

Des limites de l'aide et de la protection à l'émergence d'une nouvelle figure de dangerosité

par Dominique De Fraene * et Isabelle Delens-Ravier **

Ces dix dernières années, le problème social de la sécurité associé au traitement des mineurs délinquants a été vigoureusement réactivé. Sur fond d'un processus de repénalisation bien engagé, une entreprise de réforme législative fondamentale de l'approche protectionnelle est actuellement à l'étude au sein du ministère de la Justice. Par ailleurs, diverses initiatives animées par un même souci de renforcement du contrôle social institutionnel touchant les jeunes ont vu le jour. Citons parmi les plus connues : l'installation d'un nouveau champ «socio-pénal»⁽¹⁾ (la politique globale et intégrée de prévention au niveau local des contrats de sécurité) et la multiplication des interventions du parquet par le biais des sanctions réparatrices.

Aujourd'hui, une série d'initiatives et de discours émanant d'acteurs de terrain et d'organes officiels annoncent une nouvelle préoccupation pour la politique criminelle : la gestion psychiatrique de certains mineurs délinquants. Il ressort en effet des constats formulés par une série de praticiens qu'une proportion - encore à déterminer - de jeunes délinquants ne trouvent leur place, ni dans les différents dispositifs de l'infrastructure de l'aide à la jeunesse, ni dans ceux de la santé mentale. Ces jeunes se voient réduits à un cumul de difficultés : trop violents et pas assez demandeurs pour la santé mentale; trop violents et mentalement trop perturbés pour les outils socio-éducatifs de l'aide à la jeunesse. Que faire de ces mineurs ? Notons qu'un des éléments déclencheurs du débat actuel réside dans le fait que les institutions de prise en charge des mineurs malades mentaux (services de neuropsychiatrie infantile, IMP,...) peuvent refuser, pour des raisons de sécurité et de qualité de vie des autres malades, de prendre en charge des mineurs délinquants tandis que les IPPJ, en tant que service public, ne peuvent opposer aux magistrats qu'une absence

de place alors que leur projet pédagogique n'est pas adapté à la prise en charge de toxicomanes et de malades mentaux.

En s'intéressant aux écrits produits autour de la protection de la jeunesse au cours du XX^{ème} siècle, on ne peut qu'être frappé par le peu d'intérêt suscité par le thème du placement des mineurs d'âge présentant des troubles psychiatriques. «A en croire la littérature pourtant prolifique sur la protection de la jeunesse, on dirait qu'il s'agit d'une pratique quasi inexistante ou ne posant guère de problème»⁽²⁾.

Baignée dans un contexte de «malaise des IPPJ», cette question de la prise en charge de mineurs délinquants présentant des troubles psychiatriques fait actuellement l'objet de discussions en tables rondes, initiées par la ministre de l'Aide à la jeunesse Nicole Maréchal. Ces travaux associent les multiples acteurs concernés par la question : magistrats, IPPJ, hôpitaux et cliniques psychiatriques, conseillers et directeurs de l'aide à la jeunesse, représentants du ministre de la justice, Ligue des droits de l'Homme et experts.

Loin d'épuiser un sujet vaste et complexe en ces quelques pages, l'objet de notre propos consistera simplement à informer le lecteur de la teneur du débat actuel, et à proposer différentes réflexions autour d'une thématique située au croisement des champs médical, judiciaire et socio-éducatif.

Nos deux premières parties retraceront un parcours institutionnel qui conduit de l'émergence de la question des "mineurs difficiles" à des formes de réponses socio-éducatives pour bifurquer aujourd'hui vers des approches mobilisant plutôt des dimensions psychiatriques. Nous tenterons ensuite de montrer à travers un bref détour historique qu'au-delà de la concurrence et des di-

* Maître de conférences à l'école des sciences criminologiques de l'Université Libre de Bruxelles.

** Chargée de cours invitée et chargée de recherches au Département de criminologie et de droit pénal de l'Université Catholique de Louvain, Programme Pôles d'attraction Interuniversitaires - Etat belge, Services du Premier ministre - Services fédéraux des affaires Scientifiques, techniques et culturelles.

(1) Voy. Cartuyvels, 1996, 153.

(2) Digneffe (et alii), 1990, p. 10.

Une catégorie de mineurs située à l'intersection du protectionnel et du psychiatrique

vergences, les champs psychiatrique et judiciaire s'auto-alimentent et contribuent à produire une vision convergente de la déviance. Enfin, après avoir dé-

battu des postulats de la vision clinique du délinquant, nous tenterons de proposer des pistes propices à une ouverture du débat.

1) Les tentatives de construction sociale de nouvelles catégories de mineurs délinquants : du «difficile» au «psychiatrisable»

Cette première partie s'attachera à illustrer, par une présentation de discours produits ces vingt-cinq dernières années, le processus de construction sociale d'un problème : «*Les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance, en appliquant ces normes à certains individus et en les étiquetant comme déviants*»⁽³⁾. La déviance dont il est question ici, renvoie en filigrane aux normes de comportements attendues des jeunes accueillis dans les diverses institutions résidentielles de traitement de la délinquance des mineurs. Ce travail des «*entrepreneurs moraux*» reflète également l'opération de production d'une nouvelle catégorie de mineurs qui pénétrera progressivement mais inévitablement les dispositions mentales des professionnels et qui légitimera de nouvelles filières de traitement.

Le 4 novembre 1975, le ministre de la Justice a instauré par arrêté royal une «*Commission spéciale pour l'examen des problèmes posés par les mineurs d'âge très difficiles auxquels s'applique la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse*». L'objectif de ce groupe⁽⁴⁾ est formulé comme suit dans l'arrêté royal : «*faire des propositions au ministre de la Justice concernant l'orientation, le traitement et l'insertion sociale des mineurs d'âge très difficiles et formuler des suggestions à propos de la politique de placement de mineurs*». Cette commission remettra ses conclusions en août 1977. Elle considère que la notion de mineur très difficile est en soi subjective et qu'il est donc malaisé de s'accorder autour d'une définition scientifique d'autant plus que l'esprit

protectionnel de loi du 8 avril 1965, empêche d'élaborer cette définition sur les seuls comportements délictueux. Cette définition, poursuit la commission, ne peut pas non plus être fondée sur une approche psychologique ou psychiatrique car elle risquerait de faire double emploi avec les définitions propres à la santé publique. En outre, l'axer sur le refus de prise en charge par les services résidentiels classiques risquerait de favoriser les transferts successifs.

