

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2012

Thèse N° 019/12

**LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES AU SEIN D'UNE
POPULATION DE FILLES MINEURES
DELINQUANTES
(A propos de 50 cas)**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 08/03/2012

PAR

Mr. CHAHBOUNI MOHAMMED

Né le 02 Avril 1981 à Fés

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Troubles psychiatriques - Filles mineures - Délinquance

JURY

M. HIDA MOUSTAPHA.....	PRESIDENT
Professeur de Pédiatrie	
M. RAMMOUZ ISMAIL.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Psychiatrie	
Mme. CHAOUKI SANA.....	} JUGES
Professeur agrégé de Pédiatrie	
Mme. LAKHDAD IDRISSI MOUNIA.....	
Professeur agrégé de Pédiatrie	
M. AALOUANE RACHID.....	MEMBRE ASSOCIE
Professeur assistant de Psychiatrie	

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	4
1. Introduction :.....	5
2. Définitions de la délinquance:	8
3. La délinquance :	9
3.1. Le premier groupe : les délinquants sporadiques,	9
3.2. Le deuxième groupe : les délinquants explosifs,	10
3.3. Le troisième groupe : les délinquants persistants intermédiaires	11
3.4. Le quatrième groupe : les délinquants persistants graves.....	13
4. La personnalité des délinquants:	15
4.1. Le développement de la personnalité :.....	15
4.2. La personnalité des délinquants :	17
4.2.1. Le noyau de la "personnalité délinquante" :	17
4.2.2. Traits de la "personnalité délinquante" :	19
5. Les formes du passage à l'acte chez les délinquants :.....	23
5.1. Atteinte à la propriété :	23
5.1.1. Le vol avec effraction :.....	23
5.1.2. Le vol à l'étalage :.....	24
5.1.3. Le vol simple :	24
5.1.4. Le vol d'un véhicule à moteur :	24
5.1.5. Le vandalisme :	25
5.1.6. Le vol sur la personne et le vol grave :	25
5.2. L'attaque sur la personne :	26
5.3. Les autres catégories de délits :.....	26
6. Etiologies :	29
6.1. Facteurs sociaux :	29

6.1.1.	Le statut socio-économique inférieur :	29
6.1.2.	L'influence de la bande ou du groupe :	29
6.1.3.	L'appartenance à une minorité ethnique :	30
6.1.4.	La famille :	30
6.2.	Facteurs individuels.....	31
6.2.1.	Une condition physique anormale :	32
6.2.2.	Les facteurs biologiques	32
6.2.3.	L'abus d'alcool ou de drogues :	36
6.2.4.	L'ajustement émotionnel inadéquat :	36
6.2.5.	Un faible niveau d'engagement	37
6.2.6.	Les problèmes scolaires peuvent aussi être une cause de délinquance..	37
6.3.	Théorie des causes prédisposantes et des causes motivantes :.....	38
6.3.1.	les causes prédisposantes :	39
6.3.2.	Les causes motivantes :	40
6.4.	Etiologies psychiatriques :	41
6.4.1.	Troubles d'apprentissage :	43
6.4.2.	Le retard mental.....	44
6.4.3.	Troubles de personnalité	44
6.4.4.	La dépression :.....	46
6.4.5.	Troubles anxieux :	46
6.4.6.	La schizophrénie :	47
6.4.7.	Les conduites addictives :	48
7.	Différences entre délinquance de femmes et celle des hommes :.....	49
8.	Prise en charge :	50
8.1.	Les thérapies psychosociales :	50
8.1.1.	Les programmes éducatifs parentaux :	50
8.1.2.	Les thérapies cognitives :.....	52

8.1.3. Les approches multisystémiques :	54
8.2. Les traitements pharmacologiques :	56
8.2.1. Les thymorégulateurs :	56
8.2.2. Les neuroleptiques :	57
8.2.3. Les psychostimulants :	57
8.2.4. Les autres molécules	58
NOTRE ETUDE.....	61
I-Méthode	60
II-Résultats.....	62
III-Discussion	70
IV-Les limites du travail.....	79
V-Perspectives et conclusion.....	80
ANNEXES.....	82
Résumé	86
Références.....	96

Liste des abréviations

AMM	: Autorisation de mise au marché
BDI	: Echelle de Beck
DSM	: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ECA	: Epidemiology catchment area
EDM	: Episode depressive majeure
ESPT	: Etat de stress post traumatique
GABA	: Acide gamma amino-butyrique
HAMA	: L'échelle d'anxiété de HAMILTON
5-HIAA	: Acide 5-Hydroxy Indolé acétique
LCR	: Liquide céphalo-rachidien
MINI	: Mini international neuropsychiatric interview
PA	: Personnalité antisociale
PTSD	: Etat de stress post traumatique
S	: Signes
TC	: Trouble de conduite
THDA	: Trouble déficit de l'attention hyperactivité
TOC	: Trouble oppositionnel compulsif
TOP	: Trouble oppositionnel avec provocation

1. Introduction :

La délinquance des jeunes est un problème social qui fait intervenir plusieurs disciplines que ça soit légale, médicale et paramédicale en plus du volet social.

Elle peut prendre plusieurs aspects comme le vol, l'agressivité, le viol, l'attentat à la pudeur, les violations des règles, la toxicomanie juvénile et autres comportements similaires.

Beaucoup de jeunes détenus souffrent de troubles psychiatriques ; Une étude récente a trouvé une prévalence de 60% chez les garçons délinquants et de 70% chez les filles.

Ces chiffres dépassent de loin ceux de la population générale. [1]

Cela explique la relation intime entre délinquance et troubles psychiatriques.

Les troubles des conduites sont une nouvelle entité clinique décrite chez l'enfant et l'adolescent dans les classifications internationales psychiatriques.

La délinquance est une forme de cette inadaptation sociale, qui peut traduire des difficultés d'ordre psychologique, voire des troubles psychiatriques.

Au Maroc, chaque année, les juges des mineurs attachés aux différents tribunaux placent des centaines d'enfants entre huit et seize ans derrière les murs des centres de rééducation.

La délinquance des mineurs est un phénomène très majoritairement masculin. Elle est décrite souvent comme une activité essentiellement masculine. En outre, la majorité des recherches ayant tenté d'appréhender le phénomène de délinquance se sont basées sur des échantillons de garçons, et donc peu de données sont disponibles sur la délinquance des filles. Actuellement, l'attention se porte de plus en plus sur les phénomènes de délinquance féminine, avec l'apparition des gangs de filles.

Toutefois, la délinquance des filles mineures reste marginale au Maroc, à l'instar des pays arabes, vu le statut de la fille qui reste particulier, notamment pour le thème de l'égalité des deux sexes.

Pourquoi on a choisi cette étude ?

La réponse est qu'on a visité un centre social pour filles mineures en situation sociale difficile à Fès au Maroc, le centre ZIAT des filles délinquantes, et on a remarqué que plusieurs résidentes du centre souffraient de troubles psychiatriques.

On a pensé alors que ces troubles psychiatriques pourraient être la cause de délinquance et leur prise en charge pourrait redresser la fille pour la réintroduire dans la société.

Nous nous sommes interrogés particulièrement sur la question de la santé mentale des enfants : quel lien existe t-il entre une situation psychologique particulière durant l'enfance, et l'apparition tardive des troubles de conduites ultérieurement à l'adolescence ? Quel serait l'impact des événements de vie, notamment d'une situation sociale difficile (divorce ou absence des parents, maltraitance physique ou sexuelle...) dans l'incidence de ces troubles de conduites telle la délinquance juvénile ? Existe-t-il une spécificité féminine de la délinquance juvénile ? Quel rôle pourra jouer une prise en charge psychologique précoce dans la prévention ? Quel intérêt peut-on tirer d'une intervention institutionnelle ?

Tout en sachant que nous ne pourrions pas répondre à toutes ces questions. Nous avons considéré que le fait de traiter le sujet de façon descriptive nous aiderait sans doute pour la conception des états des lieux, qui est une étape essentielle pour la réflexion autour de ces questions.

Ce travail contient une partie théorique qui traite la délinquance dans tous ses côtés à savoir : les définitions, les différents types de délinquants, les traits de personnalité des délinquants, les délits commis, les étiologies, ainsi que la

spécificité de la délinquance féminine sachant que la littérature est pauvre dans ce sujet et traite surtout la délinquance masculine en raison de sa fréquence, par la suite on a traité les modalités de la prise en charge des jeunes délinquants.

La partie pratique contient une description des caractéristiques sociodémographiques des filles mineures en situation difficile, résidentes dans le centre ZIAT, des types de violences subies par ces filles, et une évaluation psychiatrique de cette population.

2. Définitions de la délinquance:

-Définition1 : Ensemble des infractions commises, considérées sur le plan social [2]

-Définition2 : Conduite caractérisée par des délits répétés, considérée surtout sous son aspect social [3]

-définition3 : (droit) ensemble des infractions relevant des tribunaux correctionnels ; par extension : ensemble des infractions aux lois, y compris les crimes et contraventions

Synonymes : criminalité, banditisme [4]

-Définition4 : Ensemble de comportements contraires aux intérêts de la société et interdits par la loi.

Les infractions sont classée selon leur gravité en 3 catégories :

- les contraventions : violences légères, tapage nocturne, conduite sans permis de conduire... (Petite délinquance)
- les délits : vols, dégradations, menaces, racket... (Moyenne délinquance)
- les crimes : homicides, viol, vol à main armée... (Grande délinquance)

La petite et moyenne délinquance (actes de vandalisme, cambriolages, vols à la roulotte, escroquerie, vol de voitures...), constituent une délinquance quotidienne, source d'un sentiment d'insécurité grandissant dans la population. [5]

3. La délinquance :

Selon le rapport de l'Inserm [6], la prévalence des troubles de conduites en population générale est croissante ; elle est de l'ordre de 3 à 9 % jusqu'à l'âge de 14 ans, avec une prévalence nettement inférieure chez les filles que chez les garçons. À partir de l'âge de 15 ans, cette prévalence reste stable chez les garçons, alors qu'elle diminue chez les filles. Les troubles de conduites sont moins manifestes chez les filles, ces dernières étant moins agressives que les garçons [7].

Les études comparatives utilisent le terme générique de jeune délinquant. Elles donnent l'impression que la personnalité du mineur délinquant est une entité homogène. La psycho-criminologie des mineurs nous enseigne que ce n'est pas le cas. Plusieurs travaux de recherche faits au Québec se sont intéressés à cette question de la différenciation parmi les jeunes délinquants, soit à partir de certains tests particuliers (le T.A.T., Côté, 1971 ; le Rorschach, Courteau, 1971 ; le DAP, Descôteaux, 1971), soit à l'aide d'une batterie de mesures psychométriques (Lagier, 1979 ; Fréchette et LeBlanc, 1980, 1987 ; Boisclair-Légaré, 1981). Ces derniers travaux établissent que les adolescents judiciairisés peuvent se diviser en quatre groupes relativement homogènes, puisqu'ils regroupent des individus partageant entre eux une même façon d'exprimer la délinquance et possédant des caractéristiques psychologiques et sociales spécifiques. [8]

3.1. Le premier groupe : les délinquants sporadiques,

Ce groupe est constitué par des jeunes dont la délinquance est épisodique et de gravité moindre, et il est loin de présenter un portrait toujours favorable. En effet, ces jeunes n'apprécient pas les valeurs sur lesquelles l'école se fonde et ne lui trouvent aucune autre justification ; ils refusent même l'idée que l'école puisse constituer une préparation valable à l'entrée sur le marché du travail. Cette

opposition à l'école se transpose même sur le plan du comportement, puisque bon nombre a déjà été mis à la porte.

Par ailleurs, les relations avec la famille, en particulier avec la mère, apparaissent positives. Un bon nombre bénéficient donc d'un intérêt à la fois positif et contraignant de leur mère dans leurs activités. Sur le plan psychologique, même si le groupe se révèle le moins handicapé des quatre, ses membres ne peuvent être assimilés à des adolescents normaux, car ils sont marqués par plusieurs problèmes. C'est en premier lieu, dans la sphère de la représentation sociale de soi, qu'un déficit assez prononcé se manifeste. Ces sujets sont aux prises avec une image de soi plutôt négative où s'entremêlent de l'insécurité, de la méfiance et de l'insatisfaction, ce qui contribue à entretenir chez eux un sentiment un peu trop vif d'aliénation et de malchance. [8]

3.2. Le deuxième groupe : les délinquants explosifs,

Ce groupe rassemble les jeunes qui se sont livrés à une délinquance hétérogène avec, au début ou au milieu de l'adolescence, une flambée de délits couvrant une période de temps limitée. En ce qui concerne leurs difficultés d'adaptation, ces sujets offrent, d'abord dans leur position face à l'école, un portrait sensiblement plus sombre que celui fourni par les délinquants sporadiques. Comme ces derniers, ils déprécient l'école, ils ne reconnaissent pas sa portée sur l'avenir et ils souhaitent décrocher immédiatement. En outre, ils refusent de faire passer l'exigence de la fréquentation scolaire avant leur goût de la liberté. Mais les mesures où le groupe se distingue, sont l'opposition active, comportementale en quelque sorte, à l'école, ce qui fait que plusieurs ont été mis à la porte de la classe, ont manqué l'école volontairement, ont réagi de façon hostile à l'endroit d'un enseignant et ont perturbé l'enseignement. En ce qui a trait au rôle didactique de la famille,

notamment à la supervision des activités par la mère, ce groupe dénote une détérioration très nette des relations. Non seulement la mère ne contrôle pas les activités, mais en plus elle ne les connaît pas et ne s'y intéresse aucunement. C'est le groupe où le ressentiment contre la famille d'origine est le plus élevé. Enfin, l'examen des résultats obtenus aux diverses mesures de personnalité démontre que les déficits psychologiques des délinquants explosifs augmentent systématiquement d'intensité par rapport aux sporadiques. Le secteur comportant le dysfonctionnement le plus marqué est celui de l'orientation interpersonnelle générale. Tout porte à croire que ces sujets éprouvent une difficulté considérable à se sentir liés à autrui. Les figures les plus négativement touchées sont les figures adultes, surtout celles à portée sociale symbolique, et les figures parentales.

Les délinquants explosifs se révèlent surtout menacés par un désengagement interpersonnel marqué. Les liens avec autrui paraissent nettement appauvris, même à l'endroit des figures de prédilection, et l'entrée en rôle social s'en trouvant assez fortement compromise. L'élément dominant qui se dégage dans leur cas est qu'ils sont assis entre deux chaises, aux prises en quelque sorte avec une vision fortement divisée, pour ne pas dire conflictualisée, de soi et des autres. Cette sorte d'écartèlement alimenterait leur délinquance, mais d'une façon qui semble inconstante. [8]

3.3. Le troisième groupe : les délinquants persistants intermédiaires,

Il est composé de sujets de délinquance tout en étant durable garde une ampleur limitée. Certains problèmes sont un peu plus généralisés chez ces sujets, notamment la dévalorisation de ce que l'école représente et véhicule, l'irrégularité de la fréquentation et le manque de motivation. De même, ils manifestent clairement une opposition ouverte à l'école mais pas plus que les explosifs. Assez

curieusement, la situation familiale de ce groupe apparaît moins défavorable que chez le groupe précédent. Pour la majorité, ce n'est donc pas là que le problème paraît se situer, bien qu'il soit clair que pour un bon nombre les relations avec la mère sont appauvries. Dans le même sens, sur le plan des variables psychologiques, un portrait un peu surprenant se dessine pour ce groupe. Les persistants intermédiaires se révèlent en effet moins marqués que les explosifs par des problèmes de distance interpersonnelle, bien que leur aptitude à se sentir apparentés aux autres demeure assez pauvre, et ce, pour une grande diversité de figures-rôles. En ce sens, ils sont loin de faire preuve d'une capacité d'assimilation à autrui aussi forte que les adolescents conventionnels, mais ils s'en tirent mieux que les explosifs ou les délinquants graves. Ils manifestent en outre une affinité élective un peu plus forte que les deux groupes précédents à l'endroit des figures délinquantes, tout comme ils s'orientent sensiblement plus vers l'idéal criminel. Ils glissent donc, plus que les sporadiques et plus que les explosifs, vers des modèles délinquants, un peu comme si leur capacité plus forte de se lier à autrui jouait contre eux et contribuait à les rapprocher d'individus antisociaux. De même, les mesures qui touchent à des caractéristiques plus proprement endopsychiques ne révèlent pas de déficiences marquées. Bien sûr, ces sujets sont frappés de déficits psychologiques importants ; ils se sentent inaptes à fonctionner adéquatement. Ils sont marqués par une conception négative de soi, empêtrés dans la morosité, la méfiance et l'hostilité, plus ou moins capables de se voir selon le point de vue des autres, aux prises avec le sentiment intense d'être différents et inférieurs, avec une vision bouchée de l'avenir et, corrélativement à tout cela, avec une forte propension à décharger massivement leurs tensions sans se soucier des exigences ambiantes. [8]

3.4. Le quatrième groupe : les délinquants persistants graves,

Il affiche une activité illicite caractérisée par l'abondance, la persistance et l'aggravation et il se démarque nettement des autres types pour les diverses mesures sociales et psychologiques. Ces délinquants nient à l'école toute signification positive et estiment que l'école est incompatible avec les exigences de leur vie future. Sur le plan très concret du comportement, il devient manifeste que la plupart des sujets sont non seulement en opposition virulente avec l'école, mais qu'en plus ils échappent dès la première partie de l'adolescence à son influence autant éducative que socialisatrice. Le manque de supervision parentale apparaît nettement plus répandu dans ce groupe que dans les autres, et en particulier en ce qui concerne le père, à l'exception bien entendu du groupe des explosifs chez qui ce problème s'est affirmé de façon prépondérante. Dans l'ensemble, ce groupe est celui qui paraît le plus nettement coupé des instances essentielles (école, famille). L'examen des résultats obtenus sur les tests psychologiques montre une accentuation systématique et parfois assez prononcée des diverses carences. Ainsi, en ce qui a trait au développement interpersonnel, il est clair que ces sujets accusent un déficit majeur, puisque leur score moyen qui traduit la capacité générale de s'associer à autrui est le plus faible des quatre groupes, tout comme celui qui indique leur efficience à se définir comme partenaires d'interactions sociales. Par rapport aux différentes figures-rôles, l'appauvrissement interpersonnel semble généralisé, entre autres pour la mère, le père, le prêtre, le policier et les autres adultes qui sont plus particulièrement rejetés ; par contre, l'assimilation perceptive aux figures antisociales est ici la plus marquée. Il est intéressant à cet égard de comparer les persistants graves avec les explosifs : ceux-ci se caractérisent en effet par une performance à peu près aussi faible que ceux-là en ce qui concerne la capacité interpersonnelle générale ; ce qui empêche le score moyen

des persistants graves de tomber vraiment plus bas que celui des explosifs, c'est leur niveau plus élevé d'association aux figures criminelles, à l'égard desquelles les explosifs maintiennent leur distance. Paradoxalement donc, et c'est sans doute ce qui permet de comprendre toute la gravité de leur rupture avec la réalité sociale, les persistants graves ne maintiennent un certain lien avec autrui que par le recours à un subterfuge, soit l'association avec d'autres individus qui sont aussi marginaux qu'eux-mêmes. Corrélativement, une accumulation prononcée de déficits se fait jour dans la personnalité. C'est ainsi que le concept de soi apparaît taxé d'éléments de destructivité, que la méfiance et l'hostilité s'accroissent terriblement, s'accompagnant en plus d'un sentiment de malaise dans les relations interpersonnelles et d'un sentiment d'irritation qui prennent chez ces sujets des proportions inquiétantes, que l'impression d'être coupés des autres devient très prononcée, surtout qu'elle est alimentée par diverses peurs (peur d'être inaptes, peur d'échouer, peur d'être rejetés, etc.), et que s'instaure une dynamique réactionnelle axée sur la fuite dans l'agir, sur la recherche plus ou moins consciente de troubles et sur la négation des problèmes. [8]

4. La personnalité des délinquants:

4.1. Le développement de la personnalité :

La personnalité est l'ensemble des traits psychologiques qui constituent l'unité de l'individu, sa singularité, son caractère, son comportement.

