version:

Emma Meslet. Incarcération des mineurs et dispositifs de soins psychiques : exemple des mineurs incarcérés au sein de la maison d'arrêt de Luynes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04591180

HAL Id: dumas-04591180

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04591180>

Submitted on 28 May 2024

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.

Incarcération des mineurs et dispositifs de soins psychiques. Exemple des mineurs incarcérés au sein de la maison d'arrêt de Luynes

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 22 Mai 2024

Par Madame Emma MESLET

Née le 9 septembre 1993 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**D.E.S. de PSYCHIATRIE OPTION PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE
L'ADOLESCENT**

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Monsieur le Docteur LUC Julien

Directeur

Monsieur le Docteur GUIVARCH Jokthan

Assesseur

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Doyen

Vice-Doyen aux affaires générales
Vice-Doyen aux professions paramédicales
Conseiller

Pr. Georges LEONETTI

Pr. Patrick DESSI
Pr. Philippe BERBIS
Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

- Aux études
- À la recherche
- À l'unité mixte de formation continue en santé
- Pour le secteur NORD
- Groupements Hospitaliers de territoire
- Aux masters

Pr. Kathia CHAUMOITRE
Pr. Jean-Louis MEGE
Pr. Justin MICHEL
Pr. Stéphane BERDAH
Pr. Jean-Noël ARGENSON
Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

- Sciences humaines et sociales
- Relations internationales
- DU/DIU
- DPC
- Développement DPC

Pr. Pierre LE COZ
Pr. Stéphane RANQUE
Pr. Véronique VITTON
Pr. Gabrielle SARLON
Pr. Frédéric CASTINETTI
Pr. Thomas GRAILLON

Ecole de médecine

Directeur

Pr. Jean-Michel VITON

Chargés de mission

- PASS - LAS
- DFGSM
- DFASM
- DFASM
- Préparation aux ECN
- DES spécialités
- DES stages hospitaliers
- DES MG
- Démographie médicale
- Etudiant

Pr. Régis GUIEU
Pr. Anne-Laure PELISSIER
Pr. Marie-Aleth RICHARD
Pr. Marc BARTHET
Pr. Aurélie DAUMAS
Pr. Patrick DESSI
Pr. Benjamin BLONDEL
Pr. Christophe BARTOLI
Dr. Noémie RESSEGUIER
Lily BLANC-PACCHIONI

Ecole de médecine dentaire

Directeur

Directeurs adjoints

Chargés de mission

- Formation initiale
- Recherche
- Formation continue
- Relations internationales
- Internat et diplômes d'études spécialisées
- Affaires générales

Pr. Bruno FOTI

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Frédéric BUKIET

Pr. Hervé TASSERY

Pr. Virginie MONNET-CORTI

Dr. Alain TOSELLO

Ecole de maïeutique

Directrice

Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission :

- 1er cycle
- 2e cycle

Madame Estelle BOISSIER

Madame Cécile NINA

Ecole des sciences de la réadaptation

Directeur

Directrice adjointe

Pr. Laurent BENSOUSSAN

Pr. Valérie AGHABABIAN

Ecole des sciences infirmières

Directeur

Pr. Sebastien COLSON

Professeurs honoraires

AGOSTINI Serge
ALBANESE Jacques
ALDIGHERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AMBROSI Pierre
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Daniel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNET Jean-Louis
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOURGADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DEJOU Jacques
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DENIS Danièle
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
DURAND Jean-Marc
ENJALBERT Alain
ERARD Jacques
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FIGARELLA-BRANGER Dominique
FONTES Michel
FOUREL Jean
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROB Jean-Jacques
GROULIER Pierre
GUYS Jean-Michel
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HARLE Jean-Robert
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEGRE Régis
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARIANI Paul
MARTIN Claude
MARTINI Louis
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHEL Jean
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André

Professeurs honoraires

MONGIN Maurice
MOULIN Guy
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLIVE Daniel
OLMER Michel
OREHEK Jean
ORTHLIEB Jean-Daniel
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
REBOUL Maurice
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUDIER Jean
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SALVADORI André
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SIMEONI Horace
SIMON Jean
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean
ZATTARA Henri

Emeritat

2023

Pr AMBROSI Pierre	31/08/2026
Pr OLIVE Daniel	31/08/2026
Pr ROUDIER Jean	31/08/2026
Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr BERLAND Yvon	31/08/2024
Pr CHARPIN Denis	31/08/2024
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2024
Pr COZZONE Patrick	31/08/2024
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2024
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2024

2022

Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2023
Pr CHARPIN Denis	31/08/2023
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2023
Pr COZZONE Patrick	31/08/2023
Pr FONTES Michel	31/08/2023
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2023
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2023
Pr DEJOU Jacques	31/08/2023
Pr HUE Olivier	31/08/2023

2021

Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2022
Pr BRUNET Christian	31/08/2022
Pr COZZONE Patrick	31/08/2022
Pr FAVRE Roger	31/08/2022
Pr FONTES Michel	31/08/2022
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2022
Pr OLIVER Charles	31/08/2022

2020

Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2021
Pr COZZONE Patrick	31/08/2021
Pr FAVRE Roger	31/08/2021
Pr FONTES Michel	31/08/2021
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2021
Pr WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2019

Pr	BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr	CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr	FRANCES Yves	31/08/2022
Pr	CAU Pierre	31/08/2020
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2020
Pr	DELMONT Jean	31/08/2020
Pr	FAVRE Roger	31/08/2020
Pr	FONTES Michel	31/08/2020
Pr	MAGALON Guy	31/08/2020
Pr	NAZARIAN Serge	31/08/2020
Pr	OLIVER Charles	31/08/2020
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2018

Pr	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
Pr	COZZONE Pierre	31/08/2019
Pr	DELMONT Jean	31/08/2019
Pr	FAVRE Roger	31/08/2019
Pr	OLIVER Charles	31/08/2019
Pr	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2017

Pr	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
Pr	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
Pr	COZZONE Pierre	31/08/2018
Pr	DELMONT Jean	31/08/2018
Pr	FAVRE Roger	31/08/2018
Pr	OLIVER Charles	31/08/2018
Pr	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2016

Pr	BONGRAND Pierre	31/08/2019
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
Pr	BRUNET Christian	31/08/2019
Pr	CAU Pierre	31/08/2019
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2017
Pr	FAVRE Roger	31/08/2017
Pr	FONTES Michel	31/08/2019
Pr	JAMMES Yves	31/08/2019
Pr	NAZARIAN Serge	31/08/2019
Pr	OLIVER Charles	31/08/2017
Pr	POITOUT Dominique	31/08/2019
Pr	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
Pr	VIALETES Bernard	31/08/2019

2015

Pr	COULANGE Christian	31/08/2018
Pr	COURAND François	31/08/2018
Pr	FAVRE Roger	31/08/2016
Pr	MATTEI Jean-François	31/08/2016
Pr	OLIVER Charles	31/08/2016
Pr	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2014

Pr	FUENTES Pierre	31/08/2017
Pr	GAMERRE Marc	31/08/2017
Pr	MAGALON Guy	31/08/2017
Pr	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2013

Pr	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
Pr	CARAYON Pierre	31/08/2016
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2016
Pr	DELMONT Jean	31/08/2016
Pr	HENRY Jean-François	31/08/2016
Pr	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
Pr	RUFO Marcel	31/08/2016
Pr	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2012

Pr AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
Pr BOUVENOT Gilles	31/08/2015
Pr CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
Pr FAVRE Roger	31/08/2015
Pr MATTEI Jean-François	31/08/2015
Pr OLIVER Charles	31/08/2015
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2015

2011

Pr DI MARINO Vincent	31/08/2015
Pr MARTIN Pierre	31/08/2015
Pr METRAS Dominique	31/08/2015

2010

Pr MAGNAN Jacques	31/12/2014
-------------------	------------

2009

Pr DJIANE Pierre	31/08/2011
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2012

2008

Pr LEVY Samuel	31/08/2011
Pr JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
Pr PONCET Michel	31/08/2011
Pr KASBARIAN Michel	31/08/2011
Pr ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

Docteurs Honoris Causa

1967

Pr DADI (Italie)
Pr CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

Pr MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
Pr T.A. LAMBO (Suisse)

1975

Pr O. SWENSON (U.S.A.)
Pr Lord J. WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

Pr P. FRANCHIMONT (Belgique)
Pr Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

Pr C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
Pr C. GIBBS (U.S.A.)
J.DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

Pr A. MARGULIS (U.S.A.)
Pr R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

Pr H. RAPPAPORT (U.S.A.)
Pr M. SCHOU (Danemark)
Pr M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
Pr S. REFSUM (Norvège)

1982

Pr W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

Pr S. MASSRY (U.S.A.)
Pr KLINSMANN (R.D.A.)

1986

Pr E. MIHICH (U.S.A.)
Pr T. MUNSAT (U.S.A.)
Pr LIANA BOLIS (Suisse)
Pr L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

Pr P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

Pr R. BERGUER (U.S.A.)
Pr W.K. ENGEL (U.S.A.)
Pr V. ASKANAS (U.S.A.)
Pr J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
Pr A. DAVIGNON (Canada)
Pr A. BETTARELLO (Brésil)

1989

Pr P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

Pr J.G. MC LEOD (Australie)
Pr J. PORTER (U.S.A.)

1991

Pr J. Edward MC DADE (U.S.A.)
Pr W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

Pr H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
Pr D. CARSON (U.S.A.)
Pr T. YAMAMURO (Japon)

1994

Pr G. KARPATI (Canada)
Pr W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

Pr D. WALKER (U.S.A.)
Pr M. MULLER (Suisse)
Pr V. BONOMINI (Italie)

1997

Pr C. DINARELLO (U.S.A.)
Pr D. STULBERG (U.S.A.)
Pr A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
Pr P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

Pr O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

Pr J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
Pr D. COLLEN (Belgique)
Pr S. DIMAURO (U. S. A.)

Docteurs Honoris Causa

2000

D. SPIEGEL (U. S. A.)

C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

P-B. BENNET (U. S. A.)

G. HUGUES (Grande Bretagne)

J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

M. ABEDI (Canada)

K. DAI (Chine)

2003

T. MARRIE (Canada)

G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. DAKE (U.S.A.)

2005

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

S. KAUFMANN (Allemagne)

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CASTINETTI Frédéric	FLECHER Xavier
ALIMI Yves	CECCALDI Mathieu	FOUILLOUX Virginie
AMABILE Philippe	CERMOLACCE Michel	FOTI Bruno
ANDRE Nicolas	CHAGNAUD Christophe	FOURNIER Pierre-Edouard
ARGENSON Jean-Noël	CHAMBOST Hervé	FRANCESCHI Frédéric
ASTOUL Philippe	CHAMPSAUR Pierre	FUENTES Stéphane
ATTARIAN Shahram	CHANEZ Pascal	GABERT Jean
AUDOIN Bertrand	CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GABORIT Bénédicte
AUQUIER Pascal	CHARREL Rémi	GAINNIER Marc
AVIERINOS Jean-François	CHAUMOITRE Kathia	<i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i>
AZULAY Jean-Philippe	CHIARONI Jacques	GARIBOLDI Vlad
BARLIER-SETTI Anne	CHINOT Olivier	GAUDART Jean
BARLOGIS Vincent	CHOSSEGROS Cyrille	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BARTHET Marc	COLLART Frédéric	GENTILE Stéphanie
BARTOLI Christophe	COSTELLO Régis	GERBEAUX Patrick
BARTOLI Jean-Michel	COUDERC Anne-Laure	GEROLAMI/SANTANDREA René
BARTOLI Michel	COURBIERE Blandine	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
BARTOLOMEI Fabrice	CRAVELLO Ludovic	GIORGI Roch
BASTIDE Cyrille	CUISSET Thomas	GIOVANNI Antoine
BAT Flora	CUNY Thomas	GIRARD Nadine
BELIARD-LASSERRE Sophie	DA FONSECA David	GIRAUD/CHABROL Brigitte
BENSOUSSAN Laurent	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	GONCALVES Anthony
BERBIS Philippe	DANIEL Laurent	GONZALEZ Jean- Michel
BERBIS Julie	DARMON Patrice	GRAILLON Thomas
BERDAH Stéphane	DAUMAS Aurélie	GRANEL/REY Brigitte
BEROUD Christophe	DAVID Thierry	GRANDVAL Philippe
BERTRAND Baptiste	D'ERCOLE Claude	GREILLIER Laurent
BERTUCCI François	D'JOURNO Xavier	GUEDJ Eric
BEYER-BERJOT Laura	DEHARO Jean-Claude	GUIEU Régis
BLAISE Didier	DELAPORTE Emmanuel	GUIS Sandrine
BLANC Julie	<i>DESSI Patrick (Surnombre)</i>	GUYOT-CECCALDI Laurent
BLIN Olivier	DEVILLIER Raynier	GUYE Maxime
BLONDEL Benjamin	DISDIER Patrick	HABIB Gilbert
BOISSIER Romain	DODDOLI Christophe	HARDWIGSEN Jean
BONIN/GUILLAUME Sylvie	DRANCOURT Michel	HOUVENAEGHEL Gilles
BONELLO Laurent	DUBOURG Grégory	HRAIECH Sami
BOULATE David	DUBUS Jean-Christophe	JACQUIER Alexis
BOYER Laurent	DUFFAUD Florence	JOURDE-CHICHE Noémie
BREGEON Fabienne	DUFOUR Henry	JOUBE Jean-Luc
BRETELLE Florence	DUSSOL Bertrand	KAPLANSKI Gilles
BROUQUI Philippe	EBBO Mikaël	KARSENTY Gilles
BRUDER Nicolas	ESCLASSAN Rémi	KERBAUL François (détachement)
BRUE Thierry	EUSEBIO Alexandre	KRAHN Martin
BRUNET Philippe	FABRE Alexandre	LAFFORGUE Pierre
BUKIET Frédéric	FAKHRY Nicolas	LAGIER Jean-Christophe
BURTEY Stéphane	FAURE Alice	LAMBAUDIE Eric
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	FELICIAN Olivier	LANCON Christophe
CASANOVA Dominique	FENOLLAR Florence	LA SCOLA Bernard

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE GALL Michel
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas (disponibilité)
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MONNET-CORTI Virginie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao
PHILIP-ALLIEZ Camille
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe

PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RADULESCO Thomas
RANQUE Stéphane
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
SUISSA Laurent
TABOURET Emeline
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel (détachement)
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLA Antoine
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke (détachement)
VIVIER Eric
XERRI Luc
ZIELESKIEWICZ Laurent

◆ **Professeurs des Universités**

ABOUT Imad
ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

◆ **Professeur certifié**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps**

REVIS Joana

◆ **Professeur des Universités médecine générale**

GENTILE Gaëtan

◆ **Professeur associé des Universités à mi-temps médecine générale**

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

◆ **Professeur des Universités associé à temps plein des disciplines médicales**

BOUSSUGES Alain

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps des disciplines médicales**

BOURVIS Nadège

Maître de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers

ABOUDHARAM Gérard	GIRAUD Thomas	RESSEGUIER Noémie
AHERFI Sarah	GIRAudeau Anne	ROBERT Philippe
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Thomas
ANTEZACK Angéline	GOURIET Frédérique	ROCHE-POGGI Philippe
APPAY Romain	GRIMALDI Stéphane	ROCHIGNEUX Philippe
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GUERIN Carole	ROMANET Pauline
BALLESTER Benoit	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SABATIER Renaud
BARON Sophie	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GUIBVARC'H Maud	SAULTIER Paul
BELLONI Didier	GUIVARCH Jokthan	SAVEANU Alexandru
BENYAMINE Audrey	HABERT Paul	SILVESTRI Frédéric
BIRNBAUM David	HAK Jean-François	STELLMANN Jan-Patrick
BLANCHET Isabelle	HAUTIER Aurélie	STEPHAN Grégory
BOBOT Mickael	HEIM Xavier	SUCHON Pierre
BOHAR Jacques	IBRAHIM KOSTA Manal	<i>TOGA Isabelle Retraite au 20/09/2023</i>
BONINI Francesca	JACQUOT Bruno	TOSELLO Alain
BOUCRAUT Joseph	JALOUX Charlotte	TROUDE Lucas
BOULAMERY Audrey	JARROT Pierre-André	TROUSSE Delphine
BOULLU/CIOCCA Sandrine	KASPI-PEZZOLI Elise	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
BOUSSEN Salah Michel	L'OLLIVIER Coralie	VELY Frédéric
BUFFAT Christophe	LABORDE Gilles	VENTON Geoffroy
CAMILLERI Serge	LABIT-BOUVIER Corinne	ZATTARA/CANNONI Hélène
CAMOIN Ariane	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	
CAMPANA Fabrice	LAGARDE Stanislas	
CARRON Romain	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
CASAZZA Estelle	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
CASSAGNE Carole	LAMBERT Isabelle	
CATHERINE Jean-Hugues	LAURENT Michel	
CHAUDET Hervé	LENOIR Marien	
CHOPINET Sophie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
CHRETIEN Anne-Sophie	MAAROUF Adil	
COZE Carole	MACAGNO Nicolas	
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	MALISSEN Nausicaa	
DALES Jean-Philippe	<i>MAUES DE PAULA André (disponibilité)</i>	
DARIEL Anne	MEGE Diane	
DEHARO Pierre	MENSE Chloé	
DELLIAUX Stéphane	MENU Estelle	
DELTEIL Clémence	MORAND-HUGUET Aurélie	
DESPLAT/JEGO Sophie	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUONSEIL Pauline	NETTER Antoine	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOIRRIET-ESCLASSAN Emmanuelle	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	PIZZO Francesca	
GARCIAZ Sylvain	POMMEL Ludovic	
GASTALDI Marguerite	PRECKEL Bernard-Eric	
GAUDRY Marine	PROST Solène	
GELSI/BOYER Véronique	RE Jean-Philippe	

◆ Maître de conférences des Universités (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MEZOUAR Soraya
POGGI Marjorie

RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

◆ Maître de conférence des Universités de médecine générale

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

◆ Maître de conférences associés de médecine générale à mi-temps

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

◆ Maître de conférences associés à mi-temps

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

◆ **CDI LRU temps plein Ecole des Sciences de la réadaptation**

Formation Ergothérapie

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

Formation Pédicurie-Podologie

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

Formation Orthoptie

MONTICOLO Chloé

Formation Masso-Kinésithérapie

AUTHIER Guillaume	HOUDANT Benjamin
CAORS Béatrice	MIRAPEIX Sébastien
CHAULLET Karine	MULLER Philippe
ERCOLANO Bruno	ROSTAGNO Stéphan
HENRY Joannie	

◆ **CDD LRU temps plein Ecole des Sciences infirmières**

CHAYS-AMANIA Audrey

◆ **CDD LRU temps plein Anglais**

GILSINN Amanda

◆ **Attaché temporaire d'enseignement et de recherche**

SACHAU-CARCEL Géraldine

◆ **CDI LRU Ecole de Maïeutique**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers Maîtres de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers Enseignants mono-appartenants Enseignants médecine générale Enseignants associés

◆ ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) (disponibilité)
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

◆ ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH) (disponibilité)
XERRI Luc (PU-PH)
APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH) (disponibilité)

◆ ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

◆ ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

◆ ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)
SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

◆ BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
DUBOURG Grégory (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) (disponibilité)
BARON Sophie (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)
CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

◆ BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE ET MEDECINE DU
DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

◆ **BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)
BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)
CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF)
(69ème section)

◆ **BIostatistiques,
Informatique Médicale
ET Technologies
DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)
CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

◆ **CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)
PROST Solène (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

◆ **CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)
DEHARO Pierre (MCU PH)

◆ **CHIRURGIE VISCERALE
ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)
BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
CHOPINET Sophie (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) (détachement)
DARIEL Anne (MCU-PH)

◆ **CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
TABOURET Emeline (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)
GAUDRY Marine (MCU-PH)

◆ **HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

◆ **DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)
MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

BOULATE David (PU-PH)
COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)
HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU-PH)

◆ **GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

◆ **GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

◆ ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (PU-PH)

◆ EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

◆ IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)
FERON François (PR) (69ème section)
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
HEIM Xavier (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

◆ MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)
ELDIN Carole (MCU-PH)

◆ GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BLANC Julie (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)
NETTER Antoine (MCU-PH)

◆ HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
DEVILLIER Raynier (PU PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
LOOSVELD Marie (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)
GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

◆ MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)
DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)
BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

◆ MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

◆ **MEDECINE D'URGENCE 4805**

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

◆ **MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

◆ **NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)
BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

◆ **NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)
ATLAN Catherine (MCU-PH) (disponibilité)
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

◆ **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)
MEZOUAR Soraya (65ème section)

◆ **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
VILLA Antoine (PU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

◆ **MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)
BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

◆ **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GRAILLON Thomas (PU PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)
CARRON Romain (MCU PH)
TROUDE Lucas (MCU-PH)

◆ **NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
SUISSA Laurent (PU-PH)
GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)
MAAROUF Adil (MCU-PH)

◆ OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

◆ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH) (surnombre)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

◆ PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

MENU Estelle (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH) Retraite le 20/09/2023

◆ PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

◆ PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

◆ PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

BAT Flora (PU-PH)

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

◆ PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

◆ PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

◆ PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

◆ **PSYCHOLOGIE -
PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

◆ **RADIOLOGIE ET
IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)
HABERT Paul (MCU PH)
HAK Jean-François (MCU PH)
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

◆ **REANIMATION MEDICALE ;
MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)
HRAIECH Sami (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

◆ **SCIENCES DE LA REEDUCATION
ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)
AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphan
LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

◆ **PNEUMOLOGIE ;
ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

◆ **RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)

◆ **THERAPEUTIQUE ;
MEDECINE D'URGENCE ;
ADDICTOLOGIE 4804**

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

◆ **UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

◆ **MAÏËTIQUE 90**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

◆ **SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)
BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)

◆ **ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01**

LE GALL Michel (PU-PH)
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
TARDIEU Corinne (PU-PH)
BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
BOHAR Jacques (MCU-PH)
CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

◆ **DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01**

BUKIET Frédéric (PU-PH)
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)
ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
BALLESTER Benoît (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LABORDE Gilles (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE 57-01**

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
BELLONI Didier (MCU-PH)
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

◆ **PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02**

FOTI Bruno (PU-PH)
LE GALL Michel (PU-PH)
LAN Romain (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 65**

ABOUT Imad (PR)

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de thèse Mr le Dr Luc Julien, pour son accompagnement tout au long de cette année.

Je remercie également Julie Coton pour son investissement et ses précieux conseils.

Je remercie les autres membres du Jury,

Mr le Pr Poinso, qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

Mr le Dr Guivarch, pour son aide et son soutien.

Enfin, je tiens à remercier les mineurs incarcérés à la maison d'arrêt de Luynes avec lesquels je me suis entretenue, et saluer le courage qu'ils ont eu de se prêter à l'exercice difficile de mes entretiens.

« La prison est la pire des réponses. Elle provoque l'isolement sensoriel, l'arrêt de l'empathie, l'augmentation de l'angoisse, entretient les relations toxiques, l'humiliation. En sortant de prison, on constate que l'enfant n'est plus apte à réguler ses émotions ». (2009)

Boris Cyrulnik

Table des matières

Introduction	6
Première partie : Etat des lieux des mineurs incarcérés en France et de leurs soins psychiques	7
I . Histoire de l'enfermement des mineurs et justice pénale	7
A. Evolution historique de la prison pour mineur	7
1. Prison ordinaire ou spécifique ?	7
2. D'autres formes d'enfermement.....	9
3. Des alternatives à l'incarcération ?	12
4. D'autres modèles à l'étranger.....	14
B. Justice pénale des mineurs en France	15
1. La capacité de discernement.....	15
2. La procédure pénale : l'interpellation, la garde à vue et la retenue	17
3. Les audiences : de culpabilité, et de sanction.....	17
4. Les sanctions : les mesures éducatives et les peines	19
5. Les dispositifs de prise en charge des mineurs.....	22
<i>Le dispositif de milieu ouvert.....</i>	<i>22</i>
<i>Les dispositifs d'insertion.....</i>	<i>22</i>
<i>Les dispositifs de placement</i>	<i>23</i>
<i>Les dispositifs de détention</i>	<i>24</i>
C. Données socio-démographiques des mineurs incarcérés en France	27
1. Données socio-démographiques actuelles des mineurs incarcérés en France.....	27
2. Données socio-médico-psychologiques sur les mineurs incarcérés.....	29
3. Données socio-médico-psychologiques sur les mineurs pris en charge par la PJJ (hors incarcération)	32
4. Les récidives.....	34
5. Mineurs incarcérés à Marseille	35
II. Clinique des mineurs incarcérés	37
A. L'adolescence et les troubles mentaux à l'adolescence	37
1. L'adolescence	37
a. Transformations	38
b. Besoins.....	39
c. Les conduites adolescentes	41
2. Les troubles mentaux à l'adolescence	45

B. Psychopathologie et clinique de la délinquance	48
1. Définitions et types de délinquance	49
2. Les facteurs de délinquance	50
3. Psychopathie et troubles de la personnalité antisociale	54
C. Clinique des mineurs incarcérés	56
D. Impact de l’incarcération chez le mineur	59
III. Dispositif et organisation des soins en détention	64
A. Organisation de l’offre de soins au niveau national	65
1. Un aménagement des soins en milieu pénitentiaire progressif	65
2. Les niveaux de soins	66
3. Cas particulier de l’injonction de soins	67
B. Les modalités de soins psychiques	68
1. Cadre thérapeutique du soin psychique.....	68
2. Enjeux et objectifs thérapeutiques.....	70
3. D’autres médiations thérapeutiques	72
C. Exemple du dispositif de soins pour les mineurs de la maison d’arrêt de Luynes	74
Deuxième partie : Etude épidémiologique et clinique des mineurs incarcérés au sein de la maison d’arrêt de Luynes	77
1. Méthode	78
2. Résultats	85
<i>Données administratives</i>	85
<i>Antécédents relatifs à la santé mentale</i>	88
<i>Antécédents somatiques</i>	97
<i>Données socio-biographiques</i>	98
<i>Données cliniques</i>	101
<i>Prise en charge par le SPAD</i>	103
3. Discussion	104
<i>Discussion des résultats</i>	104
<i>Points forts et limites de l’étude</i>	124
<i>Perspectives</i>	125
4. Conclusion	130
Références bibliographiques	132
Annexes	142

Introduction

Prison et restructuration psychique ne sont pas des mots que l'on associe spontanément. Cela semble davantage contradictoire lorsqu'il s'agit d'adolescents. En effet, les enjeux et les changements à l'adolescence font d'elle une période de fragilité et de vulnérabilité manifeste. Lors de cette dernière, les développements psychique et physique sont inachevés et l'enfermement risque d'interrompre le processus d'individuation qui lui est propre.

La délinquance juvénile semble apparaître chez des jeunes dont le parcours de vie est difficile et marqué de carences affectives et éducatives.

Il est alors logique de penser à l'impact considérable que peut avoir l'incarcération chez ces jeunes qui cumulent autant de facteurs de vulnérabilité. En effet, on peut penser qu'ils présentent un risque plus élevé de développer des troubles mentaux ou liés à des substances.

Pourtant les études sur les mineurs incarcérés en France sont peu nombreuses et leur état de santé mentale est mal connu.

Ainsi, dans cette thèse, nous nous intéresserons aux mineurs incarcérés en France, à leur état de santé mentale et aux dispositifs de soins psychiques en détention. Pour cela, nous avons mené en 2023 une étude épidémiologique et clinique des mineurs incarcérés au sein de la maison d'arrêt de Luynes.

Dans la première partie, nous aborderons tout d'abord l'histoire de l'enfermement des mineurs en France depuis le XIX^e mettant en lumière son évolution, son cadre pénal, ainsi que les données socio-démographiques actuelles. Puis nous ferons un point sur la clinique des mineurs incarcérés et enfin, nous exposerons les dispositifs actuels de soins psychiques en détention. Dans la deuxième partie, nous présenterons notre étude épidémiologique et clinique menée auprès des mineurs incarcérés au sein de la maison d'arrêt de Luynes.

Première partie : Etat des lieux des mineurs incarcérés en France et de leurs soins psychiques

I. Histoire de l'enfermement des mineurs et justice pénale

A. Evolution historique de la prison pour mineurs

1) Prison ordinaire ou spécifique ?

Depuis deux siècles, notre société a eu tendance à privilégier l'enfermement des mineurs, que ce soit dans une prison ordinaire ou bien en créant des structures plus spécifiques, comme des centres tels que les maisons de correction et les foyers mais dont les allures étaient souvent pénitentiaires (1).

Le début du XIX^e siècle est marqué par l'idée que les enfants vagabonds et délinquants sont avant tout des « innocents-coupables » (*Bourquin, 2007*). Le code pénal de 1810, dans la continuité de celui de 1791, fixe un âge de minorité pénale à 16 ans en considérant que les mineurs ayant agi sans discernement doivent être disculpés et placés en maisons de correction, ressemblant fortement à des maisons d'arrêt. Personne ne songe à supprimer totalement l'incarcération des enfants, même celle des tout-petits (1). Ce n'est qu'en 1912 que l'âge minimum de la détention est fixé à 13 ans en dessous duquel les enfants bénéficient de l'irresponsabilité pénale, et que les tribunaux pour enfants sont créés (2). En effet, jusqu'aux années 1900, les établissements accueillent des enfants parfois très jeunes et n'ayant pas encore 10 ans, qui partagent les mêmes locaux que les adultes.

Peu à peu, les politiques ont conscience des problèmes inhérents à la prison, surtout pour les plus jeunes. L'intérêt d'aménager les lieux de la détention afin d'empêcher les dérives observées du côté des adultes est alors évoqué.

Ainsi, à partir de 1819, et sans interruption jusqu'à nos jours, est inscrite dans la loi la nécessité de créer des quartiers mineurs au sein des prisons. Par ailleurs, l'administration pénitentiaire reste sous la responsabilité du ministère de l'Intérieur jusqu'en 1911, puis elle se rallie au ministère de la Justice (1).

En France, la première prison spécifique pour les enfants est construite à Paris, en 1836, la Petite Roquette. Cette prison compte près de cinq cents cellules individuelles. Des mesures de cloisonnement très strictes sont imposées afin d'éviter tout contact entre les jeunes. Dès les années 1860, la Petite Roquette reçoit de nombreuses critiques en dénonçant un système inhumain, entraînant une détresse psychologique chez certains allant jusqu'à des tentatives de

suicide. Alors considérée comme une prison ordinaire, elle continue d'accueillir pendant quelques décennies des enfants punis de peines de moins d'un an et des personnes en attente de jugement.

Puis, à la veille de la seconde guerre mondiale, elle est vidée de ces jeunes détenus. Et enfin, elle est détruite au milieu des années 1970 (1,3,4).

Devant les échecs observés, des projets éducatifs sont pensés, comme la mise en place de services éducatifs au sein de la prison. En **1946**, le ministère de la Justice crée une administration dédiée aux mineurs : l'éducation surveillée, qui deviendra en **1989** la protection judiciaire de la jeunesse (5). Ce projet donne lieu à des dispositifs, comme le centre spécial d'observation de l'éducation surveillée (CSOES) créé en 1958 à la prison de Fresnes (valable pour les filles et les garçons) qui est sous la responsabilité des éducateurs et des psychologues et non des surveillants, afin d'évaluer les comportements et adapter ensuite la réponse judiciaire. Cela est appuyé par l'idée que le « choc carcéral » n'est pas une solution « thérapeutique ». Yves Roumajeon, psychiatre à la prison de Fresnes jusqu'en 1969 a écrit : « Destructrice, la prison ne pouvait être le remède à cette délinquance qui pour moi ne définissait nullement la situation de ces délinquants » (1).

Finalement ces projets connaissent à leur tour de nombreuses critiques (notamment après 1968 où l'incarcération des mineurs est contestée), comme les dérives sur les délais d'observation de plus en plus longs, la surpopulation manifeste, ou encore les récidives fréquentes des mineurs et sont alors peu à peu abandonnés. Les CSOES ferment en 1979 (1,6). A cette période, la pression publique et médiatique est particulièrement importante, notamment en rapport avec l'apparition des « blousons noirs » qui conforte l'idée de maintenir les jeunes délinquants en détention (*les blousons noirs forment une sous-culture juvénile apparue en France dans les années 1950 issue des classes populaires essentiellement, influencée par les codes vestimentaires américains, qui commet des actes de délinquance pour des motifs divers, sans revendication précise*) (7) (1,6).

Face à une jeunesse plus précoce et plus violente, la question sécuritaire devient politique, mais l'idée d'aménager des structures spécialisées pour mineurs perdure. Ainsi, la **loi d'orientation et de programmation pour la Justice du 9 septembre 2002** (dite loi Perben I) crée les établissements pénitentiaires pour mineurs, qui apparaissent comme un dispositif pertinent, mettant l'accent sur l'éducation et une préparation précoce à la sortie (1,8,9). (*Cf. partie B.5 Dispositif de prise en charge des mineurs, dispositif de détention*).

2) D'autres formes d'enfermement

Des alternatives à l'incarcération dans les prisons ordinaires sont envisagées parallèlement. En France, à partir de 1830 sont pensées des institutions spécifiques pour les mineurs déviants et délinquants. Il s'agit des colonies agricoles pénitentiaires, lieux de placement et de redressement, voulant se différencier des prisons et quartiers mineurs ordinaires. Ces colonies sont définies en 1850 dans la loi « sur l'éducation et le patronage des jeunes détenus », prônant une instruction à la fois morale et religieuse. Elles sont préconisées pour tous les mineurs jugés « comme ayant agi sans discernement » et qu'il faut alors placer afin d'être « élevés en commun, sous une discipline sévère, et appliqués aux travaux de l'agriculture ». Le placement collectif, en pleine campagne, loin des villes et des parents, semble être une solution adaptée. Il s'agit de tenter un ressourcement du jeune déviant par la nature. Les colonies présentent une architecture et une organisation différentes des prisons ordinaires, et sont localisées au cœur d'un environnement agréable riche en végétations (1,10).

La plus célèbre des colonies est celle de Mettray, en Indre-et-Loire où il n'y a ni grille, ni barreaux, ni murs d'enceinte, mais où il règne une discipline sévère. Ces placements sont principalement justifiés par l'objectif de formation des enfants.(1,10) Cependant, les apprentissages ne sont autres que des travaux de force (bûcheronnage, cassage de cailloux dans les carrières, travaux des champs). Le rythme est très dense avec des horaires stricts à respecter (souvent très tôt le matin jusqu'au soir). Les quelques loisirs proposés visent à dresser le corps et l'esprit avec des exercices de gymnastique. Un règlement précis est exigé (par exemple le silence lors des repas ou le respect strict des horaires de coucher), sous peine de sanctions (corvées diverses, privation de nourriture, isolement de plusieurs jours) (1,10,11).

Finalement, il apparaît rapidement que ces maisons de redressement sont des lieux d'enfermement disciplinaires et punitifs, où la violence est usée légalement, se rapprochant alors de l'univers carcéral. Les filles délinquantes sont quant à elle placées dans des couvents ; la congrégation du Bon Pasteur ayant en charge les jeunes filles déviantes. Là encore, une discipline très stricte est imposée à ces jeunes filles, qui n'ont aucun contact avec l'extérieur ; l'univers monacal se rapprochant alors d'un univers carcéral (1,10). De toute évidence, ces alternatives restent des lieux privatifs de liberté.

Tout au long du XIX^e siècle, ces maisons de correction connaissent un véritable essor, notamment à la veille de la première guerre mondiale où la peur des « criminels nés » conduit à accentuer les punitions et les châtements corporels. Michel Foucault qualifie les maisons de correction de lieux de « discipline pure » (1975)(1,10).

Puis, la perception de la jeunesse évolue à la suite des traumatismes des deux guerres. Celle-ci incarne désormais une promesse de reconstruction, une source d'avenir pour le pays dans ce contexte socio-économique particulier (1,12). De plus, les mineurs sont considérés comme des êtres fragiles, à protéger, encore malléables et donc davantage éducatifs (9). Ainsi, l'**ordonnance du 2 février 1945** instaure une justice des mineurs spécifique priorisant l'éducatif par rapport au répressif avec des magistrats et éducateurs spécialisés de la jeunesse (5)(1). L'enfermement doit devenir une exception et l'accent est mis sur la formation des enfants placés. Les maisons de correction considérées comme des lieux de maltraitance et de violence sont alors transformées en internats professionnels. D'autre part, l'état est désigné comme responsable de la jeunesse et a donc un devoir d'éducation et d'intégration à son égard. Les mineurs ayant commis des actes délictueux sont alors considérés comme partiellement responsables. De fait, les mineurs délinquants sont perçus comme des victimes des dysfonctionnements sociaux et familiaux de leur histoire. Les actes de délinquance sont alors considérés comme des symptômes de la souffrance occasionnée nécessitant que ces jeunes soient aidés et accompagnés. De fait, la responsabilité de l'acte n'est plus individuelle mais collective (9,13).

Pour ce faire, des rapports d'experts (enquête sociale, mesures d'investigation) sont effectués par des travailleurs sociaux et/ou médecins qui accompagnent les jeunes. Ces rapports permettent d'orienter la décision du juge des enfants. Ce dernier est désigné par l'ordonnance de 1945 et détient le rôle de magistrat spécialisé présidant la justice des mineurs. Il est chargé à la fois de l'instruction, du prononcé de la peine et du suivi de son exécution, tout cela en agissant dans l'intérêt de l'enfant (1,5,9,14–16).

L'utopie d'une société du progrès prônée au cours des Trente Glorieuses et après mai 1968, conduit le ministère de la Justice à abandonner les placements fermés et à mettre l'accent sur le milieu ouvert. Les éducateurs et les psychologues proposent des suivis individuels des jeunes et même de leur famille. De plus, les sciences du psychisme puis la psychanalyse prennent une place croissante (1).

Cependant, les représentations et les perceptions au sujet des jeunes délinquants évoluent au début du XXI^e siècle, dans un contexte de crise économique et de changements socio-politiques occasionnant un sentiment d'insécurité important. Alors qu'ils n'étaient que partiellement reconnus coupables de leurs actes, les jeunes sont considérés comme des acteurs responsables de leurs actes qu'il faut sanctionner et non plus soigner ou éduquer (1,9,10). Cela incite les politiques et les médias à renforcer l'arsenal judiciaire avec des nouveaux lieux de placement

autres que la détention. (cf. 3. *Alternatives à l'incarcération et partie B.5 dispositifs de prise en charge des mineurs*) (1,6,9).

De nouveau, la prison n'est plus considérée comme un univers complexe et néfaste mais comme une solution socialement utile. A noter qu'à cette période, la tendance à la responsabilisation des acteurs n'est pas spécifique aux mineurs mais s'applique plus globalement dans la société en imputant aux individus les causes de leurs échecs ou de leurs réussites (1,6,9).

Parallèlement, la mission éducative est encouragée par l'arrivée en 2002 des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) en détention. Les objectifs principaux étaient de mettre en place un suivi individuel avec les jeunes pour travailler le lien familial, l'impact de la rupture avec leur environnement et enfin pour les préparer à la sortie de détention en travaillant un projet de vie aussi bien personnel que professionnel.(9) Puis dans cette logique éducative et de remplacement des quartiers mineurs sont créées des structures spécifiques : les établissements pour mineurs, dont les locaux semblent plus adaptés pour des adolescents car plus agréables et plus propices à une vie scolaire, sociale et familiale. Néanmoins, leur architecture se rapprochant de celle d'une prison ordinaire, ces établissements ressemblent à des prisons éducatives (9).(cf. partie B.5 Dispositif de détention).

Bien que peu d'études aient été menées sur les quartiers mineurs, quelques-unes se sont intéressées à l'environnement des mineurs y étant incarcérés et ont montré une situation carcérale souvent très critique. En effet, il est dénoncé des locaux vétustes et dégradés dans de nombreux quartiers mineurs d'établissements pénitentiaires (9,17). De plus, le nombre de détenus dépasse le nombre de places, engendrant une surpopulation à l'origine de multiples difficultés. La séparation entre les mineurs et les détenus majeurs est insuffisante. Cela est encore plus marqué pour les filles qui sont placées dans les quartiers pour femmes adultes (et ayant le même régime de détention que celles-ci) et pour lesquelles très peu d'activités sont proposées, car moins nombreuses que la population masculine. Toutefois, le manque crucial d'activités dans les quartiers pour mineurs semble plus global et récurrent, et est lié au manque de moyens et d'effectif. L'ennui et l'inaction conduisent les jeunes à rester dans leur cellule, à fumer ou à regarder la télévision. A son tour, l'inactivité semble favoriser la violence de ces jeunes (9,18,19).

D'autre part, une attitude désadaptée des surveillants envers les mineurs a souvent été observée. Il semblerait que leur formation et leur implication soient insuffisantes, contrairement aux surveillants spécifiquement postés au quartier mineur et particulièrement engagés auprès d'eux (9,17). Par ailleurs, les auteurs dénoncent aussi l'insuffisance de scolarisation et de formation

des jeunes, malgré une obligation de scolarité jusqu'à 16 ans (9,17,18). Enfin, la durée d'incarcération des mineurs visant à être la plus courte possible, rend plus difficile leur inscription dans un parcours éducatif et professionnel (20).

La logique carcérale des établissements pour mineurs a été rapidement critiquée aussi. Les objectifs éducatifs semblaient entravés par un personnel insuffisamment formé, en sous-effectif et aussi par la confusion fréquente entre les éducateurs et les surveillants par les jeunes incarcérés. Aussi, des violences ont été observées sur les mineurs ou sur le personnel (surveillants pénitentiaires et éducateurs de la PJJ) engendrant des conséquences psychiques graves allant jusqu'à la survenue de suicides chez les mineurs (21).

Ainsi, les critiques vis-à-vis de l'incarcération des mineurs, que ce soit dans les quartiers pour mineurs ou dans les établissements pour mineurs, conduit à envisager d'autres dispositifs de placement.

3) Des alternatives à l'incarcération ?

La nécessité d'une défense sociale peut justifier l'incarcération des mineurs, mais cela doit être envisagé en dernier recours. Un mouvement important s'est donc créé en faveur des alternatives à l'incarcération, dont les centres éducatifs, mais aussi les travaux d'intérêt général.

À côté des établissements pénitentiaires, la justice des mineurs dispose de centres fermés à caractère éducatif. En 1996 sont créées les unités à encadrement éducatif renforcé (UEER), qui deviendront quelques années plus tard les centres éducatifs renforcés (CER). Quelques années après leur création, les centres de placement immédiat (CPI) voient le jour. Puis en 2002 apparaissent les centres éducatifs fermés (CEF) dans lesquels l'encadrement des mineurs est primordial. (*cf. partie B.5 dispositifs de prise en charge des mineurs*) (22)(9).

Cependant, au-delà de dysfonctionnements internes rapportés, ces dispositifs de placement présentent un nombre de places limité (9). Il semble pertinent de se demander si certains placements en détention ne sont pas prononcés par manque de places sur ces autres structures de placement. En effet, le recours croissant à la détention n'est pas forcément lié à une réponse judiciaire plus répressive mais plutôt à un manque de places disponibles en centre d'hébergement. Déjà en 2011, un rapport du Sénat évoque l'insuffisance des places en CEF et les difficultés de placements en urgence qui en découlent (23). De plus, une part importante de mineurs sont placés en détention provisoire sans avoir encore été jugés, ayant alors le statut de prévenus. Cela vient questionner l'idée que l'incarcération d'un mineur a lieu en dernier recours

(24)(18). Cependant, si la détention perd partiellement son caractère d'exception, même partiellement, les mesures d'éducation semblent alors d'autant plus impératives (9).

Enfin, il semble pertinent de se demander s'il ne faut pas davantage favoriser la socialisation des adolescents délinquants et d'autant plus s'ils sont récidivistes, en envisageant des alternatives à l'incarcération. Aider les jeunes délinquants à tolérer autrui voire à engager une relation supportant l'altérité semble être un objectif primordial qui est loin d'être aisé. En effet, cela peut provoquer de la peur, de l'insécurité, de la haine, de la destructivité, du clivage et d'autres mécanismes de défense encore. Plus largement, socialiser un(e) jeune délinquant(e) permet de l'engager dans un groupe institutionnel impliquant des règles à respecter, mais aussi de s'identifier à une ou plusieurs figures d'autorité suffisamment bienveillante(s) et donc lui offrir la possibilité de reconstruire des relations sociales altérées voire de créer des liens sociaux sécurisés (9,22,25). Une structure contenant est alors nécessaire pour ce faire.

Selon DW. Winnicott, les structures de placement doivent avoir les qualités « d'un environnement nécessaire à un petit enfant immature [...] qui a la force et la ruse [...] d'un adulte ». Les parents des de la plupart des adolescents placés ne remplissant plus suffisamment le rôle de « pare-excitations » et de « médiateur social » (26). La contenance d'une structure nécessite un cadre de toute évidence. A ce propos, P.-C. Racamier a défini le cadre d'une institution soignante de la façon suivante : « Ce qui le fonde est un espace, un rituel, des repères temporels (c'est-à-dire des rythmes), des règles et des limites. C'est encore le fait simple et évident qu'on y entre et que l'on peut en sortir. ». Une de ses fonctions est d'assurer la sécurité interne des sujets y participant : « il fait collectivement office de pare-excitations ». Il fait du cadre un système vivant qui nécessite une régulation particulière, où l'aspect réglementaire seul ne suffit pas mais nécessitant la formation, la supervision et l'encadrement des soignants (27). En effet, ça n'est pas une tâche aisée pour les soignants et les éducateurs, d'autant que les adolescents délinquants exigent souvent des réponses immédiates. Aussi, contenir la charge de violence des jeunes délinquants est une chose, traiter ce qui la génère et l'entretient en est une autre (22).

4) D'autres modèles à l'étranger

L'histoire, la culture et les traditions de chaque pays influencent l'évolution de la justice pénale des mineurs, qui se présente donc différemment d'un état à un autre. Quelques exemples semblent intéressants à évoquer.

En Suède, l'incarcération des mineurs a été totalement supprimée. Cette mesure est justifiée par la volonté d'exercer un contrôle social sans entraver les chances de développement social, qui est encore inachevé chez les mineurs. Ainsi des structures spécifiques ont été créées notamment pour les adolescents criminels. Elles présentent des caractéristiques originales, s'apparentant à des centres éducatifs renforcés avec plus de moyens, une sécurité renforcée mais sans personnel pénitentiaire, et de durée de séjour beaucoup plus longue. Une durée suffisamment longue étant nécessaire à un travail psychothérapeutique par exemple (22).

En Allemagne, les personnels pénitentiaires exercent leurs fonctions sans éducateurs associés. L'idée de l'incarcération étant davantage perçue comme une punition traditionnelle qu'une mission éducative.

Au Royaume-Uni, les prises en charge des jeunes délinquants condamnés à des peines d'emprisonnement sont divergentes. Des tensions importantes existent entre l'approche traditionnelle mettant l'accent sur le contrôle et la punition des jeunes délinquants et la reconnaissance récente de l'intérêt de l'éducation et de la formation dans la réinsertion de ces jeunes (22).

Enfin, aux Etats-Unis, la justice pénale des mineurs est très différente. Les sanctions sont plus lourdes globalement, et l'âge n'est pas un critère de sanction en fonction de la gravité des délits (notamment quand il s'agit de crimes). En effet, un certain nombre d'adolescents sont jugés en tant qu'adultes devant la gravité estimée des infractions commises (28). De plus, les États-Unis restent le seul pays au monde à emprisonner à vie des mineurs reconnus coupables de crimes (29,30).

Nous venons de voir que l'histoire de l'enfermement des mineurs a évolué en oscillant entre des volontés répressives mettant l'accent sur les sanctions des mineurs délinquants et des volontés éducatives inconstantes ou insuffisantes. Nous allons maintenant nous intéresser de plus près à la justice pénale des mineurs en France et les différents objectifs de la réforme récemment instaurée.

B. Justice pénale des mineurs en France

La justice pénale des mineurs repose sur plusieurs grands principes qui ont été formalisés dans l'ordonnance du 2 février 1945. Cette ordonnance a ensuite été complétée et modifiée à plusieurs reprises.

Depuis septembre 2021 est entré en vigueur le code de la justice pénale des mineurs (CJPM) visant une justice pénale des mineurs plus réactive et une réponse éducative plus efficace. Cette réforme permet de raccourcir les délais de jugement, d'améliorer la prise en compte des victimes, et de prendre des mesures éducatives plus adaptées pour les mineurs (16,31).

La protection des mineurs en France se fait essentiellement par le service de la protection de l'enfance, qui comprend les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). L'ASE concerne les mesures applicables aux mineurs en situation de danger ou en risque de l'être et la PJJ concerne les mineurs auteurs d'infractions relevant d'une prise en charge adaptée à leur âge. La direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) est chargée, en lien avec les autres directions du ministère de la Justice, de l'organisation de la justice des mineurs. Elle a pour objectif l'insertion et l'éducation des mineurs en conflit avec la loi mais aussi la protection des mineurs en danger.

Une procédure spécifique s'applique lorsqu'un mineur est en conflit avec la loi. En effet, les étapes du procès sont différentes de celles qui concernent une personne majeure et les sanctions sont centrées sur l'éducation. Les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse sont spécialistes des questions de l'enfance, et de la même façon, le juge des enfants est un magistrat spécialisé (16,31).

1) La capacité de discernement

Discerner, issu du latin « discernere » qui signifie séparer, distinguer par l'esprit et la réflexion, faculté de juger et d'apprécier les choses avec justesse et clarté selon leur nature et leur juste valeur, avoir du sens critique (distinguer le « bien » du « mal ») (32,33).

La notion de capacité de discernement est fondamentale. La responsabilité pénale d'un mineur qui commet une infraction peut être engagée, notamment lorsque le mineur est en mesure de comprendre et de vouloir son acte. **L'arrêt Laboube** rendu par la Cour de cassation le 13 décembre 1956 a marqué un tournant dans la jurisprudence concernant la responsabilité pénale des mineurs en précisant les limites et les conditions de la responsabilité pénale du mineur. Il souligne l'intérêt de prendre en compte l'âge et la personnalité des mineurs dans l'évaluation

des capacités de discernement et de leur responsabilité pénale (34–36). L'âge de discernement est variable d'un enfant à un autre et d'une situation à une autre. En effet, il est très fortement lié à l'environnement et au contexte éducatif, qui impactent tous deux le développement cognitif et psychoaffectif et donc la personnalité et le fonctionnement psychique. Cela peut entraîner des difficultés psychiques et éducatives avec une connaissance insuffisante des normes sociales par exemple et ce, indépendamment d'un déficit intellectuel (33,37,38). Ces difficultés peuvent alors être à l'origine de manifestations délinquantes.

Ainsi, ces éléments amènent à établir que si le mineur n'a pas agi avec discernement, sa responsabilité pénale ne peut être engagée (34–36,39). En effet, depuis l'ordonnance de 1945, il est demandé au juge des enfants d'ordonner des mesures d'investigation sur la personnalité, le contexte social et la situation médicale des jeunes qui lui sont confiés en vue d'apprécier la spécificité de la décision. Il peut donc ordonner une expertise psychiatrique ou psychologique et/ou une mesure judiciaire d'investigation éducative (40). Cette mesure judiciaire d'investigation éducative consiste en une évaluation approfondie et interdisciplinaire de la personnalité et de la situation du mineur, y compris sur le plan médical permettant de mettre en évidence des éléments orientant au mieux la prise en charge du mineur (14,16,39–41). Quant à l'expertise, dite présentencielle, réalisée par un(e) pédopsychiatre, elle permet de rechercher une pathologie psychiatrique impactant le discernement mais aussi d'évaluer ce dernier en fonction de l'âge et du niveau de développement. Elle peut donc amener à retenir la capacité de discernement pour un mineur âgé de moins de 13 ans, mais n'est ni obligatoire, ni systématique (16,33,42–46).

Cette notion de discernement, spécifiée dans le code de la justice pénale des mineurs (article L11-1, modifié par la loi du 26 février 2021) considère ainsi qu'un mineur de moins de 13 ans qui commet une infraction n'est pas capable de mesurer la portée de son acte (16,31,47,48). Il s'agit d'une **présomption de non-discernement** afin de protéger les plus jeunes(16,33). Certains ont employé le terme d'« excuse de minorité »(14)(5)(38).

De plus, une précision majeure figure dans l'article L11-1 qui énonce que « cette présomption a des effets à tous les stades de la procédure mais n'est pas irréfragable et peut à ce titre être renversée » (48). En effet, « la capacité de discernement du mineur âgé de moins de treize ans peut être établie notamment par ses déclarations, celles de son entourage familial et scolaire, les éléments de l'enquête, les circonstances dans lesquelles les faits ont été commis, une expertise ou un examen psychiatrique ou psychologique » (47–49).