La commission tente néanmoins de cerner les contours d'une nouvelle catégorie de mineurs située à l'intersection du protectionnel et du psychiatrique. Elle conclut que le mineur très difficile est celui dont le comportement habituel perturbe gravement le milieu dans lequel il vit, qui se montre rebelle à toute méthode éducative et qui paraît incapable de s'adapter aux structures sociales existantes. A l'instar des ouvrages de diagnostics psychiatriques qui proposent des typologies, il est précisé que l'état du mineur difficile s'accompagne généralement d'une ou plusieurs manifestations suivantes : un état constant de dangerosité, un comportement antisocial, des fugues nombreuses et une incapacité de prise de conscience et de communication. Entrent également dans cette catégorie les «*cas difficiles ignorés*», c'est-à-dire ceux qui ne posent pas de problèmes disciplinaires et qui vivent repliés sur eux-mêmes comme par exemple les autistes. Par contre, sont exclus de la typologie les cas psychotiques et les handicapés mentaux et psychiques, lesquels relèvent de la santé publique sauf si les traitements médicaux appropriés ont échoué ou lorsque leur état ne nécessite plus de traitements médicaux.

Le 7 février 1977, suite à une réunion avec des membres du ministère de la Justice, une note établie par l'Inspection générale du ministère de la Santé publique s'intéresse aux **mineurs d'âge difficiles** qui sont placés dans des établissements sur base de la loi du 8 avril 1965 et dont le traitement requiert des soins dispensés dans des institutions spécialisées relevant du département de la Santé publique. Cette note propose trois catégories de mineurs difficiles : les mineurs malades mentaux graves, délinquants ou agressifs; les mineurs caractériels graves et les jeunes toxicomanes.

En 1981 «*Braine-Le-Château*» est ouvert. Il s'agit du premier centre fermé pour mineurs. L'arrêté royal du 12 août 1981 considère qu'il est impératif de mettre à la disposition des autorités judiciaires un établissement à régime éducatif fermé dans la région francophone du pays pour y accueillir les **mineurs délinquants particulièrement dangereux**. L'aspect sécuritaire de l'établissement est justifié par le type de population à prendre en charge⁽⁵⁾, c'est-à-dire «*des jeunes poursuivis pour des faits graves, des délinquants à répétition, des mineurs très perturbés échappant à toute tentative d'intervention éducative*» (nous soulignons). L'arrêté justifie la création d'un tel centre en raison de l'impossibilité légale d'imposer un dessaisissement, ou un emprisonnement dans le cadre d'une mise à la disposition du gouvernement pour le mineur de moins de 16 ans. Les mesures sécuritaires s'avèrent indispensables «*en raison de son comportement dangereux ou en raison de la gravité des faits commis ou de leur répercussion sur l'opinion publique*». Rappelons que, contrairement au placement pris sur base de l'article 37, 3° qui contient un objectif de traitement, la mesure de placement en IPPJ (arti-

(3) Becker, 1985, 32-33.

(4) Composé d'un juge de la jeunesse, d'un membre du parquet, de représentants des ministères de la Justice et de la Santé publique ainsi que de travailleurs sociaux des services résidentiels.

(5) Voy. Tulkens et Moreau, 2000, 265.

Le risque de construire une personnalité déviante à partir de quelques indices



cle 37, 4°) ne fait aucune référence au traitement (au sens thérapeutique du terme), elle ne vise que l'observation, l'éducation et l'orientation.

En septembre 1986, la «*Commission de programmation et de consultation*» se penche également sur la notion d'**adolescent difficile**. Après avoir, à son tour, évoqué une série de difficultés et de risques (stigmatisation, création de ghettos, incompatibilité des critères de subventionnement standardisés face à la diversité des situations et des solutions) inhérents à ce genre d'entreprise, elle propose néanmoins une série de critères : il s'agit de jeunes nécessitant davantage d'énergie de la part des intervenants, leur problématique présenterait en outre une série de traits constants dont l'oisiveté (passivité, absentéisme scolaire...), l'usage de substances toxiques et la violence à l'égard des personnes (contre eux ou contre autrui). Face à ces manifestations répétitives, ces jeunes généralement âgés de plus de 15 ans ont fait l'objet de rejets successifs (famille, école, services de placement,...).

A partir de 1988, quatre institutions privées - qui préfigurent les CAS (Centre d'Accueil Spécialisé) ⁽⁶⁾ - bénéficient d'un conventionnement particulier pour accueillir des **adolescents très difficiles**. Conçu comme une expérience alternative à l'emprisonnement ou à la psychia-

trisation de mineurs refusés par la plupart des institutions traditionnelles, le projet psychopédagogique de ces services résidentiels part de la réalité du jeune et de son système familial et l'amène à se prendre en main à partir de ses potentialités propres. Selon ces services, les symptômes cumulés présentés le

plus souvent chez ces jeunes sont l'agressivité (contre soi ou autrui), la fuite dans un mode de vie pulsionnel sans limite refusant la moindre frustration, la présence de problèmes psychologiques importants, à la limite de la psychiatrie, le refus de toute aide thérapeutique individuelle et le décrochage scolaire.

En 1996, la précédente ministre de l'Aide à la jeunesse sollicite l'avis de la DAAJ à propos de la prise en charge des **jeunes toxicomanes et des jeunes particulièrement perturbés au niveau psychique**. Cette demande vise à relayer et à rencontrer les difficultés des magistrats de la jeunesse confrontés au refus des institutions psychiatriques classiques, lequel est motivé par la dangerosité des jeunes et l'absence de demande de traitement. En septembre 1996, un nouveau groupe de travail est formé au sein de l'AAJ. A cette occasion, deux rapports sont rédigés par des membres du personnel scientifique des IPPJ. Sur base d'une enquête auprès de professionnels de la protection de la jeunesse, E. Joiret ⁽⁷⁾, psychologue auprès de l'IPPJ de Wauthier-Braine, propose une série de huit critères susceptibles de circonscrire les jeunes adolescents délinquants qui ne font pas l'objet d'une prise en charge satisfaisante : la dangerosité, la permanence de la dangerosité, la causalité psychique de la dangerosité, la nécessité d'une prise

en charge résidentielle éventuellement fermée, l'urgence, l'absence de consentement du jeune ou son incapacité à marquer son consentement, l'inadéquation des infrastructures existantes et l'inadéquation de la législation. La solution proposée repose sur la mise en place d'une unité spécifique (unité pilote de crise) au sein du groupe des IPPJ. Le second rapport ⁽⁸⁾, rédigé par E. De Doncker, psychiatre attaché à l'IPPJ de Braine-Le-Château se présente comme beaucoup plus circonspect. L'auteur axe son rapport sur le doute, sur les difficultés et le danger de définir les «*cas à la limite de la psychiatrie*». Après avoir émis les plus grandes réserves quant à l'opérationnalité de la notion de psychopathie telle que décrite par le DSM - IV ⁽⁹⁾, il insiste sur la fragilité d'un diagnostic psychiatrique posé chez un adolescent. Au-delà de la difficulté de tracer une frontière claire entre le normal et le pathologique en psychiatrie et surtout en psychiatrie juvénile, l'entreprise de circonscrire les cas à la limite du psychiatrique revient, conclut-il, à s'inscrire à la limite d'une limite nécessairement floue. Si les particularités du traitement en IPPJ ne peuvent convenir à tous les adolescents, il ne faut pas pour autant en conclure que les «*récalcitrants*» soient des «*cas psychiatriques*» ou *borderlines*. Plutôt qu'une structure spécifique, le psychiatre de Braine-Le-Château préconise la possibilité de penser à des passerelles entre IPPJ et structures psychiatriques lorsque celles-ci paraissent indiquées.