La construction de la personnalité commence à la naissance. C'est au début de la vie que le nourrisson met plusieurs besoins, dont celui d'être contenu. Il cherche des « limites physiques » pour sa « sécurité interne » en se réfugiant dans un coin du lit, dans les voix qu'il entend, dans les bras qui le portent, dans les objets ou les jouets qui l'entourent.

Ce besoin de sécurité se stabilisera au fil du temps. Il s'appuiera sur les relations tissées par l'individu tout au long de la vie.

Selon les explications de Brigitte Cellier, les adolescents ont particulièrement besoin de sécurité intérieure. En effet, l'adolescence est une période d'angoisse, de déstabilisation et de transformations, une période intermédiaire entre le monde des enfants et celui des adultes, c'est-à-dire des acteurs sociaux.

Cette phase de fragilisation est accentuée par les modifications du corps, par l'image que renvoie la puberté, sources de préoccupations existentielles.

Elle explique que les adolescents ont besoin à la fois « de repères, d'heureux pairs, de repaires et d'heureux pères ! ».

« De repères » : ils ont besoin de limites, de règles et de normes, lesquelles confortent leur besoin de « sécurité interne ».

La transgression représente bien souvent le désir inconscient de se confronter aux limites, à l'interdit, de se mettre à l'épreuve et en difficulté : comportements à risques, recherche de sensations fortes, sports extrêmes et conduite automobile dangereuse, abus d'alcool.

« D'heureux pairs » : ils ont besoin d'un groupe d'appartenance non déviant afin de s'identifier aux autres et faire comme eux, à l'exemple d'un miroir qui renvoie l'image de soi.

« De repaires » : ils ont besoin de lieux d'épanouissement, comme la chambre qui sera à l'image du jeune ; mais pour d'autres ce sera la cave, l'escalier, le foyer.

« D'heureux pères » : enfin, ils ont besoin d'adultes « solides » qui leur serviront de tuteurs ou de modèles et qui représentent à leurs yeux la sécurité et la stabilité.

L'adolescence est donc une période difficile au cours de laquelle un jeune quitte progressivement l'enfance pour se préparer à entrer dans le monde des adultes. C'est un moment de fragilité et de maturation psychologique où l'adolescent cherche à donner un sens à sa vie et à construire sa propre identité.

Cette période normale de l'évolution physique et psychologique est souvent corrélée à la notion de crise. En fonction de son degré de préparation à devenir un adulte responsable intégrant la vie active, l'adolescent risque, durablement ou non, d'être en conflit avec la société, sa famille, son environnement et lui-même.

Des traits psychologiques sont spécifiques à cette période : l'instabilité émotionnelle, la suggestibilité (influçabilité et manque de critique), l'impulsivité (difficulté à se contrôler), l'intolérance aux frustrations (privations et interdits mal supportés), l'immaturité, et l'absence de projets à long terme.

Des signes annonciateurs d'inadaptation peuvent jalonner ce moment difficile : fugues, tentatives de suicide, désengagement scolaire, et conduites addictives.

Il ne faut pas oublier que l'adolescence est une période de bouleversement hormonal et de transformation physique, tant pour les garçons que pour les filles.

4.2. La personnalité des délinquants :

À propos des adolescents délinquants, Alain Bauer et Xavier Raufer notent: « qu'il y a un oubli absolu, d'ordre idéologique, de la dimension biologique du crime : en effet, les acteurs des agressions et des guerres des gangs sont toujours de jeunes mâles de 15 à 25 ans, dont le taux élevé de testostérone, dû à la puberté, explique un comportement d'autant plus violent qu'il est asocial, c'est-à-dire non canalisé par l'éducation ou l'école, vers des activités positives (sport, travail, etc.)».

Les risques de transgression par des individus psychologiquement perturbés peuvent être induits par des carences sociales (précarité, sentiment d'exclusion, marginalisation et rejet du corps social), familiales (parents démissionnaires, relégués, désemparés ou inexistants), intellectuelles et éducatives (échec scolaire, illettrisme, absentéisme, désengagement scolaire), affectives (sentiment d'abandon des jeunes livrés à eux-mêmes, rôle ambivalent de la mère, laxiste, rejetante et hyperprotectrice à la fois, père absent, ou défaillant bien que présent physiquement), des conduites addictives qui favorisent le passage à l'acte et des complications psychiatriques (bouffées maniaques et délirantes, dépressions graves, psychoses à forme caractérielle, troubles impulsifs). [9]

4.2.1. Le noyau de la "personnalité délinquante" :

La "personnalité délinquante" : définie par Leblanc et Fréchette en 1988 et 1989, décrite comme un syndrome s'élaborant peu à peu et se consolidant au milieu de l'adolescence. Trois symptômes la décrivent : l'enracinement criminel, la dyssocialité, et l'égoïsme.

-*Enracinement criminel* : caractérise la façon dont s'installe la criminalité au sein de la personnalité. Il s'organise à partir de 2 processus : l'activation et l'aggravation, autrement dit la précocité de l'agir délictueux, et différentes étapes de l'aggravation : apparition de la délinquance au cours de la latence, exploration

(petits vols par exemple), explosion et engagement dans des délits plus graves, aggravation, et systématisme.

-*Dyssocialité* : émane de l'éducation familiale, de la réaction sociale à des conduites déviantes ou de l'école (parfois amplificatrice).

-*Egocentrisme* : isolement interpersonnel et hypo-socialité (pas de correspondance avec le social et inaptitude aux exigences et contraintes de la vie sociale).

Ces trois symptômes se retrouvent dans plusieurs états pathologiques :

Délinquant névrotique, marginal, immature, structuré etc... Ils sont proches des symptômes décrits dans le DSM-IV (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux).

A partir de cette conception, Leblanc et Fréchette distinguent 4 modes de délinquance (qu'on a déjà détaillés dans le chapitre précédent) :

- Délinquance sporadique (épisode)
- Délinquance explosive (lente évolution)
- Délinquance persistante mineure (gravité modérée due à une dévalorisation de soi)
- Délinquance persistante grave

(Il faut la différencier de la Personnalité Criminelle : Définie par Pinatel, d'après une idée générale basée sur l'organisation. Pinatel identifie une personnalité constituée par un noyau central composé de quatre traits en interaction : agressivité, égocentrisme, labilité et indifférence affective. La personnalité criminelle peut accompagner d'autres structures comme la structure caractérielle. La différence entre cette personnalité et les autres types de personnalités est que seule la réunion des traits mène à l'acte délictueux.) [10]

4.2.2. Traits de la "personnalité délinquante" :

Globalement, il s'agit de sujets hostiles à la société et aux diverses formes d'autorité, sujets qui privilégient les « liens forts » à l'intérieur de la cité ou de la communauté. Ces jeunes ne ressentent aucune culpabilité après avoir violé les règles applicables à l'ensemble de la société. Agressifs dans l'ensemble, ils sont indifférents à la souffrance des autres et rejettent toutes formes de discours moralisateurs.

Le rapport de la Commission d'enquête sénatoriale relatif à la délinquance des mineurs note que la plupart des spécialistes entendus ont constaté qu'une proportion importante de mineurs délinquants présentait des troubles sérieux du comportement. [9]

Parmi les traits de personnalité les plus caractéristiques on peut noter :

4.2.2.1. L'impulsivité :

Violents et agressifs, la plupart des jeunes transgressifs ne recherchent que l'assouvissement de leurs désirs et de leurs pulsions qu'ils ne contrôlent pas. Susceptibles et hypernerveux, ils réagissent hostilement à la moindre frustration ou contrariété ressentie.

4.2.2.2. L'instabilité :

C'est le fruit du déséquilibre émotionnel. Cette instabilité affective et professionnelle provoque un manque de confiance en soi, privant ainsi durablement l'individu de la capacité à mener une existence régulière et stable, c'est-à-dire à envisager un avenir, à conserver un emploi, à vivre durablement en famille.

4.2.2.3. L'hostilité à la conformité et à l'autorité :

Le sujet ignore la loi, qui n'est pas respectée car elle n'est ni entendue ni intégrée à la personnalité. Il ignore également les règles de la vie collective qui lui ont été mal ou non transmises du fait de la non-assimilation des valeurs sociales et culturelles d'une société donnée. Il ne ressent donc pas de réelle culpabilité à transgresser les normes établies et admises par la majorité. Il rejette toute morale et éprouve une véritable répulsion pour les obligations communautaires, développant ainsi une identité sociale négative.

4.2.2.4. La pauvreté cognitive et culturelle :

C'est la conséquence de l'échec scolaire précoce. Cette carence intellectuelle se traduit concrètement par de nombreux cas d'analphabétisme, d'illettrisme, avec un discours pauvre, fruste, dépourvu de réflexion, de mentalisation suffisante et de sens critique.

Pour les psychologues, le passage à l'acte représente une forme de primauté des pulsions sur la raison, de l'agir sur la réflexion.

4.2.2.5. L'imprévoyance des conséquences de leurs actes :

Cette « irresponsabilité » est liée au déficit cognitif, éducatif et à la non-intégration des interdits. Le sujet est incapable de mesurer et d'anticiper la gravité et les répercussions de ses actes. Il cherche surtout à rendre les victimes responsables de la situation qu'elles auraient elles-mêmes favorisée.

« Éducateurs et pédagogues sont frappés par la limitation de l'horizon temporel de beaucoup de jeunes, dont les capacités d'anticipation sont restreintes, non seulement du fait de la prévalence de l'immédiateté au détriment de l'effort élaboratif, mais aussi du fait de l'accélération vertigineuse des changements de repères économiques et sociaux ».

4.2.2.6. L'indifférence affective :

Ces personnes agressives sont indifférentes à la douleur d'autrui et à la souffrance qu'elles causent à autrui. C'est la conséquence du climat familial et environnemental dans lequel elles ont toujours vécu, climat carencé fait de promiscuité, de violences physiques et morales, de sentiment d'abandon avec en toile de fond des problèmes liés à l'alcool et à d'autres conduites addictives. Elles ne peuvent pas ressentir de la compassion pour leurs victimes parce qu'il n'y a jamais eu de compassion véritable pour elles-mêmes.

4.2.2.7. L'immaturation :

Cette caractéristique psychologique est en corrélation avec l'âge des individus en cause et se traduit par l'absence de discernement moral et par l'insuffisance de leur développement intellectuel et affectif. L'immaturation favorise la suggestibilité, l'impressionnabilité, la dérive communautaire intégriste et un certain manichéisme de la pensée.

4.2.2.8. Le déni :

Il s'agit d'un mécanisme de défense psychologique qui consiste à nier la réalité de certains faits en vue de préserver l'intégrité psychique du sujet. Reconnaître sa responsabilité ou ses torts serait pour l'intéressé une forme d'anéantissement ou de chaos psychique. Concrètement, le déni se traduit par une succession de mensonges, non par provocation, mais parce qu'il y a tout simplement impossibilité à accepter la réalité et la responsabilité de la faute.

4.2.2.9. Le sadisme moral :

Il est considéré comme une forme agressive de la personnalité antisociale ou psychopathique. La personnalité sadique se caractérise par un ensemble de comportements cruels non associés à un but sexuel : violence physique ou morale (humiliation, punition d'un « faible »), plaisir face aux souffrances psychologiques ou physiques d'autrui, mensonge dans l'intention de blesser, intimidation par la peur ou la contrainte, fascination pour la violence. La personnalité sadique est dépourvue de respect envers les autres et d'empathie. Ce trouble s'accompagne souvent de traits de personnalité narcissique.

4.2.2.10. L'anomie :

Il ne s'agit pas d'un trait psychopathologique mais d'une forme de symptôme social dont on doit la description à Émile Durkheim. C'est selon Georges Kellens « L'état de celui qui est moralement déraciné, qui n'a plus aucun standard de vie, seulement des impulsions discontinues, qui n'a plus le sentiment de la continuité, qui n'éprouve plus le sentiment d'appartenir à aucun groupe, qui ne se sent concerné par aucune obligation. L'anomique est devenu spirituellement stérile, n'est sensible qu'à lui-même, se moque des valeurs des autres. Il vit sous le signe du reniement, du refus ». Chez les jeunes délinquants, l'état anomique fait apparaître un sentiment de totale liberté d'action que rien ne peut entraver. Ils vivent dans l'instant présent et sont incapables de se projeter dans l'avenir le plus proche. [9]

5. Les formes du passage à l'acte chez les délinquants :

LeBlanc et Fréchette (1991) présentent une description fouillée de 12 catégories de délits à des âges différents, mettant à profit les nombreuses informations recueillies sur le mode de perpétration de chaque acte, les circonstances, le mobile, la présence de partenaires, les réactions pendant et après le délit et les conséquences judiciaires. [8]

En résumé, voyons comment ils caractérisent les principaux types de délits au milieu de l'adolescence :

5.1. Atteinte à la propriété :

5.1.1. Le vol avec effraction :

Se définit comme une forme de délinquance généralisée qui en plus se présente avec une fréquence marquée de perpétration chez 25% des jeunes. Il est essentiellement une activité de petits groupes, se concrétisant à l'aide d'une structure de complicité où les 4/5 des voleurs par effractions affirment avoir joué un rôle actif. Il est prémédité la plupart du temps, soutenu par une préparation mentale et souvent même matérielle. Il découle, avant tout, d'une motivation utilitaire et acquise, bien que la recherche de l'excitation et le besoin de prouver quelque chose y tiennent largement leur place. La tension qui entoure l'acte commis est assez souvent absente et, pour une bonne moitié des sujets qui l'ont fait, la capacité de poser de tels actes sans broncher paraît acquise.

5.1.2. Le vol à l'étalage :

Est très répandu chez les pupilles du tribunal, puisque la moitié en ont commis, comparativement aux autres catégories de délits, en nombre record (en moyenne 22 délits par sujet). Ce délit est de préférence exécuté en groupe, ou plus exactement en petit groupe, composé généralement d'individus du même âge, le passage à l'acte se faisant d'abord pour l'excitation ou pour l'exploit, ensuite pour le gain matériel. La moitié seulement du groupe a préparé ses délits, l'autre moitié ayant sans doute agi sous l'impulsion du moment ou à la faveur des circonstances, ce qui explique que beaucoup de sujets ont ressenti de la tension. Enfin, les indices aggravants de dangerosité sociale (instruments, armes, violence, menaces, connaissance de la victime, intoxication, etc.) ne sont mobilisés que dans peu de cas, ce qui laisse croire que l'agir est de gravité moindre et a une portée criminogène plus faible.

5.1.3. Le vol simple :

Se définit comme un délit préparé, fait avec un ou deux complices, pour des raisons surtout utilitaires, sans connaître la victime et avec assez peu de tension pendant et après l'acte. Ayant, compte tenu de la nature des actes, une gravité moyenne, il apparaît marqué à la fois par la présence de certaines composantes criminelles et par l'absence de certaines autres, de même que par des nombres de sujets qui sont rarement élevés, de telle sorte qu'en définitive, il se classe probablement comme un agir surtout opportuniste et peu grave ;

5.1.4. Le vol d'un véhicule à moteur :

Sauf pour quelques-uns (15 à 20% des sujets) qui, à la fois, passent à l'acte régulièrement, opèrent pour le gain matériel, sont préparés, ont des instruments, peuvent procéder seuls, ressort plus comme une sorte de prouesse de groupe, n'ayant sans doute pas pour ceux qui l'ont commis une véritable signification antisociale. Il est limité pour bon nombre de sujets à une, deux ou trois occurrences,

et recherché surtout, semble-t-il, pour l'excitation ou pour sa gratification symbolique ;

5.1.5. Le vandalisme :

Se présente comme un passage à l'acte de groupes où prime la recherche d'excitation, dont le caractère impulsif ou opportuniste semble accentué et qui, malgré sa rentabilité, matérielle à peu près nulle, se retrouve chez un nombre quand même significatif de sujets de l'échantillon. Étant donné qu'il s'agit en plus d'un délit dont la portée est carrément destructrice et dont la fréquence est élevée pour environ 15% de l'échantillon total, on peut considérer le vandalisme comme une manifestation délinquante importante bien que limitée et qui s'estompe avec l'âge ;

5.1.6. Le vol sur la personne et le vol grave :

Le premier se présente comme un agir ayant une finalité avant tout acquisitive dans la grande majorité des cas, accompagné régulièrement de contrainte soit physique (impliquant des armes dans 1/3 des cas), soit psychologique, mettant à profit le concours d'un ou deux partenaires, du même âge le plus souvent, avec lesquels le sujet coopère activement, ne provoquant en général pas de tension, précédé assez fréquemment par de la préméditation, et un peu moins régulièrement par le recours à des instruments ; il vise presque toujours des victimes inconnues. Ajoutons qu'assez souvent, l'usage d'alcool ou de drogues illicites précède l'exécution de l'acte, ce qui, combiné au fait que près de 44% des sujets ne préparent pas le délit, tend à démontrer que le vol sur la personne se perpète tout aussi bien de façon impulsive ou opportuniste que de façon planifiée.