Enfin, cette notion a évolué plus récemment et apparaît dans l'article R11-1 du code de la justice pénale des mineurs, qui spécifie que « l'absence de capacité de discernement du mineur âgé d'au

moins treize ans peut être établie notamment par ses déclarations, celles de son entourage familial et scolaire, les éléments de l'enquête, les circonstances dans lesquelles les faits ont été commis, une expertise ou un examen psychiatrique ou psychologique » (49).

2) La procédure pénale : l'interpellation, la garde à vue et la retenue

Les mineurs soupçonnés d'avoir commis ou tenté de commettre un délit ou un crime punissable d'une peine d'au moins 5 ans d'emprisonnement peuvent être interpellés par la police ou la gendarmerie. A partir de l'âge de 10 ans, les mineurs sont placés en retenue ou en garde à vue. La retenue a lieu pour les mineurs de 10 à 13 ans. Elle se déroule avec l'accord préalable du procureur de la République ou du juge d'instruction. Sa durée ne peut excéder 12 heures et à titre exceptionnel être prolongée de 12 heures maximum sur décision du Procureur de la République. Les mineurs bénéficient des mêmes droits qu'une personne majeure, ainsi que des droits spécifiques (information obligatoire du placement en garde à vue aux représentants légaux des mineurs, assistance obligatoire par un avocat, auditions enregistrées obligatoirement, et examen médical obligatoire). A partir de 13 ans (et un jour) jusqu'à 16 ans, les mineurs peuvent être placés en garde à vue. Elle peut durer 24 heures, et être prolongée jusqu'à 48 heures sur décision du procureur de la République également. Enfin, la garde à vue des mineurs de plus de 16 ans est identique à celle des majeurs, avec une durée de 24 heures qui peut être prolongée deux fois 24 heures. À la fin de la mesure de garde à vue ou de retenue, le procureur de la République peut estimer que les faits ne sont pas poursuivables ou au contraire décider de poursuivre les mineurs suspectés (16,31,50).

3) Les audiences : de culpabilité, et de sanction.

Depuis l'instauration du code de la justice pénale des mineurs, ces derniers doivent être jugés sur la culpabilité dans un délai de 3 mois à compter de l'engagement des poursuites et sur la sanction dans un délai maximum de 9 mois après la déclaration de la culpabilité, soit **12 mois au total**. Avant cette réforme, il fallait en moyenne 18 mois pour qu'un jeune soit jugé (16,20,31).

Ainsi, les mineurs sont convoqués devant une juridiction pour mineurs au plus tard 3 mois après la remise de leur convocation.

En fonction de la gravité de l'infraction et de l'âge des mineurs au moment des faits, la juridiction chargée de juger les mineurs n'est pas la même. Le tribunal de police juge les

contraventions les plus graves. Le juge des enfants et le tribunal pour enfants jugent les délits. Le tribunal pour enfants juge les crimes commis par des mineurs de moins de 16 ans. Lorsqu'ils sont commis par des mineurs âgés de 16 à 18 ans, c'est la cour d'assises des mineurs qui est compétente.

Le juge des enfants statue en deux temps. Tout d'abord sur la culpabilité des mineurs, qu'elle soit confirmée (le cas des condamnés) ou présumée (le cas des prévenus) lors d'une **audience de culpabilité**, en présence des représentants légaux. Puis, 6 à 9 mois plus tard, sur le type de sanctions, lors d'une **audience de sanction** (16,31).

Comme énoncé plus haut, les magistrats s'intéressent au parcours biographique, médical, social et judiciaire des mineurs, mais aussi sur la nature de l'acte transgressif, potentiel symptôme de leur personnalité pouvant permettre d'établir un lien avec une forme particulière de délinquance (utilitaire, identitaire, pathologique). Par ailleurs, à la demande du procureur de la République, des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse s'entretiennent avec les mineurs et leurs parents pour comprendre les raisons qui les ont poussés à commettre l'infraction. Cela donne matière aux éducateurs pour proposer une solution éducative au juge (5,16,31).

Ainsi, si les mineurs sont déclarés coupables lors de l'audience de culpabilité, le juge des enfants peut ordonner une période de mise à l'épreuve éducative, qui va durer entre six et neuf mois. Pendant cette période, les mineurs bénéficient d'un accompagnement éducatif personnalisé visant à les impliquer, ainsi que leurs représentants légaux, dans une démarche de changement. Cela permet aussi de mieux les connaître, afin que la juridiction puisse prononcer la sanction la plus adaptée. Dans cette même logique de continuité, maintenir un même juge, un même avocat et un même éducateur pendant toute la procédure est fondamental (16,31).

Lors de cette même audience, le juge peut statuer sur l'indemnisation de la victime qui peut d'emblée faire entendre son point de vue et demander la réparation de son préjudice. Une réponse judiciaire sur son indemnisation lui est désormais apportée dans un délai moyen de 3 mois. Ce dernier a nettement été raccourci par la réforme de la justice pénale des mineurs car la victime devait auparavant attendre la fin de la procédure, soit 18 mois en moyenne. (16,31)

A noter que les victimes sont de plus en plus nombreuses à assister aux audiences, ce qui permet aux mineurs de prendre conscience plus facilement des conséquences de leurs actes. Cependant l'anonymat des mineurs est préservé en fermant le jugement au public. Enfin, toujours lors de l'audience de culpabilité, le juge peut prononcer des mesures de sûreté qui astreignent les mineurs à des obligations et des interdictions (*cf. partie B.4 Les sanctions : mesures éducatives et peines*)(16,31)(16,31).

Par ailleurs, pour des faits d'une certaine gravité et/ou pour des mineurs déjà connus de la justice, le tribunal des enfants peut exceptionnellement décider de statuer sur la culpabilité et la sanction au cours d'une même audience avec un recours à la détention provisoire pour les cas les plus graves.

Le juge des enfants statue définitivement sur la sanction à la fin de la mise à l'épreuve éducative, lors d'une audience de sanction. Il peut aussi ne pas ordonner de sanction si le dommage a été réparé et que le mineur a respecté son suivi éducatif. Il fait alors une « déclaration de réussite éducative » (16,31).

4) Les sanctions : les mesures éducatives et les peines

La mission éducative et la prévention de la récidive étant une priorité de l'institution judiciaire, l'équilibre entre éducation et sanction doit être systématiquement recherché (16). En effet, les mineurs ayant commis une infraction ne sont pas uniquement considérés comme des personnes à sanctionner ; il faut les accompagner sur le plan éducatif. Pour rappel, le juge ne peut prononcer une peine d'emprisonnement que si les mineurs ont plus de 13 ans, uniquement en dernier recours, en fonction de la gravité de l'infraction et dès lors que les alternatives tentées n'ont pas été suffisamment efficaces (15)

Pour prononcer une sanction, le juge s'appuie sur le rapport établi par les services de la protection judiciaire de la jeunesse. La sanction doit toujours être individualisée et adaptée aux mineurs. Il a le choix entre deux types de sanctions : les mesures éducatives judiciaires et les peines (16,31).

Les mesures éducatives judiciaires

Concernant les mesures éducatives judiciaires, elles peuvent être prononcées pour tous les mineurs, mais aussi pour les jeunes devenus majeurs au moment de la décision. Elle vise à les accompagner dans une démarche de changement, de responsabilisation et de socialisation. Le code de la justice pénale des mineurs a réorganisé ces mesures en instaurant différents modules : le module **d'insertion** (*accueil de jour, placement en internat scolaire, placement dans une institution ou un établissement d'enseignement ou de formation professionnel*), le module de **réparation** (*activité d'aide ou de réparation, médiation entre le mineur et la victime*), le module de **santé** (*orientation vers une prise en charge sanitaire adaptée, placement*

*dans un établissement de santé à l'exclusion des services de psychiatrie, ou dans un établissement médico-social), et enfin le module de **placement** (chez un membre de la famille ou une personne digne de confiance, dans un établissement du secteur public de la PJJ, dans une institution ou un établissement éducatif privé habilité) (16,31).*

Entre 13 et 16 ans, les mineurs peuvent être soumis à des obligations et/ou des interdictions, fixées par un juge spécialisé (juge des enfants, juge d'instruction, ou juge des libertés et de la détention) ou par le tribunal pour enfants. Cet ensemble d'obligations imposées à une personne mise en cause dans une procédure pénale, dans l'attente de sa comparution devant une juridiction se regroupe sous le terme de « **contrôle judiciaire** » (31,51–53).

Le contrôle judiciaire est mis en place lorsque les mineurs risquent une peine criminelle ou une peine d'emprisonnement supérieure ou égale à 7 ans ou supérieure ou égale à 5 ans avec des critères précis associés (*si le mineur a déjà fait l'objet d'une mesure éducative, d'une mesure judiciaire d'investigation éducative, d'une mesure de sûreté, d'une déclaration de culpabilité ou d'une peine prononcée dans le cadre d'une autre procédure et ayant donné lieu à un rapport datant de moins d'un an, ou si le mineur est poursuivi pour des violences volontaires, une agression sexuelle ou pour un délit commis avec la circonstance aggravante de violences*) (31,52).

Parmi les obligations et les interdictions, on retrouve principalement les obligations de répondre aux convocations des services éducatifs (par exemple un stage de formation civique obligatoire), d'informer le juge de tout déplacement au-delà des limites déterminées et les interdictions de paraître dans certains lieux ou de rencontrer certaines personnes (16,31,52,53). En cas de non-respect des obligations qui leur ont été imposées, les mineur peuvent être placés en centre éducatif fermé ou en détention provisoire (31,52).

D'autres mesures éducatives judiciaires, dites provisoires car s'exerçant avant le jugement (culpabilité ou sanction), peuvent s'ajouter au contrôle judiciaire comme l'interdiction de se rendre dans certains lieux, de rentrer en contact avec les victimes ou la mise en place d'un couvre-feu (52).

La mesure éducative peut évoluer pendant toute la durée de la prise en charge du mineur, en fonction des difficultés rencontrées ou des évolutions positives. Elle peut se poursuivre jusqu'à ses 21 ans si nécessaire. Cependant, la juridiction peut aussi prononcer des sanctions éducatives n'impliquant pas de suivi : déclaration de réussite éducative, dispense de mesure, avertissement judiciaire (31,52,53).

Les peines

Concernant les peines encourues par les mineurs, elles sont toujours réduites de moitié par rapport à celles prévues pour les majeurs (16).

Les mineurs âgés d'au moins 13 ans au moment des faits et de plus 16 ans au moment de la décision peuvent être condamnés à effectuer un travail d'intérêt général pour une association ou le service public. Ils peuvent aussi être condamnés à une peine de stage (en lien avec la sensibilisation à la sécurité routière, la citoyenneté, ou encore la sensibilisation aux dangers sur l'usage de produits stupéfiants). Ils peuvent aussi être placés en détention à domicile sous surveillance électronique (obligation de porter un bracelet électronique et de demeurer à son domicile ou au sein d'un établissement de placement éducatif).

Enfin, les mineurs peuvent être condamnés à une peine d'emprisonnement à partir de 13 ans. Cette peine intervient toujours en dernier recours lorsque les autres mesures sont insuffisantes (à savoir le non-respect du contrôle judiciaire ou l'échec du placement en centre éducatif) ou lorsque le mineur est soupçonné d'un crime (homicide volontaire ou viol par exemple). Cette peine doit être aussi brève que possible et peut être aménagée, pour tout ou partie de la peine (31,52–54).

Les mineurs peuvent être placés en **détention provisoire** avant l'audience de culpabilité (ou l'audience unique) pour une durée limitée à 1 mois ou dans le cadre d'une enquête de police ou d'une instruction. La décision émane du juge des libertés et de la détention lui-même saisi par le juge des enfants ou le juge d'instruction, par le tribunal pour enfants, ou par le juge des enfants. Ils peuvent être placés dans un quartier pour mineurs (QM) implanté au sein de certaines maisons d'arrêts ou dans un établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM)(52) (*cf. dispositifs de détention dans partie B.5 Dispositifs de prise en charge des mineurs*). La durée du placement temporaire en détention varie selon la peine (52,54) :

- S'ils sont soupçonnés de **délit**, les mineurs peuvent être placés en détention provisoire durant 15 jours (prolongation jusqu'à 30 jours maximum) si la peine risquée est inférieure à 10 ans et durant 1 mois (prolongation jusqu'à 2 mois maximum) si la peine risquée est égale à 10 ans.
- S'ils sont soupçonnés de **crime**, les mineurs peuvent être placés en détention provisoire pour une durée de 6 mois pouvant être prolongée jusqu'à 1 an maximum.

Puis à la fin de l'instruction, les mineurs peuvent être placés temporairement en prison pour 2 mois avec prolongation possible jusqu'à 3 mois s'ils sont soupçonnés de **délit** et prolongation possible jusqu'à 6 mois s'ils sont soupçonnés de **crime** (31,52,54).

5) Les dispositifs de prise en charge des mineurs

Une fois la décision prononcée, les services de la protection judiciaire de la jeunesse du ministère de la Justice prennent en charge le mineur et assurent son suivi qui peut durer jusqu'à ses 21 ans.

En fonction de la sanction prononcée, quatre dispositifs de prise en charge peuvent être proposés : le dispositif de milieu ouvert, d'insertion, de placement et le suivi en détention. L'action éducative se veut au cœur de chaque dispositif, comportant des activités scolaires, sportives, culturelles, ainsi que des temps de sensibilisation à la santé ou à la citoyenneté (16,31).

Le dispositif de milieu ouvert

Dans le cadre du milieu ouvert, (le milieu ouvert désignant une forme d'action éducative pour des mineurs sous protection judiciaire, qui sont maintenus dans leur milieu habituel de vie (23,55)), le mineurs et leur représentants légaux sont reçus ponctuellement lors d'entretiens par les éducateurs référents et si besoin un(e) psychologue ou un(e) assistant(e) de service social. Ces entretiens permettent d'évaluer leur situation et de mettre en place un accompagnement adapté (16).

Selon le rapport de l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) de 2011, 85 % des mineurs confiés à la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) sont suivis en milieu ouvert (23).

Les dispositifs d'insertion

Les unités éducatives d'accueil de jour (UEAJ) accueillent les mineurs les plus éloignés des dispositifs scolaires et de formation. En lien avec les professionnels de milieu ouvert, les équipes pluridisciplinaires des UEAJ évaluent les capacités et compétences des mineurs, et tentent de les familiariser à nouveau avec le milieu scolaire. L'objectif est que ces jeunes puissent, à l'issue de leur parcours en UEAJ, réintégrer les dispositifs de droit commun pour une insertion sociale, scolaire ou professionnelle durable (16).

Les dispositifs de placement

Le placement vise à apporter un cadre contenant et protecteur aux jeunes qui ne peuvent pas être maintenus dans leur cadre de vie habituel. Il permet de préparer les conditions d'intégration des règles de vie sociale et de travailler sur un projet d'insertion. Dans certains cas, les jeunes poursuivent leur scolarité ou leur formation.

Les mineurs et jeunes majeurs sont accueillis dans un cadre collectif (foyer de jeunes travailleurs par exemple) ou à titre individuel (famille d'accueil ou appartement). Les lieux de placement peuvent être gérés par le secteur public ou par des associations habilitées par le ministère de la Justice (5,16,56).

Les centres éducatifs, centres éducatifs renforcés (**CER**) et centres éducatifs fermés (**CEF**), qui eux ont été créés dans le cadre de la loi du 9 septembre 2002, dite loi Perben I constituent les dispositifs de prise en charge les plus « intensifs » et les plus « contenant » de la PJJ, visant à être de véritables alternatives à l'incarcération et ne sont donc pas des foyers « classiques ». Quelques différences existent entre ces deux dispositifs. Les placements en CER ont lieu plutôt dans le cadre du module de placement de la mesure éducative judiciaire provisoire et en CEF dans le cadre de l'application d'un contrôle judiciaire, d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'une libération conditionnelle. De plus, les CER privilégient un accompagnement éducatif avec des mineurs placés volontairement dans un environnement en rupture avec leur milieu de vie ordinaire tandis que les CEF, selon les stipulations de l'actuel cahier des charges, doivent établir un encadrement éducatif basé sur la proximité des jeunes avec leur environnement naturel. Actuellement, les CER sont devenus des dispositifs en voie de marginalisation. Au contraire, le nombre de CEF a augmenté depuis leur création en 2002 jusqu'en 2022. 51 sont en activité en France, et 20 sont en cours de création et autant que possible à proximité des centres urbains et économiques pour favoriser l'insertion des mineurs (5,16,41,56-58).

Le CEF est dit « fermé » car les jeunes sont obligés d'y résider sous la surveillance permanente des adultes et d'y respecter les conditions de placement. Ils offrent différents temps, dont le temps d'accueil et d'évaluation, la phase d'activités éducatives et pédagogiques, et l'élaboration concrète d'un projet d'insertion sociale et professionnelle. Plus généralement, le CEF s'inscrit dans une démarche de « ré-apprentissage » de la vie quotidienne et de la vie en collectivité, pour favoriser l'insertion scolaire et professionnelle des jeunes. Tous les actes de la vie quotidienne et collective ont un caractère éducatif : respect des horaires de lever et de coucher,

prise des repas en commun, rangement des chambres, entretien des locaux et des espaces extérieurs, entretien du linge, participation à la fabrication des repas (59)(60)(56,58)(5,57)(41).

Les dispositifs de détention

Il s'agit des quartiers pour mineurs (QM) implantés au sein de maisons d'arrêts et des établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM).

➤ *Les quartiers mineurs*

On compte en France 47 établissements disposant d'un quartier mineur (essentiellement des maisons d'arrêt). La plupart des mineurs (64,1%) y sont incarcérés. Le nombre de places varie de 4 à 50 selon les établissements (celui de Fleury-Mérogis compte 115 places). En principe les mineurs sont séparés des majeurs, et les mouvements sont organisés de telle manière qu'ils ne peuvent se croiser. Cependant, il n'est pas rare qu'une communication entre mineurs et majeurs se fasse, voire qu'un trafic de cigarettes ou de cannabis puisse avoir lieu. Pour les filles, cette règle de séparation n'est d'ailleurs quasiment jamais respectée (9). Contrairement aux adultes, les mineurs sont toujours, sauf exception très particulière, seuls en cellule. Des salles accessibles (cours, activité, bibliothèque, consultation) facilitent un début de vie commune plus significative qu'en détention ordinaire. Par ailleurs, aussi bien dans les quartiers mineurs que dans les EPM, le régime des sanctions disciplinaires est spécifique pour les mineurs et se présente comme moins sévère que pour les majeurs. Au niveau de l'administration pénitentiaire, il existe un(e)réfèrent(e) responsable de l'équipe des mineurs. Le personnel de surveillance y est plus nombreux que chez les majeurs. Généralement, il y a un surveillant en poste fixe chargé de l'organisation des mouvements et d'autres surveillants affectés spécifiquement au QM en brigade fixe. Une brigade non spécifique se charge de la surveillance de nuit. Au niveau de la PJJ on retrouve généralement un chef de service, entre 3 et 7 éducateurs et 1 ou 2 Psychologues (16,17,25,61,62).

Sur le plan de l'éducation, l'obligation scolaire jusqu'à 16 ans s'applique en détention, ainsi qu'une scolarité significative de 16 à 18 ans. Des enseignants, détachés de l'éducation nationale, responsables de l'unité éducative de chaque prison, interviennent en semaine, et hors vacances scolaires, sur diverses disciplines, en fonction du niveau scolaire des jeunes, de leur parcours, de leur demande et de leurs projets futurs. Souvent, un professionnel spécialement dédié aux jeunes en rupture scolaire (« mission décrochage ») intervient. Divers autres intervenants

interviennent également auprès des mineurs en détention. En effet, on peut voir fréquemment un professionnel d'un service associatif en addictologie, un bénévole de la Croix-Rouge qui mène des actions de prévention, un professionnel de la mission locale (16,25,61).

Par ailleurs, la prison comprend également un « quartier jeunes majeurs », soit un « sas » pour les détenus du quartier mineurs qui deviennent majeurs au cours de leur incarcération. Ce dispositif, situé en dehors du quartier mineur mais à proximité de ce dernier, comporte quelques cellules pour accueillir les jeunes majeurs.(9) Le passage du régime de détention au quartier mineurs à un régime de détenus en majeurs est souvent mal vécu, il est décrit comme étant éprouvant et brutal pour les jeunes majeurs. En effet, les mineurs détenus sont davantage protégés et occupés à diverses activités (jeux vidéo, peinture, cuisine, apprentissage du code de la route) par rapport à la détention des majeurs, plus dure, où les détenus sont livrés à eux-mêmes dans un monde où l'agressivité et la violence sont très présentes, et où les conditions de vie sont moins confortables. Ainsi, l'idée de ce sas était de préserver pour un temps supplémentaire les jeunes majeurs et donc d'atténuer le choc potentiel. Par ailleurs, maintenir une continuité dans le suivi psychologique, scolaire et éducatif est nécessaire (par exemple, les éducateurs PJJ transmettent le dossier des détenus aux CIP et continuent de passer voir les jeunes majeurs (25)(9,16).

➤ *Les établissements pénitentiaires pour mineurs*

Les établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) ont été créés par la loi du 9 septembre 2002 dite loi Perben (1,8,8,9,15–17). Ce sont des lieux de détention réservés aux jeunes de 13 à 18 ans qui sont condamnés à une peine d'emprisonnement. Ils constituent une nouveauté dans le dispositif carcéral français dans la mesure où l'idée était de remplacer les quartiers mineurs des maisons d'arrêt mais aussi de favoriser le maintien des liens familiaux et sociaux. Cependant, ils ont remplacé une partie des quartiers mineurs seulement (près d'une trentaine de quartiers mineurs ont été fermés (63)) et les deux coexistent actuellement. (61)

Les premiers établissements ont été ouverts en 2007-2008 (5,9,15,63–65). Avant même d'être créés, ils étaient parfois présentés comme les héritiers des centres de correction et d'éducation pour mineurs délinquants. Ils ont donc reçu un lot conséquent de critiques et d'appels à la fermeture, notamment de la part d'associations, devant la survenue de suicides ou tentatives de suicide de jeunes incarcérés (1,9,17,20,61,62). De plus, le réseau territorial des EPM est inégal

et entrave alors les objectifs de maintien des liens familiaux et de réinsertion socio-professionnelle de ces jeunes (9).

En 2010, les EPM étaient au nombre de huit en France (Chauconin en Seine-et-Marne, Lavour dans le Tarn, Limoges en Haute-Vienne, Quiévrechain dans le Nord, Marseille dans les Bouches-du-Rhône, Orvault en Loire-Atlantique, Porcheville dans les Yvelines, Meyzieu dans le Rhône)(65). Les EPM disposent de 60 places, la majorité étant réservée aux garçons. Les filles et les garçons sont séparés dans leur hébergement, mais la mixité est recommandée dans la pratique de certaines activités ou dans les cours dispensés par les enseignants de l'éducation nationale (5,9,15,61).

Comme les établissements pénitentiaires pour majeurs, les EPM sont placés sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire et fonctionnent sur la base d'un partenariat avec l'éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse et l'hôpital (5,8,9,16).

Sur le plan de l'éducation, ils sont dotés de véritables services éducatifs, qui assurent une prise en charge éducative continue des mineurs détenus, veillent au maintien des liens familiaux et sociaux et préparent leur sortie (5,9,15,61). Les éducateurs accueillent les mineurs au moment de leur incarcération, travaillent avec eux sur le sens de leur incarcération, maintiennent le lien avec leur famille, mettent en place des activités éducatives (activités socio-éducatives, culturelles, sportives), proposent, au regard de l'évolution des mineurs détenus, des projets d'aménagement de peine adaptée à leur situation (libération conditionnelle, placement extérieur, semi-liberté, placement sous surveillance électronique, permission de sortie, etc.) et préparent les conditions de leur insertion lors de la sortie. À noter qu'à la différence des quartiers mineurs, la détention des EPM privilégie la vie collective mais est particulièrement encadrée. En effet, ces établissements sont composés de petites unités de vie au sein desquelles les repas ont lieu en commun, encadrés par des éducateurs et des surveillants qui doivent participer à la prise en charge globale des jeunes. (17)(62)(64)(5)(16)(15)(63)(65)

➤ *La commission pluridisciplinaire unique*

La commission pluridisciplinaire unique (CPU) est une instance essentielle dans la coordination du parcours en détention, y compris chez les mineurs. Leur situation y est évoquée, ainsi que leur prise en charge en fonction de l'évaluation de leur dangerosité et de leur vulnérabilité. Cette commission mène également une action de prévention contre le suicide. Elle est présidée par le chef de l'établissement pénitentiaire, qui a la possibilité de convier, selon l'ordre du jour, un membre du service de la protection judiciaire de la jeunesse et/ou un représentant des équipes

soignantes (somatiques ou psychiatriques) de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USPM) pour permettre de lier les différentes structures en charge des personnes détenues (5,66)(67).

Ainsi, la justice pénale des mineurs a beaucoup évolué depuis l'ordonnance de 1945 avec de nombreuses modifications dont la plus récente date de septembre 2021 avec l'entrée en vigueur du code de la justice pénale des mineurs (CJPM) dont les objectifs principaux étaient de raccourcir les délais de jugement, d'améliorer la prise en charge des victimes, et de prendre des mesures éducatives plus adaptées pour les mineurs. De nouveau, la priorité éducative est recherchée, mais qui sont les mineurs à « éduquer » ?

Après avoir présenté l'état actuel de la situation de l'incarcération des mineurs en France, nous exposerons les données disponibles caractérisant les mineurs incarcérés et les mineurs sous protection judiciaire de la jeunesse hors incarcération.

C. Données socio-démographiques des mineurs incarcérés en France

Très peu d'études se sont intéressées aux mineurs incarcérés, et les données épidémiologiques et statistiques à ce sujet sont peu nombreuses. Cependant, il semble que les mineurs détenus reflètent pour beaucoup, une jeunesse « à problèmes » et « dangereuse » (1,8,9,25,61,68). Ils seraient ceux qui ont commis des actes dont ils seraient pleinement responsables et n'auraient alors plus leur place dans les autres institutions de contrôle de la jeunesse. D'ailleurs, ils ont souvent été décrits comme des individus « incasables » ou « irrécupérables », la prison étant alors le dernier recours, après échec de toutes les autres alternatives tentées (8,82,83).

Toutefois, nous pouvons nous demander à juste titre qui sont les mineurs incarcérés, et s'ils présentent des caractéristiques communes, notamment si un parcours chaotique avant la prison est une constance dans leur histoire.

1) Données socio-démographiques actuelles des mineurs incarcérés en France

Définitions (71)

Condamné : personne déclarée coupable d'un délit ou d'un crime.

Prévenu : Est prévenue toute personne poursuivie se trouvant dans l'attente d'un jugement ou n'ayant pas encore été définitivement condamnée.

Condamné-prévenu : personne ayant été condamnée définitivement dans une ou plusieurs affaires et prévenue dans une ou plusieurs autres affaires.

Écroué : comprend des personnes détenues dans le cadre d'une détention provisoire ou d'une peine privative de liberté exécutée, incluant certains aménagements de peine (semi-liberté et placement à l'extérieur hébergé) et des personnes non détenues, écrouées dans le cadre d'une peine aménagée en détention à domicile sous surveillance électronique ou placement à l'extérieur non hébergé.

Les chiffres en 2023 (71)

➤ *Répartition des écroués mineurs selon la catégorie pénale*

Au **1^{er} février 2023**, la France (Métropole et Outre-mer) compte 687 écroués mineurs (garçons et filles confondus) dont 400 prévenus (58,2%), et 287 condamnés et condamnés-prévenus (41,8%).

Depuis janvier 2021, le nombre d'écroués mineurs (garçons et filles confondus) reste relativement stable et varie entre 655 (Janvier 2022) et 820 (mars 2021). Concernant les détenus mineurs, on en compte 640 (au 1^{er} février 2023), ce qui représente une proportion de **0.9%** des écroués détenus France entière.

➤ *Stabilité du nombre de détenus mineurs*

Le nombre de détenus mineurs reste **stable** également et ce depuis une quinzaine d'années, malgré une délinquance juvénile croissante (72). La dernière étude de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), présidé par le criminologue Alain Bauer, révèle que, depuis 1996 jusqu'à aujourd'hui, la courbe des mineurs mises en cause par la police et la gendarmerie a grimpé trois fois plus vite (59,73,74). En termes de flux, le même nombre de mineurs, entre 3200 et 3400 (*selon le Rapport de l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénale ONDRP 2011*) entrent et sortent de prison chaque année. Cette stabilité est d'autant plus marquée puisque depuis une vingtaine d'années, le nombre de personnes détenues, toutes catégories confondues, a fortement augmenté. D'ailleurs, le **taux d'occupation** des places mineurs France entière (Effectifs garçons et filles confondus) est de **55,9%** (71).

Néanmoins, cette stabilité s'accompagne d'un plus fort recours aux alternatives répressives à la prison, telles que les placements en centres éducatifs (8).

➤ *Situation des mineurs non accompagnés*

En 2021, 22% des mineurs incarcérés en France et outre-mer étaient des mineurs non accompagnés ou mineurs étrangers isolés (personnes ayant moins de 18 ans et séparées de leurs représentants légaux sur le sol français) soit 173 jeunes, tous de sexe masculin (75).

➤ A titre d'exemple comparatif, le taux de mineurs incarcérés est beaucoup plus élevé aux Etats-Unis (22).

2) Données socio-médico-psychologiques sur les mineurs incarcérés

Contrairement aux données sur les troubles mentaux des adultes détenus en France, il existe peu de données statistiques spécifiques aux mineurs détenus. En effet, rares sont les études épidémiologiques en France qui ont traité des caractéristiques des mineurs incarcérés. Quelques études ont néanmoins permis de mettre en évidence des caractéristiques et des facteurs communs aux mineurs incarcérés.

Il en ressort que les mineurs incarcérés ont en **moyenne dix-sept ans** et sont majoritairement des **garçons**. Certaines études montrent une majorité de jeunes **primo-incarcérés** (8,76) mais d'autres études retrouvent des mineurs majoritairement **multirécidivants** (13,77). Les études montrent que la durée d'incarcération dure en général **moins de 6 mois**, sauf lors d'affaires criminelles graves ou dans le cas d'actes délictueux très nombreux où la durée peut dépasser 6 mois (5,8,13,74,76,77).

Ils sont pour la plupart principalement incarcérés pour **violences aggravées**, suivi des **vols** avec circonstances aggravantes, puis de la détention et ou cession de **stupéfiants**, du non-respect des obligations judiciaires dont les fugues de foyers ou centres éducatifs sont fréquentes, et enfin dans des cas plus rares ils sont incarcérés pour agressions sexuelles, dégradations de biens, ou détention d'armes (5,8,14,76,77).

Leur histoire révèle régulièrement un **environnement primaire carenciel** tant sur le plan **affectif** qu'**éducatif**, marqué par la **défaillance des adultes responsables**, qui semblent avoir

insuffisamment transmis les modes de fonctionnement sociétaux. Cet environnement semble impliqué dans l'apparition de la délinquance juvénile et représente un déterminant de santé (5,8,13,15,76,77).

En effet, il est retrouvé une plus grande **fragilité psychologique familiale**, avec des **antécédents psychologiques** plus fréquents (5,13,15,19,25,78), une monoparentalité (En 2007, selon un rapport du sénat de 2011, 31 % des mineurs placés étaient issus de familles monoparentale, l'absence du père étant la plus fréquente, et 20% vivent même en dehors de tout cercle familial (22,79)). Une **précarité socio-économique** est plus fréquemment observée avec des professions souvent pénibles, précaires et peu rémunératives ou un chômage parental ainsi que des conditions de mal-logement.(5,13,15) Souvent originaires de **zones urbaines sensibles**, appelées familièrement les « quartiers » ou la « cité », ils sont fréquemment exposés aux contrôles policiers et à la stigmatisation entretenant le mal-être et les phénomènes identitaires chez ces jeunes, organisés en bandes incarnant alors la délinquance comme moyen revalorisant d'exister aux yeux des autres (13).

Il est fréquemment question de **discontinuité** par délitement des liens avec une histoire ponctuée de ruptures et d'abandons, comme une séparation parentale, des conflits familiaux associés ou non à de la violence, un **échec et ou arrêt scolaire** (en 2007, presque tous les enfants placés ne fréquentaient plus aucun établissement scolaire depuis au moins 6 mois) (22,79), des **placements** répétés, et des **exclusions fréquentes** avec une **errance institutionnelle** manifeste (9,13,15,76,77,80).

Il est également retrouvé chez les mineurs incarcérés une **dimension sensitive** (sentiment d'être menacé par l'autre avec notamment une méfiance importante vis-à-vis des adultes), un **sentiment d'insécurité interne**, une **fragilité narcissique**, une dimension d'**impulsivité**, une dimension **abandonnique**, un manque de projection dans l'avenir ou encore une **inscription difficile dans l'histoire familiale** (5,8,15,19,25,76,77,81,82). En effet, il s'agit souvent de jeunes dont l'histoire migratoire familiale est complexe et génératrice de traumatismes, fragilisant toute la famille en commençant par les parents à qui l'histoire coloniale et la culture familiale ont été insuffisamment transmises, rendant plus difficile l'inscription filiative de leurs enfants (13).

Un grand nombre de ces jeunes a été pris en charge par l'**Aide Sociale à l'Enfance** dans un contexte de maltraitance, de violence intra-familiale ou même d'absence de domicile fixe et ou pris en charge par la **Protection judiciaire de la jeunesse** (5,15,19,76,77,79,81,83).

Selon des données issues de rapports internes à la **direction de la protection judiciaire de la jeunesse** de 2015, 20% des mineurs incarcérés ont fait l'objet d'un placement judiciaire dans un établissement de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse avant leur incarcération, et près de 40% ont été placés en CEF (77). Cependant d'autres auteurs retrouvent des résultats laissant penser que cette idée que le public carcéral serait caractérisé par des longs suivis ASE ou PJJ et que la prison serait un dernier recours reste à nuancer.(8)

Concernant la **santé mentale** et les **troubles psychiatriques chez les mineurs incarcérés**, très peu d'études récentes en France ont été menées. Les rares études s'étant intéressées à ce sujet montrent que les antécédents psychiatriques ou psychologiques sont plutôt rares, avec des difficultés appartenant au champ des **troubles de la personnalité** et du **comportement**, dans le cadre de **pathologie du lien** et de **l'attachement** notamment. Il s'agit très rarement des troubles de l'humeur ou psychotiques. Un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2005 sur une étude où 3970 mineurs incarcérés ont été interrogés a observé que 91% de l'échantillon présentent un bon état de santé général contre 8 % qui reçoivent un traitement psychotrope à l'entrée en détention (77,84). En revanche, les études observent que les **addictions sont fréquentes** (notamment au **tabac** et au **cannabis**) (5,8,13–15,55,59,74,76,77,79,85,86). A ce propos, le même rapport de la DREES de 2005 a mis en évidence une forte prévalence d'antécédents addictologiques dans cette population (77,84).

Des **études internationales** observent chez les jeunes incarcérés des fréquences plus importantes d'IST, des conduites à risques, des antécédents de grossesses et d'IVG, de troubles liés à l'usage de substances, du trouble oppositionnel avec provocation, du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, de dépression et de trouble de stress post-traumatique comparativement aux jeunes non incarcérés. Elles montrent également que les mineurs incarcérés sont environ dix fois plus de risques de présenter un trouble psychotique que les non incarcérés. Enfin, les antécédents de traumatisme crânien et de syndrome d'alcoolisation fœtale semblent également fréquents (77,87).

Concernant le suicide en détention, la DPJJ a recensé en 2018 87 actes auto-agressifs de mineurs dont 31 automutilations, 18 tentatives de pendaison, 16 ingestions médicamenteuses volontaires et 9 ingestions de produits caustiques. En 2019, 2 suicides de mineurs et 108 actes autoagressifs ont été recensés et en 2021, 3 suicides et 179 actes autoagressifs ont été recensés.

D'autre part, les **MNA** semblent présenter davantage de facteurs de risque de passages à l'acte autoagressifs en détention (en lien avec le parcours migratoire et les traumatismes occasionnés, les addictions souvent anciennes, les conséquences d'un manque d'accès aux soins...). En effet, la DPJJ a recensé en 2018 36 (41,4%) actes autoagressifs chez les MNA dont 22 (62%) par automutilation (77).

Par ailleurs, une **étude transversale multicentrique** incluant 80 adolescents détenus hospitalisés en France en **UHSA**, de leur création en 2010 jusqu'au 1er janvier 2017 a décrit leurs **caractéristiques socio-démographiques et cliniques**. Les diagnostics principaux (CIM10) retenus sont les troubles psychotiques (25 %) et les troubles anxieux (26 %). Par ailleurs, 86 % des patients bénéficient d'un traitement psychotrope à la sortie (85).

3) **Données socio-médico-psychologiques sur les mineurs pris en charge par la PJJ (hors incarcération)**

De la même façon que pour les mineurs incarcérés, **peu de données fiables** sont disponibles sur la situation sociale, familiale et sanitaire des jeunes sous protection judiciaire de la jeunesse en milieu ouvert. Les données disponibles laissent penser que la population suivie par la PJJ incarcérée et hors détention présente des caractéristiques similaires (5). Une étude menée en 2009 par *Marie Choquet* et *Christine Hassler* (88) met en avant des **difficultés socio-familiales, scolaires** et professionnelles chez les jeunes PJJ. L'étude retrouve une **monoparentalité fréquente**, un **faible niveau d'études** des parents et un **faible niveau de scolarisation** des jeunes eux-mêmes. En effet, cette étude montre concernant la scolarisation qu'il y a **44% de scolarisés** dans la population enquêtée. L'âge moyen d'arrêt de la scolarité parmi les 56% non scolarisés se situe à 15,3 ans pour les garçons et 15,9 ans pour les filles. Par ailleurs, les jeunes de la population enquêtée et qui sont scolarisés présentent un **retard scolaire important** et une **mauvaise intégration scolaire** (absences non justifiées, rejet de l'école) comparés à une population générale scolarisée (88).

Concernant **la santé**, l'étude montre que les problèmes de santé sont **plus fréquents** chez les jeunes **PJJ** comparés à la population générale, surtout ceux qui ont une forte **composante psychosociale**.

Les **antécédents médicaux** tels que les allergies, l'asthme, l'asthénie, les accidents, les troubles fonctionnels avec principalement les céphalées, les douleurs digestives et les dorsalgies)

semblent fréquemment présents et sont préférentiellement cités par les filles mais la différence par rapport à la population générale n'est pas significative, et ce sont des troubles fréquemment retrouvés à l'adolescence de manière générale. Par ailleurs, les **troubles du sommeil** sont récurrents, notamment les insomnies, les réveils nocturnes et les cauchemars, dont la fréquence est plus importante chez les filles que chez les garçons (difficultés d'endormissement : 66% versus 46%, réveils nocturnes : 51% versus 27%, cauchemars : 34% versus 7%). Concernant les **troubles de l'humeur**, la **dépression** et les **idées suicidaires chez les jeunes PJJ** sont légèrement inférieurs par rapport à la population générale des jeunes du même âge. En revanche, les **tentatives de suicide** et les **récidives** sont plus fréquentes surtout chez les filles (9,4% des garçons et 44% des filles). Par ailleurs, un rapport de **2016** sur 113 mineurs suivis par la **DPJJ** et placés en **CEF** observe que **90%** des adolescents présente un **trouble des conduites** et **46% des troubles psychiatriques autres** (77,89).

De plus, une étude menée par *A. Chatagner, J. Raynaud* en 2014 (5,90) au sein des **urgences pédiatriques** a montré une surreprésentation des mineurs ayant une mesure judiciaire civile ou pénale consultant aux urgences pour **troubles du comportement**. Cette étude retrouve que parmi le groupe des enfants ayant une mesure civile ou pénale, 50 % ont des pathologies-limites et des troubles des **conduites** et des **comportements**, contre 25 % pour les mineurs sans mesure éducative (5,90).

Par ailleurs, une des Directions interrégionales de la Protection Judiciaire de la Jeunesse a récemment observé que les mineurs sous main de Justice auraient plus de **notification MDPH** (ITEP ou IME) : 20 à 25 % contre 9% en population générale (5).

Concernant les consommations de substances, l'étude menée par Marie Choquet et Christine Hassler retrouve que le tabac est le produit psychoactif le plus largement consommé. La consommation d'alcool semble plus fréquente, dont la consommation régulière (dix fois par mois et plus) qui concerne 15% des garçons et 10% des filles. (88) Parmi les autres substances illicites telles que le cannabis, les produits à inhaler, les amphétamines, la cocaïne, l'héroïne, les hallucinogènes et l'ecstasy, le cannabis est le premier produit illicite consommé par les jeunes (65% des garçons, 66% des filles) (88).

Par ailleurs, toujours selon cette même étude, il semble que les jeunes PJJ **fuguent** de manière fréquente (*22% des garçons et 40% des filles ont fugué au moins une fois dans l'année et respectivement 11% des garçons et 29% des filles l'ont fait plusieurs fois*) (88).

Les **conduites violentes** et les **actes délictueux** font partie de la vie quotidienne de ces jeunes. Quelle que soit la forme de violence, les garçons sont plus nombreux à en déclarer que les filles, à l'exception de la violence auprès des parents (16% des filles, 9% des garçons). Les vols sont plus fréquents.

Concernant les **violences subies**, les jeunes PJJ déclarent avoir été victimes de violences verbales (37%), de coups (26%), de vols (18%) et de racket (7%) durant les douze derniers mois. Enfin, les violences sexuelles concernent 6% des garçons et 41% des filles de l'enquête, vie entière (88).

4) Les récidives

Peu de statistiques fiables sont disponibles concernant le devenir et notamment le taux de récidive des mineurs incarcérés ou placés en centres éducatifs. Il est observé que **les récidives augmentent avec le nombre de condamnations et/ou incarcérations antérieures** et qu'elles semblent plus fréquentes après une incarcération qu'après une alternative à l'incarcération (9,18,25).

Une étude menée en **2011** auprès de 358 mineurs **placés en centres éducatifs** a montré qu'au-delà de 5 mois et demi de séjour le taux de réitération semblait plus bas (91).

Annie Kensey et Abdelmalik Benaouda, deux chercheurs de l'administration pénitentiaire, ont présenté en **2011** des chiffres concernant les récidives des mineurs. A savoir, **78 % des moins de 18 ans récidivent après leur libération** et font l'objet d'une nouvelle condamnation. Presque tous, soit **68 %**, **sont de nouveau incarcérés**. *En comparaison, les plus de 50 ans récidivent à 29 % et 19 % sont de nouveau emprisonnés*. Et plus précisément, il est montré que **le risque de récidive est le plus important au cours de la première année de sortie** avec 30% dans les six mois et 54,6 % des mineurs sont de nouveau condamnés dans l'année qui suit leur libération mais ces résultats sont à nuancer car les mineurs incarcérés sont plus souvent déjà des mineurs réitérants ou récidivants. Par ailleurs, cette même étude montre que **le risque de récidive est 1,6 fois plus élevé** pour ceux qui n'ont bénéficié d'**aucun aménagement de peine** que pour ceux qui ont obtenu une libération conditionnelle. Au total, **plus de deux mineurs sur trois retournent en prison** après une condamnation *contre 1 sur 5 pour les adultes* et sur 5 jeunes qui sortent de prison, 4 récidivent dans les cinq ans et trois sont condamnés dans les deux ans. L'enjeu majeur est donc de bien accompagner les mineurs à leur sortie de prison et ce pendant au moins deux ans après la sortie (22,91-93).

5) Mineurs incarcérés à Marseille

Une étude réalisée par *Laurent Mucchielli* a analysé les dossiers de 96 jeunes des Bouches du Rhône détenus au 31 décembre 2014, dont 85 relevaient de la juridiction de Marseille, afin d'en analyser les **caractéristiques sociodémographiques et judiciaires** des **mineurs détenus** (78).

Il en est ressorti que près de **90 %** des mineurs détenus ont **plus de 16 ans**. Il s'agit de **garçons** dans 99 % des cas contre **2.5 à 4 % de filles** parmi les mineurs incarcérés à l'échelle nationale. A Marseille, les filles sont prises en charge dans un quartier pour femmes aux Baumettes et non en EPM.

Dans les **Bouches du Rhône**, les **vols aggravés** et les **affaires de stupéfiants** représentent plus de 85 % des infractions ce qui diffère des infractions observées chez les mineurs France entière (principalement les violences aggravées, ensuite les vols avec circonstances aggravantes, puis les affaires de stupéfiants et enfin les agressions sexuelles). Ce constat remet en question l'idée répandue dans le monde judiciaire que la délinquance marseillaise est avant tout marquée par la violence. La violence est le plus souvent collective (près de 70% des infractions avec violence ont été commises en bande organisée).

Les **données de la direction territoriale** indiquent que, sur **542 jeunes** entrés en détention, entre **2012 et 2014** à Marseille, **70%** ont connu une seule détention, et **30% sont récidivistes** ou multirécidivistes.

La durée moyenne des séjours en détention est de **2-3 mois**.

Il est observé que la plupart des jeunes détenus marseillais proviennent des **quartiers pauvres du centre** ou des **quartiers nord de la ville**. De plus, près des trois quarts sont de nationalité française, avec les deux tiers dont les parents sont nés à l'étranger, principalement au Maghreb (notamment en Algérie), puis dans les archipels comoriens. **28 %** des jeunes sont nés à l'étranger et au moins **8 %** sont identifiés comme des **mineurs étrangers isolés**.

Plus de **60 %** des mineurs incarcérés ont des parents divorcés ou séparés.

Environ **un quart** des mineurs détenus a été **victime ou témoin de violences intrafamiliales** et près de **40 %** ont déjà été suivis par **les services sociaux**.

De **nombreux problèmes de santé** mentale et/ou physique (débilité, obésité, asthme, épilepsie, dépression, paranoïa, addiction au cannabis) sont relevés chez les jeunes ou chez un membre de leurs familles dans 40% des cas.

Près de **40 %** des mineurs détenus consomment du **cannabis quotidiennement**.

Enfin, près des **trois quarts** étaient **déscolarisés** avant leur incarcération (la moitié ayant arrêté la scolarité au collège) et **8 %** sont analphabètes au moins en Français.

Finalement, on observe en France depuis le XIX^{ème} siècle une constance historique avec un recours régulier à l'enfermement des mineurs délinquants, que ce soit dans des prisons ordinaires, dans des prisons spécifiques ou dans d'autres lieux de placement. Cela est principalement expliqué par le fait que la jeunesse « déviante » est considérée comme une menace pour la société, qui en a peur, conduisant au renforcement de la répression souvent masquée par des objectifs éducatifs. Pourtant, l'histoire tend à révéler que prison et éducation s'harmonisent difficilement. A ce propos, *Manuel Palacio* (directeur des services de la Protection judiciaire de la jeunesse) a soutenu l'idée que « L'éducation est un apprentissage du réel là où l'enfermement, quelles que soient par ailleurs ses justifications et sa légitimité, est une mise à l'écart du réel » (2005). En effet, l'équilibre entre la sanction et l'éducation des mineurs délinquants, semble être une mission peu aisée à accomplir, et ce encore aujourd'hui. D'ailleurs, après de multiples évolutions de la justice pénale des mineurs depuis l'ordonnance de février 1945, la réforme de la justice pénale des mineurs avec l'instauration en septembre 2021 du Code de la Justice Pénale des Mineurs insiste sur un accompagnement éducatif plus important et surtout plus adapté aux jeunes. Pour ce faire, en plus du raccourcissement du délai de jugement entre l'audience de culpabilité et de sanction, le mineur bénéficie d'une mise à l'épreuve éducative avec un accompagnement éducatif personnalisé avant que la sanction soit prononcée et les mesures éducatives judiciaires sont privilégiées par rapport aux placements quels qu'ils soient.

Il semble évident que pour un accompagnement optimal de ces jeunes, mieux les connaître est une priorité et c'est pourquoi il est stipulé que les magistrats se penchent sur leur parcours biographique, médical, social et judiciaire pour prononcer le jugement. Or, comme nous l'avons vu, peu d'études se sont intéressées aux mineurs incarcérés (notamment à leur clinique) et donc les connaissances que nous en avons sont insuffisantes. Cela entraîne des représentations erronées à leur égard.

Toutefois, il ressort des données de la littérature que beaucoup de ces jeunes semblent avoir eu un environnement primaire affectif et éducatif carenciel avec des difficultés sociales, familiales et scolaires importantes nécessitant plus fréquemment un recours à l'aide sociale à l'enfance et

à la protection judiciaire de la jeunesse. Sur le plan de la santé, et notamment mentale, ces jeunes semblent avoir un bon état de santé général. Cependant, il ressort une fréquence importante de troubles du comportement, de conduites à risque et de conduites addictives.

Mieux les connaître implique de mieux comprendre leur clinique, et donc la psychopathologie de l'adolescence et de la délinquance. C'est ce que nous allons maintenant traiter.

II-Clinique des mineurs incarcérés

A. L'adolescence et les troubles mentaux à l'adolescence

1) L'adolescence

Étymologiquement, « adolescence » vient du participe présent du latin « adolescere », qui signifie « grandir », et plus précisément de son participe présent « celui qui est en train de grandir » (94).

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'adolescence est « la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans ». Elle est aussi couramment assimilée à la « jeunesse », période de la vie humaine entre la puberté et l'âge adulte (95).

L'adolescence peut se regarder sous différents angles comme l'âge, le sexe, le milieu socio-économique, ou encore l'origine géographique. Toutefois deux caractéristiques semblent communes à ces différentes approches. D'une part l'adolescence est une période particulièrement propice au changement, d'autre part le risque existe de voir s'installer des conduites négatives qui altèrent le développement et les potentialités des jeunes (96–99). C'est donc une période où il est possible de se retrouver dans une dynamique évolutive ou au contraire, d'adopter des conduites stéréotypées pouvant entraîner les adolescents vers une impasse. Il convient donc de ne pas manquer cette ouverture qu'est l'adolescence.

C'est pourquoi, il est important de faire sentir aux adolescents mais aussi à ceux qui les entourent que ce qu'ils ont pu vivre jusqu'à présent ne fige pas leur destin et qu'ils gardent une partie de leur avenir entre leurs mains.

Un(e) jeune adulte qui se sent bien au sortir de son adolescence est un individu qui détient une bonne image de lui-même, s'investit dans des activités propres, s'adapte, se projette positivement dans l'avenir, et détient une autonomie, à la fois physique, psychologique et sous

peu matérielle. Toutes ces réalisations se commencent lors du passage à l'adolescence, que la majorité des adolescents sont en mesure de franchir avec un équilibre satisfaisant.

Cependant, les enjeux de cette période et notamment la construction identitaire, amènent quelques turbulences (97,99).

a) Transformations

➤ *Des changements imposés*

La métamorphose dont les adolescents sont l'objet leur est imposée. En effet, ils n'en choisissent ni le lieu, ni le temps, ni les composantes. Il s'agit des transformations, physiques, psychologiques, affectives et sociales. Et avant tout, le corps est ce par quoi le changement va advenir (96,97,99).

La transformation du corps et des organes sexuels constitue le changement le plus apparent. Le sujet n'est plus le même, et pour lui et pour son entourage. Cette métamorphose physique fait qu'on a toujours associé le début de l'adolescence à l'apparition des signes pubertaires, donc à une notion physiologique. Plus récemment, le concept d'adolescence s'est élargi aux aspects psychologiques et sociaux (96,97,99).

Renoncer à son corps d'enfant n'est pas une mince affaire, celui-ci étant le garant d'une sécurité acquise au cours des années.

Tous ces processus imposent une rupture avec l'enfance. L'irruption de la puberté génère une extrême tension à l'intérieur même du corps des adolescents. Les pulsions et les besoins nouveaux qui émergent font diminuer la quiétude (97,99,100).