En 1998, le Conseil communautaire de l'Aide à la jeunesse institue un sous-groupe de travail intitulé «**jeunes difficiles**». Trois facteurs conjoncturels justifient le besoin de créer ce sous-groupe : la réforme du secteur prévoit l'agrément des centres d'accueil spécialisé (CAS); la «*crise*» des

(6) Institués par les Arrêtés du 15 mars 1999.

(7) Joiret, 1996-97.

(8) De Doncker, 1996.

(9) Célèbre manuel de diagnostic des troubles mentaux élaboré par une association de psychiatres américains, Paris, Masson, 1996.

Élaborer des modèles compréhensifs et prédictifs de la délinquance juvénile sévère

IPPJ et les projets spécifiques qui en ont découlé; et, en filigrane, les projets de réforme de la loi de 1965.

La double question (quelle définition des ces jeunes difficiles et quelle prise en charge) est de nouveau posée. Deux options de travail sont présentes conjointement : soit des services “unicistes” accueillant exclusivement des “cas difficiles”, soit des services “pluralistes” qui veulent éviter le risque de ghetto. La définition du jeune difficile proposée par le nouvel arrêté du 15 mars 1999 à savoir des «*jeunes qui nécessitent une aide particulière et spécialisée eu égard à des comportements agressifs ou violents, des problèmes psychologiques graves, des faits qualifiés infraction répétitifs...*» sera nuancée. Dans son avis rendu en juin 2000, le CCAJ entend mettre moins l'accent sur “les symptômes présentés par le jeune que sur la difficulté de trouver un service capable d'assumer les difficultés qu'il présente à ce moment de son histoire. Ainsi doivent être intégrées dans la définition les notions d'évolution du jeune et de la relation entre celui-ci et la structure”⁽¹⁰⁾. Les recommandations du conseil s'appuient sur un consensus autour de l'idée de tolérance aux symptômes, d'individualisation des approches et de collaboration des intervenants. Elles préconisent d'assurer une continuité dans les prises en charge, de développer les partenariats entre différents secteurs, de développer un travail plus clinique dans les institutions à vocation socio-pédagogique, de valoriser la spécificité professionnelle et de stimuler la recherche dans ce domaine⁽¹¹⁾.

Depuis la fin de l'année 1998, une étude, toujours en cours, est subsidiée par la Communauté française. L'objectif de ce travail réalisé par le personnel scientifique de l'IPPJ de Wauthier-Braine, vise à élaborer des modèles compréhensifs et prédictifs de la délinquance juvénile sévère. Dans ce cadre, il est proposé à une série de jeunes placés dans cette institution, de répondre à une batterie de tests psychométriques et socio-métriques qui sont complétés et vérifiés par

des investigations auprès des familles et des enseignants de ces jeunes. Ce travail empirique a pour finalité première de mettre en évidence des facteurs de risques (facteurs socio-économiques, biologiques et psychologiques) prédisposant au comportement anti-social, de dégager des aspects psychopathologiques et des facteurs de prédictivité de la dangerosité. Dans un second temps, ces résultats devraient pouvoir servir à rationaliser les pratiques professionnelles au sein des IPPJ...

Ces diverses tentatives «*nosographiques*», repérées depuis 1975, témoignent à souhait d'une tentative de circonscrire les contours d'une nouvelle catégorie de mineurs. Souvent il s'agit de réduire les attributs de la «*difficulté*» ou de la «*dangerosité*» à une classe particulière d'individus aux caractéristiques plus ou moins identiques. Ce récapitulatif incomplet montre également les difficultés inhérentes à une telle entreprise qui ne peut trancher le nœud mêlant les difficultés des jeunes, celles des institutions censées les encadrer et la relation entre les deux. Bien souvent, c'est au contact de jeunes institutionnalisés apparaissant comme en bout de course et considérés comme dangereux dans l'institution où ils étaient auparavant, que le seuil de tolérance et de compétence institutionnelle paraît atteint. Ces mineurs dont le comportement est jugé difficile voire insupportable pour une institution, doivent-ils pour autant être considérés comme des malades mentaux ?

Ces discours démontrent à quel point le fonctionnement symbolique de l'entreprise de traitement de la délinquance se voit encore trop souvent légitimé à partir du stock de population qu'elle reçoit de la justice. La représentation du jeune difficile ou «*psychiatrique*» induit ainsi un discours qui justifie un savoir initial, lui-même fondé sur le «*client*» objet de savoir. Une boucle tautologique est de la sorte bouclée et le système peut tourner sur lui-même et s'auto-reproduire.

Ce schéma de la construction du problème est en définitive fort classique. Tout démarre d'une impulsion de terrain qui détecte concrètement une difficulté, un besoin. Les demandes semblent surtout émaner de praticiens (magistrats et intervenants psychosociaux) inquiétés par des questions de sécurité et coincés entre différents types de discours : les appels sanctionnels du département de la Justice, la séduction de rassurantes réponses de psychiatrie qui nomment les symptômes et enfin la volonté de la Communauté française de conserver des schémas éducatifs et resocialisants.

Ensuite, on observe la mise en place de groupes de travail et de commissions qui rassemblent des intervenants, des représentants d'administration et de cabinet, ainsi que des experts. Ces groupes tentent de mettre de l'ordre par le biais de découpages empiriques. «*D'emblée le ton donné à ces discours de par la référence psychologique dominante renvoie la raison ultime de la difficulté à un dysfonctionnement qui réside dans un individu qui en porte le symptôme*»⁽¹²⁾.

Enfin, après consultation et tentative de coordination des différents protagonistes intéressés par le problème, il reste au pouvoir politique et à l'administration à s'engager dans la mise en place de nouvelles filières de traitement de la déviance après détection des anomalies du système. «*Tous les grands Etats modernes se lancent ainsi, au nom de la prévention, dans de vastes programmes d'archivage des différences qui mobilisent de nouvelles technologies*»⁽¹³⁾.

Cette histoire indique la trajectoire suivie par la prise en charge des mineurs difficiles : elle part de solutions socio-éducatives pour, aujourd'hui, glisser vers des réponses mobilisant plus la psychiatrie.

(10) Avis n° 53 du CCAJ relatif aux jeunes difficiles, juin 2000.

(11) Ibid.

(12) Castel, 1981, 140.

(13) Castel, 1981, 144.

Une relation entre troubles psychiatriques et délinquance ?