5.2. L'attaque sur la personne :

Sont classés selon leur fréquence : homicide volontaire, Coups de blessures volontaires entraînant la mort, Voies de fait, Menaces, outrages, Viols, Attentats à la pudeur.

Cette activité semble s'exprimer sous deux modes majeurs : d'abord, un mode intégré, instrumental, utilitaire, du genre assaillir quelqu'un pour lui extorquer un bien convoité ou pour l'éliminer comme obstacle dans la poursuite d'un but ; ensuite un mode impulsif, émotif, du genre se battre avec quelqu'un sous le coup de la colère, de la haine, ou pour régler un compte personnel. De plus, la présence d'armes souvent destructrices est fréquente, ainsi qu'un manque flagrant de sensibilité aux risques inhérents à de tels actes. Donc, délinquance secondaire sans doute, tout autant par le nombre d'adeptes que par le nombre d'actes, mais délinquance passablement dangereuse sous le premier mode comme sous le second, bien que pour des raisons différentes; [6]

5.3. Les autres catégories de délits :

Elles sont, par ordre de rang selon les fréquences de sujets : les menus larcins (20,7% des délinquants), la revente des drogues (8,4%), les désordres publics (7,7%) et les délits sexuels (2,1%). Elles présentent, chacune à sa façon, des caractéristiques particulières qui non seulement les distinguent entre elles, mais surtout les distinguent des catégories précédentes. Compte tenu des données analysées, les menus larcins et les désordres publics concrétisent ce qui peut être appelé la délinquance adolescente « typique », c'est-à-dire un agir auquel les caractéristiques de perpétration donnent une allure nettement plus dérogatoire, alors que les deux susmentionnées font beaucoup plus figure d'activités marginales, d'incartades juvéniles socialement tolérables et, sans doute, tout aussi répandues

chez les adolescents qui n'ont jamais été arrêtés ou inculpés que chez les pupilles du tribunal ; elles doivent donc être qualifiées tout au plus de délinquance mineure.

Par contre, la revente des drogues se rapproche plus, par les caractéristiques de structuration et d'intégration qui ont été relevées, d'un patron proprement antisocial, avec comme élément dominant l'exploitation organisée de la vulnérabilité des jeunes victimes.

Cette section sur la conduite délinquante ne saurait être complète sans mentionner la contribution originale de Cusson (1981) sur l'analyse des fins du comportement délinquant. Partant de données empiriques diverses, l'auteur propose une analyse stratégique du comportement délinquant. Il conçoit le délit comme un comportement orienté vers un résultat ayant sa rationalité propre, compte tenu des occasions qui s'offrent à l'acteur et de la conduite de ses adversaires. Ce n'est pas tant l'analyse stratégique de l'activité délinquante qui nous intéresse ici, mais plutôt la dissection qu'il fait des finalités du délit, des résultats que l'auteur se propose d'atteindre par son acte délinquant.

Cusson identifie 4 types de finalités et 13 fins qui « collent à l'acte même », selon son expression. Les types de finalités sont : l'action, le fait de commettre un délit pour déployer de l'énergie et pour avoir la sensation de vivre intensément ; l'appropriation, le fait de voler dans le but de profiter du bien d'autrui ; l'agression, le fait d'attaquer autrui pour le tuer, le blesser ou le faire souffrir ; et la domination, le fait de commettre un délit pour obtenir une suprématie quelconque. Ces 4 grandes finalités de la conduite délinquante se subdivisent en 13 fins : l'action (l'excitation et le jeu), l'agression (la défense et la vengeance), l'appropriation (l'expédient, la possession, l'utilisation, la convoitise, le supplément, la fête) et la domination (la puissance, la cruauté, le prestige). En plus d'établir l'existence de ces fins de l'activité délinquante, l'argument principal de Cusson (1981) est que de telles finalités ne sont pas exclusives aux délinquants. Elles sont le fait de tous même si

d'autres adolescents veulent satisfaire leurs besoins d'action par le sport, le jeu, le travail, etc., ou leur volonté de posséder, par le commerce, un emploi, l'épargne, etc. Ainsi, les conclusions de l'analyse stratégique de la conduite délinquante viennent compléter, sans contradiction aucune, les conclusions de Fréchette et LeBlanc (1987), selon lesquelles la délinquance est un épiphénomène de l'adolescence. [8]

6. Etiologies :

Les garçons ont un niveau de criminalité beaucoup plus élevé que celui des filles.

Comme tous les phénomènes liés au comportement, la délinquance et la criminalité trouvent leur origine dans de nombreux facteurs. C'est en fait l'ensemble de plusieurs facteurs liés entre eux qui peut pousser l'individu à adopter un comportement délictueux; il s'agit très rarement d'un seul de ceux-ci.

Autant chez les adolescents que chez les adultes, il existe deux grands ensembles de causes pouvant expliquer le phénomène de la délinquance: les facteurs sociaux et les facteurs individuels. [11]

6.1. Facteurs sociaux :

Selon la littérature, on peut dégager quatre grands facteurs sociaux de la délinquance et de la criminalité.

6.1.1. Le statut socio-économique inférieur :

Le fait d'être désavantagé sur le plan matériel peut engendrer un sentiment d'infériorité et créer chez l'individu le désir de posséder plus, comme les autres personnes qu'il peut côtoyer dans sa vie quotidienne.

Le recours au crime intervient alors dans le but de rectifier la situation;

C'est souvent à ce moment que l'on peut rencontrer des vols de tous genres.

6.1.2. L'influence de la bande ou du groupe :

Il est facile d'établir un lien entre l'influence du groupe et la participation à un délit, quel qu'il soit. Certaines personnes sont plus influençables que d'autres et, de plus, le groupe devient une famille pour celles-ci. Elles s'identifient aux autres qui sont comme elles et sont souvent prêtes à bien des choses afin d'obtenir la

reconnaissance de leurs pairs. La bande ou le groupe peut dans certains cas expliquer la délinquance et la criminalité.

6.1.3. L'appartenance à une minorité ethnique :

Toutefois, ce facteur est relativement moins important que les autres puisqu'il ne touche qu'une plus petite partie de ceux qui nous intéressent.

Dans ce cas, c'est le choc des cultures qui explique l'activité délictueuse. Le désir de se mouler à une culture tout en conservant celle d'origine peut parfois entraîner un conflit à l'intérieur de l'individu et le pousser à commettre des délits.

Ce facteur se rencontre beaucoup plus chez les enfants que chez les adultes; par contre, il peut avoir une incidence sur la vie de l'adulte en devenir.

6.1.4. La famille :

Il s'agit, selon les dires de nombreux auteurs comme D'Amours (1995), Fréchette ou LeBlanc (1987), du facteur clé relié à la délinquance et la criminalité. En effet, la famille influence considérablement le comportement de l'individu en lui fournissant un ensemble de rôles à suivre.

Or, lorsque la situation familiale présente certaines lacunes ou qu'elle inculque certaines valeurs négatives à l'enfant et l'adolescent, ces derniers développeront presque à coup sûr des troubles de comportement.

De façon générale, c'est le comportement négatif des parents qui est à la source du problème pris sous cet angle.

Par exemple, trop ou pas assez de discipline de la part des parents ou encore les punitions physiques que ceux-ci donnent à leurs enfants peuvent constituer un modèle de comportement que l'enfant répétera lui-même plus tard.

Le manque ou le surplus de discipline influencent grandement la perception que l'enfant a de lui-même et le poussent à adopter certains mécanismes de défense qui peuvent être de l'ordre de la recherche de valorisation par le crime ou encore une façon d'exprimer sa frustration s'il sent qu'on ne lui a jamais fait confiance.

Dans le même ordre d'idée, les familles dysfonctionnelles, c'est-à-dire les familles présentant des problèmes comme la violence conjugale, sont souvent à l'origine de comportements violents présents chez l'enfant. Ce dernier n'y trouve pas la sécurité et la stabilité dont il a besoin, ce qui crée chez lui une frustration qu'il peut tenter d'exprimer par le biais de la violence, notamment sur ses pairs. Aussi, dans plusieurs cas ces familles présentent elles-mêmes de la violence, modèle que l'enfant tend à reproduire puisqu'il s'agit du premier groupe auquel il s'identifie. Les liens affectifs faibles entre les membres de la famille peuvent avoir le même effet. De plus, l'absence de l'un ou l'autre des deux parents peut être problématique puisqu'il ne peut, étant absent, être un modèle pour l'enfant. Nous voyons donc que la famille est un facteur clé dans la compréhension du phénomène de la délinquance et de la criminalité.

Évidemment, celui-ci se rattache plus aux adolescents qu'aux adultes; toutefois, comme dans le cas de l'appartenance à une minorité ethnique, il détermine en grande partie ce que l'enfant sera appelé à devenir à l'âge adulte. [11]

6.2. Facteurs individuels

Naturellement, les facteurs sociaux à eux seuls ne peuvent expliquer toute l'ampleur de la délinquance et de la criminalité.

Il faut également se pencher sur les facteurs individuels, qui sont tout aussi importants. Ces derniers sont plus nombreux que les premiers et se rencontrent, encore une fois, tout autant chez les adolescents que chez les adultes. On cite chacun plus en détails.

6.2.1. Une condition physique anormale :

Elle peut être à la source de la délinquance et de la criminalité.

Si l'individu présente certains traits physiques anormaux et apparents aux yeux de tous, cela peut engendrer chez lui des complexes, donc une frustration permanente. Cette frustration peut, à son tour, l'inciter à poser certains gestes délictueux afin d'évacuer celle-ci. Le crime devient alors un mécanisme de compensation. [11]

6.2.2. Les facteurs biologiques

6.2.2.1. Les neuromédiateurs

L'étude des déterminants neurochimiques du comportement agressif met au jour l'importance du rôle facilitateur des catécholamines cérébrales (noradrénaline, dopamine en particulier) mais aussi celle de l'effet frénateur du GABA (acide gamma aminobutyrique). Cependant, les recherches les plus convaincantes dans le domaine sont celles menées sur la sérotonine.

Plusieurs études se sont récemment focalisées sur la relation inverse existant entre la concentration d'un métabolite de la 5HT dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) et le niveau d'agressivité, ce qui a permis de constater qu'un bas niveau est généralement associé à des comportements de délinquants impulsifs. Pour cette raison, plusieurs tentatives de traitement clinique sont menées soit par l'utilisation de précurseurs de la sérotonine soit à l'aide de bloqueurs de sa recapture présynaptique (molécules telles que le Prozac), soit encore par la stimulation de certains récepteurs post-synaptiques (5HT_{1-B}). En ce qui concerne la recherche sur la biologie des comportements suicidaires, c'est à l'équipe d'Asberg en Suède que l'on doit la liaison faite entre l'incidence des actes suicidaires et le taux d'acide 5-hydroxyindolacétique (5-HIAA), qui est un métabolite de la sérotonine, dans le LCR. L'étude conduite auprès de soixante-huit patients déprimés a montré de manière significative que les patients à taux faible de 5-HIAA (sous 15 ng ml⁻¹) effectuaient

des tentatives de suicide plus fréquentes que ceux présentant un taux fort de 5-HIAA et que ces sujets employaient des méthodes plus violentes. Ces résultats ont été plus tard confirmés par Van Praag. [12]

6.2.2.2. Hormones et agressivité

a- Les hormones sexuelles

Il semble encore trop prématuré d'affirmer que les concentrations d'androgènes chez les hommes non castrés soient associées aux comportements agressifs. En effet, plusieurs études menées auprès de sujets masculins détenus pour actes violents et en demande de castration chimique n'ont pas donné de résultats identiques. En 1972, l'étude de Kreuz et Rose, réalisée auprès de sujets masculins prisonniers, révèle qu'il n'est pas possible d'établir de relation entre les concentrations de testostérone et plusieurs mesures de l'agressivité. Cependant, deux ans plus tard, une autre recherche donne des relations positives entre ces deux mesures. [12]

Enfin, plus récemment, plusieurs recherches auprès de criminels sexuels ont indiqué que l'administration de substances anti-androgènes, tel l'acétate de cyprotérone qui exerce son effet en réduisant la production de testostérone et en rivalisant avec elle pour l'occupation des sites récepteurs à cette hormone, permet de réduire l'appétit sexuel et de mieux maîtriser ses pulsions.

Même si la relation causale entre des taux plasmatiques de testostérone élevés et les conduites agressives n'a pu être établie, des concentrations fortes de cette hormone semblent augmenter la sensibilité individuelle à la frustration ou à la menace. La testostérone faciliterait le déclenchement d'une réponse agressive mais ne serait pas l'inducteur primaire de ce comportement. Cette vision des choses est d'ailleurs en conformité avec le rôle général communément admis pour les hormones qui ont une influence sur nos comportements. Elles joueraient ainsi un rôle d'amplification des réponses émotionnelles et comportementales mais elles ne

peuvent en aucun cas déclencher à elles seules ces réponses (c'est le cas par exemple de l'adrénaline ou de la noradrénaline en liaison avec la peur). [12]

b- Les hormones cortico-surréaliennes

Les chercheurs restent pour le moment prudents et émettent d'importantes réserves quant à un rapprochement hâtif entre l'influence des hormones cortico-surréaliennes chez l'animal (qui semblent faciliter les comportements agressifs) et chez l'être humain. Mais d'autres molécules plasmatiques seraient impliquées dans les conduites agressives puisqu'il semble exister une association entre un taux sanguin de cholestérol bas et des comportements violents chez l'homme. Un traitement faisant baisser le taux de cholestérol provoque l'apparition de conduites agressives.

Même si ces résultats sont encore sujets à caution, ils procèdent d'une certaine logique puisque le cholestérol est le précurseur de synthèse de toutes les hormones stéroïdes, et donc en particulier des hormones sexuelles et corticosurréaliennes. [12]

6.2.2.3. Influence des gènes dans la personnalité antisociale et dans le comportement criminel

Il est à noter que la mise en évidence d'une part génétique dans les facteurs étiologiques des troubles du comportement, en particulier de l'agressivité, est basée sur des études familiales de jumeaux et d'adoption.

Afin de comprendre l'influence des gènes chez un sujet, il est nécessaire de distinguer les délinquants juvéniles, qui souffrent généralement de troubles de la conduite et qui en majorité ne développent pas de troubles profonds à type antisocial, des sujets qui présentent un comportement antisocial qui persiste une vie entière. En effet, l'étude de Lyons et al. [13], auprès de plus de 3000 paires de jumeaux de sexe masculin, a montré que les causes des symptômes antisociaux semblent différentes selon qu'ils sont observés à l'adolescence ou à l'âge adulte ; la

part des gènes devient plus importante pour l'étiologie des troubles chez l'adulte, et celle du partage du milieu de vie diminue.

Une autre étude du même auteur portant sur 3000 paires de jumeaux délinquants de sexe masculin montre que les gènes semblent contribuer au comportement criminel de ces sujets. Toutefois, il faut préciser que leur influence sur ce comportement est négligeable avant l'âge de quinze ans. Ainsi, le partage du milieu de vie contribue grandement à ce type de comportement, ce qui confirme les précédents travaux de l'auteur. [12]

Par ailleurs, l'étude de jumeaux séparés et adoptés dans des familles différentes montre que des conduites antisociales agressives sont sous une influence génétique plus forte que des conduites antisociales non agressives.

Une des recherches les plus significatives sur les enfants adoptés (étude portant sur plus de 14 000 enfants) a permis de mettre en évidence la contribution des gènes et de l'interaction génotype-environnement dans les comportements criminels. En ce sens, les enfants adoptés semblent courir de plus grands risques de développer un comportement criminel quand leurs parents biologiques ont eu eux-mêmes une carrière criminelle. Toutefois, cela est vérifié pour des crimes contre les biens mais non violents. Les conclusions, complétées par d'autres études, ont montré que le taux le plus haut de comportement criminel correspond aux enfants adoptés qui ont eu à la fois des parents biologiques et adoptifs criminels. Cela démontre l'influence des gènes mais également celle de l'environnement dans lequel évolue l'enfant. [12]

6.2.3. L'abus d'alcool ou de drogues :

En effet, il est facile d'associer les deux phénomènes.

Selon le Comité permanent de lutte aux drogues, 70% de la criminalité est liée à l'abus ou au trafic de drogues. Ce sont surtout les drogues dures, difficiles à trouver ou encore coûteuses qui sont reliées à un comportement criminel quelconque, surtout en matière de trafic.

Pour ce qui est de l'incidence de la consommation de drogues et d'alcool, c'est qu'elles facilitent tout simplement le passage à l'acte.

À titre d'exemple, certaines recherches américaines citées par Brochu dans D'Amours (1995) ont démontré qu'entre 8% et 37% des jeunes délinquants consomment de la drogue.

Nous voyons donc que l'incidence de ce facteur est à double sens. L'alcool ou la drogue peuvent être une cause de certains délits, particulièrement en ce qui concerne l'approvisionnement (l'individu a souvent recours au vol). Mais la consommation de telles substances peut faire partie en soi du schème délinquant puisque la personne peut consommer sous l'influence du groupe, de la famille ou encore pour se donner l'illusion d'une réalité différente et ainsi oublier sa misère dans d'autres aspects de sa vie. [11]

6.2.4. L'ajustement émotionnel inadéquat :

Certains individus sont incapables de s'ajuster à tout ce qu'ils vivent. La personne rencontre trop de frustrations découlant des situations non adaptées à ses besoins et il en résulte un déséquilibre au niveau mental.

Par exemple, trop de rejets autant que la surprotection de la part de son entourage neutralise une bonne partie du développement de l'individu et l'empêche de s'assumer tel qu'il est.

Toutefois, l'ajustement émotionnel inadéquat est relié à l'ensemble des événements et émotions vécus par la personne et non pas à un élément isolé. Dans

le même ordre d'idée, une faible estime de soi est également un facteur qui peut être à l'origine de la délinquance ou de la criminalité.

Le passage à l'acte délictueux devient alors une façon pour l'individu de se valoriser, à ses propres yeux ainsi qu'à ceux de son groupe d'appartenance. Ce dernier étant souvent de la même trempe.