➤ *Evolution du jugement et des pensées*

Les adolescents deviennent davantage critiques car ils se rendent compte que le monde des adultes n'est plus le modèle qu'ils imaginaient. Ils éprouvent des moments de terrible déception pouvant entraîner des périodes de rébellion intense. Ils deviennent de plus en plus distants et aussi plus secrets, en exprimant de façon moins évidente leurs besoins affectifs mais deviennent alors plus vulnérables. Ils supportent difficilement les règles et les contraintes. A cette période, agir est un moyen de décharger leur anxiété (comme râler, s'opposer, refuser, ou encore obtenir de mauvais résultats scolaires). De façon moins ordinaire ; fuguer, être auto-agressif voire faire une tentative de suicide sont des actes qui font diversion face à une angoisse impossible à supporter. Enfin, une autre manière d'échapper au stress du présent consiste à se tourner vers le passé, en régressant (97,98,101).

b) Besoins

➤ *Soutien et autonomie*

Pour devenir adultes, les enfants se développent sur le plan psychique selon deux principes : ils se nourrissent des apports de l'environnement, notamment ceux de leurs parents et dans le même temps, ils doivent trouver leur différence et leur autonomie. Pour ce faire, ils doivent puiser dans leurs propres ressources, qui sont constituées de divers savoir-faire et savoir-être, mais aussi des apports qualitatifs qui les ont accompagnés pendant l'enfance. Selon la qualité des relations dont ils auront bénéficié par le passé, les adolescents aborderont plus ou moins facilement l'inconnu, affirmeront leur capacité à choisir et à évoluer vers leurs propres domaines d'investissement, en y prenant du plaisir. Pour expérimenter la nouveauté, les adolescents revendiquent une liberté qu'ils ne sont pas encore capables d'assumer à ce stade car ils ont toujours besoin de la présence et de l'affection de leurs parents (97,99).

Par ailleurs, les rapports familiaux se sexualisent avec la puberté, c'est-à-dire qu'ils se chargent d'une dimension de gêne et de pudeur et d'un sentiment de proximité physique inconfortable, auxquels les adolescents se sentent contraints de répondre en prenant de la distance. Les conduites d'opposition deviennent un moyen de rétablir une distance protectrice (97,99).

Pour se développer, se responsabiliser et s'affirmer, les adolescents sont obligés de s'éloigner de leurs parents mais ont en même temps besoin de leur soutien.

De plus, ils prennent conscience des limites de leurs parents qui sont des êtres humains avec leurs qualités et leurs défauts qu'ils idéalisent plus autant qu'avant. C'est la problématique de l'adieu de l'enfance, où il y a une perte des objets infantiles sécurisants. Cette perte est nécessaire, même si elle est douloureuse et s'apparente finalement à une période de deuil.

Cette situation est source d'inquiétude et un paradoxe fondamental apparaît : plus les adolescents ont besoin de soutien et plus ce dernier est une menace pour leur autonomie : « ce dont j'ai besoin est ce qui me menace » (97).

Toutes les formes de conflits permettent aux jeunes de poser des limites entre eux et leurs parents, qui les protégeraient dans une certaine mesure. L'absence de limite serait effrayante.

En effet, les enfants ont besoin de sentir que les figures parentales veillent sur eux. Mais il est important que les adolescents puissent eux-mêmes sentir ce qu'ils ont la capacité de faire, à leur rythme, en étant ni poussés ni bloqués par les parents qui agiraient en fonction de leurs propres inquiétudes (97).

➤ *Identification et individuation*

Les adolescents se cherchent et tentent de trouver des images d'eux-mêmes qui leur correspondent. Cette recherche passe parfois en s'intéressant à tout, changeant de centres d'intérêt et d'activités régulièrement, ou au contraire, à rien, révélant souvent des jeunes qui se sentent eux-mêmes inintéressants (97,99).

Le plus souvent mal dans leur peau, ils sont en quête d'une image plus acceptable. A défaut de savoir qui ils sont, ils vont chercher à ressembler à telle ou telle personne.

Et, en même temps qu'ils cherchent à s'approprier leur nouveau corps, les adolescents sont en quête de leur identité psychique.

Ce processus d'identification, non sans difficulté, les amène à explorer différentes sphères. Le groupe de pairs est la sphère sociale privilégiée à l'adolescence permettant aux jeunes de créer de nouveaux modes de socialisation et d'individuation. Les relations aux pairs contribuent positivement ou négativement au développement psychosocial des adolescents et jouent de ce fait un rôle majeur dans le développement identitaire (102).

En effet, les adolescents cherchent une identité dans et par le groupe, que Tajfel nomme l'« identité sociale » et qui correspond finalement à l'image de soi dérivant des caractéristiques du groupe d'appartenance (103). Cette appartenance et cette identification à un groupe d'amis semblent être essentielles aux adolescents car elle répond à des besoins éducatifs, personnels et sociaux.

En effet, au-delà d'un rôle de soutien, les pairs ont des fonctions d'identification, de projections et de miroir qui permettent aux jeunes de se découvrir, de comprendre leurs transformations, de se construire une représentation de soi, une personnalité, une identité personnelle et groupale et donc de s'affirmer (102).

Cependant, les relations aux pairs sont complexes pour les adolescents et impliquent certaines contraintes, comme le besoin implacable de s'affirmer et de se singulariser indépendamment du groupe, mais ils éprouvent également le besoin de se conformer au groupe de pairs et d'adhérer à leurs valeurs, même les plus déviantes, par crainte du rejet et de l'isolement. Ainsi, du fait de cette place importante prise par les pairs, certains jeunes se mettent en danger en adoptant des comportements à risque (104).

➤ *Limite et cadre*

Même si les idéalizations sont nombreuses, il n'existe pas d'éducation idéale et chaque éducation comporte ses risques et ses limites.

Il s'agit plutôt d'une dynamique évolutive, sans pour autant que les parents perdent leurs repères ou renoncent à leur rôle. Ils sont gardiens d'une certaine limite, à l'intérieur de laquelle les adolescents peuvent créer un espace d'autonomie, voire un espace privé s'apparentant à leur jardin secret, et qui laissé gérer librement montre une preuve de confiance de la part des parents (97).

La tranquillité est en lien direct avec la présence suffisante des parents, ni trop proche ni trop lointaine. En effet, lorsque des jeunes se sentent abandonnés par un parent (ou les deux), trop absent ou qui ne prend pas le temps de s'intéresser à eux, le manque et le besoin envahissent leur esprit (97,98).

Et inversement, des jeunes exagérément investis par un parent (ou les deux), sont privés des temps de tranquillité et des zones de secret sans lesquels ils ne peuvent se construire.

De même qu'une autorité trop forte ou un suivisme, où les parents n'offrent aucune résistance jusqu'à se confondre avec leur enfant, sont deux attitudes extrêmes qui viennent troubler l'autonomisation.

Ainsi, dans un cadre éducatif maintenu avec souplesse et fermeté, les adolescents peuvent, sans provocation ou débordement, trouver la liberté, la sérénité et la sécurité intérieures, sans lesquelles ils ne peuvent se distinguer de leurs parents, trouver leur place, éprouver positivement leurs relations avec eux-mêmes et donc avec les autres. En effet, il existe une corrélation entre la manière dont on gère ses espaces personnels et celle dont on gère ses liens avec l'environnement (97,98).

c) Les conduites adolescentes

L'adolescence représente dans la vie de chacun un moment exceptionnel. En effet, une seule fois dans l'histoire d'une personne s'associent des changements physiques, psychologiques et sociaux. L'ébranlement pubertaire qui peut notamment induire un mouvement psychique qui peut être régressif, vers un refuge face à cette nouvelle donne corporelle (97–101).

L'adolescence est un véritable bain émotionnel, où l'anxiété, l'angoisse, la peur, la tristesse, la dépression, la honte et même le dégoût succèdent au plaisir, à l'exaltation, à la joie, voire à l'élation (*état pseudo pathologique où est ressenti un sentiment de toute puissance, d'excitation euphorique*).

En effet, toutes ces mutations vécues par les adolescents viennent exacerber les pensées, mais surtout les affects et les émotions. Ces mouvements émotionnels se jouent dans la recherche de liberté, le besoin et l'envie de nouveauté, mais aussi dans la peur de ce qui va arriver et le besoin de sécurité (97,99).

En effet, le changement, bien que nécessaire au développement de l'être humain, occasionne quasiment constamment de la peur et peut amener de la souffrance, d'où la nécessité pour les jeunes de s'équiper de défenses.

Ces mutations peuvent se dérouler sur plusieurs années, et seront gérées par les jeunes eux-mêmes, et par leur entourage. L'importance des changements explique le(s) trouble(s) éventuel(s) dans le(s)quel(s) peuvent se plonger les adolescents.

En effet, ce sont l'intensité des comportements, leur répétition et leur durée qui permettent de faire la part des choses entre un développement adolescent normal et ce qui est de l'ordre du trouble. Il convient de ne pas en banaliser les manifestations, qui peuvent être d'intensité et de durée très variable selon les individus. Ainsi, certains comportements lors d'une « crise d'adolescence » peuvent cacher des signaux, des indicateurs de santé auxquels il est nécessaire de prêter attention, pour éviter qu'ils ne s'enkystent voire s'aggravent (*cf. Troubles à l'adolescence*).

A l'inverse, l'absence de comportement perturbateur retrouvée lors d'une adolescence dite « blanche » est considérée par certains comme étant pathologique (103).

Relevées à temps, la plupart des difficultés rencontrées à cette période ne sont que passagères. Un simple glissement suffit parfois pour passer du normal au pathologique. Identifier un trouble constitue une première étape mais ne suffit pas. Il faut en découvrir le sens et reconnaître que cela puisse être à l'origine d'une demande d'aide. Commencer à en parler, et faire intervenir un tiers sont des actes de préventions primordiaux (97).

➤ *Les mécanismes de défense*

Le plus souvent, les actes adolescents sont simplement l'expression de pulsions ou d'envies nouvelles. Cependant, les émois affectifs profonds nécessitent que l'adolescent s'en défende, occasionnant alors d'autres formes d'actes que sont les mécanismes de défense (97,98,105). L'**oubli** ou la **répression** (*qui est une réponse réversible et fonctionnelle aux conflits et aux stress en écartant délibérément dans le préconscient des éléments perturbants, comme des problèmes, des désirs, des sentiments ou des expériences pénibles*), le **refoulement** (*expulsion de la conscience des représentations perturbantes associées à des désirs, des pensées ou des expériences, la composante affective pouvant rester consciente mais détachée de ces représentations*), le **déplacement** (*le déplacement est le transfert d'une émotion ou un réaction sur une représentation moins dangereuse pour la conscience*), le **isolation** (*peut s'apparenter à un refoulement de l'affect sans refoulement de la représentation*), permet de s'isoler de son psychisme, de ses pensées, de ses émotions et de ses pulsions afin d'éloigner le

conflit ou la souffrance psychique internes, l'**intellectualisation** (*réponse aux conflits et aux stress utilisant de façon excessive des pensées abstraites ou des généralisations afin de contrôler ou minimiser des sentiments et affects perturbants et donc éviter au sujet de se confronter à son implication personnelle dans une situation conflictuelle*, ou encore la **rationalisation** (*justification tendancieuse, inconsciente et involontaire, recourant à la logique ou à la morale permettant au sujet de dissimuler les motivations réelles, non perçues par la conscience, de ses pensées, ses actions et ses sentiments*, en font partie (97,105). Ces mécanismes de défense peuvent se traduire pour le sujet par une indifférence apparente ou une froideur à l'égard de ce qu'il vit.

Enfin, « l'agir », c'est-à-dire la mise en actes, relève également de processus défensifs contre un sentiment ou une réalité désagréable. En effet, l'acte court-circuite l'affect. Il s'agit de passer « à l'attaque », y compris contre son propre corps (97,98).

D'autres comportements, pouvant être à l'origine de troubles, relèvent de processus défensifs également comme repousser l'endormissement pour fuir la vie pulsionnelle vécue au travers des rêves, (à différencier des difficultés d'endormissement sous-tendues par des ruminations anxieuses), ou encore en s'imposant une vie contraignante (privation de nourriture, dépense physique excessive, ou encore rituels de travail très stricts) (97) .

Une autre façon de fuir ses émotions peut se retrouver dans la quête démesurée de sensations via des stimulations intenses et des comportements excessifs par exemple. Cela permet aussi de combler un vide dû à l'absence de relations satisfaisantes avec les autres. Ainsi, une grande excitation apparente cache une grande détresse et un sentiment d'impuissance.

Pour faire face cette impuissance ressentie, les adolescents cherchent à maîtriser davantage leur environnement. Ne se sentant pas capable de s'attacher à une personne, des comportements substitutifs à la relation dont il n'arrive pas à se confronter peuvent apparaître.

Par exemple, la toxicomanie, l'alcoolisme, la dispersion sexuelle, les troubles des conduites alimentaires, ou encore le mésusage médicamenteux comblent l'espace laissé par le vide relationnel. Puis les adolescents se retrouvent aisément envahis par ces comportements, qui leur donnent un sentiment d'autonomie.

Derrière ces conduites, on trouve le plus souvent des adolescents qui ont une mauvaise image d'eux-mêmes, caractérisée par un manque d'estime de soi voire un fond dépressif. Ils luttent contre cet état en s'appuyant sur ces conduites venant remplacer la vie relationnelle, mais qui finalement les fragilisent encore plus (97,98,100).

➤ *Le silence*

Les conduites d'inhibition et de restriction d'activités des jeunes sont difficiles à repérer car justement silencieuses. Parfois s'observe le développement d'un véritable enfermement à domicile d'adolescents se coupant progressivement des contacts avec l'extérieur, sans autre manifestation symptomatique franche, et semblant présenter cet état comme un libre choix de leur part. Cependant, des adolescents qui se replient ainsi sur eux-mêmes sont vraisemblablement en grande difficulté psychologique (97).

De même, l'absence de manifestation de désirs et de motivation révèle au contraire une avidité particulière des adolescents à découvrir et à recevoir, mais doutant fortement d'avoir les ressources suffisantes pour y parvenir. Ou alors, comme énoncé plus haut, il s'agit d'adolescents qui ne s'intéressent « à rien » mais qui ne se trouvent eux-mêmes pas intéressants. Souvent, ce sont des enfants qui n'ont pas pu créer de liens sécurisants ni faire la preuve de leur valeur propre en expérimentant et s'investissant dans des activités ou des plaisirs personnels (97).

➤ *La confiance en soi*

La confiance en soi, comme dimension de la psychologie humaine, peut se définir comme se sentir capable de résoudre des problèmes de la vie quotidienne, sans angoisse excessive ou représentation négative de la vie mais aussi se sentir capable d'apprendre, s'adapter de manière adéquate ou encore prendre des décisions (97,98,100).

Elle n'est pas toujours constante, ni totale au cours de l'existence, sauf en cas de pathologie. Elle évolue précocement en fonction des expériences vécues, quelles qu'elles soient, mais aussi de l'éducation reçue (15).

A l'adolescence, la confiance en soi est très souvent remise en question par le développement normal de l'individu mais aussi par les nouvelles situations vécues. Il n'est pas rare d'observer des écarts importants chez les adolescents qui oscillent entre une trop grande confiance en eux ou au contraire qui doute intensément de leurs capacités. Certains adolescents présentent une nette fragilité avec un défaut important et durable de leur confiance en soi, qui peut être attribué à des expériences précoces et traumatisantes (97,98,100).

2) Les troubles mentaux à l'adolescence

Il n'existe pas de trouble psychique spécifique à l'adolescence ou qui serait caractéristique de « la crise d'adolescence ».

La crise se trouve dans la nécessité d'évoluer, tant sur le plan du fonctionnement interne que sur le plan relationnel, mais elle n'entraîne pas forcément de difficultés comportementales ou de risques particuliers. En effet, la majorité des adolescents ne présente aucun trouble particulier. Cependant, il est important de ne pas banaliser des comportements à risque, car en effet, des comportements pathologiques peuvent apparaître (97,98,100).

À l'échelle mondiale, un(e) jeune âgé de 10 à 19 ans sur sept (14%) souffre d'un trouble mental. La dépression, l'anxiété et les troubles du comportement représentent les principaux troubles mentaux chez les adolescents (106).

Cependant, il ne faut pas pour autant envisager trop hâtivement un trouble mental. Les adolescents présentent des facteurs de vulnérabilité, liés notamment à l'histoire de leur enfance, mais aussi à leur capital génétique. Des comportements dits pathogènes peuvent s'observer en réponse à cette vulnérabilité, fragilisant davantage les adolescents, au risque d'occasionner une pathologie avérée. Un comportement est alors dit pathologique quand il est devenu le mode habituel de réponse, se répétant et s'imposant à l'adolescent, limitant alors ses potentialités (97).

➤ *Troubles du comportement*

On retrouve principalement le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble disruptif du contrôle des impulsions et des conduites non spécifié, le trouble de l'adaptation avec perturbation des conduites, trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (98,100,107).

Le trouble des conduites survient chez 3,6 % des jeunes âgés de 10 à 14 ans et chez 2,4 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans. A noter que le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) survient chez 3,1 % des jeunes de 10 à 14 ans et 2,4 % des jeunes de 15 à 19 ans et un facteur de risque important de présenter des troubles du comportement(106).

Ces troubles relèvent de conduites extériorisées, en général agressives vis-à-vis de soi-même ou des autres. Ils peuvent à l'inverse prendre une forme passive d'inhibition ou de retrait. Par ces manifestations, les adolescents ont le sentiment de développer une maîtrise de la réalité

extérieure, en faisant passer leur réalité psychique au second plan. Les conduites d'opposition en sont la forme la plus banale, traduisant le besoin qu'ont les adolescents en difficultés d'ajuster leurs distances relationnelles. Les fugues, les vols, les actes de violence ou encore les troubles du comportement alimentaire sont préoccupants et nécessitent une intervention spécifique. Enfin, la tentative de suicide est mise en acte extrême, permettant d'échapper aux pensées douloureuses.

➤ *Troubles liés à l'usage de substances*

Les consommations de substances, notamment l'alcool et le cannabis sont de plus en plus importantes chez les jeunes. À l'échelle mondiale, la prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans s'établissait à 13,6 % en 2016. Concernant le cannabis, environ 4,7 % des 15-16 ans en ont consommé au moins une fois en 2018 (106).

L'état d'ivresse recherché par la consommation compulsive d'alcool, associé à d'autres consommations et/ou à des troubles du comportement constitue un facteur de gravité. En effet, il en résulte des conditions d'accoutumance et en même temps, une démotivation où l'on voit des jeunes se démobiliser, ne s'investissant plus que dans ce mode de réponse, au détriment de leurs autres intérêts (97,98). Certains parlent de syndrome amotivationnel (108).

➤ *Dépression et conduites suicidaires*

La dépression est particulièrement fréquente à l'adolescence, souvent passagère, liée à de multiples difficultés, et notamment relationnelles, allant du fléchissement thymique léger à l'épisode dépressif caractérisé (97,98,100).

Environ 1,1 % des adolescents âgés de 10 à 14 ans et 2,8 % des adolescents âgés de 15 à 19 ans souffrent de dépression (106).

Par ailleurs, les tentatives de suicide sont en augmentation. Depuis plus de 30 ans, le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans et la 5^{ème} cause de mortalité chez les moins de 13 ans (109). Le risque de récurrence et de mort est plus important chez les garçons que chez les filles. Elles constituent un mode de réponse aux difficultés particulièrement inadéquat. L'intention de mourir est très inconstante, mais il importe évidemment de ne pas banaliser ces gestes (en se centrant principalement sur leur signification relationnelle par exemple), ce qui de surcroît est blessant pour l'adolescent (97,98,100).

➤ *Troubles anxieux*

Les manifestations des troubles anxieux à l'adolescence sont fréquentes. Les troubles anxieux regroupent le trouble anxieux généralisé, le trouble panique, le trouble phobique, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble de l'adaptation, et enfin l'état de stress post-traumatique (97,98,100). Environ 3,6 % des jeunes de 10 à 14 ans et 4,6 % des jeunes de 15 à 19 ans souffrent d'un trouble anxieux (106).

➤ *Autres troubles*

D'autres troubles se retrouvent aussi comme **les troubles somatoformes** (somatisation, conversion, trouble douloureux, l'hypochondrie, la dysmorphie corporelle qui se voit notamment à l'adolescence où les préoccupations corporelles sont parfois envahissantes), ou encore **les troubles de la personnalité** (98,100).

Cependant, pour les troubles de la personnalité, le diagnostic se fait généralement **après 18 ans**, sauf si les traits sont stables et présents depuis plus d'un an, à l'exception du trouble de la personnalité antisociale, qui ne peut être diagnostiqué chez un patient de moins de 18 ans (107).

La pathologie de la personnalité a logiquement ses origines dans l'enfance et l'adolescence avec le repérage d'éléments de vulnérabilité prospectivement mais aussi rétrospectivement à l'âge adulte (110).

➤ *Emergence d'un trouble mental chronique*

L'adolescence et surtout la post-adolescence sont des périodes propices à l'apparition de troubles psychiques sévères, comme des épisodes délirants pouvant être isolés ou être de véritables entrées dans la psychose, ou encore des troubles de l'humeur unipolaires ou bipolaires (97).

➤ *La demande d'aide*

Il est rare que les adolescents formulent une demande d'aide explicite. En effet, ils identifient avec difficultés leurs ressentis, et ils craignent par ailleurs de se retrouver en situation d'attente à l'égard des adultes. Il s'agit donc le plus souvent d'une demande indirecte via les parents, les enseignants, ou encore les éducateurs.

Ils présentent davantage de réticences lorsqu'il s'agit de consulter un(e) psychiatre du fait que pour le grand public, ce recours est réservé aux cas graves de « folie » avec l'image que l'on peut se faire des différentes formes de soins en psychiatrie.

Or, les troubles mentaux sévères concernent moins de 4% des adolescents (97). Et leur existence n'implique pas leur présence définitive à l'âge adulte. Ils sont plus à considérer comme des signaux témoins d'une souffrance psychique importante, et méritent un accompagnement médical. Les soignants doivent veiller auprès des jeunes et de leur entourage à ce qu'une image négative d'eux-mêmes ne se fige en formant une identité directement en lien avec leurs comportements et leurs symptômes.

Ainsi, l'adolescence apparaît comme une période de fragilité et de vulnérabilité notamment avec une confiance en soi précaire. L'agir, impulsif et violent, comme moyen de communication accessible, peut donc être exacerbé en permettant d'évacuer, d'externaliser un conflit psychique intériorisé et de se défendre contre les angoisses, identitaires et abandonniques notamment. Nous allons voir maintenant en traitant de la délinquance qu'en ajoutant à cette période charnière qu'est l'adolescence certains facteurs, l'acte transgressif est d'autant plus favorisé.

B. Psychopathologie et clinique de la délinquance

Dès le XIX^e s, plusieurs auteurs ont réfléchi aux origines de la criminalité et plusieurs débats ont eu lieu autour de l'impact de la pathologie mentale dans la criminalité, par rapport à celui de la civilisation, de la société et de l'éducation. Ces auteurs se sont demandé si la structure et le type de troubles psychiatriques pouvaient être en cause, ou s'il était plutôt question des effets d'une déprivation de liberté qui entraînerait la décompensation, le passage à l'acte, la récurrence et la cristallisation de la violence comme modalité de fonctionnement et de communication.

Cette question semble encore plus essentielle lorsque les auteurs d'infractions sont des mineurs. Faut-il les incarcérer ? Comment inscrire la prison dans l'histoire de jeunes êtres humains qui subissent une série de transformations psychophysiques leur permettant de devenir adulte ? Quels effets l'incarcération aurait sur la formation de leur identification et leur identité ? (82,111).

1) Définitions et types de délinquance

Etymologiquement, le mot délinquance dérive du mot latin *délinquere* qui signifie être en faute. Plus précisément, la racine latine « linquo » signifiant « lâcher, laisser, abandonner, qui ajoutée au préfixe « de » marquant l'éloignement associe l'idée de faillir avec celle d'éloigner, séparer, priver (112).

La délinquance se définit comme l'ensemble des infractions (crimes et délits) qui se commettent en un temps et en un lieu donné. Les délinquants sont des individus qui posent un acte qualifié de délictueux par la société dans laquelle cet acte est perpétré et qui sont reconnus comme ayant posé cet acte par la société. Tout individu qui commet un acte de délinquance n'est donc pas nécessairement, au regard de la loi, un délinquant (113).

Selon Michel Born, la délinquance peut s'analyser sous différentes perspectives (114).

La perspective **psychosociale**, où les actes délinquants sont perçus comme des actes sociaux, mettant en rapport les êtres humains. On parle notamment des actes asociaux mais surtout antisociaux, où il y a une volonté de nuire, une intention négative. L'acte délinquant se définit en fonction de la société, avec ses règles, ses normes et ses lois, dans lequel il a lieu.

Une seconde perspective, **criminologique**, où le contexte légal définit la gravité des actes commis. Ainsi, d'un point de vue strictement légal, la gravité de l'acte est spécifiée en fonction de la peine potentielle.

Dans la perspective **développementale**, l'acte de délinquance survient à un certain moment de la vie, et il faut le comprendre dans sa genèse. La genèse de socialisation agit tout au long de la vie, mais est particulièrement importante pendant l'enfance et surtout pendant l'adolescence où le groupe de pairs devient le lieu privilégié de socialisation, régi par des règles, dans lequel l'adolescent apprend à gérer des situations et des relations qu'il rencontrera tout au long de sa vie. Des études portant sur la trajectoire de vie des délinquants ont montré qu'ils avaient rencontré des difficultés dans le processus de socialisation, notamment des difficultés à tenir compte de la présence et des besoins des autres, formant un asocialisation qui elle-même renforce l'asocialité car inductrice d'exclusion et de marginalisation.

Enfin la perspective **clinique**, qui cherche à comprendre la personne dans son fonctionnement psychique interne, et à comprendre ses comportements (d'où ils viennent, comment ils se font, ce qui les entoure). Pour ce faire, la prise en compte des facteurs internes (individuels, familiaux, et intergénérationnels, relatifs à l'histoire de l'individu) et externes

(environnementaux, relatifs à la société et au contexte) est indispensable. De plus, elle permet éventuellement d'identifier de possibles « personnalités délinquantes » (114).

Michel Born distingue **deux types de délinquances** : La délinquance limitée à l'adolescence, et la délinquance persistante, dite « de carrière » (114).

Quand elle est **limitée à l'adolescence**, le début se fait généralement vers 11-12 ans, où apparaît une discontinuité par rapport à l'enfance. Le sujet se trouvant dans une période de fragilité et présente donc des difficultés à se situer dans le lien social, cherchant alors à s'inscrire dans un lien non social (82,114,115).

Les actes de délinquance varient selon les situations et les opportunités. Comme évoqué plus haut, la recherche d'adhésion à un groupe est fréquente lors de l'adolescence. L'impact du groupe pouvant alors servir de refuge aux défaillances et aux carences d'identifications (19).

Il peut aussi exister un caractère utilitaire des actes de délinquance, soit en termes de gain matériel, ou de gain de prestige. Enfin, le caractère exploratoire se retrouve aussi, signant une rupture avec les valeurs familiales dans une recherche de statut et de rôle.

La désistance de la délinquance se fait régulièrement à la sortie de l'adolescence par le fait de s'engager dans une vie affective et professionnelle apportant statut et responsabilités (114).

La délinquance **persistante** dans le cours de la vie est généralement de début plus précoce. En effet, des troubles du comportement, des troubles des apprentissages (avec des échecs scolaires occasionnés), des troubles attentionnels, une hyperactivité, un déficit des fonctions de contrôle sont alors observés dès l'enfance. On peut également observer un déficit d'attachement dans les relations, notamment aux adultes. La délinquance persiste longtemps après l'adolescence dans une carrière criminelle, très variable, sur le plan de la fréquence et de la gravité des actes.

Enfin, il semble que les **garçons** soient plus impliqués dans la délinquance que les filles, mais qu'il y a des différences en fonction des types de délits : les délits de violence et les délits contre la propriété semblent nettement plus fréquents chez les garçons. Aussi, plus la gravité du délit augmente, plus la présence des filles diminue, mais ce constat reste à nuancer car ça n'est pas systématique (116).

2) Les facteurs de délinquance

Psychopathologie du développement

Il s'agit des théories explicatives développementales concernant le lien et l'attachement.

Le développement normal de l'attachement nécessite un objet d'attachement. On parle de relation objectale, qui est un prérequis à tout attachement (117).

Les principaux travaux sur l'attachement ont été réalisés par Spitz (1963) et Bowlby (1969)(114,118). L'attachement nécessite une proximité physique et des interactions adaptées entre la mère et son enfant. Cela permet un sentiment de sécurité et un renforcement des liens. Bowlby considère que l'attachement n'est pas seulement lié à la relation nourricière de la mère. Il s'agit de la construction d'un lien affectif sûr avec les figures d'attachement pour permettre dans un second temps d'avoir des relations sociales ultérieures plus étendues (114,117,118).

En 1998, Allen et ses collègues se sont intéressés aux conséquences sur le long terme des perturbations de l'attachement chez des adolescents. Ils ont pu montrer que les adolescents présentant un attachement déficient (notamment par séparation prolongée à un parent, ou par carence affective) présentaient un dysfonctionnement psychosocial avec des difficultés dans la construction des relations avec les pairs, associées à des troubles dépressifs et anxieux, ainsi que des comportements antisociaux (114).

Par ailleurs, D.W. Winnicott a mis en lien l'acte antisocial avec la notion de « déprivation » (qu'il définit comme la « *perte de quelque chose de bon, qui a été positif dans l'expérience de l'enfant jusqu'à une certaine date, et qui lui a été retiré. Ce retrait a dépassé la durée pendant laquelle l'enfant est capable d'en maintenir le souvenir vivant* »). Selon lui, certains enfants et adolescents ont une façon particulièrement provocante et dérangeante de demander de l'aide. Par exemple, le vol, le mensonge, la destruction mais aussi la glotonnerie ou encore l'énurésie sont les manifestations d'une « **tendance antisociale** » (26,119,120). Il la différencie de la délinquance qui est l'effet d'un comportement antisocial et qui se caractérise par ses conséquences plus ou moins graves inscrites socialement.

Ainsi, selon lui, la délinquance n'est qu'une évolution possible de la tendance antisociale lorsque celle-ci se fige et devient une identité sociale pour le jeune, lui apportant des bénéfices secondaires.

De plus, D.W. Winnicott établit aussi que la limite entre la tendance antisociale et son aggravation et fixation en délinquance serait que le vol ou la destruction (en tant qu'expression de la tendance antisociale seule), sont à interpréter cliniquement comme des symptômes de détresse (26,119,120).

De façon plus générale, D.W. Winnicott pose que la tendance antisociale s'observe chez presque tous les enfants, en tant que difficulté dans le développement affectif. Selon lui, c'est

davantage la façon dont elle va être accueillie et gérée par l'environnement de l'enfant qui déterminera son évolution vers un renforcement de celle-ci voire vers une vraie pathologie ou, au contraire, son dépassement par l'enfant. Elle est alors une réaction à une privation affective et elle exprime un espoir (inconscient) de réparation du traumatisme lié à une véritable déprivation, pouvant s'apparenter à un sevrage affectif. Cette notion amène donc à se demander si une institution privative de liberté est vraiment une réponse à la déprivation de jeunes êtres (26,119,120).

La psychopathologie du lien est régulièrement questionnée chez les enfants délinquants, de même que les enfants en danger. Le **symptôme** « acte de délinquance » est rarement le fait d'un processus psychiatrique. L'acte violent est sous-tendu par un développement psycho-affectif et cognitif fortement altéré (5,101,111).

En effet, les manifestations de violences d'adolescents « déprivés » sous forme d'actes destructeurs, sont en général le signe d'une menace identitaire ou narcissique et d'un échec du lien à l'autre.

Ainsi, le recours à la provocation, à l'opposition, ou à la revendication, par défaut d'autres modes de sollicitation d'autrui, permet de tester les interdits et chercher les limites entre le moi et le non-moi. Ces comportements constituent alors des attaques du lien par crainte d'un échec de la relation et de l'autre en tant qu'être différent. Ce mode de communication semble alors être un moyen de défense identitaire et une stratégie maladroite d'intégration d'un sujet qui se sent menacé et en détresse, afin de préserver son intégrité narcissique, de retrouver sa place, et d'éprouver un sentiment d'existence et d'appartenance (13,121,122).

Les facteurs sociaux

➤ *Phénomènes entretenant la désorganisation sociale.*

A noter qu'il s'agit de théories psychosociales explicatives de la délinquance des sociétés urbaines occidentales.

Au fil du temps, il a été montré que les facteurs déstabilisant une société augmentent le risque de délinquance. On trouve des facteurs permanents comme l'immigration (migration interne et externe), le progrès technique et économique (avec une inégalité croissante entre les personnes y ayant accès et les autres), et l'évolution des espaces ruraux et urbains.

Les facteurs de désorganisation sociale peuvent être épisodiques comme les dépressions économiques, les guerres civiles ou les révolutions.

Il a été observé que les activités illégales vont augmenter avec la présence de conflits, de situations de rejet et d'exclusions qu'elles soient raciales ou intergénérationnelles, en lien avec des difficultés d'enculturations, d'insertion sociale et de crise identitaire (114)(116).

➤ *Urbanisation comme facteur de risque de délinquance.*

Plusieurs études ont comparé le nombre de crimes et délits dans les villes et dans les campagnes, ainsi que selon la taille et la densité des villes. Elles ont montré que la délinquance était un phénomène majoritairement urbain. Ce phénomène semble encore plus marqué dans certains quartiers de ville habités par des classes sociales défavorisées (114)(116).

Les facteurs familiaux

Plusieurs études, et notamment les travaux de Sheldon et Eleanor Glueck (1939-1950), ont montré que la **famille** était un milieu à risque de délinquance (114).

Plusieurs aspects ont été observés : la **stabilité de la résidence** (les déménagements multiples se retrouvant plus fréquemment dans les familles de délinquants), la **qualité de l'habitat** (en termes de propreté et de densité de peuplement notamment), la **situation socio-économique** (les familles de délinquants ont un niveau socioéconomique plus faible et ont plus souvent recours à des organismes d'assistance financière), la **composition de la famille** et la présence de **rupture(s) familiale(s)** (plus de divorces, de décès ou d'absences prolongées d'un des deux parents, notamment celle du père, ont été constatés dans les familles de délinquants), **une imprégnation délinquante dans la famille** (il a été observé davantage de comportements délinquants chez les parents ou d'autres membres de la famille voire chez les grands-parents ainsi que dans l'adelphie), la **qualité de vie familiale** (mauvaise cohésion familiale, ambiance conflictuelle, absence de régularité, mauvaise structuration du temps, style de vie désordonné), les **relations familiales et la dynamique familiale** (les relations entre les parents et/ou entre les parents et les enfants sont le souvent déficientes dans les familles de délinquants, de même que les dynamiques relationnelles où d'un point de vue systémique la délinquance d'un membre de la famille est le symptôme d'un dysfonctionnement familial), la présence de **maltraitance psychologique** et/ou **physique** (davantage de négligence observée et de violences physiques subies dans les familles de délinquants) et enfin la **discipline et les pratiques éducatives** (cadre souvent défaillant, irrégulier, trop permissif ou trop strict, avec recours fréquent à la punition physique) (114).

Les facteurs biologiques

➤ *Structure et biochimie (114)*

Des études ont pu mettre en avant le rôle du **système limbique** (zone jouant un rôle majeur dans la mémoire, les émotions et dans la régulation des fonctions primaires de survie) et du **cortex frontal** (lieu de contrôle des interactions et donc de la socialisation) dans la production de conduites agressives, notamment en cas de rupture d'équilibre entre ces deux structures. De même, l'immaturation du système frontal, notamment chez les enfants de moins de trois ans, peut expliquer certains comportements impulsifs ou violents.

Sur le plan biochimique, certaines études ont pu mettre en évidence l'implication des **neurotransmetteurs** tels que la *dopamine*, l'*adrénaline*, la *noradrénaline* et la *sérotonine* ou encore la *testostérone*. Cependant ces éléments sont à interpréter avec précaution du fait d'un niveau de preuve insuffisant.

➤ *Facteurs pré et périnataux*

Très peu d'études ont été menées sur l'influence de facteurs pré et périnataux sur le développement de conduites délinquantes, et les résultats obtenus n'ont rien retrouvé de significatif. En revanche, ces recherches ont permis d'établir un lien significatif entre la délinquance et le tabagisme maternel pendant la grossesse mais des biais de confusion étaient présents (114).

➤ *Aspects génétiques*

Quelques études étudiant les comportements ont été faites sur les jumeaux suggérant une part génétique dans les comportements délinquants, mais l'impact de l'environnement semble majoritaire avec une forte interaction gènes environnement (114).

3) Psychopathie et troubles de la personnalité antisociale

Ces deux concepts se trouvent à l'intersection du champ de la psychopathologie et celui des conduites asociales.

Dans toute la littérature criminologique, et dans la tradition des pénalistes, les psychopathes sont les délinquants multirécidivistes inamendables. Constants dans la délinquance, ils semblent être délinquants depuis leur plus jeune âge et incapables de se comporter autrement.

Cette incapacité a donc paru constitutionnelle et a été considérée comme une forme d'aliénation (114).

D'un autre côté, la psychiatrie décrit depuis le XIX^e siècle des formes « d'aliénation morale », « de folie criminelle » et de « manie sans délire ». Par la suite Kraepelin (1896) puis Schneider (1933) évoquent « la psychopathie » en l'opposant aux névroses (114).

Toutefois, le terme de « psychopathie » s'impose progressivement pour décrire les individus inadaptés socialement, brutaux, menteurs, pervers, dégénérés, véhiculant des connotations négatives puisque leur comportement relève de l'immoralité. Au lieu d'employer le terme de psychopathie, certains auteurs proposent le terme de « sociopathie » pour appuyer que le trouble n'est pas intrapsychique mais dans la conduite sociale. Il s'agit donc d'une pathologie des relations. Selon Hochman (*le concept de la sociopathie : vers une critique de la raison nosographique, 1968*), il n'y a pas de sociopathes mais des situations et des relations sociopathiques (114).

Il est important de distinguer les délinquants « récidivistes » des psychopathes et cela relève d'une démarche diagnostique. Le DSM 5 et plus anciennement l'échelle PCL-R de Hare (psychopathy checklist revisited comprenant 20 items) sont les outils les plus utilisés (114).

Tout d'abord, un trouble de la personnalité ou personnalité pathologique peut être évoqué lorsque les traits de personnalité sont particulièrement marqués, rigides et associés à une altération du fonctionnement social et une incapacité à s'adapter aux différentes situations de la vie. Ce trouble constitue un facteur de vulnérabilité à d'autres troubles psychiatriques, notamment dépressifs, anxieux et addictifs (123).

Selon le **DSM 5**, le trouble de la personnalité antisociale est un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins 3 des manifestations suivantes (107) :

- 1- incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation
- 2- tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries
- 3- impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance
- 4- irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions
- 5- mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui
- 6- irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières

7- absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui

De plus, le sujet doit être âgé d'au moins 18 ans. Les manifestations d'un trouble des conduites doivent avoir débuté avant l'âge de 15 ans et les comportements antisociaux ne doivent pas survenir exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire (107,123).

De surcroît, les personnes qui ont une personnalité antisociale manquent souvent d'empathie et tendent à être immorales, cyniques et à mépriser les sentiments, les droits et la souffrance des autres. Ils peuvent avoir une opinion orgueilleuse et arrogante d'eux-mêmes. Elles peuvent être charmeuses, superficielles et séductrices, et avoir la parole facile. Le manque d'empathie, l'opinion orgueilleuse de soi et le charme superficiel sont des caractéristiques habituellement incluses dans les conceptions traditionnelles de la psychopathie. Les critères diagnostiques généraux d'un trouble de la personnalité doivent aussi être rencontrés (107).

C. Clinique des mineurs incarcérés

➤ Introduction

Le discours des mineurs incarcérés est marqué par la pauvreté du vocabulaire, la superficialité du discours et leurs difficultés à exprimer leurs émotions. Ils rapportent parfois avoir de multiples compétences, sous forme de toute-puissance. On peut voir à travers leurs discours une intolérance à la frustration se traduisant symptomatologiquement par des tentatives d'emprise et de manipulation, tant par rapport au personnel (pénitentiaire et extra-pénitentiaire), que par rapport aux codétenus. Ils banalisent souvent leur(s) incarcération(s) comme s'ils s'étaient joués des services de police et de justice (81,86). On peut observer une victimisation et une revendication d'innocence chez ces adolescents qui réfutent tout tort causé à une personne, et évoquent plutôt une erreur judiciaire. Et moins l'acte est assumé, moins la peine est acceptée et plus elle est attribuée à la malveillance de l'autre à leur égard. Cette malveillance qui semble se répéter, semblable à un vécu de maltraitance antérieure, faisant d'autrui le mauvais objet persécuteur (81,86).

Ils reconnaissent parfois une part de la réalité des faits en l'exprimant le plus souvent comme un acte utilitaire en termes de gain matériel mais ils en atténuent la gravité et les explications restent superficielles et impersonnelles. Ou alors, ils ne comprennent pas pourquoi ils ont

commis un délit ou un crime et peuvent le manifester en entretien par une dissociation, un clivage, un déni ou encore une minimisation (81,86).

Cependant, ces discours constituent une bien fragile façade qui dissimule mal les failles narcissiques importantes et un moi en position de faiblesse. Cela est illustré en entretien par une attitude globale marquée par la passivité, l'apathie, le sentiment de vide et l'angoisse (81,86).

En effet, les mineurs incarcérés sont des adolescents au parcours de vie chaotique. Le sentiment d'abandon qui en résulte est souvent à l'origine d'angoisses infantiles. De plus, le défaut de continuité interne (c'est-à-dire l'incapacité à conserver des objets internes suffisamment bons), entraîne des comportements de rupture, de l'instabilité, des problématiques identitaires associées à de l'anxiété et à une faible estime de soi. L'estime de soi correspond aux sentiments et attitudes, positifs ou négatifs, que l'individu porte sur lui-même, et ce jugement se répercute sur les dimensions comportementales, cognitives et émotionnelles. Prêteur (2002) déclare que l'estime de soi et « son développement sont fortement tributaires de la "qualité" des contextes de vie (éducatifs, familiaux et scolaires) » (15).

➤ *L'agir comme moyen de communication*

Actuellement, la clinique transgressive chez les jeunes semble être sur le devant de la scène, avec une génération qui semble être en perpétuelle expérience des limites (74).

Toutefois, il est important de rappeler que la violence fait partie de la vie et s'inscrit dans le circuit pulsionnel. A ce propos, Emmanuelle Bonneville-Baruchel (2017) a écrit au sujet d'enfants violents hospitalisés qu'il s'agissait d'une violence pathologique extrême qui n'avait rien à voir avec la violence et l'agressivité normales dont fait preuve un petit enfant soumis à des pulsions encore incontrôlées. Cette pulsion de destruction en chacun de nous est attisée par des épreuves de vie difficiles comme des échecs, des ruptures, ou encore des exils (13,101,122).

On observe fréquemment en détention des mineurs présentant des symptômes de la lignée limite comme une hypersensibilité aux mouvements de l'environnement, des difficultés majeures à gérer leurs émotions et une impulsivité. L'usage du corps devient alors le principal outil de communication et moyen d'action. En effet, l'agir se substitue souvent à la parole sous la forme du passage à l'acte auto ou hétéroagressif. Le recours à l'agir impulsif et violent, permettrait d'évacuer, d'externaliser un conflit psychique intériorisé et de se défendre face aux angoisses identitaires et d'abandon (13,19,74,81,115). Face à cette souffrance psychique, on peut parfois observer une incapacité défensive à ressentir les émotions et les affects, parfois même une

incapacité à ressentir la douleur physique (par exemple, des adolescents qui frappent leurs poings dans les murs et qui rapportent ne rien ressentir) (5,15,19,74).

Par ailleurs, l'acte transgressif est un moyen d'atteindre les limites du corps avec des passages à l'acte autour de la peau et de la douleur physique. Aussi, les actes qui provoquent et interpellent les représentants de l'ordre ou les personnels de service permettent de tester les interdits, chercher les limites entre le moi et le non-moi et attaquer le lien (5,19,74,122).

En utilisant la provocation, l'opposition ou encore la revendication comme stratégies maladroites d'intégration, ces jeunes cherchent en fait à éprouver un sentiment d'existence et d'appartenance.

Indirectement, ils interpellent, demandent de l'aide et du soutien, attendent une réponse. Ce sont des jeunes qui ont peur même si la peur qu'ils peuvent susciter est davantage mise en avant. D'autres formes d'agir se retrouvent également, comme les consommations de substances psychoactives, les phobies scolaires, ou encore les tentatives de suicide (5,13,15,19,74,81,115,122).

➤ *Les mots des mineurs en détention*

Lors d'un groupe d'expression chez des mineurs incarcérés, l'idée que la délinquance serait l'expression d'une rébellion, en lien avec un « sentiment de rejet » dès l'enfance, et des « difficultés à trouver sa place » a été mis en évidence. Cela est renforcé par le racisme et les discriminations liées aux « contrôles policiers répétés » dont ils se disent souvent victimes du fait de leurs origines ou de leur « couleur » (13).

Ils font part également de leur sentiment « d'humiliation », « de persécution » et « d'impuissance » face aux forces de l'ordre et au personnel pénitentiaire. Ils répètent continuellement ne « pas être aimés », ne pas être vus « comme des Français ». « Même Français », ils se revendiquent de la nationalité de leurs parents ou grands-parents, envisageant de « revenir vivre dans le pays » de ces derniers.

Des adolescents « qui font peur, mais qui ont peur » (13,124,125).

La honte transgénérationnelle transmise que l'on retrouve dans le récit de leur histoire affective, familiale et sociale est source de souffrance identitaire insuffisamment soutenues par des parents souvent vulnérables (8,13,19,74).

D. Impact de l’incarcération chez le mineur

La prison a à la fois un rôle de tiers « protecteur » en mettant les délinquants hors d’état de nuire mais aussi celui d’un tiers « destructeur » compte tenu de ce qui s’y passe et s’y joue. Ce dernier rôle semble inexorable (25).

La perception que la société entretient au sujet des détenus est plutôt négative avec une stigmatisation importante. Cette stigmatisation semble s’appliquer à tous les groupes distingués en détention (*en fonction du statut, du type d’infraction ou du nombre d’incarcérations*). Ce stigmate occasionné provoque une dégradation de l’image de soi. En pleine maturation identitaire, ce phénomène semble exacerbé chez les adolescents incarcérés (25).

Prison et restructuration psychique ne sont pas des mots que l’on associe spontanément. En effet, la prison est le plus souvent vécue négativement, s’accompagnant de frustrations, de souffrance et de violence (76).

Ainsi, lorsqu’un adolescent est incarcéré, comment faire en sorte que l’enfermement ne soit pas un obstacle supplémentaire à son individuation, un temps inutile et davantage destructurant, mais inversement, lui donne l’occasion de mettre des mots sur son histoire et de considérer autrement ses comportements et/ou sa personnalité (9,61,76,101) ?

L’enfermement carcéral peut-il être perçu autrement qu’une punition ne contribuant qu’à accroître le mal-être, la souffrance et les tensions psychiques de ces jeunes préexistantes à l’incarcération ?

Le risque de l’enfermement est d’interrompre le développement et le travail psychiques propres au processus adolescent. En effet, les conditions nécessaires à son développement physique et psychique lui sont ôtées. Ce risque est encore plus grand chez les jeunes dont les incarcérations se multiplient. L’enfermement peut même occasionner un mouvement régressif, dans la mesure où l’enfermement réitère un vécu infantile de passivité (101).

➤ Rupture, rejet et isolement

L’incarcération occasionne une véritable rupture dans la vie biographique des jeunes, que ce soit sur le plan familial, social ou amoureux. Cet éloignement socioaffectif met ces jeunes dans une situation de délien et de perte de leurs repères habituels, et notamment la figure maternelle. Cela les rend plus vulnérables à l’environnement carcéral. L’incarcération provoque de ce fait un isolement important d’autant que les parloirs sont généralement interdits au début de l’incarcération. Par la suite, ces jeunes ont peu de parloirs de leur famille. Il n’est pas rare que

l'incarcération suscite le rejet des familles (et notamment des pères) qui sont réticentes à aller rendre visite à leur proche (13).

De plus, l'effet de l'incarcération sur les trajectoires amoureuses et conjugales est très important. Elle accentue la suspicion, la méfiance et la jalousie au sein des couples et conduit les détenus à recomposer leurs attentes vis-à-vis de leur relation. Cela entraîne une rupture amoureuse, ou au contraire un renforcement de la relation qui apparaît alors comme le soutien principal durant l'incarcération (8,80). Par ailleurs, il est fréquent que les mineurs restent enfermés dans leur cellule durant la majeure partie de la journée, en dehors des heures de promenade. L'accès aux activités socio-éducatives proposées par l'administration pénitentiaire et par la protection judiciaire de la jeunesse est particulièrement difficile dans certains centres. La surpopulation carcérale et le sous-effectif sont le plus souvent en cause (25).

➤ *Promiscuité et traumatisme*

Le panoptisme des prisons imposé par des raisons sécuritaires implique que chaque détenu puisse être vu à tout moment. Une véritable perte d'intimité est occasionnée, notamment chez les adolescents qui peuvent même éprouver un sentiment d'intrusion. S'ajoute à cela une promiscuité imposée avec les autres détenus, source de tension interne importante. De plus, ce manque d'intimité peut réactiver un vécu traumatique (25,76,80).

Par ailleurs, les contraintes temporo-spatiales inhérentes à la prison limitent les mouvements corporels. La transformation du vécu par le corps, qui est d'autant plus pertinente à l'adolescence, est ainsi freinée. Le vécu se maintient alors sous forme de tension interne, d'agitation, voire de débordement pulsionnel. Privés par l'institution carcérale de tout moyen d'agir sur leur propre vie, les jeunes détenus peuvent ressentir une désappropriation de leur corps, de leur individualité, voire de leurs désirs et de leurs volontés les rendant impuissants face à leur propre destin. A ce sujet, Alain Maurion (1990) a parlé de « trauma carcéral », pouvant réactiver les traumatismes en lien avec les carences et les maltraitances dont ils ont été victimes (25,76,80).

➤ *Fragilisation*

L'insertion au sein d'une population stigmatisée et fragilisée déstabilise. En effet, l'incarcération des mineurs ancre ou accroît un effet d'appartenance et d'identification aux comportements antisociaux. Elle aggrave les comportements violents. De plus, la surpopulation carcérale et le manque de personnels pénitentiaires majorent l'agressivité entre les détenus, les

maltraitements physiques et sexuelles, les humiliations, ou encore les consommations de toxiques (19,82).

L'incarcération de sujets déjà fragilisés renforce la plupart du temps une estime de soi négative. Cette sanction sociale vient renforcer le sentiment d'échec et de culpabilité. En effet, pour le détenu mais aussi pour son entourage, l'incarcération traduit souvent un échec de sa capacité à assumer un rôle socialement souhaitable et à répondre positivement aux attentes socio-normatives d'autonomie et de responsabilité. Pour les récidivistes, ce sentiment semble encore plus fort car la ou les libération(s) précédentes n'ont pu donner suite à une réinsertion sociale satisfaisante et durable. Et à son tour, une estime de soi altérée va influencer les performances, sur les plans scolaire, socio-professionnel et affectif (15,19,25,82).

➤ *Un vécu*

Ce temps d'arrêt qu'est la prison peut être vécu très différemment avec des manifestations cliniques variant d'un(e) jeune à un(e) autre. On peut observer un effet de sidération qui permet d'empêcher le psychisme de vivre et de se mettre « en mode survie » comme ont pu témoigner des mineurs incarcérés. Ces derniers ont pu ajouter que « seul leur corps vit ici », et demander des psychotropes « pour ne pas penser » (81).

On peut également observer avec un effondrement thymique important, et des angoisses massives et des difficultés d'adaptation majeures. On parle alors de véritable « choc carcéral ». Ce choc a pu être considéré comme dissuasif et préventif dans la mesure où il pouvait pousser les mineurs à la désistance (57).

De plus, une part non négligeable des troubles semble déclenchée ou exacerbée par l'incarcération elle-même. Un tiers des états dépressifs diagnostiqués sont apparus pendant l'incarcération (22).

En effet, des symptômes anxiodépressifs se retrouvent fréquemment. Il est souvent question de troubles du sommeil, de l'appétit, de tensions internes importantes, une thymie basse parfois accompagnée d'idées noires voire suicidaires. Les tentatives de suicide et les suicides chez les mineurs en détention sont plutôt rares et enfin, les décompensations psychotiques sont très rares (25,76).

En revanche, les passages à l'acte auto-agressifs chez les jeunes détenus sont assez fréquents. En effet, le corps de ces jeunes reste souvent le seul moyen d'expression lors d'une privation de liberté. Il devient alors la cible de la souffrance psychique et des angoisses et donc le lieu de violences auto-infligées.

A l'inverse, la prison a pu être considérée comme un pare-excitation, un cadre sécurisant et protecteur permettant de se mettre à l'abri, d'apaiser ses tensions internes, et donc de moins se détruire (126).