2) Le point de la situation à travers la table ronde relative aux prises en charge psychiatriques dans le secteur de l'aide à la jeunesse

Nous présenterons, ici, les principaux éléments qui transparaissent dans le rapport provisoire de la table ronde présenté au Conseil communautaire de l'aide à la jeunesse en septembre 2000. Il s'agit d'un document de synthèse présentant les travaux entrepris parallèlement par les deux sous-groupes de cette table ronde : celui centré sur la prise en charge de ces jeunes au sein des IPPJ et celui traitant des secteurs privés de l'Aide à la jeunesse et de la Santé mentale.

D'entrée de jeu, ce document indique d'une part, un point de convergence faisant l'unanimité et motivant ces réunions : le manque de moyens face à un type de population et, d'autre part, un point de divergence autour de deux questions : celle de l'importance quantitative de cette population et celle du type de moyens à mettre en œuvre.

Nous structurerons notre présentation des problèmes et des positions autour de trois axes thématiques : le rapport étiologique entre délinquance et maladie mentale; le dispositif législatif en vigueur pour les mineurs délinquants présentant des troubles psychiatriques et l'infrastructure de traitement de cette population.

L. Servais, psychiatre à l'IPPJ de Wauthier-Braine, a alimenté la réflexion du groupe concernant l'axe étiologique. Son intervention a consisté à mettre en évidence une relation entre troubles psychiatriques et délinquance. S'appuyant sur une série d'études cliniques sélectionnées, il conclut que les sujets délinquants présentent une «constellation de vulnérabilités neuropsychiatriques».

La **note juridique**, présentée par B. Bertrand ⁽¹⁴⁾, s'attache principalement à dégager les principales difficultés liées à la modification de l'article 43 de la loi de 1965 introduite par la loi du 26 juin relative à la protection de la personne des malades mentaux. Pour rappel, dans

la loi du 8 avril 1965, le législateur avait prévu la possibilité pour le tribunal de la jeunesse de prononcer une mesure de collocation après expertise psychiatrique. Le temps du traitement, la loi de 1965 était suspendue et le mineur était soumis au régime de la loi de 1850 sur les aliénés. La loi du 26 juin 1990 va modifier cet article et transférer la compétence exclusive de prendre une décision de mise en observation dans un service psychiatrique ou de traitement du mineur dans sa famille au juge de paix.

Cette solution de transfert des compétences souffre cependant d'une exception formulée à l'article 43 et visant les réquisitions du ministère public à l'égard des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction. Comme l'ont relevé F. Tulkens et Th. Moreau, il existe un débat d'interprétation et une incertitude inhérente à la portée de cette exception. Trois interprétations sont possibles. Faut-il considérer que l'exception est limitée à la saisine et que dans ce cas le juge de la jeunesse saisi sur base de l'article 36, 4^o, puisse, parallèlement à l'intervention du juge de paix, poursuivre la procédure avec les risques de conflits entre les deux procédures ? Faut-il considérer que l'exception couvre également les mesures prises par le juge de la jeunesse avec la conséquence d'aboutir à «des IPPJ qui risquent de se transformer en hôpitaux psychiatriques ou, à tout le moins de se psychiatiser»? Faut-il enfin considérer que l'exception est limitée à la survenance de nouveaux faits qualifiés infraction pendant la mise en observation ou le placement sur base de l'article 43 ? ⁽¹⁵⁾

Confrontée à ces incertitudes que ni les travaux préparatoires de la loi de 1990, ni la jurisprudence ne permettent d'apaiser, la commission nationale pour la réforme de la loi du 8 avril 1965 propose de rendre la compétence des mineurs malades mentaux coupables de faits pénaux au juge de la jeunesse. Trois arguments en ce sens sont

invoqués par les auteurs du rapport final de cette commission : pour éviter les conflits de législation, parce que la procédure devant le juge de paix (magistrat civil) poursuit des objectifs différents de l'action publique exercée devant le tribunal de la jeunesse, pour permettre enfin au jeune de bénéficier d'une cause de justification, si le fait pénal trouve son origine dans la maladie mentale. La commission prévoit l'instauration d'une «mesure de placement en établissement psychiatrique» réservée aux jeunes délinquants et, donc, distincte de l'internement. Cette mesure, contrôlée par le juge de la jeunesse, serait exécutée dans un établissement agréé par les communautés.

La question de la **prise en charge** des mineurs délinquants présentant des troubles psychiatriques est loin de faire l'objet d'un consensus. Certains souhaitent créer une structure spécialisée fermée d'une dizaine de places alors que d'autres préféreraient optimiser les structures déjà existantes dans le cadre de protocoles de collaboration avec des établissements hospitaliers disposant de lits pédopsychiatriques.

Ainsi, les IPPJ posent le problème de ces jeunes en formulant un constat : «Il existe actuellement au sein de la population des IPPJ des jeunes particulièrement fragiles et vulnérables sur le plan de la personnalité qui nécessiteraient une approche nettement plus thérapeutique qu'éducative. Ces jeunes délinquants présentant une pathologie mentale ne reçoivent pas actuellement une aide suffisante et appropriée. Leur intégration dans les groupes de jeunes est problématique. Le point commun de ces jeunes en souffrance est qu'ils ne formulent pas de demande d'aide, voire qu'ils s'opposent dans un premier temps à un lien thérapeutique» ⁽¹⁶⁾. Dans le cadre de leur mission essentiellement éducative, les IPPJ confrontées à ces difficultés

(14) Attachée au cabinet de la ministre de l'aide à la jeunesse.

(15) Tulkens et Moreau, 2000, 694.

(16) Table ronde relative aux prises en charge psychiatriques dans le secteur de l'aide à la jeunesse. Rapport du «groupe de travail IPPJ», p. 15.

expriment leur impossibilité d'éduquer ces jeunes qu'il faudrait pouvoir soigner. Les services privés parlent, quant à eux, des jeunes difficiles comme de jeunes "qui vivent une situation difficile pour eux-mêmes et/ou avec lequel l'équipe éducative est en difficulté. Le point commun de ces jeunes est dans l'absence de liens, permanente et structurelle" (17). Le problème ainsi défini, le sens de l'intervention sera "une réinscription dans un lien social. La prise en charge dont le jeune fera l'objet devra absolument éviter des phénomènes de rejet et de rupture. Il faut donc mettre en place pour ces jeunes des logiques de prise en charge qui mettent fin au découpage artificiel des difficultés du jeune qui doit pour entrer dans une institution être tantôt plus "délinquant" tantôt plus "malade" tantôt plus "pas suffisamment éduqué" (18).