6.2.5. Un faible niveau d'engagement

Il peut aussi être à la source du phénomène qui nous intéresse, tant chez les adolescents que chez les adultes. Que ce soit au niveau académique, au travail ou dans les loisirs. Le fait de ne pas chercher à dépasser ses limites peut entraîner le passage à l'acte criminel. Ce dernier représente le défi que l'individu n'a pas trouvé dans d'autres aspects de sa vie. Il a le sentiment d'être inutile et le crime devient une source de revalorisation. [11]

« Plus un jeune s'engage personnellement et socialement, moins il risque de commettre des crimes. » (Fréchette et LeBlanc, 1987, p.43).

6.2.6. Les problèmes scolaires peuvent aussi être une cause de délinquance.

Évidemment, cela rejoint pour une grande partie les adolescents, mais a une influence considérable sur l'adulte en devenir qu'il représente. Les problèmes scolaires engendrent un aggravement des autres troubles comportementaux s'ils sont présents au départ. Ils peuvent mener l'individu à l'expulsion de l'école, ce qui est souvent la première forme d'exclusion sociale. Encore une fois, le crime devient une source de revalorisation.

Les échecs scolaires répétitifs causent souvent le rejet de l'institution scolaire, et ce rejet se prolonge généralement à la société dans son ensemble.

Toutefois, il y a une nuance à apporter à cette notion de décrochage.

Selon Fréchette et LeBlanc (1987), le comportement délinquant tend à diminuer si le décrochage est suivi d'une période d'emploi stable.

À l'inverse, il augmente s'il est suivi d'une période d'inactivité de la part de l'individu.

Notons que 86% des délinquants judiciairisés sont reconnus comme étant des décrocheurs. Donc, les problèmes scolaires, notamment le décrochage peuvent dans certains cas expliquer le comportement délinquant, mais pas dans tous. [11]

6.3. Théorie des causes prédisposantes et des causes motivantes :

Pour continuer l'inventaire des facteurs individuels pouvant conduire à la délinquance, il est intéressant de s'arrêter un instant sur la notion de motivation. Sans motivation particulière, l'individu ne sera pas tenté de commettre des délits, et ce même s'il présente certaines caractéristiques propres aux délinquants et aux criminels.

Autrement dit, même si la personne représente le portrait type de la délinquance, elle ne commettra pas de délits sans qu'une autre force l'y pousse. C'est ce que l'on appelle, dans le langage de la psychologie, la théorie des causes prédisposantes et des causes motivantes.

Cette théorie élaborée par Élisabeth Murlock (Pelletier, 1998) affirme qu'il existe deux sortes de causes tout à fait différentes mais qui sont appelées à interagir de façon précise, interaction qui détermine le passage ou non à l'acte délictueux.

Ces causes rejoignent, à quelques exceptions près, celles que nous venons de présenter comme étant individuelles ou sociales.

Par contre, ce qui est important ici, c'est leur agencement précis à un moment donné.

De façon générale, la théorie de Murlock explique que les causes prédisposantes créent un terrain propice à la délinquance ou à la criminalité, et

lorsqu'elles sont associées à une ou des causes motivantes il y aura presque à coup sûr apparition du phénomène qui nous intéresse.

Toutefois, s'il n'y a pas de causes motivantes, les chances de voir apparaître la délinquance ou la criminalité sont pratiquement nulles.

Afin de ne pas se répéter inutilement, nous ne ferons ici qu'énumérer les différentes causes prédisposantes et motivantes puisqu'elles rejoignent pour l'essentiel celles présentées précédemment. [11]

6.3.1. Les causes prédisposantes :

Selon l'auteur, elles sont au nombre de dix et relèvent de trois ordres, soit biologique, psychologique et social.

à La première est le quotient intellectuel.

à Une condition physique anormale est la deuxième cause prédisposante.

à Dans le même ordre d'idée, les troubles du cerveau et, entre autres, l'épilepsie peuvent engendrer une plus grande irritabilité aux aléas de la vie. Il s'agit de la troisième cause prédisposante.

à L'attitude défavorable envers l'école.

à Ensuite vient la cause reliée à l'ambiguïté des valeurs morales.

Cette dernière cause rejoint directement la suivante,

à Celle des conditions environnementales défavorables.

à Ensuite vient la cause reliée aux temps libres. Trop de temps libres crée de l'ennui, ce qui peut pousser l'individu à poser des gestes criminels dans le but de se désennuyer.

à Une autre cause prédisposante, toujours selon Murlock, est celle concernant les conditions familiales.

Lorsque les relations affectives entre les membres sont pauvres, ou encore lorsque les conflits familiaux ne sont pas réglés de façon adéquate, cela engendre des tensions qui mènent encore une fois au passage à l'acte.

à Le degré de socialisation.

C'est en somme comment le milieu permet à l'enfant et à l'adolescent d'intégrer les normes sociales et comment il l'accompagne dans son apprentissage.

à Finalement, la dernière cause prédisposante est la communication véhiculée par les médias.

6.3.2. Les causes motivantes :

Celles qui, lorsqu'elles sont associées à une ou des causes prédisposantes, créent presque assurément de la délinquance ou de la criminalité.

Elles sont au nombre de six et relèvent de deux ordres :

Soit les causes planifiées et les causes impulsives.

-Les causes planifiées ont comme caractéristiques qu'elles ont un but particulier, précis, qu'elles témoignent d'un délit préparé à l'avance.

-Pour leur part, les causes impulsives ont ceci de particulier: les délits qu'elles engendrent répondent à une frustration. L'individu vient de vivre une contrariété et, presque immédiatement, il passe à l'acte.

Il est intéressant de noter que la majorité des adolescents qui commettent un délit le font de cette façon impulsive.

à La première cause motivante est l'insatisfaction face à la situation matérielle.

à Une deuxième cause motivante est celle concernant les émotions fortes.

à La troisième cause renvoie à l'état d'ennui.

à La quatrième concerne le sentiment d'infériorité.

à Le désir de gratification sexuelle immédiate est aussi une cause motivante. Toutefois, celle-ci ne s'applique que dans le cas des agressions sexuelles.

à Finalement, la dernière cause motivante est la revendication d'indépendance.

Afin de conclure cette partie, rappelons simplement que, selon la théorie de Murlock, les causes prédisposantes seules ne peuvent expliquer la délinquance et la criminalité. Il est essentiel qu'une cause motivante leur soit associée afin qu'il y ait passage à l'acte. Si nous pouvons juger pertinent d'inclure cette théorie dans ce travail, malgré le fait que la plupart des dimensions qui la composent aient été traitées précédemment et que l'auteur semble manquer de rigueur intellectuelle, c'est pour mettre en lumière l'importance de la notion de motivation.

Cette dernière est tout particulièrement éloquentes quant à la compréhension du phénomène de la délinquance et de la criminalité. [11]

« Il n'y a pas de conduite sans motivation. Il faut qu'un excitant extérieur vienne solliciter l'esprit pour qu'il entre en action. La notion de motivation rend compte des multiples facteurs qui, à un moment donné, déterminent les comportements des individus. » [14]

6.4. Etiologies psychiatriques :

Dans les études statistiques faites au point de vue médical et psychiatrique chez les délinquants mineurs, les premiers travaux insistent sur les *anomalies mentales* : André Collin comptait que sur 100 délinquants mineurs il y a 70% de cas psychiatriques et d'anomalies mentales.

Une enquête de 1939 qui portent sur 400 adolescents délinquants a montré que:

- Au point de vue du *niveau intellectuel* mesuré avec les tests Binet-Simon-Terman, 27 % ont un niveau mental au-dessous de 10 ans, un QI au-dessous de 0,70 ; ils sont cliniquement des débiles mentaux.

La débilité mentale n'est pas une cause de la délinquance des mineurs ; mais les débiles sont suggestibles, ils se laissent facilement entraîner. Chez eux

l'imitation est un facteur de délinquance. Ils sont aussi impulsifs et ne sont pas capables de contrôler leurs appétits, et leurs désirs. La débilité mentale est un des éléments qui prédisposent à la délinquance. L'étude des conditions de la délinquance des mineurs débiles mentaux montre l'importance des facteurs étrangers au sujet lui-même.

- Une recherche des *troubles du caractère* chez des délinquants mineurs a trouvé :

- „ Troubles graves dans 40,6 % des cas;

- „ Troubles légers dans 57 % des cas;

- „ Pas de troubles dans 2,5 % des cas.

Quand un mineur présente un de ces troubles qu'il soit délinquant ou non, qu'il s'agisse de fugue, de vol, d'un acte sexuel, etc..., il faut étudier le mineur très soigneusement pour connaître la signification et la gravité de ce trouble.

C'est au moins un diagnostic qui doit être fait qu'un pronostic.

Il existe un syndrome de gravité légère, moyenne ou grave selon les conditions d'apparition du trouble du comportement, son origine, son contexte, et sa répétition.

Le trouble peut être léger, passager, transitoire. Il peut être le premier signe d'une épilepsie latente. Il peut être le premier symptôme d'une schizophrénie. Il peut annoncer une délinquance récidivante et impénitente.

Les mêmes problèmes se posent, que les troubles du comportement soient ou non des actes de délinquance. [15]

6.4.1. Troubles d'apprentissage :

Plus de 80% des enfants du foyer éducatif présentaient d'importantes difficultés d'apprentissage scolaire et professionnel, qui ne relevaient pas d'une déficience mentale. Elles étaient généralement attribuées à une attitude hypothétique de mauvaise volonté ou d'opposition. Diverses remarques cliniques amènent à faire l'hypothèse d'anomalies de leurs compétences cognitives.

Un bilan systématique de ces compétences a confirmé qu'en effet, plus de 80% d'entre eux présentaient des anomalies du développement des processus cognitifs, sous forme de disparités importantes dans ce développement, par exemple, certains avaient des difficultés particulièrement graves pour s'orienter dans l'espace, pour d'autres, le temps, les nombres, les postures, les mouvements, etc. alors que pour chacun, les autres secteurs des processus cognitifs étaient normaux.

À partir de ces premières observations, une recherche sur plus de 150 «mineurs de justice» pris en charge dans des internats spécialisés a été menée.

Il est ressorti de cette recherche que presque tous avaient des capacités intellectuelles normales, évaluées cliniquement et par l'épreuve de Wechsler et que le développement de leurs processus cognitifs était très disparate. Certains secteurs étant normalement développés, alors que d'autres demeuraient à un stade de développement dépassé habituellement depuis longtemps à leur âge. Cette disparité est beaucoup plus importante que la dysharmonie cognitive banale qu'on observe au moment du passage d'un stade à un autre.

En effet, la comparaison de leurs processus cognitifs avec ceux d'une population normale montrait une différence importante.

Cette particularité n'était pas seulement observée chez des enfants ou des adolescents marginaux, mais qu'on la retrouvait chez des adultes, et cela dans tous les autres domaines de la pathologie mentale, chez les enfants psychopathes,

psychotiques, autistes, les dysharmonies d'évolution, à l'exception notable des sujets souffrant de névrose. [16]

6.4.2. Le retard mental

Il associe de manière surprenante un retard global de développement des processus cognitifs, tel que par exemple, le sujet âgé de 15 ans pense avec l'organisation cognitive habituelle à l'âge de sept ans, sans déficit notable des capacités intellectuelles. Ces formes se manifestent sur le plan scolaire par un énorme retard des apprentissages scolaires, qui dépassent rarement le niveau du CE2, et une expression un peu naïve de la pensée, mais sans signe de retard mental. [16]

6.4.3. Troubles de personnalité

6.4.3.1. La personnalité antisociale (PA)

La personne atteinte d'un trouble de personnalité antisociale démontre une indifférence face aux normes sociales et aux codes culturels, ainsi qu'aux émotions et aux droits des autres. Elle adopte généralement un comportement impulsif, visant à répondre à ses propres besoins, peu importe les conséquences sur les autres. On utilise aussi le terme sociopathe pour désigner les personnes diagnostiquées avec le trouble de personnalité antisociale.

Le modèle de développement hiérarchique des PA propose que les jeunes ayant les symptômes les plus avancés et diversifiés de délinquance sont les plus à risque de développer des PA (Loeber et al. 2003), cependant, l'accumulation de symptômes cachés augmente les chances de développer des PA. Ces résultats sont cohérents avec l'interaction sociale et les théories coercitives de la délinquance, qui proposent que la croissance dans les comportements antisociaux cachés peut intervenir dans la progression depuis des comportements antisociaux aigus manifestes à des comportements antisociaux chroniques chez les adultes (Patterson & Yoerger, 1999).

Les comportements antisociaux exprimés peuvent mener à une association accrue des pairs déviants et la formation subséquente et le renforcement des comportements antisociaux cachés. [17]

6.4.3.2. Etat limite :

Le concept d'« état limite » (borderline) évoque tout à la fois les notions de frontière entre le normal et le pathologique ou entre névrose et psychose et celles d'une organisation particulière de la personnalité ayant une véritable spécificité nosographique.

Description clinique des états limites:

-Angoisse : Classiquement décrite comme permanente, flottante, allant du « mal de vivre chronique » à la grande crise aiguë avec cortège de manifestations somatiques, sidération mentale et déréalisation.

-Symptômes d'allure névrotique : Les symptômes phobique, Les idées obsédantes et les rituels, Les symptômes de conversion hystérique, Les symptômes hypocondriaques.

-Troubles thymiques et surtout la dépression.

-Troubles du comportement de type impulsif : l'incapacité de ces sujets à tolérer les frustrations explique la fréquence du passage à l'acte (auto et hétéroagressif) et les conduites de dépendance.

-Épisodes psychiatriques aigus : La modalité la plus courante de leur expression est certainement le passage à l'acte autoagressif ou la tentative de suicide. [18]

Plusieurs études montrent la fréquence de ce trouble de personnalité chez les délinquants.

6.4.4. La dépression :

Les conduites délinquantes constituent une modalité particulière du fonctionnement psychique servant à aménager un temps des angoisses désorganisantes et à prévenir une décompensation dépressive. Cet état d'équilibre instable, cette rupture sans effondrement, accentue le déficit narcissique de ces personnalités prédépressives, car elles vont du fait de leur agir et pour se défendre de tout réveil de la blessure narcissique, avoir tendance à organiser un mode de vie pauvre en relations humaines, les objets de la réalité externes étant vécus comme dangereux ou inadéquats à donner une réponse satisfaisante à l'expérience de vide.

[19]

6.4.5. Troubles anxieux :

6.4.5.1. L'état de stress post-traumatique (ESPT) :

Il est la principale conséquence psychopathologique résultant de l'exposition à un évènement majeur (catastrophes naturelles, guerre, attentats, viol...) comme ceux menaçant la vie ou l'intégrité de la personne ou ceux où elle est spectatrice de la mort d'autrui. C'est la complication la plus fréquente en cas de maltraitance physique ou sexuelle.

La réaction immédiate de l'enfant lors de l'évènement traumatique se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, un comportement désorganisé ou agité. Les jours suivants sont marqués par l'apparition des différents symptômes de l'ESPT. Dans la majorité des cas, l'ESPT apparaît dans les premières semaines suivant l'évènement et n'est qu'exceptionnellement différé de plus de six mois. [20]

L'ESPT est l'un des troubles les plus fréquents chez les délinquants, affectant au moins 1 jeune sur 10. Un des aspects les plus débilissants de l'ESPT est sa tendance à se coproduire avec d'autres troubles psychiatriques.

Dans un échantillon de la communauté, Giaconia et ses collègues ont révélé que près des quatre cinquièmes de ceux qui ont un ESPT à vie souffrent d'un ou plusieurs troubles supplémentaires.

Des études sur les adolescents en détention ont constaté que tous les détenus atteints d'un ESPT ont eu au moins une affection comorbide. [21]

6.4.6. La schizophrénie :

La schizophrénie est une pathologie mentale surreprésentée dans les phénomènes de violence individuelle, sans qu'il soit pour autant préciser dans quelle mesure la maladie ou ses multiples dimensions cliniques sont causales ou corrélées. Des signes psychopathologiques particuliers semblent prépondérants dans le risque de violence, indépendamment de l'entité diagnostique, notamment au détour d'une phase active de la maladie, laissant entendre la nécessité de prendre en compte les formes cliniques du diagnostic.

La schizophrénie serait associée à la violence en raison de dimensions psychopathologiques particulières telles que :

- L'excitation ;
- Les troubles de l'attention ;
- Une désorganisation conceptuelle ;
- La suspicion ;
- L'hostilité ;
- Un manque de coopération ;
- Un faible contrôle des impulsions ;
- Un évitement social.

Le risque de violence chez les schizophrènes serait majoré lors de la phase active de la maladie (épisodes d'excitation maniaque, d'épisodes hallucinatoires, ou encore d'une poussée floride des symptômes de la schizophrénie). Lors d'un épisode menaçant, violent ou homicide, des schizophrènes présenteraient des

signes actifs de la maladie. Ces comportements seraient notamment plus fréquents au début de la maladie, dans les deux premières années de la maladie, avant une admission en psychiatrie, voire avant la toute première hospitalisation en psychiatrie, en début d'hospitalisation ou au détour d'une nouvelle décompensation. De fait, bien souvent, la violence est le motif d'hospitalisation. [22]

6.4.7. Les conduites addictives :

Plusieurs études ont montré la sévérité de la consommation de drogues par les délinquants.

Les résultats d'études longitudinales montrent que les agis délinquants précèdent en général la consommation de substances psychoactives, et que plus les adolescents commettent de délits, plus ils consomment ces substances. Il existe également un risque accru pour ces adolescents déviants de s'orienter vers des drogues « dures ». Plusieurs études ont, en effet, montré une progression développementale (« gateway theory ») de la consommation de substances. Toutefois, l'observation de cette séquence ne permet pas d'en inférer une relation causale, et l'escalade demeure un phénomène complexe lié à une multitude de facteurs.

Cet axe de progression suggère néanmoins un lien fonctionnel : l'utilisation d'une substance peut préparer et faciliter le passage vers d'autres substances, même si d'autres facteurs participent à ce mouvement. [23]

7. Différences entre délinquance de femmes et celle des hommes :

De façon générale, la jeune délinquante ou jeune criminelle entre 15 et 29 ans ne commettra pas d'actes délictueux de grande importance. Ces actes seront surtout des vols de moins de 1000\$ (10.8%, 14.4%, 14.5% et 23.3%) ou des actes de fraude lorsqu'elle s'approche de trente ans (15.5%). Si elle commet des actes violents, ce seront en grande partie des voies de faits simples. Elle pourra également avoir tendance à posséder, prendre ou vendre de la drogue.