Au contraire, d'autres utilisent ce temps d'arrêt pour penser leur vie, en faire un bilan et envisager des changements ou des projets (80,81,121).

➤ *Un sens*

Les récits de mineurs incarcérés ont pu montrer que l'incarcération prenait des sens différents en fonction de l'histoire du sujet.

En effet, elle peut être perçue comme un véritable accident biographique où les jeunes vivent une véritable rupture dans leur histoire. Le plus souvent dans ce cas-là, leur entourage les soutient durant l'incarcération avec des parloirs et des mandats.

Au contraire, il arrive que l'incarcération soit perçue par certains jeunes comme une inéluctabilité où elle est racontée comme un épisode banal, inévitable, voire le destin d'une trajectoire de vie. Cet effet de destin peut prendre une forme personnelle, collective, et/ou familiale.

Sur le plan personnel, les jeunes mettent en avant les multiples désavantages et difficultés auxquels ils ont dû faire face depuis leur prime enfance. Le caractère collectif de la prison peut s'observer par l'importance de leurs « retrouvailles » lors de leur arrivée en prison et même tout au long de leur séjour. Attribuer une dimension collective permet aussi aux mineurs d'atténuer la gravité de cette expérience carcérale. La prison peut aussi constituer un véritable rite de passage, nécessaire pour se construire, grandir et « devenir un homme ».

Certains mineurs ont pu évoquer un phénomène familial, car un ou plusieurs membres de leur famille avai(en)t été incarcéré(s), généralement le père, un cousin ou un oncle (9,25).

Des entretiens ont été menés après la sortie de prison et ont montré des avis contrastés sur la fonction ou l'impact de cette dernière.

Certains ont décrit une volonté de s'insérer socialement, une crainte de revenir en prison et parallèlement un sentiment qu'une récidive était possible, voire probable.

L'incarcération a été considérée inutile par certains car le risque de récidive était important devant des conditions de vie demeurant inchangées à la sortie de détention.

Par d'autres, elle a été considérée criminogène car à l'origine d'une forme de professionnalisation délinquante où les jeunes se sentent « endurcis » après leur passage dans un tel milieu de violences.

Enfin, elle a été perçue comme stigmatisante et donc fragilisatrice (9,25).

➤ *Une perte de perspectives d'avenir*

L'incarcération a un impact défavorable sur l'emploi et les études. Même si de nombreux jeunes incarcérés sont déjà en rupture scolaire, la détention n'est pas le lieu privilégié pour se réinsérer scolairement. Le nombre d'enseignants n'est pas le même en fonction des centres de détention et l'effectif des surveillants n'est pas toujours suffisant pour assurer l'accompagnement des mineurs aux formations (25,121).

De plus, les durées d'incarcération des mineurs sont assez courtes, notamment depuis la réforme pénale des mineurs. Cela est positif mais laisse peu de temps aux mineurs d'initier un travail de recentrage, d'élaboration d'un projet scolaire ou professionnel ou encore un projet thérapeutique si nécessaire.

Finalement c'est une nouvelle période d'instabilité pour ces jeunes, d'autant que la sortie est souvent peu anticipée et coordonnée avec les structures de relais ultérieures (25,121).

➤ *Situation particulière des mineurs non accompagnés*

La situation des mineurs étrangers isolés est particulière dans la mesure où ils se retrouvent sans ressources, sans soutien, notamment de la part de leur famille. Les contacts avec cette dernière sont souvent rares. De même, l'affiliation à groupe de pairs est rare majorant alors la stigmatisation et l'exclusion. Dans le milieu carcéral, ces mineurs sont identifiés par le nom qu'ils transmettent aux autorités, associé au suffixe xsd (x se disant). La vulnérabilité de ces jeunes est double, car en plus d'être confrontés aux changements internes inhérents à l'adolescence, ils endurent des changements extérieurs massifs. En effet, ils ont connu un parcours migratoire difficile susceptible d'occasionner un syndrome de stress post-traumatiques ou d'autres troubles mentaux, et de majorer leurs addictions (souvent déjà présentes). Puis ils sont confrontés à de nouveaux codes sociaux et à une nouvelle langue. Cela engendre des difficultés d'intégration majeures et notamment un défaut d'accès aux soins.

Devant de telles situations sanitaire et psychique précaires, ils présentent ainsi un risque plus élevé de passages à l'acte auto agressifs en détention.

L'objectif principal est de reconstruire avec eux leur projet migratoire, les moyens mis en œuvre, leurs attentes depuis leur pays d'origine ; ainsi que leurs désillusions. Il est primordial d'aider ces jeunes à se reconstruire identitairement et socialement, en créant de nouveaux repères d'attachement (75,77,127).

Ainsi, les enjeux et les changements à l'adolescence font d'elle une période de fragilité et de vulnérabilité manifeste, où certains troubles psychiques peuvent émerger. Quant aux comportements délinquants, ils semblent davantage apparaître chez des individus au parcours de vie difficile et carencé sur les plans affectif et éducatif. Il est donc logique de penser que ces facteurs de risque de délinquance sont exacerbés lors d'une période compliquée comme l'adolescence.

Il semble alors aisé d'anticiper les conséquences désastreuses que peut avoir l'incarcération chez les adolescents délinquants, qui cumulent tous ces facteurs de vulnérabilité. En effet, nous avons énoncé les impacts de l'incarcération chez des mineurs en pleine maturation psychique et identitaire. L'enfermement vient davantage les priver des conditions nécessaires à la poursuite de leur développement psychique et physique. Plusieurs auteurs ont donc pensé aux différentes options pour faire en sorte que l'incarcération puisse être un temps et une occasion pour ces jeunes de mettre des mots sur leur histoire, leurs comportements (quels qu'ils soient) voire leur vie psychique.

Nous allons donc maintenant, après une présentation des dispositifs de soins en détention et leur organisation en France, nous concentrer sur les différents soins psychiques pouvant être apportés aux mineurs. Nous porterons une attention particulière aux intérêts et aux enjeux de ces soins, évidemment liés à la clinique des mineurs incarcérés que nous venons de détailler.

Puis, nous exposerons le dispositif de soins pour les mineurs de la maison d'arrêt de Luynes, où nous avons réalisé notre étude.

III-Dispositif et organisation des soins en détention

Dans un contexte de rajeunissement et de progression de la délinquance juvénile depuis les années 2000, le champ d'intervention de la santé mentale a évolué en l'intégrant dans une politique de réhabilitation psycho-sociale en milieu carcéral. Initialement, la place de la psychiatrie était réduite à la question du discernement en matière de législation pénale dans une logique tendant à opposer judiciarisation et psychiatrisation.

En effet, dans une logique traditionnellement répressive visant à garantir l'ordre public et la sécurité collective, la dynamique de socialisation et de réintégration sociale semble être un objectif primordial pour nombre d'acteurs exerçant au service des détenus. Il en est de même pour la prise en charge sanitaire (38,68,77,128).

L'accès aux soins reste un droit même en détention et les personnes détenues bénéficient de toutes les garanties prévues par la réglementation pour préserver leurs droits en tant que patients

quand ils nécessitent des soins. Cela concerne l'information sur leur état de santé, le consentement et le refus de soin, la désignation d'une personne de confiance et la rédaction des directives anticipées, et le respect du secret médical. L'enjeu des soins aux mineurs incarcérés est particulièrement important car il s'agit de personnes vulnérables, dont l'accès aux soins est moindre par rapport à la population générale. D'autre part, l'état de santé des personnes ayant été incarcérées mineures demeure le plus souvent précaire à l'âge adulte. Des interventions précoces spécifiques et adaptées sont donc indispensables dans une logique de prévention et de réduction des risques (16,38,68,77,128).

A. Organisation de l'offre de soins au niveau national

1) Un aménagement des soins en milieu pénitentiaire progressif

En mars 1986 sont créés les **services médico-psychologiques régionaux** (SMPR) formant des secteurs de psychiatrie pour les détenus, au sein d'un établissement pénitentiaire (5).

En janvier **1994**, l'organisation des soins aux personnes détenues, confiée jusqu'alors au ministère de la justice, est confiée au **ministère de la santé**.

Ainsi se structurent les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Il s'agit d'unités fonctionnelles de l'hôpital de proximité, aujourd'hui nommées unité sanitaire en milieu pénitentiaire (**USMP**) (5,128–130).

Puis la loi du 9 septembre **2002** institue les premières unités d'hospitalisation spécialement aménagées (**UHSA**), alors chargées d'accueillir les personnes détenues nécessitant une prise en charge psychiatrique. Elles sont implantées au sein d'établissements de santé et sécurisées par l'administration pénitentiaire. Les patients peuvent y être accueillis en soins libres ou en soins sous contrainte uniquement en SDRE. Ainsi **9** unités hospitalières spécialement aménagées (**UHSA**) ont été créées entre 2010 et 2018 et comptent 440 places. Le programme complet prévoit 17 unités pour une capacité totale de 705 places. En l'absence de possibilité d'hospitalisation au sein de l'UHSA de rattachement de l'établissement pénitentiaire, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux est assurée par un établissement de santé habilité (5,85,128,131).

2) Les niveaux de soins

L'organisation des soins se fait selon plusieurs niveaux. Au niveau **national**, la direction générale de l'offre de soins (**DGOS**) du ministère des solidarités et de la santé est chargée de l'organisation de l'offre et de l'amélioration des dispositifs de soins. Au niveau **régional**, les agences régionales de santé (**ARS**) déclinent les politiques nationales et assurent l'offre de service (128).

Au niveau **local**, l'offre de soins et l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont proposées par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (**USMP**). Tout établissement pénitentiaire est lié à un établissement hospitalier. Si l'établissement de rattachement de l'USMP n'a pas d'activité de psychiatrie, le directeur général de l'ARS détermine un établissement psychiatrique.

Les missions principales du service public hospitalier en faveur de la population incarcérée sont de permettre l'accès à des soins de qualité et équivalents à ceux offerts en population générale. Il s'agit aussi d'assurer les dépistages, garantir la continuité et la permanence des soins, mener des actions de prévention, notamment la prévention du suicide en incluant l'éducation à la santé et la réduction des risques (128,130,132,133).

L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, l'autre pour les soins psychiatriques. Chacun se décline **en trois niveaux** de prise en charge (5,128–130,132,133).

Le niveau 1 est réalisé au sein des **USMP** au nombre de 178, qui regroupent des soins ambulatoires sous la forme de consultations, de prestations et activités, y compris dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Le niveau 2 regroupe les soins nécessitant une prise en charge à **temps partiel**, principalement l'hôpital de jour en psychiatrie. Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l'établissement hospitalier de rattachement. En revanche, les soins psychiatriques sont réalisés principalement au sein des USMP dotées de services médico-psychologiques régionaux (au nombre de 26 sur l'ensemble du territoire).

Le niveau 3 regroupe les soins nécessitant une **hospitalisation à temps complet**. Les soins somatiques sont réalisés dans les établissements de santé : soit dans des chambres sécurisées dans les établissements de santé de rattachement, soit au sein d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) ou dans l'établissement public de santé national de Fresnes – EPSNF). Quant aux soins psychiatriques, ils sont assurés par les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et les établissements de santé autorisés en psychiatrie.

3) Cas particulier de l'injonction de soins

Le juge des enfants exerce auprès des mineurs une fonction de protection, et adapte en permanence les mesures prononcées en fonction de l'évolution des jeunes. Ainsi il peut imposer les soins ou les conseiller, lorsqu'il juge cela nécessaire (5,14,77).

L'injonction de soins prévue par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Elle prend son origine dans la réponse à la prévention de la récidive, initialement réservée à la prévention et à la répression des auteurs de crimes ou délits à caractère sexuel.

Elle s'inscrit en matière correctionnelle, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Cette peine peut être prononcée à titre principal, mais plus généralement comme peine complémentaire d'un emprisonnement intervenant après la détention. L'injonction de soins pour les mineurs répond aux mêmes critères que celle concernant les majeurs (14,128).

Tout manquement à une injonction de soin est passible d'une peine d'emprisonnement de 7 ans, soit la moitié pour les mineurs. L'obligation de soins peut être ordonnée pour tout type de délit ou crime.

Pour un mineur, elle peut être prononcée dans le cadre d'une agression à caractère sexuel, de délits, ou crimes commis sous l'emprise de l'alcool, de toxiques ou lorsque les troubles de la personnalité observés témoignent de la nécessité d'une prise en charge adaptée. Enfin, elle peut être ordonnée avant le jugement (*dans le cadre d'un contrôle judiciaire, qui non respecté par le mineur, pourra entraîner une incarcération sur décision du juge des libertés*), lors de la condamnation (*lorsque le tribunal pour enfants décide de prononcer une mise à l'épreuve ou d'aménager une peine d'emprisonnement ferme*), ou encore à l'issue d'une condamnation à une peine d'emprisonnement (*le tribunal pour enfant peut, depuis la loi du 9 mars 2004, décider des aménagements de peine comme la libération conditionnelle, anticipée, accompagnée de l'obligation de respecter des obligations comme celle de soins*)(14).

Ces soins sont pris en charge dans différents services de soins et d'accompagnement thérapeutique ambulatoires. Les principaux sont : les centre médico-psychologique (CMP), centres médico-psycho-pédagogique (CMPP), centre médico psychologique de l'enfant et de l'adolescent (CMPEA), et autres services de pédopsychiatrie, ou encore les centres de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) (5,14,77,128).

Enfin, les mineurs pour lesquels les soins ont été pénalement ordonnés sont accompagnés par les services de la protection judiciaire de la jeunesse pour les aider à respecter l'obligation de

soins. (Notamment par les psychologues de la PJJ qui évaluent et orientent les jeunes vers les services et structures de soins adaptés) (81)(14).

B. Les modalités de soins psychiques

1) Cadre thérapeutique du soin psychique

La circulaire interministérielle du 13 mai 2008 précisant les objectifs de la politique de santé, implique que chaque mineur qui arrive en détention doit bénéficier d'un examen médical d'entrée incluant un entretien psychiatrique dont l'objectif initial est de dépister les pathologies mentales. En effet, dans les quinze jours suivant l'incarcération, une consultation psychiatrique est généralement proposée à tous les adolescents et propose à ces jeunes l'expérience d'un espace libre de paroles (77).

Les soins ne peuvent être prodigués que si une autorisation est signée par les titulaires de l'autorité parentale sauf dans les situations d'urgence, les hospitalisations en psychiatrie sans consentement, ou si le refus des parents risque de compromettre gravement la santé du mineur. Le mineur peut aussi s'opposer à ce que son représentant légal soit informé de son état de santé, à condition qu'il soit accompagné d'une personne majeure de son choix. Lors des hospitalisations (UHSA ou UHSA ou services de soins psychiatriques ou généraux de droit commun), les mineurs doivent pouvoir profiter de la poursuite de leur suivi éducatif et d'un enseignement adapté pendant toute la durée de l'hospitalisation (77).

Un travail pluridisciplinaire en lien avec les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les CMP et la famille est tout aussi important pour assurer la continuité du soin.

Enfin, la participation des professionnels de santé aux différentes réunions organisées par l'administration pénitentiaire (essentiellement les commissions pluridisciplinaires uniques et les commissions mineurs), avec respect formel du secret médical, est également possible (77,129,130).

Cependant, les mineurs ne sont pas contraints de venir aux consultations pédopsychiatriques (5). Leur venue est parfois surprenante et amène à se demander si les jeunes envisagent parfois le cadre de la détention comme une opportunité de s'interroger sur leur symptomatologie (d'une pathologie du lien par exemple). Cette étape est nécessaire pour débiter un travail psychothérapeutique. En effet, les jeunes peuvent percevoir les soignants (psychologues

notamment) comme de rares personnes se préoccupant de leur vécu en détention, et lui offrant une part de liberté (par la parole) dans un milieu où il en est brutalement et largement privé (76).

A ce propos, Michel Botbol nous explique que les soins obligés peuvent permettre de « nouer une alliance en permettant à l'adolescent de s'abriter derrière l'illusion qu'il ne la demande pas » (2010) (5,134).

Intervenir en l'absence de toute demande est une gageure. Et cela encore plus au sein d'un établissement dont l'objectif institutionnel n'est pas prioritairement axé autour de la prise en compte de la personne dans sa réalité psychique.

D'autre part, les adolescents n'ont le plus souvent pas de représentation de l'existence de leur vie psychique tels que les sentiments, les pensées, les émotions et les affects. Ils rencontrent ainsi des difficultés à se représenter le soin psychique, et donc à formuler une demande. D'ailleurs, les adolescents qui se rendent dans l'UCSA sont ceux qui parviennent davantage à identifier leur souffrance psychique et donc à porter une demande. A l'inverse d'une grande partie des adolescents incarcérés qui sont plutôt fermés et peu accessibles à l'échange (15,76,81,115).

Porter une demande est une chose, l'assumer en est une autre. En effet, s'adresser aux soignants pour demander de l'aide implique l'établissement d'un lien à l'autre et peut mettre ces jeunes en position de « faiblesse ». Ainsi, la question du lien se pose, et est ambivalente chez les adolescents incarcérés. Effectivement, ils ont un besoin de lien fort, qui non satisfait, peut être vécu comme un énième abandon.

Et inversement, le lien peut être vécu chez eux comme une intrusion s'il se maintient et est entretenu, notamment dans ce contexte d'enfermement et d'atteinte de la vie privée (15).

Cependant, on observe que si la demande de soins n'est pas explicite, elle peut être présente, bien qu'inconsciente. Comme si les jeunes attendaient quelque chose de l'autre, sans avoir conscience de ce qu'ils attendent (81).

Par ailleurs, les difficultés à venir consulter sont aussi en lien avec le fait que les jeunes ont déjà raconté à de multiples reprises leur histoire et leur parcours auprès des différents intervenants en détention. En effet, il existe un dispositif pluriprofessionnel d'accompagnement et de soutien, cloisonné de l'administration pénitentiaire, qui est mis en place par l'éducation nationale et la protection judiciaire de la jeunesse, comprenant des éducateurs, professeurs et psychologue (13).

2) Enjeux et objectifs thérapeutiques

Pour s'exprimer librement et s'impliquer dans les soins, créer un cadre thérapeutique fiable, sécuritaire, constant et contenant semble être une condition indispensable pour ces jeunes au parcours empli de ruptures et d'expériences négatives avec des adultes défaillants (80,115).

A l'adolescence, les jeunes ont souvent recours à certains mécanismes de défense pour se protéger, et d'eux-mêmes et des autres. Il est donc important que les adolescents puissent avoir des lieux et des temps où ils peuvent fonctionner en dehors de ces procédés défensifs qui les éloignent d'eux-mêmes. Ils ne doivent pas se sentir menacés ou évalués mais doivent au contraire se sentir soutenus et en sécurité. Cela semble d'autant plus indispensable que l'idée est d'aborder ici leur souffrance psychique. Néanmoins, ils doivent même se sentir libres du choix du sens qu'ils accordent à cette expérience thérapeutique.

D'autre part, la confidentialité, même relative, est une condition nécessaire pour créer un espace d'intimité psychique pour ces adolescents. D'autres conditions le sont également comme le respect constant des adolescents dans leur dignité d'êtres humains, et leur considération par l'ensemble du milieu carcéral comme des sujets aptes à accomplir leurs propres choix (81,115).

Les encourager à se retrouver, voire se trouver, à penser leur parcours et celui de leurs proches, penser leur construction identitaire, leur place dans la société, leurs représentations du monde mais aussi leurs projections dans l'avenir sont des enjeux importants. Cela peut leur permettre de comprendre leurs mécanismes, fonctionnements et processus psychiques. Cet espace de paroles peut aussi leur permettre de développer leurs capacités de mentalisation et de symbolisation, d'exprimer leurs affects, tout en les éloignant du mode pulsionnel (dont ils usent souvent) et donc en diminuant le risque de débordement (80,81,115).

Un autre enjeu majeur est de rejouer leurs agirs sur la scène du langage. Cela leur permet de réfléchir librement à leurs actes délictueux, de reconnaître qu'ils en sont auteurs, de les assumer et non de les banaliser. Lorsque les adolescents ont la capacité de se réapproprier leurs actes, il faut les aider à en dégager le sens, en les réinscrivant dans leur histoire singulière. Il s'agit souvent de retracer leur parcours de vie, marqué d'impasses et d'événements douloureux, durant lequel leur souffrance psychique n'a pas été considérée. Puis leur faire observer que leurs passages à l'acte étaient les seuls moyens disponibles pour exprimer leur détresse à l'autre, pour se faire entendre et donc être aidés (19,80,115).

Mettre en évidence une souffrance psychique n'est pas aisé. En effet, ces jeunes ont pris l'habitude de nier ou de cacher leur vie psychique, à laquelle ils ont en fait très peu accès, car

leur entourage ne s'en est pas suffisamment soucié. Cela peut se travailler en discutant avec eux de comportements révélateurs de cette souffrance comme les consommations de toxiques (à visée anxiolytiques), les troubles du sommeil, ou encore les conflits relationnels, notamment familiaux par exemple (76,115).

Ces axes thérapeutiques permettent parallèlement de travailler la subjectivation, en les aidant à accéder à une position de sujet. En effet, c'est une position qu'ils ont pour la plupart peu investie, et que leur entourage leur a peu permis d'occuper (19,80,81,115).

Par ailleurs, repérer les failles de l'estime de soi et les accompagner dans la reconstruction d'une organisation narcissique, d'une identité, et donc d'une estime de soi propice à la projection de soi sont des enjeux ardues (15).

En effet, il faut beaucoup de courage à ces adolescents pour s'éloigner voire sortir de la destructivité dans laquelle ils ont plutôt réussi jusqu'à présent, préférant l'échec choisi à l'échec qu'ils n'ont que trop subi, par défaut d'« assises narcissiques » suffisantes (Philippe Jeammet) (81).

Toutefois, il semble pertinent d'utiliser ce temps d'incarcération pour se pencher sur ce travail de reconstruction, même si cela nécessite un suivi régulier et suffisamment long. Cela nécessite également que les soignants les encouragent, croient en leurs compétences et en leur potentiel, quels que soient les « rechutes », comme les accidents de parcours ou les nouvelles transgressions(81).

En effet, il n'est pas rare de voir apparaître, en travaillant une image de soi détériorée, des comportements agressifs, de rejet ou bien régressifs, d'évitement, voire de désintérêt, mais qui sont à interpréter comme des symptômes de leur dévalorisation (15).

De plus, il n'est pas rare que l'accessibilité à l'échange de ces adolescents soit limitée car ils adoptent souvent des fonctionnements de type abandonnique et font en sorte de rompre la relation. Cela leur permet d'être acteurs de cette rupture et non d'en être victimes (81,86,115). Toutefois, il est important que les soignants, quels qu'ils soient, tiennent, résistent à la destructivité des jeunes et à leurs fantasmes de toute-puissance destructrice, afin qu'ils expérimentent que celle-ci n'est pas si puissante, mais aussi pour qu'ils puissent reconnaître l'existence de l'autre (25,81,86,115).

D'autre part, signifier aux jeunes l'évolution et les progrès qu'ils ont accomplis est tout aussi important.

Un autre objectif thérapeutique primordial à ne pas négliger est le temps consacré à la préparation psychique de la sortie de détention. En effet, la sortie fait souvent l'objet d'une forte

idéalisation comme si, par miracle, elle permettait de résoudre tous les problèmes. Et plus l'idéalisation est forte, plus la désillusion est douloureuse. Il est donc important d'aider les adolescents détenus à anticiper et à se projeter dans la réalité de la sortie. C'est-à-dire qu'ils vont retrouver ce qui était bon dans leur vie, mais aussi ce qui était moins bon ou mauvais. C'est pourquoi il est pertinent de prolonger et consolider le travail psychothérapeutique commencé à la sortie de détention. Poursuivre un suivi thérapeutique après la sortie permet également d'éviter de créer une nouvelle rupture. Enfin, la période d'incarcération des mineurs étant de plus en plus brève, elle ne permet pas toujours d'engager un travail ou un mouvement psychique. Cela justifie davantage la poursuite de l'accompagnement thérapeutique après la sortie. Il faut donc en amont de la sortie anticiper le lien avec les structures de soins dédiées à la prise en charge des mineurs (15,81,128).

Aussi la proposition psychothérapeutique doit s'ajuster aux ressources des jeunes, notamment lorsque le passage par la verbalisation est douloureux ou compliqué. C'est pourquoi, le travail effectué dans les unités de soins en détention s'appuie sur plusieurs modalités de communication. La communication via le corps ou le travail en groupe par exemple peuvent être très intéressants chez certains jeunes (15).

3) D'autres médiations thérapeutiques

➤ *La communication par le corps*

Elle se fait notamment au travers des séances de psychomotricité ou parfois, lors de groupes mis en place dans les CATTP de certains USMP mêlant travail groupal et corporel.

La psychomotricité avec les mineurs en détention a plusieurs intérêts. Tout d'abord, elle permet d'observer l'expression corporelle des jeunes qui s'apparente à un véritable langage. Il peut être question de la tonicité, du regard, de la tonalité de la voix, de la façon de se tenir, de se mouvoir, ou encore de l'orientation temporo-spatiale. De manière plus globale, elle permet de voir comment leur mal-être psychique se manifeste, quelles sont les activités qui le mobilisent ou le soutiennent, et comment est le rapport à leur corps au quotidien (*en termes de motricité, de sensibilité, de sensorialité, de sommeil, d'appétit, d'hygiène, ou d'apparence physique*). Enfin, elle la psychomotricité permet aussi de voir les effets plus ou moins conscients de l'incarcération sur le corps en s'intéressant à la façon dont les jeunes réagissent à l'environnement sensoriel carcéral, à la limitation des choix de leurs mouvements et de leurs relations, à la restriction des consommations (*de nourriture, de tabac et autre*), à la perte de

leurs repères spatio-temporel quotidiens et à leurs capacités de s'en approprier de nouveaux (101).

➤ *L'action thérapeutique par l'écrit*

Rares sont les mineurs détenus qui écrivent en cellule. Leur permettre de passer par l'écrit en organisant des ateliers « écriture » s'est avéré pertinent. Ça a montré que leurs écrits est à l'image de leur construction psychique; désorganisée, fragmentée, et mal assurée (15,86).

Ecrire les contraint à une certaine immobilité physique, permettant la réflexion et la prise de distance, précieuses pour des jeunes qui fonctionnent sans pare-excitation. Autrement dit, cela leur offre l'opportunité de se poser, de s'apaiser, et d'évacuer l'angoisse et la violence présentes. Cela permet aussi de créer une certaine intimité, une sphère privée (80,86).

En effet, à l'écrit, les jeunes ont tendance à remplacer l'impersonnel « on » qu'ils emploient très fréquemment à l'oral, par le personnel « je » se saisissant alors de leur histoire en tant que sujets et en devenant acteurs et non spectateurs (86).

Il n'est pas rare que les jeunes se sentent désemparés face à la feuille blanche et qu'ils ressentent un sentiment d'échec. Mais d'un autre côté, seuls face à leur feuille, la pression identificatoire du groupe devient presque inexistante. Cela peut leur permettre de se défaire de leurs attitudes de façade et défensives, d'admettre qu'ils sont en souffrance, qu'ils rencontrent des difficultés, ou qu'ils ont des regrets. Ils peuvent également reconnaître que leur rapport à la pulsion est problématique et que le passage à l'acte en est une des conséquences. Mais aussi que le recours à des consommations de toxiques ou l'errance en bande vient d'une tension psychique interne qu'ils tentent de contourner.

Ce qu'ils écrivent peut alors leur renvoyer une image d'eux-mêmes négative et insupportable. En revanche, les écrits de ces jeunes sont le plus souvent dépourvus d'insultes ou de vulgarités, qu'ils utilisent largement oralement (15,76,80,86).

Par ailleurs, les ateliers thérapeutiques nécessitent un certain cadre et peuvent ainsi leur permettre de renouer avec le cadre, qui a souvent manqué et ou qu'ils ont eu du mal à respecter (86).

➤ *L'intérêt du travail de groupe*

La transformation de l'estime et/ou de l'image de soi se joue dans la confrontation des jeunes à des situations inhabituelles pour eux, comme la participation à des activités et ateliers de groupe (dans le cadre des CATTP notamment) (15,19,86).

Le travail thérapeutique groupal, par les différents liens mis en jeu et par le regard des pairs lors de cette rencontre, contribue à développer la découverte de son propre corps et de sa propre image permettant au sujet de se sentir davantage exister, et donc d'améliorer leurs capacités de subjectivation.(19,80,101) Plus encore, cet espace d'expérimentation voire de créativité autour du visuel, du corporel et du langage peut faire émerger un désir d'exister (19).

C. Exemple du dispositif de soins pour les mineurs de la maison d'arrêt de Luynes

Le quartier mineur (QM) a fermé en 2008 à la suite de la création des EPM en France. Il a réouvert en janvier 2016 au sein de la maison d'arrêt d'Aix-Luynes (centre pénitentiaire pour hommes) comportant initialement 26 places réservées aux détenus mineurs.

Le QM se trouve inclus dans une aile d'un des bâtiments du centre pénitentiaire, au sein des quartiers majeurs. Il est interdit légalement que les mineurs puissent être en contact avec les détenus majeurs.

L'espace de ce quartier mineur se répartit sur 2 étages. Au rez-de-chaussée se trouvent les cellules individuelles des jeunes, les bureaux de l'équipe de la PJJ et le bureau des surveillants ainsi qu'une salle d'examen pour l'équipe de médecine générale. Certaines cellules peuvent être doublées mais de façon exceptionnelle. De plus, une cellule C pro U peut être utilisée par la direction pénitentiaire en cas de risque suicidaire patent en attendant un avis médical spécialisé. A l'étage, se trouvent les salles d'audience (de l'équipe PJJ, du milieu ouvert et des avocats), les salles de classe, de sport, la bibliothèque, le bureau du 1^{er} surveillant, une salle polyvalente, ainsi que des bureaux de consultation, dont un qui avait été initialement prévu pour l'équipe du secteur ambulatoire auprès des détenus (SPAD).

Le SPAD fait partie d'un Pôle Transversal du CH Montperrin d'Aix en Provence en tant que secteur de psychiatrie ambulatoire et constitue donc des soins de niveau 1.

Il est situé au sein de l'unité sanitaire du centre de détention. L'équipe du SPAD est constituée de trois médecins psychiatres (dont un(e) qui se charge des mineurs), d'une cadre de santé, de cinq infirmières, de trois psychologues, d'une psychomotricienne, d'une secrétaire, d'une assistante sociale et d'un(e) interne éventuellement.

Initialement, les consultations avaient lieu au sein du QM dans le bureau dédié aux soignants du SPAD. Par la suite, l'idée de voir les jeunes au sein même de l'unité sanitaire a été renforcée par des éléments cliniques et sécuritaires. En effet, il est intéressant cliniquement de différencier les espaces de soins et de détention car ça évite une potentielle confusion chez les jeunes entre

les différents intervenants. Ça permet surtout de mettre en avant la confidentialité du secret professionnel (en précisant bien aux mineurs qu'aucune information n'est transmise aux surveillants, à la PJJ ou aux juges) et ainsi de créer un espace contenant et sécurisé. Une relation thérapeutique de confiance diminuant donc les attitudes défensives potentielles des jeunes est ainsi favorisée.

Ce sont donc les mineurs qui se rendent à l'unité de soins pour leurs consultations, accompagnés d'un(e) surveillant(e). Il peut s'agir de consultations de médecine générale, rattachée au CH d'Aix en Provence. Ce service se charge de recueillir l'autorisation parentale de soins et d'assurer l'examen somatique dans les 48h après le début de l'incarcération. Il propose également des missions de prévention diverses, des examens complémentaires somatiques, des consultations de spécialistes ou des soins dentaires si besoin.

Sur le plan de l'organisation des consultations du SPAD, un planning hebdomadaire est envoyé aux surveillants du QM qui se chargent ensuite d'organiser les mouvements. Les indications de suivi se font sur indication médicale, mais toujours après une réflexion pluridisciplinaire en équipe lors d'une réunion clinique hebdomadaire. Aucune consultation au SPAD n'est obligatoire et tous les mineurs peuvent refuser le premier entretien que leur propose systématiquement l'équipe du SPAD rapidement après leur entrée en détention. S'ils refusent, d'autres consultations leur sont à nouveau proposées ultérieurement. S'ils s'engagent dans les soins, il leur sera proposé de rencontrer le/la psychiatre référent(e) au moins une fois.

Le premier entretien est réalisé par un binôme de deux soignants (l'infirmière ou le/la psychiatre et un(e) psychologue ou la psychomotricienne). L'objectif de cet entretien est d'accueillir les adolescents et de leur présenter l'équipe et le dispositif de soins en milieu carcéral. Cet entretien permet évidemment le recueil des antécédents généraux des jeunes ainsi que l'évaluation de leur état psychique.

A noter qu'une nouvelle rencontre avec le mineur lui est proposée presque systématiquement lorsque la première consultation n'avait pas pu avoir lieu. Et en fonction de la raison ayant empêché la consultation d'accueil (après une première ou seconde proposition), il peut lui en être proposé une troisième fois.

Après une première consultation d'accueil, il est discuté en équipe de l'orientation de la prise en charge et des indications des différentes approches thérapeutiques pour chaque mineur.

Les jeunes peuvent solliciter l'équipe soignante ultérieurement s'ils en ressentent le besoin.

En cas de situation d'urgence (que ce soit à la demande d'un mineur ou d'un(e) surveillant(e)), un formulaire de signalement par l'administration pénitentiaire doit être adressé au secrétariat

du SPAD afin que les jeunes soient reçus par un(e) soignant(e) de l'équipe en fonction de la disponibilité momentanée des soignants, qui ne sont donc pas nécessairement les référents des mineurs.

Par ailleurs le médecin peut établir un lien téléphonique avec les familles à la demande des jeunes, ou sur la demande de la famille elle-même ou encore sur indication discutée en équipe. Il évalue aussi la nécessité d'un traitement médicamenteux voire d'une hospitalisation (le cadre légal est le même que pour les adultes détenus et se ferait en SL avec l'autorisation parentale ou en SDRE sur l'UHSA de Marseille ou l'unité de soins intensifs du CH Montperrin).

En ce qui concerne les enjeux et objectifs thérapeutiques, laisser la parole aux mineurs pour qu'ils racontent leur parcours de vie ou qu'ils formulent une demande est primordial. Pour rappel, il est fréquent d'observer une réticence ou une résistance à la parole, souvent par inhibition de l'expression de leur vie psychique. Il est alors indiqué de leur proposer une autre forme de consultation, notamment à l'aide d'une médiation (par le jeu, la mise en groupe, ou encore le travail corporel).

Dans cette première partie, nous avons montré l'évolution de l'enfermement des mineurs depuis le XIX^e siècle, avec des tendances divergentes sur la répression et l'éducation des mineurs délinquants. Parallèlement, les structures de placement des mineurs ont évolué, avec la volonté de créer des lieux de détention exclusivement dédiés aux mineurs ainsi que la conception de nouveaux dispositifs de placement alternatifs à l'incarcération, mais dont les critiques ont rapidement émergé.

La justice pénale des mineurs a beaucoup évolué depuis l'ordonnance de 1945. De nombreuses modifications ont été apportées dont la plus récente date de septembre 2021 avec l'entrée en vigueur du code de la justice pénale des mineurs qui met de nouveau en avant la priorité éducative.

Cependant, les mineurs à « éduquer » n'ont fait l'objet que de très peu d'études en France, et les données les concernant, et notamment ceux qui sont incarcérés, restent largement insuffisantes.

Ces données montrent qu'il s'agit de personnes vulnérables, aux parcours de vie difficile ayant pu favoriser les actes de délinquance et majorant le risque de développer des troubles mentaux.

Mais leurs antécédents médico-psychologiques ne semblent pas plus fréquents par rapport à la population générale du même âge.

Toutefois, cette population semble présenter davantage de troubles du comportement et des conduites addictives.

D'autre part, ces données laissent également penser que la population sous protection judiciaire de la jeunesse hors incarcération et celle qui est incarcérée présentent des caractéristiques comparables bien que certains auteurs retrouvent, notamment sur le plan psychosocial, une santé plus fragile et une proportion non négligeable de troubles psychiatriques chez les mineurs sous protection judiciaire de la jeunesse (hors détention) (88)(77,89).

De plus, les études ont pu mettre en évidence l'impact psychique de la détention et l'aggravation des comportements délinquants qu'elle peut engendrer.

Il semble indispensable de mieux connaître l'état de santé mentale des mineurs incarcérés afin d'adapter au mieux les dispositifs de soins psychiques qui leur sont proposés en détention.

Nous allons présenter en seconde partie l'étude que nous avons menée auprès des mineurs incarcérés au sein de la maison d'arrêt de Luynes, afin de décrire cette population sur les plans épidémiologique et clinique et donner un aperçu de l'offre de soin qui leur est proposée par le SPAD.

Deuxième partie : Etude épidémiologique et clinique des mineurs incarcérés au sein de la maison d'arrêt de Luynes

Il existe peu de données statistiques sur les mineurs incarcérés en France. Les données de la littérature laissent penser que les populations sous protection judiciaire de la jeunesse incarcérée et hors détention sont comparables. Elles montrent que cette population présente de multiples facteurs de risque de délinquance et défavorables à la santé mentale.

En effet, leur histoire témoigne fréquemment d'un environnement primaire affectif et éducatif carenciel. Mais il semble qu'ils ne présentent pas plus d'antécédents médico-psychologiques que la population générale du même âge.

Néanmoins, les éléments psychopathologiques dans le rapport au corps, au temps, dans le lien et l'attachement apparaissent particulièrement marqués chez ces jeunes, favorisant l'apparition

de troubles du comportement et de conduites addictives, particulièrement fréquents dans cette population.

De plus, les études ont mis en évidence l'impact psychique de la détention et l'aggravation des comportements délinquants qu'elle peut engendrer.

Il semble essentiel de mieux connaître l'état de santé mentale des mineurs incarcérés afin d'adapter au mieux les dispositifs de soins psychiques qui leur sont proposés en détention. Pour ce faire, il est nécessaire d'appréhender et de comprendre leur clinique, qui se joue tant dans la psychopathologie de l'adolescence que dans celle de la délinquance.

L'objectif de notre étude est de décrire sur les plans épidémiologique et clinique les mineurs incarcérés au centre pénitentiaire d'Aix Luynes, ainsi que d'exposer l'offre de soin qui leur est proposée par le service de soins psychiatriques ambulatoires aux détenus (SPAD), afin de mieux connaître leur état de santé mentale, et amener des pistes de réflexions sur les soins psychiques aux mineurs incarcérés.

1.Méthode

Etude épidémiologique descriptive longitudinale

Population

Tous les mineurs arrivants dans le centre pénitentiaire d'Aix-Luynes, entre le 2 mai 2023 et le 30 octobre 2023 étaient inclus. Nous n'avions pas de critère d'exclusion.

Entretien et collecte des données

Il s'agit de données quantitatives et qualitatives qui ont été récoltées à partir d'un hétéro questionnaire réalisé en entretien d'accueil (individuel). D'autres données comme le type d'infraction, la durée de la peine et la durée d'incarcération ont pu être recueillies via le logiciel Genesis, logiciel de traitement de données sur les détenus.

Le recueil du consentement du mineur était obtenu systématiquement avant chaque entretien. Chaque mineur était informé que les données recueillies étaient strictement confidentielles, et anonymisées dans le cadre de la recherche.

Nous avons obtenu l'attestation de conformité et de mise au registre règlement général sur la protection des données (numéro d'enregistrement 0052023-1)

Les entretiens d'accueil étaient réalisés au sein du SPAD dans un bureau garantissant la confidentialité des échanges. Il s'agissait de la première rencontre d'un mineur avec un binôme

de l'équipe du SPAD afin de l'accueillir, lui présenter l'équipe du SPAD ainsi que le dispositif de soins et enfin réaliser le questionnaire. Lorsqu'un mineur se rendait à l'unité de soins pour une consultation somatique (*comme une consultation avec le médecin généraliste, une consultation dentaire ou encore ophtalmologique*), nous lui proposons un entretien d'accueil juste après. Cela évitait que les mineurs retournent directement au quartier mineur et facilitait ainsi les rencontres avec ceux-ci.

Les mineurs n'étaient pas obligés d'accepter l'entretien d'accueil proposé par le SPAD. Dans ces cas, nous pouvions proposer un entretien individuel pour la passation du questionnaire en dehors du cadre de l'entretien d'accueil, mais dans un bureau d'entretien au sein du SPAD.

Le questionnaire comportait 5 volets de données :

➤ Les données **administratives** comportant :

- les données **générales** : l'**âge**, la **nationalité** (française ou autre) et le **statut de mineur non accompagné**.

- les données **carcérales** :

- **primo incarcération** (oui/non)

- le **nombre d'incarcérations antérieures** chez les mineurs récidivistes (les transferts de centres pénitentiaires n'étant pas inclus).

- le **type d'infraction (délits, relevant du tribunal pour enfants ou crimes, relevant du tribunal pour enfants ou de la cour d'assises pour les plus de 16 ans)**. Nous précisions aux mineurs qu'ils n'étaient pas obligés de nous communiquer les infractions qu'ils avaient commises. Les données administratives manquantes étaient récoltées sur le logiciel Genesis.

- le **statut** (prévenu/condamné).

- la **durée de la peine**.

- la **durée de l'incarcération**.

Nous avons recherché **spécifiquement** parmi les mineurs **primo-incarcérés**, la proportion de mineurs **prévenus** ainsi que la proportion qui étaient soupçonnés de **crime(s)** et enfin nous avons recherché parmi les **prévenus primo incarcérés**, la proportion qui était **présumée coupables de crimes**

➤ Les **antécédents médico-psychologiques** :

- les **antécédents relatifs à la santé mentale** comprenant :

-les **suivis psychiatrique et/ ou psychologique** que nous avons classés en **trois groupes : aucun, occasionnel** (*que nous avons défini par 1 rencontre ou plus mais de manière irrégulière*) ou **régulier** (*que nous avons défini par au moins 3 séances pendant au moins 3 mois*)

-les **traitements psychotropes** (comprenant les *neuroleptique, psychostimulants, benzodiazépines, hypnotiques, antihistaminiques et les traitements de substitution aux opiacés*, tous sur prescription médicamenteuse)

-les **hospitalisations** (en pédopsychiatrie ou en pédiatrie dont l'indication était pédopsychiatrique).

- les **antécédents de passages à l'acte : auto agressifs** (que nous avons défini comme des *conduites d'agressivité envers soi-même*), les **tentatives de suicide, hétéro agressifs** (que nous avons défini par des *conduites d'agressivité envers autrui*).

- les **antécédents familiaux psychiatriques** (comprenant les *troubles de l'humeur, les tentatives de suicide, les troubles de la personnalité, les troubles psychotiques, les troubles anxieux, et les addictions* chez un parent du **1^{er}** ou du **2^d degré**)

-Les **antécédents de conduites addictives** avec la recherche d'addictions à des substances psychoactives et/ou des addictions comportementales. Nous avons recherché :

-les **substances psychoactives** (qui correspondaient à toutes celles qui avaient été consommées par les jeunes ou qui l'étaient encore au moment de l'entretien).

-la **fréquence** des consommations en distinguant : **l'absence** de consommation, la consommation **fréquente** (*que nous avons définie par une consommation d'au moins 2 fois par semaine pendant au moins 4 semaines*), la consommation **occasionnelle** (*qui n'était pas fréquente et encore d'actualité au moment de l'entretien*), la consommation **ancienne** (*que nous avons définie comme telle lorsque la substance n'était plus consommée au moment de l'entretien et que la consommation avait été occasionnelle*) et la consommation **sevrée** (*que nous avons définie comme telle lorsque la substance n'était plus consommée au moment de l'entretien et que la consommation avait été fréquente*).

-l'**âge de début** des consommations toutes confondues (*que nous avons défini par l'âge le plus jeune où a été commencé la consommation d'une substance*).

-l'existence d'une **prise en charge addictologique** ancienne ou actuelle.

-les antécédents d'**événements potentiellement traumatiques** que nous avons définis comme étant des *événements présentant une menace à la vie ou à l'intégrité physique ou psychologique de la personne*. Nous les avons classés en **5 catégories** : **violences physiques subies** (*hors violence intra familiale*) / **maltraitance intra-familiale** (*définie comme une violence par un parent ou un membre de l'adelphie*) / **témoin de violence** sur un(e) proche et/ou **témoin de la mort** d'un(e) proche / **décès** d'un parent, et/ou d'un membre de l'adelphie et/ou d'un(e), proche / **événements potentiellement traumatiques autres** (*autre type événement considéré comme traumatisant par les jeunes*)

Nous avons aussi recherché :

-la présence d'**un trouble de stress post traumatique** (*selon les critères du DSM 5*).

-la présence d'une prise en **charge médico-psychologique spécifique** que nous avons classée en **absente, partielle** (*que nous avons définie par l'initiation d'un suivi puis interrompu avant la fin de la prise en charge*) ou **totale** (*que nous avons définie par un suivi médico-psychologique jusqu'à amélioration clinique satisfaisante*).

-les antécédents **somatiques** en s'intéressant essentiellement :

-aux **pathologies chroniques** (*que nous avons définies par des maladies de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne*)

-aux **conséquences des violences subies et/ou des conduites à risque** (comme les fractures secondaires à des événements accidentels ou à des agressions physiques, ou encore les antécédents de chirurgie dans les suites d'une agression ou d'un accident.)

-aux **antécédents de traumatisme(s) crânien(s)** que nous avons défini en utilisant la définition de l'OMS, « *Toute agression mécanique directe ou indirecte responsable ou non d'une fracture du crâne et/ou de troubles de la conscience ou de signes traduisant une souffrance encéphalique diffuse ou localisée d'apparition secondaire ou retardée* ». Ont été considérés comme des traumatismes crâniens tout choc crânien dont se rappelaient les mineurs ou que leur entourage leur avait rappelé.

➤ Les données **socio-biographiques** :

-l'**environnement familial** des mineurs incarcérés comprenant :

-la **parentalité** (mono ou bi-parentalité), que nous entendions par la présence mais surtout l'accompagnement et le soutien du ou des parents dans la vie du jeune. Nous n'avons pas pris en compte les ruptures récentes en lien avec une migration ou un départ récents par exemple, mais nous avons pris en considération la présence stable et durable des parents au cours de leur enfance et adolescence.

-la présence du **décès de l'un des deux parents**.

-l'**union parentale** (oui/non).

-la **qualité des liens intra-familiaux** en distinguant les **liens au père**, à la **mère** et aux **membres de l'adelphie**, que nous avons classés en **4 catégories** tels qu'ils étaient décrits par les mineurs : absents/ altérés ou faibles/ corrects / bons.

- la **taille** de l'adelphie.

-l'**entourage amical** des mineurs incarcérés. Nous leur avons demandé de nous donner un nombre d'amis approximatif et de nous décrire la qualité de leur étayage amical. Selon les propos des mineurs, nous avons classé l'étayage amical en **3 catégories** : **absent ou faible/ satisfaisant / bon**.

-la présence de **loisirs** : les mineurs répondaient par oui ou non, donnaient des exemples, et précisaient s'ils pratiquaient une quelconque activité.

-la **profession des parents** que nous avons classées **3 groupes** : **nom de la profession, absence de profession** ou **profession méconnue** (*quand les mineurs ne connaissaient pas la profession de leurs parents*). Puis, nous avons classé les professions des parents en fonction des différentes **catégories socio-professionnelles** établies (*artisans, commerçants et chefs d'entreprise/ employés /ouvriers /agriculteurs exploitants /cadres et professions intellectuelles supérieures/ professions intermédiaires/ retraités*).

-le **type d'habitat** (appartement, maison) et le **lieu de résidence** (banlieue, centre-ville)

-le **parcours scolaire** :

-**milieu** ordinaire/ spécifique.

-**filière** générale/ professionnelle).

-l'obtention de **formation(s)** et/ou de **diplôme(s)**.

-la présence éventuelle d'un **projet professionnel**.

-le **projet de vie** (en termes de lieu de vie) : retour à domicile /foyer/ centre éducatif

➤ Les **données éducatives et judiciaires** :

-le parcours éducatif et/ou judiciaire ;

-suivi par l'ASE (placement en foyer, famille d'accueil, mesures éducatives)

-suivi par la PJJ (placement en foyer ou autres mesures).

Puis, nous avons regardé plus précisément chez les mineurs **primo-incarcérés**, la présence ou non de **placement(s) antérieur(s)** en centre éducatif et/ou foyers PJJ, le **statut** (prévenu/condamné), et le **type d'infraction commise**.

➤ Les données cliniques

Elles ont été récoltées lors des entretiens initiaux lors de la passation du questionnaire et non lors des consultations ultérieures avec les mineurs qui avaient accepté une prise en charge par le SPAD.

Nous nous sommes intéressés aux éléments suivants :

-le **contact clinique** que nous évaluons par : le contact oculaire, l'apparence (*avec l'allure et l'hygiène corporelle*), la mimique (*hyper, hypo ou dysmimique*) et les activités psychomotrices (*diminuées, excessives, inadaptées*).

Nous l'avons classé en **3 groupes** : **altéré** (*quand le jeune était fermé et/ou inhibé et/ou subagressif et/ou quand une tension interne était palpable*) **correct** (*entre altéré et bon*) ou **bon** (*quand le contact oculaire était de bonne qualité, que la mimique était adaptée, et qu'il participait à l'échange*).

-l'**accessibilité à l'échange** a été classée en **3 groupes** en fonction de l'aisance du jeune à échanger avec son interlocuteur, l'élaboration de ses réponses et la spontanéité ou non de son discours : accessible/ modérément accessible/ non accessible.

-la présence d'**éléments délirants** au cours de l'entretien. (Nous avons utilisé le **DSM 5** pour définir une idée délirante : « *croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire* »).

-la **thymie**, que nous avons définie par l'*humeur prédominante au cours des deux dernières semaines* ; classée en **3 groupes** : basse/triste ; euthymie ; hypomanie/ manie.

-l'existence d'**idées noires** et/ou **suicidaires récentes actuelles** ou ayant été présentes au cours des **deux semaines précédentes**. Elles ont été formulées aux jeunes comme des *idées selon lesquelles la mort* (pour les idées noires) ou *le suicide* (pour les idées suicidaires)

pourraient être des solutions à une situation de douleur ou de détresse jugée comme insupportable par la personne.

-la présence d'une **anxiété** (expliquées aux mineurs par un *sentiment de nervosité, d'inquiétude ou de malaise faisant partie de l'expérience humaine normale*) **récurrente, durable dans le temps et excessive**. L'anxiété prise en compte était l'**anxiété ressentie** par le jeune (qui répondait par oui ou non) ainsi que l'**anxiété perçue** par l'examineur.

Si nous percevions une anxiété, légère ou manifeste mais que le mineur interrogé affirmait une absence d'anxiété, nous retenions une **absence d'anxiété**, et inversement, si le mineur se décrivait anxieux, sans que nous puissions cliniquement percevoir de l'anxiété, nous retenions l'anxiété. Enfin si le mineur déclarait une **anxiété légère et/ou occasionnelle** et que nous pouvions la percevoir cliniquement, nous retenions l'anxiété, mais si aucun signe d'anxiété étaient présents, nous ne retenions pas l'anxiété.

- l'**estime de soi** que nous désignons par *le jugement ou l'évaluation qu'une personne a de sa propre valeur*, a pu être classée en **3 catégories** telle que celle-ci était décrite par chaque mineur : **mauvaise / correcte / bonne**.

-l'**impulsivité**, que nous définissions aux jeunes comme *un trait de personnalité, durable dans le temps, caractérisé par un comportement direct adopté par une personne sans que les conséquences de ses actes soient réfléchies*. Chaque mineur répondait par oui ou par non.

-l'**agressivité**, que nous définissions comme *une modalité du comportement où la violence, physique et verbale, est dominante. Ce trait devait être durable dans le temps*. L'agressivité prise en compte était celle rapportée par le mineur, qui répondait par oui ou par non, et non celle perçue par l'examineur.

-la **critique des actes délinquants** par les mineurs, que nous évaluions *par la capacité de réflexion du mineur à ce sujet et l'élaboration d'éventuels regrets*. Cette critique a été catégorisée en **3 groupes** : **absente/ partielle/ totale**.

-l'évaluation **des fonctions instinctuelles** qui comportait l'évaluation de la **qualité de sommeil** et de l'**alimentation**.

Nous n'avons volontairement pas interrogé les mineurs sur leur libido et leur sexualité. Ce sujet nous semblait trop intime et délicat pour l'aborder lors d'une première rencontre avec des adolescents incarcérés.