Les membres du «*groupe secteur privé*» estiment que de multiples réponses institutionnelles à ces situations peuvent être envisagées. Mais celles-ci impliquent, à tout le moins, le développement d'interactions concertées entre les différents intervenants amenés à travailler avec ces jeunes et opérant à la frontière des champs judiciaire, socio-éducatif et médical. Dans ce cadre, il apparaît essentiel que chaque champ conserve sa spécificité, sa spécialité et soit reconnu comme tel par les autres. L'idée est avancée de désigner clairement l'acteur qui assurera la continuité, qui servira de "fil rouge", lorsque le type d'intervention se diversifie et qu'il est question de placement en milieu psychiatrique par exemple. Les intervenants de la santé men-

tales estiment que ce sont les mandants de l'aide à la jeunesse et leurs délégués qui devraient jouer ce rôle (19).

Différentes hypothèses de travail sont proposées par les services privés (20) : premièrement, l'accueil temporaire d'un jeune en crise dans un établissement de soin ne devrait pas remettre en question son accueil dans l'établissement "aide à la jeunesse", le recours ponctuel à un service de type médical ne doit pas signifier la "fin de quelque chose"; deuxièmement, il faudrait envisager des formules de soutien, de supervision des équipes éducatives en difficulté soit pour éviter une hospitalisation, soit pour permettre qu'elle ne se fasse pas trop tard; troisièmement, il faudrait envisager des procédures qui rendraient possible l'intervention de services de santé mentale au sein même du service d'hébergement de l'aide à la jeunesse pour dissocier la prise en charge (éducative/thérapeutique) sans dissocier le lieu de cette prise en charge.

Il est encore question de formation décloisonnée des intervenants, de plateforme de concertation entre les différents secteurs de la santé mentale et de l'aide à la jeunesse, d'approfondissement de la fonction de fil rouge que devraient assumer les travailleurs des SAJ et SPJ, de possibilité de doubles mesures, de souci préventif notamment par un travail au niveau de la parentalité (21). Les pistes de solutions qu'il conviendrait d'approfondir sont donc multiples. Faut-il dès lors se précipiter sur la création d'une structure nouvelle ?

d'anéantir la responsabilité pénale en fonction du degré de démence du justiciable va légaliser le rôle de médecine mentale sur la scène judiciaire. A cette époque, les relations entre la psychiatrie et le droit font l'objet d'une vive concurrence visant la lecture et la gestion de la question criminelle.

Cherchant à s'annexer le crime comme domaine d'étude et de traitement, la psychiatrie tente naturellement d'assimiler les comportements déviants à une manifestation de folie, à un dysfonctionnement interne de l'individu. Sa stratégie s'inscrit dans celle du positivisme de l'époque : observation et tentative de mise en place de typologies de criminels dont il s'agit de mesurer un potentiel de dangerosité. De leur côté, les philosophes et juristes de l'école classique cherchent à fonder un droit criminel sur l'utilitarisme et la métaphysique légale de la faute morale. Situé à l'opposé du déterminisme des positivistes et des psychiatres, le droit classique interprète l'acte criminel non pas comme la résultante de facteurs, de forces intérieures ou extérieures mais comme la manifestation d'un choix libre répondant à un principe hédoniste. Dans cette rhétorique, l'individu coupable doit rendre des comptes devant un tribunal et le principe guidant la réaction sociale doit s'inspirer de l'idée de dissuasion c'est-à-dire, infliger à l'auteur ou au candidat délinquant une souffrance susceptible de contrecarrer le plaisir qu'il retirerait de la commission d'un acte délictueux.

Au-delà de ce rapport de force quant aux modalités d'interprétation et de partage du «*marché*» du crime, ces deux disciplines, le droit et la psychia-

3) La psychiatrie et le traitement de la délinquance

L'histoire de l'intervention de la médecine mentale dans la question criminelle est le résultat d'une lente évolution que l'on peut schématiquement réduire en différents mouvements.

Après avoir été engluée pendant des siècles dans des discours métaphysiques (majoritairement déistes et démonologiques) et des «*savoirs diffus*» (22) qui fondaient des pratiques de traitement bru-

tales et arbitraires, la perception du crime et de la folie va évoluer avec la raison moderne. Un double mouvement va «*d'une part, ériger la folie en maladie et la folie criminelle en cas d'irresponsabilité pénale et, d'autre part, l'arracher aux flammes des bûchers et à l'embarquement pour l'enfermer*» (23).

Au XIX^{ème} siècle, l'introduction de dispositions (24) permettant de moduler voire

(17) *Table ronde ... Rapport du «groupe de travail secteur privé», p. 28.*

(18) *Ibid.*

(19) *Ibid.*, p. 26.

(20) *Ibid.*, p. 29.

(21) *Ibid.*, p. 43.

(22) *Digneffe et alii, 1995.*

(23) *Terrel et Laval, 1978, 10.*

(24) *L'article 71 de notre code pénal prévoit que «Il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était en état de démence au moment du fait, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister».*

La vision psychiatrique va renforcer l'idéologie correctrice originelle de l'approche de la délinquance

trie, convergent autour d'une même volonté de l'éradiquer. Et, peu à peu, elles vont s'associer et se légitimer mutuellement. Les juristes qui ont pris conscience de l'impuissance des raisonnements métaphysiques et du formalisme juridique face à une réalité criminelle perçue comme en expansion s'ouvrent aux sciences humaines et y recherchent une caution scientifique. De son côté, le lobby psychiatrique qui a conforté légalement la place de l'expert dans le procès, peut s'appuyer sur la force du droit pour disposer des corps et des esprits des justiciables.

De fait, la vision psychiatrique ne va nullement remettre en cause l'idéologie correctrice originelle de l'approche de la délinquance mais au contraire la renforcer en la coupant, plus encore, de ses racines sociales. «*En rattachant la délinquance au pathologique, elle (la psychiatrie) lui trouve des racines naturelles et objectives qui n'entrent pas en contradiction avec le système idéologique et social dominant, mais au contraire le renforcent. Tout comme le droit pénal, la psychiatrie répugne en effet à envisager les causes sociales qui président à la commission de telle ou telle infraction et s'élabore, comme il se pratique, dans l'ignorance des conditions de vie réelles du délinquant*»⁽²⁵⁾. Finalement, le système médico-psychiatrique fonctionnerait comme une instance de contrôle social qui tend à conforter le contrôle pénal et non comme une instance d'aide aux personnes⁽²⁶⁾. Comme le dit J. Laplante, «*Le traitement n'est jamais neutre, en marge des finalités sociales pour rejoindre un individu et tenter d'atténuer sa misère*»⁽²⁷⁾.

A la fin du XIX^{ème} siècle, la doctrine de la défense sociale⁽²⁸⁾ réunit psychiatres et juristes autour d'un compromis : délaisser la querelle stérile autour du libre-arbitre et fonder une politique criminelle davantage connectée aux avancées scientifiques. Cette doctrine, s'articulant autour des idées de danger, de diagnostic, de protection et de traitement, influencera de nombreuses pratiques dont notre loi

de 1912 sur la protection de l'enfance. Le glissement du domaine "pénal" au domaine médical s'inscrit dans une logique de collaboration constante entre instances médicales et judiciaires dans le cadre de la poursuite d'une même finalité pour ces deux instances, la défense sociale⁽²⁹⁾.