Les jeunes hommes auront tendance à commettre des crimes plus importants et plus violents.

Bien que peu de jeunes hommes soient condamnés pour meurtre, c'est un crime qui est propre aux hommes et aucune accusation de meurtre n'a été portée contre des femmes de 15 à 29 ans en 1994. En fait, si l'on exclue les voies de fait simples, les infractions contre la personne sont typiquement commises par des hommes. Il en est de même pour les introductions par effraction où l'on remarque un grand nombre de jeunes hommes accusés ou condamnés mais peu de jeunes femmes.

Finalement, plus il avancera en âge, plus le jeune homme aura tendance à se faire arrêter pour conduite avec facultés affaiblies.

En résumé, la délinquance et la criminalité sont des phénomènes presque exclusivement masculins. Le jeune homme sera condamné pour toute sorte d'actes criminels dont des crimes avec violence ou de plus grande amplitude. Les jeunes femmes quant à elles sont beaucoup moins violentes et commettent surtout des crimes qui ne sont pas dirigés contre autrui ou contre ses biens.

Si la société est marquée par les crimes, cela est dû en très grande partie aux hommes; c'est clairement de leur côté que le problème se trouve. [11]

8. Prise en charge :

8.1. Les thérapies psychosociales :

De nombreuses approches thérapeutiques ont été utilisées dans la prise en charge du trouble des conduites. En pratique clinique, la majorité des situations cliniques est abordée à partir d'approches associant guidance psychiatrique, mesures éducatives, et travail psychothérapeutique (thérapies familiales, thérapies de groupe, ou approches psychodynamiques). Malheureusement, très peu d'entre elles ont été évaluées en terme d'efficacité par des études méthodologiquement solides.

Trois approches thérapeutiques non pharmacologiques sont décrites par la littérature:

- les programmes éducatifs parentaux ;
- les thérapies cognitives ;
- les thérapies multisystémiques.

8.1.1. Les programmes éducatifs parentaux :

Le terme de programme éducatif parental regroupe les approches dans lesquelles les parents apprennent à faire changer le comportement de leur enfant à domicile. Il s'agit donc de programmes formalisés de guidance parentale. Ces programmes sont fondés sur l'opinion difficilement discutable que de nombreux aspects de la relation parents–enfants sont de nature à favoriser les comportements agressifs et antisociaux. Le but de ces programmes est de modifier les patterns d'interaction parents–enfants soupçonnés d'être à l'origine ou de renforcer les comportements déviants. Ces schémas de fonctionnement incluent le renforcement direct d'un mauvais comportement, l'utilisation fréquente et inefficace d'ordres ou de punitions.

Les méthodes éducatives des parents sont à même de jouer un rôle significatif dans le développement ou l'amélioration des comportements problématiques. Cela va requérir de développer des comportements adaptés chez les parents, comme :

- établir des règles pour l'enfant ;
- renforcer positivement les bons comportements ;
- sanctionner de façon cohérente et mesurée ;
- négocier des compromis.

Ces comportements éducatifs vont être systématiquement et progressivement développés, au cours des séances régulières pendant lesquelles le thérapeute aura pour objectif de faire évoluer les aptitudes parentales.

Les programmes qui ont été étudiés ont des caractéristiques communes :

- le traitement s'adresse prioritairement aux parents ;
- les parents doivent expérimenter les procédés éducatifs proposés à la maison entre les séances ;
- les parents sont aidés à identifier, définir et observer les problèmes de comportements d'une nouvelle façon ;
- la durée du traitement dépend grosso modo du degré de sévérité du trouble des conduites : la durée moyenne indicative étant de six à huit semaines quand le trouble des conduites concerne des jeunes enfants et qu'il est d'intensité moyenne, mais peut aller jusqu'à 25 semaines dans des cas plus complexes.

Ces programmes parentaux sont la technique thérapeutique qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études, notamment contrôlées et randomisées. Des revues de la littérature sont disponibles et fournissent les références et caractéristiques méthodologiques des essais cliniques effectués [24], [25], [26] and [27]. Quelques conclusions peuvent être tirées de ces résultats : ces programmes amènent des résultats positifs du point de vue des parents mais aussi des enseignants,

l'importance des changements peut amener à une normalisation des comportements (c'est-à-dire à des niveaux de fonctionnement non clinique), les résultats se maintiennent dans le temps avec des reculs d'un à trois ans en général, allant jusqu'à 14 ans dans une étude [28]. Les résultats sont aussi positifs pour le reste de la fratrie de l'« enfant cible ».

La force principale de ce type de programme, en plus d'être la technique la mieux documentée, est de s'appuyer sur des propositions éducatives très bien établies, accessibles même dans les situations de familles frustrées ou en grandes difficultés psychosociales, et permettant des recommandations aux parents très concrètes. À l'inverse, les limites de ces programmes sont qu'ils s'appuient sur une grande implication parentale, parfois impossible à obtenir, et que de plus, les formations à ces techniques, plus complexes qu'il n'y paraît, sont rares. Enfin, leur application chez les adolescents paraît plus difficile chez l'enfant et le préadolescent [29].

8.1.2. Les thérapies cognitives :

Les thérapies cognitives proposées dans le trouble des conduites sont le plus souvent des entraînements à la résolution de problèmes. Les individus présentant un trouble des conduites, surtout dans le registre agressif, présentent des distorsions et des déficiences dans différents registres cognitifs. Un bon exemple d'un processus cognitif souvent en cause est celui de la relation entre attribution et comportement agressif. En effet, le comportement agressif n'est en général pas déclenché par un événement externe, mais plus par l'appréciation de la situation par l'enfant ou l'adolescent, et l'anticipation du comportement des autres. Les enfants agressifs ou violents ont tendance à attribuer des intentions hostiles aux autres, notamment dans des situations sociales ambiguës. De façon compréhensible, quand

une situation est perçue comme hostile, l'enfant aura tendance à réagir de façon violente [30].

L'apprentissage cognitif à la résolution de problèmes consiste à développer chez l'individu une palette variée d'aptitudes à résoudre les difficultés interpersonnelles. Les différentes façons de travailler ces aptitudes partagent des points communs :

- l'accent est mis sur la façon dont l'enfant apprécie les situations. C'est-à-dire sur les processus de pensée qu'il met en œuvre dans ses relations interpersonnelles. Le patient est engagé dans une approche pas à pas pour résoudre les problèmes avec les autres ;

- on s'intéresse également au comportement qui est préférentiellement adopté par l'enfant dans une situation donnée. Les comportements adaptés sont suggérés et renforcés positivement ;

- le programme thérapeutique comprend des exercices structurés : les différentes aptitudes sont d'abord évoquées et développées dans des histoires, des jeux, des jeux de rôles, et progressivement appliquées aux situations de la vie réelle ;

- le thérapeute a un rôle actif dans le traitement. Il façonne les processus cognitifs par ses interventions verbales, il propose des solutions, aide l'enfant à les trouver par lui-même. Le thérapeute souligne à l'enfant les conséquences de ses actions, en complimentant particulièrement les comportements adaptés, mais aussi en mettant en place des techniques de sanctions limitées (par exemple en utilisant un système de points que l'enfant peut gagner ou perdre).

De nombreuses études ont évalué ces psychothérapies, aussi bien chez l'adolescent que chez l'enfant. Les méta-analyses disponibles [31] and [32], montrent qu'elles font preuves d'une efficacité dans la réduction des comportements antisociaux et agressifs à domicile et à l'école, avec un recul allant jusqu'à un an. Il

semble cependant, que ce type d'approche soit mieux adapté aux sujets de plus de 10-11 ans, c'est-à-dire préadolescent ou adolescent. En effet, une certaine maturité cognitive est nécessaire pour pleinement adhérer à ces techniques de soins.

8.1.3. Les approches multisystémiques :

La thérapie multisystémique a été développée à la fin des années 1970 dans le but de combler les lacunes présentes dans les services de santé mentale offerts aux délinquants juvéniles. On constatait alors que peu de résultats étaient obtenus suite aux interventions effectuées auprès de cette population et que les coûts engendrés étaient très élevés. La thérapie multisystémique s'appuie principalement sur deux théories : la théorie générale des systèmes et la théorie de l'écologie sociale. La première théorie stipule que le comportement d'un individu est déterminé par l'interaction de ses caractéristiques individuelles avec les multiples systèmes dans lesquels il évolue. La seconde postule que les précurseurs et les corrélats du comportement antisocial d'un jeune appartiennent à la fois aux caractéristiques individuelles et familiales, à la dynamique des relations avec les pairs, à l'école, dans le voisinage et dans la communauté dans son ensemble.

Les interventions de la thérapie multisystémique vont viser, d'une part, à atténuer les facteurs de risque des systèmes dans lesquels le jeune évolue, et d'autre part, à mettre en valeur les forces du jeune et de sa famille, c'est-à-dire mettre en œuvre des facteurs de protection. Ce type d'intervention présente plusieurs caractéristiques :

- l'intervention est effectuée dans la communauté, habituellement au domicile du jeune plutôt qu'au bureau de l'intervenant ;
- au lieu d'une consultation hebdomadaire ou mensuelle, un contact quotidien est requis particulièrement au début du processus thérapeutique ;

- le thérapeute est responsable de l'engagement de la famille et des résultats de la thérapie contrairement aux services traditionnels où la responsabilité des résultats est placée principalement entre les mains du patient ;

- les progrès sont évalués quotidiennement, et ce, de manière objective et observable ;

- enfin, le dossier est fermé lorsque les objectifs définis avec la famille sont atteints.

Ce type de thérapie a fait l'objet de nombreuses études, notamment dans la prise en charge d'adolescents délinquants ou même criminels. Leur efficacité pour ce type de population présentant un tel niveau de sévérité de trouble constitue une première force en terme d'efficacité. De plus, leur fondement théorique supposant une origine multiple au trouble des conduites est congruent avec la réalité clinique et les études épidémiologiques. Les critiques que l'on peut faire à ces approches sont qu'elles sont un peu « fourre-tout », que leur bonne réalisation requiert des thérapeutes formés à plusieurs types d'approches, et surtout très disponibles (dans certains programmes multisystémiques, ceux-ci sont joignables 24 heures/24). Il apparaît que ces thérapies, coûteuses en personnel qualifié et demandant une organisation rigoureuse sont sûrement à utiliser dans les cas les plus sévères ou les familles les plus difficiles à mobiliser. Dans le contexte français, leur application nécessiterait de former des travailleurs sociaux de la protection judiciaire de la jeunesse à ces techniques et un décloisonnement entre structures de soins et système éducatif et judiciaire. [33], [24] and [34]

8.2. Les traitements pharmacologiques :

Il faut tout d'abord souligner qu'aucun traitement n'est actuellement officiellement indiqué dans ce trouble par les agences du médicament tant aux États-Unis qu'en Europe et en France. Ainsi, aucune molécule n'a d'AMM dans cette indication, tant à l'âge adulte que chez les mineurs, exception faite des troubles du comportement associé au retard mental et à l'autisme pour lesquels la rispéridone est autorisée entre cinq et 11 ans. Nous avons retrouvé 17 études contrôlées randomisées dans la littérature concernant trois classes différentes de psychotropes : les thymorégulateurs, les neuroleptiques, et les psychostimulants.

8.2.1. Les thymorégulateurs :

Le lithium est la molécule qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études dans cette indication. Si l'indication principale de ce médicament reste la prise en charge du trouble bipolaire de l'adulte, pour certains auteurs, il peut être intéressant chez l'enfant et l'adolescent dans la prise en charge des conduites agressives sévères et prolongées. Cependant, pour certains, le lithium représente un risque toxique trop important, notamment pour des patients réputés être si peu compliants, pour être proposé [35]. La revue de la littérature indique que malgré une efficacité parfois modeste et des aggravations comportementales isolées, les études les plus récentes méthodologiquement robustes (études contrôlées, en double insu, contre placebo) et incluant 184 sujets au total, démontrent bel et bien une efficacité du lithium sur l'agressivité avec des effets secondaires à court terme bien moins importants qu'avec les neuroleptiques. En effet, les études concernant les effets secondaires à long terme du lithium chez les enfants sont contradictoires, peu importants pour les uns, largement sous-estimés pour les autres. [36]

8.2.2. Les neuroleptiques :

En pratique clinique, les neuroleptiques classiques sont les médicaments qui ont été et sont le plus utilisés chez les enfants et adolescents présentant des troubles du comportement de type agressif, spécialement pour les patients hospitalisés. Malgré cette large utilisation, leur efficacité est moins documentée que celle du lithium. Il existe tout de même six études en double insu évaluant quatre molécules différentes (halopéridol, pimozide, thioridazine, rispéridone) et incluant 182 sujets qui montrent des résultats positifs contre placebo.

Cependant, les effets secondaires à court terme et peut-être surtout le risque de dyskinesie tardive en limitent l'utilisation chez les jeunes patients. Les neuroleptiques récents, dits atypiques représentent une piste intéressante, en particulier la rispéridone, s'il est démontré la moindre survenue de troubles extrapyramidaux et de dyskinesies tardives [37]. Pour certains auteurs, la balance efficacité démontrée–risques devrait amener à réserver la prescription des neuroleptiques atypiques dans les cas où l'agressivité est majeure d'autant que ces nouvelles molécules ne sont pas autorisées chez le sujet de moins de 15 ans en l'absence de retard mental ou d'autisme puisque seule la rispéridone a une AMM dans cette indication. Signalons néanmoins que la prise de poids est un effet secondaire dont la fréquence est inversement proportionnelle à l'âge, et donc très fréquente chez l'enfant et l'adolescent, en particulier avec la clozapine et l'olanzapine [38] and [39].

8.2.3. Les psychostimulants :

Les études concernant le méthylphénidate ont porté presque exclusivement sur des sujets présentant un trouble déficit de l'attention–hyperactivité (THDA) comorbide d'une composante agressive et/ou antisociale intégrée ou non dans un diagnostic DSM de trouble de conduite(TC) et/ou de trouble oppositionnel avec provocation(TOP). Les études qui ont porté au total sur 184 enfants et/ou

adolescents, ont toutes rapporté une supériorité du méthylphénidate par rapport au placebo. Dans une étude [39], incluant aussi un sous-groupe d'enfants présentant un TC isolé, les auteurs rapportent une diminution de la symptomatologie agressive sous méthylphénidate chez ces sujets. L'hypothèse principale de cette action conjointe du méthylphénidate dans le trouble des conduites et le THDA serait une action par le biais d'une diminution de l'impulsivité, trait présent dans les deux troubles. Cependant, il semble que le risque d'addiction dans cette population, surtout à l'adolescence limite l'utilisation du méthylphénidate dans cette indication.

8.2.4. Les autres molécules

Nous ne faisons que signaler ici les molécules pour lesquelles nous ne disposons pas d'études contrôlées. La clonidine est un agoniste alpha-adrénergique qui a fait l'objet de plusieurs études ouvertes qui semblent montrer une certaine efficacité sur les symptômes agressifs, en particulier quand ceux-ci accompagnent un THDA [41]. Les quelques études qui ont évalué les bêtabloquants dans cette indication sont peu concluantes, et les quelques effets positifs notés sont à relativiser par les effets secondaires et risques de ces molécules [42]. Enfin, la fréquente association d'un trouble dépressif avec le trouble des conduites a amené certains à utiliser des antidépresseurs dans cette indication. Ce sont les antidépresseurs sérotoninergiques qui, compte tenu du lien entre impulsivité et sérotonine, ont été principalement concernés. Cependant, il est difficile de conclure des quelques études disponibles si ces molécules sont actives indépendamment d'une comorbidité dépressive, d'autant que leur utilisation chez l'enfant et l'adolescent dans l'indication dépression fait l'objet de débats et de controverses [43].

NOTRE ETUDE

I-Méthodes

Notre travail avait trois objectifs essentiels :

- Détecter les troubles psychiatriques d'une population de filles mineures délinquantes dans un centre social.

-Déterminer les principaux facteurs de risque de la délinquance.

-Réflexion autour de la prise en charge psychiatrique de la délinquance féminine des mineurs.

C'est pour ces objectifs suscités, que nous avons mené une étude transversale dans un centre pour protection de l'enfant dans la ville de Fès au Maroc. Le centre « ZIAT », spécialisé dans la protection des enfants à une capacité de 100 lits. Il reçoit des filles mineures délinquantes sans aucune prise en charge familiale. Notre échantillon d'étude a concerné des filles mineures, entre 12 et 18 ans, et qui étaient résidentes dans ce centre au moment de l'étude.

Pour recueillir les informations nécessaires, nous nous sommes basés sur un hétéroquestionnaire concernant les données sociodémographiques, la description de la violence et de la délinquance.

Nous avons utilisé, au cours de notre étude, des échelles psychiatriques d'évaluation : (voir les annexes)

le MINI (*Mini international neuropsychiatric interview*), pour diagnostiquer les troubles psychiatriques existants [44] ;

l'échelle de Hamilton d'anxiété qui comprend 14 items, chaque item étant coté de zéro à quatre selon la gravité des symptômes anxieux et qui sert à évaluer la gravité de l'anxiété selon des scores (0-5 : pas d'anxiété ; 6-14 : anxiété mineure ; > 15 : anxiété majeure) ;

L'inventaire de Beck de dépression qui comprend 13 items, pour évaluer la gravité de la dépression à partir des scores enregistrés lors de l'évaluation (0-4 : pas de dépression ; 4-7 : dépression légère ; 8-15 : dépression modérée ; > 16 : dépression sévère).

Les résultats étaient saisis et traités par le logiciel Epi info.

Avant la passation de ces échelles psychométriques, un entretien psychiatrique a été fait, tout en gardant la confidentialité des informations et après avoir eu le consentement éclairé des adolescentes et leur avoir expliqué le protocole de la recherche.

II-Résultats

Notre étude a concerné 50 filles mineures. L'âge moyen était de $15,5 \pm 1,46$ ans, avec des extrêmes d'âge allant de 12 à 18 ans.