➤ **Prise en charge au SPAD**

Nous avons noté au fur et à mesure le nombre des différentes **consultations proposées** pour chaque mineur (*qu'il s'agisse des premiers entretiens, dits consultations d'accueil, des consultations avec les psychologues référents des mineurs, le médecin psychiatre référents des mineurs comprenant l'interne du service, avec l'infirmière référente des mineurs, avec la psychomotricienne de l'équipe, et enfin des ateliers thérapeutiques, dits CATTP*) et le nombre de **consultations réalisées** pour chaque mineur.

Nous récoltions ces informations auprès des différents soignants, des plannings de consultations programmées, et sur les dossiers patients dans le logiciel de soins où étaient notifiés les statuts des rendez-vous patients.

2. Résultats

➤ *Données administratives (cf. Tableau 1)*

-Données générales

Il y a eu 52 mineurs arrivants entre le 2 mai 2023 et le 30 octobre 2023, que nous avons tous interrogés.

8 mineurs étaient déjà incarcérés au 2 mai 2023 et 2 d'entre eux ont accepté de répondre au questionnaire durant toute la période d'inclusion et ont donc été inclus. Au total, **54** mineurs incarcérés au centre pénitentiaire d'Aix-Luynes ont été inclus dans l'étude.

La moyenne d'âge était de **16,6 ans** (variant de 14 ans à 17 ans).

44 mineurs étaient de nationalité française (soit **81, 5 %**). Les parents d'un grand nombre d'entre eux étaient immigrés ou issus de l'immigration (du Maghreb essentiellement). Parmi les **10** autres mineurs, **1** était de nationalité Roumaine, **3** de nationalité Tunisienne, **2** de nationalité Marocaine et **4** de nationalité Algérienne.

9 mineurs (**16,7 %**) étaient des Mineurs Non Accompagnés (MNA) et étaient originaires du Maghreb.

-Données carcérales

26 (47,3%) étaient **primo-incarcérés**, contre **28 (50,9%)** qui avaient déjà été incarcérés avec une **moyenne de 1,9** et une **médiane de 1,5** incarcérations antérieures (variant de 1 à 5).

44 mineurs (81,5%) étaient coupables ou présumés coupables d'avoir commis un ou des **délits** (relevant du tribunal pour enfants). La plupart des **délits** correspondaient à des **vols** avec violence le plus souvent, (voiture, cambriolage, avec ou sans port d'armes) ou des **trafics de stupéfiants** puis venaient les dégradations de biens, les violences sur personnes aggravées ou non, les outrages à agent ou encore aux refus d'obtempérer.

10 mineurs (18,5%) étaient coupables ou présumés coupables d'avoir commis un ou des **crimes**. **4** mineurs étaient suspectés de violences graves sur personnes et **1** condamné pour violences graves sur personnes, **2** étaient suspectés d'homicides volontaires, **1** était suspecté d'homicide involontaire, **1** était suspecté de séquestrations de personnes avec violence, et **1** était suspecté d'actes de proxénétisme.

36 mineurs (66,7%) étaient **prévenus** contre **18 condamnés (33,3%)**.

Parmi les 26 mineurs **primo incarcérés**, **21 (80,8%)** étaient **prévenus** et **7 (26,7%)** étaient coupables ou présumés coupables de **crime(s)**. Parmi les **21** mineurs étaient **prévenus et primo-incarcérés**, **5 (23,8%)** étaient présumés coupables de **crimes** contre **16** qui étaient soupçonnés de **délits**.

La **durée moyenne** de la **peine** était de **27,5** semaines (variant de 2 à 96 semaines) avec une **médiane** de **20 semaines**.

Sur **54** mineurs, **37** étaient sortis de détention au 30 octobre 2023, permettant de calculer une **durée moyenne d'incarcération** de **10,1** semaines (variant de 2 à 47 semaines, avec une médiane de **5** semaines) qui a été calculée sur **37** mineurs seulement car **16** mineurs étaient toujours incarcérés au 30 octobre 2023 et **1** a été transféré dans un autre centre pénitentiaire (CP) trois jours après son arrivée au CP d'Aix-Luynes.

Tableau 1 : Données administratives de l'échantillon

Données générales					
Age (années)	Moyenne	Médiane	Min	Max	N
	16.6	17	14	17	54
Nationalité	Française	Autre	N		
	44 (81.5%)	10 (18.5%)	54		
MNA	Non	Oui	N		
	45 (83.3%)	9 (16.7%)	54		
Données carcérales					
Primo-incarcération	Non	Oui			
	28 (50.9%)	26 (47.3%)			
Nombre d'incarcération(s) au cours de la vie chez les récidivistes	Min	Max	Moyenne	Médiane	N
	1	5	1.9	1.5	28
Infractions	Délits	Crimes	N		
	44 (81.5%)	10 (18.5%)	54		
Statut	Prévenu	Condamné	N		
	36 (66.7 %)	18 (33.3%)	54		
Durée (semaines)	Moyenne	Médiane	Min	Max	N
Peine	27.5	20	2	96	54
Incarcération	10.1	5	2	47	37
Primo-incarcérés (N=26)	CER	Foyer PJJ	CEF	Prévenus	Crimes
	1 (3,8%)	6 (23,1%)	0	21 (80,8%)	(26,7%)
Primo incarcérés prévenus (N=21)	Crimes	Délits			
	5 (23,8%)	16 (76,2%)			

N : nombre de données valides ; MNA : mineurs non accompagnés ; CEF : centre éducatif fermé ; CER : centre éducatif renforcé ; PJJ : protection judiciaire de la jeunesse.

➤ *Antécédents relatifs à la santé mentale*

-46 mineurs (85,2%) n'avaient jamais vu de psychiatre, 5 (9,3%) avaient eu un suivi occasionnel, et 3 (5,6%) avaient eu un suivi régulier. (Cf. *figure 1*)

30 (55,6%) n'avaient jamais vu de psychologue, 14 (25,9%) en avaient vu au moins une fois (correspondant à un suivi occasionnel) et 10 (18,5%) avaient eu un suivi régulier.

De façon plus générale, 25 mineurs (46,3%) avaient déjà vu un(e) psychologue ou un(e) psychiatre contre 29 (53,7%) qui n'avaient vu ni l'un ni l'autre. (Cf. *figure 2*)

Aucun mineur n'avait de soins psychiques en cours avant l'entrée en détention.

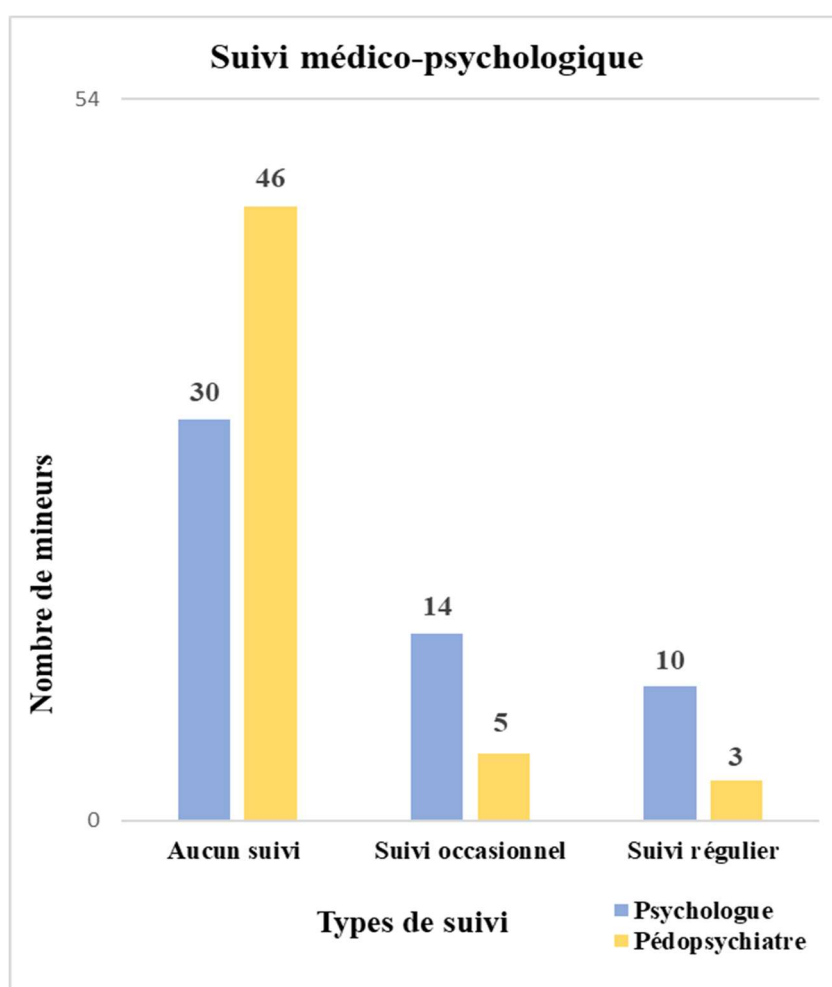


Figure 1 : Antécédents de suivis médico-psychologiques (N=54)

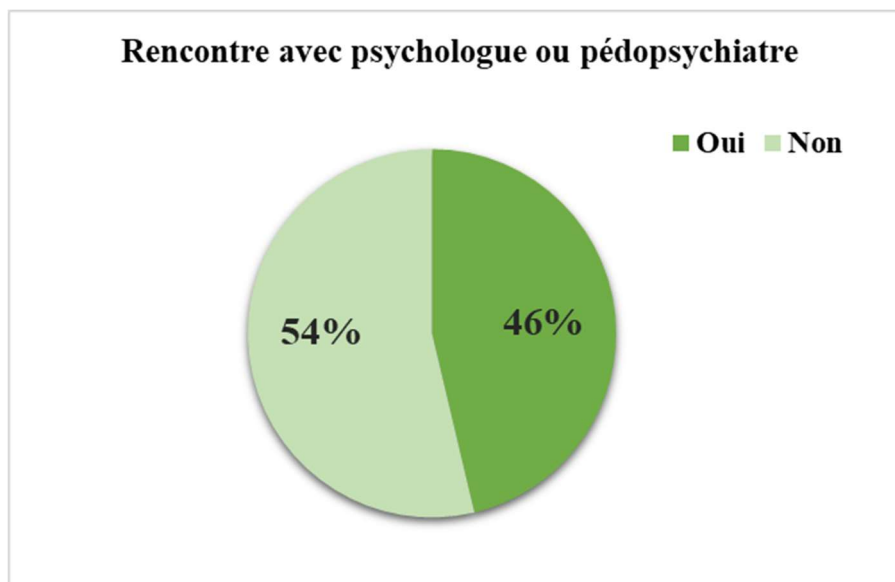


Figure 2 : Rencontre avec un psychologue ou pédopsychiatre (N=54)

Au niveau des **traitements psychotropes** (Cf. figure 3) (comprenant les neuroleptiques, les psychostimulants, les benzodiazépines, les hypnotiques, les antihistaminiques et les traitements de substitution aux opiacés, tous sur prescription médicale) : **6 mineurs (11,1%)** en avaient déjà reçu avant la détention, tous traitements psychotropes confondus et sans prendre en compte les consommations médicamenteuses à visée récréative.

Parmi eux, **5 (9,3%)** avaient déjà reçu un **neuroleptique** (sont ressortis le Risperdal, le Tercian et l'Abilify) parmi lesquels **1** avait reçu en plus du neuroleptique une benzodiazépine et de la méthadone, et **1** avait reçu en plus du concerta. **1** avait reçu un hypnotique seul (sans précision). Aucun n'avait reçu d'antihistaminique.

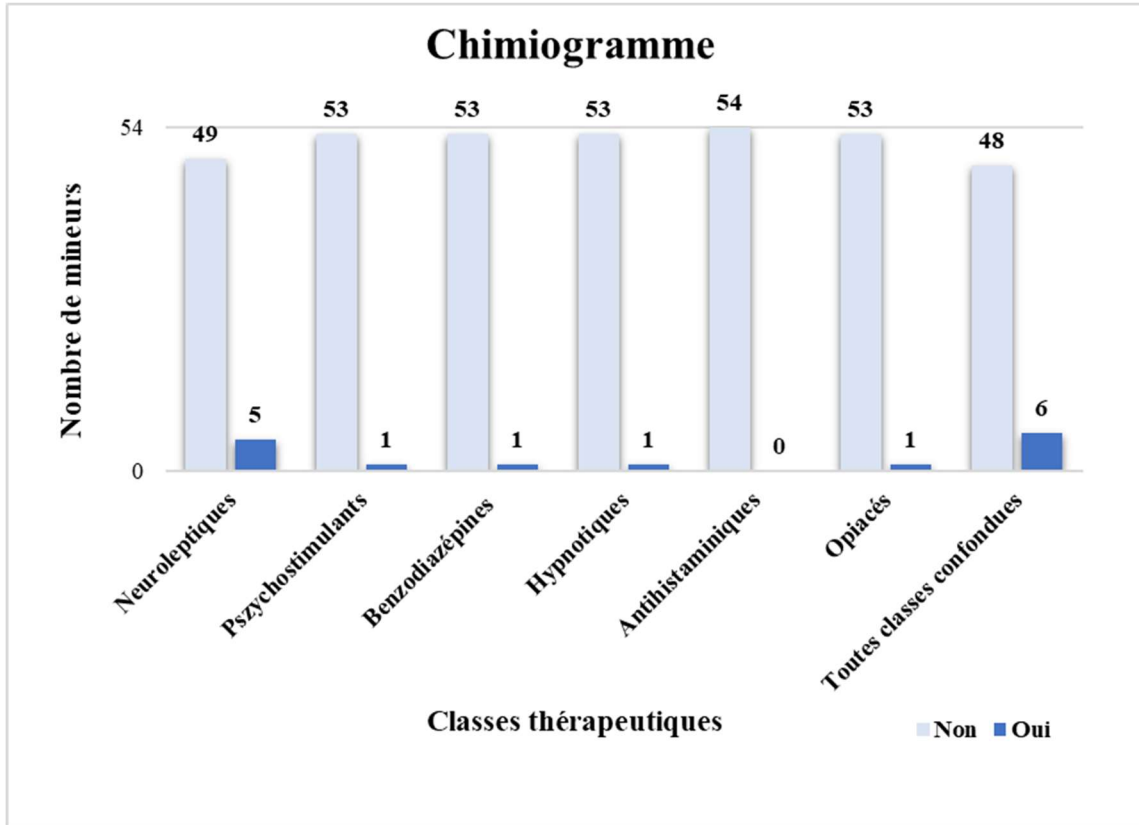


Figure 3 : Chimiogramme (N=54)

-3 mineurs (5,5%) avaient déjà été hospitalisés en pédopsychiatrie (cf. *figure 4*)

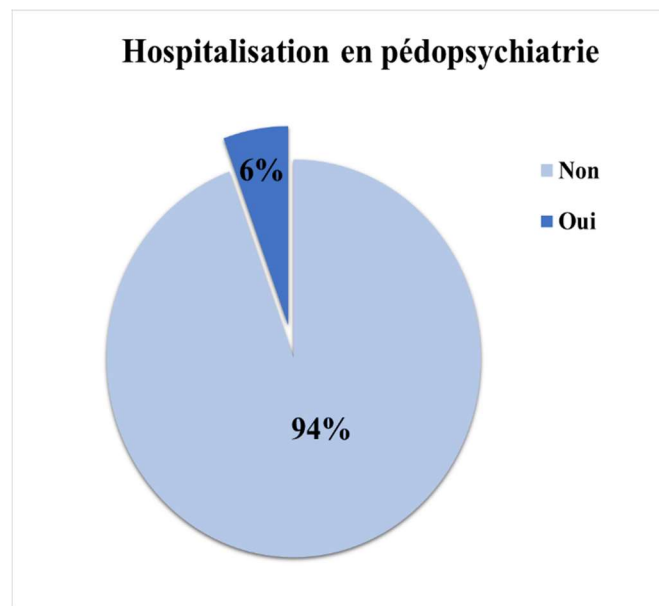


Figure 4 : Hospitalisation en pédopsychiatrie (N=54)

-5 mineurs (9,3%) avaient déjà présenté des **passages à l'acte auto agressifs** (cf. *figure 5*). Pour 4 d'entre eux, il s'agissait d'épisodes de scarifications. 1 mineur avait présenté des crises où il se frappait la tête contre les murs et parmi les mineurs ayant présenté des **scarifications**, 1 était un MNA, dont les scarifications étaient nombreuses et cliniquement visibles (sur les deux membres supérieurs).

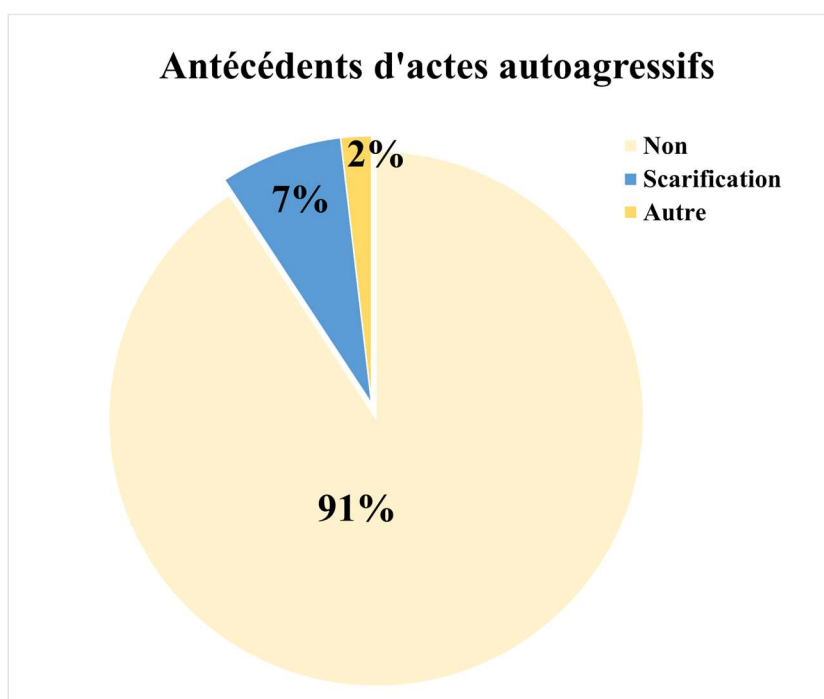


Figure 5 : Antécédents d'actes auto-agressifs (N=54)

-1 mineur (1,9%) avait fait deux **tentatives de suicide** par le passé (**sans précision**) (cf. *figure 6*)

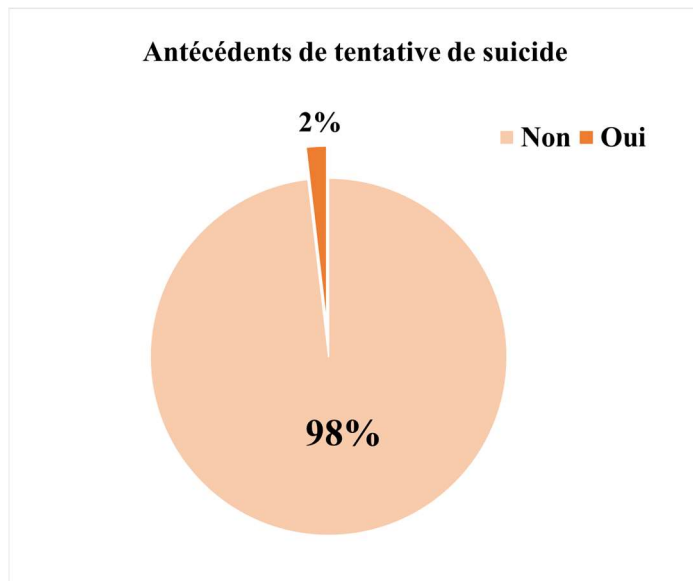


Figure 6 : Antécédents de tentative de suicide (N=54)

-**53 mineurs (98,1%)** avaient déjà présenté des passages à l'**acte hétéro-agressifs** (cf. figure 7) :

-pour **36 mineurs (66,7%)**, il s'agissait de **violences sur autrui dans un contexte de règlement de comptes**, très souvent en lien avec un **trafic de stupéfiants**.

-pour **4 mineurs (7,4%)**, de **violences sur autrui dans un contexte de vols**.

-pour **4 mineurs (7,4%)** de **violence sur un(e) proche**.

-pour **3 mineurs (5,6%)**, il avait été question à la fois de violences sur autrui dans des contextes de vols ou règlements de compte **et** de violence sur un(e) proche.

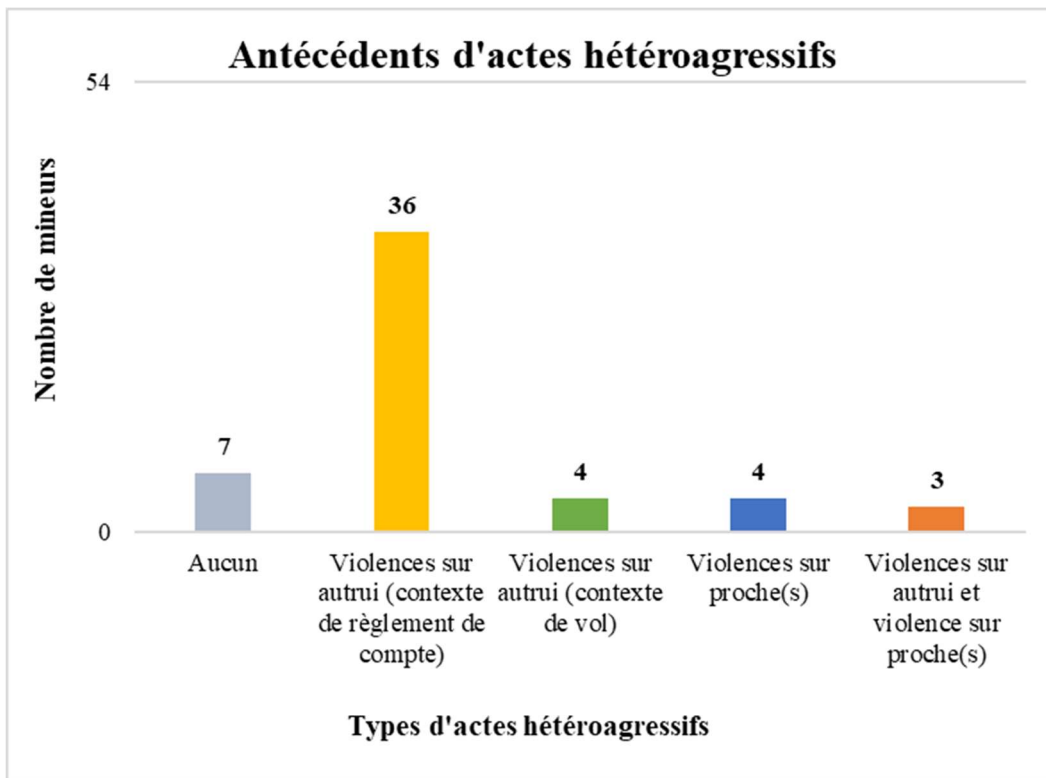


Figure 7 : Antécédents d'actes hétéroagressifs (N=54)

Des **antécédents familiaux psychiatriques** étaient présents chez **17 mineurs (31,5%)** (cf. *figure 8*)

Nous notons également la présence d'un trouble mental chez un oncle ou une tante pour **6 mineurs (11,1%)**.

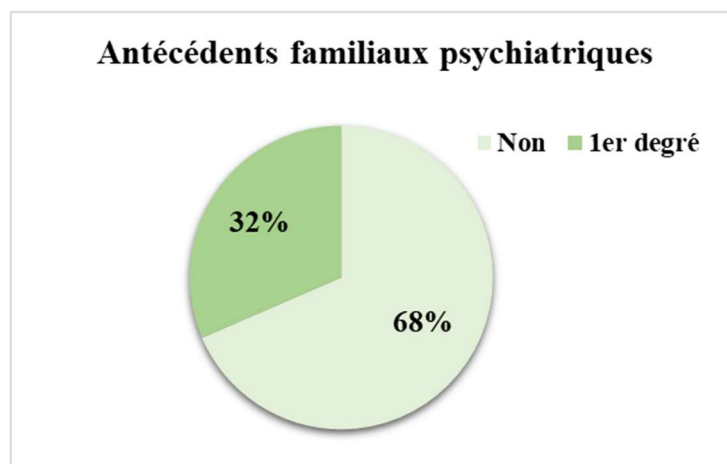


Figure 8 : Antécédents familiaux psychiatriques (N=54)

Concernant **les antécédents de conduites addictives**, aucun mineur ne présentait d'éléments en faveur d'addiction comportementale.

-Les **substances psychoactives** que nous avons retenues étaient le **tabac** (pur, dans des cigarettes ou tabac à rouler), du **cannabis** (herbes ou résines), de l'**alcool**, du **protoxyde d'azote**, de la **cocaïne** et des **médicaments** (hors prescription médicale). (Cf. *figure 9*)

-**52 mineurs (96,3%)** consommaient ou avaient déjà consommé des substances (toutes confondues) et **2 (3,7%)** n'avaient jamais rien consommé.

- **L'âge moyen** de début des consommations était de **13,7 ans** (médiane de 14) variant de **8 à 16 ans**.

-**40 (74,1%)** consommaient du **tabac** de manière fréquente, **2 (3,7%)** de manière occasionnelle, **1 (1,9%)** en était sevré et **11 (20,4%)** n'en consommaient pas.

-**39 (72.2%)** consommaient du **cannabis** de manière fréquente, **4 (7.4%)** en consommaient de manière occasionnelle, pour **2 (3.7%)**, la consommation était ancienne et **9 mineurs (16.7%)** n'en consommaient pas

La **majorité** des mineurs consommant du **cannabis** en consommait presque quotidiennement avec une quantité variant de **3 à 15 joints par jour** et cela depuis plusieurs mois.

-**14 (25.9%)** consommaient de l'**alcool** de manière occasionnelle, **aucun** n'en consommait fréquemment et **40 mineurs (74.1%)** n'en consommaient pas.

-**11 mineurs (20,4%)** consommaient du **protoxyde d'azote**, **9 (16.7%)** en consommaient de manière occasionnelle, **1 (1.9%)** en consommait fréquemment, et pour **1 (1.9%)** la consommation était ancienne.

Pour les consommateurs occasionnels, les quantités de « ballons » par occurrence était relativement importante (variant d'une dizaine à une trentaine de ballons)

- **3 mineurs (5.6%)** consommaient **de la cocaïne** de manière occasionnelle, **aucun** n'en consommait de manière fréquente et **51 (94.4%)** n'en consommaient pas.

-Concernant les **consommations médicamenteuses**, nous avons retrouvé des consommations de **Lyrica, Tramadol, Rivotril et Valium**. Tous médicaments confondus, **7 mineurs (13%)** en consommaient fréquemment, **aucun** n'en consommait de manière occasionnelle, **aucun** n'en était sevré et **47 (87%)** n'en consommaient pas. Parmi les **7 consommateurs**, **tous**

consommaient du **Lyrica**, 3 consommaient du **Rivotril**, 2 consommaient du **Valium**, et 1 consommait du **Tramadol**.

Parmi les 7 consommateurs de **Lyrica**, 6 étaient des MNA. Les consommateurs de **Rivotril**, **Valium** et **Tramadol** étaient tous des MNA.

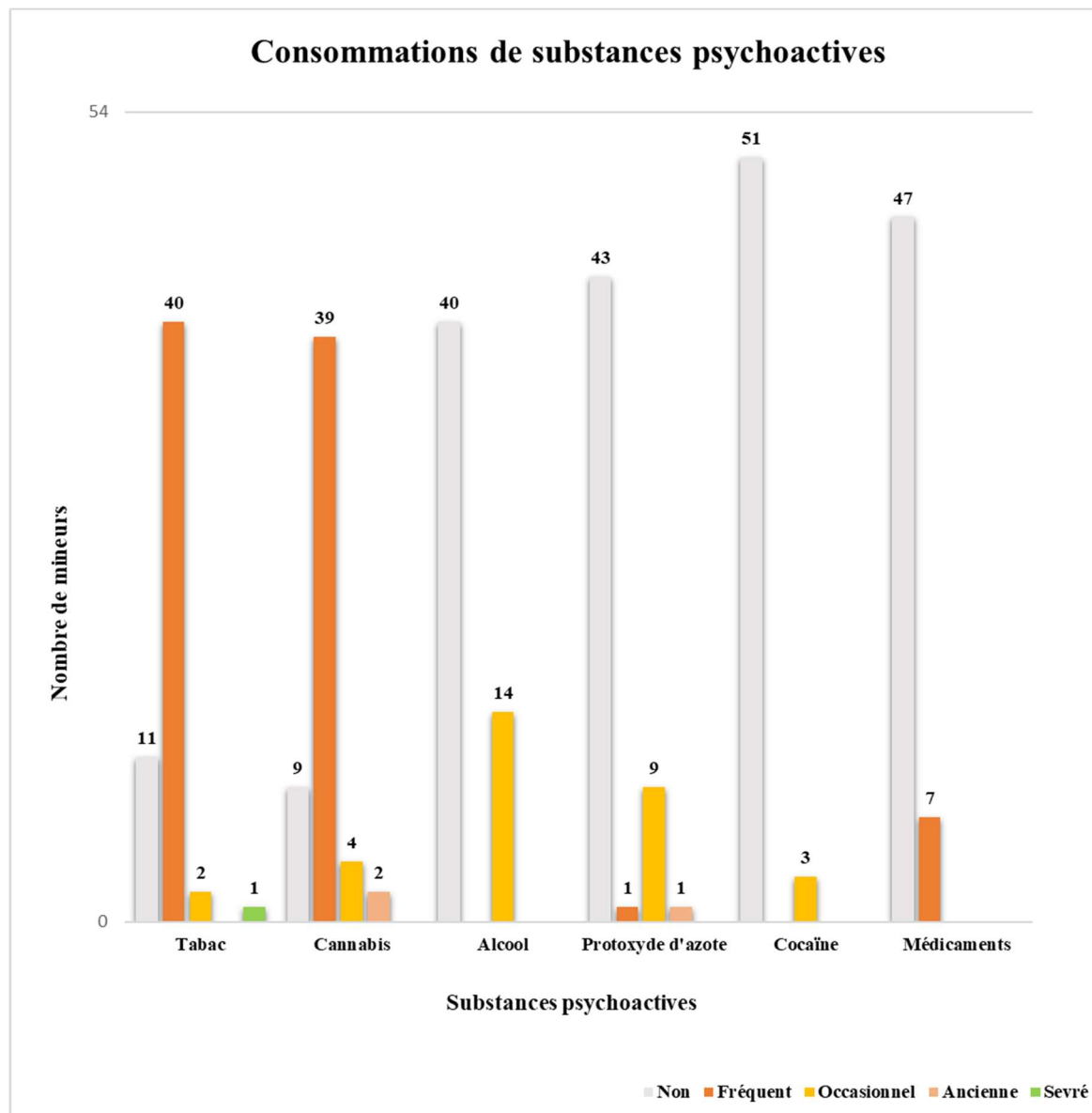


Figure 9 : Consommations de substances psychoactives (N=54)

-53 mineurs (98,1%) n'avaient jamais eu de **prise en charge addictologique** antérieure, 1 (1,9%) avait bénéficié d'un suivi addictologique.

-43 mineurs (79,6%) ont rapporté un ou plusieurs évènements potentiellement traumatiques (leur nombre variant de 0 à 3, le nombre moyen de traumatisme par mineur était de 1 et une médiane de 1)

(Cf : figure 10)

-10 (18.5%) ont rapporté des violences physiques subies (hors violence intra familiale)

-6 (11.1%) ont rapporté une maltraitance intra-familiale.

-13 (24.1%) ont déclaré avoir été témoin de violence sur un(e) proche et/ou témoin de la mort d'un(e) proche,

-13 (24.1%) ont rapporté le décès d'un parent, et/ou d'un membre de l'adelphie et/ou d'un(e), proche

-12 (22.2%) ont décrit des évènements traumatiques autres. Il s'agissait de ruptures parentales, du départ brutal d'un parent ou encore d'un parcours migratoire traumatisant.

-Aucun n'a rapporté avoir subi de violence sexuelle.

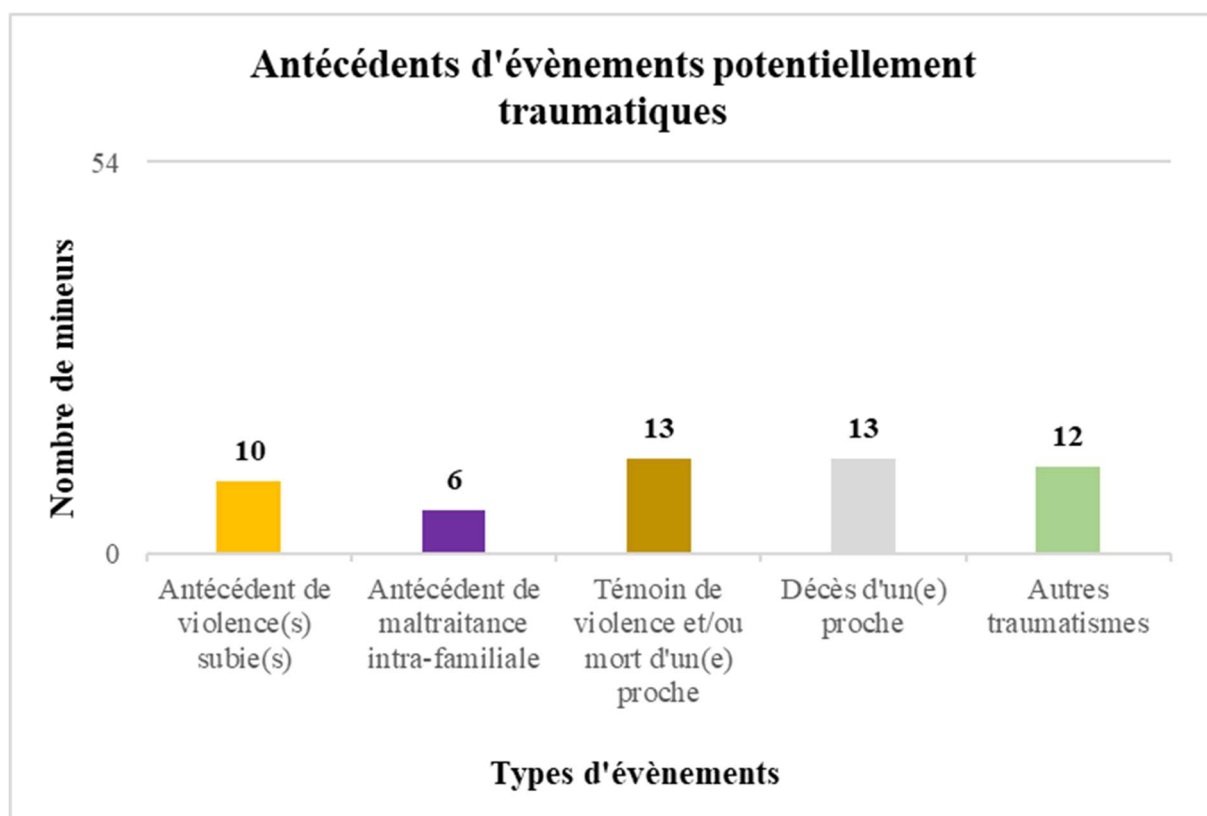


Figure 10 : Antécédents d'évènements potentiellement traumatiques (N=54)

Aucun ne présentait d'éléments en faveur d'un trouble de stress post-traumatique (selon les critères du DSM 5).

1 mineur a été revu en consultation, il présentait un **état de stress aigu** : il avait été témoin du suicide du détenu de la cellule voisine.

Concernant l'existence d'une prise en **charge médico-psychologique** des **événements potentiellement traumatiques** (Cf. *figure 11*) :

29 mineurs (67,4%) ont répondu négativement, **11 (25,6%)** ont déclaré avoir bénéficié d'une prise en charge **partielle**, **3 (7%)** ont déclaré avoir bénéficié d'une prise en charge **totale**.

Il s'agissait essentiellement de prises en charge psychologiques mises en place par les foyers de l'ASE, ou PJJ ou les centres éducatifs dans lesquels avaient séjourné les mineurs.

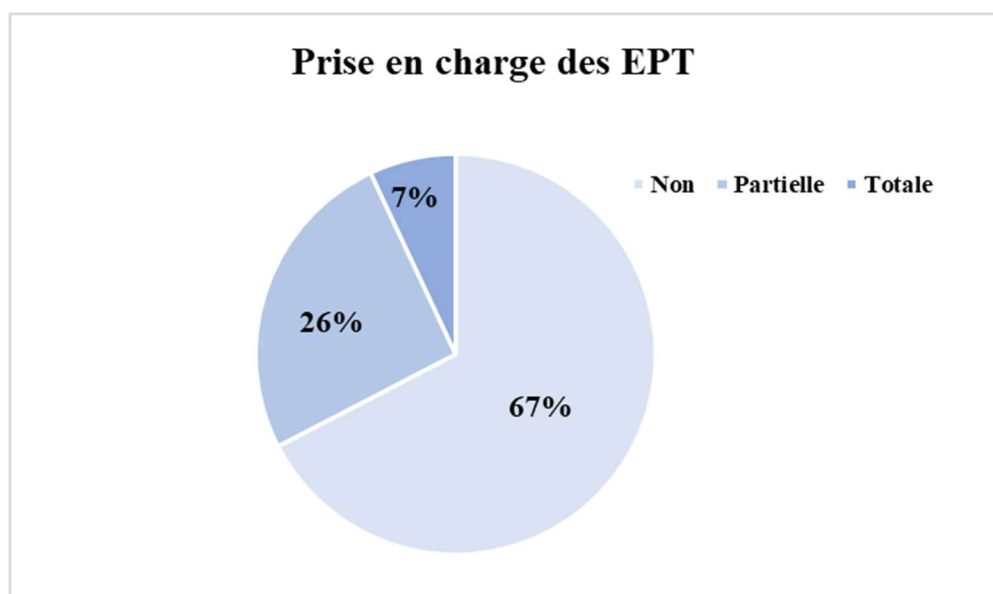


Figure 11 : Prise en charge des événements potentiellement traumatiques (EPT) (N=43)

➤ *Antécédents somatiques* (cf. *Figure 12*)

-11 mineurs (20,4%) présentaient une **pathologie chronique** parmi lesquels :

-7 (13%) étaient asthmatiques.

-2 (3,7%) avaient présenté une épilepsie anciennement traitée.

-1 (1,9%) avait un diabète de type 1 traité.

-1 (1,9%) était atteint d'une hémophilie (sans précision, et non traitée).

Ces pathologies chroniques étaient toutes stabilisées, à l'exception d'un jeune dont le diabète était déséquilibré, qui refusait les soins, et avec lequel l'entrée en contact a été très difficile.

-antécédents de fractures : 8 avaient présenté des fractures des membres à la suite de **chutes accidentelles** dans un **contexte de conduites à risques**.

-antécédents de chirurgies : 6 avaient été opérés secondairement à leurs **fractures des membres**, 1 avait subi une opération **abdominale** à la suite d'une **blessure par arme blanche**, 1 avait bénéficié d'une chirurgie **ophtalmologique** et d'une **otoplastie** suite à une **agression physique**, 1 avait eu une chirurgie **orthognathique** suite à une **fracture de la mâchoire** secondaire à une **chute en deux roues** et 1 avait été opéré de **fractures du massif facial** dans le cadre d'une **agression physique**.

29 mineurs (53,7%) ont déclaré un ou plusieurs **antécédents de traumatisme crânien**, qui avaient eu lieu dans un contexte de chute le plus souvent, suivi d'accidents de la voie publique puis enfin dans un contexte d'altercation physique.

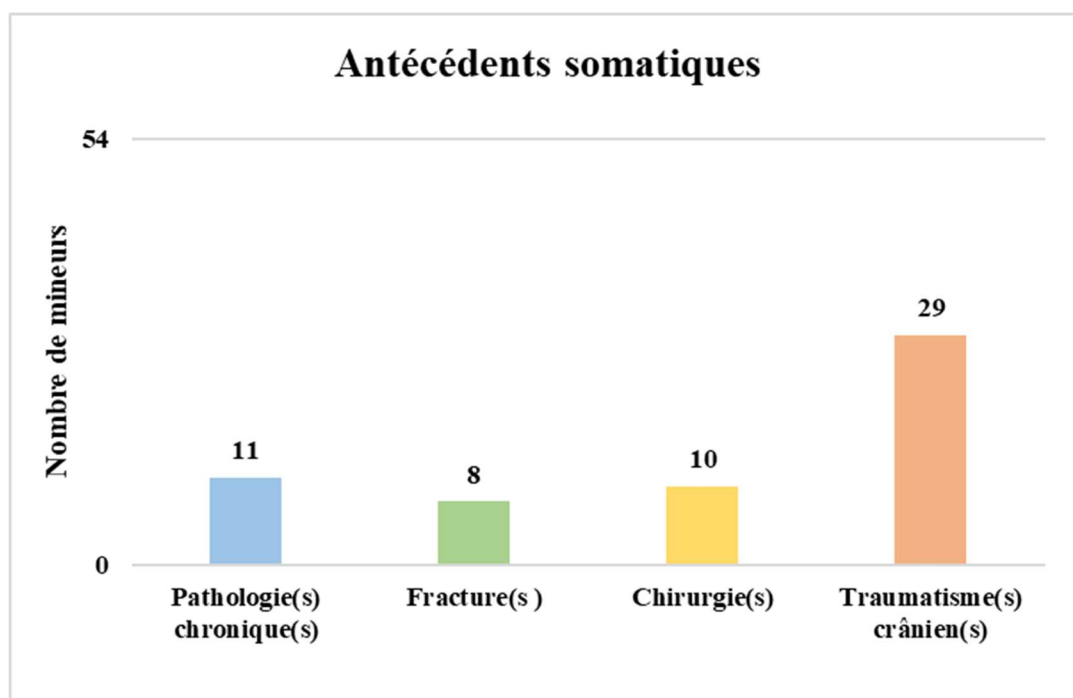


Figure 12 : Antécédents somatiques (N=54)

➤ *Données socio-biographiques (Cf : annexe 2)*

Pour **25 mineurs (46,3%)**, les deux parents (*il s'agissait toujours d'un père et une mère*) étaient présents dans leur vie, pour **20 mineurs (37%)** seulement la mère était présente, pour **2 mineurs**

(3,7%) seulement le père était présent et enfin pour 6 mineurs (11,1%), aucun parent n'était présent dans leur vie (il s'agissait essentiellement des jeunes ayant été placés dans l'enfance, de certains MNA et de certains dont d'autres membres de la famille s'étaient occupés dans l'enfance).

Concernant le **décès de l'un des deux parents**, il y avait 1 mineur (1,9%) dont la mère était décédée, 4 mineurs (7,4%) dont le père était décédé et 1 mineur (1,9%) dont les deux parents étaient décédés.

A propos de la **situation parentale**, les parents étaient séparés chez 42 mineurs (77, 8%) et chez 11 mineurs (20,4%), les parents étaient encore en union.

Notre évaluation des **liens intra-familiaux** montre que :

-Les liens au **père** étaient absents chez 20 mineurs (37%), altérés ou faibles chez 12 mineurs (22,2%), corrects chez 11 mineurs (20,4%) et bons chez 6 mineurs (11,1%).

-Les liens à la **mère** étaient absents chez 8 mineurs (14,8%), altérés ou faibles chez 14 mineurs (25,9%), corrects chez 18 mineurs (33,3%), bons chez 12 mineurs (22,2%).

-Enfin, **les liens** aux membres de l'**adelphie** étaient absents chez 4 mineurs (7,4%), altérés ou faibles chez 23 mineurs (42,6%), corrects chez 13 mineurs (24,1%) et bons chez 11 mineurs (20,4%).

La **taille moyenne de l'adelphie** était de 2,6 enfants, variant de 1 à 12 enfants (médiane de 2).

10 mineurs (18,5%) ont déclaré être plutôt isolé avec un **étayage amical** absent ou faible, 21 (38,9%) ont décrit un étayage satisfaisant et 23 (42,6%) ont rapporté avoir un bon étayage amical.

19 mineurs (35,2%) ont répondu avoir des loisirs. Il s'agissait essentiellement d'activités sportives (essentiellement foot puis sports de combat, puis motocross et enfin course à pied) sauf 1 qui avait fait du dessin. Pour la majorité d'entre eux, ils ne pratiquaient plus ces activités depuis un certain temps au moment de l'entretien. 7 mineurs (13%) ont répondu qu'ils n'avaient pas de loisir et 28 mineurs (51,9%) ont répondu ne pas savoir lorsque nous leur avons demandé ce qu'ils aimaient faire quand ils disposaient de temps libre.

Concernant la **profession des parents**, nous avons retrouvé pour les **mères** que 19 (35,2%) étaient sans profession, 2 mères (3,7%) étaient des artisanes commerçantes et cheffes d'entreprise, 23 mères (42,6%) étaient des employées, 2 mères (3,7%) étaient des ouvrières et

enfin, 7 mineurs (13%) ne connaissaient pas la profession de leur mère. Par ailleurs, aucune profession ne rentrait dans les catégories agriculteurs exploitants, cadres et professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires, et enfin aucune n'était retraitée.

2 pères (3,7%) étaient sans emploi, 8 pères (14,8%) étaient artisans commerçants ou chefs d'entreprise, 12 (22,2%) étaient des employés, 10 (18,5%) étaient des ouvriers, et enfin 19 mineurs (35,2%) ne connaissaient pas la profession de leur père. Par ailleurs, aucun père n'avait de profession appartenant aux catégories agriculteurs exploitants, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions supérieures et aucun n'était retraité.

Les récits des jeunes ont montré qu'une grande majorité d'entre eux logeaient dans des appartements au sein d'immeubles de quartiers périphériques. Cependant, nous avons pu analyser ces données sur 34 mineurs seulement.

Concernant la **scolarité**, 53 mineurs (98,1%) étaient ou avaient été scolarisés en milieu ordinaire, contre 1 (1,9%) qui avait intégré un ITEP (en milieu spécifique) durant toute sa scolarité.

34 mineurs (64,2%) avaient arrêté leur scolarité au **collège** : 11 d'entre eux (32,4%) avaient arrêté en classe de 6^{ème} ou 5^{ème}, 8 d'entre eux (23,5%) avaient arrêté en classe de 4^{ème} et 15 d'entre eux (44,1%) avaient arrêté leur scolarité en cours ou à la fin de la classe de 3^{ème}.

Parmi les 19 mineurs qui sont allés jusqu'au **lycée**, 5 (26,3%) sont allés en filière **générale**, et 14 (73,7%) sont allés en filière **professionnelle**.

En termes de **formations et de diplômes**, 27 mineurs (50%) n'avaient pas validé les formations ou diplômes passés, 26 (48,1%) avaient commencé une formation (au lycée ou dans un centre de formation autre ou encore dans le cadre d'un placement en centre éducatif) ou avaient interrompu la formation ou la scolarité en cours, et 1 mineur (1,9%) avait validé une formation.

Quasiment tous les mineurs (92,6%) **n'étaient plus scolarisés** ou en formation **avant d'entrer en détention**, 4 mineurs (7,4%) avaient dû interrompre leur parcours scolaire et ou professionnel du fait de l'incarcération.

En termes de **projet professionnel**, 36 (66,7%) ont déclaré avoir un projet professionnel sans parvenir à le définir précisément (le plus souvent, ils envisageaient d'entamer une formation spécifique ou de reprendre la formation qu'ils avaient débutée), et pour lequel ils semblaient peu motivés et 18 (33,3%) ont dit n'avoir **aucune idée de projet professionnel**.

Nous avons également demandé aux mineurs si un **projet de vie** était organisé après la sortie de détention. Il en est ressorti que **19 d'entre eux (35,2%)** pensaient qu'il était envisagé un placement en foyer ou **CEF**, **15 d'entre eux (27,8%)** envisageaient un **retour au domicile familial principal** (cela était plus leur souhait plus que le projet réellement prévu), **4 (7,4%)** ont déclaré envisager d'avoir leur propre logement, et enfin, **16 (29,6%)** ont répondu ne pas être au courant d'un quelconque projet.

-Au niveau de leur **parcours socio-éducatif et judiciaire** (Cf : *Annexe 3*):

51,9% des mineurs avaient déjà été pris en charge par l'ASE, **21 mineurs (38,9%)** avaient été placés dans un ou plusieurs **foyers ASE** au cours leur enfance (nombre de foyers variant de 1 à 28 par mineur, **médiane de 2**), dont 3 avaient aussi été placés en **famille d'accueil** (nombre variant de 1 à 7, médiane de 3). **7 mineurs (13%)** avaient bénéficié dans leur enfance de **mesures éducatives** (il s'agissait principalement d'aide éducative en milieu ouvert)

Concernant le suivi antérieur par la PJJ, **22 (40,7%)** en avaient bénéficié d'un suivi, dont **19 d'entre eux (86,4% soit 35,2% de notre échantillon)** avaient été placés dans un ou plusieurs **foyers de la PJJ** avant leur incarcération.

Quant aux **centres éducatifs**, **12 mineurs (22,2%)** avaient été placés dans un ou plusieurs **CEF** avant leur incarcération (le nombre de CEF variait de 1 à 4 par mineur, **médiane de 2**), **3 (5,6%)** avaient déjà été placés dans un CER avant leur incarcération, **4 (7,4%)** avaient déjà été placés en CEF et en CER. **35 mineurs (64,8%)** n'ont connu aucun placement en centre éducatif avant leur incarcération.

Parmi les **26 mineurs primo-incarcérés (47,3%)**, **1 (3,8%)** avait déjà été placé dans un **CER**, **6 (23,1%)** en foyer de la **PJJ** et **aucun** en **CEF**.

➤ *Données cliniques* (Cf. *Annexe 4*)

Nous avons retrouvé un **contact clinique altéré** pour **17 jeunes (31,5%)**, un contact **correct** pour **19 (35,2%)**, et un bon contact pour **18 (33,3%)**.

L'évaluation de l'accessibilité à l'échange a retrouvé que **9 mineurs (16,7%)** étaient **non accessibles**, **37 (68,5%)** étaient **modérément accessibles** et **8 (14,8%)** étaient **accessibles**.

Aucun mineur n'a tenu de **propos délirant**, n'a présenté de désorganisation comportementale ou affective en entretien.

Pour la **thymie**, **29** mineurs (**53,7%**) ont rapporté avoir une **thymie basse** dont **12 (41,4%)** qui ont rapporté qu'elle était réactionnelle à l'incarcération **25** mineurs (**46,3%**) se sont décrits **euthymiques**, **aucun** n'a rapporté ou n'a présenté cliniquement en entretien d'éléments en faveur d'une **hypomanie ou d'une manie**.

Quant aux idées **noires et/ou suicidaires**, **5** mineurs (**9,3%**) ont déclaré avoir eu des **idées noires** au cours des **deux dernières semaines**, dont **3 (5,6%)** qui en présentaient **au moment de l'entretien**.

2 mineurs (**3,7%**) ont rapporté avoir eu des **idées suicidaires** au cours des **deux dernières semaines**. **Aucun** n'en présentait au moment de l'entretien.

Pour l'**anxiété**, **20** mineurs (**37%**) ont répondu **négativement** et **34** mineurs (**63%**) ont répondu **positivement**.

16 mineurs (**29.6%**) ont décrit une **mauvaise** estime d'eux-mêmes, **12 (22.2%)** ont décrit une estime d'eux-mêmes **correcte** et **26 (48.1%)** ont décrit une bonne estime d'eux-mêmes.

32 mineurs (**59.3%**) ont affirmé être **impulsifs** et **22 (40.7%)** qui se considéraient comme **non impulsifs**.

17 mineurs (**31.5%**) se sont considérés comme **agressifs**, contre **37 (68.5%)** qui se sont décrits comme **non agressifs**.

La critique des actes délinquants : était **totale** pour **18** mineurs (**33,3%**), **partielle** pour **25** mineurs (**46,3%**) et **absente** pour **11** mineurs (**20,4%**).

Enfin, l'évaluation **des fonctions instinctuelles** a retrouvé que pour **28** d'entre eux (**51.9%**) elles étaient **préservées**, **26 (48,1%)** ont rapporté des **troubles du sommeil**, parmi lesquels **4 (7,4 %)** présentaient une **perte d'appétit**.

➤ *Prise en charge par le SPAD (cf. Figure 13)*

-**78 consultations d'accueil** ont été **proposées** (1,44 en moyenne avec un minimum de 1 et un maximum de 3 ; médiane de 1) et **28 (35,9%)** consultations d'accueil ont finalement été **réalisées** (0,52 en moyenne avec un minimum de 0 et un maximum de 1 ; médiane de 1).