Au cours du XX^{ème} siècle, un autre mouvement affectant le champ psychiatrique et les techniques de traitement de la délinquance s'ouvre avec l'apparition de la psychanalyse dont les références idéologiques vont peu à peu tendre à dominer ce champ et influencer de manière durable la pratique. Nous suivrons, ici, l'ouvrage lucide publié en 1981 par R. Castel.

Cet auteur a mis en évidence une transformation qui, sur une douzaine d'années, partant de l'anti-psychiatrie et de la critique de l'institution totalitaire des années septante va déboucher sur une hégémonie de ce qu'il nomme les «*techno psychologies*». Il observe tout d'abord l'ambition psychanalytique de réguler l'ensemble d'un champ d'intervention «*psy*» qu'elle pouvait affranchir de la médecine. Dans la relation thérapeutique, la maîtrise des techniques psychanalytiques (écoute, interprétation, introspection, transfert...) n'est en effet nullement tributaire «*des implications nécessaires d'une position médicale*»⁽³⁰⁾. Ensuite, il décrit la contre-offensive du positivisme médical dont les velléités psychanalytiques vont faire les frais : «*D'une part, la psychanalyse continue son parcours social qui est une fuite en avant dans une culture psychologique généralisée, au delà du psychiatrique, et même du psychanalytique proprement dit. D'autre part, en médecine mentale se dessine un retour à l'objectivisme médical, en deçà du psychanalytique et même du psychiatrique*»⁽³¹⁾.

Ce retour en force du positivisme médical s'opère, selon Castel, sous deux formes : d'une part, la réactivation de la recherche en biocriminogénèse (aujourd'hui dopée par les avancées en génétique) et, d'autre part, les pratiques d'intervention comportementalistes (aujourd'hui concurrentes de la vision relationnelle et de l'éthique d'investissement personnel dans

le travail social que proposait la psychanalyse).

D'un côté, l'objectivisme médical rêve d'une science neutre et dégagée «*du contexte idéologique dans lequel fonctionnent ses découvertes*»⁽³²⁾. Rappelant l'épisode refoulé des pratiques eugéniques américaines dans les années 1920, l'auteur en vient à formuler deux questions fort simples : «*Peut-on fonder scientifiquement un diagnostic de déficience incurable; peut-on fonder scientifiquement le caractère héréditaire de sa transmission ?*»⁽³³⁾. De l'autre côté, les thérapies béhavioristes, inspirées d'une psychologie de laboratoire séduisent par leur simplicité et leur efficacité apparente. «*Ces techniques de rectification pédagogiques peuvent aussi s'adapter à n'importe quel type de relation thérapeutique, y compris et de plus en plus dans le cadre d'un "contrat" semblable à celui de la psychothérapie, qu'elles évincent aussi sur son propre terrain. Elles trouvent ainsi des possibilités extraordinaires de diffusion*»⁽³⁴⁾.

Castel imagine le scénario d'un passage de l'idée de dangerosité à celle de risque. Le risque ne résulterait pas «*de la présence d'un danger précis, porté par une personne ou un groupe d'individus, mais de la mise en relation de données générales impersonnelles ou facteurs (de risques) qui rendent plus ou moins probable l'avènement de comportement indésirable*»⁽³⁵⁾.

Selon nous, ces mouvements bien qu'engagés en l'an 2000 méritent cependant d'être nuancés en ce qui concerne la situation des pratiques professionnelles observables en Communauté française. En effet, s'il existe des pratiques

(25) Terrel et Laval, 1978, 161.

(26) Voy. Digneffe, in Albernhé, 1997, 109.

(27) Laplante, 1995, 76.

(28) Formulée notamment par le Belge A. Prins.

(29) Digneffe, in Albernhé, 1997, 107.

(30) Castel, 1981, 102.

(31) Ibid.

(32) Castel, 1981, 108.

(33) Castel, 1981, 106.

(34) Castel, 1981, 110.

(35) Castel, 1981, 144.

L'idée de mettre au point des indicateurs d'état dangereux ou de psychopathie est toujours vivace

comportementalistes bien installées et un regain d'intérêt du positivisme psychiatrique, on peut penser que tant les prescriptions socio-éducatives formulées par la législation que les références toujours

importantes à la psychanalyse, à la systémique et au travail en famille, peuvent encore constituer des freins et opposer une résistance à ces approches parfois contraires à l'éthique du travail social.

comme le fondement de la personnalité. Même si l'expert psychiatre cherche à éclairer la personnalité du jeune dont il évalue la "dangerosité par une série d'éléments d'histoire familiale, scolaire, la démarche s'inscrit résolument dans une perspective cherchant les caractéristiques déficitaires dans un souci de pronostic. L'investigation de la personnalité centrée sur la notion de dangerosité est tributaire d'une perspective qui déterminera les caractéristiques retenues de cette personnalité, et à partir desquelles elle sera reconstruite" (43). La personnalité du jeune sera relue en fonction des critères d'investigation et on a toutes les chances de trouver ce que l'on cherche, à savoir des indices d'une personnalité perturbée.

Pourtant, la dangerosité ne constitue pas, à proprement parler, une entité clinique, sa scientificité comme son efficacité pratique sont plus que douteuses. Les tentatives de mettre au point des indicateurs d'état dangereux «*adaptent de façon artificielle les champs cliniques aux frontières judiciaires (...) Il y a confusion entre la dangerosité d'un individu et celle d'un comportement car on postule gratuitement que celui-ci est le reflet de la personnalité*» (44).

Plusieurs recherches ont montré que le pronostic de la dangerosité d'un individu est sujet à variation, selon le professionnel chargé de l'établir, selon les critères retenus etc. (45). "L'intime conviction du médecin dépend de plusieurs paramètres : les symptômes de dangerosité tels que les présente le malade : sa pathologie, ses antécédents, son discours actuel, ses menaces et tous les "signaux" émis qui peu-

4) Le diagnostic en vue d'un pronostic de dangerosité

L'acte de diagnostiquer en psychiatrie reflète les conceptions de la maladie et du traitement des différents courants traversant la psychiatrie : "établir un diagnostic est une décision cruciale qui résume la façon dont le praticien appréhende le trouble et qui le guide dans le choix du traitement spécifique" (36). Dès lors, l'interprétation des troubles du comportement d'adolescents en crise, s'inscrivant dans un "syndrome psychopathique" dont la manifestation la plus marquée est le passage à l'acte délictueux, peut prendre des voies différentes selon le cadre "théorique" dans lequel cette interprétation se fait. Si certains vont s'appuyer sur la symptomatologie reprise en termes de comportement dans des tests largement connus et utilisés tels le DSM où dominent les incapacités (37), d'autres voient dans les comportements étiquetables "psychopathiques" le résultat d'un processus dans lequel l'environnement joue un rôle primordial. Ce seraient alors "les rejets successifs et les incapacités des divers milieux à accepter et intégrer l'agressivité de la tendance anti-sociale qui organisent la psychopathie à l'adolescence" (38).