Le milieu de vie était urbain dans 48 cas (96 %). L'analphabétisme concernait 32 cas, soit 64 % de notre échantillon. Seulement 20 % des filles de ce centre avaient bénéficié d'études primaires et 16 % des études secondaires. (Figure1)

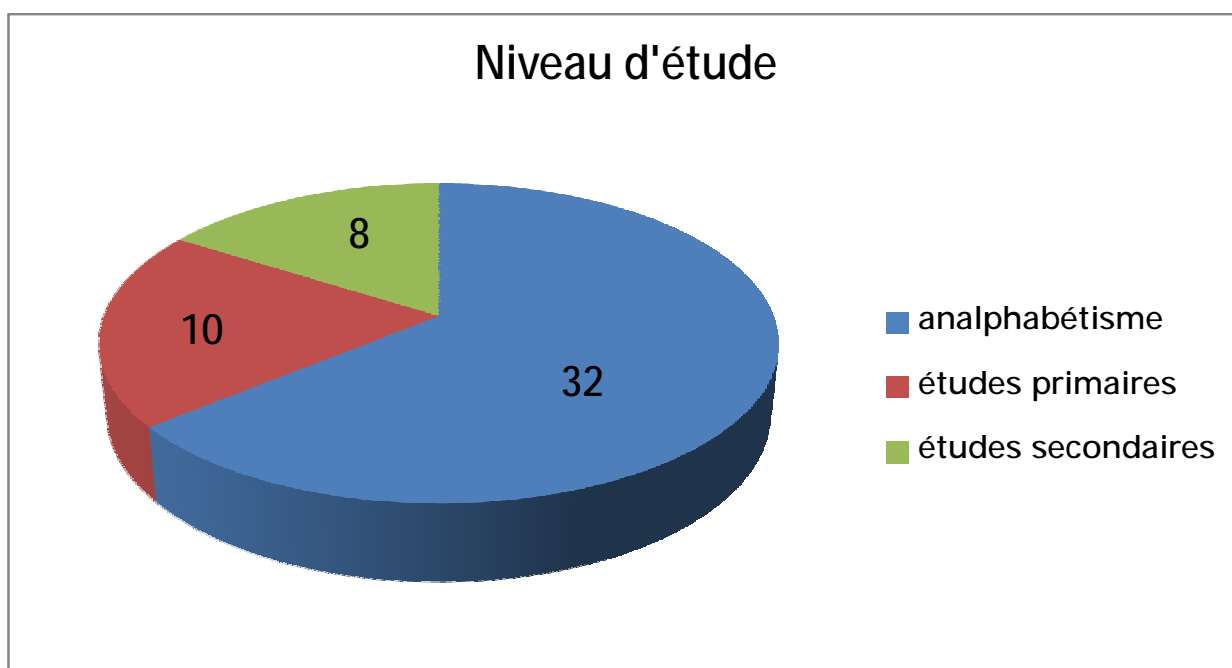


Figure1 : le niveau d'étude des filles

Concernant les parents : ils étaient en vie dans 38 cas (76 %) ; ils étaient tous les deux décédés dans 2 % ; le père était décédé dans neuf cas (18 %) ; la mère était décédée dans deux cas (4 %). (figure 2)

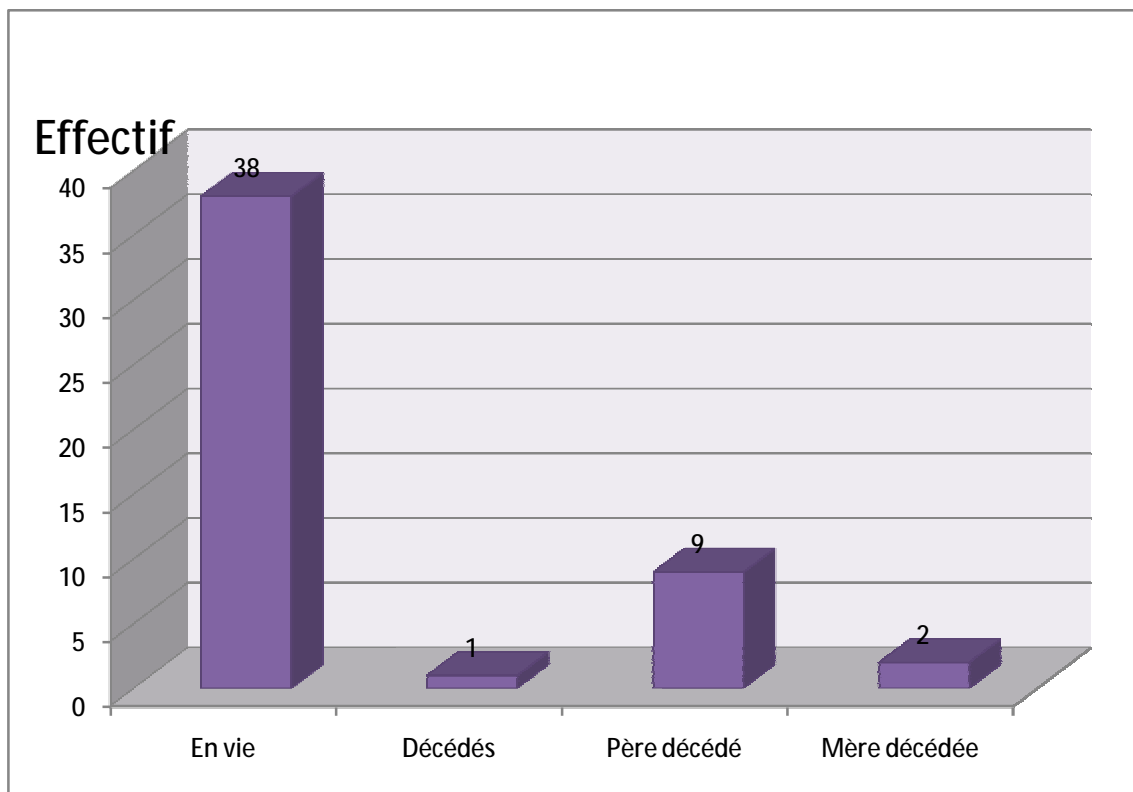


Figure2 : l'état des parents des filles de notre étude

En ce qui concerne leur situation professionnelle, les parents étaient des ouvriers ou des journaliers (54 %), des fonctionnaires ou des commerçants (8 %) ou des cadres (4 %). (Figure 3)

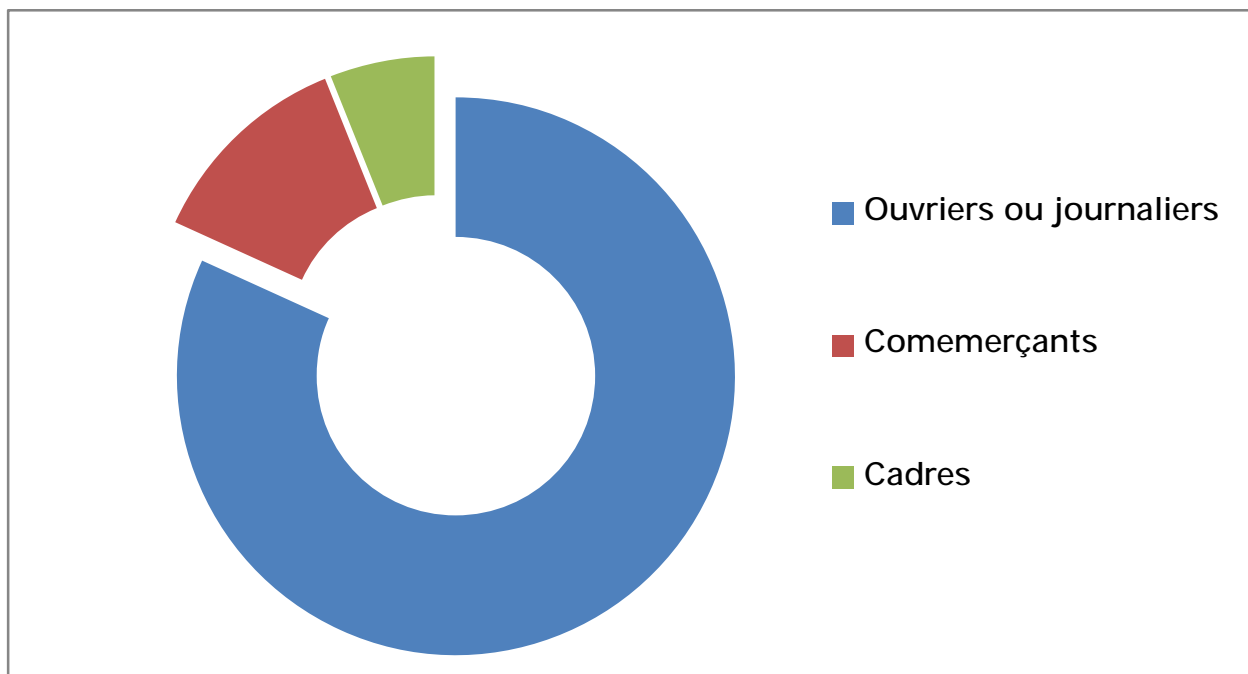


Figure3 : statut professionnel des parents

La situation matrimoniale des parents s'est révélée être une question très importante dans notre étude :

- Ils étaient unis dans 27 cas (54 %) ;
- Ils étaient divorcés ou séparés dans 13 cas (26 %).

La reconnaissance des parents n'était pas constante chez toutes les filles mineures. En effet, dans 15 cas, les deux parents étaient inconnus (30 %) ; et dans un cas, seul le père était inconnu. Dans les 34 cas restants (68 %), les filles connaissaient leurs parents.

Différents motifs pour le placement des filles au centre ont été retrouvés :

- l'abandon des parents dans 22 cas (44 %) ;
- des troubles de conduites sociales dans 24 cas (48 %), dont les fugues représentent 20 cas (40 %) ;
- l'absence des parents dans trois cas (6 %) ;
- la violence des parents dans un cas.

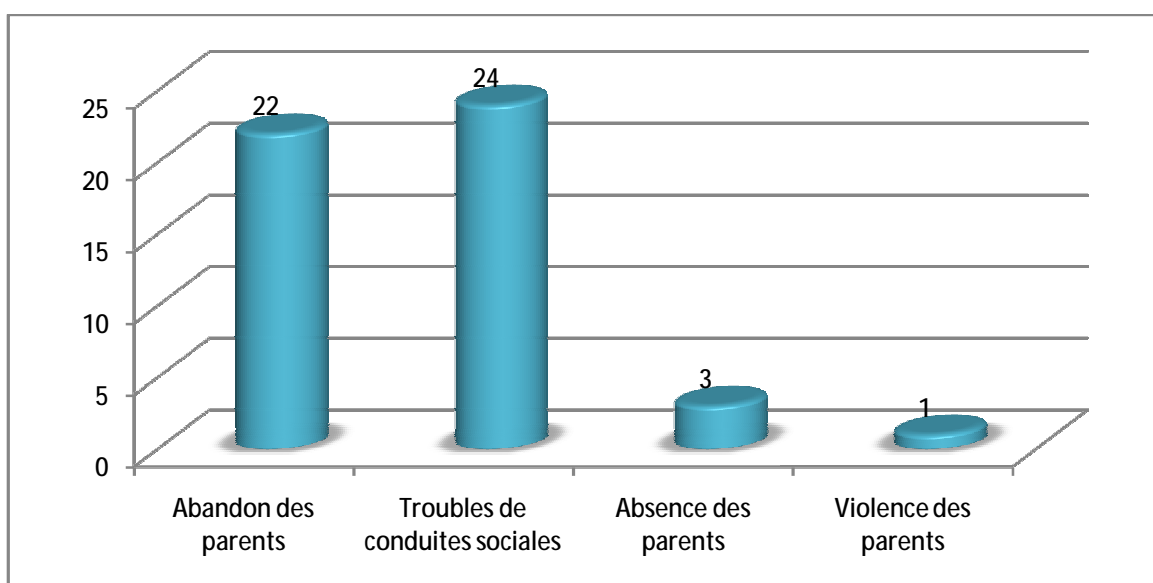


Figure4 : le motif pour le placement des filles au centre

Différents motifs d'abandon des parents ont été retrouvés :

- le décès de l'un des parents dans 11 cas (22 %) ;
- le divorce des parents dans 13 cas (26 %) ;
- les troubles de conduites sociales dans 16 cas (32 %) ;
- une maladie chronique ou invalidante des parents dans deux cas (4 %) ;
- la pauvreté de la famille dans huit cas (16 %). (Figure5)

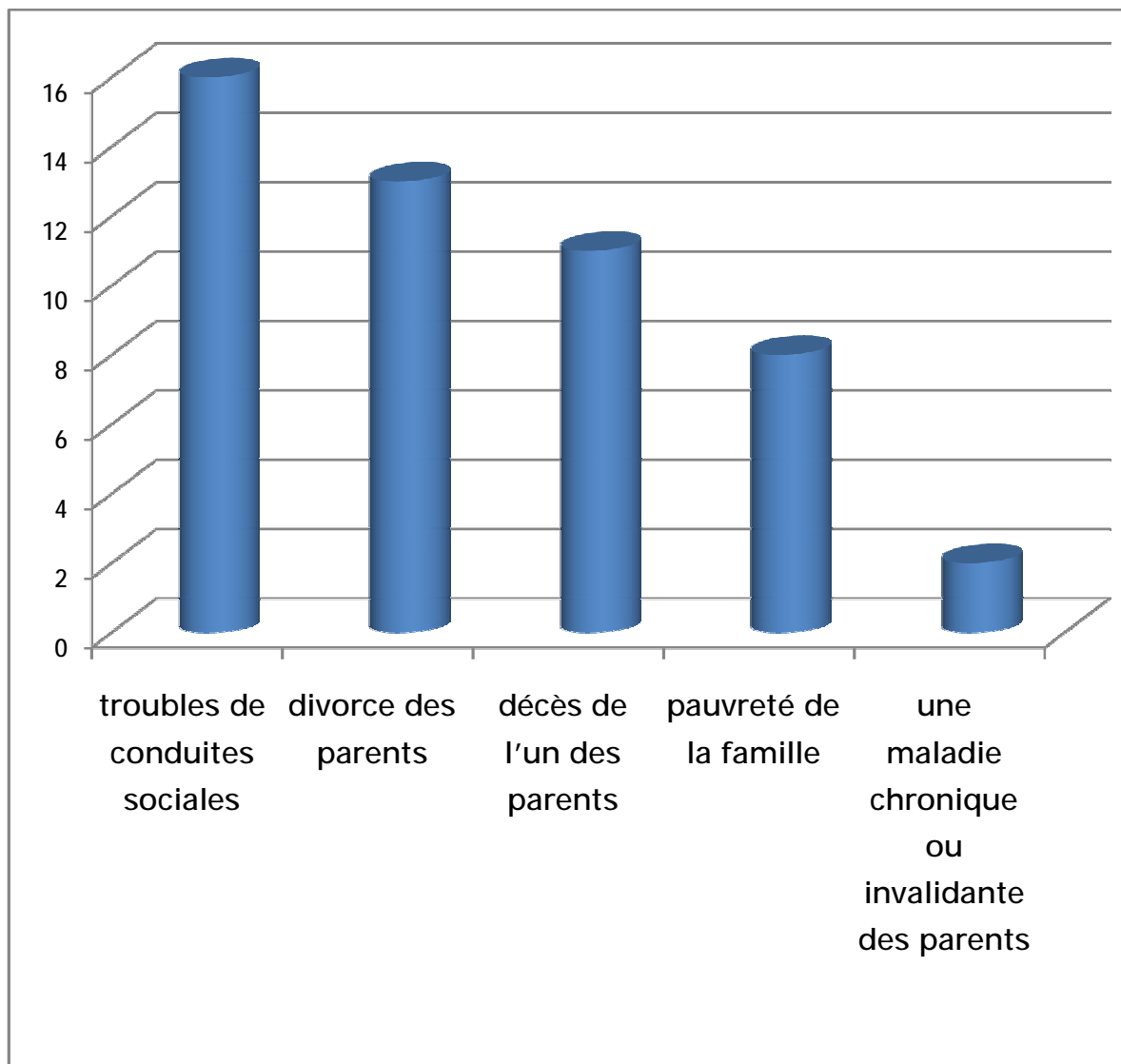


Figure5 : motifs d'abandon des parents

L'usage de drogues était retrouvé dans 20 cas (40 %). L'association d'alcool, d'héroïne et de cannabis était retrouvée dans 19 cas (38 %). Les autres filles résidentes de ce centre n'ont jamais consommé de drogues (60 %). (Tableau 1)

Tableau 1. Prévalence d'usage des substances dans la population étudiée.

Substance	<i>n</i>	(%)
Alcool	19	38
Cannabis	19	38
Héroïne et cocaïne	20	40

Concernant la violence subie par ces filles : elle était d'ordre physique, sexuelle ou verbale. La violence physique était subie chez 29 filles (58 %), dont un cas de brûlure et deux cas d'emprisonnement. La violence sexuelle était subie chez 23 filles (46 %), alors que la violence verbale isolée était présente chez 30 filles (60 %). (Figure6)

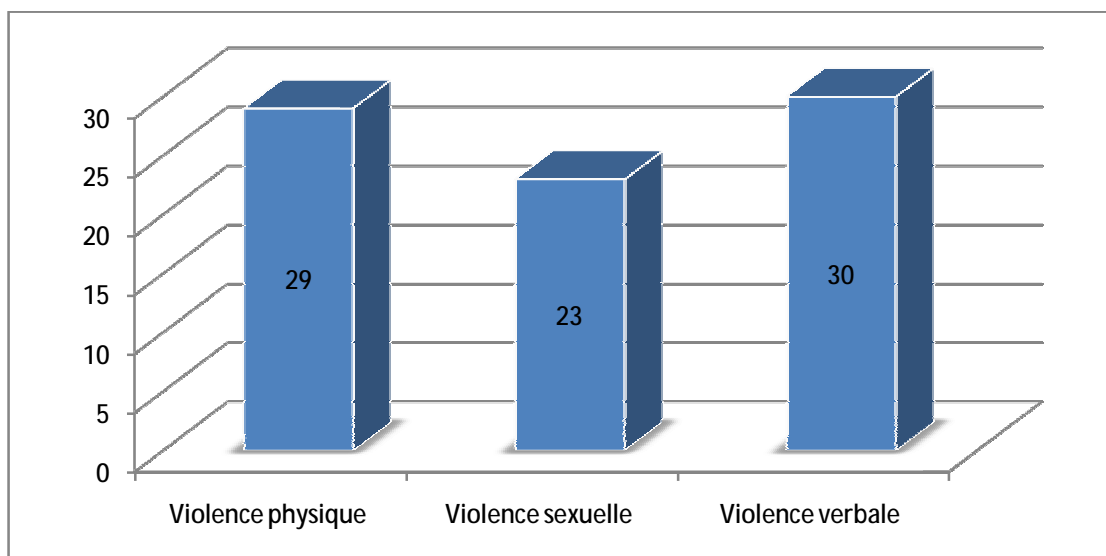


Figure6 : Types de violences subies par les filles de notre échantillon

Cette violence était exercée de la part d'étrangers dans 20 cas (40 %) et de la part des beaux-parents dans 15 cas (30 %). Nous n'avons noté qu'un seul cas de violence maternelle et un autre cas de violence des proches.