-**43 consultations avec le/ la psychologue référent(e)** ont été **proposées** (0,8 par mineur en moyenne avec un minimum de 0 et un maximum de 5, écart type de 0,72 et médiane de 0) et **12 (27,9%)** ont été finalement **réalisées** (0,22 en moyenne avec un minimum de 0 et un maximum de 4 par mineur, écart type de 0,72 et une médiane de 0).

-Quant aux consultations **infirmières**, **71** ont été **proposées** (1,3 en moyenne avec un minimum de 0 et un maximum de 4 ; médiane de 1), **19 (26,8%)** ont été **réalisées** (0,4 en moyenne avec un minimum de 0 et un maximum de 3 ; médiane de 0).

-**91 consultations médicales** ont été **proposées** (1,7 en moyenne variant de 0 à 5 et médiane de 1) et **22 (24,2%)** ont été **réalisées** (0,4 en moyenne avec un minimum de 0 et un maximum de 5 et médiane de 0).

-**27 consultations avec la psychomotricienne** ont été **proposées** (0,5 en moyenne avec un minimum de 0 et un maximum de 4, médiane de 0), et **9 (33,3%)** ont été **réalisées** (0,2 en moyenne avec un minimum de 0 et 2 et médiane de 0).

-Enfin, concernant les **CATTP**, **33** ont été **proposés** (0,6 en moyenne avec un minimum de 0 et un maximum de 5 et médiane de 0), et **6 (18,2%)** ont été **réalisés** (0,1 en moyenne avec un minimum de 0 et un maximum de 3 et médiane de 0).

-En termes de **suivi thérapeutique**, seulement **4** ont eu **au moins 2 consultations psychologiques**, **5** ont eu **au moins 2 consultations médicales**, **1** qui a eu **2 consultations de psychomotricité**, et **3** ont eu **au moins 2 séances en atelier thérapeutique**.

-Concernant les **traitements en détention**, **11** mineurs (20,4%) en ont bénéficié.

Parmi ces mineurs, **2** d'entre eux (**18,2%**) avaient déjà reçu un traitement **avant la détention**. Les traitements prescrits en détention étaient principalement une **benzodiazépine** ou un **antihistaminique** (*Atarax essentiellement et Théralène pour un seul patient*) et/ou un **neuroleptique** (*Tercian uniquement pour 2 patients.*) Pour **2** d'entre eux, l'Atarax initialement prescrit n'a montré aucune efficacité et a conduit à un switch pour une benzodiazépine.

Au total, **9** patients sur **11 (81,8%)** ont reçu une **benzodiazépine**, dont **2** patients recevaient aussi du **Tercian** et **2** mineurs recevaient aussi un **antihistaminique**.

7 mineurs (13%) avaient bénéficié d'une **prise en charge addictologique en détention**.

Cette prise en charge constituait davantage en une aide au sevrage avec la prescription médicamenteuse d'une **substitution** (hors traitement de substitution aux opiacés), comprenant essentiellement des **substituts nicotiques** et/ou des **benzodiazépines** qu'un suivi addictologique avec un médecin spécialisé. (Cf. détails dans tableaux annexes)

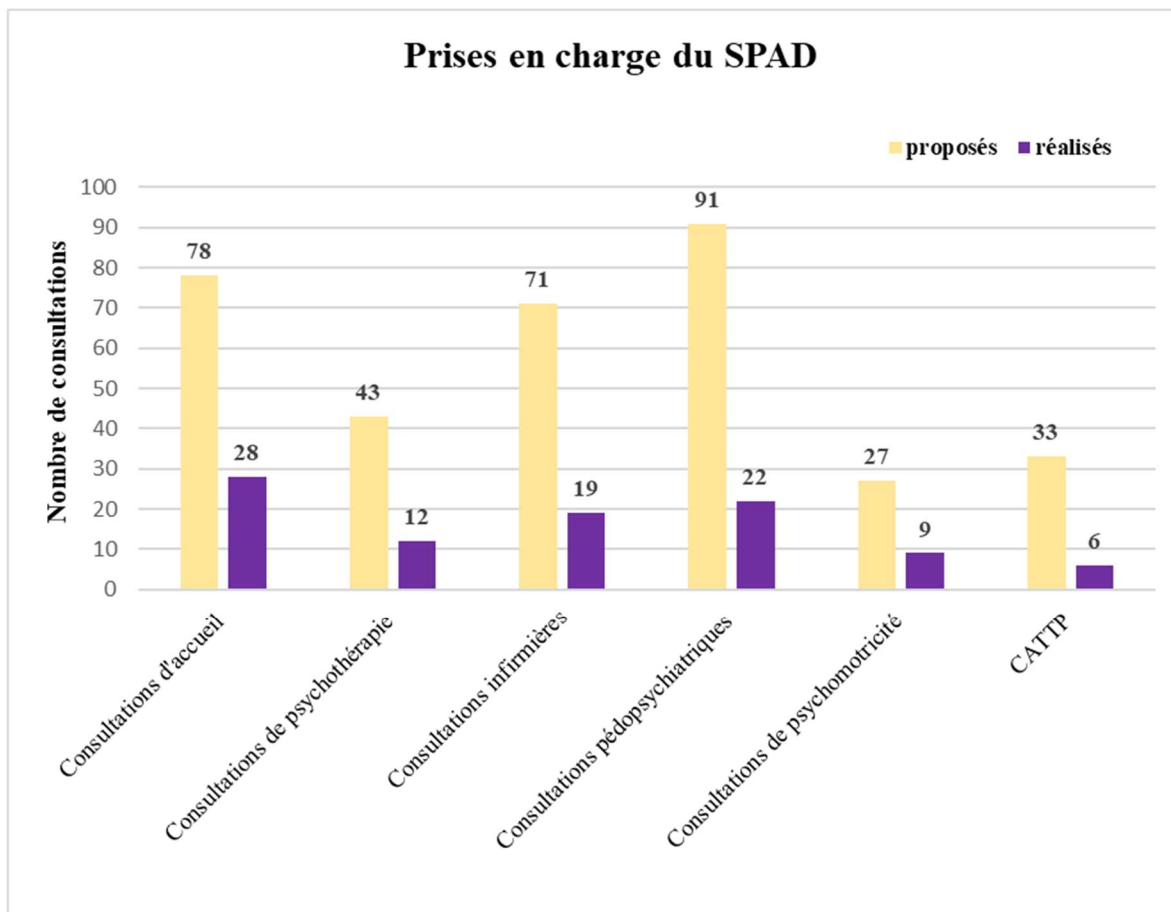


Figure 13 : Prises en charge par le SPAD (N=54)

3. Discussion

Discussion des résultats

La réalisation des entretiens n'a pas été aisée. Assez rapidement, nous avons rencontré des difficultés à rencontrer les mineurs. Pour des raisons pratiques et organisationnelles, les mouvements des mineurs jusqu'à l'unité sanitaire étaient compliqués à mettre en place. En effet, les mineurs ne devant pas croiser de détenus majeurs, organiser les mouvements des mineurs et des majeurs était encore plus compliqué.

De plus, le sous-effectif récurrent des surveillants pénitentiaires (probablement accentué en période d'été) a participé à compliquer les mouvements des mineurs. Ces derniers impliquaient régulièrement qu'un(e) surveillant(e) se détache de son poste pour pallier le manque d'effectif. Nous avons également constaté un manque de communication et de coordination entre les surveillants en charge des mineurs mais aussi un manque de coopération de la part des surveillants. En effet, il semble que les justifications et les motifs des mouvements vers l'unité de soins étaient mal transmis aux mineurs et que ça pouvait influencer leur refus à venir ou non à l'unité de soins. Ces derniers ont pu nous dire à plusieurs reprises ne pas avoir été prévenus de la consultation, ce qui contrastait avec les propos des surveillants. Et l'accès à l'unité de soins pour des consultations somatiques semblait plus facile laissant penser que les consultations de soins psychiques étaient minimisées par le personnel pénitentiaire : nous avons eu les retours des soignants de médecine générale nous informant que dans l'ensemble les mineurs venaient à leurs rendez-vous et lorsque l'équipe du SPAD se mettait en contact avec les surveillants du quartier mineurs pour savoir si ces derniers allaient venir à leurs consultations, il arrivait que les surveillants répondent que les mineurs avaient déjà un suivi psychologique via la PJJ et que « s'ils allaient vraiment mal, ils les feraient descendre à l'US ». Enfin, le refus des mineurs (que ce soit pour une première rencontre ou un rendez-vous déjà fixé dans le cadre d'un suivi) était fréquent et rendait difficile la réalisation des entretiens. Leur manque de disponibilité en lien avec les autres activités hebdomadaires qu'avaient les mineurs (cours, formation, rendez-vous avec la PJJ ...) accentuaient aussi ce phénomène.

Toutes ces difficultés nous ont conduit à repenser la réalisation des entretiens. En effet, nous avons proposé de rencontrer les mineurs au sein même du quartier mineur (dans un bureau garantissant la confidentialité des échanges) dès que c'était possible. Cela évitait les contraintes liées aux mouvements des mineurs et évitait aux mineurs qui ne voulaient pas venir de se déplacer (quelles qu'en soient les raisons). Nous précisions alors aux mineurs que cette rencontre avait lieu dans le cadre de notre étude afin de récolter les données et moins dans une démarche de soin. Toutefois, lors de cette même rencontre, nous en profitions pour présenter le dispositif de soins du SPAD (un prospectus de présentation du dispositif de soins aux mineurs leur était remis) et nous propositions systématiquement aux jeunes une consultation d'accueil, qu'ils pouvaient refuser. Nous les informions aussi qu'ils pouvaient solliciter l'équipe ultérieurement s'ils en ressentaient le besoin.

La **moyenne d'âge** retrouvée de **16,6 ans** est concordante avec les données de la littérature (5,8,13,74,76–78). La grande majorité d'entre eux étaient de nationalité française. Un grand nombre d'entre venaient de familles immigrées ou issues de l'immigration (du Maghreb principalement). Ces données sont similaires à celles trouvées par d'autres auteurs (13,78).

Une faible proportion étaient des **mineurs non accompagnés**, tous originaires du Maghreb. Une telle proportion de MNA a été retrouvée dans un cahier d'études pénitentiaire et criminologique de 2021 par la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) de Marseille (relativement faible par rapport aux DISP de Bordeaux, Toulouse et Lille où le pourcentage MNA est largement supérieur) (75). Une proportion similaire a aussi été retrouvée dans l'étude menée sur les mineurs détenus des Bouches du Rhône (78). Cependant il semble que la proportion de MNA en détention ait diminué depuis quelques années. Par ailleurs, notre résultat sur l'origine des MNA interrogés (provenant tous du Maghreb) est cohérente avec les données de la littérature qui observent une surreprésentation de la délinquance chez les MNA provenant des pays d'Afrique du Nord (135).

La majorité des **infractions** correspondaient à des **délits**. Il s'agissait le plus souvent de vols avec violence, et de trafics de stupéfiants. Les crimes, minoritaires, étaient le plus souvent des violences graves sur personnes, à des homicides involontaires ou volontaires, des séquestrations de personnes avec violence, et pour un mineur, des actes de proxénétisme. A noter qu'un certain nombre de mineurs étaient incarcérés car ils n'avaient pas respecté le contrôle judiciaire dont ils avaient fait l'objet.

Les types d'infractions retrouvées majoritairement sont similaires à ceux retrouvés dans l'étude faite sur les mineurs détenus des Bouches du Rhône (78).

Concernant les **récidives** des mineurs, nous avons retrouvé qu'à peine plus de la moitié (50,9%) étaient des récidivants. Ce résultat concorde dans l'ensemble aux données de la littérature, entre les études ayant retrouvé davantage de multirécidivants (8,76) et les études ayant retrouvé davantage de mineurs primo-incarcérés (8,13,77).

En analysant de plus près les caractéristiques des mineurs **primo incarcérés** de notre échantillon, nous avons observé qu'une grande majorité d'entre eux (**80,8%**) étaient **prévenus**, donc non encore jugés et placés en détention provisoire. Près d'**un quart** d'entre eux étaient soupçonné de **crimes**.

Nous ne disposons pas de données comparatives car aucune autre étude ne s'est intéressée précisément aux caractéristiques des mineurs primo incarcérés.

La détention, provisoire ou non, est prononcée en dernier recours pour les délits graves ou les crimes et après échec(s) des autres alternatives à la prison tentées. D'autres critères influencent aussi le choix de la détention, comme le casier judiciaire, la protection des victimes, la fuite des auteurs présumés ou encore la concertation entre complices.

En ayant cette idée, nous pouvons nous interroger, d'un point de vue éthique, sur la mise en détention de mineurs alors qu'ils ne sont que présumés coupables, qu'ils n'ont jamais été incarcérés auparavant, et parmi lesquels peu sont suspecté de crime(s). Ne serait-ce pas plus pertinent de favoriser les alternatives à l'incarcération dans ces cas ? Et ce d'autant que l'incarcération ne semble manifestement pas prévenir les récidives chez les multirécidivistes. D'ailleurs, la littérature montre même que plus le nombre d'incarcérations chez les mineurs est grand, plus le risque de récidives augmente (9,18,25,92).

En nous penchant sur les alternatives à l'incarcération, nous avons observé que 64,8% des mineurs que nous avons interrogés n'ont jamais bénéficié de placement(s) en centres éducatifs (CEF et CER).

De plus, parmi les mineurs qui étaient incarcérés pour la première fois, un seul avait bénéficié d'un placement en centre éducatif renforcé, seulement 6 avaient déjà été placés dans un foyer de la PJJ, et aucun n'avait bénéficié d'un placement en CEF.

Cela nous montre que le recours aux alternatives à l'incarcération que constituent les centres éducatifs (CEF notamment, et plus secondairement les CER) n'est pas systématique, ce qui semble assez contradictoire avec l'idée que l'incarcération doit toujours avoir lieu en dernier recours. Ce constat est probablement lié à un manque de places disponibles dans les centres éducatifs, comme ont pu le suggérer d'autres auteurs (9,20,22,23). Par ailleurs, nous avons essentiellement eu affaire à des jeunes âgés de plus de 16 ans. Peut-être que l'âge est un critère de choix et que les places en CEF sont privilégiées pour les mineurs les plus jeunes mais nous pouvons nous interroger sur les autres raisons justifiant les choix de placement en détention.

Ce résultat contraste avec l'idée que la stabilité du nombre de mineurs incarcérés en France depuis une dizaine d'années s'accompagne d'un plus fort recours aux alternatives répressives à la prison, tels que les placements en centres éducatifs (8). Notre échantillon étant restreint, il faudrait mener une étude plus large en se penchant sur les parcours judiciaires antérieurs à la détention des mineurs.

Par ailleurs, la durée moyenne d’incarcération que nous avons retrouvée (**10,1** semaines en moyenne et **médiane à 5**) est similaire à celle retrouvée dans d’autres études (5,8,13,74,76–78). A noter qu’il existe une nette différence entre la durée moyenne d’incarcération et la durée moyenne de la **peine** prononcée (27, 5 semaines et médiane de 20 semaines). Ce résultat semble corrélé avec une volonté de réduire au maximum les durées de détention des mineurs.

Concernant les **antécédents relatifs à la santé mentale**, la majorité des mineurs interrogés n’avaient jamais rencontré de professionnels de la santé mentale. Pour la minorité restante, les professionnels étaient principalement des psychologues et le plus souvent, ces rencontres avaient eu lieu dans le cadre d’un placement en foyer (ASE ou PJJ) ou en centre éducatif, et n’avaient que très peu été investies par les jeunes. Pour aucun d’entre eux, un trouble mental n’avait été diagnostiqué. Par ailleurs, un diagnostic de TDAH avait été posé pour un mineur indiquant un traitement par Concerta et pour un autre, la notion d’un épisode délirant aigu est ressortie, mais dans les deux cas, ces éléments relevaient des dires des mineurs et n’ont pas été confirmés.

Aussi, une proportion minimale d’hospitalisations en pédopsychiatrie a été retrouvée, mais le contexte et le déroulement de l’hospitalisation n’ont pas pu être précisés par ces jeunes.

De même, nos résultats montrent sur le plan médicamenteux, que très peu d’entre eux avaient reçu un traitement psychotrope avant la détention. Les neuroleptiques étaient les plus fréquemment retrouvés mais les mineurs ne se souvenaient pas toujours du nom exact de la molécule, de la durée de traitement ainsi que des indications de prescription.

Toutefois, rappelons que les diagnostics de troubles mentaux sont rarement posés avant 18 ans, et que les prescriptions médicamenteuses en pédopsychiatrie restent largement inférieures à la psychiatrie adulte, ce qui peut en partie expliquer les résultats que nous avons retrouvés.

Quant aux actes autoagressifs, ils avaient concerné un très faible nombre de mineurs. Aussi, il semble intéressant de rappeler que parmi les 4 mineurs s’étant déjà automutilés, 1 était un MNA et qui était le seul sur lequel nous avons observé de nombreuses cicatrices dont certaines étaient récentes. Ceci est cohérent avec les éléments de la littérature observés chez les MNA (fréquence élevée d’automutilations, de traumatismes, de parcours migratoires compliqués...).

Enfin, rappelons que les tentatives de suicide n’avaient concerné qu’un seul mineur.

Ces résultats semblent cohérents avec la plupart des données de la littérature qui laissent supposer que les mineurs incarcérés (ou plus largement les mineurs suivis par la PJJ) ne présentent pas plus de troubles mentaux, et particulièrement de troubles de l'humeur ou de troubles psychotiques, que la population générale du même âge et que leur état de santé général est plutôt bon.

Rappelons néanmoins que cette idée est contrastée par certains auteurs qui retrouvent une santé plus fragile et une proportion non négligeable de troubles psychiatriques mais ces résultats portent sur des mineurs sous protection judiciaire de la jeunesse, plus ou moins en placés en centres éducatifs, et non sur des mineurs incarcérés (88)(77,89).

Toutefois, même si aucune étude en France n'a recherché précisément à comparer la population des mineurs sous protection judiciaire de la jeunesse incarcérée et celle des autres institutions ou du milieu ouvert, les données de la littérature suggèrent que ces populations présentent des caractéristiques similaires.

Ces résultats interrogent sur les préoccupations et le repérage en santé mentale de ces jeunes par leur entourage proche ou par les différentes institutions dont ils dépendent.

En effet, nous pouvons nous demander si l'état de santé mental dans cette population est réellement satisfaisant ou s'il n'est pas plutôt question d'une défaillance dans le dépistage de leurs difficultés psychiques.

D'autre part, nos résultats montrent dans l'ensemble que ces jeunes n'ont que très rarement été accompagnés sur le plan psychique, et que ce n'est pas leur entourage proche qui en a été à l'initiative. Cela semble cohérent avec l'idée répandue de leurs environnements primaires affectifs et éducatifs carenciels, marqués par la défaillance des adultes qui en étaient responsables. Ces derniers n'ont, pour la plupart, pas su prendre en compte leurs besoins psychoaffectifs, et donc encore moins su repérer une quelconque souffrance psychique.

De ce fait, il semble plus ardu pour un(e) jeune de conscientiser et identifier ses difficultés psychiques, et donc de demander de l'aide voire d'investir un suivi thérapeutique.

Sur le plan **des antécédents des conduites addictives**, nous ne disposons d'assez d'éléments pour repérer un véritable trouble lié à l'usage de substances psychoactives, et nous avons choisi des critères arbitraires et approximatifs pour quantifier les consommations. Les consommations les plus fréquentes que nous avons mis en évidence étaient le **tabac et le cannabis**. En effet, la majorité des mineurs consommaient du tabac et du cannabis fréquemment. Parmi ceux qui

consommaient du cannabis, la majorité en consommait presque quotidiennement avec une quantité variant de 3 à 15 joints par jour et cela depuis plusieurs mois.

De plus, les consommateurs de tabac et de cannabis en consommaient aussi en détention. Le tabac étant interdit aux mineurs en détention, ces derniers s'en procuraient, ainsi que du cannabis, via des échanges avec les détenus adultes (76,136).

Ce constat, qui est valable pour les autres quartiers mineurs en France, devrait être un des arguments justifiant le remplacement de tous les quartiers mineurs en France. (Pour rappel, seule une partie des quartiers mineurs ont été remplacés par les établissements pour mineurs).

En effet, il est maintenant bien connu de la littérature à ce sujet que les consommations de cannabis, entraînent des conséquences cognitives et comportementales, comme des déficiences, des troubles de l'attention, des difficultés dans le traitement de l'information et de la mémoire, un syndrome amotivationnel et ce d'autant qu'elles ont débuté précocement et qu'elles sont régulières. Des imageries ont notamment mis en évidence des atrophies ou des hypertrophies cérébrales et des altérations dans les connectivités cérébrales. Il a même été démontré que ces déficiences persistent après l'arrêt de la consommation de cannabis, pendant une durée encore mal définie (108).

A cet impact s'ajoutent les multiples complications liées au tabac (qu'il soit pur ou associé au cannabis fumé) que nous ne détaillerons pas ici. Il faut noter que la plupart de ces consommateurs ne semblaient pas au courant des conséquences du cannabis sur la santé, ne les percevaient pas chez eux, et donc ne cherchaient pas à en limiter les consommations.

De ce fait, limiter ces accès aux substances doit être une priorité chez ces jeunes.

Nos résultats sur les consommations de tabac et de cannabis concordent avec les problématiques addictives décrites dans la littérature, où il ressort une prédominance pour le tabac et le cannabis, consommés de manière importante et régulière par les mineurs suivis par la PJJ et/ou incarcérés (5,76–78,84,85,88).

Concernant les consommateurs de **substances médicamenteuses** (hors prescription médicale), nous avons observé une proportion presque exclusive de mineurs non accompagnés. Le Lyrica était le plus fréquemment consommé, puis venaient les benzodiazépines (Rivotril et Valium) et enfin le Tramadol. Nos résultats correspondent aux données de la littérature concernant les spécificités des substances psychoactives consommées par les MNA (75,135).

Par ailleurs, le fait que les MNA que nous avons rencontrés étaient tous originaires du Maghreb laisse penser que cette tendance à la surconsommation de substances médicamenteuses (et notamment celles que nous avons retrouvées) est prédominante chez ces MNA, plutôt que chez

les MNA d'origine géographique différente. Cela est cohérent avec les consommations de Rivotril et de Lyrica particulièrement observées chez les migrants d'Afrique du nord (135).

Cela interroge aussi sur la nécessité d'user de substances anxiolytiques chez les MNA, qui le plus souvent ont commencé les consommations dans leur pays d'origine.

Il est bien connu de la littérature les difficultés liées aux parcours migratoires, dont les conditions sont très risquées. La consommation de substances psychoactives peut aider et faciliter et aider à supporter l'exil et les traversées difficiles.

En effet, les benzodiazépines diminuent l'anxiété, les angoisses, mais aussi les tensions psychiques et physiques. Le Lyrica a des effets similaires, occasionnant une désinhibition et une anxiolyse (135).

En Afrique du Nord surtout, le Rivotril et le Lyrica sont accessibles, notamment pour des personnes en situation précaire. Au-delà de l'apaisement procuré par ces substances psychoactives pour affronter plus facilement certaines difficultés, d'autres études ont établi un lien entre ces consommations et le projet migratoire en remarquant un besoin d'intégration, une recherche de bien-être et de bonheur dans un groupe de pairs pour faire face à un sentiment de désaffiliation important et compenser les faibles opportunités de réalisation sociale dans leur pays d'origine (13,135).

La consommation de **protoxyde d'azote** retrouvée était non négligeable, présente chez **20,4%** des mineurs interrogés, de manière occasionnelle mais en grande quantité.

Un usage détourné du protoxyde d'azote se voit depuis quelques années chez une population précaire de mineurs ou de jeunes majeurs qui en consomment massivement.

Rappelons que la consommation massive et répétée de protoxyde d'azote peut entraîner des troubles neurologiques graves (paresthésies, troubles de l'équilibre et plus rarement des troubles moteurs pouvant aller jusqu'à la paraplégie), hématologiques, psychiatriques et cardiaques.(137,138). Aucun consommateur de protoxyde d'azote interrogé n'était au courant de ces complications au moyen-long terme.

Nous n'avons pas de données comparatives sur les consommations de protoxyde d'azote chez les jeunes pris en charge par la PJJ, incarcérés ou non.

Par ailleurs, un quart des mineurs interrogés avaient consommé ou consommaient de l'alcool de manière occasionnelle, dans un contexte festif avec des pairs, parfois en grande quantité.

Bien que très peu de données sur les consommations d'alcool ressortent dans les études, des

résultats similaires aux nôtres ont été retrouvés dans une étude en 2009 sur les mineurs pris en charge par la PJJ (88).

Quant à la cocaïne, un très faible nombre de mineurs interrogés en consommaient occasionnellement. Cette substance ne ressort pas particulièrement dans les autres études non plus.

En termes de **prise en charge addictologique** avant la détention, aucun n'en avait bénéficié, à l'exception d'un mineur.

En détention, un addictologue pouvait recevoir les mineurs, mais en pratique aucun jeune n'avait de suivi addictologique.

Même si ces jeunes ont peu de demandes d'aide au sevrage et restent peu accessibles, l'accompagnement dans leurs conduites addictives semble actuellement insuffisant, notamment en termes de prévention.

Effectivement, il paraît primordial de mettre en place plus d'actions de prévention des risques liés à ces consommations que ce soit dans les foyers, dans les centres éducatifs, ou en détention. La plupart de ces jeunes ne sont pas enclins à arrêter les consommations, car ils ne les perçoivent pas comme un problème ou un risque pour leur santé et ce d'autant plus que leur cerveau est encore en phase de maturation cérébrale.

En effet, nous nous sommes rendu compte au cours des entretiens que très peu étaient réellement informés des risques cognitifs liés à l'usage du cannabis, du protoxyde d'azote, des benzodiazépines, de la cocaïne, ou encore de l'alcool. La priorité semble être davantage de les informer sur les risques cognitifs de ces conduites et de privilégier la réduction des risques, que de vouloir d'emblée proposer un sevrage.

Rappelons qu'un bon nombre de conduites addictives surviennent dans des contextes de mal-être et de souffrances psychiques, dont il convient de se soucier.

Des **antécédents familiaux psychiatriques** étaient présents chez un peu moins d'un tiers des mineurs interrogés. Ce résultat est cohérent avec l'idée qu'il existe une certaine fragilité psychologique familiale avec des antécédents psychologiques plus fréquents (5,13,15,19,25,78,78).

Au niveau des **antécédents potentiellement traumatiques**, nos résultats montrent qu'une grande majorité des mineurs de notre échantillon avaient vécu un ou plusieurs évènements

potentiellement traumatiques, ce qui est cohérent avec les données de littérature (5,15,19,76–78,88,127).

Cependant, les propos des mineurs que nous avons interrogés étaient encore moins précis à ce sujet. En effet, les évènements étaient décrits avec une certaine distance affective et il était rare que le terme « traumatique » soit évoqué par les mineurs. Aussi, nous pouvions percevoir une réticence encore plus nette à aborder les violences intrafamiliales (physiques ou sexuelles). De même, les victimations intimes telles que les agressions sexuelles n'ont pas été évoquées par les jeunes.

Nos résultats montrent dans l'ensemble que ces jeunes n'ont pas bénéficié d'accompagnement psychique dans ces évènements de vie difficiles. Comme évoqué plus haut, certains avaient commencé un suivi thérapeutique dans le cadre d'un placement institutionnel, et non à l'initiative de l'entourage familial qui n'a pas su suffisamment prendre en considération la vie psychique de ces jeunes. Rappelons que l'entourage familial de ces jeunes est le plus souvent précaire, vulnérable, mal informé des dispositifs de soins existants et enfin chez qui on observe assez fréquemment une réticence aux soins « psychiatriques ».

La présence d'évènements potentiellement traumatiques, de surcroît non pris en charge, les consommations de cannabis observées et les antécédents familiaux psychiatriques sont des facteurs de risque de développer des troubles mentaux.

Cliniquement, rappelons que notre évaluation portait sur un seul entretien. Nous relevons que le contact des mineurs n'était pas aisé. En effet, ils étaient majoritairement fermés, inhibés et/ou tendus voire subagressifs. Un tiers d'entre eux seulement présentaient un bon contact. Peu d'entre eux étaient accessibles et disponibles à échanger avec nous et leur discours était très rarement spontané.

Une **thymie basse** a été décrite pour plus de la moitié des mineurs interrogés (53,7%). Bien qu'il y ait encore moins de données spécifiques sur la clinique des mineurs incarcérés que de données plus générales, nous ne nous attendions pas à une telle proportion. Cependant, ce résultat reste à nuancer car un peu moins de la moitié d'entre eux ont décrit une thymie basse directement liée au contexte carcéral. Nous ne pouvons donc pas nous avancer sur des éléments thymiques sous tendus par un état dépressif.

Pour rappel, au cours de l'entretien, une très faible proportion de mineurs présentaient des idées noires et aucun ne présentait d'idée suicidaire. L'élaboration était très pauvre, ne permettant

pas d'apprécier le contenu des idées noires. Toutefois, tous ceux qui ont rapporté des idées noires et/ou suicidaires au cours des deux dernières semaines avant l'entretien les ont mises en lien avec l'incarcération et notamment les 24h/ 48h qui ont suivi l'entrée en détention, où certains ont décrit un véritable « choc ». Certains ont verbalisé l'impact douloureux de la rupture familiale occasionnée par l'incarcération. Cette notion de rupture biographique a été largement décrite dans la littérature (1,8,9,25,81,101,127,139).

En ce qui concerne l'**anxiété**, il est intéressant de constater que nous retrouvons des symptômes anxieux chez une majorité des mineurs (63%). Cependant, même si nous ajustons systématiquement l'anxiété que nous observons cliniquement aux ressentis des mineurs, celle-ci pouvait être liée aux conditions de l'entretien : lieux et examinateurs inconnus et/ou ambiance carcérale anxiogène.

Les troubles anxieux ne sont pas particulièrement ressortis des études sur les mineurs incarcérés. Ils ont été mis en évidence dans une étude transversale nationale chez des adolescents détenus hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée (85). Toutefois ce résultat est biaisé du fait qu'il s'agit d'une population de jeunes hospitalisés.

En revanche, nous pouvons imaginer que les conduites addictives très fréquentes dans cette population sont probablement liées à une nécessité d'anxiolyse, bien qu'intériorisée le plus souvent.

Les éléments thymiques et anxieux observés viennent souligner les conséquences psychiques délétères de l'incarcération, qui sont bien connues de la littérature (15,19,22,25,76,80–82,101,120).

Au sujet de l'**estime de soi**, il est ressorti que la majorité des mineurs interrogés avaient une estime d'eux-mêmes correcte ou bonne. Ce résultat contraste avec d'autres données qui ont plutôt évoqué chez ces jeunes une estime de soi fragile (5,8,15,19,76,77,81,82).

Toutefois, nous avons évalué l'estime de soi de façon approximative, exclusivement en fonction des réponses des mineurs qui étaient toujours succinctes et très peu élaborées.

Cliniquement, nous pouvions avoir une vague idée de l'estime qu'avait un mineur de lui-même (en observant l'aisance dans la posture ou encore l'affirmation dans les propos par exemple), qui contrastait parfois avec ses dires.

Sans doute est-il peu aisé pour des adolescents de dévoiler un manque de confiance et d'estime de d'eux-mêmes, d'autant s'ils ne connaissent pas leurs interlocuteurs. Il est aussi possible qu'ils n'en aient pas conscience. Parfois, un excès de confiance apparent vient en masquer le

manque. L'accès à la propre vie psychique d'un adolescent est souvent limité. Il l'est d'autant plus pour un adolescent qui n'a pas bénéficié d'espaces de paroles pour aborder sa vie psychique et/ ou qui a vécu des épisodes difficiles voire traumatiques plus ou moins enfouis par des mécanismes de défenses.

Les résultats concernant l'**impulsivité** et l'**agressivité** sont également intéressants à discuter (pour rappel, **59,3%** des mineurs se considéraient impulsifs, et **31,5%** se sont décrits comme agressifs) car il s'agit du ressenti propre du mineur à ce sujet, et non du constat par autrui d'une agressivité observée (notamment au travers des passages à l'acte hétéro-agressifs).

Ici, nous constatons que la majorité des jeunes (68,5%) se qualifiaient comme spontanément non agressifs. Nous n'avons pas pris en compte l'agressivité que nous pouvions observer cliniquement (sur le plan verbal notamment, à travers le ton employé dans leurs propos).

Quant à l'impulsivité, qui favorise souvent l'agressivité, elle était identifiée pour une majorité des mineurs interrogés. Certains parvenaient à donner des exemples de comportements sous tendus par l'impulsivité, et même pouvaient dire qu'ils en étaient gênés. Mais pour la plupart, l'élaboration à ce sujet restait difficile. Cependant, l'impulsivité était souvent un terme mal connu par ces jeunes, et nous pouvons nous demander s'ils en avaient correctement compris le sens, malgré les définitions que nous donnions. Enfin, nous n'avons pas pris en compte les traits d'impulsivité que nous pouvions percevoir au cours de l'entretien, bien que les occasions qu'ils se manifestent étaient rares.

L'**abord des actes délinquants** avec les mineurs et plus précisément celui des infractions pour lesquelles ils avaient été incarcérés, n'a pas été facile. Là aussi, l'élaboration était très pauvre. Ils ne l'abordaient jamais spontanément. Seulement un tiers des mineurs interrogés critiquaient pleinement leurs actes et près de la moitié les critiquaient partiellement. Nous pouvons nous interroger sur l'authenticité de leur critique. Peut-être était-elle forcée, par le simple fait qu'ils se retrouvaient incarcérés, ayant commis des infractions, et donc des actes interdits par la loi.

Enfin, les résultats concernant les **fonctions instinctuelles** ont retrouvé qu'elles étaient préservées pour la moitié des mineurs interrogés. Pour les autres, il s'agissait principalement de troubles du sommeil, essentiellement à type de difficultés d'endormissement et/ou d'insomnies, qui selon leurs dires, étaient en lien avec les conditions carcérales, l'anxiété et la tension interne occasionnées par l'incarcération. Les quelques mineurs ayant rapporté une perte d'appétit l'ont expliquée par l'impact thymique et émotionnel de l'incarcération. Ces éléments viennent là encore rappeler l'impact psychique de la détention.

Enfin, deux mineurs ont déclaré ne pas manger à leur faim. Cela interroge sur les conditions carcérales, qui ne semblent pas être toujours en mesure de répondre aux besoins physiologiques des adolescents incarcérés, pourtant en pleine croissance staturale et pubertaire.

Nous rappelons que nous n'avons pas abordé la sexualité avec ces jeunes qui étaient cliniquement déjà peu enclins à échanger sur des sujets plus généraux. Il arrivait rarement qu'au fil de l'entretien nous en venions à évoquer leur situation amoureuse.

Une étude s'est intéressée, entre autre, au rapport à la sexualité des jeunes incarcérés (garçons et filles) qui met en avant le recours aux travailleuses du sexe comme modalité d'entrée dans la vie sexuelle, recours largement incité par des pairs plus âgés (8). Il pourrait être pertinent d'approfondir ce sujet avec une étude traitant spécifiquement de ce sujet.

Ainsi, sur le plan clinique, nous avons retrouvé dans l'ensemble des jeunes au contact peu aisé, fermé avec une tension interne palpable, un discours non spontané et très peu élaboré. Plus de la moitié présentaient une thymie basse et une symptomatologie anxieuse avec des troubles du sommeil.

Le temps clinique était relativement court et ne nous a pas permis de mettre en évidence des symptômes cliniques spécifiques. Cependant, les éléments cliniques observés peuvent être les prodromes de troubles de la personnalité, de troubles anxieux ou de troubles de l'humeur en devenir.

Il semble indispensable de mieux connaître l'état de santé mentale des mineurs délinquants en réalisant une étude nationale plus puissante. Cela permettrait d'adapter au mieux les dispositifs de soins psychiques qui leur sont proposés. Pour ce faire, il est nécessaire d'appréhender et de comprendre leur clinique, qui se joue tant dans la psychopathologie de l'adolescence que dans celle de la délinquance.

Au niveau des **antécédents somatiques**, une minorité des mineurs interrogés présentaient une pathologie chronique susceptible d'entraîner des conséquences psychiques (notamment un état dépressif), ce qui est globalement retrouvé dans la littérature, avec certaines études qui tendent plutôt à montrer le contraire (77,78,88).

Par ailleurs, presque un quart des mineurs que nous avons interrogés avaient eu des fractures et/ou des chirurgies dans un contexte de chutes accidentelles ou d'altercations physiques laissant suggérer chez ces jeunes des conduites à risque plus fréquentes. Cela est largement décrit dans la littérature (5,9,13,15,76,77,80,90).

Nous avons retrouvé un antécédent de traumatisme crânien chez un peu plus de la moitié des mineurs interrogés. Nous ne nous attendions pas à une telle proportion. En effet, même s'il est retrouvé une fréquence élevée de traumatismes crâniens chez les mineurs incarcérés dans la littérature internationale, il n'y a pas d'étude récente en France qui ait recherché l'existence de traumatisme crânien chez les mineurs incarcérés (77,87).

Cependant, peu d'entre eux se souvenaient d'une consultation aux urgences ou une hospitalisation au décours du traumatisme crânien et peu de détails nous étaient communiqués. Nous n'avons donc pas pu apprécier la sévérité des traumatismes crâniens subis.

Toutefois, ce résultat peut également refléter la présence non négligeable de conduites à risque dans cette population. D'ailleurs, plusieurs jeunes ont rapporté des chutes lorsqu'ils étaient en deux-roues. Pour d'autres, les TC semblaient anciens. Cela peut nous faire supposer un manque de surveillance de ces enfants de la part de leur entourage. D'autre part, le fait que quasiment aucun mineur ne se souvenait d'une consultation médicale au décours peut nous laisser penser que les traumatismes n'ont pas été pris en charge.

Enfin, la littérature suggère que les traumatismes crâniens peuvent être pourvoyeurs de séquelles cognitives, comportementales et psychologiques chez les adolescents (après un délai plus ou moins long), et ce d'autant plus qu'ils sont survenus tôt. Parmi ces séquelles sont notamment décrits les troubles du comportement avec les troubles des conduites et les comportements agressifs qui seraient sous-tendus par des difficultés dans les régulations cognitive, émotionnelle et comportementale (140,141).

Nous pouvons supposer que leur antécédent de traumatisme(s) crânien(s) a pu majorer le risque de développer des troubles du comportement.

Les résultats que nous avons retrouvés sur les **données socio-biographiques** des mineurs sont cohérents avec ceux de la littérature et illustrent des facteurs de risque de délinquance connus de la littérature et défavorables à la santé mentale.

Tout d'abord, les facteurs familiaux en termes de qualité de vie et cohésion familiale, sont des facteurs connus de délinquance.

Il était question d'une **monoparentalité** chez 51,9% des jeunes, (un seul parent était présent dans leur vie, il s'agissait le plus souvent des mères). Sachant que pour 5 d'entre eux, un des deux parents était décédé et pour un 1 jeune, ses deux parents étaient décédés.

Nous avons également montré que les parents étaient **séparés** dans la majorité des cas (77,8%).

Les **liens intrafamiliaux** que nous avons mis en évidence semblent globalement altérés, notamment les liens au père. Concernant les liens au sein de l'adelphie, nous n'avons pas différencié les liens entre frères et sœurs car l'idée était d'avoir une vision globale de la qualité des liens dans l'adelphie, et aussi car nous n'avons pas eu assez de précisions de la part des jeunes.

Par ailleurs, ajoutons que rares étaient les mineurs qui avaient des parloirs famille au cours de leur détention, illustrant la précarité des liens familiaux. Néanmoins, le centre de détention d'Aix-Luynes n'est pas des plus accessibles, car peu desservi par les réseaux de transports, mais surtout, de nombreuses familles résidaient dans des départements autres que les Bouches sur Rhône, limitant la réalisation des visites.

De plus, la méconnaissance de la part des mineurs de la profession de leurs parents et notamment de leur père, interroge sur la communication intrafamiliale, et plus largement la dynamique familiale ; bien que ce soit cohérent avec les résultats que nous avons trouvés concernant la qualité de la relation au père des mineurs (souvent moindre que celle de la relation à la mère).

Il semble important de noter que la plupart des jeunes que nous avons interrogés n'avaient pas de centres d'intérêt personnels, et ne s'investissaient pas ou plus dans des activités loisir. Pourtant, il est essentiel pour leur processus d'individuation, leur épanouissement personnel et la construction de leur estime de soi qu'il aient des domaines d'activités qui leur soient propres.

Au niveau de la **scolarité**, nos résultats concordent avec ceux de la littérature quant aux difficultés dans le parcours scolaire et l'arrêt précoce de la scolarité chez les mineurs incarcérés (8,9,13,15,22,77-79) ou suivis par la PJJ (88).

En effet, 64,2% des mineurs de notre échantillon avaient arrêté leur scolarité au collège dont près d'un tiers précocement en 6 ou 5^{ème}.

D'autre part, nombreux sont ceux qui ont rapporté un ou plusieurs changements d'établissements scolaires, en lien notamment avec des exclusions définitives suite à des comportements perturbateurs.

Puis, parmi ceux qui étaient allés au lycée, presque aucun n'avait validé le diplôme national du brevet, et de manière plus générale, aucun, à l'exception d'un mineur, n'était allé jusqu'au bout d'une formation et 92,6% n'étaient plus scolarisés ou en formation avant d'entrer en détention.

En revanche, nous avons constaté que tous les mineurs, à l'exception d'un qui avait bénéficié d'un ITEP, avaient fait leur scolarité en milieu ordinaire. Ce résultat laisse penser qu'ils ne

présentaient pas de trouble ou de handicap nécessitant d'être scolarisés en milieu spécifique, ou que le dépistage des troubles et/ou leur accompagnement ont manqué. Cela contraste avec les données retrouvées d'une Direction interrégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse où les mineurs sous-main de Justice auraient plus de notification MDPH (ITEP ou IME) (20 à 25 % contre 9% en population générale).

De plus, s'il existait, le **projet professionnel** apparaissait peu construit et élaboré, bien que l'âge jeune, l'arrêt précoce de la scolarité, et le manque d'accompagnement et d'orientation professionnels puissent en partie l'expliquer.

Aussi, il semble important de rajouter que plusieurs mineurs ont déclaré avoir eu divers emplois, de façon informelle ou non déclarée et enfin, que nombreux sont ceux qui avaient participé à des trafics de stupéfiants qui leur avaient été proposés à proximité de leur lieu de résidence. Les dangers et les risques que prennent ces jeunes dans ce milieu sont importants. La violence en est une constance qui est malheureusement banalisée par ces jeunes.

Nous nous sommes rendu compte au cours de notre étude que les mineurs n'allaient pas régulièrement en cours ou formation, malgré une obligation de scolarité jusqu'à 16 ans. Leur refus ou les obstacles liés aux difficultés organisationnelles expliquaient partiellement ce constat.

En ce sens, tous les mineurs détenus devraient pouvoir bénéficier de l'intervention d'un(e) psychologue de l'éducation nationale en appui du bilan scolaire pour les aider à préciser leur projet professionnel.

D'autre part, nous avons remarqué qu'une majorité des mineurs interrogés n'étaient pas vraiment au courant de ce qui était prévu pour eux après la sortie de détention, en ce qui concerne le lieu de vie notamment. Cela pose question même si nous avons assez souvent rencontré les mineurs peu après leur arrivée en détention et donc moins disposés à connaître leurs projets après la sortie.

En effet, cela vient rajouter de l'insécurité à ces jeunes dont les repères et la stabilité dans le parcours manquent déjà, et cela vient également limiter leurs perspectives et leurs projections dans l'avenir. Il semble donc important d'anticiper la sortie en commençant un travail de préparation le plus précocement possible, comme ont pu le souligner d'autres auteurs (5,15,76,81).

Nous notons néanmoins qu'un certain nombre d'entre eux évoquaient un projet de retour au domicile familial. Cela était plus leur souhait que le projet réellement prévu, et venait illustrer l'attachement à leur milieu familial.

Au niveau des résultats sur les **antécédents socio-éducatifs**, il ressort qu'un peu plus de la moitié des mineurs interrogés avaient déjà été pris en charge par l'ASE au cours de leur enfance (placés dans un ou plusieurs foyers ASE ou la mise en place d'AEMO). Les mineurs interrogés n'ont pas été en mesure de nous donner des précisions sur les contextes ayant nécessité l'intervention de l'ASE.

Ces résultats correspondent avec la majorité des données de la littérature (5,8,13,15,19,76,77,81,83) même si certains résultats amènent à nuancer cette idée (8).

Il semble ainsi sensé de penser qu'une proportion non négligeable de mineurs délinquants ont été des enfants en danger et à protéger. Rappelons que ce sont des jeunes qui « font peur mais qui ont peur » (*Derivois 2010, Mansouri 2013*)

Concernant les **antécédents de suivi par la PJJ**, nos résultats révèlent qu'un peu moins de la moitié avaient déjà eu un suivi par la PJJ, parmi lesquels une grande majorité avaient été placés dans un ou plusieurs foyer(s) de la PJJ. Pour rappel, très peu avaient été placés en centres éducatifs avant cette incarcération.

Dans l'ensemble, ces données concordent avec celles de la littérature qui retrouvent une proportion non négligeable de jeunes incarcérés ayant eu un suivi antérieur par la PJJ, mais qui n'est pas majoritaire (5,15,19,76,77,83). D'ailleurs, certains auteurs retrouvent des résultats suggérant l'idée que le public carcéral serait caractérisé par des longs suivis ASE ou PJJ est à nuancer.(8)

Ces résultats nous laissent suggérer que la prise en charge et l'accompagnement des jeunes délinquants sont insuffisants. Il est peut-être question d'un défaut de repérage par la PJJ, lui-même causé par un sous-effectif sous-jacent ou un manque de places en foyers. Ou peut-être que les actes transgressifs étaient très récents et qu'aucun accompagnement n'avait encore été mis en place. Dans ce dernier cas, la détention serait alors une option précoce dans le parcours d'un mineur délinquant.

Ces données concernant les antécédents de placements (quels qu'ils soient), de même que les antécédents somatiques (fractures et traumatisme crânien), les conduites transgressives, et à risque rapportées par les mineurs viennent corroborer la surreprésentation des troubles du comportement décrits dans la littérature dans cette population

De plus, les résultats concernant les placements de ces jeunes ainsi que les données de la littérature révèlent qu'ils n'ont pas bénéficié d'un cadre affectif et éducatif suffisant, d'un

étayage contenant et sécurisant durant leur enfance, favorable à un bon développement physique et psychique.

Au contraire, des troubles du comportement et des conduites transgressives sont venus marquer leur mode de fonctionnement.

A ce sujet, il semble intéressant d'ajouter que plusieurs mineurs ayant été placés en centre éducatif avant cette incarcération ont verbalisé leur préférence pour les quartiers mineurs par rapport aux CEF.

De même, certains mineurs récidivistes étant passés en EPM avaient également une préférence pour le quartier mineur (que ce soit celui de la maison d'arrêt de Luynes ou d'autres où ils étaient passés).

Ils ont pu le justifier en évoquant un cadre trop strict dans les CEF ou les EPM, comparativement à une plus grande « liberté » en centre pénitentiaire.

Enfin, la plupart de ces jeunes, dont le cadre a manqué, le tolèrent moins voire « préfèrent » une absence de cadre même si cela engendre encore plus d'insécurité, dont ils n'ont pas conscience.

A l'inverse, pour certains mineurs, la prison ou les centres éducatifs font office de cadre qui les sécurisent, leur apportent un rythme et une certaine contenance.

L'observation de la **prise en charge par le SPAD** des mineurs incarcérés au centre pénitentiaire de Luynes a mis en avant de nombreuses difficultés.

Nos résultats montrent globalement une nette différence entre le nombre de consultations proposées, que ce soient les consultations d'accueil, les consultations psychologiques, infirmières, médicales, psychomotriciennes, ou les CATTP, et le nombre de consultations qui ont finalement été réalisées.

Le plus souvent, une nouvelle rencontre avec le mineur était proposée lorsque la ou les consultation(s) d'accueil n'avai(en)t pu avoir lieu et cela dépendait des raisons qui avaient empêché la réalisation des consultations.

Plus haut dans la discussion, nous avons évoqué les difficultés rencontrées pour réaliser les entretiens dans le cadre de notre étude en lien avec l'administration pénitentiaire : dysfonctionnements de l'administration pénitentiaire, difficultés organisationnelles liées au fait que les mineurs ne doivent pas croiser de détenus majeurs et liées aux différentes activités hebdomadaires des jeunes majorées par le sous-effectif récurrent des surveillants pénitentiaires, défaut de communication et de coordination entre les surveillants et manque de coopération de

la part des surveillants. Ces mêmes facteurs limitaient également l'accès au SPAD dans le cadre de la prise en charge des mineurs. S'ajoutaient à cela des facteurs directement en lien avec les mineurs.

En effet, il pouvait s'agir d'un refus de la part du mineur de rencontrer l'équipe soignante (pour rappel, il n'y avait pas d'obligation à rencontrer le SPAD).

En fonction du contexte et de la raison du refus du mineur, les soignants repropoisaient ou non une consultation d'accueil.

Il était parfois question d'un refus catégorique verbalisé par le mineur, mais le plus souvent, le mineur ne semblait pas suffisamment motivé au moment où les surveillants allaient le chercher en cellule pour l'amener jusqu'à l'unité de soins, et les rendez-vous n'étaient alors pas honorés. Très souvent, il était rapporté que le mineur préférait ne pas manquer le départ en promenade, ou qu'il faisait la sieste, ou encore qu'il n'en avait pas envie.

Après une première rencontre avec un jeune, la réunion clinique en équipe permettait d'orienter les soins, notamment vers un suivi psychologique et/ ou psychomotricien, et/ou médical, et/ou un groupe thérapeutique.

Globalement, très peu de mineurs ont eu de suivi thérapeutique. Il est d'ailleurs plus juste de parler d'ébauches de suivi car le nombre de consultations n'a quasiment jamais dépassé 2 (que ce soit pour les consultations de psychothérapie, médicales, de psychomotricité, infirmières, ou les CATTP).

Les difficultés organisationnelles pénitentiaires que nous avons déjà relevées, la durée d'incarcération relativement courte (*pour rappel la médiane de la durée d'incarcération était de 5 semaines*) et peu propice à l'inscription et à l'investissement des jeunes dans un suivi, et surtout l'absence de demande initiale de leur part, le souhait de stopper les rencontres au SPAD, sont autant de facteurs qui ont freiné la réalisation des suivis.

Les mineurs incarcérés refusaient le plus souvent l'offre de soins qui leur était proposée. Un peu plus de la moitié des mineurs inclus ont accepté de rencontrer l'équipe du SPAD pour une consultation d'accueil (28 consultations d'accueil au total). Mais très peu de mineurs se sont saisis de ce qui leur était proposé et ont accepté de revenir.

Malgré le constat global de l'absence de demande d'aide et de soins de la part des mineurs (constat qui a déjà été relevé dans d'autres études (15,76,81,115), il semble important de préciser que plusieurs jeunes ont pu signifier aux soignants du SPAD qu'ils avaient déjà un suivi régulier avec la psychologue de la PJJ et qu'ils n'avaient donc pas besoin de soins de leur part.

Cependant, nous avons perçu chez ces jeunes une certaine confusion entre les soins proposés par le SPAD où la confidentialité et le secret médical sont garantis (et systématiquement rappelés aux jeunes), et ceux de la PJJ, où des rapports concernant l'état de santé des jeunes sont rendus aux instances judiciaires. Or, cela peut impacter l'alliance thérapeutique et entraver la qualité des soins aux jeunes.

Seulement 2 mineurs ont demandé ultérieurement à rencontrer l'équipe soignante car présentaient des symptômes anxieux et souhaitaient un traitement médicamenteux. Les traitements délivrés aux mineurs en détention (sur prescription médicale uniquement) avaient été indiqués devant des angoisses importantes, des troubles du sommeil, ou encore devant la nécessité d'aide au sevrage ou de substitution (*tabagique essentiellement*). Les mineurs avaient été informés que la durée de prescription de ces traitements devait être la plus courte possible, et se limiter à la détention si possible.

Rajoutons que la communication et la coordination entre les soignants de l'USMP et les acteurs de la PJJ n'étaient pas optimales. Cela était particulièrement apparent lors de l'organisation de la sortie d'un mineur. Par exemple, il n'était pas rare que l'équipe soignante soit informée de la sortie d'un mineur la veille si ce n'était pas le jour même, rendant impossible la préparation de la sortie. Précisons toutefois que ces obstacles n'étaient pas que du ressort de la PJJ, mais plus largement du manque de coordination des différentes instances.