Ainsi, même si des outils de diagnostic donnent une apparence de rationalité technique à la pratique clinique du diagnostic, la formulation de ce dernier dépend, pour une part importante, "de processus perceptifs, cognitifs et interpersonnels complexes qui sont facilement faussés par les expériences personnelles du clinicien, par ses anticipations et ses émotions ainsi que par un raisonnement illogique, des inférences non fondées, une attention sélective, des stéréotypes et quantité d'autres biais parfois subtils" (39). Et ces auteurs de conclure que "Le con-

sensus est donc loin de régner parmi les experts de la santé mentale quant à la possibilité de séparer facilement ou clairement ce qui est trouble de ce qui ne l'est pas" (40).

Si l'opération du diagnostic lui-même pose problème, celle du diagnostic de dangerosité est encore plus scabreuse. La dangerosité est une notion très ancienne. "Très tôt les hommes chargés de responsabilité publique ont essayé de définir des critères de dangerosité et de mettre en œuvre des moyens de la réduire puis de la prévenir" (41). Importée en criminologie à la fin du XIX^{ème} siècle, la dangerosité n'a cessé d'agiter nombre de criminologues cliniciens. Et, malgré une série de critiques tant épistémologiques qu'idéologiques, l'idée de pouvoir mettre au point des indicateurs d'état dangereux ou de psychopathie est, comme nous l'avons constaté, toujours vivace. Le souci des magistrats confrontés à des comportements agressifs répétés de jeunes délinquants n'est-il pas souvent d'évaluer leur dangerosité, en vue de répondre notamment à la question de savoir s'il faut enfermer ces jeunes pour protéger la société ?

L'évaluation du caractère dangereux est fonction du contexte dans lequel celle-ci s'effectue. Or "la plupart des législations occidentales confient le rôle d'expert aux psychiatres. Ceux-ci ont une formation clinique, leur vocation est de diagnostiquer et de traiter, d'où cette tendance à considérer la dangerosité comme un trait de personnalité, une pathologie" (42). Ce sont, dès lors, les facteurs personnels qui retiennent l'attention au détriment de facteurs externes ou situationnels considérés comme de simples déclencheurs ou d'occasions d'expression d'un comportement violent considéré

(36) Kirk et Kutchins, 1998, 54.

(37) Incapacité à s'attacher durablement, à respecter les normes sociales, etc.

(38) Ballier, 1998, 33.

(39) Kirk et Kutchins, 1998, 362.

(40) Ibid., 365.

(41) Pouget, 1997, 64.

(42) Marceau, 1986, 103.

(43) Debnyst, 1981, 19.

(44) Robert, 1984, 142.

(45) Pouget, 1997, 66.

Des propositions de prise en charge combinant sanction et traitement en milieu fermé sont sur la table

vent évoquer l'imminence d'un passage à l'acte; l'impact de ces signaux sur l'esprit du médecin. Les réactions de celui-ci seront influencées par sa personnalité, sa disponibilité, sa formation, son éthique, sa propre angoisse. Tous ces éléments sont culturels, contingents et n'ont aucun caractère scientifique" (46). Ayant procédé à un bilan des recherches scientifiques sur le sujet de la prédiction des comportements violents, Marceau constate que "quelle que soit la méthode utilisée, actuarielle, clinique ou mixte, on a dû généralement s'admettre impuissant à reconnaître les caractéristiques

de la dangerosité et à prédire, individuellement et à long terme, le comportement violent" (47).

La dangerosité est un concept politique au sens premier du terme : il est utilisé par les experts et les praticiens du système judiciaire pour catégoriser les individus qui leur sont envoyés. Elle n'est nullement une donnée scientifique absolue immuable dans le temps et selon les circonstances. Son évaluation ne peut donc reposer sur aucune certitude, seulement sur des probabilités et sur une impression subjective, elle est un acte personnel qui contient des erreurs... (48).

5) Pour une ouverture du débat : sanction et/ou prise en charge et/ou prise en compte ?

En limitant le cadre d'interprétation de la délinquance à l'expression d'une anormalité sociale ou psychologique, la question du traitement se réduit à un choix entre un traitement quasi pénal et/ou un traitement médical en vue d'une normalisation. Dans ce cadre étriqué, la seule réponse sociale adaptée oscille entre la sanction éducative et/ou la prise en charge thérapeutique.

Aujourd'hui, certains voudraient utiliser le système médical comme une forme de dérivation, d'annexe à l'intervention du système quasi pénal. Des propositions de prise en charge spécialisée combinant sanction et traitement en milieu fermé sont sur la table, une recherche sur les facteurs permettant de poser un diagnostic de psychopathologie est en cours à l'IPPJ de Wauthier Braine. Ces réflexions autour des mineurs «intraitables» interviennent alors que le discours politique du pouvoir fédéral tend de plus en plus à offrir au public spectateur l'image du jeune délinquant comme l'archétype du danger. En cherchant à rééduquer un jeune délinquant et/ou à traiter un jeune malade, considérés comme objets privilégiés sur lesquels doit porter la réaction correctrice, l'intervention limite largement l'interprétation de la déviance de ces jeunes. Elle conduit inévitablement à détourner le regard des problèmes so-

ciaux inhérents au fonctionnement de l'organisation sociale (49). "En oscillant entre ces deux formes de prises en charge et en consacrant des formes de compromis entre elles, le législateur entretient l'idée qu'on ne saurait leur donner d'autres formes de réponse et conforte les présupposés sur lesquels ces réponses reposent de part et d'autre. Or d'autres formes d'intervention sont susceptibles d'être envisagées, faisant appel à d'autres lectures de la déviance. L'intervention pourrait se concentrer davantage sur l'environnement social de l'individu, sur la victime et sur le dommage. On pourrait imaginer développer un esprit de tolérance à la différence, qui impliquerait une forme de tolérance partielle, d'indifférence, voire de reconnaissance positive des comportements déviant" (50).

Tant le passage à l'acte délinquant que les manifestations d'agressivité d'un jeune "placé", en IPPJ par exemple, peuvent se comprendre, non pas comme la manifestation d'une "personnalité présentant des failles par rapport aux nécessités que pose une adaptation sociale. Elle est plus exactement un 'moment' dans une interrelation difficile, un moment de rupture sans doute mais qui ne peut se comprendre que par rapport au lien que le sujet entretient avec les autres comme avec les différents grou-

pes sociaux dans lesquels il s'insère" (51). Ces jeunes ont, le plus souvent, une histoire impressionnante d'exclusions successives : de l'école, du quartier, du monde professionnel, parfois de leur famille ... Que leur reste-t-il comme possibilité d'expression alors qu'ils se perçoivent comme «fermés aux yeux des autres» (52) suite aux différents étiquetages dont ils ont fait l'objet ?