Vingt-quatre filles exerçaient la prostitution, au profit d'elle-même (26 %), d'étrangers (18 %) ou de la famille (4 %).

L'utilisation du MINI a objectivé la présence des troubles psychiatriques divers (Tableau 2).

L'évaluation de l'anxiété par l'échelle de Hamilton a retrouvé une anxiété majeure chez 27 cas (54 %) et une anxiété mineure chez 20 cas (40 %).

L'évaluation de la dépression par l'échelle de Beck a noté une dépression légère chez trois cas (6 %), une dépression modérée chez 21 cas (42 %) et une dépression sévère chez 20 cas (40 %). À noter que nous n'avons pas trouvé de dépression chez six cas (12 %).

Tableau 2. Prévalence des troubles psychiatriques selon le MINI au sein de la population étudiée.

MINI	<i>n</i>	%
Épisode dépressif majeur (EDM)	36	72
EDM avec caractéristique mélancolique	14	28
Agoraphobie	0	0
Anxiété généralisée	39	78
PTSD (Etat de stress post-traumatique)	19	38
TOC (troubles obsessionnels compulsifs)	0	0
Troubles psychotiques	0	0
Alcool (dépendance)	19	38
Dysthymie	16	32
Hypomanie	10	20
Anorexie mentale	0	0
Boulimie	0	0

III-Discussion

Les troubles de conduites sont des troubles hétérogènes, très divers et souvent associés à d'autres troubles psychiatriques (trouble oppositionnel avec provocation, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, troubles anxiodépressifs, troubles spécifiques de l'apprentissage) [6]. Cette entité diagnostique chez l'enfant et l'adolescent remplit une fonction nosographique pour désigner les conduites de la délinquance.

Les problèmes que rencontrent ces adolescentes dans notre enquête sont multiples et le plus souvent cumulatifs. Ce fait était constaté tout au long de notre enquête, même si nous avons retrouvé des filles résidentes au centre sans antécédents de maltraitance, ni problèmes de délinquance.

Les problèmes rencontrés chez les filles de notre échantillon sont :

- L'analphabétisme.
- Le bas niveau socio-économique (la plupart des parents sont des journaliers ou des ouvriers).
- La séparation des parents.
- La mort de l'un ou des deux parents.
- Abandon des parents.
- Violence des parents.
- Troubles de conduites sociales.
- Usage des substances.

De nombreuses études ont bien démontré qu'un enfant qui a subi une maltraitance physique ou un abus sexuel présente un risque plus important de délinquance et de troubles mentaux [46], [47], [48], [49], [50], [51] and [52]. La plus grande étude est sans doute celle de Rivera-Rivera et al. [49] au Mexique, sur un échantillon de plus de 26 000 femmes avec un risque potentiel de maltraitance

physique ou d'abus sexuel durant leur enfance, a démontré que cela avait des répercussions négatives durant la vie adulte tel un très grand risque de maltraitance physique ou sexuelle par le partenaire à l'âge adulte.

Il y a eu encore la distinction d'une autre étude, qui a pu faire une corrélation significative entre la maltraitance subie à l'enfance et la violence conjugale à l'âge adulte, avec deux facteurs de risque importants : le sexe féminin et le bas niveau socioéconomique, en plus de l'interaction avec des facteurs génétiques [53]. Les conséquences psychologiques de l'abus sexuel sont des éléments prédictifs d'un comportement violent à l'adolescence ou à l'âge adulte [50].

Cela rejoint les résultats de notre étude où on a trouvé que 58% des filles étudiées ont subi des violences physiques, que 46% d'entre elles ont subi une violence sexuelle, et que 60% des filles ont subi une violence verbale.

La relation entre une situation marginale, un échec scolaire et la délinquance est aussi fréquemment évoquée.

64% des filles de notre étude sont analphabètes et seulement 20% ont un niveau d'étude primaire, cela reflète la fréquence de la pauvreté culturelle et le bas niveau d'étude chez les délinquantes.

Les travaux de Ferri mettaient en lumière l'importance du facteur économique et social [54]. Les forces exogènes façonnent l'homme et celui-ci n'est qu'un reflet des forces biologiques, psychologiques et socioéconomiques.

Ainsi, le statut socio-économique des familles des filles étudiées est bas : la plupart des parents sont des ouvriers ou des journaliers (54%), et seulement 4% sont des cadres.

Un certain nombre d'enfants particulièrement marqués par l'accumulation de ruptures de leurs liens affectifs se trouvent pris au hasard des mauvaises rencontres, dans l'engrenage des transgressions, des conduites addictives et des actes de délinquance [55]. Au-delà des conséquences sur la personne elle-même, certaines

jeunes filles, devenues prématurément mères, risquent, faute de modèle de contenance, de désinvestir très vite leur bébé et de reproduire ainsi à la génération suivante la carence affective qu'elles ont elles-mêmes subie [56].

Les résultats d'une étude effectuée dans la région de Stockholm a retrouvé une prévalence de 10,8 % de délinquance au sein d'une population de 7389 filles à partir du registre public des naissances. Cette étude a indiqué que la délinquance chez les jeunes filles varie selon la profondeur du lien social mesuré par l'attachement à l'école et la volonté de faire des études. Cependant, le rapport entre la délinquance et le lien social ne permet ni de prévoir avec exactitude les cas de délinquance ni « d'expliquer » les variations de la gravité des activités délinquantes des divers groupes. Malgré ces lacunes, les chercheurs ont constaté que le risque de sombrer dans la délinquance diminue avec le resserrement du lien social. Cette observation appuie le principe du contrôle social, selon lequel l'absence de liens entre l'individu et la société conventionnelle, manifestés par exemple par l'attachement aux autres, entraîne l'individu hors du droit chemin.

En France, en 1990, sur 14,1 millions de jeunes de moins de 19 ans, 2 millions d'enfants mineurs ne vivaient plus avec leurs deux parents géniteurs et cela nous ramène au thème des carences affectives et toutes les conséquences psychopathologiques ayant une clinique particulière : troubles du comportement, échec ou désintérêt scolaire, accès d'angoisse, épisodes anorexiques ou insomniaques, troubles des conduites et particulièrement la délinquance, la violence et l'usage de substances illicites.

Notre étude a mis le point sur le lien affectif et a trouvé que 24% des filles ont au moins un parent décédé, et que les parents en vie étaient divorcés ou séparés dans 26% des cas, on a encore trouvé que 30% des filles ne connaissaient pas leurs parents.

Les changements rapides de la société, l'urbanisation, la dissociation progressive de la grande famille, qui s'occupait autrefois de tous les problèmes sociaux, et d'autres phénomènes encore, ont pour conséquence l'existence de plusieurs remaniements structuraux et fonctionnels au sein des familles et l'apparition de nouvelles anomalies et des troubles de conduites. Malgré une tendance d'occidentalisation envahissante au Maroc, le statut de la fille adolescente reste encore caractérisé par un esprit conservateur, qui voit mal l'émergence d'un comportement sociolibéral.

Les orientations culturelles, l'immigration et l'appartenance à une identité valorisante sont autant des éléments déterminants dans l'apparition des troubles de conduites sociales.

Une étude de Combalbert et al. [57], comparant 60 adolescents d'origine maghrébine vivant en France (un groupe délinquant judiciairisé et un autre groupe non délinquant), habitant tous la même banlieue, a montré des différences marquées dans les orientations culturelles avec les non-délinquants, une prévalence pour le biculturalisme, mais de manière harmonieuse, par rapport à leur sentiment identitaire, contrairement aux délinquants qui valorisent plutôt la culture française mais présentent une discordance entre leur orientation culturelle et leur sentiment d'identité, et, par conséquent, des perceptions différentes de l'attitude des parents à leur égard. [57]

Dans ce même cadre, la question interculturelle de la délinquance juvénile reste problématique. L'étude réalisée par Bergheul [58], comparant trois populations d'adolescents délinquants, québécoise, espagnole et algérienne, reste intéressante même si les résultats sont en cours.

La connaissance des causes de l'inadaptation sociale des mineurs traduits devant les tribunaux nous permet de comprendre pourquoi les enfants posent, actuellement, dans notre pays, un problème de la plus haute importance sociale.

Il convient de reconnaître aussi la pertinence d'une approche systémique, d'admettre le constat d'un système dans lequel vont jouer une pluralité de facteurs et des courants qui agissent sur l'individu.

Pour les filles de notre échantillon, le statut culturel était médiocre, ainsi on a un taux élevé d'analphabétisme qui arrive à 64%, et même les familles d'où elles proviennent n'ont pas un niveau intellectuel élevé (les parents sont des ouvriers ou des journaliers dans 54% des cas).

Du point de vue des complications psychiatriques et en dehors des réactions aiguës (sidération, déni, agitation...), il existe cinq domaines dans lesquels se font ressentir ces complications, avec des degrés différents : les troubles de conduites, les troubles anxieux et phobiques, les troubles dépressifs, les troubles de la personnalité et les troubles addictifs. Nous les avons tous retrouvés dans notre échantillon, à part les troubles de la personnalité, que nous n'avons pas pu rechercher, faute d'instruments de mesure validés dans notre pays.

L'étude la plus proche dans sa conception de notre étude est celle de Mcmanus et al. [59], qui ont évalué les relations entre les troubles psychiatriques et les comportements de 71 adolescents délinquants incarcérés, à l'aide des critères SADS-DSM-III. Les auteurs de cette étude ont constaté une prévalence élevée de psychoses affectives, de troubles de la personnalité « borderline » et de toxicomanie.

Les travaux de Bessoles [60] and [61] ont mis l'accent sur l'importance des troubles anxieux de type traumatique, rencontrés après un événement de vie, surtout de type agression sexuelle. La prévalence des troubles du stress post-traumatique retrouvée dans notre étude était de 38 %, nettement supérieure à celle retrouvée en population générale et montre objectivement la relation causale entre l'événement stressant et l'installation du processus chronique.

Concernant la question des troubles de la personnalité, les cliniciens rencontrent majoritairement des états limites. Les enfants ou adolescents « carencés » ou vivant dans un milieu familial disloqué échouent le plus souvent à mener un travail de séparation psychique et oscillent entre une angoisse d'abandon et d'intrusion ou entre l'avidité affective et le rejet agressif d'autrui [62].

L'étude belge d'Atarhouch et Hoffmann [63] a évalué les traits du tempérament et du caractère reconnus comme caractéristiques de la psychopathie chez 47 adolescents délinquants, multirécidivistes et placés en milieu institutionnel, par rapport à un groupe témoin. Les analyses statistiques de cette étude ont montré des différences significatives entre les deux groupes et la triade psychopathique a été partiellement retrouvée (évitement du danger, dépendance à la récompense, la recherche de nouveauté), avec un taux bas.

La consommation abusive de substances occupe aussi une place particulière chez la fille adolescente. La pluralité des facteurs en cause, les liens complexes qui unissent troubles des conduites sociales, abus de substance et troubles psychiatriques morbides sont autant de difficultés à dégager une clinique cohérente et réparer les facteurs prédictifs précoces.

Zimmermann et al. [64] ont étudié la sévérité de la consommation d'alcool et de cannabis chez 36 adolescents délinquants et 42 adolescents témoins, et ont retrouvé un abus de cannabis plus fréquent et significativement plus élevé dans le groupe de délinquants. Il semble même que l'augmentation de consommation de substances soit plus importante dans la tranche d'âge de dix à 12 ans que dans les tranches d'âge supérieur. Il existe également une corrélation forte entre l'âge précoce de la consommation de tabac et l'usage ultérieur du cannabis ou des drogues dures [65].

Tableau 3. Comparaison de la prévalence d'usage des substances dans la population étudiée par rapport à la population générale.

Substance	<i>n</i>	(%)	Prévalence dans la population générale (%)
Alcool	19	38	3-10
Cannabis	19	38	4,7
Héroïne et cocaïne	20	40	1,3

Les données de la littérature sont similaires aux résultats de notre étude descriptive, notamment l'antériorité et la précocité des troubles de conduites sociales par rapport à l'apparition d'un trouble de l'abus de substance, à la présence significative des perturbations familiales et au devenir social de ces adolescents lorsqu'un trouble de conduites sociales est associé à un trouble psychiatrique.

Ces facteurs de risque sont particulièrement importants car leur apparition précoce conditionnera la persistance des troubles à l'âge adulte.

Selon différentes études, le pronostic du trouble de conduites paraît aussi mauvais en cas de début précoce et certains auteurs proposent d'utiliser le statut pubertaire comme limite plutôt que l'âge de dix ans [66].

Les filles de notre étude sont toutes mineures avec un moyen d'âge de 15,5 ans ce qui amène à craindre une mauvaise évolution de leur troubles de conduites.

Il faut noter aussi que l'éloignement de l'enfant délinquant de son cadre de vie habituel et la rencontre avec d'autres délinquants dans des centres spécialisés pourraient être un facteur de risque d'aggravation.

IV-Les limites du travail:

Parmi les limites de cette étude, on note :

- La taille réduite de notre échantillon,
- L'absence d'un suivi longitudinal à long terme de cette délinquance juvénile.
- L'absence d'un outil de mesure validé et adapté à la culture marocaine.

Tout cela ne nous a pas permis de faire le dépistage des troubles de la personnalité, surtout la personnalité limite et antisociale.

V-Perspectives et conclusion:

Lutter contre la délinquance juvénile c'est d'abord se focaliser sur une prévention primaire qui vise les facteurs de risque évitables.

Ainsi, les parents et la communauté jouent un rôle fondamental dans cette prévention en donnant aux enfants un modèle plus ou moins exemplaire, en luttant contre la violence conjugale, contre la maltraitance physique et sexuelle, en leur présentant des valeurs positives que l'enfant peut suivre, en détectant les troubles psychiatriques à leur début et les traiter avec l'aide des psychiatres et psychologues. Ainsi, une stabilité familiale va s'installer permettant aux jeunes un environnement favorable pour l'équilibre émotionnel et éducatif pouvant construire des adultes normaux productifs dans leur société.

La prise en charge des enfants et adolescents délinquants doit être aussi bien psychiatrique que judiciaire et sociale.

L'isolement et la punition sont nécessaires pour l'éducation du jeune délinquant mais on doit associer une psychothérapie comportementale et cognitive qui peut guider le comportement du jeune pour sa resocialisation.

En cas de détection d'une affection psychiatrique grave associée, une hospitalisation spécialisée s'impose pour traitement pharmacologique et pour un suivi psychothérapeutique.

Le travail institutionnel, comme celui qui a été fait au centre « Ziat », a besoin d'une amélioration de l'offre relationnelle, tout d'abord en restaurant la mutualité des échanges, puis en mettant des dispositifs pour réaliser ce but (espaces d'écoute, d'accompagnement et de soins, services d'accueil familial thérapeutique, jardins d'enfants spécialisés et diverses psychothérapies de groupe).

L'importance de sensibiliser les intervenants, notamment ceux des milieux sociaux, à mieux repérer ces enfants ou adolescents à l'aide de critères diagnostiques plus sensibles et à prendre en charge les troubles comorbides associés semble être primordiale dans le suivi et le devenir de ces enfants.

La lutte contre les facteurs de carence affective au sein des structures d'accueil des jeunes enfants reste primordiale et vise à développer une relation privilégiée, stable et fiable. La présence de psychologues formés à l'observation des enfants et des adolescents se révèle très souvent utile pour mieux « penser enfant » dans la durée [67].

Nos résultats, parmi d'autres, dirigeront certainement l'intérêt des chercheurs en matière de pédopsychiatrie et permettront de mieux orienter les prochaines études épidémiologiques et cliniques dans notre pays.

ANNEXES

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

(MINI) [68]

Le M.I.N.I. a été conçu comme un entretien bref, structuré pour les troubles psychiatriques dans le DSM-IV et CIM-10.

Le M.I.N.I. est divisé en modules identifiés par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

Ces modules sont :

- A EPISODE DEPRESSIVE MAJEURE
EDM AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES
- B DYSTHYMIES
- C RISQUE SUICIDAIRE
- D EPISODE MANIAQUE
EPISODE HYPOMANIAQUE
- E TROUBLE PANIQUE
- F AGORAPHOBIE
- G PHOBIE SOCIALE
- H TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF
- I ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE
- J DEPENDANCE ALCOOLIQUE
- K DEPENDANCE EN SUBSTANCES
- L TROUBLES PSYCHOTIQUES
- M ANOREXIE MENTALE
- O ANXIETE GENERALISEE
- P TROUBLE DE PERSONNALITE ANTISOCIALE

L'échelle d'anxiété de HAMILTON (HAMA):

La HAMA comprend 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive enfin dont la présence peut sembler discutable au sein d'une échelle "spécifique". Ces items sont:

- 1 - Humeur anxieuse,
- 2 - Tension,
- 3 - Peurs,
- 4 - Insomnie,
- 5 - Fonctions intellectuelles,
- 6 - Humeur dépressive,
- 7 - S. somatiques généraux musculaires,
- 8 - S. somatiques généraux sensoriels,
- 9 - S. cardiovasculaires,
- 10 - S. respiratoires,
- 11 - S. gastro-intestinaux,
- 12 - S. génito-urinaires,
- 13 - S. du système nerveux autonome,
- 14 - Comportement lors de l'entretien

Les items ne sont pas, à proprement parler, définis, mais à chacun d'entre eux correspond une liste de symptômes donnés à titre d'exemples et aboutissant à leur définition par extension. Ils sont évalués à l'aide de cinq degrés de gravité, de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante. La note globale va de 0 à 60. Il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14) et une note d'anxiété somatique item 7 à 13). La note d'inclusion pour un essai thérapeutique est généralement au minimum de 20. [69], [70] and [71]

Echelle de Beck de la dépression (BDI : Beck Depression Inventory) [72]

A

0 Je ne me sens pas triste

1 Je me sens cafardeux ou triste

2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir

3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir

1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir

2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer

3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie

1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens

2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs

3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait

1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances

2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit

3 Je suis mécontent de tout

E

0 Je ne me sens pas coupable

1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps

2 Je me sens coupable

3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

0 Je ne suis pas déçu par moi-même

1 Je suis déçu par moi-même

2 Je me dégoûte moi-même

3 Je me hais

G

0 Je ne pense pas à me faire du mal

1 Je pense que la mort me libérerait

2 J'ai des plans précis pour me suicider

3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens

1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois

2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de

sentiments pour eux

3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume

1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision

2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions

3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant

1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux

2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux

3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant

1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose

2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude

1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude

2 Faire quoi que ce soit me fatigue

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

0 Mon appétit est toujours aussi bon

1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude

2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant

3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Résultats :

Le score varie de 0 à 39.