Il n'empêche que ça restait particulièrement dommageable pour les patients qui avaient bénéficié de traitements médicamenteux pendant la détention, nécessitant alors une diminution progressive des posologies des traitements anxiolytiques (benzodiazépines notamment). Cela l'était aussi pour les patients pour lesquels un relais de soins après la sortie avait été envisagé, ne pouvant alors pas être suffisamment anticipé.

Dans l'ensemble, nous avons largement observé les difficultés que présentaient les jeunes incarcérés à investir un suivi thérapeutique. Cela a également été observé par d'autres auteurs (81,86,115), contrastant néanmoins avec des études retrouvant une inscription aisée dans les suivis thérapeutiques en détention (19,25).

Ainsi, nous pouvons nous demander si l'absence des mineurs au SPAD reflète l'absence de nécessité de soins ou plutôt les difficultés et le manque d'accès à leur vie psychique et donc à d'éventuelles souffrances. De ce fait, faut-il attendre que les jeunes aient une demande de soins pour les aider ?

Devant ces difficultés d'adhésion aux soins, il s'avère plus judicieux de favoriser d'autres approches thérapeutiques comme l'abord groupal, corporel, par la musique ou encore l'écriture.

A ce propos, soulignons les **difficultés** de réalisations des **ateliers thérapeutiques** rencontrées au sein du SPAD (*CATTP*). Au-delà de l'absence de motivation et de demande de la part des jeunes, se sont ajoutés des obstacles d'ordre pénitentiaire.

Les mineurs étaient séparés en différents groupes par l'administration pénitentiaire. Il y avait toujours au moins trois groupes (classés en groupes de couleurs) avec un groupe pour les arrivants (séparés des autres conformément à la loi), et au moins deux autres groupes en fonction des affinités (selon l'origine géographique mais aussi selon les affinités s'ils se connaissaient antérieurement à la détention), des séparations judiciaires ou encore des séparations nécessaires au vu d'antécédents de violence physique entre eux en détention ou à l'extérieur.

Selon les périodes, les mineurs étaient séparés en 5 ou 6 groupes, et il devenait très compliqué de constituer des groupes thérapeutiques tout en respectant les règles de séparation pour éviter les éventuelles violences entre eux. De plus, les activités (par la PJJ ou l'éducation nationale, les extractions pour les audiences ou autres motifs) qu'avaient les mineurs et qui étaient prioritaires débordaient sur les créneaux qui leur étaient proposés par le SPAD. Enfin, l'étude a été menée en partie pendant l'été, et les congés (des soignants ou du personnel pénitentiaire) plus fréquents à cette période de l'année aggravaient le sous-effectif général.

Points forts et limites de l'étude

Il s'agit d'une des rares études sur les mineurs incarcérés à s'être intéressée aux données socio-démographiques et cliniques. Elle permet ainsi de donner un aperçu plus complet de la population carcérale mineure bien que non représentative car monocentrique.

La délinquance juvénile est un véritable problème de santé publique, et trop peu de données sur cette population sont disponibles. Il est impératif de disposer de plus données relatives à cette population.

L'entretien a été conduit par le même clinicien pour tous les mineurs, réduisant ainsi le biais de mesure potentiel.

Tous les mineurs arrivants pendant la période d'inclusion ont été inclus permettant d'obtenir l'échantillon le plus grand possible sur cette période.

Au-delà de l'insuffisance d'informations fournies par les mineurs, très peu de données étaient manquantes.

Certaines limites ont déjà été évoquées plus haut dans la discussion mais notre étude comprend d'autres faiblesses majeures.

Tout d'abord, il s'agit d'une étude descriptive longitudinale donc de faible niveau de preuve. De plus, notre population n'est pas représentative de la population mineure carcérale car il s'agit de mineurs masculins exclusivement. De plus, il s'agissait des mineurs incarcérés au sein d'un QM, donc en principe, de ceux qui avaient commis les infractions les plus graves, et pour lesquels les alternatives à l'incarcération n'avaient pas fonctionné, et donc des mineurs aux comportements délinquants déjà bien enkystés, ce qui n'est pas représentatif de la population de tous les jeunes sous protection judiciaire de la jeunesse. D'autre part la taille de notre échantillon reste faible et en limite la représentativité.

La récolte des données s'est faite presque exclusivement selon les dires des mineurs, que nous n'avons pas vérifiés mis à part les données administratives qui se trouvaient dans le logiciel de traitement de données des détenus. De fait, nous avons été confrontés à un biais de mémoire, avec un manque de fiabilité et de précision des propos rapportés par les mineurs interrogés.

Sur le plan clinique, soulignons que le temps d'observation clinique était relativement court, correspondant à la durée de passation du questionnaire. Cela n'était pas forcément représentatif de la clinique habituelle des mineurs. En effet, ils ne nous connaissaient pas et cette rencontre n'était pas à leur initiative, ce qui peut en partie expliquer l'hermétisme observé dans la majorité des cas.

Perspectives

Nos résultats montrent que très peu de mineurs ont réellement été suivis pour des problématiques psychiques même si la question d'un défaut de dépistage dans cette population se pose.

Il semble donc primordial d'améliorer le dépistage et les soins en santé mentale de ces jeunes.

Surtout que la majorité de ces jeunes présentent des antécédents d'évènements potentiellement traumatiques, des conduites addictives (avec prédominance pour le tabac et le cannabis), et des conduites à risque. La plupart ne sont pas informés des risques liées aux consommations massives de substances psychoactives. Aussi, l'accompagnement addictologique en détention semble insuffisant. Il est donc indispensable de diffuser plus largement les informations liées à

ces consommations et améliorer les dispositifs de prévention et de réduction des risques en détention, dans les foyers, et les centres éducatifs. Par ailleurs, ces conduites addictives sont sous-tendues par des éléments psychiques douloureux qu'il faut davantage repérer et soulager.

D'autre part, notre étude n'a pas permis de mettre en évidence des symptômes cliniques spécifiques.

Il serait intéressant de mener une étude nationale, plus puissante, avec des objectifs plus précis afin d'avoir une meilleure évaluation de leur clinique et adapter au mieux les soins psychiques en milieu carcéral.

Devant les difficultés de demande et d'adhésion aux soins de la part des jeunes incarcérés, il semble pertinent d'envisager davantage des approches thérapeutiques différentes comme l'abord corporel, groupal, par l'écriture, le jeu ou encore la musique.

Plus largement, il est essentiel d'aider ces jeunes le plus précocement possible pour prévenir l'aggravation de difficultés psychiques, qui existent même si elles sont peu exprimées, voire l'apparition de troubles mentaux.

Sur le plan scolaire, les difficultés scolaires et le décrochage scolaire précoce largement constaté chez ces jeunes incitent à repenser les différentes missions éducatives en détention. Rappelons que les mineurs incarcérés à la MA de Luynes n'allaient pas en formation ou en cours de manière assidue malgré une obligation de scolarité jusqu'à 16 ans.

Il est nécessaire d'allouer équitablement plus de moyens dans les différentes structures de détention pour mineurs afin de personnaliser leur accompagnement éducatif et scolaire, en fonction de leur niveau scolaire et de leurs projets professionnels. L'intervention d'un(e) psychologue de l'éducation nationale en appui du bilan scolaire pour les aider à préciser leur projet professionnel semble pertinent.

Nous avons observé des difficultés notoires dans la réalisation des soins au sein de l'unité de soins du centre pénitentiaire. En effet, l'équipe soignante paraît constamment confrontée aux contraintes et aux impératifs de la détention nécessitant d'adapter les soins en fonction de l'organisation pénitentiaire. Cela a particulièrement été constaté pour la réalisation des ateliers thérapeutiques, qui forment justement des atouts thérapeutiques précieux pour les jeunes incarcérés. Ainsi, l'organisation pénitentiaire semble primer sur l'organisation des soins.

De plus, les logiques sanitaires et répressives sont parfois contradictoires, occasionnant alors un équilibre institutionnel précaire. Cela constitue des limites évidentes à la prise en charge psychologique ou psychiatrique.

Des limites similaires ont été mises en évidence à l'issue d'un travail de recherche mené entre 2003 et 2008 (moment de la fermeture du quartier mineur) par l'équipe pédopsychiatrique de l'unité de soins de la Maison d'arrêt d'Aix-Luynes (142,143). Et de manière plus générale, les faiblesses de l'institution pénitentiaire et les conséquences engendrées sur le dispositif de santé mentale ont été décrites par plusieurs auteurs (9,22,25,76,81,82,139).

Tout d'abord, notons qu'il n'est pas seulement question de l'accès aux soins mais de la considération plus diffuse de la dimension psychique, qui n'est manifestement pas évidente dans le milieu carcéral.

En effet, l'objectif institutionnel n'est pas prioritairement axé autour de la prise en compte de la personne dans sa réalité psychique. En effet, nous avons pu constater à ce sujet que les surveillants pénitentiaires et parfois les éducateurs PJJ tenaient parfois des propos inadaptés aux mineurs, avec une tonalité majoritairement réprobatrice et répressive sans tenir compte de la dimension psychique voire de la souffrance que pouvaient ressentir ces jeunes. De plus, comme nous l'avons évoqué plus haut, les consultations proposées par le SPAD semblaient moins prises en compte que les consultations somatiques laissant là aussi suggérer que la dimension psychique était sous-estimée.

Sans doute que cela peut en partie s'expliquer par le manque de formation des professionnels travaillant auprès d'une telle population, d'autant plus que les particularités de la psychopathologie adolescente impliquent une formation spécifique. A ce propos, Freud rapportait que « *ne peut être éducateur que celui qui peut sentir de l'intérieur la vie psychique infantile* ».

Ainsi, améliorer la formation des acteurs exerçant en milieu carcéral auprès des mineurs semble indispensable.

Au-delà de leur formation, le manque de personnels ainsi que le manque de moyens mis à disposition diminuent de toute évidence la qualité de l'accompagnement de ces mineurs.

D'autre part, relevons que la PJJ (éducateurs et psychologues) a une place en milieu carcéral beaucoup plus importante qu'avant. Cela est évidemment dans l'intérêt des mineurs incarcérés, puisque les éducateurs servent de fil conducteur dans la trajectoire des jeunes. En effet, ils font le lien entre l'intérieur et l'extérieur et entre l'avant et l'après-détention. De même, les psychologues tentent d'accompagner ces jeunes de façon soutenue et régulière. Néanmoins, la place laissée aux soins en santé mentale par le SPAD se retrouve ainsi diminuée. D'autant que les rendez-vous PJJ sont prioritaires à ceux proposés par le SPAD, limitant ainsi l'accès aux

soins. Rappelons que les psychologues de la PJJ ont des rapports à rendre aux instances judiciaires et une confusion entre les différents soignants en santé mentale persiste chez les jeunes incarcérés et participe à limiter l'accès aux soins du SPAD.

Dans l'ensemble, la communication et la coordination entre les soignants de l'USMP et les acteurs de la PJJ ne sont pas aisées, ce qui va évidemment à l'encontre de la prise en charge globale des jeunes.

Cela est particulièrement dommageable lors de l'organisation de la sortie des jeunes.

Il semble impératif d'améliorer la coordination entre les différentes instances exerçant auprès des mineurs incarcérés. Par exemple, en prévoyant des temps de concertation pluridisciplinaire régulièrement au cours de la détention des jeunes.

Pouvons-nous parler d'un rapport de force dans les relations entre la santé et la justice ?

Malgré une nette évolution de la santé mentale en milieu carcéral, les différentes institutions y exerçant ont des objectifs différents et se bousculent. La place laissée aux soins psychiques se retrouve alors restreinte.

Il faut ainsi améliorer les soins psychiques aux détenus en commençant par leur accorder plus de place. Pour ce faire, il semble impératif de plus se préoccuper de la dimension psychique en milieu carcéral en considérant davantage la réalité psychique des détenus.

La création des EPM en 2002 en vue de fermer les quartiers mineurs était une idée pertinente, évitant les obstacles liés à l'organisation pénitentiaire entre mineurs et majeurs et créant un cadre plus adapté pour les jeunes. Mais l'objectif n'a pas été rempli car seulement une partie des quartiers mineurs a été remplacée, et même, certains quartiers ont réouvert après leur fermeture (*c'est le cas pour le quartier mineurs de Luynes*).

Au-delà des facteurs limitant l'accès aux soins psychiques en milieu carcéral, abordons l'impact psychique de la détention.

Les données concernant l'état de santé mentale des mineurs après leur(s) passage(s) en détention sont encore plus rares.

Mais les conséquences psychiques de la prison ne sont pas méconnues. En effet, dans la plupart des cas, la prison est vécue négativement, génératrice de rejet, d'isolement, de souffrance, de violence, de traumatisme(s) et ainsi largement fragilisatrice. Elle peut ainsi exacerber les

conduites addictives et ce d'autant que les prises en charge addictologiques en détention sont insuffisantes. Elle majore aussi le risque de récidives et aggrave les comportements délinquants. Bien que les éléments cliniques mis en évidence dans notre étude soient insuffisants, les éléments thymiques et anxieux observés illustrent les conséquences psychiques délétères de l'incarcération.

Une étude récente en France s'est intéressée à la santé mentale de la population carcérale adulte sortante et a retrouvé des prévalences importantes de troubles psychiatriques ou liés à une substance (144).

Mener une telle étude chez les mineurs incarcérés serait pertinente pour évaluer l'évolution clinique et l'évolution des conduites addictives avant et après incarceration.

Même si la création de structures spécifiques comme les EPM et non carcérales comme les CER et les CEF constituent un progrès, les risques liés à l'incarcération persistent.

De plus, nous avons constaté dans notre étude que les mineurs ayant bénéficié de centres éducatifs avant cette incarceration étaient minoritaires. Bien que ce résultat ne soit pas représentatif de la population carcérale mineure en France, il interroge sur le recours aux alternatives à l'incarcération pour les mineurs auteurs d'actes délictueux et les raisons qui l'entravent alors qu'il est pourtant largement à favoriser.

A priori, la loi prévoit la création de 20 CEF supplémentaires d'ici 2027 (145). Cela va-t-il permettre de pallier le manque de places actuel en CEF qui accentue potentiellement le recours à l'incarcération pour les mineurs ?

Et pourtant, notre étude nous a montré que par expériences, les mineurs préfèrent la détention en QM qu'en EPM et apprécient encore moins les CEF. Comment rendre ces lieux plus attrayants pour eux ? Quel cadre optimal permettrait de créer une meilleure alliance avec ces jeunes ?

Peut-être qu'il faudrait s'inspirer des structures spécifiques non pénitentiaires existantes en Europe du Nord (comme en Suède par exemple), qui semblent davantage favorables à la désistance et à la santé mentale.

4. Conclusion

Il existe très peu d'études en France sur les mineurs incarcérés et plus largement sur les mineurs sous protection judiciaire de la jeunesse. Le manque de données concernant leur état de santé mentale est encore plus marqué.

Les données de la littérature laissent penser que les populations sous protection judiciaire de la jeunesse incarcérée et hors détention sont comparables. Elles montrent que la population carcérale mineure présente de multiples facteurs de risque de délinquance et défavorables à la santé mentale.

Leur histoire révèle fréquemment un environnement primaire affectif et éducatif carenciel. Néanmoins, il semble que les mineurs incarcérés ne présentent pas plus d'antécédents médico-psychologiques que la population générale du même âge.

Les éléments psychopathologiques qui apparaissent chez ces jeunes se retrouvent dans le rapport au corps, au temps, dans le lien et l'attachement entraînant davantage de troubles du comportement, de conduites addictives et pouvant favoriser l'émergence de troubles de la personnalité.

Nous avons mené une étude épidémiologique descriptive auprès des mineurs incarcérés au sein de la maison d'arrêt de Luynes, afin de décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques et l'offre de soin qui leur est proposée par le service de soins psychiatriques ambulatoires aux détenus (SPAD).

Nos résultats montrent que les antécédents médico-psychologiques sont peu fréquents dans cette population, bien que l'hypothèse d'un défaut de dépistage est à évoquer.

Les conduites addictives ressortent nettement. Il semble primordial d'améliorer les actions de prévention en commençant par diffuser plus largement les informations des risques liés à ces consommations. Des antécédents d'évènements potentiellement traumatiques ressortent également chez une grande majorité des jeunes, ainsi que des conduites à risque fréquentes. D'autre part, une proportion non négligeable d'antécédents psychiatriques familiaux a été mise en évidence. Tous ces éléments constituent des risques de développer des troubles mentaux.

Notre étude retrouve une proportion importante d'antécédents de traumatismes crâniens, qui peuvent témoigner des conduites à risques mais aussi suggérer d'éventuelles séquelles cognitives comportementales et psychologiques.

Dans l'ensemble, nous avons retrouvé des jeunes au parcours de vie difficile sur les plans familial et scolaire, ayant nécessité un recours à l'ASE dans plus de la moitié des cas. Pourtant l'accompagnement psychique de ces jeunes était le plus souvent inexistant.

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence des symptômes cliniques spécifiques ni d'apprécier suffisamment leur état de santé mentale. Cependant, ces jeunes sont manifestement réticents à aborder leur vie psychique et présentent des difficultés de verbalisation et d'élaboration des événements douloureux de leur histoire.

Bien que cela limite les soins, ils semblent en avoir besoin. Il paraît alors plus adapté de privilégier d'autres médiations thérapeutiques.

Pourtant notre étude a montré que l'accès au SPAD était limité par plusieurs facteurs d'ordre organisationnel et institutionnel. Cela était particulièrement marqué pour la réalisation des ateliers thérapeutiques. Au-delà de l'organisation pénitentiaire, le manque de considération de la dimension psychique en milieu carcéral participent à limiter l'accès aux soins.

Bien que la santé mentale en milieu carcéral ait nettement évolué, il paraît indispensable d'améliorer les dispositifs de soins psychiques en détention. Pour ce faire, il serait pertinent de s'intéresser de plus près à cette population en réalisant une étude nationale, avec des objectifs plus précis afin de pouvoir adapter au mieux les soins à leur clinique.

Les données concernant l'état de santé mentale des mineurs après leur(s) passage(s) en détention sont encore plus rares. Or, prison et restructuration psychique s'associent de façon oxymorique avec un impact psychique considérable. Aussi, la prison accentue le risque de récidives, aggrave les comportements délinquants et les conduites addictives. Il serait intéressant de réaliser une étude multicentrique, portant sur l'état de santé mentale et les conduites addictives des mineurs sortants de détention.

Il serait certainement plus judicieux de favoriser des structures alternatives à l'incarcération pour les mineurs. Les CEF en font partie, mais le nombre de places et les moyens alloués semblent insuffisants. Aussi, un cadre plus adapté favoriserait une meilleure adhésion des jeunes à ces structures.

Plus largement, il est essentiel d'aider ces jeunes le plus précocement possible afin de prévenir la chronicisation de souffrances psychiques se manifestant par des conduites addictives, à risques et des comportements délictueux, et prévenir l'apparition de troubles mentaux.

Références bibliographiques

1. Les enfants enfermés, une histoire sans fin... | Cairn.info. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2019-3-page-13.htm>
2. Chronologie de la justice pénale des mineurs en France depuis 1791 | vie-publique.fr. 2021. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/eclairage/281310-chronologie-de-la-justice-penale-des-mineurs-en-france-depuis-1791>
3. Enfants en justice. Enfants en justice - Petite Roquette (1836-1935). Disponible sur: <https://enfantsenjustice.fr/?petite-roquette-1836-1935>
4. <https://criminocorpus.org>. Criminocorpus; 2018. La Petite-Roquette. Disponible sur: <https://criminocorpus.org/fr/bibliotheque/collections/la-petite-roquette/>
5. Varnoux A, Monod G. Mineurs incarcérés. Pédopsychiatrie en milieu pénitentiaire : un contexte spécifique pour une clinique particulière? *Nouv Rev Enfance Adolesc.* 2020;2(1):41-58.
6. Bourquin J. Une histoire qui se répète les centres fermés pour mineurs délinquants. *Adolescence.* 2005;T. 23 4(4):877-97.
7. Le Goaziou V, Mucchielli L. La délinquance juvénile au temps des « Blousons noirs ». In: *La violence des jeunes en question.* Nîmes: Champ social; 2009. p. 17-36. (Questions de société). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-violence-des-jeunes-en-question--9782353710690-p-17.htm>
8. Amsellem-Mainguy Y, Coquard B, Vuattoux A. Trajectoires familiales, scolaires et amoureuses : comment les mineurs incarcérés traversent leur jeunesse. *Popul Vulnérables.* 1 juin 2018;(4):45-73.
9. Chantraine G, Touraut C, Fontaine D. Trajectoires d'enfermement. *Récits de vie au quartier mineurs.*
10. Yvorel JJ. Brève histoire de l'hébergement des mineurs de justice. *Cah Dyn.* 2006;37(1):24-7.
11. Enfants en justice. Enfants en justice - Mettray (1839-1937). Disponible sur: <https://enfantsenjustice.fr/?mettray-1839-1937>
12. Wienand C. Jeunesse d'Europe. Réflexions conceptuelles pour une histoire de la « jeune génération » dans les discours et la pratique de compréhension transnationale après la Seconde Guerre mondiale. *Cah Sirice.* 2016;15(1):53-65.
13. Guerraoui Z, Pelissie D, Gouzvinski F. Mineurs incarcérés : honte et souffrance identitaire. *Adolescence.* 2018;T. 36 1(1):57-67.
14. Elise Bordelais, Jean-Pierre Bouchard. EM-Consulte. 2017. Les mineurs et l'injonction de soins. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1139874/les-mineurs-et-l-injonction-de-soins>

15. Bakker Hernandez S, Marmonier F. Projet d'avenir chez les mineurs incarcérés, vers une nécessaire reconstruction de l'estime de soi. La place du psychologue de l'Éducation nationale en prison. *Enfances Psy.* 2021;92(4):134-43.
16. La justice pénale des mineurs | ministère de la Justice. 2022. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/justice-france/justice-mineurs/justice-penale-mineurs>
17. Prisons OI des. Existe-t-il des prisons spéciales pour mineurs ? . oip.org. Disponible sur: <https://oip.org/en-bref/existe-t-il-des-prisons-speciales-pour-mineurs/>
18. Laure Anelli. Enfermement des mineurs : l'impasse. oip.org. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/enfermement-des-mineurs-limpasse/>
19. Arotcharen J, Aboudou B. Prise en charge des adolescents incarcérés. *Prat En Santé Ment.* 2018;64e année(4):27-32.
20. Prisons OI des. Justice des mineurs : une réforme au détriment du temps éducatif. oip.org. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/justice-des-mineurs-une-reforme-au-detriment-du-temps-educatif/>
21. Turkieltaub S. La violence dans les Établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) : l'échec de l'éducatif en prison ? *J Droit Jeunes.* 2011;306(6):50-9.
22. Dayan J. Enfermement des mineurs délinquants. Dans les murs. *Adolescence.* 2012;T. 30 4(4):783-96.
23. Sénat. 2011. Enfermer et éduquer: quel bilan pour les centres éducatifs fermés et les établissements pénitentiaires pour mineurs? Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r10-759/r10-759.html>
24. Legrand S, Rouet L. Juge de la protection, de l'éducation mais aussi de la détention des mineurs, les paradoxes de la fonction de juge des enfants. *Enfances Psy.* 2019;83(3):22-9.
25. Abdellaoui S, Auzoult L, Blatier C, Boudoukha AH, Combaluzier S, Jammet L, et al. Sid Abdellaoui & Catherine Blatier.
26. De la pédiatrie à la psychanalyse - Donald Winnicott. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/de-la-pediatrie-a-la-psychanalyse-9782228881173.html>
27. Kapsambelis V. Un évènement éditorial : L'esprit des soins de P.-C. Racamier. Société Psychanalytique de Paris. 2020. Disponible sur: <https://www.spp.asso.fr/un-evenement-editorial-lesprit-des-soins-de-p-c-racamier/>
28. Boëton M. Justice des mineurs aux Etats-Unis. *Études.* 2004;400(3):331-9.
29. Laurent S. Libération. Droits de l'enfant : «Les Etats-Unis sont le seul pays au monde à autoriser la perpétuité incompressible pour les mineurs». Disponible sur: https://www.liberation.fr/international/amerique/droits-de-lenfant-les-etats-unis-sont-le-seul-pays-au-monde-a-autoriser-la-perpetuite-incompressible-pour-les-mineurs-20230908_NDWXX4TXUJC2PBGGOVGJVZ3YOPI/
30. Human Rights Watch. États-Unis: Événements de 2023. In: Rapport mondial 2024. 2023. Disponible sur: <https://www.hrw.org/fr/world-report/2024/country-chapters/united-states>

31. Réforme de la justice pénale des mineurs. Disponible sur: https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/presse/art_pix/DP_CJPM_28-09-21.pdf
32. DISCERNER : Définition de DISCERNER. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/discerner>
33. Jacopin S. Présomption(s) et minorité en droit pénal. Entre fiction(s) et réalité(s), quels repères ? Rev Sci Criminelle Droit Pénal Comparé. 2020;1(1):27-42.
34. Cour de cassation, Chambre criminelle, du 13 décembre 1956, 55-05.772, Publié au bulletin. Publié au bulletin. 1956. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007054042/>
35. Droit L. L'arrêt Laboube du 13 décembre 1956. Licence Droit. 2023. Disponible sur: <https://licence-droit.fr/2021/10/03/larret-laboube-du-13-decembre-1956-labsence-de-discernement-du-mineur/>
36. FEVRIER C. L'arrêt Laboube du 13 décembre 1956. Aideauxtd.com. 2022. Disponible sur: <https://aideauxtd.com/arret-laboube-13-decembre-1956/>
37. Versini D. L'application de leurs droits peut-elle fragiliser certains enfants ? Enfances Psy. 2009;43(2):77-84.
38. Botbol M, Choquet LH, Grousset J. Éduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1 juin 2010;58(4):224-33.
39. Jacopin S. Présomption(s) et minorité en droit pénal. Entre fiction(s) et réalité(s), quels repères ? Rev Sci Criminelle Droit Pénal Comparé. 4 juill 2020;(01):27.
40. TITRE II : DES INVESTIGATIONS ET DE LA MESURE ÉDUCATIVE JUDICIAIRE PROVISOIRE (Articles L321-1 à L323-3) - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000039086952/LEGISCTA000039088093/
41. Delarue JM. État des lieux de l'enfermement. Adolescence. 2012;T. 30 4(4):823-41.
42. Voyer M. Chapitre 14. Expertise pénale des mineurs. In: Méthodologie de l'expertise en psychiatrie [Internet]. Paris: Dunod; 2013 [cité 8 mars 2024]. p. 90-5. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/methodologie-expertise-en-psychiatrie--9782100705504-p-90.htm>
43. Masson E. EM-Consulte. L'expertise psychiatrique des mineurs. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/229541/lexpertise-psychiatrique-des-mineurs>
44. Jonas C, Senon JL, Voyer M. Chapitre 17. Expertises sur réquisition et garde à vue. In: Méthodologie de l'expertise en psychiatrie. Paris: Dunod; 2013. p. 109-17. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/methodologie-expertise-en-psychiatrie--9782100705504-p-109.htm>
45. Jonas C, Voyer M. Chapitre 2. Statut et règles de droit spécifiques. In: Méthodologie de l'expertise en psychiatrie. Paris: Dunod; 2013. p. 9-17. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/methodologie-expertise-en-psychiatrie--9782100705504-p-9.htm>

46. Senon JL. Chapitre 18. Expertises post sentencielles. In: Méthodologie de l'expertise en psychiatrie. Paris: Dunod; 2013. p. 118-21. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/methodologie-expertise-en-psychiatrie--9782100705504-p-118.htm>
47. Article L11-1 - Code de la justice pénale des mineurs - Légifrance [Internet]. [cité 8 mars 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043203791
48. [cjpm_ft_presomption_non_discernement.pdf](https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/cjpm_ft_presomption_non_discernement.pdf). Disponible sur: https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/cjpm_ft_presomption_non_discernement.pdf
49. Article R11-1 - Code de la justice pénale des mineurs - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043581198
50. Avocat.fr. Garde à vue d'un mineur. Disponible sur: <https://www.avocat.fr/garde-vue-dun-mineur>
51. Contrôle judiciaire. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2902>
52. Mineur délinquant : limitations de liberté avant le prononcé de la sanction. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1826>
53. Les mesures de sûreté dans le cadre du CJPM | Citoyens & Justice. Disponible sur: <https://www.citoyens-justice.fr/justice-des-enfants-et-des-adolescents/les-mesures-de-surete-dans-le-cadre-du-cjpm.html>
54. LOI n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (1). 2002-1138 sept 9, 2002.
55. Jurmand JP. Une histoire de milieu ouvert. Cah Dyn. 2007;40(1):22-9.
56. Centres éducatifs fermés : où en est-on ? | Ministère de la justice. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/actualites/actualite/centres-educatifs-fermes-ou-est>
57. Sénat. 2018. Une adolescence entre les murs : l'enfermement, dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif (Rapport). Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r17-726-1/r17-726-1.html>
58. Prisons OI des. Les centres éducatifs fermés, « antichambres de la prison ». oip.org. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/les-centres-educatifs-fermes-antichambres-de-la-prison/>
59. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ondrp) - data.gouv.fr. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/organizations/observatoire-national-de-la-delinquance-et-des-reponses-penales-ondrp/>
60. [cnape_-contribution_-reformede-la-justice-penale-des-mineurs_-quel-bilan-dans-le-sah.pdf](https://www.cnape.fr/documents/cnape_-contribution_-reformede-la-justice-penale-des-mineurs_-quel-bilan-dans-le-sah.pdf). Disponible sur: https://www.cnape.fr/documents/cnape_-contribution_-reformede-la-justice-penale-des-mineurs_-quel-bilan-dans-le-sah/
61. Chantraine G. Les prisons pour mineurs. Du primat sécuritaire à la concurrence des logiques professionnelles ? Cah Justice. 2012;3(3):153-64.

62. Prisons OI des. La prison, impossible lieu d'éducation. oip.org.. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/la-prison-impossible-lieu-deducation/>
63. Les EPM : établissements pour mineurs. Disponible sur: <https://penitenciaire.org/29-epm-etablissements-mineurs>
64. EPM.pdf. Disponible sur: <http://www.gip-recherche-justice.fr/wp-content/uploads/2014/06/EPM.pdf>
65. Isabelle Chave. Établissement pénitenciaire pour mineurs (commune, département). 2012; Disponible sur: aaf.ica-atom.org
66. Article D211-34 - Code pénitenciaire - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045493781/2023-12-18
67. Décret n°2010-1635 du 23/12/10 CPU. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-07/ste_20120007_0100_0075.pdf
68. Cainne P, Chevalier E, Helary A, Hustache S, Powmall GJ, Leloup L, et al. santé mentale et prise en charge des mineurs détenus : état des lieux, évolutions, enjeux. 2011;
69. Hélène A, Michel A, Pascal A, Pascaline B, Laure G, Elvire L, et al. Les institutions de la protection de l'enfance à l'épreuve de la violence : regards de professionnels sur les « incasables ». 2009
70. Botbol M, Choquet LH. Pour une approche différentielle des adolescents incasables. Une clinique éducative. *Perspect Psy.* 2015;54(4):388-98.
71. statistiques_etablissements_personnes_ecrouees_france_202302.pdf. Disponible sur: https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/statistiques_etablissements_personnes_ecrouees_france_202302.pdf
72. Sénat. 2023. Projet de loi de finances pour 2019 : Protection judiciaire de la jeunesse. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/a18-153-9/a18-153-9.html>
73. Leboucq F. Libération. La délinquance des mineurs est-elle stable depuis dix ans, comme le dit Eric Dupond-Moretti ? Disponible sur: https://www.liberation.fr/checknews/2020/09/10/la-delinquance-des-mineurs-est-elle-stable-depuis-dix-ans-comme-le-dit-eric-dupond-moretti_1798616/
74. Germani S. Psychopathologie de l'adolescent détenu. *Cah Dyn.* 2020;78(1):136-44.
75. Fillod-Chabaud A, Touraut C. L'expérience carcérale des mineurs non accompagnés. Disponible sur: https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/Cahiers_penitenciaires_n58.pdf
76. Hetté J. L'incarcération des mineurs. *Enfermement et soins. J Psychol.* 2009;267(4):62-5.
77. Suzanne Buyle-Bodin, Pierrine Aly, Fovet Thomas. EM-Consulte. 2022. État de santé et soins des personnes mineures incarcérées en France. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1568380/article/etat-de-sante-et-soins-des-personnes-mineures-inca>
78. Mucchielli L. Les mineurs incarcérés à Marseille : pas plus violents, mais plus fragiles socialement ? *Rev Sci Criminelle Droit Pénal Comparé.* 2016;1(1):157-61.

79. SENAT SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2010-2011. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r10-759/r10-7591.pdf>
80. Thomas C. Dispositif de soins en établissement pénitentiaire pour mineurs : entre enjeux et réalité. *Enfances Psy.* 2019;83(3):40-9.
81. Genevois C. Quel travail clinique en établissement pénitentiaire pour mineurs. *J Psychol.* 2008;261(8):63-7.
82. Tiscini G. Les effets de l’incarcération chez les mineurs. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 janv 2018;66(1):47-51.
83. SÉNAT SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2017-2018. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r17-726-1/r17-726-11.pdf>
84. La santé des personnes entrées en prison en 2003. 2003
85. Buyle-Bodin S, Amad A, Medjkane F, Bourion-Bedes S, Thomas P, Fovet T. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des adolescents détenus hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée : résultats d’une étude transversale nationale. *L’Encéphale.* 1 juin 2019;45(3):207-13.
86. Pinpin JC. Détenus mineurs : le récit de vie contre la violence orale. *Enfances Psy.* 2011;53(4):158-63.
87. Borschmann R, Janca E, Carter A, Willoughby M, Hughes N, Snow K, et al. The health of adolescents in detention: a global scoping review. *Lancet Public Health.* févr 2020;5(2):e114-26.
88. Choquet M, Hassler C. La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse. Retour sur enquête(s). *Cah Dyn.* 2009;44(2):27-30.
89. guillaume-bronsard-_etude-medico-psychologique-dadolescents-places-en-centre-educatif-ferme-en-france.pdf. Disponible sur: https://www.cnape.fr/documents/guillaume-bronsard-_etude-medico-psychologique-dadolescents-places-en-centre-educatif-ferme-en-france/
90. Chatagner, A. ; Olliac, B. ; Choquet, L.H. ; Botbol, M. ; Raynaud, J.-P. Adolescents reçus en urgence en pédopsychiatrie infanto-juvénile,. 2014;
91. Choquet LH. La réitération. À l’issue d’un séjour en centre éducatif fermé. *Cah Dyn.* 2011;52(3):43-53.
92. Kensey A, Benaouda A. Les risques de récurrence des sortants de prison. Une nouvelle évaluation.
93. Ollivier B. Adolescents en prison, quatre mineurs sur cinq récidivent. In: *Marcher pour s’en sortir.* Toulouse: Érès; 2012. p. 77-9. (La vie devant eux). Disponible sur: <https://www.cairn.info/marcher-pour-s-en-sortir--9782749233451-p-77.htm>
94. Hauswald G. 1 Histoire de l’adolescence. In: *L’adolescence en poche.* Toulouse: Érès; 2016 . p. 13-26. (La vie devant eux). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-adolescence-en-poche--9782749249780-p-13.htm>
95. organisation mondiale de la santé. 2024. Santé des adolescents. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>

96. Discour V. Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. Cah Dyn. 2011;50(1):40-6.
97. Jeammet P. Adolescence, repère pour les parents et les professionnels. La Découverte. 2004.
98. Daniel Marcelli, Alain Braconnier, Louis Tandonnet. Elsevier Masson SAS. Adolescence et psychopathologie. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/adolescence-et-psychopathologie-9782294754272.html>
99. Brusset B. 131. Psychopathologie de l'adolescence. In: Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2004. p. 2181-99. (Quadrige; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l--9782130545576-p-2181.htm>
100. Dumas JE. De Boeck Supérieur. 2013. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782804173128-psychopathologie-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>
101. Leca H, de la Vaissière H. Lorsque l'enfant disparaît derrière la violence de ses actes. Enfances Psy. 2019;83(3):128-37.
102. De l'affirmation de soi dans le groupe de pairs à la démobilisation scolaire | Cairn.info. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfance-2014-2-page-135.htm>
103. Tajfel H. La catégorisation sociale. Introduction à la psychologie sociale. Moscovici. 1972;
104. Raynaud JP. Les mauvaises fréquentations: Et si les parents avaient raison? Enfances Psy. 20 avr 2006;31.
105. Chabrol H. Les mécanismes de défense. Rech Soins Infirm. 2005;82(3):31-42.
106. Santé mentale des adolescents. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
107. American Psychiatric Association J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq. Elsevier Masson SAS. 2015. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294743382.html>
108. Karila L, Lafaye G, Coscas S, Blecha L, Benyamina A. Le cannabis : addiction. Conséquences aiguës et chroniques. Prat En Santé Ment. 2017;63e année(2):15-20.
109. HAS. Haute Autorité de Santé. 2021. Idées suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : repérer, évaluer et orienter la prise en charge. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3289297/fr/idees-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-reperer-evaluer-et-orienter-la-prise-en-charge
110. Braconnier A. Adolescence et troubles de la personnalité : prolongements, transformations, émergences. 2008; Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-1-page-51.htm>
111. Botbol M. États limites et délinquance juvénile : évolution des réponses judiciaires. Inf Psychiatr. 2016;92(1):49-53.

112. Nguimfack L. Comment a évolué la prise en charge thérapeutique des jeunes délinquants dans les recherches en sciences sociales ? État de la question. *Inf Psychiatr.* 2016;92(3):219-30.
113. Définitions : délinquance - Dictionnaire de français Larousse. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9linquance/23111>
114. Born M. *Psychologie de la délinquance.* 2ième. 2005.
115. Genevois C. Clinique développée auprès de mineurs délinquants. *J Psychol.* 2015;327(4):32-7.
116. Lucia S, Jaquier V. Délinquance, victimation et facteurs de risque : différences et similitudes entre les filles et les garçons. *Déviance Société.* 2012;36(2):171-99.
117. Golse B. Entre psychanalyse et attachement, le concept de pulsion d'attachement comme moyen de penser la symbolisation en absence et en présence de l'objet. *Dialogue.* 2007;175(1):15-29.
118. Goldbeter-Merinfeld É. Théorie de l'attachement et approche systémique. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 2005;35(2):13-28.
119. Houssier F. DONALD WOODS WINNICOTT, « La tendance antisociale » (1956), in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, 145-158. In: 45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique. Paris: Dunod; 2012. p. 197-204. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/quarante-cinq-commentaires-de-textes-en-psychopath--9782100578146-p-197.htm>
120. Caïtucoli D. Winnicott : voler, détruire, l'appel au secours de la tendance antisociale. *Coq-Héron.* 2003;173(2):31-48.
121. Morhain Y. Paradoxalité de « l'enfermement » d'adolescents et de jeunes adultes meurtriers : entre destructivité et créativité. *Adolescence.* 2012;T. 30 4(4):797-813.
122. Botbol M. Psychopathologie des violences délinquantes à l'adolescence. *J Pédiatrie Puériculture.* 1 déc 2021;34(6):289-94.
123. Édition professionnelle du Manuel MSD. Revue générale des troubles de la personnalité - Troubles psychiatriques. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/%EF%BB%BFtroubles-de-la-personnalit%C3%A9/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-troubles-de-la-personnalit%C3%A9>
124. Mansouri M. Introduction - Des adolescents aux prises avec l'histoire. In: *Révoltes postcoloniales au cœur de l'Hexagone.* Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013. p. 7-12. (Partage du savoir). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revoltes-postcoloniales-au-coeur-de-l-hexagone--9782130618829-p-7.htm>
125. Derivois Daniel. *Les adolescents victimes/délinquants. observer, écouter, comprendre, accompagner.* Bruxelles : De Boeck. 2010.
126. Balier C. *L'adolescent criminel, la prison et la fonction soignante.* 1990.
127. Touba J, Simon A, Gilloots M, Moro MR. Situation de mineurs étrangers isolés en milieu carcéral à travers une lecture transculturelle. *Enfances Psy.* 2017;73(1):185-94.

128. Caroline Frizon, Virginie Bonfils. Les dispositifs de prise en charge des personnes placées sous main de justice. *adsp.* sept 2018;(104).
129. DGOS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2022. Les personnes détenues Pour un accès équitable aux soins et à la protection sociale équivalent à celui de la population. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenees-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenees>
130. ORGANISATION DU DISPOSITIF SANITAIRE. Disponible sur: https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/guide_methodo_2019_ppsmj_part2.pdf
131. Vincent Delbos ; Antoine Danel ; Sylvie Durand-Mouysset ; François Schechter ; Julien Emmanuelli. Évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues. 2020. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/rapport/273636-evaluation-unites-hospitalieres-specialement-amenagees-pour-detenus>
132. LES SOINS AUX PERSONNES DETENUES-ARS PACA. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/media/11408/download?inline>
133. Stratégie santé des personnes placées sous main de justice. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf
134. M. Botbol L.-H. Choquet J. Grousset H. Hamon. EM-Consulte. 2010. Ordonnance de placement provisoire et obligation de soin en psychiatrie de l'adolescent. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/257631/auto_evaluation/ordonnance-de-placement-provisoire-et-obligation-d
135. USAGES DE DROGUES ET CONDITIONS DE VIE DES «MINEURS NON ACCOMPAGNÉS». Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxgc2ca.pdf>
136. Jolly B. Le tabac en centres éducatifs fermés (CEF) : entre sanction et gratification. *Cah Dyn.* 2012;56(3):112-8.
137. L'usage détourné du protoxyde d'azote, une pratique à risques de plus en plus répandue | MILDECA. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/lusage-detourne-du-protoxyde-dazote-une-pratique-risques-de-plus-en-plus-repandue>
138. Protoxyde d'azote : attention aux usages détournés. 2022. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/protoxyde-dazote-attention-aux-usages-detournes>
139. Chantraine G. Mineurs incarcérés : récits de prison et prison des récits. *Quest Pénales.* 2009;XXII(2):1-4.
140. Medscape. Enfants victimes d'un traumatisme crânien : les séquelles à l'âge adulte. *JNLF* 2012. Disponible sur: <http://francais.medscape.com/voirarticle/3391049>
141. Boissel A. Adolescents cérébro-lésés. *Adolescence.* 2016;T. 34 3(3):511-24.
142. Hibon A. Pour une pédopsychiatrie d'inspiration analytique auprès des adolescents incarcérés. *Adolescence.* 2005;T. 23 4(4):915-76.
143. Hibon A. Retours sur expériences. *Adolescence.* 2009;T. 27 2(2):383-97.

144. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024. Santé mentale en population carcérale : Résultats de l'étude nationale et perspectives. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/sante-mentale-en-population-carcerale-resultats-de-l-etude-nationale-et>

145. Sénat. Projet de loi de finances pour 2024 : Protection judiciaire de la jeunesse. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/a23-134-8/a23-134-8.html>

Annexe 1 : Questionnaire des données

➤ **Données administratives**

Numéro patient Nombre	Données générales			Données carcérales				Statut Condamné / Prévenu condamné	Durée peine Nombre (semaines)	Durée moy incarcération nombre semaine
	Âge Nombre	Nationalité	Situation administrative Détail	MNA Oui / Non	Primo-incarcération Oui / Non	Nombre d'incarcérations antérieures Nombre et détails	Tribunal Correctionnel / Criminel			
1	17	française		Non	Non	1 incarcération à la MA de Luyne en mars 2023	Correctionnel	condamné	5	10
2	17	française		Non	Oui		Correctionnel	prévenu	96	7
3	17	française		Non	Oui		Correctionnel	condamné	4	
4	17	française		Non	Non	QM Luyne	Correctionnel	prévenu	6	3
5	17	française		Non	Non	5 (EPM à Meyzieu, EPM la Valentine)	Correctionnel	prévenu	0	
6	17	Tunisienne	arrivé en France à l'âge de 12 ans	Oui	Non	1 (EPM Valentine 2021)	Correctionnel	prévenu	3	3
7	16	française		Non	Oui		Criminel	prévenu	48	toujours incarcéré
8	16	française		Non	Non	transfert EPM Meyzieu, 1 (EPM Val)	Correctionnel	condamné	36	toujours incarcéré
9	17	marocaine	arrivé en France à l'âge de 14 ans	Oui	Oui		Correctionnel	prévenu	4	4
10	17	française		Non	Non	2 (EPM Toulouse, EPM Meyzieu)	Correctionnel	condamné	40	toujours incarcéré
11	17	française		Non	Non	1 (EPM Valentine 2022)	Correctionnel	prévenu	48	2
12	17	française		Non	Non	1 (QM Luyne 2023)	Correctionnel	prévenu	3	3
13	17	française		Non	Non	1 (QM Luyne)	Correctionnel	prévenu	4	3
14	16	française		Non	Non	1 (EPM Valentine)	Correctionnel	condamné	48	28
15	17	française	né en Algérie	Non	Non	3 (QM Pontet, Grasse, EPM Valentine)	Criminel	prévenu	48	toujours incarcéré
16	17	française		Non	Oui		Correctionnel	prévenu	4	4
17	17	française		Non	Non	2: QM Pontet, EPM Valentine	Correctionnel	condamné	36	toujours incarcéré
18	17	française		Oui	Oui	QM Pontet	Correctionnel	condamné	32	toujours incarcéré
19	14	française		Non	Oui		Correctionnel	condamné	20	8
20	16	française		Non	Non	1 (plusieurs transferts EPM)	Correctionnel	condamné	72	toujours incarcéré
21	16	française		Non	Non	1 (QM Pontet)	Criminel	prévenu	48	toujours incarcéré
22	16	française		Non	Oui		Criminel	prévenu	48	47
23	16	française		Non	Non	1 (EPM Valentine)	Correctionnel	condamné	28	9
24	17	française		Non	Non	1 (QM Vars)	Correctionnel	condamné	64	toujours incarcéré
25	17	française		Non	Non	1 (EPM)	Criminel	prévenu	36	3
26	17	roumaine		Non	Oui		Criminel	prévenu	48	toujours incarcéré
27	17	française		Non	Oui		Criminel	prévenu	48	toujours incarcéré
28	16	française		Non	Non	2 (EPM et QM)	Correctionnel	prévenu	20	toujours incarcéré
29	17	tunisienne		Oui	Oui		Criminel	condamné	96	toujours incarcéré
30	17	française		Non	Oui		Correctionnel	condamné	8	8
31	17	marocaine		Oui	Oui		Correctionnel	prévenu	76	toujours incarcéré
32	16	algérienne		Oui	Oui		Correctionnel	prévenu	3	2
33	17	française		Non	Oui		Criminel	prévenu	48	24
34	17	française		Non	Oui		Correctionnel	prévenu	4	4
35	17	française		Non	Oui		Correctionnel	prévenu	9	3
36	17	française		Non	Non	EPM et QM	Correctionnel	prévenu	4	3
37	17	française		Non	Oui		Criminel	prévenu	48	16
38	17	française		Non	Non	deaux, Monaco, Angoulême, QM Luyne, EPM	Correctionnel	condamné	36	34
39	17	française		Non	Oui		Correctionnel	prévenu	3	3
40	16	Tunisienne		Oui	Oui		Correctionnel	prévenu	2	9
41	17	française		Non	Oui		Correctionnel	prévenu	4	7
42	16	française		Non	Oui	transfert correctionnel valentine	Correctionnel	condamné	8	8
43	15	française		Non	Non	4	Correctionnel	condamné	36	
44	17	algérienne		Oui	Oui	EPM QM pontet	Correctionnel	condamné	20	
45	15	française		Non	Non	transfert, 3 au QM de Grasse	Correctionnel	condamné	72	toujours incarcéré
46	17	française		Non	Oui		Correctionnel	prévenu	3	2
47	17	française		Non	Non	3 ème	Correctionnel	prévenu	4	16
48	17	algérienne		Oui	Oui		Correctionnel	prévenu	3	toujours incarcéré
49	16	algérienne		Oui	Non	1ère à l'epm	Correctionnel	prévenu	28	toujours incarcéré
50	17	française		Non	Oui		Correctionnel	prévenu	4	toujours incarcéré
51	17	française		Non	Non	2 fois à l'EPM	Correctionnel	prévenu	4	toujours incarcéré
52	17	française		Non	Non	1 EPM et 1 QM Luyne	Correctionnel	prévenu	20	toujours incarcéré
53	17	française		Non	Oui		Correctionnel	prévenu	4	toujours incarcéré
54	16	française		Non	Oui		Correctionnel	prévenu	3	toujours incarcéré

➤ Antécédents médico-psychologiques

Num P	Antécédents psychiatriques				Hospitalisation	
	Suivi Oui / Non	Diagnostic CIM 10	Traitement		Oui / Non	Nombre
			Détail			
1	Non				Non	
2	Oui			suiwi psycho irrégulier dans le dernier foyer PJJ	Non	
3	Oui			suiwi psycho AEMO depuis l'âge de 12 ans, et suivi à l'EPM	Oui	1
4	Non				Non	
5	Oui			methadone 20 mg, diazépam 10 mg, neuroleptique à l'epm suivi psychiatrique et psychologique dans les foyers antérieurs	Non	
6	Non				Non	
7	Non				Non	
8	Non			arrêt d'un suivi psycho initié	Non	
9	Non				Non	
10	Oui	TDAH		suiwi psycho depuis l'enfance, a eu Tercian et Abilify 10 mg	Non	
11	Oui			suiwi psycho lors de sa première incarcération et PJJ	Non	
12	Non				Non	
13	Oui			trt NL pris de manière irrégulière, suivi pédopsy, contexte de troubles du comportement,	Oui	1
14	Non				Non	
15	Oui			suiwi psycho irrégulier pendant les précédentes incarcérations	Non	
16	Non				Non	
17	Non				Non	
18	Non				Non	
19	Non			hypnotiques très ponctuellement	Non	
20	Non				Non	
21	Non				Non	
22	Oui			arrêt d'un suivi psycho initié	Non	
23	Non				Non	
24	Oui			suiwi psycho ASE	Oui	1
25	Oui			A vu un psychiatre avec notion de dg de "psychose", suivi psycho	Non	
26	Non				Non	
27	Oui			suiwi psycho PJJ	Non	
28	Oui			a vu psycho pd 8 mois dans un CEF	Non	
29	Non				Non	
30	Oui			suiwi psycho pd 2 ans dans l'enfance pour troubles du comportement	Non	
31	Non				Non	
32	Non				Non	
33	Non			arrêt d'un suivi psycho initié	Non	
34	Non				Non	
35	Non			obligation de suivi non honoré	Non	
36	Oui			suiwi psycho en foyer	Non	
37	Non				Non	
38	Oui	TDAH		A eu concerta et rispirdal plus jeune	Non	
39	Non				Non	
40	Oui			notion de suivi psy en Suisse	Non	
41	Non				Non	
42	Oui			psycho à l'epm mais irrégulier	Non	
43	Oui			CMPEA	Non	
44	Non				Non	
45	Non			consult psycho dans les CEF	Non	
46	Non			suiwi psycho pendant un an dans le foyer quand il avait 12a,	Non	
47	Non			a eu des cs avec psycho en CEF	Non	
48	Non				Non	
49	Non				Non	
50	Oui			suiwi pedopsy vers l'âge de 10 lors de la séparation parentale et plus récent contexte obligation de soins	Non	
51	Non				Non	
52	Non				Non	
53	Non				Non	
54	Non				Non	

Antécédents de passage à l'acte					
Num P	Passages à l'acte		Passages à l'acte		
	Autoagressifs	Nombre	Détail	Hétéroagressifs	Nombre
1	Non			Oui	4
2	Non			Oui	2
3	Non			Oui	3
4	Non			Non	
5	Non			Oui	7
6	Non			Oui	2
7	Non			Oui	1
8	Non			Oui	4
9	Non			Oui	1
10	Non			Oui	6
11	Non			Oui	3
12	Non			Oui	2
13	Oui		scarifications et 2 TS	Oui	4
14	Non			Oui	1
15	Non			Oui	6
16	Non			Non	0
17	Non			Oui	1
18	Non			Oui	2
19	Non			Oui	17
20	Non			Oui	9
21	Non			Oui	8
22	Non			Oui	2
23	Non			Oui	6
24	Non			Oui	2
25	Non			Oui	4
26	Oui		crises avec PAL auto agressif, se frappait la tête contre les murs	Oui	5
27	Non			Oui	3
28	Non			Oui	6
29	Oui	3	scarifications lors de recrudescence anxieuse	Oui	2
30	Non			Oui	2
31	Non			Oui	3
32	Non			Oui	1
33	Oui		un épisode de scarifications , déséquilibre diabète (refus trt)	Oui	4
34	Non			Non	0
35	Non			Oui	5
36	Non			Oui	3
37	Non			Oui	1
38	Non			Oui	5
39	Non			Oui	1
40	Non			Non	
41	Non			Non	
42	Non			Oui	2
43	Oui		scarifications vers 10 ans	Oui	2
44	Non			Oui	
45	Non			Oui	5
46	Non			Oui	3
47	Non			Oui	1
48	Non			Non	
49	Non			Non	
50	Non			Oui	1
51	Non			Oui	2
52	Non			Oui	1
53	Non			Oui	3
54	Non			Oui	2