En s'appuyant aveuglément sur des théories de la personnalité, le risque est grand de construire une personnalité déviante à partir de quelques indices. Or, cette forme de catégorisation conduit à une erreur fondamentale : la surestimation dans l'explication de la part qui provient de l'individu même contextualisé dans son histoire personnelle, en sous estimant la part qui résulte de la situation, de la trajectoire d'exclusion, du placement fermé (53). C'est d'ailleurs ce que soulignent certains professionnels et c'est ce que précise la définition retenue dans le dernier avis du conseil communautaire relatif aux "jeunes difficiles" : "le Conseil met moins l'accent sur les symptômes présentés par le jeune - stigmatisation - que sur la difficulté de trouver un service capable d'assumer les difficultés qu'il présente à ce moment de son histoire. Ainsi doivent être intégrées dans la définition les notions d'évolution du jeune et de la relation entre celui-ci et la structure : le Conseil parle plus volontiers de prise en charge difficile à un moment donné que de jeune difficile".

Plutôt que d'appréhender les caractéristiques de certains jeunes considérés comme intraitables par le dispositif actuel, poser la question de l'organisation et de la désorganisation de la politique générale des placements nous semble plus pertinente. En effet, trop souvent encore, une première mesure de place-

(46) Pouget, 1997, 68.

(47) Marceau, 1986, 102.

(48) Marceau, 1986, 73.

(49) Laplante, 1995, 72.

(50) Van de Kerchove, 1990, 206.

(51) Debuyst, 1981, 26.

(52) Debuyst, 1981, 27.

(53) Laplante, 1995, 147.

Poser la question de l'organisation de la politique générale des placements

Éléments de bibliographie

ment sera prise dans l'urgence, en réaction à un fait perpétré par un jeune qui cumule une série d'indicateurs sociométriques et scolaires défavorables et parfois une demande de la famille qui se considère comme débordée par les comportements d'un de ces membres. Ainsi, on peut formuler l'hypothèse que dans de nombreux cas, plutôt que de répondre aux besoins du jeune tel que le préconise l'approche protectionnelle, ce sont surtout des soucis sécuritaires et des questions d'opportunités logistiques telles que les places disponibles dans tel établissement qui conditionnent une mesure. Inévitablement, ces contingences prennent le pas sur la question centrale de savoir quel service peut offrir le mode d'intervention correspondant le mieux à la situation d'un jeune. Pour Ph. Lemoigne⁽⁵⁴⁾ qui s'est penché sur les dossiers dits de multirécidive en France, ce sont surtout les carences de régulation de l'organisation judiciaire qui finissent par produire des mineurs intraitables.

En posant le problème en ces termes, il serait utile de s'exprimer et de débattre des fondements du «malaise» qui agite les IPPJ. On ne peut nier l'existence d'une série de jeunes ayant fait l'objet de multiples transferts. Certains souffrent de maladie mentale et nécessitent des soins qu'ils ne reçoivent pas actuellement. On doit reconnaître aussi que le projet d'une telle institution est notamment d'éduquer les jeunes à l'autonomie alors que, au quotidien, le contrôle, l'observation et le jugement des jeunes pris en charge sont très importants. «Le contrôle n'est pas de nature à favoriser le sens des responsabilités ni à encourager le développement»⁽⁵⁵⁾.

Les comportements des jeunes qui dérangent, ne font-ils pas souvent référence aux limites des institutions chargées de les prendre en charge plutôt qu'à une problématique de maladie mentale ? Ne se trouve-t-on pas ici devant une confusion et une incompatibilité entre la fin et les moyens ?

- Balier C., *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF, 1998.
- Becker, H.S., *Outsider. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985.
- Cartuyvels, Y., Les politiques socio-pénales en Belgique : les ambiguïtés d'un modèle global-intégré, entre concertation partenariales et intégration verticales, in *Déviance et société*, 1996, vol. XX, n° 2, pp. 153-171.
- Castel R., *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Minuit, 1981.
- Debuyst C. (dir.), *Dangerosité et justice pénale, ambiguïté d'une pratique*, Genève, Masson, Médecine et Hygiène, 1981.
- Debuyst C., Digneffe F., Labadie J-M, Pires A.P., *Histoire des savoirs sur le crime et la peine*, vol. 1, Paris, Bruxelles, PUM, PUO, De Boeck, 1995.
- De Doncker, E, *De la difficulté de définir les «cas à la limite du psychiatrique» : repères, dangers et perspectives*, Rapport d'activité de l'année 1996, IPPJ de Braine-Le-Château (polycopié).
- Digneffe F., Gillardin J., Tulkens F., Van De Kerchove M., *Le placement des mineurs en institution psychiatrique*, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 1990.
- Digneffe F., Quel est l'apport, réciproque, de la psychiatrie à la criminologie ?, in Albernhe T. (dir.), *Criminologie et psychiatrie*, Paris, Ellipses, 1997, pp. 104-110.
- Van De Kerchove M., Droit pénal et santé mentale, in *Déviance et société*, 1990, vol. XIV, n° 2.
- Joiret, E, *Création à l'IPPJ de Wauthier-Braine d'une Unité pilote de crise assurant des tâches d'expertise, d'orientation, de traitement temporaire et de recherche*, Mémoire de stage, IPPJ de Wauthier-Braine, 1996-97.
- Kirk S., Kutchins H., *Aimez-vous le DSM III ?* (Traduit de l'anglais par Ralet O. et Gille D.), Paris, PUF, 1998.
- Laplante J., *Psychothérapies et impératifs sociaux*, Bruxelles-Montréal-Ottawa, De Boeck Université - P.U.M. - P.U.O., 1995.
- Lemoigne Ph., *Le traitement des intraitables*, Bruxelles, De Boeck Université, 2000.
- Marceau B., La prédiction du comportement violent : exercice nécessaire et délicat, in *Criminologie*, 19,2, 1986.
- Pouget R., La dangerosité, in Albernhe T. (dir), *Criminologie et psychiatrie*, Paris, Ellipses, 1997, pp. 64-73.,
- Robert, Ph., *La question pénale*, Genève-Paris, Droz, 1984.
- Terrel I., Laval M., Magie blanche et robe noire, in *Délinquances et ordre*, Actes (ouvrage collectif), Paris, F. Maspero, 1978.
- Tulkens F., Moreau Th., *Droit de la jeunesse*, Bruxelles, Larcier, 2000.
- Van Der Meerschen B., Ces jeunes que l'on appelle communément des «cas psychiatriques», in *J.D.J.*, N° 198, mars 2000.

(54) Lemoigne, 2000.

(55) Laplante, 1995, 101.