0 à 3 : pas de dépression

4 à 7 : dépression légère

8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus : dépression sévère

Résumé

La délinquance, les troubles psychiatriques et la violence sont fréquemment liés. La relation entre ces trois composantes est peu évoquée.

Le but de notre étude est de détecter les troubles psychiatriques d'une population de filles mineures délinquantes dans un centre social et de déterminer les principaux facteurs de risque de la délinquance.

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au centre de protection de l'enfant à Fès (Maroc) ; la population étudiée comporte 50 filles mineures âgées entre 12 et 18 ans, résidentes au centre. Nous nous sommes basés sur un hétéroquestionnaire, comportant les données sociodémographiques, le retentissement de la violence et de la délinquance, à l'aide des échelles psychiatriques d'évaluation suivantes : *Mini international neuropsychiatric inventory* : le (MINI), pour diagnostiquer les troubles psychiatriques existants, l'échelle de Hamilton, qui a pour but l'évaluation de la gravité de l'anxiété, et l'inventaire de Beck, qui permet de diagnostiquer la dépression.

La majorité des filles présentait une anxiété généralisée ; une anxiété majeure a été constatée dans 54 % des cas, avec un score supérieur à 15 points dans l'échelle de Hamilton. L'échelle de la dépression a permis de diagnostiquer une dépression sévère dans 40 % des cas, un trouble de stress post-traumatique dans 38 % des cas et un trouble panique dans 28 %. 40% des cas avait eu recours à l'usage de drogues ; la violence physique avait été subie dans 58 % des cas.

Cette étude descriptive a permis de constater une prévalence importante des troubles psychiatriques chez cette population étudiée, par rapport à la population générale, notamment pour les troubles d'allure anxiodépressive. Une réflexion sur les modalités diagnostiques et thérapeutiques des complications psychiatriques serait primordiale auprès des intervenants en matière de pédopsychiatrie.

Summary

Delinquency, psychiatric disorders and Violence are mostly connected. The relation between these three components is insignificantly evoked.

The goal of our study is to detect psychiatric disorders in a population of underage girls' offenders in a community center and to identify main risk factors for delinquency.

This transverse study was realized in the center for child protection of Fez, Morocco (CCPF). Fifty minor girls between 12 to 18 years living in (CCPF) were studied. A heterogeneous questionnaire containing the sociodemographic data, the impact of violence and delinquency was used. The psychiatric scales of evaluation such the MINI, for diagnosing the existing psychiatric disorders, the Hamilton's scale for assessing the severity of anxiety, and Beck's depression inventory were all used.

Most of the girls presented a generalized anxiety that has manifested as a major anxiety in 54 % of cases, with a score greater than 15 in the Hamilton scale. The depression scale found a severe depression in 40 % of cases. The post-traumatic stress disorder represented 38 %, and the panic disorder was recorded in 28 %. The drugs usage was found in 40 % of the investigated girls, while physical violence was practiced on 58 % of cases.

This descriptive study noticed an important occurrence of psychiatric disorders among minor delinquent girls of this sample. A consideration of the diagnostic and therapeutic modalities of psychiatric complications is critical for the responsible authorities.

ملخص

الانحراف والاضطرابات النفسية والعنف ظواهر مرتبطة فيما بينها. لكن قليلا ما يتبادر ذلك إلى الأذهان، وتبقى العلاقات المشتركة بينها غير واضحة المعالم، وتحتاج إلى الدراسة و التمهيد.

ومن الأهداف الرئيسية لهذه الدراسة: الكشف عن الاضطرابات النفسية لمجموعة من الفتيات القاصرات الأحداث في مركز اجتماعي، وتحديد العوامل الرئيسية المؤدية للانحراف.

لقد قمنا في هذه الدراسة ببحث مستعرض في مركز حماية الأطفال الزيات بفاس (المغرب)، حيث استهدف البحث مجموعة تتكون من 50 فتاة قاصرة ، تتراوح أعمارهن بين 12 و 18 سنة، مقيمت بهذا المركز. فقمنا بطرح أسئلة مختلفة عليهن تتعلق بمعطيات اجتماعية وديموغرافية، وبتأثير العنف والانحراف على شخصية هؤلاء النزيلات، وذلك باستخدام مقاييس تقييم الأمراض النفسية التالية:

- مقياس *Mini*: لتشخيص الاضطرابات النفسية القائمة،
- و مقياس *Hamilton*، الذي يهدف لتقييم مدى خطورة القلق المرضي،
- و مقياس *Beck*، الذي يمكن من تشخيص حدة الاكتئاب.

وقد كان لدى غالبيةهن قلق مرضي عام بنسبة 54% بنتيجة تزيد على 15 نقطة على مقياس *Hamilton*. ويمكن مقياس *Beck* من تشخيص الاكتئاب الحاد لدى 40% من الحالات، و حالة الهلع بعد الصدمة في 38% من الحالات، واضطرابات الهلع في 28% من الحالات. ولوحظ تعاطي المخدرات لدى 40% منهن، و عانت 58% من الحالات من العنف الجسدي.

لقد أظهرت هذه الدراسة الوصفية ارتفاعا في معدل انتشار الاضطرابات النفسية عند هذه الفئة المدروسة مقارنة مع الساكنة بصفة عامة، وخاصة بالنسبة لاضطرابات القلق المرضي والاكتئاب.

إن التأمل في تشخيص وعلاج المضاعفات النفسية أمر بالغ الأهمية لأصحاب الشأن في الطب النفسي للأطفال.

Référence :

[1] Linda A. Teplin, Ph.D., Psycho-Legal

COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS IN YOUTH IN JUVENILE DETENTION

[2] Le petit Larousse 2001

[3] Le petit Robert 2000

[4] dictionnaire français Reverso 2012

[5] CDU - juillet 2002

[6] Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Expertise collective, trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent.

Paris: Inserm; 2005.

[7] E. Romano, R.H. Baillargeon, H.X. Wu, M. Zoccolillo, F. Vitaro and R.E. Tremblay, A new look at inter-informant agreement on conduct disorder using a latent class approach.

Psychiatry Res, 129 (2004), pp. 75–89

[8] Marc Leblanc.

“La conduite délinquante des adolescents et ses facteurs explicatifs” (1994)

[9] T.Toutin, M.Bénézech.

Problématiques de la violence urbaine et personnalité de ses auteurs.

Annales Médico Psychologiques 164 (2006) 537–546

[10] Catherine Blatier.

La Délinquance des Mineurs ‘L'enfant, le psychologue, le droit’

[11] Brigitte Doyon. Martin Bussièrès.

Recherche sur la criminalité et la délinquance : une distinction selon le sexe. 29
avril 1999

[12] N Combalbert , J.-L Bret-Dibat, A.-M Favard.

Intérêts et limites de l'approche biologique pour l'étude des comportements agressifs. 2002

[13] Lyons M.J., True W.R., Eisen S.A., Goldberg J., Meyer J.M., Faraone S.V. , et al.

Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits.

Arch Gen Psychiatry 1995 ; 52 : 906-915

[14] Dictionnaire de psychologie moderne, 1967, p.331

[15] G. Heuyer.

La dynamique des délits des mineurs.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 50 (2002) 326-332

[16] B. Gibello.

Les dysharmonies cognitives pathologiques chez les enfants et adolescents présentant des « inconduites ».

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2009

[17] Jason J. Washburn, Ph.D., ABPP, Erin Gregory Romero, B.S., Leah J. Welty, Ph.D., Karen M. Abram, Ph.D., Linda A. Teplin, Ph.D., Gary M. McClelland, Ph.D., and Leah D. Paskar, B.A.

Development of Antisocial Personality Disorder in Detained Youth: The Predictive Value of Mental Disorders

[18] Françoise Chaine ; Julien Daniel Guelfi

États limites ; EMC ; Psychiatrie [37-395-A-10]

[19] EMC. Pédopsychiatrie [37-216-G-10]

Délinquance infantojuvénile. Place et fonction de la dépression

[20] G. Vila,

L'état de stress post-traumatique chez l'enfant. 2006.

[21] Karen Abram, Jason J. Washburn, Linda Teplin, Kristin Emanuel, Erin G. Romero, and Gary M. McClelland.

Posttraumatic Stress Disorder and Comorbidity in Detained Youth

[22] M.-J. Vandamme,

Schizophrénie et violence : facteurs cliniques, infracliniques et sociaux. 2009

[23] G. Zimmermann, d, V. Rossierb, M. Bernardc, F. Cerchiac, V. Quartierc

Sévérité de la consommation d'alcool et de cannabis chez des adolescents tout-venant et délinquants (2005)

[24] S.R. Woolfenden, K. Williams, J.K. Peat

Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials

Arch. Dis. Child., 86 (4) (2002), pp. 251–256

[25] E.V. Brestan, S.M. Eyberg

Effective psychosocial treatment of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, 5275 children

J. Clin. Child Psychol., 27 (1998), pp. 180–189

[26] R.D. Nixon

Treatment of behaviour problems in preschoolers: a review of parent training programs

Clin. Psychol. Rev., 22 (4) (2002), pp. 525–546

[27] A.E. Kazdin

Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children

J Child Psychol. Psychiatry, 38 (2) (Feb 1997), pp. 161–178

[28] A.E. Kadzin

Treatment for aggressive and antisocial children

Psychiatr. Clin. North Am., 9 (4) (2000), pp. 841–858

- [29] P.R. Ruma, R.V. Burke, R.W. Thompson
Group parent training: Is it effective for children of all ages?
Behav. Ther., 27 (1996), pp. 159–169
- [30] J.E. Lochman, K.A. Dodge
Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and non-aggressive boys
J. Consult. Clin. Psychol., 62 (1994), pp. 366–374
- [31] W.J. Serketich, J.E. Dumas
The effectiveness of behavioural parent training to modify antisocial behaviour in children: A meta-analysis
Behav. Ther., 27 (1996), pp. 171–186
- [32] R.A. Baer, M.T. Nietzel
Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature
J. Clin. Child Psychol., 20 (1991), pp. 400–412
- [33] M. Campbell, N.M. Gonzalez, R.R. Silva
The pharmacologic treatment of conduct disorders and rage outbursts
Psychiatr. Clin. North Am., 15 (1) (1992), pp. 69–85
- [34] S.W. Henggeler, S.K. Schoenwald, C.M. Borduin et al.
Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents Guilford, New York (1998)
- [35] P. Gerardin, D. Cohen, P. Mazet, M.F. Flament
Drug treatment of conduct disorder in young people
Eur. Neuropsychopharmacol., 12 (5) (2002), pp. 361–370

[36] D. Perisse, P. Gerardin, D. Cohen·M. Flament, P. Mazet

Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : une revue des abords thérapeutiques

December 2006, Pages 401–410

[37] F. Charfi, D. Cohen, J.L. Houeto, C. Soubrie, P. Mazet

Tardive dystonia induced by atypical neuroleptics : a case report with olanzapine

J. Child Adolesc. Psychopharmacol., 14 (2004), pp. 151–154

[38] S. Woods, M. Andres, S. Spector, T. McGlashan

Effects of development on olanzapine-associated adverse events

J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 41 (2002), pp. 1439–1446

[39] G. Ratzoni, D. Gothelf, A. Brand-Gothelf, J. Reidman, L. Kikinzon, G. Gal et al.

Weight gain associated with olanzapine and risperidone in adolescent patients: a prospective comparative study

J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 41 (2002), pp. 337–343

[40] R.G. Klein, H. Abikoff, E. Klass, D. Ganeles, L.M. Seese, S. Pollack

Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention hyperactivity deficit hyperactivity disorder

Arch. Gen. Psychiatry, 54 (12) (1997), pp. 1073–1080

[41] D.F. Connor, R.A. Barkley, H.T. Davis

A pilot study of methylphenidate, clonidine, or the combination in ADHD comorbid with aggressive oppositional defiant or conduct disorder

Clin. Pediatr. (Phila.) (2000), pp. 15–25

[42] J.K. Buitelaar, R.J. van der Gaag, H. Swaab-Barneveld, M. Kuiper

Pindolol and methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder. Clinical efficacy and side-effects

J. Child Psychol. Psychiatry, 37 (5) (1996), pp. 587–595

- [43] D. Cohen, P. Gerardin, M. Flament, D. Purper-Ouakil, P. Mazet
Pharmacological treatment of adolescent depression
J. Child Adolesc. Psychopharmacol., 14 (2004), pp. 21–33
- [44] N. Kadri, M. Agoub, S. El Gnaoui, K. Mchichi Alami, T. Hergueta and D. Moussaoui,
Moroccan colloquial arabic version of the Mini-international neuropsychiatric interview (MINI): Qualitative and quantitative validation.
Eur Psychiatry, 20 (2005), pp. 193–195.
- [45] Goëb JL, Jardri R, Bonelli F, Butez C, Hagnéré L, Kechid G, et al.
Troubles des conduites chez l'enfant et problème du dépistage.
Encycl Med Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/pédopsychiatrie, 37-208-A-48, 2008.
- [46] I. Arias,
The legacy of child maltreatment: Long-term health consequences for women. *J Women's Health*, 13 (2005), pp. 468–473.
- [47] L. Rivera-Rivera, B. Allen, R. Chavez-Alaya and L. Avila-Burgos,
Physical and sexual abuse during childhood and revictimization during adulthood in Mexican women. *Salud Publica Mex*, 48 Suppl. 2 (2006), pp. S268–S278.
- [48] H.A. Turner, D. Finkelhor and R. Ormrod,
The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents.
Soc Sci Med, 62 (2006), pp. 13–27.
- [49] C.V. Crooks,
Understanding the link between childhood maltreatment and violent delinquency: what do schools have to add?
Child Maltreat, 12 (2007), pp. 269–280.

[50] K.M. Beaver,

The interaction between genetic risk and childhood sexual abuse in the prediction of adolescent violent behavior.

Sex Abuse, 20 (2008), pp. 426–443

[51] H.A. Turnera, D. Finkelhorb and R. Ormrodb,

The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents.

Soc Sci Med, 62 (2006), pp. 13–27.

[52] C. Maas, T.I. Herrenkohl and C. Sousa,

Review of research on child maltreatment and violence in youth.

Trauma Violence Abuse, 9 (2008), pp. 56–67

[53] X. Fang and P.S. Corso,

Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence developmental relationships.

Am J Prev Med, 33 (2007), pp. 281–290.

[54] M. LeBlanc, *Changement social et délinquance des adolescents, une analyse à la lumière des écrits de Denis Szabo.*

Criminol, 26 (1993), pp. 13–28.

[55] C. Mille and T. Henniaux,

Carences affectives et négligences graves.

Encycl Med Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, (2007) [37-208-A-85].

[56] F. Gaspari Carriere,

Les enfants de l'abandon. Traumatismes et déchirures narcissiques. Paris: Privat; (1989).

- [57] N. Combalbert, A. Lemghairbat and A. Andronikof,
Perception de soi, de l'appartenance culturelle et de l'éducation parentale chez des adolescents délinquants issus de l'immigration maghrébine. *Neuropsychiatre de l'enfance et de l'adolescence*, 55 (2007), pp. 10–16.
- [58] Bergheul S.
La délinquance juvénile en milieu scolaire : étude comparative entre une population d'adolescents scolarisés et de jeunes délinquants algériens et québécois. In: Gaillard B, ed. *Les violences en milieu scolaire et éducatif. Connaître, prévenir, intervenir*. Rennes: PUR; 2005: p. 307–16.
- [59] M. Mcmanus, N.E. Alessi, W.L. Grapentine and A. Brickman,
Psychiatric disturbance in serious delinquents.
J Am Acad Child Psychiatry, 23 (1984), pp. 602–615.
- [60] P. Bessoles,
Vulnérabilités et agressions sexuelles chez le mineur de moins de 15 ans. *Pratiques psychologiques*, 11 (2005), pp. 371–385.
- [61] P. Bessoles,
Psychopathologies péritraumatiques chez le mineur agressé sexuellement.
Neuropsychiatre de l'enfance et de l'adolescence, 54 (2006), pp. 233–239.
- [62] P. Mazet and D. Houzel,
Les organisations anaclitiques. In: *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Maloine, Paris (1996).
- [63] N. Atarhouch and E. Hoffmann,
Évaluation des traits caractéristiques de la psychopathie chez les adolescents délinquants.
Encephale, 30 (2004), pp. 369–375.

- [64] G. Zimmermann, V. Rossier, M. Bernard, F. Cerchi and V. Quartier,
Sévérité de la consommation d'alcool et de cannabis chez des adolescents tout-venant et délinquants.
Neuropsychiatre de l'enfance et de l'adolescence, 53 (2005), pp. 447-452.
- [65] D. Marcelli,
Enfance et psychopathologie, Masson, Paris (2006).
- [66] K. Keenan, R. Lober and S. Green,
Conduct disorder in girls: A review of the literature.
Clin Child Fam Psychol Rev, 2 (1999), pp. 3-19.
- [67] P. Mauvais,
L'observation dans les lieux d'accueil de l'enfance et de la petite enfance réflexions sur le rôle du psychologue dans l'équipe.
Psychiatr Enfance, 38 (1995), pp. 247-309.
- [68] D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW.
English Version 5.0.0 DSM-IV (2006)
- [69] HAMILTON M.
The assessment of anxiety states by rating.
Brit. J. med. Psychol, 1959, 32, 50-55.
- [70] HAMILTON M.
Diagnosis and rating of anxiety, in *Studies of Anxiety*,
Lader M.H. (ed.). *Brit. J. Psychiatry*, 1969, Spec. Pub., 3, 76-79.
- [71] PICHOT P., PULL C.B., von FRENCKELL R., PULL M.C.
Une analyse factorielle de l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton. *Psychiat. Fennica*. International Edition. 1981, 183-189.

[72] J.D.Guelfi et Coll, Ardix, J.Cottraux,

Dépression et syndromes anxio-dépressifs

Médical. Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs :

Collection Scientifique Survector, 1985.