Num P	Antécédents familiaux psy	
	Oui / Non	Détail
1	Oui	Trouble bipolaire chez le père, notion de "crises chez la sœur"
2	Non	
3	Non	
4	Non	
5	Oui	notion de trouble mental chez la mère
6	Non	
7	Non	
8	Non	
9	Oui	notion de trouble mental chez l'oncle paternel
10	Oui	Trouble bipolaire chez sa mère
11	Oui	TS oncle maternel
12	oui	notion de trouble mental chez la tante maternelle
13	Oui	trouble borderline chez un frère
14	Oui	notion de trouble mental chez tante paternelle
15	Oui	trouble mental oncle paternel
16	Non	
17	Non	
18	Oui	suicide chez sa mère
19	Non	
20	Non	
21	Non	
22	Oui	notion de trouble mental chez un demi frère
23	Non	
24	Oui	TLU OH chez le père
25	Non	
26	Non	
27	Non	
28	Non	
29	Non	
30	Non	
31	Oui	notion de TS chez son frère
32	Non	
33	Oui	notion de dépression chez son père
34	Oui	notion de bipolarité chez la tante maternelle
35	Non	
36	Oui	EDC mère
37	Non	
38	Oui	trouble bipolaire mère
39	Oui	trouble mental chez sa sœur
40	Non	
41	Non	
42	Non	
43	Oui	schizophrénie chez le père
44	Non	
45	Non	
46	Non	
47	Non	
48	Non	
49	Non	
50	Oui	TS chez le père en 2014
51	Non	
52	Oui	EDC mère
53	Oui	notion de trouble mental chez la mère
54	Oui	alcolisme + EDC chronisme mère

Num P	Antécédents conduites addictives					Substitution Oui / Non
	Substances		Comportementale		Prise en charge	
	Oui / Non	Détail	Âge de début	Oui / Non	Détail	Oui / Non
1	Oui	THC/15 a /10 par jour/ Tabac:1 paquet par j/15a	14	Non	substituts nicotiques en détention	Non
2	Oui	THC /20 par j	15	Non		Non
3	Oui	THC/20 jpar j, Tabac:1/2paquet	15	Non		Non
4	Oui	THC/OH/Tabac/Cocaine	16	Non	substituts nicotiques	Non
5	Oui	THC occasionnel, tabac/qs dig par jour	13	Non	suivi addicto à marseille	Oui
6	Oui	tabac sevré	15	Non		Non
7	Oui	tabac: 8 cig par j et THC: 12 jpar j	16	Non		Non
8	Oui	THC et OH occasionnel	13	Non		Non
9	Oui	tabac et THC	16	Non		Non
10	Oui		15	Non		Non
11	Non			Non		Non
12	Oui	THC régulier, OH occasionnel	11	Non		Non
13	Oui	shit régulier sevré depuis 22 jours, et OH occasionnel	8	Non		Non
14	Oui	THC et tabac régulier	14	Non		Non
15	Oui	THC et tabac	10	Non		Non
16	Oui	THC et Tabac	16	Non	substituts nicotiques en détention	Oui
17	Oui	THC, et tabac, N2O ancien	12	Non		Non
18	Oui	tabac	14	Non		Non
19	Oui	Tabac/13a /15c/;THC/14a/8j/; Protoxyde d'azote/14a/occasionnel; OH/12a/occasionnel	12	Non		Non
20	Oui	Tabac/12a /8c/;THC/13a/10j/;sevré devant conséquences "nerveux"; Protoxyde d'azote/13a/rarement; OH/12a/occasionnel grande quantité	13	Non		Non
21	Oui	tabac/12a /10c/;THC/13a/irrégulier	13	Non		Non
22	Oui	Tabac/13a /7c/;THC/13a/10j/; OH/1rès occasionnel	14	Non		Non
23	Oui	THC/10 jpar j; tabac; OH/occasionnel; N2O	13	Non		Non
24	Oui	tabac 1 p par jour, THC:4 j par jour	13	Non		Non
25	Oui	chicha/N2O occasionnel	13	Non		Non
26	Oui	THC/25 jpar j; N2O	11	Non		Non
27	Oui	tabac: 1/2 paquet par jour, THC: 6 j par j	15	Non		Non
28	Oui	tabac: 4 par jour, THC: 12 par jour	12	Non		Non
29	Oui	lyrica, tramadol, rivotril, THC, tabac	13	Non	substituts nicotiques, et valium	Oui
30	Non			Non		
31	Oui	rivotril, lyrica, cocaine, shit/ tabac tous les jours	15	Non	en détention substituts nicotinique et anxiolyse	Oui
32	Oui	lyrica/shit	13	Non		Non
33	Oui	Tabac	15	Non		Non
34	Oui	THC: 7 j/ jr et Tabac	16	Non		Non
35	Oui	THC: 7 j/ jr et Tabac, OH occasionnel	14	Non		Non
36	Oui	THC et tabac	13	Non		Non
37	Oui	tabac et THC	15	Non		Non
38	Oui	THC et Tabac	13	Non		Non
39	Oui	THC et Tabac, OH occasionnel	12	Non		
40	Oui	THC, Tabac, Lyrica, cocaine	13	Non	en détention	Oui
41	Oui	Tabac	16	Non		
42	Oui	THC et tabac	14	Non		
43	Oui	THC et Tabac, OH occasionnel	13	Non		
44	Oui	THC Lyrica et Tabac	15	Non		Oui
45	Oui	THC	15	Non		Non
46	Oui	THC, N2o, tabac	12	Non		Oui
47	Oui	THC	14	Non		Non
48	Oui	THC, OH occasionnel	13	Non		Non
49	Oui	rivotril, lyrica, shit, tabac	15	Non	substitution anxiolyse en détention	Oui
50	Oui	shit , N2O	15	Non		Non
51	Oui	tabac	14	Non		Non
52	Oui	THC et tabac	15	Non		Non
53	Oui	tabac: qs cig par jour	15	Non		Non
54	Oui	Tabac et THC quotidien, OH occasionnel	13	Non		Non

Num P	Antécédents somatiques			
	Diagnostic	atcds somatique		TC
	CIM 10	Oui / Non	Détail	Oui / Non
1		non		Non
2		non		Non
3		Oui	opération abdomen blessure arme blanche	Oui
4		non		Non
5		Oui	fractures des membres	Oui
6		non		Non
7		Non	opération dents de sagesse,	Non
8		Oui	opéré de fracture, TC lors d'une chute dans l'enfance	Oui
9		Oui	TC lors d'un accident domestique dans l'enfance	Oui
10		Oui	opéré de plusieurs fractures lors de chute	Oui
11		Non		Non
12		Non	neuro, notion d'épilepsie, fractures multiples de la face lors d'une agression	Non
13		Oui	TC lors d'une chute en 2 roues	Oui
14		Non		Non
15		Oui	AVP avec TC à l'âge de 13 ans	Oui
16		Non		Non
17		Non		Oui
18	asthme	Oui	hospit en pneumo+ventoline, fracture de la mâchoire opérée	Oui
19		non		Non
20	asthme	Oui		Non
21		non		Non
22	asthme	Oui	ventoline en aigu	Non
23		Oui	opéré hernie inguinale enfance	Oui
24	asthme	Oui	ventoline, opéré d'une fracture du poignet	Oui
25	hémophilie	oui	non	Oui
26		Oui	non	Oui
27		Oui	fractures du poignet opérée	Non
28		Oui	opération DS, TC lors d'un AVP	Oui
29		Oui	TC lors d'une chute lorsqu'il avait 6 ans	Oui
30		Non		Non
31		Oui	TC	Oui
32		non		Non
33	Diabète 1	Oui	novorapid abasaglar,	Oui
34	asthme	Oui	ventoline	Non
35		Oui	chir œil droit post trauma et otoplastie en 2021	Oui
36		Oui	fractures opérées	Non
37		Non		Non
38	asthme	Oui	suivi pneumo cortisone et ventoline	Oui
39		Oui		Oui
40		Non		Non
41		Non		Non
42		Non		Non
43		Oui	TC chute 2 roues; fracture humérus	Oui
44		Non		Non
45		Non		Oui
46	epilepsie	Oui	TC chute; a eu des anti epileptiques	Oui
47		Oui	TC lors d'une bagarre	Oui
48		Non		Non
49		Oui		Oui
50		Non		Non
51		Non		Non
52		Non		Non
53		Oui	2 TC lors de 9 et 11 a, dont une hospit de 24h; fracture cheville	Oui
54	asthme	Oui	ventoline	Oui

Num P	Antécédents potentiellement traumatiques					
	Physique		Psychique		Sexuel	
	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
	Détail		Détail		Prise en charge	
	Liste		Liste		Détail	
1	non	oui	non	non	non	non
2	non	oui	non	non	non	non
3	oui	oui	non	non	non	non
4	non	oui	non	non	non	non
5	oui	oui	non	non	oui	suivi psycho en foyer
6	non	oui	non	non	non	non
7	non	oui	non	non	non	non
8	non	non	non	non	non	non
9	non	non	non	non	non	non
10	oui	oui	non	non	oui	début suivi psycho ASE
11	non	oui	non	non	non	non
12	oui	oui	non	non	oui	suivi psycho ASE
13	oui	oui	non	non	oui	début suivi psycho ASE
14	non	oui	non	non	non	non
15	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
16	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
17	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
18	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
19	non	oui	non	non	non	non
20	oui	oui	non	non	non	non
21	non	oui	non	non	non	non
22	oui	oui	non	non	non	non
23	non	oui	non	non	non	non
24	non	oui	non	non	oui	suivi psycho
25	non	oui	non	non	non	non
26	non	oui	non	non	non	non
27	non	non	non	non	non	non
28	oui	oui	non	non	oui	début suivi psycho
29	non	oui	non	non	non	non
30	non	non	non	non	non	non
31	oui	oui	non	non	non	non
32	non	oui	non	non	non	non
33	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
34	Non	Non	Non	Non	Non	Non
35	Non	Oui	Non	Non	Oui	oui suivi psycho
36	Non	Oui	Non	Non	Oui	suivi psycho
37	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
38	Non	Oui	Non	Non	oui	suivi psycho
39	Oui	Oui	Non	Non	oui	proposition de suivi psycho
40	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
41	Non	Non	Non	Non	Non	Non
42	Oui	Non	Non	Non	Oui	partielle début de suivi
43	Oui	Non	Non	Non	Oui	au spad
44	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
45	Non	Oui	Non	Non	Oui	cs psycho en foyer
46	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
47	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
48	Non	Non	Non	Non	Non	Non
49	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
50	Non	Oui	Non	Non	Oui	suivi psycho bref
51	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
52	Non	Non	Non	Non	Non	Non
53	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
54	Non	Oui	Non	Non	Oui	partielle début de suivi

➤ **Données socio-biographique :**

Num P	Parents			Données familiales			Relations familiales	
	Père / Mère / Les deux	Union parentale	Liens	Nombre	Détails	Liens	Détail	
1	Les deux	oui	bons liens ac sa mère, peu ac le père, séparation pds l'enfance puis ensemble depuis 1 an	2	seurs	relations tensionnelles	peu de contact	
2	Les deux	oui	peu de lien	3	2 seurs (10 et 7 a) et un frère (3a)	bons		
3	Mère	non	bons liens avec mère, père tcd en 2021, de maladie	3	frère 21ans, seurs 15 et 24 ans	bons		
4	Les deux	non	tensions avec père, bons liens avec sa mère	2	seur de 18 ans, et frère de 12 ans	très peu de lien	absentes	
5	Les deux	non	plus de contact depuis l'enfance	1	1 grand frère en famille d'accueil			
6	Les deux	oui	peu de contact depuis son arrivée en France. En Tunisie	12	2 grands frères en France, le reste en Tunisie	liens corrects		
7	Mère	non	bons liens, père décédé en 2007	1	frère de 23a et de 13a			
8	Les deux	oui	bons liens	3	une seur de 7			
9	Les deux	oui	parents au Maroc	3	frères de 15, 12 et 6 ans	liens corrects	rupture des liens depuis son départ du maroc	
10	Mère	non	a vu son père une fois, n'a plus de contact, très peu de lien avec sa mère	1	un frère 20a	liens corrects	absentes	
11	Les deux	non	séparés quand il était jeune	3	deux petites seurs et un petit frère	liens corrects	bons liens	
12	Mère	non	divorcé quand il était enfant, ne voit plus son père depuis, qui est au Maroc,	5	2 petits frères et 3 gds frères		peu de liens	
13	Les deux	non	séparation quand il était petit,	4	2 gds frères, et 2 demi petites seurs		bons liens	
14	Les deux	non	séparés il y a 2 ans, bons liens	3	2 petits frères et une petite seur	non au courant de son incarcération	bons liens	
15	Les deux	non	aucun contact avec ses parents depuis 4 ans, en conflit	2	une grande et petite seur	faibles	absentes	
16	Les deux	non	liens corrects	6	2 gds seurs, 1 gd frère, 1 petite seur, 2 petits frères	préservés		
17	Les deux	non	rupture avec la mère pd plusieurs années suite à un incident majeur	1	1 gde seur de 20 ans qui vit chez une tante	faibles	mauvaise qualité	
18	Père	non	mère décédée quand il était jeune, contact irrégulier avec son père	2	1 gd frère et 1 petite seur avec qui il n'a pas de contact	faibles	irrégulières	
19	Mère	non	rupture de contact depuis 3 a : a voulu obtenir l'identité de son père bio, une fausse identité donnée	2		faibles	père inconnu	
20	Les deux	non	bons liens, voit son père les week end en vacances	7	3 petits demi frères côté mère (1,3,8,2), 4 petits côté père, 1 petit frère et 3 petites seurs	faibles	séparation avant sa naissance / bonnes relations	
21	Les deux	non	bons liens avec sa mère, en contact avec son père, irrégulier	2	frère de 10a, seur de 20a		séparation quand il avait 10 ans / bonnes relations	
22	Mère	non	bons liens	1			ne voit plus son père depuis séparation parents à 6a, "haine"	
23	Mère	non	bons liens avec sa mère, père inconnu, ne l'a jamais vu	1	demi seur de 28 ans	bons liens		
24	Les deux	non	parents séparés l'enfance, bons liens	2	seurs 24 et 20a	bons liens	bonnes	
25	Les deux	non	rupture de contact ac son père il y a 5 a séparation parentale, "rejet", bonne entente avec sa mère	1	frère de 14a	bons liens		
26	Les deux	oui	ensemble, bons liens	3	seur 23a, frère 12 a et seur 14a	faibles	bons liens	
27	Les deux	oui	ensemble, bons liens	2	frères de 4 et 14 a	bons liens		
28	Les deux	non	père incarcéré, bons liens,	5	1 frère de 23, 24a dcd, une seur de 26, petit frère 2 ans, une petite seur de 14 a	faibles	le frère dcd était comme un "père"	
29	Les deux	non	en Tunisie séparés ne les a pas vus depuis 3 ans,	3	deux seurs de 19 et 18 ans, et un frère de 6 ans	liens corrects	liens corrects	
30	Les deux	non	séparés, ne parle plus à son père, bons liens à sa mère	2	seur de 3 a et frère de 15a	liens correct	peu de lien	
31	Les deux	non	séparés il y a 5 ans, en algérie, peu de contact	2	seur de 5a et frère de 24a			
32	Les deux	non	séparés, peu de contact	0				
33	Les deux	non	séparés quand il avait 6 ans, plus de contact avec son père	4	2 frères et 2 seurs,	correct	bons liens avec sa mère	
34	Les deux	oui	corrects	3	2 frères et 1 seur	bons	liens corrects avec ses parents	
35	Mère	non	séparés dans l'enfance,	6	3 seurs	correct	bons liens avec sa mère chez qui il vivait	
36	Mère	non	placement en foyer à ses 12 a, père inconnu	1	petit frère	absents	bonnes relations intrafamiliales	
37	Les deux	non	vit chez sa mère, très bons liens avec son père	1		correct	bons liens avec sa mère, s'en occupe ++	
38	Mère	non	père décédé avant sa naissance	2	1 frère de 40 ans	faibles	rupture de contact avec sa famille	
39	Les deux	dcd	parents décédés quand il avait 6 ans,	2	1 gd frère incarcéré et 1 grande seur	faibles		
40	Les deux	non	mère en Tunisie, père en Italie	4	2 frères et 2 seurs	corrects	liens avec sa mère surtout	
41	Les deux	oui	sur Paris	3	2 frères et une seur	corrects	faibles	
42	Les deux	non	vit chez sa mère à marseille, contacts avec son père absents	1	un frère sur marseille	absents	faibles	
43	Les deux	non	avéu chez sa mère à Mitamas	1	un petit frère	faibles	faibles	
44	Les deux	oui	en Algérie, plus de contact	4	2 seurs, 1 frère dcd et 1 bb MN	faibles	faibles	
45	Mère	non	départ du foyer maternel à 10 ans, contexte pb financier, père non connu	1	demi seur vit au Portugal chez son père	faibles	correctes	
46	Les deux	non	vivait chez sa mère, très bons liens	2	une petite seur et un grand frère	corrects	satisfaisante	
47	Mère	non	ne voit pas son père,	0		corrects	satisfaisante	
48	Les deux	oui	en Algérie	4	3 petites seurs et un petit frère	faibles	absentes	
49	Mère	non	séparation des parents qd il avait 12 ans, décès du père qd il avait 13 ans	1	1 petit frère	faibles	faibles	
50	Mère	non	ne voit pas son père,	3	1 gd frère, 1 petit frère et 1 petite seur	faibles	faibles	
51	Mère	non	ne connaît pas son père	4	2 petits frères et 2 petites seurs	faibles	faibles	
52	Les deux	non	vivait chez sa mère, voit son père régulièrement	1	demi frère de 31 a et demi seur de 11a	très bons	très bons liens avec sa famille	
53	Les deux	non	plus aucun contact avec sa mère depuis 5 ans	2	une seur de 24 a	faibles	plus de contact avec sa mère, très peu avec ses frères et seurs	
54	Mère	non	plus de contact avec son père depuis l'âge de 6 a	2	une grande seur et un demi petit frère	faibles	faibles	

Num P	Entourage amical		Loisirs
	Amis		
	Nombre	Détail	Détail
1	2	étayage amical faible, seulement des collègues avec qu'il fréquente dans un contexte de trafic de stupéfiants	foot et boxe
2	2	peu étayants	nsp
3	5	bons amis	foot
4	5	bon étayage	nsp
5	2	faible étayage	nsp
6	2	plutôt isolé	dessin
7	2	faible étayage	non
8	6	bon étayage	foot
9	2	étayage satisfaisant, vivait chez sa copine à Toulon	nsp
10	2	satisfaisant	non
11	4	une compagne	course à pieds
12	5	bon étayage	non
13	4	bons étayage	nsp
14	3	satisfaisant	sport
15	3	satisfaisant	boxe
16	2	satisfaisant	judo foot
17	1	faible étayage	
18	1	isolé	ne sait pas
19	3	plutôt proches	sport
20	3	plutôt proches	sport
21	6	proches	nsp
22			sport
23	4	bon étayage	ne sait pas
24	1	plutôt isolé	sport
25	10	bon étayage	sport
26	2	faible étayage	nsp
27	2	faible étayage	sport
28	6	bon étayage	nsp
29	1	isolé	non
30	1	faible étayage	non
31	1	faible étayage	nsp
32	1	isolé	ne sait pas
33	3	correct	sport
34	1	isolé	foot mais arrêt
35	6	bon étayage	non
36	3	correct	sport
37	3	satisfaisant	sport
38	8	bon étayage	ne sait pas
39	4	correct	non
40	1	isolé	non
41	1	faible étayage	nsp
42	3	satisfaisant	MMA
43	3	bon étayage	foot
44	1	isolé	foot mais arrêt
45	4	satisfaisant	moto
46	4	correct	non
47	3	correct	ne sait pas
48	2	correct	ne sait pas
49	1	isolé	boxe
50	3	correct	foot mais arrêt
51	2	correct	foot mais arrêt
52	4	correct	foot
53	3	correct	motocross
54	2	correct	ne sait pas

Nsp : ne sait pas

Num P	Social		
	Profession du père	Profession de la mère	Type de logement
	Détail	Détail	Détail
1	serveur dans un bar	femme de ménage	appartement
2	agent de sécurité carrefour	femme de ménage	appartement
3	ne sait pas	femme au foyer	appartement
4	travail de nuit dans une entreprise	secrétaire dans une agence immobilière	appartement
5	chauffeur de bus	caissière	appartement
6	ouvrier	femme au foyer	appartement
7	ne sait pas	femme au foyer	appartement
8	agent de sécurité	ASH	appartement
9	gérant d'une alimentation	mère au foyer	
10	ne sait pas	ne sait pas	appartement
11	gérant d'un garage	auxiliaire de vie	appartement
12	ne sait pas	ne sait pas	appartement
13	ouvrier	ouvrière dans une usine	appartement
14	agent de sécurité dans un carrefour	mère au foyer	appartement
15	peintre	ASH	appartement
16	ne sait pas	ne sait pas	
17	coiffeur	ne sait pas	
18	agent de sécurité	femme de ménage	appartement
19	beau père: plombier	femme au foyer	appartement
20	plaquiste	femme au foyer	appartement
21	patron d'un bar	aide soignante	appartement
22	pas d'emploi	femme de ménage	appartement
23	inconnu	puericultrice	
24	paysagiste	serveuse	appartement
25	facteur	AESH	appartement
26	déménageur	femme au foyer	appartement
27	chef de chantier	femme au foyer	appartement
28	incarcéré,	ASH	
29	maçon	femme au foyer	appartement
30	ne sait pas	auxiliaire de vie	appartement
31	agent de sécurité	agent cantine scolaire	appartement
32	ne sait pas	ne sait pas	appartement
33	electricien	secrétaire	appartement
34	garagiste	sans emploi	
35	ne sait pas	poste	
36	ne sait pas	ne sait pas	
37	livreur	magasin de prêt à porter	appartement
38	ne sait pas	aide à la personne	
39	trafic	ne sait pas	appartement
40	ne sait pas	femme au foyer	appartement
41	ouvrier	femme au foyer	appartement
42	ne sait pas	vendeuse	appartement
43	ne sait pas	ne sait pas	
44	vend des voitures	femme au foyer	appartement
45	ne sait pas	serveuse	appartement
46	ne sait pas	sans emploi	appartement
47	dessinateur	femme de ménage	appartement
48	receptionniste	couturiere	
49	ne sait pas	ne travaille pas	
50	ne travaille pas	aide soignante	appartement
51	ne sait pas	ne sait pas	appartement
52	cuisinier	ne travaille pas	appartement
53	handicap	ne sait pas	
54	ne sait pas	auiliaire de vie	appartement

Num P		Scolarité	
Niveau	Détail	Diplômes et activités professionnelles	Détail
1	SEPGA jusqu'en 3ème		
2	1ère professionnelle		CAP menuiserie, activité dans le trafic
3	arrêt 4ème, plusieurs exclusions d'établissement		lycée jusqu'en 1ère, formation mécanique moto, activité dans le trafic
4	arrêt en 3e, quelques exclusions d'établissement		aucun
5	5ème, exclusions		début formation en plomberie
6	arrêt en 3ème		formation electricien en cours
7	arrêt en seconde pro		cap carrosserie
8	arrêt en 3e, absentéisme scolaire majeur depuis la 5ème		début cap plaquiste, puis apprentissage mécanique moto, a bossé en tant qu'intermittent du spectacle et en tant que livreur
9	arrêt en 4ème		aucun
10	en ITEP depuis le CP jusqu'à 16a		aucun, travail non déclaré
11	arrêt en 3ème		apprentissage mécanique moto, non abouti
12	arrêt en 1ère		aucun travail non déclaré
13	arrêt en 6ème		aucun
14	arrêt en seconde mécanique bateau		aucun, travail non déclaré
15	arrêt en 3e		aucun
16	arrêt en 1ère Cap cuisine		aucun, travail non déclaré
17	arrêt 4ème		début de cap cuisine, trafic de stup
18	arrêt en 4ème		aucun, trafic de stup
19	arrêt en 6ème		aucun
20	2de générale		aucun, trafic de stup depuis l'âge de 12 ans
21	arrêt en 6ème		aucun, travail non déclaré
22	2de générale		début formation cuisine
23	arrêt en 3ème		début CAP mécanique, plusieurs boulots non déclarés
24	arrêt en 3ème		aucun, travail non déclaré
25	arrêt en 4ème		début de CAP cuisine
26	arrêt en 3ème		aucun, travail non déclaré
27	arrêt en 2de pro		aucun, travail non déclaré
28	arrêt 6ème,		début CAP menuiserie
29	arrêt en 5ème		stage en mécanique moto en EPM
30	arrêt première bac pro		aucun, travail non déclaré
31	arrêt en première		aucun, travail non déclaré
32	arrêt en 5ème		aucun, travail non déclaré
33	arrêt 4ème		aucun diplôme
34	arrêt seconde		a commencé une formation en tant que chauffeur routier
35	arrêt 6ème		apprentissage plomberie
36	arrêt 4ème		aucun
37	arrêt seconde		baifa
38	arrêt en 3e		début de formation en mécanique
39	arrêt en 5ème		Formation en vente
40	arrêt en 3ème		formation boucherie
41	arrêt en 3ème		aucun
42	arrêt en 1ère		formation
43	arrêt 6ème		CAP cuisine non abouti
44	arrêt 3ème		aucun
45	arrêt en 5ème		formation plombier
46	arrêt seconde cap		formation espace vert et mécanique
47	arrêt 3ème		cap cuisine
48	arrêt 4ème		CAP electricité
49	arrêt en 3ème		aucun
50	arrêt en seconde pro elec		aucun
51	arrêt en seconde pro maintenance		aucun
52	arrêt en 2de pro cuisine		formation non abouti
53	arrêt en CFA carrosserie		formation non abouti
54	arrêt en 3ème		aucun

Num P	Projets de vie	
	Quotidien	Projets professionnels
	Détail	Détail
1	Foyer	reprendre le CAP menuiserie
2	retour au domicile parental	formation mécanique
3	retour au domicile maternel	"dans le bâtiment", "avoir des entreprises et avoir bcp d'argent"
4	CEF puis Foyer	ne sait pas
5	transfert EPM	ne sait pas
6	foyer	formation
7	NSP	formation
8	NSP	soudeur
9	Italie avec sa compagne	trouver une formation
10	appart à Rodez	repandre apprentissage mécanique
11	s'installer avec sa compagne	ambulancier ou mécanique
12	NSP	aucun
13	NSP	"travailler à l'usine, armée, ou dans une association"
14	NC	"repandre le lycée ou formation carrosserie ou clim"
15	foyer	aucun
16	NSP	en restauration
17	NSP	mécanique ou bâtiment
18	NSP	formation,
19	foyer	chauffeur PL, ouvrir alim ou snack
20	retour chez sa mère	CAP peinture
21	retour chez sa mère	formation en mécanique ou en cuisine
22	retour chez sa mère	cap mécanique bateau
23	CEF Avignon	formation canine, autoentrepreneur
24	NSP	jardinier paysagiste pour travailler avec son père
25	CEF	projet de formation
26	NSP	livreur ou plombier
27	NC	electricien ou coiffeur
28	NSP	aucun
29	NSP	mécanique
30	CER	aucun
31	NSP	restauration
32	retour domicile parental	projet coiffeur ou plombier
33	retour chez sa mère	formation chauffeur routier
34	retour domicile parental	apprentissage plomberie
35	foyer	formation peinture
36	foyer	animation
37	retour chez sa mère	chauffeur livreur
38	appartement	gérant de snack
39	foyer	repandre formation
40	foyer	coiffeur
41	retour chez ses parents	formation
42	retour chez sa mère	repandre CAP
43	foyer	formation
44	NSP	coiffeur
45	foyer	livreur
46	retour chez sa mère	ne sait pas
47	retour chez sa mère	repandre CAP electricité
48	foyer	cuisinier
49	NSP	coiffeur
50	retour chez sa mère	aucun
51	foyer	chauffeur PL
52	retour chez sa mère	livreur
53	foyer	carrossier
54	foyer ou retour mère	ne sait pas

➤ *Données éducatives et judiciaires*

Num P	Données éducatives					Données judiciaires				
	ASE			PJJ		CER		CEF		Détention
	Oui / Non	Nombre de foyers	Nombre de familles d'accueil	Oui / Non	Nombre de foyers	Oui / Non	Nombre	Oui / Non	Nombre	Oui / Non
1	Non	0		Oui	2	Non		Oui	2	Oui
2	Non	0		Oui	2	Non		Non		Oui
3	Oui	0		Oui		Non		Non		Oui
4	Non	0		Oui		Non		Oui		Oui
5	Oui	18		Oui		Oui		Oui		Oui
6	Oui	1		Oui	1	Non		Non		Oui
7	Oui	0		Oui		Non		Non		Oui
8	Non	0		Oui		Non		Non		Oui
9	Oui	1		Oui		Non		Non		Oui
10	Oui	6	7	Oui	2	Non		Non		Oui
11	Non	0		Oui		Non		Oui		Oui
12	Oui	1		Oui		Non		Non		Oui
13	Oui	2		Oui		Non		Oui		Oui
14	Non	0		Oui		Non		Non		Oui
15	Oui	0		Oui	1	Oui	1	Non		Oui
16	Non			Oui	1	Non		Non		Oui
17	Non			Oui	1	Non		Oui	1	Oui
18	Oui	2	1	Oui	1	Non		Non		Oui
19	Oui	28		Oui		Oui	1	Non		Oui
20	Oui	7		Oui	1	Non		Oui	2	Oui
21	Non			Oui		Oui		Oui	1	Oui
22	Oui	3		Oui		Non		Non		Oui
23	Oui	2		Oui		Non		Oui		Oui
24	Oui	3		Oui		Non		Oui		Oui
25	Non			Oui		Oui		Non		Oui
26	Non			Oui		Non		Non		Oui
27	Non			Oui		Non		Non		Oui
28	Non			Oui		Non		Oui		Oui
29	Oui	1		Oui	2	Non		Non		Oui
30	Non			Oui		Non		Non		Oui
31	Oui			Oui		Non		Non		Oui
32	Oui	1		Oui		Non		Non		Oui
33	Non			Oui		Non		Non		Oui
34	Non			Oui		Non		Non		Oui
35	Non			Oui	1	Non		Non		Oui
36	Oui	4		Oui	2	Non		Non		Oui
37	Non			Oui		Non		Non		Oui
38	Oui	3		Oui	1	Oui	1	Oui	1	Oui
39	Oui	4	3	Oui	1	Non		Non		Oui
40	Oui	1		Oui		Non		Non		Oui
41	Non			Oui		Non		Non		Oui
42	Non			Oui		Non		Non		Oui
43	Oui	2		Oui		Oui	1	Oui	3	Oui
44	Oui			Oui	1	Non		Non		Oui
45	Oui	2		Oui	1	Non		Oui	3	Oui
46	Oui	1		Oui		Non		Non		Oui
47	Non			Oui		Non		Oui	1	Oui
48	Non			Oui		Non		Non		Oui
49	Non			Oui		Non		Non		Oui
50	Non			Non		Non		Non		Oui
51	Non			Oui	1	Non		Oui	4	Oui
52	Non			Oui		Non		Non		Oui
53	Oui			Oui	1	Non		Non		Oui
54	Non			Oui	1	Non		Non		Oui

Données cliniques						
Num P	Actes délinquants Détail	Critique ?	Contact Détail	Disponibilité pour l'échange Oui / Non / Modérée	Propos délinquants Oui / Non	
1	fugues récidivantes foyer--> domicile familial malgré une mesure éloignement, PAL hétéroA sur sa sœur, trafic de stup	oui	contact fermé	Modérée	Non	
2	trafic de stup	oui	bonne qualité	Oui	Non	
3	port d'armes, vols, refus d'obtempérer	non	distant	Modérée	Non	
4	vols de voitures à mains armées, trafic de stup	oui	bon	Oui	Non	
5	PAL hétéroagressifs	non	agressif	Non	Non	
6	outrage à agents, vols avec armes, fugues	oui	bon, légèrement inhibé	Modérée	Non	
7	tentative de meurtre	oui	bon, inhibé	Modérée	Non	
8	trafic de stup, violences	partielle	subagressif, tendu	Non	Non	
9	vols trafic de stup	oui	bon, légèrement inhibé	Modérée	Non	
10	vols voiture, cambriolages	oui	bon	Oui	Non	
11	bagarres et vols	oui	bon	Oui	Non	
12	trafic de stup	partielle	correct, inhibé	Modérée	Non	
13	dégradation de biens, vols, trafic de stup	partielle	correct, tension interne	Modérée	Non	
14	trafic de stup	oui	bon	Oui	Non	
15	violence sur personnes, séquestration, port d'armes	partielle	bon, inhibé	Modérée	Non	
16	trafic de stup, fugues, non respect C)	partielle	correct inhibé	Modérée	Non	
17	trafic de stup	partielle	correct, inhibé	Modérée	Non	
18	violences sur personnes	partielle	fermé	Non	Non	
19	crise classique, PAL hétéroagressifs, trafic de stup depuis l'âge de 12a, fugues	non	correct, fuyant	Modérée	Non	
20	actes violents hétéroagressif, fugues	non	correct	Oui	Non	
21	actes violents hétéroagressif, fugues de cef	partielle	bon, souriant	Oui	Non	
22	actes violents sur personnes	oui	bon souriant	Oui	Non	
23	extorsion avec armes, violences physiques sur personne, trafic de stup, fugue	oui	plutôt bon	Oui	Non	
24	vols de voiture et cambriolage	non	bon, souriant	Oui	Non	
25	proxénétisme,	partielle	bon, souriant	Oui	Non	
26	trafic de stup, violences	oui	bon	Oui	Non	
27	séquestration	partielle	bon, légèrement inhibé	Modérée	Non	
28	détention d'armes, tentative de meurtre, trafic	partielle	correct, tension palpable	Oui	Non	
29	trafic de stup, agression à coup de couteau	partielle	bon, anxiété palpable	Modérée	Non	
30	trafic de stup	partielle	distant, peu accessible	Non	Non	
31	vols	oui	bon contact, souriant	Modérée	Non	
32	vols, trafic de stup	oui	bon contact	Modérée	Non	
33	violence et séquestration	partielle	fermé	Non	Non	
34	trafic de stup	oui	inhibé	Modérée	Non	
35	violence et trafic de stup	partielle	fermé	Non	Non	
36	trafic de stup	partielle	correct	Modérée	Non	
37	trafic de stup ?	partielle	bon	Modérée	Non	
38	vols de voiture, destruction du DES non respect contrôle judiciaire	non	correct, tendu	Modérée	Non	
39	trafic de stup et vols	oui	bon	Modérée	Non	
40	trafic de stup	partielle	fermé	Modérée	Non	
41	trafic de stup et vols	partielle	correct, inhibé	Modérée	Non	
42	violence et trafic de stup	oui	bon	Oui	Non	
43	vols avec violence	partielle	correct, fermé	Modérée	Non	
44	vols	oui	bon	Modérée	Non	
45	violence et trafic de stup	partielle	correct, tendu	Modérée	Non	
46	violence, vols,	non	correct	Oui	Non	
47	trafic de stup, cambriolage	non	bon	Oui	Non	
48	notion de violence	oui	inhibé	Modérée	Non	
49	cambriolage	partielle	bon	Modérée	Non	
50	violences aggravées, outrage à agent	partielle	correct	Modérée	Non	
51	trafic de stup	non	fermé	Non	Non	
52	trafic de stup et vols	non	fermé, agressif	Modérée	Non	
53	violence sur son père + fugue	non	très fermé	Non	Non	
54	trafic de stup, non respect du contrôle judiciaire	partielle	correct, subagressif	Modérée	Non	

Num P	Données cliniques											
	Thymie		Idées suicidaires		Estime de soi		Impulsivité		Agressivité		Fonction instinctuelles	
	Détail	Oui / Non	Détail	Oui / Non	Détail	Oui / Non	Détail	Oui / Non	Détail	Oui / Non	Détail	Oui / Non
1	basse ant incarcération	Non			faible	Oui			Oui			troubles du sommeil, appétit préservé
2	basse, pleure en entretien, exprime des regrets	Non			faible	Oui			Oui			insomnies, perte d'appétit
3	euthymie	Non			bonne	Non			Oui			préservées, banalise l'incarcération
4	euthymie	Non			bonne	Non			Non			préservées
5	basse / incarcération	Non			faible	Oui			Oui			troubles du sommeil, perte d'appétit, tension interne manifeste,
6	bonne	Non			faible	Oui			Non			préservées, légers troubles du sommeil liés à la détention,
7	basse, / l'incarcération et l'affaire	Non			faible	Oui			Non			troubles du sommeil,
8	euthymie	Non			bonne	Non			Oui			préservées
9	euthymie	Non			bonne	Non			Non			préservées
10	euthymie	Non			correcte	Non			Non			préservées
11	euthymie	Non			bonne	Oui			Non			préservées
12	euthymie	Non			bonne	Non			Non			préservées
13	basse	Oui			faible	Oui			Oui			insomnies en lien avec tuminations anxiieuses
14	euthymie	Non			correcte	Non			Non			préservées
15	euthymie, tension interne	Non			correcte	Oui			Oui			préservées
16	euthymie	Non			bonne	Non			Non			préservées
17	euthymie	Non			correcte	Non			Non			préservées
18	basse	Non			faible	Oui			Oui			préservées
19	euthymie	Non			faible	Oui			Oui			préservées
20	euthymie	Non			bonne	Oui			Oui			sommeil: retard de phase majeur
21	euthymie	Non			bonne	Non			Oui			préservées
22	euthymie	Non			bonne	Non			Oui			préservées
23	euthymie	Non			bonne	Non			Oui			préservées
24	basse	Non			faible	Oui			Non			préservées
25	basse / l'incarcération, "injustice"	Non			bonne	Oui			Oui			troubles du sommeil liés aux conditions d'incarcérations
26	euthymie	Non			bonne	Non			Oui			préservées
27	basse / l'incarcération, "injustice"	Non			bonne	Oui			Non			troubles du sommeil liés aux conditions d'incarcération,
28	basse, en "colère"	Non			bonne	Non			Oui			tension interne, troubles du sommeil depuis l'arrivée en détention, appétit préservé
29	basse	Oui			faible	Oui			Oui			troubles du sommeil, ne mange pas à sa faim, sd de manque, tension interne manifeste
30	basse	Non			bonne	Non			Non			insomnies anciennes,
31	basse, irritabilité	Non			faible	Oui			Oui			troubles du sommeil liés aux conditions d'incarcération
32	euthymie	Non			bonne	Oui			Non			troubles du sommeil, anxiété
33	basse	Non			bonne	Oui			Oui			troubles du sommeil
34	euthymie	Non			faible	Oui			Non			troubles du sommeil
35	basse	Non			bonne	Oui			Oui			troubles du sommeil
36	basse / incarcération	Non			faible	Oui			Non			préservées
37	euthymie	Non			correcte	Oui			Non			préservées
38	euthymie	Non			bonne	Oui			Non			préservées
39	basse	Non			faible	Oui			Non			troubles du sommeil
40	basse	Non			faible	Oui			Non			troubles du sommeil et perte d'appétit en lien avec l'incarcération
41	euthymie	Non			correcte	Non			Non			préservées
42	euthymie	Non			correcte	Oui			Non			troubles du sommeil
43	basse	Non			faible	Oui			Oui			préservées
44	basse	Non			correcte	Oui			Non			troubles du sommeil
45	euthymie	Non			bonne	Non			Oui			préservées
46	basse / incarcération	Non			bonne	Non			Oui			troubles du sommeil
47	basse / incarcération	Non			bonne	Non			Non			préservées, souci pour sa mère
48	basse	Non			bonne	Oui			Non			troubles du sommeil
49	basse	Non			bonne	Oui			Non			troubles du sommeil et anxiété
50	basse	Non			bonne	Oui			Non			corrects
51	euthymie	Non			bonne	Non			Non			préservées
52	basse	Non			bonne	Oui			Oui			troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement ++
53	basse / incarcération	Non			correcte	Oui			Oui			préservées
54	basse	Non			correcte	Oui			Oui			difficultés d'endormissement, perte d'appétit

➤ **Prise en charge au SPAD**

Num P	Accueil		Consultations						Prise en charge en détention			
	Proposé	réalisé	Psychologues		IDE		Médical		Psychomotricien		CATTIP proposé	CATTIP réalisé
			Proposées	Réalisées	Proposées	Réalisées	Proposées	Réalisées	Proposées	Réalisées		
1	1	1	5	4	0	0	5	5	0	0	1	0
2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
3	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
4	1	1	1	0	0	0	3	2	0	0	0	0
5	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0
6	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
7	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
8	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
9	1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0
10	1	1	1	2	0	0	5	4	0	0	0	0
11	1	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0
12	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
13	3	0	2	0	4	3	3	1	0	0	1	0
14	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
15	2	1	0	0	1	0	2	0	3	1	0	0
16	1	1	0	0	2	1	2	1	2	1	0	0
17	1	1	0	0	2	1	2	1	0	0	1	0
18	1	0	0	0	2	1	2	0	0	0	1	0
19	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0
20	1	1	0	0	2	1	2	1	0	0	0	0
21	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
22	1	1	2	0	2	0	3	1	4	2	1	0
23	1	1	4	2	0	0	1	0	0	0	0	0
24	2	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0
25	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
26	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0
27	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
28	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
29	1	1	4	2	1	0	3	2	0	0	3	3
30	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
31	1	1	0	0	1	1	3	2	2	0	5	3
32	1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0
33	3	0	2	0	3	0	2	0	1	0	1	0
34	1	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0
35	1	1	1	0	3	1	2	0	1	0	1	0
36	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0
37	2	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	0
38	2	0	1	0	2	0	3	1	0	0	1	0
39	1	1	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0
40	2	0	1	0	2	1	2	0	0	0	0	0
41	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0
42	2	0	1	0	1	0	1	0	2	1	2	0
43	1	1	4	1	2	1	1	0	2	1	1	0
44	1	1	2	0	1	1	1	0	2	1	1	0
45	1	1	0	0	1	0	1	0	2	1	1	0
46	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
47	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4	2
48	1	1	2	0	2	1	3	1	1	0	2	0
49	2	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1
50	1	1	1	0	1	1	1	0	2	1	0	0
51	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
52	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
53	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
54	2	0	1	0	2	0	2	0	1	0	0	0

Prise en charge en détention		
Oui / Non	Détail	
Oui	valium 10 mg 1-1-1	
Oui		
Non		
Non		
Oui	valium 5mg et tercian 25 mg	
Non		
Non		
Non		
Non		
Non		
Oui		
Oui	Atarax 25 mg,	
Non		
Non		
Non		
Non		
Non		
Non		
Non		
Non		
Non		
Non		
Oui	xanax 0,25 mg le soir	
Non		
Oui	valium 10 mg 1-1-1, tercian 25 1-0-1	
Non		
Oui	seresta 10 mg et 50 mg	
Oui	lysaxnia 10 mg au coucher	
Non		
Non		
Non		
Non		
Non		
Non		
Non		
Oui	valium 5 mg soir	
Non		
Non		
Non		
Non		
Oui	theralene	
Non		
Oui	xanax 0,25 mg le soir	
Non		
Non		
Non		

Annexe 2 : Résultats données socio-biographiques

Données socio-biographiques					
Environnement familial					
Présence des parents	Aucun 6 (11.1%)	Mère seule 20 (37%)	Père seul 2 (3.7%)	Les 2 25 (46.3%)	NA 1 (1.9%)
Décès chez les parents	Aucun 48 (88.9%)	Mère décédée 1 (1.9%)	Père décédé 4 (7,4%)	2 parents décédés 1 (1.9%)	
Union parentale	Non 42 (77.8%)	Oui 11 (20.4%)			
Liens	Absents	Altérés / faibles	Corrects	Bons	NA
avec le père	20 (37%)	12 (22.2%)	11 (20.4%)	6 (11.1%)	5 (9.3%)
avec la mère	8 (14.8%)	14 (25.9%)	18 (33.3%)	12 (22.2%)	2 (3.7%)
avec les frères et sœurs	4 (7.4%)	23 (42.6%)	13 (24.1%)	11 (20.4%)	3 (5.6%)
Taille de l'adelphie	Moyenne 2.6	Médiane 2	Min 1	Max 12	N 54
Entourage amical	Absent (isolement) 10 (18.5%)	Satisfaisant 21 (38.9%)	Bon 23 (42.6%)		
Loisirs	Non 7 (13%)	Oui 19 (35.2%)	NSP 28 (51.9%)		

Social								
	Sans emploi	Agriculteur exploitants	Artisan/com mercant/chef d'entreprise	Cadre et prof intellec tuelle sup	Prof. intermédiaire	Employé	Retraité	NSP
Profession père	2 (3.7%)	0 (0%)	8 (14.8%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (22.2%)	0 (0%)	19 (35.2%)
Profession mère	19 (35.2%)	0 (0%)	2 (3.7%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (42.6%)	0 (0%)	7 (13%)

Scolarité		
Milieu	Ordinaire	Spécifique
	53 (98.1%)	1 (1.9%)
Arrêt scolarité au collège	Oui 34 (64.2%)	Non 20

Filière (lycée)	Générale	Professionnelle
	26,3%	73,7%

Formation/diplôme	Aucun	En cours	Validé
	27 (50%)	26 (48.1%)	1 (1.9%)

Projets de vie				
Quotidien	Domicile familial	Foyer ou CEF	Appart indépendant	NSP
	15 (27.8%)	19 (35.2%)	4 (7.4%)	16 (29.6%)
Projet professionnel	Oui 36 (66.7%)	NSP 18 (33.3%)		

Annexe 3 : Résultats données éducatives et judiciaires

Données éducatives et judiciaires					
Données éducatives					
ASE (foyer et mesures éducatives)	Absence	Mesures éducatives	Foyer ASE uniquement	Famille d'accueil	Foyer et famille d'accueil
	26 (48.1%)	7 (13%)	18 (33.3%)	3 (5.6%)	3 (5.6%)
	nombre min	nombre max	médiane		
Foyer ASE	1	28	2		
Famille d'accueil	1	7	3		
Données judiciaires					
		oui			
Suivi PJJ avant détention		22 (40,7%)			
Sans foyer		3 (5,6%)			
	Non	Oui	Nb min-max	médiane	
Avec foyer	35 (64,8%)	19(35,2%)	1/2	1	
	Aucun	CER avant détention	CEF avant détention	Les 2	
CEF/CER avant détention	35 (64.8%)	3 (5.6%)	12 (22.2%)	4 (7.4%)	
	nb min	nb max	médiane		
CER	1	1	1		
CEF	1	4	2		

Annexe 4 : Résultats données cliniques

Données cliniques				
Type d'actes délinquants	Contravention	Délit	Crime	
	0 (0%)	44 (81.5%)	10 (18.5%)	
Critique de l'acte	Non	Partielle	Oui	
	11 (20.4%)	25 (46.3%)	18 (33.3%)	
Contact	Altéré	Correct	Bon	
	17 (31.5%)	19 (35.2%)	18 (33.3%)	
Accessibilité à l'échange	Non	Modérée	Oui	
	9 (16.7%)	37 (68.5%)	8 (14.8%)	
Humeur/thymie	Basse	Euthymie	Hypomanie/manie	
	29 (53.7%)	25 (46.3%)	0 (0%)	
IDS/IDN au moment de l'entretien	Aucune	IDN	IDS	
	49 (90.7%)	3 (5.6%)	0	
IDS/ IDN au cours des 2 dernières sem		IDN	IDS	
		5 (9.3%)	2 (3.7%)	
Estime de soi	Mauvaise	Correcte	Bonne	
	16 (29.6%)	12 (22.2%)	26 (48.1%)	
Idées délirantes	Non	Oui		
	54	0		
Anxiété	Non	Oui		
Impulsivité	20 (37%)	34 (63%)		
Agressivité	22 (40.7%)	32 (59.3%)		
	37 (68.5%)	17 (31.5%)		
Fonctions instinctuelles	Préservées	Troubles du sommeil	Troubles alim	Troubles sommeil + alim
	28 (51.9%)	21 (38.9%)	0 (0%)	5 (9.3%)

Annexe 5 : Prises en charge au SPAD

PRISE EN CHARGE AU SPAD							
Consultations proposées et réalisées							
	Total	Moyenne (écart-type)	Médiane (1Q-3Q)	Min	Max	N	% réalisation
Consultations d'accueil proposées	78	1.44 (0.57)	1 (1 - 2)	1	3	54	
Consultations d'accueil réalisées	28	0.52 (0.5)	1 (0 - 1)	0	1	54	35,9%
Consultations de psychothérapie proposées	43	0.8 (1.25)	0 (0 - 1)	0	5	54	
Consultations de psychothérapie réalisées	12	0.22 (0.72)	0 (0 - 1)	0	4	54	27,9%
Consultations IDE proposées	71	1.3 (0.8)	1 (1 - 2)	0	4	54	
Consultations IDE réalisées	19	0.4 (0.6)	0 (0 - 1)	0	3	54	26,8%
Consultations médicales proposées	91	1.7 (1)	1 (1 - 2)	0	5	54	
Consultations médicales réalisées	22	0.4 (1)	0 (0 - 0)	0	5	54	24,2%
Consultations psychomotricité proposées	27	0.5 (0.9)	0 (0 - 1)	0	4	54	
Consultations psychomotricité réalisées	9	0.2 (0.4)	0 (0 - 0)	0	2	54	33,3%
CATTP proposés	33	0.6 (1)	0 (0 - 1)	0	5	54	
CATTP réalisés	6	0.1 (0.5)	0 (0 - 0)	0	3	54	18,2%
Traitement en détention	Non	Oui					
Psychotropes	43 (79.6%)	11 (20.4%)					
Neuroleptiques	53 (98.1%)	1 (1.9%)					
BZD	45 (83.3%)	9 (16.7%)					
Atarax	52 (96.3%)	2 (3.7%)					
PEC addictologique en détention	47 (87%)	7 (13%)					

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.

RESUME

INTRODUCTION : Il existe peu de données statistiques sur les mineurs incarcérés en France. Elles montrent que cette population présente de multiples facteurs de risque de délinquance et défavorables à la santé mentale mais ne semble pas avoir plus d'antécédents médico-psychologiques que la population générale du même âge. De plus, la détention peut avoir un impact psychique considérable et aggraver les comportements délinquants.

OBJECTIFS : L'objectif de notre étude est de décrire sur les plans épidémiologique et clinique les mineurs incarcérés au centre pénitentiaire d'Aix Luynes, ainsi que d'exposer l'offre de soin qui leur est proposée par le SPAD (service de soins psychiatriques ambulatoires aux détenus), afin de mieux connaître leur état de santé mentale, et amener des pistes de réflexions sur les soins psychiques aux mineurs incarcérés.

METHODE : La récolte des données quantitatives et qualitatives repose sur la passation d'un hétéro-questionnaire à tous les mineurs arrivants dans le centre pénitentiaire d'Aix-Luynes entre le 2 mai 2023 et le 30 octobre 2023. Certaines données sont recueillies via le logiciel de traitement de données sur les détenus.

RESULTATS : Les résultats montrent que les antécédents médico-psychologiques sont peu fréquents dans cette population. Les conduites addictives et les antécédents d'évènements potentiellement traumatiques ressortent chez la majorité des mineurs interrogés. Il est retrouvé des antécédents de traumatisme crânien chez un peu plus de la moitié de l'échantillon. Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence des symptômes cliniques spécifiques ni d'apprécier suffisamment leur état de santé mentale. Enfin, nos résultats révèlent un accès au SPAD limité par plusieurs facteurs.

DISCUSSION : Le dépistage en santé mentale chez les mineurs incarcérés semble insuffisant. Il paraît primordial d'améliorer les actions de prévention des risques liés aux consommations de substances psychoactives dans cette population. Enfin, il semble indispensable d'adapter les dispositifs de soins psychiques en détention, en favorisant différentes modalités de soins, comme les ateliers thérapeutiques. Pour ce faire, davantage considérer la dimension psychique en milieu carcéral semble nécessaire.